

Läkemedelsbehandling av äldre ÄR EN TEKNIKGREN

Åldrande är förknippat med förändringar i kroppens struktur och funktioner, som ökar risken för långtidssjukdomar och ändrar riskfaktorernas karaktär. Då läkemedlen ökar ökar också sannolikheten för interaktioner och biverkningar. Multisjuka åldringars medicineringskedja har många länkar och är just så bra som den svagaste länken.

Att åldras är tillsvidare det enda kända sättet att leva längre. Befolkningen åldras obönhörligt i vårt land. Enligt Statistikcentralens befolkningsprognos ökar Finlands befolkning också under de kommande årtiondena. Men den arbetsföra andelen (18–67-åringar) av befolkningen minskar från cirka 66 % till 59 % före år 2030.

Med åldringar avses i det här sammanhanget närmast 75-åringar och äldre. De äldre åldersklasserna är i dag friskare och funktionsdugligare än förut, vilket ändå bara fördröjer kravet på större social- och hälsovårdsresurser som kommer med åldersskräpigheten.

Patientsäkerheten har diskuterats mycket under de senaste åren, med all rätt. En effektiv men säker läkemedelsbehandling för åldringarna spelar en betydande roll när det gäller att upprätthålla deras funktionsförmåga och livskvalitet och är dessutom en av hörnstenarna i patientsäkerheten. De äldres medicineringskedja har många länkar och omfattar förutom patienten själv och

de anhöriga även representanter ur många olika yrkesgrupper. En kontinuerlig vårdrelation är en grundrättighet som alltför få multisjuka får del av.

Åldersförändringar och medicinering

Vid åldrande går celler förlorade i all vävnad och då vävnaderna minskar sjunker också kroppsvikten. Muskelvävnad försvinner medan fettvävnad består, så fettlösliga läkemedel verkar länge i kroppen. Många psykiatiska läkemedel är sådana. Benvävnaden försvagas också.

Hos åldringar är det vanligt med nedsatt njurfunktion. Levern och dess blodcirkulation minskar och leverns förmåga att spjälka läkemedel försämras. Det här kan öka risken för höga läkemedelshalter och biverkningar av läkemedlen.

När man åldras sker förändringar i de traditionella riskfaktorerna för hjärtsjukdomar. Då blodkärlen blir styvare stiger det systoliska blodtrycket och det diastoliska sjunker. Totalkolesterol- och HDL-kolesterolvärdena

”En kontinuerlig vårdrelation är en grundrättighet som alltför få multisjuka får del av”, konstaterar Leo Niskanen.

sjunker. Sinnena och de kognitiva funktionerna försvagas och minnesstörningar är ett centralt hälsoproblem bland äldre. Det åldrande centrala nervsystemet blir känsligare för bland annat läkemedlens antikolinerga biverkningar.

Med ökad ålder blir det vanligare att få flera sjukdomar samtidigt och den spontana förmågan att tillfriskna försvagas. Då kontakterna inom hälsovården är många läggs ett läkemedel lätt till de andra, ofta baserat på symtomen.

Det har inte forskats mycket i enskilda läkemedels farmakologiska egenskaper i en åldrings fragila kropp och än mindre vet man om följderna av samtidig användning av flera verksamma ämnen. Hos äldre avviker den kliniska bilden vid många sjukdomar från den hos yngre. Därför är det svårt att ta reda på om plötsliga symtom beror på sjukdomen, läkemedelsbehandlingen eller båda tillsammans.

Att beakta helhetssituationen är viktigare än enskilda värden – se skogen för träden

De äldre är en heterogen grupp: de friskaste har inte just behov av läkemedel, medan andra får dras med en avsevärd läkemedelsbörda. Hos oss styrs läkemedelsbehandlingar i hög grad av God medicinsk praxis, som i och för sig är ett utmärkt redskap i den kliniska vardagen, förutsatt att den evidensbaserade informationen och rekommendationerna kan tolkas och tillämpas rätt.

Hos äldre kan man hamna ur askan i elden om man slaviskt följer behandlingsinstruktionerna för enskilda sjukdomar och deras riskfaktorer. Åldern i sig är inte, och får inte heller vara, ett hinder för förebyggande läkemedelsbehandling, men särskilt hos äldre patienter är det viktigare att se till helhetssituationen än att rätta till enskilda värden. Fast det här skulle man gärna unna alla åldersgrupper.

Det finns väldigt lite evidens för nyttan av förebyggande läkemedelsbehandling hos riktigt gamla. För blodtrycksbehandling finns det evidens, men bara hos ett fåtal individer.

I diabetesbehandling tänkte man ännu för något år sedan att prognosen är bättre ju lägre blodsocker man kan åstadkomma. Då man utredde saken med hjälp av

undersökningar där man jämförde ytterst intensiv kombinationsbehandling med en lite mer avslappnad behandling, visade det sig att sluthändelserna inte minskade hos de multistjuka äldre som fick intensifierad behandling. Tvärtom ökade den totala dödligheten. Det var ingen slump, för flera undersökningar har gett liknande resultat. Det här är en hälsosam påminnelse om att undersökta behandlingsmetoder och riktvärden som visat sig fungera på medelålders människor kan vara till och med farliga för äldre.

Nuförtiden är en förutsättning för att få försäljningstillstånd för ett läkemedel att dess verkningar på barn har undersökts (PIP, Paediatric Investigation Plan). Vanligen ligger ändå tyngdpunkten i läkemedelsundersökningen på personer i medelåldern, om det inte på grund av sjukdomens natur råkar finnas äldre bland de undersökta patienterna. Systematiska undersökningar på äldre (GIP, Geriatric Investigation Plan) krävs ännu inte, trots att myndigheter i olika länder diskuterat saken.

Receptläkemedlens tio i topp

I FPA:s statistik hittar man intressant information om användningen av ersättningsgilla receptläkemedel i olika åldersgrupper. Det mest använda läkemedlet bland äldre, det vill säga personer över 75 år, är paracetamol (**tabell 1**). Trots att paracetamol är ett basläkemedel för smärtlindring hos äldre kan det bli för mycket av det goda. I Storbritannien begränsade man användningen genom att minska förpackningsstorleken på paracetamol och minskade då också antalet dödsfall orsakade av paracetamolförgiftning och behovet av levertransplantationer. Vid långvarig användning bör man inte överskrida en dygnsdos på 3 g; hos äldre rekommenderas att gränsen är lägre eftersom den analgetiska effekten inte ökar märkbart med höga doser. Eftersom paracetamol finns både i form av kombinationspreparat och som egenvårdsläkemedel händer det lätt att riskgränsen överskrids.

Listan på de mest använda receptläkemedlen domineras av läkemedel mot hjärt- och blodkärlsjukdomar. Merparten av användningsindikationerna hos äldre för dessa hjärtmediciner kan klassas som förebyggande. Till hjärt- och blodkärlsmedicinerna hör även warfarin,



som också toppar listan över skadliga interaktioner. Men de nya antikoagulanterna som ersatt Marevanet är inte heller problemfria.

Mindre kan vara mer – men inte alltid

Multimedcinering är mycket vanlig bland åldringar. I en befolkningsbaserad undersökning år 2006 i Kuopio av personer över 75 år använde 66 % minst sex mediciner samtidigt. Multimedcineringen (6–9 mediciner) har tidigare ökat med raketfart, men ökningen har jämnat ut sig sedan början av 2000-talet så siffrorna torde vara liknande i dag (prof. Sirpa Hartikainen, personlig kommunikation).

Det är emellertid väldigt vanligt att man i kliniskt arbete ser betydande multimedcinering (minst 10 mediciner), kanske så många som 30 olika verksamma ämnen. Det skulle vara tufft till och med för en ung människa att plötsligt utsättas för en sådan belastning.

Men situationen är inte svartvit, för kroniska sjukdomar tenderar att samlas. Ta till exempel en patient med en ytterst vanlig kombination av allmänna sjukdomar, som hjärtsvikt, ledgångsreuma, diabetes och astma. Räknar man de verksamma ämnen som behövs i

Tabell 1. De tio vanligaste receptläkemedlen använda av personer över 75 år och äldre år 2012.

KÄLLA: FPA:S RECEPTREGISTER.

Läkemedel (ATC-kod)	Antal användare (som fått sf-ersättning)
Paracetamol (N02BE01)	162 730
Bisoprolol (C07AB07)	136 239
Simvastatin (C10AA01)	125 759
Furosemid (C03CA01)	101 872
Warfarin (B01AA03)	88 850
Amlodipin (C08CA01)	69 430
Pantoprazol (A02BC02)	63 448
Zopiklon (N05CF01)	62 827
Levotyroxinnatrium (H03AA01)	62 659
Metoprolol (C07AB02)	61 801

Mera svenskspråkiga artiklar på *sic.fimea.fi*

behandlingen av de här sjukdomarna får man en synnerligen lång motiverad läkemedelslista.

För att utveckla ändamålsenlig läkemedelsbehandling för åldringar – det vill säga cirka 75 år fyllda och äldre – har man försökt skapa en särskild läkemedelsklassificering. Med den strävar man till att belysa de vanligaste läkemedlens lämplighet för åldringar. Vissa läkemedel kan gärna undvikas i behandlingen av äldre på grund av utpräglade biverkningar eller interaktioner.

Fimeas databas för medicinering av äldre (www.fimea.fi) är ett inhemskt redskap som uppdateras för tillfället. Dessa kriterier är läkemedelsspecifika och i sig av väldigt allmän natur. Man har också gjort upp diagnosspecifika kriterier för ändamålsenlig läkemedelsbehandling av äldre, som beskriver både rationella och olämpliga läkemedelsval vid de vanligaste sjukdomarna hos åldringar (såsom kranskärslssjukdom, minnesstörningar och sömnstörningar).

Triangelndrama: patienten, läkemedelsbehandlingen och servicesystemet

Ifall en åldring har god funktionsförmåga och inte har många sjukdomar är det sällan problem med medicineringen. Problemen uppkommer när en person är multisjuk. Med multisjuk avses en patient med minst två långtidssjukdomar som kräver aktiv behandling.

Långtidssjukdomar är förknippade med många slag av hjälpbehov. Dessa patienters vård- och servicekedjor varierar. I medicineringarna kan uppstå problem på överraskande sätt – till exempel så att närstående vårdaren läser användningsinstruktionerna fel.

Då en multisjuk åldring tas in för akut sjukvård är han eller hon utlämnad åt systemet: patientinformationssystemen är märkligt krångliga när det gäller läkemedlen och risken för fel i läkemedelsbehandlingen accentueras. Läkemedelsbehandlingen ordineras av läkare och genomförs av sjukskötare och då anvisningarna

övergår i praktik är fallgropar möjliga. För att undvika dem kunde en sjukhusfarmaceut vara till stor hjälp.

Då patienten åker hem eller byter vårdplats kan ett bekant läkemedelspreparat bytas ut till ett med nytt namn och utseende samt ny dosering och

styrka. Man har försökt förbättra apotekets och vårdställets samarbete genom olika nätverksmodeller. Det betyder väl förenklat att personer som känner varandra ofta samarbetar bättre än helt främmande. Man kan inte nog framhålla betydelsen av långvariga vårdrelationer. Även i livets slutskede kräver en människovärdig vård specialkunnande i fråga om läkemedelsbehandlingen.

Rätt till en ändamålsenlig behandling

Grunden till all läkemedelsbehandling är att behandlingen är motiverad, verkar fördelaktigt i fråga om sjukdomen eller symtomet och orsakar så lite biverkningar som möjligt – oberoende av åldern. För att detta ska bli verklighet bör onödig medicinering av åldringar undvikas och man bör fundera över om en behandling utan läkemedel kunde hjälpa i den aktuella situationen.

Alla vårdaktörers insats behövs då läkemedelsbehandlingens ändamålsenlighet och handledningens tillräcklighet bedöms och då man försäkras sig om att medicineringsinstruktionerna och den behövliga hjälpen finns till hands vid genomförandet av medicineringen. En tydlig dokumentering av helhetsmedicineringen är central för att informationen ska gå vidare.

Helhetsmedicineringen hos dem som har multimedicinering bör kontrolleras regelbundet och man bör beakta risken för biverkningar och interaktioner. Då man sätter in en ny medicinering är det skäl att fundera om man kunde ta bort något annat från läkemedelslistan. Man måste komma ihåg att det kan vara lika viktigt att avsluta en medicinering som att påbörja den.

Då man talar om läkemedelsbehandlingar poängteras ofta de negativa verkningarna. Å andra sidan har man i världen även klassificerat läkemedelsbehandling som kan anses nödvändig och som åldringar blir utan. Det här är myntets andra sida, som man också kan hålla i minnet. Åldringar har rätt till ändamålsenlig vård och åldern är i sig ingen orsak till att begränsa vården. ■