

# ÄLDRE OCH LÄKEMEDEL 75+

- Gör alltid en Enkel läkemedelsgenomgång
- Undvik symtombehandling – utred bakomliggande orsak
- Starta med låga doser och öka långsamt
- Ge patienten en aktuell läkemedelslista
- Ta hänsyn till punkt 1 till 8 nedan:  
Se även Äldrekompassen för mer information,  
<https://aldrekompassen.vgregion.se>

## 1. PATIENTENS ÅLDER

Förändrad förmåga att ta upp, fördela, omvandla och utsöndra läkemedel.  
(↓njurfunktion, ↓kroppsvatten, ↑kroppsfett, ↑känslighet)

## 2. NJURFUNKTION

Uppskatta alltid den glomerulära filtrationen (eGFR) (kontrollera vikten!).  
Vid ↓eGFR behöver de flesta renalt utsöndrade läkemedel dosjusteras.  
Exempel på läkemedel som behöver anpassas till äldre:

Läkemedel	eGFR	Kommentar
Metformin	<30	Risk för laktatacidos – sätt ut
Alendronat, Risedronat Zoledronsyra	<35	Risk för njurpåverkan, ökade biverkningar
Tiazider	<30	Utebliven effekt, ökade biverkningar
Furadantin	<40	Utebliven effekt
ACE-hämmare/ARB	<40	Minska dosen, följ S-krea och S-K
	<25	Sätt ut
Digoxin	<40	Anpassa dosen – kontrollera S-konc
COX-hämmare	<40	Risk för akut njursvikt – sätt ut
SGLT-2-hämmare	<45	Försämrad effekt, ökade biverkningar
Morfin	<60	Reducera dosen
	<30	Byt till oxikodon

## 3. ANTIKOLINERGA LÄKEMEDEL

Kan medföra risk för bl.a. konfusion, förstoppning etc.

- hydroxin (*Atarax*), prometiazin (*Lergigan*)
- alimemazin (*Theralen*), levopromazin (*Nozinan*)
- tolterodin (*Detrusitol*) m fl inkontinensläkemedel
- tricykliska antidepressiva (*Saroten*, *Anafranil* m.fl.)

## 4. INTERAKTIONER

Warfarin	ASA, COX-hämmare, paracetamol, antibiotika m.fl. – gör alltid interaktionskontroll! Obs! Även vid utsättning!
NOAK	ASA, COX-hämmare
Kalcium, järn, magnesium	Hämmar upptag av Levaxin, tetracyklin, kinoloner, kalcium resp. järn
Spirolakton m.fl. kaliumsparare	ACE-hämmare/ARB – risk för njursvikt, ↑S-K Hämmar utsöndring av digoxin
COX-hämmare	ACE-hämmare/ARB – risk för njursvikt; minskar blod- tryckseffekt av betablockare, ACE-hämmare/ARB
SSRI	Ökad blödningsrisk vid ASA/antikoagulantia
Pramipexol ( <i>Sifrol</i> )	Motsatt effekt till Propavan, neuroleptika
Antikolinergika	Motsatt effekt till acetylkolinesterashämmare (demensläkemedel)

## 5. HJÄRT-/ KÄRLLÄKEMEDEL

- ASA max 75 mg. Finns indikation? Hur ligger Hb? Dubbla trombocyt-hämmare ökar blödningsrisken.
- ACE-hämmare/ARB – dosjustera om eGFR<40, sätt ut om eGFR<25. Kombinera inte med COX-hämmare.
- Digoxin – intoxikationsrisk. Indikation? Mät S-digoxin max 1,0 nmol/L
- Diuretika/ACE-hämmare/ARB – Mät S-krea och elektrolyter.
- MRA – Mät S-krea och S-kalium regelbundet
- NOAK – utsättning/preparatbyte vid sänkt njurfunktion.
- Statiner – finns indikation? Biverkningar?

## 6. DIABETES MELLITUS

- Målsättning: Må bra, undvika hypoglykemi (ökad känslighet för hypoglykemi hos äldre); P-glukos >5 mmol/L och <15 mmol/L.
- Metformin – kan behållas till äldre ner till eGFR>30 ml/min om patienten har gott allmäntillstånd. Dosreduceras till max 1 g/dygn vid eGFR<45 ml/min. Vid eGFR>45-59 ml/min är maxdosen 2 g/dygn. Läs mer i Äldrekompassen.
- SGLT-2-hämmare-Sällan indicerat hos äldre, eGFR>45 krävs, risk för volymförlust.
- Omvärdera behovet av tablettbehandling. Överväg basinsulin alt kostbehandling.
- Lägre vidbehovsdoser av snabbinsulin.

## 7. PSYKOFARMAKA

### ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL

- SSRI är förstahandspreparat – finns indikation? Risk för fall, blödning, hyponatremi. Risk för dosberoende QT-förlängning, ffa för *citalopram* (>20 mg) och *escitalopram* (>10 mg).
- >2 psykofarmaka? Se över behandlingen.
- Neuroleptika? Finns aktuell indikation? Dosreduktion?

### SÖMNLÄKEMEDEL

- Icke-farmakologisk behandling i första hand
- Undvik slentrianmässig/regelbunden behandling. Uppllys om normalt sömnmönster, biverkningar, tillvänjning och beroende.
- Zopiklon – förstahandsval. Övriga preparat ökad konfusionsrisk.
- Undvik Propavan – ökad risk för restless legs och hangover.

### LUGNANDE LÄKEMEDEL

- Icke-farmakologisk behandling i första hand
- Överväg antidepressiv behandling.
- Undvik långverkande bensodiazepiner. Vb använd *oxazepam*.
- Hydroxin (*Atarax*) och alimemazin (*Theralen*) är olämpliga med tanke på konfusionsrisk m fl antikolinerga biverkningar.
- Neuroleptika saknar indikation vid oro.

## 8. SMÄRTLÄKEMEDEL

### Gör alltid smärtanalys! Tänk icke-farmakologisk behandling

### NOCICEPTIV SMÄRTA

- Paracetamol, max 1 g x 3. Undvik *kodein* och *tramadol* (↑biverkningsrisk), *COX-hämmare* (↑risk för ulcus, njursvikt, hjärtsvikt, vätskeretention).
- Vb tillägg av *oxikodon* (kortverkande) 2,5-5 mg vb och/eller depottablett 5 mg x 2 eller *morfin* 2,5-10 mg vb och/eller depottablett 5 mg x 2. Välj oxikodon vid ↓njurfunktion. *Obs!* Vid opioider-lägg alltid till *Cilaxoral-droppar* till natten. Mot illamående (oftast övergående) – *Postafen* eller *Primperan* (max 5 dagar)
- Plåsterberedningar är endast indicerat vid sväljningssvårigheter.

### NEUROPATISK SMÄRTA

- Pröva tricykliska antidepressiva (*amitryptilin*) eller *gabapentin* (anpassa dosen efter njurfunktionen). Använd låga doser och titrera långsamt.
- Säkerställ indikation vid antiepileptikabehandling, kan användas vid många olika indikationer.