



JOHAN FASTBOM är läkare, klinisk farmakolog och professor i geriatrisk farmakologi. Han är verksam vid Aging Research Center (ARC), Karolinska Institutet samt Socialstyrelsen. Johan Fastboms verksamhet omfattar huvudsakligen forskning, utbildning och metodutveckling inom området äldre och läkemedel.

Känslighet för läkemedel förändras med åldern

Läkemedel spelar en central roll i behandlingen av äldre människor, och de kan göra stor nytta. Men när man blir äldre löper man också större risk att drabbas av biverkningar och andra problem med läkemedelsanvändningen. Detta beror dels på att äldre ofta använder många olika läkemedel, och dels på att kroppens känslighet för läkemedel förändras med åldern.

Ett slags förändringar gäller kroppens omsättning av läkemedel, så kallad farmakokinetik. Förändringarna leder ofta till att kroppen får svårare att göra sig av med läkemedlen. Om man inte parerar det genom att ge en lägre dos stiger halten i kroppen; effekten sitter i under längre tid och risken för biverkningar ökar. Exempelvis kan effekten av ett sömnmedel som ges till natten sitta i en bra bit in på nästa dag.

Stor skillnad mellan individer

En annan typ av förändringar gäller hur känsliga kroppens organ är för läkemedelsmolekylernas effekter, så kallad farmakodynamik. Även här handlar det oftast om ökad känslighet och risk för biverkningar. Ofta ser man förändringar i både farmakokinetik och farmakodynamik, i en blandning som är unik för varje individ.

”Vad gäller läkemedelseffekter är det stor skillnad mellan olika individer bland äldre”, säger Johan Fastbom.

”Därför bör man betrakta varje behandling som lite av ett experiment. Då är det viktigt att man utvärderar effekterna. Det räcker kanske inte med ett återbesök om ett halvår, utan man kan behöva ha kontakt ganska snart efter påbörjad behandling för att se om dosen behöver justeras.”

SÖMNMEDEL OCH LUGNANDE

DEN GRUPP AV LÄKEMEDEL som är vanligast bland äldre i dag är bensodiazepiner och bensodiazepinliknande preparat. De används främst som lugnande medel och sömnmedel. Med åldern blir hjärnan mer känslig för dessa, vilket ökar risken för biverkningar.

BIVERKNINGARNA KAN VARA att man blir väldigt trött och omtöcknad. Det kan också handla om kognitiva störningar, som ibland kan påminna om symtomen vid en demenssjukdom, eller påverkan på balansen som ökar risken för fall.

STARKA SMÄRTSTILLANDE MEDEL AV MORFINTYP, så kallade opioider, är en annan vanlig läkemedelsgrupp bland äldre, som man blir mer känslig för med stigande ålder. Vissa viktiga biverkningar har de gemensamt med bensodiazepinerna, som trötthet och dåsighet, kognitiva störningar och ökad risk för fall.

PÅ GRUND AV BIVERKNINGSRISKEN är det viktigt att minimera användningen av dessa typer av läkemedel så mycket det går, genom att bara ordinera dem när de absolut behövs. Det är också viktigt att se till att inte ordinera högre dos än nödvändigt, utvärdera effekten, notera eventuella biverkningar och regelbundet ompröva behandlingen.



STOR SKILLNAD PÅ OLIKA LÄKEMEDEL. Läkemedel som påverkar hjärnan har en annan effekt på äldre än på yngre.

Fettlösliga läkemedel stannar kvar längre

Skillnaderna är stora mellan olika individer, men starkt förenklat kan man säga att förändringarna i kroppen börjar bli kliniskt betydelsefulla vid omkring 75 års ålder. En viktig förändring gäller fördelningen av vatten och fett i kroppen. När man blir äldre förlorar man vatten, efter som muskelmassan minskar och musklerna innehåller vatten. Detta leder till att andelen fett i kroppen ökar.

Läkemedel som är fettlösliga får då en större volym att fördela sig i och ligger därför kvar längre i kroppen. Det handlar framför allt om läkemedel som används för att behandla sjukdomar och tillstånd i hjärnan. Dessa läkemedel måste vara fettlösliga för att kunna tränga igenom den så kallade blod-hjärnbarriären, det vill säga hjärnans skydd mot giftiga ämnen. Detta innebär att läkemedel som på olika sätt påverkar hjärnan kan få en förlängd verkningsstid hos äldre människor.

Elimineras via levern och njurarna

Levern och njurarna är de organ som har hand om elimineringen av läkemedel ur kroppen. Sista anhalten är alltid njurarna men vägen dit är olika. Vattenlösliga läkemedel kan gå direkt till njurarna, medan de fettlösliga först måste brytas ner i levern. Vissa läkemedel är därför mer beroende av njurarnas funktion, andra av leverns.

Njurfunktionen sjunker långsamt men säkert med stigande ålder. När man är 80 år har man omkring halva njurfunktionen kvar. Läkemedel som går ut via njurarna måste doseras utifrån detta, och man behöver också regelbundet mäta njurfunktionen under behandlingen.

INFORMATION:

Koll på läkemedel. Ett samarbete mellan Pensionärernas riksorganisation (PRO), SPF Seniorerna och Apoteket AB för bättre läkemedelsbehandling till äldre. www.kollpalakemedel.se

Många läkemedel ger större risk

En annan riskfaktor med läkemedel hos äldre, förutom det kroppsliga åldrandet, är att äldre ofta har många läkemedel, så kallad polyfarmaci. Detta är riskabelt av många skäl. Ett är att det ökar risken för biverkningar. Faktum är att antalet läkemedel är en viktigare riskfaktor för biverkningar än exempelvis kön eller ålder.

Läkemedel påverkar också varandra, så kallade läkemedelsinteraktioner. Ett läkemedel kan förstärka eller försvaga effekten av ett annat, och har en patient tio olika läkemedel blir det svårt att veta nettoresultatet av denna blandning av olika effekter. Med fler läkemedel är det också vanligare att patienten inte tar dem som ordinerat. Patienten kanske glömmer bort att ta ett eller flera läkemedel, eller slutar ta dem på grund av biverkningar.

Vanliga biverkningar kan påverka livskvaliteten

De vanligaste biverkningarna är ofta inte så farliga, men kan ha en påtaglig effekt på livskvaliteten. Muntorrhet, förstoppning eller aptitlöshet – det räcker med en av dessa för att skapa ett vardagligt lidande. Ofta kan de pågå i år utan att upptäckas, antingen för att patienten inte berättar eller för att ingen i vården frågar.

Men det finns också biverkningar som är mer allvarliga och kan göra att man hamnar på sjukhus. Vetenskapliga studier visar att ungefär var tionde akut inläggning av äldre på sjukhus beror på biverkningar. Men ofta läggs den äldre in och behandlas för sin grundsjukdom, och skrivs ut utan att man förstått att det handlade om en biverkning.

För att förebygga att patienten hamnar i ett sådant läge, där hen måste söka akut, kan man i olika delar av vården hjälpas åt att uppmärksamma symtomen i tid. Man kan också uppmuntra äldre att notera och berätta om besvär som de tror kan bero på deras läkemedel.

ANTIKOLINERGA LÄKEMEDEL

EN ANNAN LÄKEMEDELGRUPP som kan vara svår att hantera är preparat med så kallat antikolinerga effekter. Det betyder att de blockerar effekten av signalsubstansen acetylkolin. Detta kan orsaka biverkningar ute i kroppen (perifera antikolinerga effekter); vanliga är förstoppning, muntorrhet och svårigheter att kissa. Dessa biverkningar kan vara besvärliga och i vissa fall allvarliga, till exempel kan en man med prostataförstoring få en så kraftig effekt av ett sådant läkemedel att han inte kan kissa alls (urinstämning).

MEN DE ANTIKOLINERGA LÄKEMEDLEN kan också ha centrala effekter, främst i de delar av hjärnan som sköter de kognitiva funktionerna. I de delarna finns nervbanor som använder acetylkolin, och blockerar man dem kan patienten få sämre kognition. Detta kan leda till allt ifrån lättare minnesstörningar till förvirring (konfusion) och till och med till demensliknande tillstånd. En patientgrupp som är särskilt känslig för detta är de som har Alzheimers sjukdom.

DE VANLIGASTE antikolinerga läkemedlen är de som används för att behandla urininkontinens. Därefter kommer vissa lugnande medel: hydroxizin (Atarax, Hydroxizin), alimemazin (Theralen) och prometazin (Lergigan), och sedan de äldre antidepressiva medicinerna, så kallade tricykliska antidepressiva.

ÄVEN VISSA MEDEL mot psykos har antikolinerga effekter. De anti-psykotiska läkemedlen kan också ha andra effekter på hjärnan, bland annat genom blockad av effekterna av signalsubstansen dopamin. Detta visar sig främst i att patienten blir stel och får minskad rörlighet, ungefär som vid Parkinsons sjukdom.

Hitta orsaken till symtomen

Alldeles för ofta behandlas äldre utifrån symtom, utan att man försöker ta reda på den verkliga orsaken och behandla den, fastslår Johan Fastbom: *”En bristande diagnostik kan göra att man kan hamna helt fel i behandlingen”*, säger han och ger två exempel.

Vid sömnproblem är det inte säkert att det är sömnbesvären man ska behandla. Det kan ligga något annat bakom. Den äldre kan ha ont nattetid och behöver då smärtbehandling, eller ha en depression som måste behandlas. Personen kan ha svårt att andas på grund av hjärtsvikt och behöver behandling för det. Sönnen kan också störas av brister i omvårdnaden, till exempel alltför lång nattfasta som gör att den äldre vaknar av hunger.

Beteendesymtom vid demens

Med demenssjukdomar följer ofta så kallade beteendesymtom som oro, rastlöshet eller aggressivitet. Äldre, speciellt de som bor i äldreboenden, har under många år fått mycket psykofarmaka för dessa symtom – i synnerhet antipsykotiska läkemedel. Men i själva verket fungerar dessa väldigt dåligt vid beteendesymtom, säger Johan Fastbom:

”De har ofta liten eller ingen effekt mot dessa symtom.

Vad man gör är att man bara utsätter den äldre för risken för biverkningar.”

Han rekommenderar att man i första hand ser över bemötandet och miljön där den äldre bor, och gör en orsaksanalys när beteendesymtom uppträder. Det kan finnas saker där som bidrar till dem och som man kan ändra på. Naturligtvis ska man också gå igenom läkemedelslistan.

”Vi ser nu att behandling med antipsykotiska läkemedel till äldre minskar”, säger Johan Fastbom. *”Under en tioårs period har den minskat till nästan hälften. Förmodligen är det ett resultat av större medvetenhet om avigsidorna med dessa preparat, men också av bättre kunskap om hur beteendesymtom kan hanteras på andra sätt än med läkemedel.”*

LÄS MER:

Johan Fastbom: *Äldre och läkemedel* (Liber 2006).

Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre (Socialstyrelsen 2017).

Kan laddas ner från: www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-6-7



PSYK-E BAS

Faktabladet bygger på en föreläsning med samma namn. Föreläsningen ingår i Psyk-E bas, ett kompetenhöjningsprogram som ges som uppdragsutbildning vid Karolinska institutet.