

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

CGA ett strukturerat arbetssätt och omhändertagande av sköra äldre, som används kliniskt internationellt. Processen omfattar en helhetsbedömning i team av patientens situation; medicinskt, psykosocialt och funktionellt. Detta innebär att man inte endast fokuserar på patientens medicinska diagnoser, utan att man utvärderar samtliga komponenter som spelar en avgörande roll i bedömningen av den sköra, och ofta multisjuka, patienten. Följande komponenter ses som huvudkomponenter i en CGA-bedömning:

- Funktionsförmåga
- Kognition
- Socialt nätverk, inklusive finansiell situation
- Fallrisk
- Polyfarmaci
- Stämningsläge
- Patientens egna värderingar och åsikter kring den fortsatta behandlingen
- Advanced Care Planning

Det sistnämnda benämns internationellt som ”goals of care” och syftar på att man lägger stort fokus vid patientens målsättning med framtida vård och vad han/hon upplever vara huvudproblemet. Inte sällan kan patientens målsättning skilja sig från sjukvårdspersonalens. För att få en heltäckande bild av patientens problem lägger man ofta till ytterligare komponenter vid en CGA-bedömning, såsom nutrition, urininkontinens, sexuell funktion, syn/hörsel, tandhälsa, bostadssituation och spirituella behov.

Man lägger tillsammans med patienten upp ett gemensamt behandlingsmål, exempelvis att smärtan ska bli mer hanterbar så man kan vara uppe och röra på sig i större utsträckning eller ett övergripande mål att man vill bo kvar i sitt eget hem så länge som möjligt. Man diskuterar också sjukdomsprognos och hur patienten vill ha det vid framtida sjukdomsförsämring, och tar bland annat upp frågan om HLR (advanced care planning). Målet med denna helhetsbedömning är att optimera patientens hälsotillstånd och bibehålla kvarvarande funktionsnivå. Bedömningen görs i team där huvudmedlemmarna är läkare, sjuksköterska och biståndshandläggare. Utöver detta behövs också sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator eller psykolog och dietist, ibland också neuropsykolog, farmakolog, optiker och audiolog. Hur man arbetar med CGA rent praktiskt skiljer sig åt på olika sjukhus internationellt och arbetssättet har tillämpats både i slutenvård och i öppenvård.

Varför CGA?

SBU har nyligen utvärderat de studier som är gjorda på omhändertagandet av sköra äldre på akutsjukhus. I denna sammanfattning såg man att ett integrerat strukturerat omhändertagande av äldre (som definitionsmässigt innebär att ett geriatriskt team har fulla patientansvaret när patienten kommer till sjukhuset) leder till förbättrad personlig ADL-förmåga och ökar möjligheterna att bo kvar i eget hem efter utskrivning. CGA leder också till att man identifierar den äldre patientens problem/symtom i ett tidigare skede. Det är också ett arbetssätt där man lägger stor vikt vid patientens egna upplevelser, värderingar och åsikter, vilket kan öka patientens delaktighet i vården som ges och belysa patientens autonomi i större utsträckning.

Det finns dock ingen säkerställd vetenskaplig evidens att arbetsmetoden minskar återinläggningar eller minskar mortaliteten. Rådgivande team, där CGA-bedömningen sker på annan klinik eller avdelning på konsultbasis, har inte visat sig vara lika effektiv.

Vilka patienten är lämpliga för CGA?

CGA har visat sig ha bäst effekt på äldre, sköra patienter, som har ett stort behov av en helhetssyn och där det kan finnas en viss förbättringspotential. Detta innebär att patienten varken ska vara för frisk och vital, men heller inte för sjuk. Skörhet, eller "frailty", är ett syndrom som ofta refereras till inom geriatriken och det är just dessa patienter som lämpar sig bäst för CGA.

Skörhet innebär att patienten har en minskad reservförmåga vid en akut sjukdom eller ett psykosocialt trauma, vilket beror på en nedsättning i flera system, inte bara somatiskt men också funktionsmässigt, kognitivt och psykosocialt. Det finns inga egentliga validerade kriterier för vilka patienter som ska inkluderas i denna grupp, men faktorer som indikerar skörhet brukar innefatta hög ålder, multisjukdom, funktionsnedsättning, geriatriska tillstånd (fall, demenssjukdom) och en stor sjukvårdsförbrukning. Ju fler riskfaktorer desto större indikation på att patienten är skör och att man bör tillämpa en helhetssyn, exempelvis med hjälp av CGA, vid bedömning av varje enskilt problem för att förhindra ytterligare funktionsbortfall. Hög ålder i sig är inget tecken på skörhet således ingen egentlig indikation för att tillämpa CGA. Om patienten har en terminal sjukdom och är helt osjälvständig ADL-mässigt och närmar sig livets slut är det god palliativ vård med fokus på symtomlindring snarare än CGA-interventioner som bör tillämpas.

Som ett mått på skörhet används i studier ibland den fenotypiska skörhetsmodellen (Cardiovascular Health Study Index), som innebär att man utifrån följande validerade parametrar kan gradera skörhet; ofrivillig viktnedgång >5 % senaste året, ökad uttrötthet/utmattning, svaghet (försvagad greppstyrka), långsam gånghastighet (tar >6-7 sekunder att gå ca 5 meter), låg fysisk aktivitet. Om patienten har 3 eller fler av dessa faktorer klassas patienten som skör. Vid en eller två faktorer klassas patienten som "pre-frail". I andra modeller klassificerar man skörhet utifrån antalet sjukdomar, funktionsförmåga och specifika hälsoproblem.

Studier har visat att personer som klassas som sköra har ökad risk för postoperativa komplikationer, förlängd vårdtid, flytt till särskilt boende, ytterligare funktionsnedsättning och ökad mortalitet. Sköra patienter har också ökad risk för komplikationer vid eller efter sjukhusvistelser vilket innebär att sjukhusvård inte alltid är det bästa för dessa patienter, då konventionell sjukhusvård inte alltid har det helhetsperspektiv som krävs för denna patientgrupp. Samtidigt vet man också att det är just sköra patienter som har mest förbättringspotential gällande rehabilitering och träning. Det finns alltså en klinisk nytta att identifiera dessa patienter och sätta in rätt multidisciplinära åtgärder tidigt i förloppet med målet att upprätthålla kvarvarande funktionsförmåga, men också att identifiera en grupp där man bör vara mer försiktig med exempelvis kirurgiska åtgärder eller andra invasiva undersökningar då komplikationsrisken är hög.

Skörhet är på så sätt mer relevant vid kliniska bedömningar än kronologisk ålder. Hur vanligt förekommande skörhet är hos patienter över 65 år skiljer sig åt beroende på vilket

skattningsindex man använder, men man vet att risken för skörhet ökar med stigande ålder. Man räknar med att cirka 30 procent av personer över 90 år klassas som sköra.

Vad beror skörhet på?

Det finns olika teorier om grundorsakerna i skörhetssyndromet, men studier har indikerat att både endokrin- och inflammationssystemet verkar spela en stor roll. Sviktande hormonsystem med ökat stresspådrag kan leda till minskad muskelmassa och sarkopeniutveckling, som i sin tur påverkar styrka och balans i negativ riktning. Man har också sett att sköra patienter verkar ha ett kroniskt inflammatoriskt pådrag, med förhöjda värden av CRP, vita blodkroppar och IL-6 som i sin tur kan påverka aptiten, kognitionen och också leda till lägre muskelmassa.

Referenser:

SBU. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 221.

Ward K T, Reuben D B, Schmader K E. Comprehensive geriatric assessment. 2013. *Up to date*. http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment?source=search_result&search=geriatric+assemeement&selectedTitle=1%7E150 (Hämtad 2014-10-01).

Agarwal K, Schmader K E, Billings A J. Failure to thrive in elderly adults: Evaluation. 2012. *Up to date*. http://www.uptodate.com/contents/failure-to-thrive-in-elderly-adults-evaluation?source=search_result&search=failure+to+thrive&selectedTitle=3%7E150 (Hämtad 2014-10-01).

Agarwal K, Schmader K E, Billings A J. Failure to thrive in elderly adults: Management. 2014. *Up to date*. http://www.uptodate.com/contents/failure-to-thrive-in-elderly-adults-management?source=search_result&search=failure+to+thrive&selectedTitle=4%7E150 (Hämtad 2014-10-01).

FUNKTIONSFÖRMÅGA

När man bedömer funktionsförmågan är det viktigt att beakta att funktionsförmågan och hjälpbehovet inte är varaktiga tillstånd, utan att de förändras till följd av olika faktorer inverkan. Funktionsförmågan kan försvagas tillfälligt exempelvis på grund av en akut sjukdom. En tillfällig förändring kan också orsakas av sjukdomens/funktionsnedsättningens natur, exempelvis om sjukdomen är förbunden med sämre skeden och anfall. Det är väldigt vanligt att den geriatriska patienten har en tillfällig försämring i sin funktionsförmåga i samband med kroppslig påverkan/ insjuknande. Funktionsförmågan kan också förbättras, till exempel tack vare en målinriktad helhet av rehabilitering, vård och service. Bedömningen av funktionsförmågan förutsätter ett brett kunnande och ett multiprofessionellt samarbete.

Det måste därför utredas vilket status patienten hade innan inskrivningen, för att veta vilken funktionsnivå patienten normalt innehar. Diskrepansen mellan den nuvarande och den normala funktionsnivån är direkt kopplat till vilken förbättringsförmåga som kan eftersträvas och förväntas. Det är viktigt att väga in tiden mellan bedömningarna i själva utfallsmåttet. Vad är realistiskt att kunna uppnå? Utebliven förbättring kan dels bero på tidigare låg funktionsförmåga dels på att tiden mellan bedömningarna inte räckt till för förbättring. Det är viktigt att beakta att denna fråga avser om patienten kan ställa sig upp, inte hur patienten kan mobilisera sig i övrigt. Frågan besvarar inte heller om patienten har behov av något hjälpmedel i samband med uppresningen utan avser bara antalet personer som behöver vara behjälpliga vid uppresningen. Genom att observera patientens förmåga att ställa sig upp kan man få en indikation på om det är ett symptom på sarkopeni, muskelnedbrytning, som ligger bakom uppresningssvårigheten.

Det är viktigt att öka den äldre patientens fysiska förmåga. I vissa fall kan detta ske genom styrketräningsprogram som fysioterapeut kan ordinera och följa upp. Detta kan bl.a. göras via Physiotools ett program, innehållande övningar som kan sättas ihop till ett individuellt program. Det kan även göras genom att patienten får ett recept på att röra sig, ett så kallat FaR. FaR står för Fysisk aktivitet på recept och är en arbetsmetod för att främja fysisk aktivitet.

Bedömningsinstrument:

The 30-second Chair Stand Test

http://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/pdf/steady/30_second_chair_stand_test.pdf

The 4-stage Balance Test

http://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/pdf/steady/4_stage_balance_test.pdf

Referenser:

[Utredning av äldres funktionsförmåga som en del av bedömningen av servicebehovet inom socialvården](#). Social- och hälsovårdsministeriet. Kommuninfo 5/2006.

SBU. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 221. ISBN 978-91-85413-62-1

Fördjupad kunskap:

Sarkopeni:

”Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring”, Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18400/2011-9-2.pdf>

Ponzer S, Tidermark J, Brismar K, Söderqvist A, Cederholm T. Nutritional status, insulin-like growth factor-1 and quality of life in elderlywomen with hip fracture. Clin Nutr 1999; 18:241–46.

Ozaki A, Uchiyama M, Tagaya H, Ohida T, Ogihara R. The Japanese Centenarian Study: autonomy was associated with health practices as well as physical status. J Am Geriatr Soc 2007; 55:95–101. 120

Seguin R, Nelson ME. The benefits of strength training for older adults. Am J Prev Med 2003; 25:141–9.

Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, Clements KM, Solares GR, Nelson ME, Roberts SB, Kehayias JJ, Lipsitz LA, Evans WJ. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. N Engl J Med 1994; 330:1769–75.

Physiotools:

<http://www.physiotools.se/>

FaR:

www.fhi.se/FaR

GÅNGFÖRMÅGA

Vid inläggning på sjukhus riskerar den äldre och sköra patienten att få en försämring av kroppens funktioner. Det måste utredas vilken gångförmåga patienten hade innan inskrivningen. Detta är viktigt för att ha kunna utgå ifrån rätt behovsnivå av stötning vid gång och om/vilka gånghjälpmedel behövs. Det är viktigt att om möjligt försöka uppmuntra och sträva till förbättring, att patienten åter kan gå som innan inskrivningen. Tiden mellan mätningarna är relevanta att väga in i den eventuella förbättringsutvecklingen. Det kan vara just tiden som är hindret för förbättring och detta måste då beaktas och fortsatt träning och eventuell förbättring får ske i nästa led av vårdkedjan.

Det är viktigt att beakta att denna fråga avser om patienten kan gå. Därför ger gång med stöd och gång med hjälpmedel högre värde än egenförflyttning med rullstol. Definitionen att gå är att röra sig framåt genom att växelvis sätta ena foten framför den andra på ett fast underlag.

Bedömningsinstrument:

Barthel Index (BI)

Mahoney, F., Barthel, D. 1965. Functional evaluation: the Barthel index. Maryland State Medical Journal. 14,61-65. <http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel.pdf>

Time up and go

Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up&Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991;39:142-148.
http://www.fysioterapeuterna.se/Global/Sektioner/%C3%84ldresh%C3%A4sa/M%C3%A4tmetoder/Komplettering_av_TUG.pdf

Referenser:

SBU. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 221. ISBN 978-91-85413-62-1.

<http://sv.wiktionary.org/wiki/g%C3%A5>

Fördjupad kunskap:

Kunskapsbank för geriatrik, Region Skåne:

<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/ADL>

NUTRITION

Medicinskt perspektiv

Viktnedgång och malnutrition är vanligt förekommande hos den äldre personen, både på sjukhus och på särskilda boenden. För den äldre patienten innebär ofta en akut sjukdom en längre tids immobilisering, minskad muskelmassa, minskad aptit och viktnedgång, vilket kan minska personens fysiska reservkapacitet ytterligare. Viktnedgång bör ses som ett symptom på en bakomliggande orsak, som ofta är multifaktoriell hos multisjuka sköra äldre. Den äldre patientens nutrition och risk för undernäring ska betraktas som en lika viktig del i behandlingen som övriga medicinska områden. Tidigare studier har visat att undernäring ökar risken för nedsatt funktionsförmåga, ökar risken för komplikationer vid sjukhusvård och leder till ökad dödlighet.

Mätinstrument: [MNA](#).

Anamnes: Enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer kan följande frågor användas för att identifiera riskpatienter:

- Har personen **svårt att äta eller dricka** på grund av olika funktionsnedsättningar?
- Har personen minskat i vikt under det senaste halvåret? **Ofrivillig viktnedgång** på mer än 5 % under en månad eller mer än 10 % under ett halvår beräknat på ursprungsvikten, pekar på ett kraftigt försämrat näringsintag.
- **Är personen underviktig?** (BMI <22 om patienten är över 70 år)

Samtidiga symptom såsom fokal smärta eller sväljningssvårigheter? Tidsaspekt?
Malignitetsmisstanke? Illamående eller kräkningar? Förändrade avföringsvanor?
Dyspepsi? Socialt nätverk, ensamhetsproblematik? Nedstämdhet? Polyfarmaci?
Alkohol?

Bakomliggande sjukdomar och somatiskt, psykiskt och kognitivt status:

Underbehandlad somatisk sjukdom (hjärtsvikt, njursvikt, KOL, tyreoidearubbing, diabetes mellitus)? Kognitiv sjukdom? Neurologiska sjukdomar (CVI, ALS, MS, Parkinson, demenssjukdomar)? Motorisk nedsättning - klarar patienten av att äta själv? Ökat energibehov (KOL, demenssjukdom med vandringsbetéende)? Munhälsa? Depressiva tecken? Bakomliggande infektion? Inflammatorisk sjukdom (polymyalgia reumatika, RA)? Underbehandlad smärta? Förstoppning?

Aktuell medicinering: Nutritionsbesvär med nedsatt aptit eller GI-symtom, kan bero på läkemedel/polyfarmaci. Nedan följer några exempel på biverkningar för olika läkemedel som är vanliga hos äldre:

Muntorrhet/minskad aptit - antikolinerga, opioider, sömnmedicinering, antipsykotika.
Dyspepsi/illamående - PPI, laxantia, opioider, antidepressiva, ACE-hämmare, metformin, vissa betablockerare.
Minskat smak- och luktsinne - ACE-hämmare, lipidsänkare.

Labprover: Hb, CRP, LPK, eGFR, elektrolyter, leverstatus, TSH, f-glukos, albumin.
Ev B12, folat, homocystein.

Hjälpmedel:

- Mat- och vätskeregistrering.
- Regelbundna viktkontroller.
- Måltidsobservation.

Åtgärder: Krävs vidare utredning, är patienten i skick för röntgenologisk eller endoskopisk utredning? Behandla om möjligt bakomliggande orsak. Måltids- och kostanpassning, näringsdrycker. Undvik längre tids nattfasta. Läkemedelsgenomgång + sanering. Substituera vitaminbrist vid behov. Behov av artificiell nutrition?

Referenser:

Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg- näring för god vård och omsorg. Stockholm; Socialstyrelsen: 2011.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18400/2011-9-2.pdf> (Hämtad 2014-09-24).

Agarwal K, Schmader K E, Billings A J. 2012. Failure to thrive – Evaluation. *Up to Date*.
http://www.uptodate.com/contents/failure-to-thrive-in-elderly-adults-evaluation?topicKey=PC%2F3018&elapsedTimeMs=0&source=search_result&searchTerm=failure+to+thrive&selectedTitle=3%7E150&view=print&displayedView=full, (Hämtad 2014-09-24).

Agarwal K, Schmader K E, Billings A J. 2014. Failure to thrive – Management. *Up to Date*.
http://www.uptodate.com/contents/failure-to-thrive-in-elderly-adults-management?source=search_result&search=failure+to+thrive&selectedTitle=4%7E150, (Hämtad 2014-09-24).

Ritchie C, Schmader K E, Lipman T O. 2014. Geriatric Nutrition: Nutritional issues in older adults. *Up to Date*. http://www.uptodate.com/contents/geriatric-nutrition-nutritional-issues-in-older-adults?source=search_result&search=geriatric+nutrition&selectedTitle=1%7E150, Up (Hämtad 2014-09-24).

Funktionsmässigt perspektiv

Att äta är en del av människans grundläggande behov. Omvårdnaden har stor betydelse för matintaget och ett delmål med god omvårdnad är att patienten ska äta i en god måltidsmiljö så självständigt som möjligt. Själva måltidsmiljön har stor betydelse och är den rätt utformad kan den ge positiva effekter på bland annat intaget, funktionsförmågan och välbefinnandet. Det är viktigt att utreda om det finns fysiska begränsningar hos patienten och/ eller hinder i måltidsmiljö bakom nutritionsproblematiken? Det normala åldrandet har påverkan på kropp och sinnen, vilket i sin tur kan påverka själva förmågan till eget matintag. Det kan röra sig som att patienten har svårt att inta en bra sittställning i samband med måltid eller inte kan föra maten till munnen själv. Det kan även vara yttre faktorer som gör att patienten inte klarar av att äta, såsom att det saknas rätt hjälpmedel i samband med måltiden och eller att måltidsmiljön inte är optimerad. I vårdplanen ska det finnas en plan för vilka behov av åtgärder patienten har. Det är av största vikt att vårdplanen revideras regelbundet, vid försämringar och vid förbättringar.

Referenser:

”Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring”, Socialstyrelsen, 2011.

Fördjupad kunskap:

Hjälmedelsföretag:

www.hjalpmedel.se, www.smartahjalpmedel.se www.etacbutiken.se

alternativt höra med arbetsterapeuten/fysioterapeuten i hemkommunen om och i så fall vilka hjälpmedel som kan ordinerats till patienten.

Måltidsmiljösbetydelse:

”Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring”, Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-9-2>

Kunskapsbank för geriatrik, Region Skåne:

<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/Nutrition>

SMÄRTA

Medicinskt perspektiv

Man räknar med att närmare åttio procent av äldre individer på särskilt boende lider av kroniska smärtor. Vanligaste orsaken är muskuloskeletal smärta såsom osteoartros, osteoporos, frakturer och led- och ryggsmärta. Neuropatisk smärta är mindre vanligt, med en prevalens runt 10 procent hos äldre, men många gånger är denna smärtpyp svårare att både diagnosticera och behandla, vilket gör den nog så viktigt att uppmärksamma.

Mätinstrument: VAS (visuell analog skala). NRS (numerisk skala). [Abbey Pain Scale](#).

Anamnes: Smärtans intensitet, variation, duration, karaktär. Nociceptiv eller neuropatisk? Lindrande faktorer? Påverkan sömn/humör? Aktivitetsnivå innan smärtdebuten? Psykosociala faktorer som kan bidra? Möjlighet till skattningsskala eller smärtteckning?

Bakomliggande sjukdomar, somatiskt, psykiskt och kognitivt status:

- Tecken på inflammation? Patientens rörelsemönster? Neurologiskt status?
- Depression/ångest? Behov av antidepressiv medicinering? Diskrepans mellan angiven smärtgrad och aktivitetsgrad?
- Samtidig kognitiv nedsättning: svårigheter med både objektiv och subjektiv smärtbedömning. Provbehandla?
- Maligna symtom såsom viktnedgång, sväljsvårigheter, vegetativa symtom? Behövs kompletterande diagnostik, röntgenologiskt eller labmässigt?

Labprover: Hb, LPK, CRP, TSH, eGFR, elektrolytstatus, leverstatus. Observera att kreatinin är ett trubbigt mått på njurfunktion hos äldre på grund av minskad muskelmassa, varför eGFR bör kontrolleras istället. Njurfunktionen är starkt korrelerad till ålder och en frisk 80-åring beräknas ha en halverad njurfunktion. Njurfunktionen är ytterligare försämrade om det finns en bakomliggande diabetes eller hjärtkärlsjukdom.

Icke-farmakologiska åtgärder: TENS, ryggkorsett, sjukgymnastik, hjälpmedel, avlastning.

Aktuell medicinering: Optimering av analgetika. Olämpliga preparat – byte? Observera njur- och leverfunktion.

Nociceptiv smärta

Förstahandsvalet vid nociceptiv smärta är paracetamol. I våra nationella riktlinjer rekommenderas maxdos 3 gram till äldre, då detta ofta ger tillräcklig analgetisk effekt och minskar biverkningsrisken. Denna rekommendation baseras på klinisk erfarenhet snarare än entydiga studieresultat. Det finns enstaka studier där man sett att paracetamol har en längre halveringstid hos äldre, sköra personer men det är oklart om detta har någon klinisk signifikans. Det finns inga kontrollerade studier som har tittat på farmakodynamiken för

paracetamol utifrån ålder och skörhet. Försiktighet med Brustabletter, som kan orsaka elektrolytrubbningar och försämra en bakomliggande hjärtsvikt.

NSAID ska ges med försiktighet till äldre, på grund av en ökad risk för kardiovaskulär sjukdom samt GI- och njurbiverkningar. I studier har man också sett en möjlig koppling mellan NSAID, konfusion och ökad fallrisk men det är inte klarlagt om sambandet är kausalt. Om smärtan har en klar inflammatorisk genes och behandlingsnyttan bedöms som större än biverkningsrisken, rekommenderas lägsta effektiva dos och kortast möjliga behandlingstid i 1-2 veckor. Naproxen är lämpligare ut kardiovaskulär synpunkt, lämplig startdos för äldre utan kontraindikationer är 125-250 mg x 1-2. Kortisonkur i långsam nedtrappning kan också vara ett alternativ vid inflammatoriska tillstånd om NSAID är kontraindicerat.

Undvik Tramadol och Citodon på grund av biverkningsprofilen och stor risk för interaktioner med andra läkemedel. Dessa preparat har också visat sig ha en oförutsägbar metabolism och ibland en otillräcklig smärtstillande effekt, då en del patienter är non-responders.

Starka opioider rekommenderas vid opioidkänslig långvarig smärta. I studier har man sett bäst effekt av morfinpreparat på malign, långvarig smärta men få studier har inkluderat äldre, multisjuka patienter. Man vet dock att morfinbiverkningarna ökar i takt med stigande ålder. För icke-malign kronisk smärta, där icke-opioider är otillräckligt, rekommenderas initialt lägsta möjliga opioidpreparat exempelvis lägsta dos Norspanplåster innan man väljer ett starkare preparat.

Om det finns ett behov av starka opioider, är tablettform förstahandsval då det är välanvänt i klinisk praxis och det är också lättare att styra dosen. Vid morfinpreparat gäller försiktighet vid nedsatt njurfunktion som kan innebära en ökad analgetisk effekt samt biverkningsrisk för morfin, som sannolikt är sekundärt till ackumulation av morfins aktiva metaboliter. Man har i studier inte funnit någon säkerställd skillnad i effekt eller biverkningar för morfin respektive oxykodon hos yngre eller äldre patienter. En del studier pekar mot att oxykodon möjligtvis har färre interaktioner med övriga läkemedel och inte behöver anpassas efter njurfunktion på samma sätt, då dess aktiva metaboliter inte verkar vara lika potenta som morfins. Det finns dock ingen entydig evidens som talar för att oxykodon är att föredra före morfin, inte heller gällande multisjuka äldre där dokumentationen är bristfällig.

Fentanylplåster kan användas om patienten har sväljningssvårigheter, nedsatt upptag i tarmen eller mycket besvär med illamående/kräkningar. Indikationen för morfinplåster är kronisk, konstant opioidkänslig smärta. Fentanyl är en potent opioid som snabbt passerar blodhjärnbarriären och innebär högre risk för CNS-biverkningar och andningsdepression, varför patienten inte bör vara opioidnaiv när man påbörjar behandlingen. Fentanyl elimineras via levern och har inga aktiva metaboliter, varför det kan ges oberoende av njurfunktionen. Studier har indikerat att läkemedlet elimineras långsammare hos äldre, men dokumentationen bakom detta påstående är sparsam. Plåsterberedning har visat sig ge en jämnare läkemedelskoncentration över dygnet än tabletter.

Neuropatisk smärta

Evidensen för samtliga läkemedel för neuropatisk smärta i gruppen multisjuka, sköra äldre är mycket svag och gjorda studier har i få fall inkluderat personer över 85 år. I

behandlingsriktlinjer, både internationellt och nationellt, trycker man på individuell bedömning och avvägning av läkemedlet innan och efter insättning med hänsyn till ålder, grundsjukdomar och biverkningar.

Antiepileptika: Gabapentin, i reducerad startdos till äldre (100 mg), som kan lämpligen ges till natten. Observans på biverkningsar i form av trötthet och yrsel. Gabapentin utsöndras via njurarna och måste således anpassas efter njurfunktionen. Ett annat alternativ är Lyrica (reducerad startdos, 25 mg x 2) i försiktig upptrappning, framförallt vid nedsatt njurfunktion. Gabapentin och Lyrica har en liknande biverkningsprofil med yrsel, somnolens, konfusion och ökad risk för falltrauma.

Antidepressiva: Tricykliska ska ges med stor försiktighet med tanke på antikolinerga biverkningar, men kan provas i små doser om andra preparat inte haft tillräcklig effekt. Saroten kan ha en effekt på både central och perifer neuropatisk smärta, till äldre rekommenderas låg dos 5 mg till natten med snar utvärdering. Ett annat alternativ är SNRI, Venlafaxin i lägsta startdos 37,5 mg x 1. SSRI har en sämre dokumenterad effekt på smärta.

Kombinationsbehandling mellan olika behandlingsgrupper är möjligt, men ska göras med stor försiktighet med tanke på ökad risk för biverkningar hos äldre och då det inte finns några kontrollerade studier på äldre. Evidensen för samtliga läkemedel för neuropatisk smärta i gruppen multisjuka, sköra äldre är mycket svag.

Om tillfredställande effekt uppnås med ett smärtstillande läkemedel, oavsett grupp, bör man göra ett utsättningsförsök efter 3-6 månader och dosen ska då successivt minskas vid utsättningen.

Smärta vid demenssjukdom

Tidigare studier har visat att personer med demenssjukdom får smärtstillande mediciner i lägre doser och dessutom mindre potenta analgetika, än smärtpatienter som är kognitivt intakta. Personer med demenssjukdom har också svårare att kommunicera och signalera sina smärtupplevelser, vilket försvårar den objektiva bedömningen.

Det kan vara svårt att gradera och beskriva smärtan med hjälp av skattningsskalor för personer med demenssjukdom, då VAS och NRS inte alltid går att utföra om man är kognitivt sviktande. Verbal skattningsskala (då man beskriver smärtan som mild, måttlig eller svår) är möjligen bättre att använda än numeriska skalor, men det finns ingen entydig evidens att någon skala är bättre än någon annan vid samtidig demenssjukdom. Abbey Pain Scale är en validerad smärtskala som baseras på en objektiv bedömning av patientens beteendemönster och kan vara ett alternativ om patienten inte längre kan kommunicera verbalt. Användningen av skalan innebär att personalen måste känna till patientens normala beteendemönster. Detta är tyvärr sällan fallet på sjukhus eller korttidsboende vilket kan påverka utfallet vid smärtskattningen.

Personer med demenssjukdom kan ha en annan typ av smärtupplevelse på grund av neuropatologiska förändringar i CNS. Studier har antytt att patienter med Alzheimers demens har en sämre smärtstillande respons på analgetika och även en minskad placeboeffekt, och därför kräver högre doser analgetika. Personer med vaskulär demens och vitsubstansförändringar, har i studier visat sig ha ett ökat affektivt uttryck av smärtan

(exempelvis obehagskänsla) och i denna grupp har man också sett högre förekomst av central neuropatisk smärta.

Referenser:

Bakgrundsmaterial till Skånelistans rekommendationer 2014. Smärta.

Läkemedelsverket. Farmakologisk behandling av neuropatisk smärta -
behandlingsrekommendation. Information från läkemedelsverket 6: 2007.

http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Neuro%20rek_bokm.pdf (Hämtad 2014-10-06).

Läkemedelsverket. Användning av opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta –
Rekommendationer. Information från läkemedelsverket 1: 2002.

http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/opioider_rek_bokm.pdf (Hämtad 2014-10-06).

Miclescu A. Smärta hos äldre. *Svensk Geriatrik* 2014; 2: 9-13.

Westerling D. Smärta, långvarig – hos äldre. 2014. *Internetmedicin.se*.

<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=3533> (Hämtad 2014-10-06).

SBU. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt.

Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006.

http://www.sbu.se/upload/publikationer/content0/1/smarta_fulltext.pdf (Hämtad 2014-10-06).

Schmader K E, Baron R, Haanpää M L et al. Treatment considerations for elderly and frail patients with neuropathic pain. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010; 85(3): 26-32.

McLachlan A J, Bath S, Naganathan V, et al. Clinical pharmacology of analgesic medicines in older people: impact of frailty and cognitive impairment. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2011; 71(3): 351-64.

Achterberg W P, Piper M, Dalen-Kok A, et al. Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging*. 2013; 8: 1471-82.

Wehling M. Non-steroidal anti-inflammatory drug use in chronic pain conditions with special emphasis on the elderly and patients with relevant comorbidities: management and mitigation of risks and adverse effects. *European journal of Clinical Pharmacology*. 2014; 70: 1159–72.

Funktionsmässigt perspektiv

Omkring hälften av befolkningen besväras av långvarig smärta, det vill säga smärtan har varat i mer än tre månader. Vanligast är att ha ont från rygg och leder. I många fall är smärtan även förenad med nedsatt funktionell förmåga. Att leva ett inaktivt liv är en riskfaktor för att utveckla annan sjukdom. En del patienter har anpassat sig och livssituation efter befintlig smärta och anpassat sitt rörelsemönster och aktiviteter utifrån detta, så de upplever inte att smärtan påverkar dem, längre. Det bör därför kartläggas/observeras om patienten har ett ändrat aktivitetsmönster, som en indikation på ny eller annorlunda smärta. Patienten själv kanske inte alltid kopplar ihop ändrat aktivitetsmönster eller ökat hjälpbehov som en indikation på att det är smärtan som är den bakomliggande faktorn. Det är även väldigt viktigt att utreda om patienten kan förmedla sin eventuella smärta adekvat och optimalt. Som ett led i smärtutredning kan därför adl-bedömningar göras. Åtgärder vid uppkommen smärta kan, förutom läkemedel, vara gånghjälpmedel för avlastning, TENS eller värme/kylkuddar.

Bedömningsinstrument:

Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Law, M., Polatajko, H., Pollock, N., McColl, MA., Carswell, A., Baptiste, S. 1994 The Canadian Occupational Performance Measure: Results of pilot testing. Can. J. Occup. Ther. 61,191-197. <http://www.thecopm.ca/>

Functional Independence Measure (FIM)

Grimby, G., Gudjonsson, G., Rodhe, M., Stibrant Sunnerhagen, K., Sundh, V., Östensson, M.,L. 1996. The Functional Independence Measure in Sweden: Experience for outcome measurement in rehabilitation medicine. Scand. J. Rehabil. Med. 28,51-62.
<http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/DispForm.aspx?ID=889>

Sunaas ADL-index

Olsson, B.,L., Tervald, B.1992, Sunnaas ADL index. En kritisk granskning. Arbetsterapeuten. 12,6-11. http://www.ltu.se/cms_fs/1.48380!/file/ADL.pdf

Referenser:

www.fyss.se.

Fördjupad kunskap:

TENS:

www.vardguiden.se

Kunskapsbank för geriatrik, Region Skåne:

<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/Smärta>

LIVSKVALITET OCH HÄLSA

Medicinskt perspektiv

Enligt WHO:s definition från 1948 är hälsa ”ett tillstånd av fullständig fysisk, psykiskt och socialt välbefinnande, och icke enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet”. Hälsa är definitionsmässigt en personlig upplevelse som påverkas av förändringar i livssituationen och som varierar med tiden.

Bland personer mellan 75-84 år upplever färre än hälften att de har god hälsa. Om man ser till ett längre tidsperspektiv under de senaste 30 åren, har det blivit allt vanligare att skatta sitt hälsotillstånd som gott även hos de äldsta. Fyra stora områden har internationellt lyfts fram som extra viktiga för ett gott åldrande; social gemenskap och socialt stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet samt goda matvanor. Andra faktorer såsom låg symtombörda och hög funktionsförmåga har också visat sig vara relaterade till en högre grad av livskvalitet hos en äldre person. En person med flera medicinska diagnoser och funktionsbortfall kan fortfarande skatta sin hälsa och livskvalitet som god!

Mätinstrument: SF-36, EQ-5D (fysiskt, psykiskt välmående, deltagande i sociala aktiviteter).

Anamnes: Hur uppfattar patienten själv sin hälsa? Vad upplever patienten själv vara det största problemet – varför? Vad har patienten själv för målsättning? Stämmer detta mål överens med sjukvårds/omvårdnadspersonals målsättning? Socialt nätverk?

Bakomliggande sjukdomar och somatiskt, psykiskt och kognitivt status: Somatisk eller kognitiv nedsättning? Depressiva tecken? Funktionsförmåga - ADL? Kan vi optimera någon faktor som patienten upplever nedsätter livskvaliteten?

Aktuell medicinering: Polyfarmaci? Vad är behandlingsmålet? Biverkningar? Läkemedelsgenomgång med patienten!

Referenser:

Statens folkhälsoinstitut. Äldres Hälsa - Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut; 2011.

Heflin M T, Schmader K E. Geriatric Health Maintenance. 2014. *Up to Date*.
http://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance?source=search_result&search=health+maintenance+older+adults&selectedTitle=1%7E150 (Hämtad 2014-11-25).

Funktionsmässigt perspektiv

När patienten skattar sin hälsa lågt kan det vara betydelsefullt att försöka utreda om patienten påverkas funktionellt av det. Finns det ett ändrat aktivitetsmönster? Har patienten börjat isolera sig och dragit sig undan sociala kontakter och därför börjat ranka sin livskvalitet negativt? Det är av stor vikt att försöka att utreda den lågt skattade livskvaliteten. Finns det bakomliggande medicinska orsaker? Finns det bakomliggande sociala orsaker? Finns det bakomliggande funktions- eller aktivitetsorsaker? Finns det smärta som en hindrande faktor som gör att patienten inte klarar av att vara aktiv i den mån som önskas och därför skattar låg livskvalitet? Genom att ge förutsättningar för ökad självständighet i funktionsstatus och aktivitetsförmåga, vilket ibland kan tillgodoses via hjälpmedel och eller socialt stöd, kan även livskvaliteten skattas högre. Ofta rör det sig om en kombination av medicinska, sociala och funktionsorsaker men det är av vikt att utreda grundorsaken och försöka hjälpa patienten med detta i första hand.

Fördjupad kunskap:

Kunskapsbank om geriatrik, Region Skåne:

<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/Livskvalitet>

FALL

Medicinskt perspektiv

En tredjedel av personer 60 år och äldre drabbas av minst en fallolycka årligen, och fallincidensen ökar med stigande ålder. Efter 80 års ålder drabbas varannan person av en fallolycka. Nästan hälften av fallolyckorna sker på äldreboenden. Falltrauman i sig leder till stora konsekvenser för den drabbade personen med ökad immobilisering, sjuklighet, funktionsbortfall och minskad livskvalitet som följd. Detta påverkar inte bara individen utan också samhället med ökade sjukvårdskostnader och fler sjukvårdskontakter på både kort och lång sikt. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör alla patienter över 65 år screenas gällande fallrisk.

Risken att falla är speciellt hög om personen drabbas av ett akut förvirringstillstånd. För en person med hög fallrisk kan den utlösande orsaken till fallet vara exempelvis en infektion, anemi, akut hjärtkärllhändelse eller läkemedelsbiverkan varför vidare utredning alltid bör göras hos en äldre person som fallit.

Screeninginstrument: [Downton fall risk index](#).

Anamnes: Enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer kan vi använda oss av följande tre frågor för att identifiera riskpatienter:

- **Har personen fallit under det senaste året?**
- **Upplever personen själv att det finns en risk att falla?**
- **Finns det en omedelbar uppfattning i vårdteamet om att personen i fråga riskerar att falla?**

Yrsel/ostadighet? Frekvens, mönster? Syncopering? Samtidiga symtom?
Förekomst av tidigare lågenergifrakturer?

Bakomliggande sjukdomar och somatiskt, psykiskt och kognitivt status:
Somatisk nedsättning (puls, blodtryck, neurologstatus inklusive proprioception)?
Kognitiv nedsättning? Infektion? Diabetes mellitus? Smärta? Nedsatt syn?
Muskelstyrka? Balans? Gånghastighet och gångmönster? Fotstatus?
Omgivningsfaktorer, ADL? Rädsla för nya fall? Blodtryck - ortostatism?
Urinläckage, nokturi? Nutrition - lång nattfasta? Insulinbehandlad, nattlig hypoglykemi?

Kompletterande utredning: Paramedicinsk bedömning. Ortostatiskt test. Vilo-EKG. Ev långtids-EKG och/eller 24-timmars blodtrycksmätning. Ev MMSE.

Labprover: Hb, elektrolytstatus, eGFR, TSH, CRP, LPK, f-glukos. Ev u-sticka. S-Ca, 25-hydroxyvitamin D, S-ALP.

Aktuell medicinering: Polyfarmaci (4 eller fler läkemedel ökar fallrisken)? Neuroleptika eller bensodiazepiner? SSRI (kan ge blodtrycksfall och risk för aytmier)? Diuretika som leder till nokturi? Sömnmedicin (ifrågasätt behovet/effekten, ändra tid)? Överbehandlad hypertoni? Opioider?

Antikolinerga läkemedel? Behov av osteoporosmediciner, primär- eller sekundärprofylaktiskt?

Det finns ingen evidens för att endast läkemedelsgenomgång i sig, i frånvaro av övriga fallpreventiva åtgärder, minskar fallrisken. Multifaktoriella åtgärder har visat sig ha bäst fallreducerande effekt, vilka ofta innefattar en medicinsk genomgång, träningsprogram med fokus på balansförmåga och styrka, översyn av hemmiljön och hjälpmedel, åtgärder gällande nedsatt synförmåga samt en läkemedelsgenomgång. De flesta studier om fallpreventiva åtgärder är gjorda på patienter i eget boende i öppenvården eller på särskilda boenden. Nästan inga studier gällande fallprevention är gjorda på patienter med kognitiv svikt. Det finns också få studier gjorda på hur effektivt det egentligen är med fallpreventiva åtgärder för patienter som befinner sig på en vårdavdelning på ett sjukhus.

Specifika åtgärder för att minska fall- och frakturen

Höftskydd – ingen säker evidens för förebyggande effekt gällande höftfrakturer. Ofta dålig compliance. Bör endast användas hos personer med mycket hög fallrisk som vistas på särskilt boende.

Gånghjälpmedel – få studier gjorda, i nuläget ingen säker vetenskaplig evidens att gånghjälpmedel i sig minskar fallrisken. I realiteten dock ett måste om försämrad gångförmåga.

Observera att endast fall, med risk för huvudtrauma och traumatiskt subduralhematom, sällan är kontraindikation för antikoagulantia för äldre med förmaksflimmer. Enligt tidigare studier krävs det att en person faller 300 gånger/år för att blödningsrisken ska överstiga nyttan med antikoagulantibehandling.

Ortostatism

Uppstår när autonoma nervsystemet sviktar och då blodtrycket inte kan regleras normalt, vilket kan leda till blodtrycksfall. Karakteristiska symtom vid ortostatism är yrsel, trötthet, svaghetskänsla, huvudvärk och ibland förekommer även synkopering. Symtomen kan debutera vid uppresning, men också efter måltider eller om man stått upp längre tid. Definitionsmässigt innebär ortostatism ett blodtrycksfall i upprätt läge med >20 mmHg systoliskt och/eller >10 mmHg diastoliskt eller fall till < 90 mmHg inom 3 minuter från uppresning. Hos äldre personer är det önskvärt att kontrollera blodtrycket upp till 10 minuter i stående, då sena ortostatiska reaktioner kan förekomma. Ofta särskiljs ortostatism från postural hypotension, då man vid ortostatism ska se en kompensatorisk pulsökning vid samtidigt blodtrycksfall medan detta per definition saknas vid postural hypotension. Det sistnämnda är vanligare hos äldre. Blodtrycksfall 1-2 timmar efter måltid (postprandiell hypotension) är också vanligt hos äldre. Ortostatism kan vara del av symtombilden vid sjukdomar som påverkar autonoma nervsystemet såsom Parkinsons sjukdom, Lewy Body demens eller diabetes mellitus, men kan också bero på mediciner, immobilisering och försämrat närings- och dryckintag.

På misstanke om ortostatism görs ett ortostatiskt prov. Om patienten bedöms ha en hög fallrisk eller om det finns synkopering i anamnesen, bör man även göra en basal somatisk och neurologisk undersökning och komplettera med ett vilo-EKG. Om ortostatiska testet är negativt men patienten ändå uppvisar misstänkt ortostatiska symtom, kan man remittera patienten till ett TILT-test då man ska kunna reproducera symtomen om det rör sig om ortostatism.

Åtgärder gällande ortostatism:

Läkemedelsgenomgång. Har patienten en eller flera antihypertensiva som kan förstärka ortostatismen? Rollen av antihypertensiva läkemedel gällande risken för ortostatism är omtvistad och en del studier indikerar till och med att blodtryckssänkande mediciner kan förbättra ortostatiska symtom om man har ett samtidigt högt viloblodtryck. I internationella riktlinjer rekommenderas dock att man minskar blodtryckssänkande mediciner, inklusive diuretika och nitrater, som första behandlingssteg vid ortostatism. Risken för ortostatism är likvärdig för samtliga antihypertensiva, det finns ingen säker evidens att någon läkemedelsgrupp innebär högre risk.

Övriga läkemedel som SSRI, neuroleptika och opiater kan sannolikt också förvärra ortostatism.

Praktiska tips – försiktig uppresning, sova med höjd huvudända (10-20 cm), stödstrumpor (starkare evidens för höga stödstrumpor), ökat salt- och vätskeintag, undvik stora kolhydratrika måltider, träning, kaffe efter måltider.

Medicinering – Det finns inga entydliga internationella riktlinjer för vilka läkemedel som har bäst effekt vid ortostatism hos äldre. I de flesta riktlinjerna rekommenderas Fludrokortison (Florinef) som förstahandsval vid symtomgivande ortostatism. Detta läkemedel är kontraindicerat vid hjärt- och njursvikt, varför det ska ges med stor försiktighet till äldre. Dokumentationen för multisjuka, sköra äldre är mycket bristfällig även för detta läkemedel. Alfa- eller betareceptoragonist, exempelvis Effortil, kan ha effekt vid symtomgivande ortostatism, men evidensen är också bristfällig.

Referenser:

Socialstyrelsen. Nationella kvalitetsindikatorer - vården och omsorgen om äldre personer. Stockholm; Socialstyrelsen 2009.

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8333/2009-126-111_2009126111_rev.pdf (Hämtad 2014-10-25).

Kiel D P, Schmader K E. Prevention in community-dwelling older persons. 2014. *Up to Date*. http://www.uptodate.com/contents/falls-prevention-in-community-dwelling-older-persons?source=search_result&search=falls+in+older+adults&selectedTitle=2%7E150 (Hämtad 2014-10-25).

Kiel D P, Schmader K E. Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation. 2014. *Up to Date*. http://www.uptodate.com/contents/falls-in-older-persons-risk-factors-and-patient-evaluation?source=search_result&search=falls+in+elderly&selectedTitle=1%7E150 (Hämtad 2014-10-25).

NICE clinical guidelines. Falls: assessment and prevention of falls in older people. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2013.

Kaufmann H, Kaplan N M, Aminoff M J. Treatment of orthostatic and postprandial hypotension. 2014. *Up to Date*. http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-orthostatic-and-postprandial-hypotension?source=search_result&search=treatment+of+orthostatic+hypotension&selectedTitle=1%7E150 (Hämtad 2014-10-25).

Kaufmann H, Kaplan N M, Aminoff M J. Mechanisms, causes, and evaluation of orthostatic hypotension. 2014. *Up to Date*. http://www.uptodate.com/contents/mechanisms-causes-and-evaluation-of-orthostatic-hypotension?source=search_result&search=hypotension&selectedTitle=1%7E150 (Hämtad 2014-10-25).

Lahrman H, Cortelli P, Hilz M, et al. EFNS guidelines on the diagnosis and management of orthostatic hypotension. *European Journal of Neurology*. 2006; 9: 930-6.

Gustafson Y, Janlio G B, Nordell E. Fall och höftfrakturer hos äldre går att förebygga. *Läkartidningen* 2006; 103(40): 2997-99. http://www2.lakartidningen.se/store/articlepdf/5/5043/LKT0640s2997_2999.pdf (Hämtad 2014-11-27).

The American Geriatrics Society. AGS/BGS Clinical Practice Guideline: Prevention of Falls in Older Persons. Summary of Recommendations; 2014. http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/prevention_of_falls_summary_of_recommendations (Hämtad 2014-11-27).

Funktionsmässigt perspektiv

Åldrandet i sig utför risk för fall. Komponenter som minskad muskelmassa, yrselproblematik, blodtrycksproblem bidrar i sig till ökad fallrisk. Utöver att utreda det medicinska och sätta in åtgärder för det, bör det även andra utredningar göras. Vid fall eller risk för fall bör gång-, funktions- och balansförmåga undersökas och bedömas. Finns det behov av gånghjälpmedel? Var god se fråga 2. Behövs en översyn av befintliga hjälpmedel, rollatorns bromsar till exempel? Närmiljön kan vara en annan orsak till varför patienten faller. Den kan vara hindrande och otillgängligt utformad. Närmiljön bör därför kartläggas för att se om det finns möjlighet till åtgärd där, som motverkar vidare fall. Detta kan bland annat göras med bedömningsinstrumentet Housing Enabler av Susanne Iwarsson.

Patientens aktivitetsmönster ska inte förringas i detta sammanhang. Det är viktigt att kartlägga när, var och vad patienten gör när fall inträffar. Fysioterapeut och arbetsterapeut bör kopplas in för bedömning och eventuella åtgärder. Ett individuellt utprovat stryketränningsprogram kan öka muskelmassan vilket i sig kan förhindra nya fall. Ibland kan det behövas bara ett rörelseprogram och då är det viktigt att tillgodose det. Detta kan bland annat göras via Physiotools, ett program innehållande övningar som kan sättas ihop individanpassas. Olika larm kan användas, för att framförallt uppmärksamma omgivningen att patienten är på väg att falla eller om patienten redan har fallit, få snabb kännedom om det och komma till undsättning. I vårdplanen ska det finnas en plan för vilka behov av åtgärder patienten har. Det är av största vikt att vårdplanen revideras regelbundet, vid försämringar och vid förbättringar.

Bedömningsinstrument:

The 30-second Chair Stand Test

http://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/pdf/steady/30_second_chair_stand_test.pdf

The 4-stage Balance Test

http://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/pdf/steady/4_stage_balance_test.pdf

Downton Fall Risk Index

framför allt för användning i särskilt boende.

Rosendahl E, Lundin-Olsson L, Kallin K, Jensen J, Gustafson Y, Nyberg L. Prediction of falls among older people in residential care facilities by the Downton index. Aging Clin Exp Res. 2003;15:142-7. [DFRI](#)

Fall Risk Assessment Tool

för screening på exempelvis akutmottagning och vårdcentral.

Nandy S, Parsons S, Cryer C, Underwood M, Rashbrook E, Carter Y, Eldridge S, Close J, Skelton D, Taylor S, Feder G; Falls Prevention Pilot Steering Group (2004). Development and preliminary examination of the predictive validity of the Falls Risk Assessment Tool for use in primary care. J Public Health (Oxf). 2004;26:138-43 [FRAT](#)

STRATIFY

utvecklat för användning på sjukhus.

Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. BMJ. 1997;315:1049-53. [STRATIFY](#)

Referenser:

<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/Fall>

Fördjupad kunskap:

Housing Enabling:

http://www.med.lu.se/hv/forskargrupper/aktivt_och_haelsosamt_aaldrande/forskning/paagaende_projekt/housing_enabler

Physiotools:

<http://www.physiotools.se/>

Googla "larm vid fall".

Kunskapscentrum för geriatrik, Region Skåne:

<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/Fall>

TRYCKSÅR

Medicinskt perspektiv

Trycksår är vanligt förekommande hos äldre patienter, både på sjukhus och på särskilda boenden och innebär ofta en stor symtombörda och lidande för patienten. Riskfaktorer för trycksår är nedsatt rörlighet, undernäring, nedsatt känsel och nedsatt perfusion till vävnaden. Till det sistnämnda finns flera bidragande faktorer såsom hypotension, dehydrering eller perifer arterioskleros. I nuläget finns det ingen klar evidens för att endast ett lågt blodtryck innebär högre risk för trycksår. Även bakomliggande demenssjukdom, hjärtsjukdom, inkontinens eller diabetes kan öka risken för trycksår, men det är i nuläget oklart om det finns en kausal koppling däremellan eller om det är en minskad mobilisering som ligger bakom utvecklingen av ett trycksår vid dessa sjukdomar.

Screeninginstrument: [Nortonskalan](#).

Anamnes: Enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer kan vi använda oss av följande huvudfråga för att identifiera riskpatienter:

Har den äldre personen svårt att röra sig, ändra ställning eller förflytta sig själv?

Bakomliggande sjukdomar och somatiskt, psykiskt och kognitivt status: Somatisk eller kognitiv nedsättning? Mobiliseringsgrad? Nutritionsstatus? Hydreringsgrad? Inkontinens? Smärta – behov av analgetika? Infektion, behov av sårodling, revidering eller antibiotika? Finns tecken på osteomyelit? Diabetes – sockerläge (upprepade hyperglykemier minskar neutrofil-svaret och kan försämra sårstatus)? Polyneuropati – diabetes, uremi, hypotyreoos, kobalaminbrist? Blodtryck?

Labprover: Hb, CRP, LPK, elektrolytstatus, eGFR, albumin. Ev TSH, homocystein, B12/folat, f-glukos.

Studier har indikerat en koppling mellan risken för trycksår och lågt serumalbumin och/eller lågt hemoglobin. Det finns dock inga riktlinjer för specifika gränsvärden för dessa prover.

Aktuell medicinering: Kortisonbehandling som ger skör hud? Optimerad analgetika? Lugnande eller neuroleptika som kan försämra mobiliseringsgraden? Polyfarmaci med läkemedelsbiverkningar som försämrar mobilisering?

Åtgärd: Tryckavlastning. Klinisk bedömning och läkemedelsgenomgång. Behandla bakomliggande sjukdomar som kan försämra läkningen. Optimera analgetika om det finns en underbehandlad smärta. Försök optimera nutritionen och inkontinensvård. Håll huden torr och smidig. **Vad är målet med fortsatt behandling, är det kanske optimerad smärtlindring snarare än utvidgad utredning som bör prioriteras?**

Referenser:

Socialstyrelsen. Nationella kvalitetsindikatorer - vården och omsorgen om äldre personer. Stockholm; Socialstyrelsen: 2009.

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8333/2009-126-111_2009126111_rev.pdf (Hämtad 2014-10-25).

Dan Berlowitz D, Schmader K E, Danfey H. Epidemiology, pathogenesis and risk assessment of pressure ulcers. 2014. *Up to date*. http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-risk-assessment-of-pressure-ulcers?source=search_result&search=pressure+ulcers&selectedTitle=3%7E119 (Hämtad 2014-10-27).

Dan Berlowitz D, Schmader K E, Danfey H. Prevention of pressure ulcers. 2014. *Up to date*. http://www.uptodate.com/contents/prevention-of-pressure-ulcers?source=search_result&search=pressure+ulcers&selectedTitle=2%7E119 (Hämtad 2014-10-27).

Funktionsmässigt perspektiv

För att förhindra uppkomst av trycksår är det av stor betydelse att utreda vilka fysiska förmågor patienten har för att själv kunna röra sig. Observera om patienten kan göra lägesändringar både i liggande och i sittande. Om patienten har svårigheter med detta kan olika hjälpmedel provas ut/ordineras. Glidlakan underlättar själva lägesändringarna i sängen. Höj/sänkbar huvudgavel i säng underlättar sittandet i sängen. Observera att patienten har en ökad risk att få trycksår i form av skjuv, olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra, när huvudänden höjs upp och patienten glider ner i sängen.

Några viktiga åtgärder i det förebyggande arbetet kring trycksår är att använda tryckavlastandemadrasser och sittkuddar. Men detta innebär att patienten behöver byta position regelbundet ändå och därför är det viktigt att kombinera dessa hjälpmedel med ett vändschema när patienten sover och ett viloschema på dagtid. Vändschema avser att säkerställa att patienten får hjälp med att byta liggande position nattetid. Viloschema avser säkerställa att patienten får regelbunden växling mellan att sitta uppe och att vila liggandes i sängen under dagtid.

I vårdplanen ska det finnas en plan för vilka behov av åtgärder patienten har. Det är av största vikt att vårdplanen revideras regelbundet, vid försämringar och vid förbättringar.

Referenser:

Vårdhandboken. www.varldhandboken.se

Fördjupad kunskap:

Tryckavlastandemadrasser och tryckavlastandekuddar via hjälpmedelsföretag.

Kunskapsbank för geriatrik, Region Skåne:

<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/Trycksår>

URINLÄCKAGE / INKONTINENS

Medicinskt perspektiv

Förekomsten av urinläckage är stor bland äldre personer och drygt en fjärdedel av kvinnor över 80 uppskattas vara drabbade. Prevalensen ökar dramatiskt med stigande ålder och för personer som är institutionsboende är det långt över hälften som är urininkontinenta. Urininkontinens innebär ofta ett stort lidande för patienten, med negativ påverkan på det sociala umgänget och på livskvaliteten. Urininkontinens betraktas ofta som ett geriatriskt syndrom som är vanligt förekommande bland de allra äldsta, som ofta är begränsade i sin rörelseförmåga, har flera bakomliggande sjukdomar och många mediciner, som i sin tur kan förvärra inkontinensen och försämra livskvaliteten ytterligare.

Urininkontinens delas in i ansträngnings-, trängnings-, överrinnings-, och blandinkontinens. Den sistnämnda är vanligast hos äldre kvinnor, medan det hos män är vanligare med trängningsinkontinens. Många gånger är orsaken till urininkontinensen i gruppen sköra äldre multifaktoriell. Många sjukdomar som är vanligt förekommande hos äldre innebär också en ökad risk för urininkontinens; hjärtsvikt, demenssjukdom, diabetes mellitus, restillstånd efter stroke, Parkinsons sjukdom och KOL. I både nationella och internationella riktlinjer för urininkontinens trycker man på att man inom sjukvården bör fråga alla över 65 år om förekomst av urinläckage, framförallt om patienten har klara riskfaktorer i form av bakomliggande organsjukdom eller nedsatt funktionsförmåga.

Anamnes: Typ av inkontinens, tidsaspekt, dygnsvariation. **Påverkan på livskvalitet?**
Övriga symtom – makroskopisk hematuri? Smärta? Viktnedgång?

Bakomliggande sjukdomar och somatiskt, psykiskt och kognitivt status: Somatisk eller kognitiv nedsättning? Mobiliseringsgrad, funktionsnivå? Neurologiska sjukdomar? Diabetes mellitus med nervpåverkan? Infektion? Tecken på gynekologisk eller urologisk bakomliggande sjukdom (prostatapalpation respektive gynundersökning om möjligt)? Sexuell funktion? Tidigare prostataoperation? Samtidig fecesinkontinens – känslnedsättning? Tarmfunktion? Njurfunktion?

Hjälpmedel: Urinmättningslista (frekvens och volym), vätskelista. Bladderscan.

Labprover: Hb, elektrolytstatus, eGFR, u-sticka, p-glukos. Ev u-odling, CRP, LPK, PSA.

Aktuell medicinering: Läkemedel med antikolinerg effekt som ökar risken för urinretention och överrinningsinkontinens (antidepressiva eller neuroleptika)? Neuroleptika eller bensodiazepiner som nedsätter rörelseförmågan och försämrar att patienten hinner till toaletten i tid? Sömnmediciner? Diuretika? Prova lokalt östrogenpreparat (som har en möjlig effekt på sekundär sveda och obehag hos postmenopausala kvinnor med trängningsinkontinens)?

Åtgärd: **Rimliga behandlingsmål? Vill/orkar patienten genomgå utvidgad, invasiv utredning även om detta känns medicinskt indicerat? Och ändrar en sådan utredning behandlingsläget?** Läkemedelsgenomgång. Behandla eventuella bakomliggande faktorer (exempelvis förstoppning, UVI, optimera KOL-

medicinering). Hjälpmedel. Omgivningsfaktorer, gånghjälpmedel.
Blås/bäckenbottenträning bör provas om patienten kan tillgodogöra sig detta.

Vilken typ av behandling ska vi använda vid urininkontinens hos sköra äldre?

Evidensen för olika typer av behandling för urininkontinens för just sköra äldre är mycket bristfällig. Enligt SBU:s rapport på ämnet finns det visst vetenskapligt stöd att hjälp till toaletten och uppmärksamhetsträning minskar antalet läckageepisoder hos sköra äldre, och att behandlingsfokus i denna grupp bör ligga på god omvårdnad och hjälpmedel i första hand. Sköra äldre definieras i denna rapport som personer över 65 år som är beroende av äldreomsorg och med samsjuklighet. Det finns i nuläget inget vetenskapligt underlag för någon typ av läkemedelsbehandling mot urininkontinens för sköra äldre. Detta gäller också för behandling med lokala östrogenpreparat, där det saknas studier gjorda på äldre.

Dokumentationen gällande effekten av kirurgisk behandling för sköra äldre är bristfällig. Bäckenbottenträning har en väldokumenterad effekt på ansträngningsinkontinens, men det finns ingen stark vetenskaplig evidens att denna typ av träning även har effekt för sköra äldre. Det är också oklart vilken roll blåsträning har vid olika typer av inkontinens i denna patientgrupp. I internationella riktlinjer rekommenderar man dock blåsträning till kognitivt intakta äldre kvinnor med urininkontinens, oavsett typ, då denna behandling är kostnadseffektiv och har få biverkningar, även om den vetenskapliga dokumentationen gällande effekt inte är övertygande.

För patienter med kognitiv svikt och urininkontinens som bor på särskilt boende, har man i studier sett positiva resultat av uppmärksamhetsträning. Detta innebär att vårdpersonal påminner och hjälper patienten med regelbundna toalettbesök, varannan timme rekommenderas initialt. I denna behandlingsregim ingår också att man uppmuntrar patienten att rapportera varje urinläckage eller trängningskänsla till personalen och att personalen också frågar patienten om läckage regelbundet. Detta kan leda till färre episoder med läckage. Man har även sett att funktionell träning kan bidra till färre inkontinensepisoder i gruppen sköra äldre.

Referenser:

SBU. Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. En systematisk översikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. ISBN 978-91-85413-60-7.

Region Skåne. Kvinnlig urininkontinens. Vårdprogram för primärvården i Region Skåne. 2014.

http://www.skane.se/Public/SUS_extern/Verksamheter/Kvinnokliniken/Dokument/B%c3%a4ckenbottencentrum/Vardprogram%20PV%202013-14.pdf (Hämtad 2014-10-30).

DuBeau C E, Brubaker L, Schmader K E, et al. Treatment and prevention of urinary incontinence in women. 2014. *Up to date*. http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-urinary-incontinence-in-women?source=search_result&search=urine+incontinence&selectedTitle=3%7E150 /Hämtad 2014-10-30).

J Quentin Clemens, O'Leary M P. Urinary incontinence in men. 2014. *Up to Date*. http://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-in-men?source=search_result&search=urine+incontinence&selectedTitle=2%7E150 (Hämtad 2014-10-30).

Funktionsmässigt perspektiv

Ett urinläckage kan uppfattas som problematiskt och skamligt för vissa personer. Om det uppfattas som ett problem är det viktigt att erbjuda olika åtgärder. En åtgärd är inkontinenshjälpmedel som är individuellt anpassade, vilket distriktssköterskan kan hjälpa till med. Vissa har besvär med urinläckage som inte är direkt kopplad till medicinska besvär utan till nedsatt aktivitets- och mobiliseringsförmåga. Arbetsterapeuten kan anpassa toaletten med hjälpmedel, som underlättar tillgängligheten. För en del patienter kan det på grund av nedsatt mobiliseringsförmåga ta för lång tid att komma till toaletten, vilket gör att de "inte hinner i tid". Fysioterapeut kan då prova ut gånghjälpmedel som underlättar själva förflyttningen till och från toaletten och arbetsterapeuten kan ordinera en fristående toalettstol, som kan ställas nära sängen. Att ha en toalettstol nära sängen innebär att patienten inte behöver gå så långt när det finns toalettbehov framför allt nattetid. Genom dessa icke medicinska åtgärder kan det vara så att patienten inte besväras av urinläckage längre.

Fördjupad kunskap:

Kunskapsbank för geriatrik, Region Skåne:

<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/Urininkontinens>

KONFUSION

Medicinskt perspektiv

Förvirringstillstånd hos äldre är vanligt vid somatiska, psykiska och kognitiva sjukdomstillstånd. Konfusion, eller delirium, definieras som ett tillstånd med sviktande mentala funktioner och ska betraktas som ett symtom på "hjärnsvikt". Enligt DSM IV-kriterierna innebär konfusion en medvetandestörning med reducerad förmåga att fokusera, vidmakthålla och skifta uppmärksamhet, förändrad kognitiv förmåga (minnesstörning, desorientering, talsvårigheter) samt att förändringarna har utvecklats akut och fluktuerar över dygnet. Ett förvirringstillstånd kan hålla i sig i timmar till dagar, men i de flesta fall snarare flera dagar upp till månader. Den fysiologiska mekanismen vid konfusion är fortfarande inte helt känd.

Förvirringstillstånd har till störst del studerats på patienter som vårdas på sjukhus och studier har visat att runt 30 procent av äldre, inneliggande patienter drabbas av en konfusion under en sjukhusvistelse. Sannolikt är dock incidensen ännu högre med tanke på risken för underrapportering eller att sjukvårdspersonal kanske feltolkar patientens symtom. Multisjuka, sköra äldre har ofta små marginaler både somatiskt och kognitivt i kombination med en lång läkemedelslista, vilket också innebär en ökad risk för konfusion i denna patientkategori. Tidigare studier har indikerat att drygt 30 procent av alla konfusionsepisoder är läkemedelsrelaterade.

Kända riskfaktorer för konfusion är bland annat bakomliggande neurologiska sjukdomar som Parkinsons sjukdom, stroke eller demens. Andra riskfaktorer är sömnbrist, polyfarmaci, infektion, uttorkning, immobilisering, smärta, undernäring samt nedsatt syn eller hörsel.

Studier har visat att konfusion är ett mycket allvarligt symtom eller tillstånd med hög mortalitet och morbiditet, som obehandlat kan leda till döden. Det är därför viktigt att vi snabbt hittar dessa patienter och utreder och behandlar möjliga grundorsaker tidigt i förloppet. Konfusionen kan yttra sig på olika sätt, både som hyper- och hypoaktivitet hos personen. Det är ofta personen i den första kategorin som uppmärksammas snabbare på grund av tecken på agitation, motorisk oro eller utåtagerande betéende. En hypoaktiv, konfusorisk patienten kan vara stillsam och inåtvänd varför symtomatologin blir mindre tydlig för personalen.

Screeninginstrument: CAM.

Anamnes: Tidsperspektiv? Tidigare uppgifter om nedsatt kognition? Fråga anhöriga! ADL (en plötslig nedsättning i ADL jämfört med tidigare kan vara ett symtom på konfusion)? Somatiska eller neurologiska nytillkomna symtom? Social situation – ökad stress? Sömnrubbing? Mat- och vätskeintag? Alkoholanamnes? Nyinsatta mediciner?

Bakomliggande sjukdomar och somatiskt, psykiskt och kognitivt status:

Tecken på akut somatisk eller psykisk sjukdom? Psykotiska symtom (hallucinationer, vanföreställningar)? Vitalparametrar? Neurologiska bortfallssymtom? Infektion? Hjärtkärlhändelse (EKG)? Resurin? Smärta? Förstoppning? Rehydreringsgrad? Hypo- eller hyperglykemi hos diabetiker?

Labprover: Hb, LPK, CRP, trombocyter, elektrolytstatus, leverstatus, p-glukos, Ca-jon. U-sticka och eventuellt u-odling. Om man är på sjukhus bör man komplettera med TnT och blodgas. EKG bör tas. Läkemedelskoncentration om misstänkt överdosering.

Aktuell medicinering: Antikolinerga läkemedel? Bensodiazepiner? Polyfarmaci – större risk för läkemedelspåverkan? Eventuellt tillfällig utsättning av mediciner som kan bidra eller förlänga en konfusionsepisod (exempelvis SSRI, digoxin, betablockerare, diuretika, övrig antihypertensiva, antiemetika, bensodiazepiner, för hög opioiddos).

Åtgärder:

1. **Utred och behandla möjliga bakomliggande orsaker** - infektion, aggraverad hjärtsvikt, KOL med hypoxemi, akut njursvikt, elektrolytrubbningar, insulinbehandling med hypoglykemier nattetid, underbehandlad smärta, urinretention eller förstoppning. **Läkemedelsgenomgång**, sätt ut så många mediciner som möjligt tillfälligt i akutskedet. Försiktighet med neuroleptika och bensodiazepiner!

EEG – misstänk underliggande epilepsi som orsak om samtidiga motoriska symtom, postiktalitet, automatismer (smackar med läpparna, tuggande), akut nytillkommen afasi eller neglekt utan strukturell skada.

CT hjärna – bör inte användas rutinmässigt som första steg i en konfusionsutredning, framförallt om man hittar annan utlösande somatisk orsak. Om patienten dessutom inte har något trauma i anamnesen och inga nytillkomna neurologiska symtom kan man avvakta med CT hjärna initialt. Om man dock inte hittar någon annan säker utlösande orsak eller om patienten inte hämtar sig som väntat efter gjorda läkemedelsändringar eller medicinsk behandling av misstänkt grundorsak, bör man gå vidare med undersökningen.

2. **Omvårdnadsfaktorer** - Se till att patienten har hjälpmedel för syn- och hörselnedsättning om det behövs. Minska stimuli i rummet, lugn och ljus miljö för att minska risken för feltolkningar av synintryck. Försök optimera sömnen och dygnsrytmen, eventuellt behövs medicinering tillfälligt för detta. Försök optimera nutritionen och vätskeintaget. Ge kaloririkt kvällsmål för att undvika lång nattfasta och förbättra sömnen. Undvik immobilisering.
3. **Symtomlindrande behandling** – i dagens läge tveksam vetenskaplig evidens för neuroleptikabehandling vid akuta förvirringstillstånd. Kan användas om patienten är mycket agiterad och motoriskt utåtagerande, uppvisar psykotiska symtom (om dessa symtom innebär ett lidande för patienten) eller om patienten är fara för sig själv. Dokumentationen gällande symtomlindrande effekt är mycket bristfällig, men man vet dock att biverkningsrisken är mycket stor hos äldre. En del studier har visat att lågdos neuroleptikabehandling kan ha viss effekt på konfusionens duration, men det finns ingen säker evidens för en egentlig symtomlindrande effekt. Inga studier har heller påvisat att neuroleptikabehandling minskar risken för konfusion hos äldre. Vid tidigare nämnda symtom kan man prova en låg dos neuroleptika, lämpligen Risperdal på grund av lindrigare biverkningsprofil, men

behandlingen måste utvärderas inom 14 dagar och bör sättas ut så snart patienten har förbättrats. Internationellt rekommenderas ofta en låg dos Haldol (0,25 mg) på grund av lång klinisk och beprövad erfarenhet, men detta preparat ökar också risken för extrapyramidala biverkningar, sedering och hypotension varför man ska vara försiktig med även detta.

Bensodiazepiner har visat sig ha en tveksam effekt vid konfusionstillstånd hos äldre. Studier har visat att bensodiazepiner snarare kan förlänga och förvärra en konfusion och man har inte kunnat påvisa någon säker behandlingseffekt. I nationella och internationella riktlinjer rekommenderas således att bensodiazepiner i möjligaste mån ska undvikas hos äldre med konfusion.

4. **Basal minnesutredning** bör göras i ett lugnare skede.

Referenser:

Rousseau A, Sjödin I. ABC om konfusion på somatisk vårdavdelning. *Läkartidningen*. 2004; 101(26-27): 2270-74.

Francis J, Aminoff M J, Schmader K E. Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment and prognosis. 2014. *Up To Date*. http://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis?source=search_result&search=delirium&selectedTitle=2%7E150 (Hämtad 2014-10-30).

Francis J, Young G B, Aminoff m J, et al. Diagnosis of delirium and confusional states. 2014. *Up to date*. http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states?source=search_result&search=delirium&selectedTitle=1%7E150 (Hämtad 2014-10-30).

Funktionsmässigt perspektiv

Konfusion kan ha många bakomliggande orsaker. En viktig sak att utreda är om patienten kan och hur patienten i så fall förmedlar sig/påkallar uppmärksamhet, när konfusionstillstånd är konstaterat. Detta bör kartläggas ur patientsäkerhetsynpunkt. Utmaningen ligger i att om patienten inte hittar eller inte kan använda tillhandahållna signalsystem.

Ur funktionssynpunkt kan man kartlägga mobiliseringsmönster och vakenhetsmönster genom beteendeschema. Detta kan vara en bra grund att ha med i vidare utredning om bakomliggande orsak.

Fördjupad kunskap:

Kunskapscentrum för demenssjukdomar, Region Skåne:
<http://www.skane.se/kcdemens>

LÄKEMEDEL

Medicinskt perspektiv

Flera studier har visat att ju fler läkemedel en äldre person har, desto större är risken för skadliga interaktioner och biverkningar, som i sin tur kan leda till ökad symtombörda och nedsatt livskvalitet. Åldrandet i sig innebär också en försämrad organfunktion, som påverkar metabolismen av flera läkemedel och innebär en ökad risk för interaktioner mellan olika läkemedelsgrupper. Upp emot 30 procent av alla akuta sjukhusinläggningar tros vara direkt läkemedelsrelaterade. Som ett led i att öka patientsäkerheten, ska alla patienter över 75 år som är ordinerade minst 5 läkemedel, erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Risken för polyfarmaci, interaktioner samt symtomgivande biverkningar är som störst i denna åldersgrupp. Den patient som fortfarande har misstänkt läkemedelsorsakade symtom efter en enkel läkemedelsgenomgång bör erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång, som rutinemässigt ska utföras av en geriatiker, klinisk farmakolog eller apotekare. Vid den fördjupade genomgången tar man ställning till varje enskild medicinerings indikation och värderar nyttan respektive risken med behandlingen med utgångspunkt från kroppens naturliga åldrande, patientens övriga mediciner, misstänkta biverkningar och patientens egen åsikt.

Region Skåne har beslutat att en basal läkemedelsgenomgång ska göras på alla patienter över 65 år. För patienter äldre än 75 år som står på fem eller fler läkemedel, som sjukhusvårdas eller bor på särskilt boende bör man direkt göra en fördjupad läkemedelsgenomgång.

Basal läkemedelsgenomgång:

Hjälpmedel: [PHASE-20](#) symtomskattning. [SFINX \(janusinfo.se\)](#) interaktioner mellan läkemedel.

Anamnes: Vilka mediciner är patienten ordinerade? Vilka mediciner tar patienten? Naturläkemedel eller receptfria mediciner? Misstänkta biverkningar?

Bakomliggande sjukdomar, somatiskt, psykiskt och kognitivt status: Somatisk eller kognitiv nedsättning? Över- eller underbehandlad depression eller somatisk åkomma (exempelvis hjärtsvikt eller hypotyreos)? Finns ett kvarstående behov av sekundärprofylax? Blodtryck – ortostatism? Puls? Neuroleptika med oklar indikation? Benodiazepiner? Sömnmediciner – försök till utsättning? Över- eller underbehandlad smärta? Är aktuella mediciner och doser anpassade till njurfunktionen?

Labprover: Hb, elektrolytstatus, eGFR (bör kontrolleras vid varje läkemedelsgenomgång). Övriga riktade prover för kontroll exempelvis TSH, B12/folat/homocystein, leverstatus.

Åtgärdsplan: Sammanställning av gjorda läkemedelsändringar, varför och även vem som ska följa upp gjorda ändringar, när och på vilket sätt.

Det finns flera faktorer i vår vardag som försvårar en smidig läkemedelsgenomgång, bland annat tidsbrist och svårfångad dokumentation angående olika mediciners indikation samt

olika journalsystem i kommun, primärvård och slutenvård. I en enkätstudie från Socialstyrelsen tillfrågades drygt 950 primärvårdsläkare om hur ofta man gjorde läkemedelsgenomgångar och 73 procent svarade att man gjorde läkemedelsgenomgångar en gång per år för patienter i särskilt boende respektive 62 procent för patienter i eget boende. Faktorer som hindrade läkaren från att göra fler läkemedelsgenomgångar var oftast tidsbrist följt av ekonomiska begränsningar.

Läkemedel med extra observans hos äldre

Neuroleptika – kraftig biverkningsprofil, framför allt hos personer med demenssjukdom, med ökad risk för sedering, ortostatism, kognitiva störningar och konfusion, motoriska störningar med parkinsonism och tardiv dyskinesi. Studier har också visat en ökad risk för cerebrovasculära händelser och tidig död hos dementa patienter som behandlas med neuroleptika. Man har även sett att neuroleptika innebär risk för maligna arytmier, då antipsykotisk medicinering förlänger QT-tiden. Neuroleptika har i studier visat sig ha en ytterst blygsam, eller utebliven, effekt på BPSD. Om patienten har symptom av psykotisk valör, såsom vanföreställningar eller hallucinationer, eller svår aggressivitet, kan man prova med liten dos Risperidal med snabb uppföljning inom 2 veckor. Om patienten inte har någon effekt av behandlingen ska medicineringen avslutas. Det vetenskapliga underlaget för långtidsbehandling av neuroleptika hos personer med demenssjukdom är mycket svagt. Man vet dock att biverkningsrisken är mycket hög i denna patientgrupp, vilket gör att risken ofta överstiger nyttan med längre tids neuroleptikabehandling.

Bensodiazepiner – ökar risken för fall och frakturer, även risk för kognitiv påverkan med konfusion, ökad oro och hallucinationer samt hypotension. Risken för biverkningar ökar för multisjuka patienter med flera andra mediciner. Störst risk med långtidsverkande bensodiazepiner som helt ska undvikas hos äldre. Exempel på dessa är Stesolid och Nitrazepam. Långtidsbehandling med bensodiazepiner har visat sig ha negativ effekt på kognitionen och innebär också en ökad risk för uttrappningssymtom. Vid tillfällig oro, där man inte hittar någon säker behandlingsbar orsak och där man kanske seponerat mediciner som kan ha bidragit, kan man prova Oxascand i lägsta möjliga dos. Oxascand har kortare halveringstid än övriga bensodiazepiner (cirka 10 timmar) och heller inga aktiva metaboliter. Detta ska dock vara en tillfällig behandling, med en ny utvärdering efter 2-4 veckor.

Hos patienter med demenssjukdom har man inte påvisat någon säker behandlingseffekt av bensodiazepiner vid BPSD (exempelvis oro, agitation, vandringsbeteende) och då en sådan behandling snarare kan vara skadligt för patienten med risk för konfusion, fall och trötthet ska man undvika bensodiazepiner i möjligaste mån i denna patientkategori.

Sömnmediciner – Studier har visat att Zopiklon och Zolpidem innebär en ökad risk för fall, frakturer, nattliga förvirringstillstånd och dagtrötthet. Medicineringen har dock visat sig ha effekt på sömnkvaliteten med färre uppvaknanden hos personer över 60 år, men i nuläget finns det en mycket svag dokumentation gällande äldre, multisjuka och framförallt om patienten har en kognitiv svikt. Behandlingseffekten med z-preparat avtar vanligtvis efter ungefär 5 veckor och det finns ingen dokumentation gällande långtidsbehandling, inte heller för yngre personer. Reboundfenomen är vanligt om man avslutar behandlingen utan uttrappning.

Om det finns ett stort behov av att hitta rätt dygnsrytm hos en patient med sömnbesvär kan man prova sömnmedicinering (efter icke-medicinska åtgärder är gjorda). I riktlinjer rekommenderas då en kortvarig intermittent behandling med preparatet Zopiklon. Zopiklon har en relativt kort halveringstid (hos äldre runt 7 timmar). Läkemedlet har en aktiv metabolit, som dock verkar sakna klinisk betydelse enligt gjorda studier. I internationella riktlinjer rekommenderar man en reducerad dos (3,75 mg) som startdos för äldre. Zolpidem har visat sig ha en bredare biverkningsprofil som är mer uttalad hos äldre (ökad risk för nattlig aggressivitet, konfusion, mardrömmar, hallucinos), varför det ska ges med stor försiktighet till äldre individer. I internationella riktlinjer trycker man på att det inte finns några studier som stödjer byte från ett av Z-preparaten till ett annat, om man inte haft någon effekt av det ena. Många patienter har tagit z-preparat dagligen i flera år och man bör alltid göra ett utsättningsförsök i sådana fall, genom att börja med att trappa ner medicinen. Schema för uttrappningsschema finns att hitta i Fas ut.

Propavan är olämpligt till äldre på grund av stark antikolinerg effekt. Heminevrin ska användas med försiktighet, på grund av risk för blodtrycksfall och sedering med ökad fallrisk som följd.

Antikolinerga läkemedel – stor risk för kognitiv påverkan, konfusion, obstipation, urinretention och muntorrhet. Läkemedel i denna grupp bör i möjligaste mån undvikas hos äldre och framförallt vid multisjukdom och hög ålder. Detta innebär stor försiktighet med medicinering med bland annat tricykliska antidepressiva, Atarax, Theralen, Propavan och läkemedel mot trängningsinkontinens. Observera att även impugan kan ge antikolinerga biverkningar.

Blodtrycksmedicinering hos de allra äldsta?

Studier tyder på att i övrigt friska patienter i åldern 60-80 år med hypertoni, har en klinisk nytta av antihypertensiv behandling, med en minskad totalmortalitet och lägre risk för stroke och hjärtkärlhändelser. Studier och internationella riktlinjer indikerar att även personer över 80 år kan ha en behandlingsvinst med primärpreventiv blodtryckssänkande behandling med en reducerad risk för framförallt cerebrovasculära händelser. Man har dock inte kunnat påvisa en minskad totalmortalitet vid blodtryckssänkande behandling i denna ålderskategori och man vet också att biverkningarna ökar i takt med högre ålder. Dokumentationen är mycket bristfällig för de allra äldsta och för multisjuka. Det finns ingen internationellt gångbar konsensus om vilka blodtrycksgränser som är lämpliga för personer över 80 år. Studier indikerar att ett rimligt behandlingsmål för personer över 80 år med hypertension skulle vara 140-160 mm Hg. Man har inte sett någon säker behandlingsvinst om man sänker blodtrycket under 140 mm Hg systoliskt gällande risken för stroke eller hjärtkärlhändelser för äldre, utan studier talar snarare för att mortaliteten ökar och livskvaliteten försämras vid lägre blodtrycksnivåer i denna ålderskategori.

Det finns heller ingen säker evidens för att någon grupp av antihypertensiva skulle vara effektivare än någon annan för äldre, men i internationella riktlinjer rekommenderas ofta tiaziddiuretika som lämpligt preparat att börja med hos äldre patienter, alternativt med tillägg av liten dos ACE-hämmare beroende på njurfunktionen. Tiaziddiuretika rekommenderas i dessa fall på basen av att den är bäst studerad hos äldre personer och på basen av lång klinisk erfarenhet.

Studier har också indikerat att blodtrycksmedicinering hos äldre innebär en ökad risk för fall, framförallt gällande allvarliga fall som leder till sjukhusvård. Man har också sett ökad risk för blodtrycksfall och ortostatism. Detta gör att nytta med blodtrycksmedicinering hos en äldre person alltid måste vägas mot risken och kanske ska man vara extra försiktig med att behandla en äldre, multisjuk patient som redan har flera riskfaktorer för fall, även om blodtrycket ligger åt det högre hållet.

Hjärtsviktsmedicinering hos de allra äldsta?

Behandlingsvinsten av hjärtsviktsmedicinering (ACE-hämmare, betablockad, mineralkortikoid) är väldokumenterad för medelålders patienter med nedsatt systolisk vänsterkammarmfunktion, med effekt på både symtom och överlevnad. Många äldre med hjärtsvikt har dock en relativt bevarad vänsterkammarmfunktion, men istället en diastolisk dysfunktion som är symtomgivande. För patienter över 80 år, och speciellt gällande diastolisk hjärtsvikt, är den vetenskapliga dokumentationen gällande effektiv behandling inte lika tung.

Studier och internationella riktlinjer indikerar att alla patienter, oavsett ålder, med en systolisk hjärtsvikt (EF < 40 procent) ska ha basbehandling med ACE-hämmare och betablockad om inga kontraindikationer föreligger (avancerad njursvikt, uttalad hypotoni under 100-90 mmHg, bradykardi) då dessa läkemedel har god dokumentation gällande minskad mortalitet, färre sjukhusvistelser och bättre symtomkontroll. Studier indikerar att även äldre patienter (över 80 år) med en vänsterkammarsvikt också kan ha en god symtomlindrande effekt av sådan basbehandling. Dock rekommenderas låga startdoser och försiktig upptrappning samt snar uppföljning med observans på biverkningar. Äldre är ofta känsliga för betablockerare och kan i början av behandlingen uppleva försämring av hjärtsviktssymtom, detta kan kräva en tillfällig ökning av diuretika eller minskning/seponering av betablockaden om inte symtomen avtar efter några veckor. Om patienten fortfarande har mycket hjärtviktsrelaterade symtom trots optimerad basbehandling, kan man lägga till en liten dos Spironolakton, även hos de äldre om njurfunktionen och allmäntillståndet tillåter det.

Vid en diastolisk hjärtsvikt finns det ofta en underliggande orsak såsom underbehandlad hypertoni, dysreglerat förmaksflimmer eller koronarkärlssjuka. Behandlingen för diastolisk hjärtsvikt ska i första hand riktas mot grundorsakerna (behandla eventuell underbehandlad hypertoni, försöka optimera frekvensreglering om förmaksflimmer, försök till antiischemisk behandling om möjligt). Möjligtvis har ACE-hämmare en viss effekt, med tillägg av diuretika vid behov, men dokumentationen gällande rätt behandling är bristfällig både för yngre och äldre patienter. Man kan också prova tillägg av liten dos betablockad om patienten har en bakomliggande känd ischemisk hjärtsjukdom, men även här är dokumentationen svag.

I internationella riktlinjer rekommenderar man att patienter med hjärtviktsbehandling ska fortsätta med sin basmedicinering även när man närmar sig ett sent palliativt skede. Detta skiljer sig åt jämfört med många andra basbehandlingar, där man istället seponerar de flesta mediciner när patienten närmar sig livets slut. Man lutar sig här mot att basbehandlingen vid hjärtsvikt har en stor roll i god symtomlindring även i ett palliativt skede, och så länge medicinerna inte ger patienten ett ökat lidande (biverkningar som besvärar patienten) ska man fortsätta. Om patienten besväras av hypotoni eller blodtrycksfall, ska man i första hand prova minska doserna och i andra hand sätta ut ett av preparaten. Detta måste självklart värderas i relation till patientens autonomi, allmäntillstånd och övriga symtom i livets slut.

Referenser:

Socialstyrelsen. Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel. En vägledning för hälso- och sjukvården. Stockholm; Socialstyrelsen: 2013.

Socialstyrelsen. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning – läkarens roll. Stockholm; Socialstyrelsen: 2011.

American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012; 60(4): 616–31.

Bakgrundsmaterial till Skånelistans rekommendationer 2014. Läkemedel för äldre.

NICE clinical guidelines. Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia. National ICE 2004; 77.

Press D, Alexander M, DeKosky S T. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. 2014. *Up to date*. http://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia?source=search_result&search=Management+of+neuropsychiatric+symptoms+of+dementia.&selectedTitle=1%7E150 (Hämtad 2014-11-03).

Tinetti M E, Han L, Lee D S, et al. Antihypertensive medication and Serious Fall Injuries in a Nationally Representative Sample of Older Adults. *JAMA Internal Medicine*. 2014; 174(4): 588-95.

Schäfer H H, Villiers J D, Sudano I, et al. Recommendations for the treatment of hypertension in the elderly and very elderly – a scotoma within international guidelines. *Swiss Medical Weekly*. 2012; 142: w13574.

Allen M, Kelly K, Fleming I. Hypertension in elderly patients. Recommended systolic targets are not evidence based. *Canadian Family Physician*. 2013; 59: 19-21.

Mulrow CD, Lau J, Cornell J, et al. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly (Review). *Cochrane Database of Systematic reviews*. 1998, Issue 2.

Rich M W. Drug therapy of heart failure in the elderly. *The American Journal of Geriatric Cardiology*. 2003; 12(4).

Goodlin S J, Hunt S A, Morrison S R. End-of-life considerations with heartfailure patients. 2012. *Up to date*. http://www.uptodate.com/contents/end-of-life-considerations-for-heart-failure-patients?source=search_result&search=end-of-life+considerations+with+heartfailure+patients.&selectedTitle=1%7E150 (Hämtad 2014-11-03).

Funktionsmässigt perspektiv

Ett ändrat aktivitetsmönster, framförallt ändrad eller minskad mobiliseringsförmåga kan vara en indikation på att patienten inte är ordentligt smärtlindrad. Då behöver dessa läkemedel ses över. Patienten kan även vara för påverkad och därmed slö av sina läkemedel, så mobilisering inte är möjlig eller bli en stor risk. Detta bör absolut ses som en indikation till att göra en läkemedelsgenomgång.

Fördjupad kunskap:

Kunskapsbank för geriatrik, Region Skåne:

<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/Lakemedel>

OMGIVNINGSAKTORER

Om det framkommer att patienten har behov av hjälp med sina vardagliga aktiviteter finns det i Region Skåne en webb baserad samplaneringstjänst, Mina Planer. Den ska när behovet är känt upprättas och användas. Slutenvården tar initiativ till att upprätta en Samordnad Plan vid Utskrivning, SPU. Därefter behandlas ärendet enligt gällande praxis mellan slutenvård, kommun och primärvård.

Fördjupad kunskap:

Mina Planer, Region Skåne:

<http://www.skane.se/webbplatser/svpltjansten/>