

ÄLDRE OCH LÄKEMEDEL

RAPPORT 7
PROJEKT ÄLDRE OCH FOLKHÄLSA

Johan Fastbom

Rapporter / Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2000:14
Äldre och Folkhälsa rapport 7
ISSN 1401-5129



•• STIFTELSEN STOCKHOLMS LÄNS
ÄLDRECENTRUM
Stockholm Gerontology Research Center

BOX 6401
113 82 STOCKHOLM
(OLIVECRONAS VÄG 4)
TEL. VX: 08-690 58 00
FAX: 08-33 52 75

ISSN 1401-5129



FÖRORD	3
SAMMANFATTNING.....	5
LÄKEMEDEL OCH ÅLDRADE.....	6
Förändringar i läkemedelsomsättningen	6
Förändringar i känsligheten för läkemedel	6
Polyfarmaci.....	8
ÄLDRES LÄKEMEDELSANVÄNDNING	9
BRISTER I LÄKEMEDELSANVÄNDNINGEN	11
Överanvändning.....	11
Underanvändning	13
Läkemedelsbiverkningar hos äldre	16
Följsamhet till ordination.....	19
Läkemedelsinteraktioner.....	19
LÄKEMEDELSKOSTNADER HOS ÄLDRE.....	21
PROBLEMOMRÅDEN.....	22
Avsaknad av samlad information om läkemedelsanvändning	22
Förhållandena på institutioner.....	22
Läkarens tid.....	22
FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER.....	24
Samlad läkemedelsdokumentation	24
Regelbundna omprövningar av läkemedelsbehandlingen	24
Förbättrad medicinsk vårdkontinuitet, läkare - patient.....	25
Utbildning	25
Riktlinjer	25
REFERENSER	27
TABELLER OCH FIGURER.....	31
DELRAPPORTER ÄLDRE OCH FOLKHÄLSA	35



Förord

Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum bedriver på uppdrag av och med medel från Stockholms läns landsting projektet Äldre och Folkhälsa. Syftet är att ge kommuner och landsting underlag för fortsatt preventivt arbete med de äldre – i första hand för att öka antalet ”friska” och /eller självständiga år med god livskvalitet. Fokus ligger på de ”äldre-äldre” varför preventionen i stor utsträckning ligger på sekundär (tidig diagnos och insatser) och tertiär (begränsa handikapp och ”för tidig” död) nivå. Resultaten från delstudierna ska kunna användas som underlag till projekt i tillämpad prevention på olika nivåer, och slutrapporten mynna ut i förslag till åtgärder.

Studien redovisas i ett stort antal delrapporter, se sista sidan. En slutrapport beräknas vara klar till våren 2001.

Denna delrapport har författats av docent Johan Fastbom vid geriatriska institutionen, Karolinska Institutet.

Rapporten beskriver aktuell kunskap om äldres läkemedelskonsumtion och visar på riskfaktorer, och hur de kan påverkas. Syftet är att ge ökad kunskap om användning av läkemedel och risker, och ge hälso- och sjukvården förslag till förbättringar.

Ulla Höjgård
Direktör, Äldrecentrum

Sammanfattning

Läkemedel är den helt dominerande medicinska behandlingsformen för äldre. De som är 75 år och över utgör idag en knapp tiondel av Sveriges befolkning men konsumerar minst en fjärdedel av alla läkemedel. Läkemedelsanvändningen har ökat under senaste decenniet och idag använder en äldre person i genomsnitt nära fem preparat. Samtidigt är äldre människor känsligare för läkemedel och drabbas oftare av biverkningar. Man vet att läkemedelsbiverkningar är orsaken till 10-20 procent av inläggningarna av äldre på sjukhus. Den höga medicinanvändningen är en av de viktigaste orsakerna till att läkemedelsrelaterade problem är vanligare hos äldre, inte bara i form av biverkningar utan också läkemedelsinteraktioner och bristande följsamhet.

Denna delrapport redogör för de speciella problem som är förenade med läkemedelsanvändning hos äldre, hur användningen har förändrats det senaste decenniet och ser ut idag, samt några av de vanligaste problemen med äldres läkemedelsanvändning, deras orsaker och hur de kan åtgärdas.

De viktigaste målen för åtgärder som syftar till att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre är:

1. Att underlätta upptäckt och diagnos av sjukdomar och tillstånd som kan lindras eller botas med läkemedel.
2. Att se till att patienterna inte får fler läkemedel än de behöver
3. Att se till att deras läkemedelsanvändning har optimal kvalitet.
4. Att befrämja äldres följsamhet
5. Att se till att eventuella biverkningar upptäcks och att orsaken till dem identifieras och åtgärdas.

Några åtgärder för att uppnå dessa mål är:

- Samlad läkemedelsdokumentation
- Regelbundna omprövningar av läkemedelsbehandlingen
- Förbättrad medicinsk vårdkontinuitet, läkare – patient
- Utbildning, främst av personal som arbetar nära de äldre
- Riktlinjer för hur äldre ska behandlas med läkemedel

Läkemedel och åldrande

När människan åldras förändras kroppen, dels till följd av sjukdomar men också som ett resultat av åldrandet i sig. Dessa förändringar medför att omsättningen av och känsligheten för läkemedel förändras. Ökad sjuklighet, liksom förekomst av olika krämpor och besvär, leder också till att användningen av läkemedel kan bli omfattande. Till detta bidrar att utvecklingen av nya läkemedel gör allt fler sjukdomar behandlingsbara. Sammantaget innebär dessa förändringar att behandling av äldre med läkemedel är komplicerad och ofta förenad med risker.

Förändringar i läkemedelsomsättningen

Många av de förändringar som sker vid åldrandet påverkar läkemedlens omsättning eller "kinetik", d.v.s. hur de tas upp, fördelas, omvandlas och utsöndras från kroppen (Tsujimoto 1989a). Ofta leder förändringarna till att läkemedel dröjer kvar längre i kroppen. Detta kan i sin tur kan medföra att de får en förlängd verkan, men också att halten av dem byggs upp till alltför höga nivåer med risk för biverkningar. Några av de mer betydelsefulla förändringarna är:

- Andelen kroppsfett i förhållande till kroppsvatten ökar. Fettlösliga läkemedel får då en förhållandevis större volym att fördela sig i, vilket innebär att de ligger kvar längre i kroppen. Fettlösliga är bl.a. psykofarmaka, t.ex. lugnande medel och sömnmedel.
- Vissa av leverns enzymssystem som tar hand om omvandlingen av läkemedel (metabolismen) får en sämre kapacitet med stigande ålder. Leverfunktionen kan också påverkas av försämrad blodcirkulation. Fettlösliga läkemedel måste omvandlas i levern till vattenlösliga produkter innan de kan utsöndras via njurarna. En nedsatt levermetabolism kan därför förlångsamma elimineringen av sådana preparat från kroppen, varvid en risk föreligger för förhöjda koncentrationer och biverkningar. Vikten av dessa förändringar är dock varierande. För vissa medel fungerar metabolismen väl även vid hög ålder.
- Njurarnas "åldrande" börjar redan vid 30-40 års ålder, och funktionen sjunker därefter långsamt men stadigt, även hos en frisk individ. Vid 80 års ålder kan förmågan att filtrera blodet vara nära halverad. Denna förändring är av betydelse i första hand för de vattenlösliga läkemedlen som utsöndras direkt via njurarna utan föregående omvandling i levern, t.ex. hjärtpreparatet digitalis och många antibiotika. En nedsatt utsöndringstakt kan resultera i förhöjda koncentrationer av läkemedel med risk för biverkningar.

Förändringar i känsligheten för läkemedel

Effekterna av läkemedel kan förändras med åldern p.g.a. att cellernas känslighet ökar eller minskar, men ofta är orsaken nedsatt kapacitet i olika organ

eller i kroppens reglerfunktioner (Tsujimoto 1989b). Några viktiga förändringar är:

- Hjärnans känslighet för lugnande medel och sömnmedel, liksom för morfinbesläktade smärtstillande medel (opioider) ökar, vilket innebär större risk för biverkningar såsom trötthet och störningar av kognitiva funktioner (orientering, förmåga till abstrakt tänkande o.d.). Den åldrande hjärnan är också mer känslig för läkemedel med s.k. antikolinerga egenskaper. Dessa preparat blockerar effekten av signalsubstansen acetylkolin, som i hjärnan finns bl.a. i de nervbanor som är involverade i minne och kognition (kolinerga banor). Antikolinerga läkemedel kan orsaka störningar i dessa funktioner, vilket kan yttra sig som alltifrån lättare minnesstörningar till förvirringstillstånd (konfusion). Risken är störst hos äldre med demens, vars kognitiva kapacitet redan är reducerad, men tilltar också i viss mån vid normalt åldrande. De hos äldre vanligaste läkemedlen med antikolinerga effekter är neuroleptika – framför allt s.k. högdospreparat, den äldre typen medel mot depression – ofta benämnda tricykliska, samt medel mot inkontinens.
- Den s.k. baroreflexen som reglerar blodtrycket fungerar sämre hos äldre. Baroreflexen ser bl.a. till att blodtrycket upprätthålls vid kroppslägesförändringar. Om den inte fungerar normalt kan den äldre uppleva symptom på fallande blodtryck vid uppresning eller i stående (ortostatism). Symptomen yttrar sig ofta som yrsel och balansstörning. I svårare fall kan blodtrycksfallet orsaka svimning. Denna åldersförändring innebär en ökad känslighet för preparat med blodtrycks-sänkande effekter: i första hand hjärtkärlmedel som verkar genom att vidga blodkärl och som används för att behandla kärlkramp, högt blodtryck, och hjärtsvikt, men också andra typer av läkemedel såsom urindrivande medel, medel mot Parkinsons sjukdom, neuroleptika och medel mot depression.
- Magsäckens slemhinna får med åldern ett sämre skydd mot yttre påverkan. Risken ökar därför för att läkemedel som irriterar slemhinnan skall orsaka sår eller blödningar. Det gäller främst antiinflammatoriska läkemedel (NSAID).
- Förstoppning är vanligt hos äldre, sannolikt till stor del p.g.a. yttre faktorer såsom bristande motion, felaktig kost och dåligt vätskeintag. Denna benägenhet medför att äldre är känsligare för läkemedel med förstoppande effekter, såsom opioider (se nedan).

Det är viktigt att betona att dessa förändringar vanligen inte ”syns utanpå”, och att de förekommer och kan orsaka problem vid läkemedelsbehandling, även hos en frisk äldre. De kan i allmänhet heller inte påvisas med något laboratorieprov e.d.. Njurfunktionen kan mätas, men det vanligaste testet (serumkreatinin) visar ofta normala värden hos en äldre patient trots nedsatt njurkapacitet (Fastbom et al., 1996). Värdet måste korrigeras för ålder, kroppsvikt och kön för att bli rättvisande. Speciella diagram för detta finns i

bl.a. Fass (LINFO, Läkemedelsinformation AB, Stockholm) och Läkemedelsboken (Apoteket AB, Stockholm).

Det är också viktigt att tänka på att nämnda förändringar drabbar olika individer i olika hög grad. Den interindividuella variationen vad gäller effekter av läkemedel är därför stor bland äldre - större än mellan yngre individer. Man kan därför inte behandla äldre patienter schablonmässigt, utan såväl valet av preparat som dosering bör individualiseras.

Polyfarmaci

Samtidig användning av många olika läkemedel är vanligt förekommande hos äldre. En viktig anledning är givetvis att många äldre lider av flera sjukdomar som kräver behandling med mediciner. Det finns dock andra faktorer som kan bidra till att läkemedelsanvändningen blir omfattande. En faktor är att många äldre, liksom många läkare, har en tendens att i första hand vilja behandla sjukdomar och krämpor med läkemedel. En annan är att många läkemedelsordinationer inte omprövas utan förnyas slentrianmässigt. En tredje faktor är den så kallade förkrivningskaskaden, d.v.s. att en biverkning av ett läkemedel misstolkas som en ny åkomma som behandlas med ytterligare läkemedel (Rochon och Gurwitz, 1997).

När en omfattande läkemedelsanvändning blir ett problem brukar den benämnas polyfarmaci. En definition av polyfarmaci är: "the prescription and administration of more medicines than are clinically indicated to a given patient" (Shepherd, 1998). En omfattande läkemedelsanvändning är problematisk av flera skäl:

- Risken för biverkningar ökar. Antalet läkemedel är den mest betydelsefulla, och enda säkert påvisade, riskfaktorn för biverkningar.
- Risken för läkemedelsinteraktioner ökar. Läkemedel kan påverka varandras kinetik eller effekter vilket kan resultera i förstärkt eller minskad effekt. Konsekvensen kan bli att biverkningar uppstår eller att effekten blir otillräcklig eller uteblir. Det är väl klarlagt hur olika preparat interagerar parvis, men man vet mycket lite om vad som händer om ett större antal preparat används samtidigt, vilket ofta är fallet hos äldre.
- Patientens benägenhet och förmåga att följa ordinationerna – ofta kallat compliance eller adherence - minskar. Följsamheten minskar dramatiskt med antalet förskrivna preparat.

Äldres läkemedelsanvändning

Användningen av läkemedel ökar med åldern. Personer som är 75 år eller äldre utgör nio procent av befolkningen men konsumerar drygt 25 procent av alla läkemedel (Svensk Läkemedelsstatistik, 1999). Studier i Sverige och i andra länder visar att 70-90 procent av alla äldre i denna åldersgrupp använder läkemedel, i medeltal 3-5 preparat per person (Landahl, 1987; Chrichilles et al., 1992; Lindberg et al., 1994; Giron et al., 1999). De vanligaste grupperna av läkemedel hos äldre är hjärtkärlmedel, medel som verkar på nervsystemet och magtarmpreparat.

Det så kallade Kungsholmsprojektet har gett goda förutsättningar för att studera äldres läkemedelsanvändning. Detta projekt är en befolkningsstudie där äldre Kungsholmsbor (75 år och uppåt) följts under en tolvårsperiod. Sedan den första undersökningen 1987-89 har fyra uppföljningar gjorts, varav den fjärde avslutades hösten 2000. Vid samtliga undersökningar har en detaljerad personlig intervju gjorts med personerna som ingår i studien om deras läkemedelsanvändning. Vi har försökt registrera deras faktiska användning, istället för den förskrivna. Vid varje intervjutillfälle har vi bett dem visa alla recept och medicinförpackningar, som ett underlag för intervjun och ett stöd för minnet. Alla mediciner har registrerats, såväl receptfria som receptbelagda.

I det material som samlades in vid Kungsholmsprojektets första fas 1987-89 hade vi fullständiga uppgifter om medicinering hos 1800 personer i åldern mellan 75 och 101 år. Vi fann att nio av tio använde läkemedel. I medeltal användes 3,2 preparat per person. Den högsta användningen sågs ibland dem som var 85 år och äldre. Kvinnor använde mer läkemedel (3,4 jämfört med 2,6 hos män). Läkemedelsanvändningen på sjukhem var då endast obetydligt högre än hos de som bodde hemma (3,2 jämfört med 3,1 preparat per person).

De vanligaste typerna av läkemedel var urindrivande medel, sömnmedel, digitalispreparat, och lätta smärtstillande medel. Laxermedel användes av 15 procent (Lindberg et al., 1994). Neuroleptika togs av drygt sex procent, på sjukhem använde 35 procent av patienterna dessa preparat. Tolv procent av alla äldre använde läkemedel med antikolinerga effekter, främst högdosneuroleptika och tricykliska antidepressiva. På sjukhem användes antikolinerga preparat av var tredje patient (Fastbom et al., 1995).

I en studie där vi jämförde användningen vid andra uppföljningen 1994-96 med basstudien 1987-89 fann vi att läkemedelsmönstret hade förändrats. Nitiofyra procent av alla äldre var läkemedelsanvändare, och i medeltal hade varje person ett preparat mer än tidigare (4,6 per person). På sjukhem hade användningen fördubblats till sex preparat per person. Användningen av vissa preparat hade förändrats påtagligt (se figur 1 i tabellbilagan!). Användningen av blodförtunnande medel hade mer än sexdubblats, till följd av ökat bruk av acetylsalicylsyra i lågdosberedning, som används för att förebygga hjärtinfarkt och stroke. Östrogenanvändningen hade också ökat markant.

Vi såg vidare en ökad användning av preparat mot smärta och depression, tillstånd som varit underbehandlade hos äldre (se nedan). Användningen av antidepressiva hade fyrdubblats, till följd av introduktionen av de nya sk. SSRI-preparaten, medan övriga psykofarmaka inte hade förändrats nämnvärt i populationen som helhet (Giron et al., 1999). Bland dementa på institution (gruppboende och sjukhem) hade psykofarmakaanvändningen stigit från 56 procent till 71 procent, till följd av en dubblad användning av lugnande medel och en tiofaldig ökning av antidepressiva (se figur 2). Läkemedel med antikolinerga effekter hade inte minskat i användning, istället sågs en ökning hos de dementa från 8 procent till 13 procent. Modernare hjärtkärlmedel användes fortfarande i liten utsträckning, något som var särskilt påtagligt på institution där betablockerare, kalciumantagonister och ACE-hämmare användes mycket lite eller inte alls (se figur 3).

Preliminära resultat från Kungsholmsprojektets senaste uppföljning visar en oförändrad hög läkemedelsanvändning (4,9 preparat per person). Fortfarande använder drygt 40 procent minst ett psykofarmakon. Neuroleptikaanvändningen är oförändrad och fortfarande hög (32%) på sjukhem, medan användningen av antidepressiva har fördubblats jämfört med undersökningen tre år tidigare (se figur 4). Bruket av långverkande bensodiazepiner har minskat, från att ha utgjort 2/3 av alla lugnande och sömnmedel, till knappt hälften av dem. Moderna hjärtkärlmedel används fortfarande i ringa omfattning. Användningen av ACE-hämmare ökar men ligger fortfarande lågt jämfört med andra preparat som används vid hjärtsvikt, t.ex. digitalis (se figur 5).

Sammanfattningsvis visar resultaten från Kungsholmsprojektet en omfattande användning av läkemedel hos äldre. Sedan slutet av åttiotalet har användningen ökat. Ökningen är mest påtagligt på sjukhem, vilket delvis kan förklaras av att sjukhemsboende idag är betydligt mer sjuka än för några år sedan.

Det finns tecken på att användningen idag är mer ändamålsenlig, bl.a. ett ökad bruk av preparat med förebyggande effekter, liksom läkemedel mot tidigare underbehandlade tillstånd t.ex. depression. Vidare minskar användningen av långverkande bensodiazepiner, som är förknippade med en betydande risk för biverkningar hos äldre. Det finns emellertid också tecken på brister. Användningen av neuroleptika och medel med antikolinerga effekter – som till övervägande del ses hos dementa äldre – är fortfarande hög. Användningen av moderna hjärtkärlmedel är låg, framförallt på institution, även om ACE-hämmare nu ser ut att långsamt öka i användning.

Brister i läkemedelsanvändningen

Överanvändning

Med överanvändning menas att ett eller flera läkemedel används hos fler patienter, eller oftare eller under längre tid hos en patient, än vad som är kliniskt motiverat. Det innebär att läkemedel används vid sjukdomar/tillstånd som de inte är indicerade för, eller att läkemedel används då andra behandlingsformer, med andra preparat eller utan läkemedel, bör prövas i första hand. Här följer några viktiga exempel på överanvändning hos äldre.

Laxermedel

Laxermedel är en av de mest använda läkemedelsgrupperna hos äldre. I Kungsholmsprojektet använde 18 procent av all personer dessa medel (1994-96). På sjukhem var användningen 56 procent (se även figur 3), varav nära hälften tarmirriterande medel (t.ex. Pursennid och Laxoberal). Ännu högre laxermedelsanvändning har rapporterats i andra material, t.ex. i Socialstyrelsens sjukhemsstudie (71%) (Socialstyrelsen, 1999a).

Förekomsten av förstoppning ökar påtagligt efter 65 års ålder. Man har emellertid funnit att många av dem som påstår sig ha problem med förstoppning i själva verket har en enligt definitionen normal tarmtömning. Det finns också en benägenhet att behandla med laxermedel istället för att åtgärda orsakerna till förstoppningen.

På sjukhem, där detta problem är mest omfattande, kan många faktorer ligga bakom förstoppning: fiberfattig diet, dåligt vätskeintag samt stillasittande/liggande är några av de viktigaste. Många läkemedel har också förstoppande egenskaper, exempelvis smärtstillande medel av opioidtyp, medel med antikolinerga effekter, urindrivande medel och järnpreparat (Schaefer och Cheskin, 1998).

Förstoppning bör i första hand behandlas icke-farmakologiskt (på annat sätt än med läkemedel), med fiberrik diet, fullgott vätskeintag (i synnerhet om man använder urindrivande läkemedel), samt motion. Man bör också i möjligaste mån undvika läkemedel med förstoppande effekter. Om laxermedel är nödvändigt bör s.k. bulkmedel (fibrer) eller osmotiskt aktiva medel (t.ex. laktulos) användas i första hand. Tarmirriterande medel bör användas restriktivt och kortvarigt, eftersom kontinuerlig regelbunden användning kan leda till försämrad tarmfunktion med kronisk förstoppning som följd, samt rubbningar i saltbalansen. Undantag är patienter som står på långvarig behandling med starka opioider, som är kraftigt förstoppande (se ovan). Då är det indicerat att ge en kombination av tarmirriterande och osmotiskt aktiva medel.

På en del sjukhem har man försökt råda bot på den höga laxermedelsanvändningen. Ett exempel är Lövåsens sjukhem i Katrineholm, där man se-

dan 1996 försökt minska bruket av laxermedel genom att förändra patienternas kost och dryck, bland annat med tillägg av s.k. molinogröt (blandning av aprikos, rågflingor, linfrö och katrinplommon). Resultaten har varit mycket goda. Tidigare använde alla boende laxermedel, idag endast ett fåtal (Tidningen Äldreomsorg, 2000).

NSAID

Hos äldre används NSAID (antiinflammatoriska läkemedel) främst vid ledgångsreumatism och artros ("ledförslitning"). Förekomsten av Artros ökar kraftigt med stigande ålder, vilket torde vara den främsta förklaringen till att användningen av NSAID är högre hos äldre. Dessa läkemedel kan emellertid ge upphov till allvarliga biverkningar, bl.a. magblödningar, njurpåverkan och centralnervösa störningar (se nedan), och riskerna är särskilt stora hos äldre (Phillips et al., 1997). I Kungsholmsprojektet använder 8 procent NSAID (Giron et al., 1999), vilket är en jämförelsevis låg siffra. Preliminära resultat från den senaste uppföljningen (1997-98) visar att 14 procent av alla äldre som angav smärta använde NSAID.

Studier har visat att NSAID hos äldre ofta används utan klar indikation (Phillips et al., 1997; Atkin et al., 1999). Vid artros tycks dessa läkemedel inte ha någon effekt på leddestruktionen, och det är oklart om de symptomlindring man ser vid artros beror på de antiinflammatoriska eller på de smärtstillande effekterna (Phillips et al., 1997). Mot denna bakgrund och med tanke på riskerna hos äldre bör användningen av NSAID minimeras. I många fall, åtminstone när det inte finns säkra belegg för en inflammatorisk process, bör man istället kunna behandla med andra preparat med enbart smärtstillande egenskaper. I första hand bör man välja paracetamol som har få biverkningar. Om denna behandling ger otillräcklig smärtlindring kan man lägga till en lätt opioid, dvs. preparat innehållande dextropropoxifen eller kodein. Om behandling med NSAID anses nödvändig bör kortast möjliga behandling med lägsta effektiva dos väljas (Phillips et al., 1997; Bird, 1998).

Neuroleptika

Resultat från Kungsholmsprojektet visar att användningen av neuroleptika har varit oförändrad sedan projektets start 1987 (se figur 4). Dessa läkemedel används fr.a. på institution, och de flesta användare är dementa. Neuroleptika används ofta för att behandla beteendestörningar vid demens. Många studier har dock visat att de har en blygsam effekt vid dessa tillstånd (Furniss et al. 1998). Risken för biverkningar, bl.a. kognitiva störningar och extrapyramidala biverkningar (se nedan), påkallar också försiktighet och begränsning av användningen (Pollock och Mulsant, 1995).

Läkemedelsverket hade 1994 en Workshop "Treatment of mental conditions in patients with dementia" där man bl.a. rekommenderade att neuroleptika bör ordineras till äldre endast vid psykotiska tillstånd (Läkemedelsverket, 1995). Samma rekommendation återfinns i en rapport från SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, 1997). Förekomsten av psykotiska tillstånd bland äldre på sjukhem har rapporterats vara omkring

10 procent (Socialstyrelsen, 1999a). Användningen av neuroleptika på sjukhem, som idag enligt data från Kungsholmsprojektet är omkring 30 procent (se ovan), torde därför kunna reduceras betydligt.

Sömnmedel

När man blir äldre förändras sömnmönstret. Ofta yttrar det sig som uppvaknanden nattetid, svårigheter att somna om, och/eller tidigt uppvaknande på morgonen. Dessa sömnförändringar behöver inte nödvändigtvis behandlas med läkemedel. Det bör påpekas att sömnstörningar hos äldre också kan bero på sjukdom, t.ex. depression, Alzheimer's sjukdom eller kroppsliga sjukdomar/besvär såsom hjärtsvikt eller smärta. I dessa fall ska grundorsaken behandlas i första hand.

Farmakologisk behandling av sömnstörning bör vara temporär (Läkemedelsverket, 2000). Långtidsbehandling leder till tillvänjning för den sömngivande effekten, medan risken för biverkningar kvarstår. Man bör också när man behandlar äldre undvika långverkande preparat av bensodiazepintyp som kan ge dagtrötthet (hangover) och ökar risken för fallolyckor (Folks och Burke, 1998). I Kungsholmsprojektet (1994-96) använde var fjärde sömnmedel, och av dessa använde mer än två tredjedelar preparaten regelbundet. Var tredje sömnmedelsanvändare tog sömnmedel regelbundet även vid undersökningen tre år tidigare, vilket tyder på att de medicinerat under många år med dessa medel. Sjuttiofyra procent av alla sömnmedelsanvändare tog långverkande bensodiazepiner.

Färska data från den senaste uppföljningen 1997-98 visar att andelen långverkande preparat har minskat till 56 procent av alla sömnmedel, vilket fr.a. betingas av en ökad användning av Imovane (zopiklon), ett nytt preparat som visat sig fungera väl för äldre. Detta är ett steg i rätt riktning, men fortfarande använder alltså varannan användare av sömnmedel långverkande preparat. Liknande resultat visas i Socialstyrelsens nationella kartläggning av äldre i öppenvård 1997-98 där flunitrazepam var det vanligaste sömnmedlet som nyttjades av var tredje sömnmedelsanvändare (Socialstyrelsen, 1999b).

Underanvändning

Underanvändning betyder att vissa sjukdomar/tillstånd hos en del patienter inte behandlas med läkemedel som har påvisad god effekt och som borde utgöra förstahandsterapi. Det kan innebära att en patient inte får någon behandling alls eller att de behandlas med fel typ av läkemedel.

Medel mot depression

Vid Kungsholmsprojektets start i slutet av åttiotalet använde drygt en procent av alla äldre antidepressiva medel (Fastbom et al., 1995), trots att cirka sex procent uppvisade symptom som uppfyllde kriterierna för diagnosen depression (Forsell et al. 1994). En förklaring till denna påtagliga underbehandling kan vara att man i många fall inte diagnostiserat sjukdomen. Detta stöds av det faktum att två tredjedelar av dem som vid undersökningen be-

dömdes ha depression inte tidigare fått diagnosen. Depression har hos äldre ofta en atypisk bild, där tecknen på sänkt grundstämning ofta inte är så tydliga, medan ångest och somatiska symptom, t.ex. smärta, är mer framträdande.

En annan förklaring till underbehandlingen kan vara att läkare har varit återhållsamma med antidepressiva medel eftersom de preparat som tidigare stod till buds – tricykliska antidepressiva – ofta ger biverkningar som hos äldre är särskilt påtagliga och kan vara allvarliga – bl.a. antikolinerga effekter, ortostatism och hjärtpåverkan. Att depression har varit en underbehandlad sjukdom har visats i många andra studier både internationellt och i Sverige. I en tidigare undersökning i Göteborg fann man att endast var femte med depression behandlades med antidepressiva medel medan mer än hälften fick lugnande/sömnmedel (Skoog et al. 1993).

I början av nittioalet registrerades de första antidepressiva medlen av SSRI-typ i Sverige. De har en helt annan kemisk struktur än de klassiska tricykliska preparaten. SSRI har också en helt annan biverkningsprofil och är betydligt lättare att fördrå för äldre människor. Bland annat är medlen inte antikolinerga (Salzman 1997).

I studier på dementa äldre har man funnit att SSRI inte påverkar den kognitiva förmågan negativt, utan tvärtom kan förbättra den hos patienter med mild demens (Gottfries 1997). Av dessa skäl anses SSRI numer utgöra förstahandsval vid depression hos äldre. Sedan början av nittioalet har vi i Kungsholmspopulationen sett en påtaglig ökning i användningen av antidepressiva medel (se figur 4), som till fullo förklaras av en ökad användning av SSRI (Giron et al., 1999). Färska resultat från 1997-98 visar att användningen av antidepressiva fördubblats, från 5 till 10 procent, på endast tre år.

SSRI kan också vara effektiva vid andra psykiatriska tillstånd (Gottfries, 1996). Inom geriatriken används de numer också bland annat för att behandla ångest och beteendestörningar, t.ex. aggressivitet, hos dementa, även om preparaten inte är godkända på denna indikation. Den höga användningen av SSRI hos äldre behöver således inte betyda att man idag behandlar depression i tillräcklig omfattning. En underbehandling kan mycket väl fortfarande föreligga, men det har inte gjorts några studier av detta. Det finns också en risk för att dessa preparat, med en gynnsam biverkningsprofil och effekter vid en rad psykiatriska symptom, kan komma att överanvändas.

Behandling av smärta

Smärta och värk är vanligare hos äldre, framför allt på grund av att förekomsten av sjukdomar och tillstånd som orsakar smärta ökar med stigande ålder, fr.a. ledgångsreumatism, artros och cancer. Studier i Kungsholmsprojektet (Grimby et al., 1999) och SWEOLD (Brattberg et al., 1996) har visat att smärta/värk i muskler och skelett rapporteras av omkring två tredjedelar (62 resp. 73%) av alla äldre. En av de viktigaste anledningarna till underbehandling av smärta hos äldre är att individer med kognitiva störningar, däribland äldre med demens, inte rapporterar smärta i samma utsträckning som andra. En viktig orsak är sannolikt att de inte kan förmedla

den, men det är också tänkbart att upplevelsen av smärta förändras hos dessa patienter (Farrell et al., 1996).

Emellertid finns det också bland dem som anger smärta och värk, många som inte har någon behandling med smärtstillande läkemedel. I en studie i Kungsholmsprojektets första fas fann vi att endast 40 procent av de som svarade att de hade smärta i muskler och skelett använde smärtstillande läkemedel och att endast var fjärde hade receptbelagd medicin. En förklaring till denna låga behandling kan vara att många äldre ser smärta och värk som en del av åldrandet och något man får leva med. Vi fann också att endast två personer (<1%) använde tunga morfinpreparat, samtidigt som 200 personer hade fått en cancerdiagnos, varav 41 inom en tvåårsperiod före intervjun (Grimby et al., 1999). Detta stämmer väl överens med andra undersökningar som visat att äldre med cancersjukdom och smärta inte sällan får otillräcklig eller ingen behandling (Bernabei et al. 1998).

Behandling av hjärtsvikt

Förekomsten av hjärtsvikt ökar kraftigt med stigande ålder och är ca 10 procent hos de som är 80 år eller mer. Hjärtsvikt är en av de viktigaste orsakerna till sjuklighet och en av de vanligaste anledningarna till sjukhusvård hos äldre. Rätt behandling kan dock vara av stor betydelse för både hälsa och prognos vid detta tillstånd. De så kallade ACE-hämmarna har visats minska såväl sjuklighet som dödlighet vid hjärtsvikt och rekommenderas numer som förstahandsbehandling både för yngre och äldre patienter (Aronow, 1997).

Studier har dock visat att äldre med hjärtsvikt inte behandlas i tillräcklig utsträckning med dessa läkemedel (Rich, 1999). Samma bild ser vi i Kungsholmsprojektet. Vid den uppföljning som gjordes 1994-96 fann vi att endast 7 procent av de som enligt uppgift hade diagnosen hjärtsvikt medicinerade med ACE-hämmare, medan 81 procent hade urindrivande medel och 44 procent digitalispreparat som tidigare utgjorde en vanlig behandling. Preliminära data från 1997-98 visar att användningen av ACE-hämmare har ökat, men den ligger fortfarande lågt jämfört med digitalis och urindrivande medel (se figur 5).

Detta tyder på att det tar tid för rekommendationer att få genomslag i äldre-vården. I detta fall kan det, åtminstone delvis, förklaras av en rädsla för biverkningar, fr.a. blodtrycksfall, och för komplikationer till följd av den reducerade njurfunktionen. Med en noggrann och försiktig inställning av dosen och beaktande av vätske- och saltbalansen och njurfunktionen torde dock fler kunna behandlas. Det kräver emellertid tätare läkarkontroller.

Tyvärn kan en underbehandling med effektiva läkemedel återspeglas av en överbehandling med andra preparat. I detta fall kan det innebära att digitalispreparat används onödigt mycket och på oklara indikationer (se nedan). Digitalis kan ge mycket allvarliga biverkningar och risken är särskilt stor hos äldre (Haas och Young, 1999).

Läkemedelsbiverkningar hos äldre

Många studier har gjorts där man försökt kartlägga förekomsten av läkemedelsbiverkningar hos äldre. De flesta har dock varit sjukhusbaserade, medan de flesta äldre behandlas i öppenvård. Resultaten varierar också stort mellan olika studier (2-36%) (Walker and Wynne, 1994; Cunningham, 1997).

Mycket tyder på att äldre drabbas i större utsträckning än yngre av biverkningar. Det förklaras dock inte av åldern i sig, utan av andra faktorer som är associerade till åldrandet (Nolan and O'Malley, 1988; Atkin et al., 1999), dels den ökade sjukligheten men kanske främst det faktum att äldre använder mycket mediciner – man har klart kunnat visa att förekomsten av biverkningar ökar med antalet använda preparat (Nolan and O'Malley, 1988).

De läkemedel som orsakar flest biverkningar är också de som används mest bland äldre. Läkemedelsbiverkningar har rapporterats orsaka 10-20 procent av alla sjukhusinläggningar av äldre, och dödligheten bland de som läggs in av denna anledning har visats vara flerfaldigt högre än för dem som vårdas på sjukhus av andra orsaker (Atkin et al., 1999). Ett fåtal studier har gjorts på sjukhem. En av dem visade att två tredjedelar av alla äldre drabbades av läkemedelsbiverkningar (i snitt nära två per person) under en fyraårsperiod. De som drabbades hade i medeltal mer än dubbelt så många läkemedel per person (Cooper 1996).

De läkemedel som oftast är orsaken till biverkningar hos äldre är:

- Hjärtkärlmedel
- NSAID
- Psykofarmaka

Biverkningar av hjärtkärlmedel

Urindrivande medel är en av de vanligaste orsakerna till biverkningar hos äldre. I de flesta fall består de i rubbningar av saltbalansen, som syns på laboratorieprover men som ofta inte ger uppenbara symptom (Lindley et al., 1992). Urindrivande medel kan också orsaka lågt blodtryck och uttorkning. Äldre är ofta sämre på att dricka tillräckligt med vätska och drabbas därför lättare av dessa biverkningar.

Digitalispreparat används i stor utsträckning bland äldre. Omkring 20 procent av alla individer i Kungsholmspopulationen har läkemedlet digoxin vars användning har varit tämligen oförändrad genom åren. Digitalis kan dock ge mycket allvarliga biverkningar, bl.a. hjärtrytmrubbningar, som kan vara livshotande. I mildare form kan de yttra sig som trötthet, matleda och illamående.

Risken för biverkningar ökar markant med stigande ålder, framför allt på grund av den försämrade njurfunktionen som kan leda till att koncentrationen av digitalis i kroppen stiger till alltför höga nivåer. Tyvärr används digitalispreparat ibland felaktigt. I en amerikansk studie av patienter som la-

des in på sjukhem fann man att nära hälften av de som hade digoxin saknade indikation för behandlingen (Aronow, 1996). I många fall är förklaringen att patienten uppvisar symptom som är typiska för hjärtsvikt men som kan ha andra orsaker, t.ex. andfåddhet eller svullna ben.

Biverkningar av NSAID

NSAID (antiinflammatoriska läkemedel) är ett av de mest biverkningsbenägna preparaten hos äldre. Det främsta skälet är att risken för sår och blödningar i mage och tarm ökar kraftigt med stigande ålder. Man har uppskattat att risken för magsår och blödningar av NSAID är 5 gånger större hos personer som är över 65 år. NSAID har rapporterats vara den vanligaste orsaken till läkemedelsbiverkningar med dödlig utgång hos äldre, främst p.g.a. dessa biverkningar (Phillips et al., 1997; Atkin et al., 1999)

NSAID kan också ge andra biverkningar som kan få allvarliga konsekvenser. De påverkar njurarnas genomblödning och kan utlösa njursvikt. Risken är större hos dem som redan har nedsatt njurfunktion eller hjärtsvikt, bl.a. äldre människor. Genom effekten på njurarna kan NSAID också orsaka vätskeansamling i kroppen och därigenom förvärra en hjärtsvikt. NSAID kan också ge kognitiva störningar, konfusion och psykotiska symptom (Phillips et al., 1997).

Det bör i detta sammanhang påpekas att ett NSAID-preparat sedan några år finns att köpa receptfritt (Ipren[®]). Det kan leda till problem av två skäl. Dels kanske inte patienten uppvisar behandlande läkare om att han/hon använder preparatet, dels kan patienten invaggas i en tro att det är riskfritt att använda det eftersom det är receptfritt.

Biverkningar av psykofarmaka

Kognitiva störningar

Många psykofarmaka kan påverka kognitionen. Symptomen varierar, från minnesstörningar till konfusion. Ibland kan patienten te sig dement. I studier av äldre på sjukhus har läkemedel rapporterats vara orsaken till akut konfusion i 11-30 procent av fallen (Moore och Keeffe, 1999). Risken för kognitiva störningar är störst med läkemedel med antikolinerga effekter (se tabell) (Läkemedelverket, 1995). Äldre med Alzheimers sjukdom - där de kolinerga nervbanorna i hjärnan förtvinar - är särskilt känsliga, men även friska äldre uppvisar en högre känslighet för dessa preparat. Risken för konfusion tycks öka ju fler antikolinerga preparat man använder (Moore och O'Keeffe, 1999; Tune och Egeli, 1999).

Också ett flertal andra läkemedel kan ge kognitiva störningar och konfusion. En del av dem är centralt verkande, exempelvis sömn- och lugnande medel av bensodiazepintyp, medel mot Parkinsons sjukdom och opioider, men många har helt andra verkningsmekanismer, t.ex. vissa medel mot magsår, digitalis, kortisonpreparat, vissa antibiotika och NSAID (se tabell) (Läkemedelverket, 1995; Moore och O'Keeffe, 1999).

Falloolyckor

Många studier har visat ett samband mellan falloolyckor och användning av psykofarmaka: neuroleptika, antidepressiva och bensodiazepiner. För bensodiazepinerna har de allra flesta studier visat ett samband endast för de långverkande preparaten (Campbell, 1991). Tänkbara orsaker till att bensodiazepiner ökar risken för fall är de gör användaren trött och omtöcknad, förlänger reaktionstiden och påverkar balansförmågan. Bensodiazepiner ger också muskelsvaghet.

Läkemedel som ger lågt blodtryck kan också orsaka balansstörning och fall. Som nämnts ovan är äldre ofta särskilt känsliga för läkemedel med blodtryckssänkande effekter. Denna biverkan ses inte bara för medel mot högt blodtryck, utan också andra läkemedel, exempelvis nitroglycerin (mot kärlkramp) och medel mot Parkinsons sjukdom. Även neuroleptika och tricykliska antidepressiva medel kan ha starkt blodtryckssänkande effekter. I Kungsholmsprojektet fann vi att äldre som behandlades med neuroleptika uppvisade de lägsta viloblodtrycken, även när vi kontrollerade för effekterna av demens och hjärtkärlsjukdom (Passare et al. 1998).

Andra biverkningar av psykofarmaka

Många psykofarmaka har sederande egenskaper, d.v.s. framkallar dåsighet. Förutom att det kan påverka kognitiva funktioner, medför sederingen en sänkt livskvalitet för den äldre, genom att de kanske inte orkar delta i dagliga aktiviteter, läsa mm. Preparat som är särskilt benägna att ge sedering är neuroleptika av högdostyp, tricykliska antidepressiva och bensodiazepiner. Risken är särskilt stor för de långverkande bensodiazepinpreparaten, där koncentrationen kan byggas upp till höga nivåer (Greenblatt, et al., 1991).

Neuroleptika kan ge störningar i muskelkontrollen (extrapyramidala symptom), p.g.a. att de påverkar effekterna av signalsubstansen dopamin som spelar en viktig roll för styrningen av kroppens rörelser. Risken är större med preparat av lågdostyp, exempelvis haloperidol. Ett vanligt symptom är parkinsonism, d.v.s. ett tillstånd som liknar Parkinsons sjukdom och främst yttrar sig som stelhet (Mamo et al., 1999). Stelheten, med åtföljande rörelsearmod och mimikfattighet gör att den parkinsonistiska patienten kan te sig avtrubbad. Den drabbade får också svårt att förflytta sig och överhuvudtaget sköta sina dagliga göromål. Risken för fall ökar också.

Ett annan vanlig extrapyramidal biverkan är akatisi - en känsla av inre oro och rastlöshet som ofta medför att patienten inte kan vara stilla, något som kan misstolkas som ett sjukdomssymptom. En mer fruktad biverkan av neuroleptika är tardiv dyskinesi, som ofta kommer gradvis efter en längre tids behandling och yttrar sig som ofrivilliga rörelser i mun och ansikte. Till skillnad från parkinsonismen kan den tardiva dyskinesin vara irreversibel (Casey, 1999).

Följsamhet till ordination

Äldre människor kan ha svårt att följa läkemedelsordinationer av flera skäl. Det viktigaste är att de ofta använder många preparat. Man vet att följsamheten minskar dramatiskt med antalet läkemedel. Resultat från H70 studien (omfattande studie av äldrebefolkningen i Göteborg) visar att vid ordination av tre eller flera läkemedel, med tre eller fler doseringstillfällen, är risken för medicineringsfel 60–70 procent. I en amerikansk studie visade man att antalet doseringsfel ökade femtonfaldigt när antalet förskrivna preparat ökade från ett till fyra (Parkin et al. 1976).

En annan viktig orsak till bristande läkemedelsföljsamhet hos äldre är minnesproblem. Äldre kan också ha svårt att uppfatta ordinationer och information om läkemedel – i synnerhet om de dessutom har nedsatt hörsel eller syn. Vidare, kan bristande kunskap om ordinerade läkemedel medföra sämre följsamhet. Slutligen drabbas äldre oftare av läkemedelsbiverkningar, vilka kan leda till att man minskar dosen eller avstår från en behandling.

Studier av äldres följsamhet – de allra flesta gjorda i andra länder – har givit mycket varierande resultat, från 10-20 procent till över 90 procent. I en nyligen publicerad svensk rapport sluter man sig till att följsamheten vid långtidsmedicinering i medeltal ligger på omkring 50 procent (Landstingsförbundet, 1999).

Dålig följsamhet resulterar ofta i att man tar för lite av någon eller några av sina mediciner. Orsaken är vanligen glömska. Risken för detta är större vid behandling av sjukdomar/tillstånd som inte ger några symptom och/eller där man inte känner av någon lindrande effekt av behandlingen. Oföljsamheten kan också vara avsiktlig, t.ex. då patienten avstår från att ta ett läkemedel p.g.a. biverkningar. Det händer också att äldre låter bli att köpa ut läkemedel, av ekonomiska skäl eller för att de avvisar läkarens diagnos eller behandling. Bristande följsamhet kan också innebära att man tar för mycket av ett läkemedel. Oftast sker detta oavsiktligt och beror vanligen på att man glömt att man redan tagit en dos. Det förekommer dock att man medvetet tar mer än ordinerat av ett läkemedel i tron att man skall tillfriskna snabbare (Salzman 1995; Landstingsförbundet, 1999).

Läkemedelsinteraktioner

Läkemedel kan interagera på många olika nivåer, genom att påverka varandras kinetik eller verkan. Konsekvensen kan bli att effekten av ett preparat ökar, med risk för att biverkningar uppstår, eller att den minskar eller uteblir. Den vanligaste typen av läkemedelsinteraktion är att ett preparat blockerar eller stimulerar ett annat preparats omvandling i levern. Om många läkemedel används samtidigt ökar förstås sannolikheten för att några av dem skall interagera. Det är väl klarlagt hur olika läkemedel interagerar parvis, men man vet mycket lite om vad som händer om ett större antal preparat används.

Förekomsten av potentiella läkemedelsinteraktioner – kombinationer av preparat som kan ge upphov till en interaktion – har studerats hos äldre i Kungsholmsprojektet (1994-1996). Analysen baserades på den information som finns i interaktionskapitlet i Fass (LINFO AB, Folke Sjökvist). Var fjärde hade minst en kombination av preparat som kan ge upphov till en interaktion av klinisk betydelse. Likartade resultat har rapporterats från andra svenska studier (Bergendal et al., 1995, Socialstyrelsen, 1999a). Merparten utgjordes dock av kombinationer mellan digitalispreparat och ett urindrivande medel, en terapiform som är både vanlig och vedertagen.

De närmast vanligaste kombinationerna, som omfattade bl.a. ACE-hämmare, urindrivande medel, acetylsalicylsyra, NSAID, neuroleptika och medel mot depression, förekom hos endast några procent av de äldre. De flesta läkemedelskombinationer var av de slag som kan bemästras med dosanpassning, medan kombinationer som enligt Fass bör undvikas förekom hos 3 procent. Olämpliga kombinationer med blodförtunnande medel, som motsvarar den typ av interaktion som oftast förekommer i rapporter till biverkningsenheterna i Sverige, sågs i Kungsholmsmaterialet hos endast en individ.

Läkemedelskostnader hos äldre

I en studie i Kungsholmsprojektets andra uppföljning 1994-96 samkörde vi läkemedelsdata med Apotekets varuregister. Med hjälp av uppgifter om styrka och dos för varje persons läkemedel, och apotekets utförsäljningspris för dem, räknade vi ut årskostnad för läkemedelsanvändningen (Fastbom, 1998). Medelårskostnaden per person beräknades vara 2600 kr. Kostnaden var högst på sjukhem, ca 4000 kr, framför allt beroende på den höga användningen av läkemedel där, främst psykofarmaka. Läkemedelskostnaden utgör emellertid enligt våra beräkningar endast en blygsam del av den totala vårdkostnaden - endast cirka fyra procent för gruppen som helhet och cirka en procent för sjukhemspatienterna.

De tre huvudgrupper av läkemedel som utgjorde den största delen av kostnaden var: hjärta och kretslopp, nervsystemet, samt matsmältningsorgan och ämnesomsättning, vilka också är de vanligaste läkemedelsgrupperna bland äldre. De läkemedel som uppvisade de högsta medelkostnaderna per person var nitroglycerinpreparat, medel mot depression, urindrivande medel, astmamedel och laxermedel, vilket med undantag för medel mot depression och astmamedel, berodde på hög användning snarare än ett högt pris. Det i särklass dyraste preparatet var SSRI som för en användare i snitt kostade 3200 kr per år.

Det finns skäl att tro att läkemedelskostnaderna för äldre kommer att stiga. Vi vet att användningen av SSRI har ökat påtagligt på några få år och den kanske fortsätter att stiga. Vidare kan demensmediciner och andra nya psykofarmaka – som inte användes alls i denna undersökning – komma att öka i användning. Dessa preparat är ofta mycket dyra, exempelvis kostar demenspreparat ca 4-6 gånger mer än SSRI. En ökad användning av moderna preparat mot t.ex. hjärtsvikt kan också bidra till ökade läkemedelskostnader.

Problemområden

Sammanfattningsvis finns många problem förknippade med äldres läkemedel. Många av dem betingas av den omfattande användningen. Detta är särskilt påfallande på sjukhem, där i synnerhet psykofarmaka används flitigt. Vissa problem har emellertid sin grund i underanvändning. Exempel på detta är behandlingen av smärta och hjärtsvikt hos äldre. Några tänkbara orsaker till dessa problem är:

Avsaknad av samlad information om läkemedelsanvändning

Äldre patienter får inte sällan mediciner förskrivna av fler än en läkare, i offentlig och/eller privat vård. Det finns dock inget vedertaget sätt att på ett och samma ställe registrera alla de läkemedel en person har. Det finns därför en risk att olika förskrivare ordinerar läkemedel ovetande om varann. Resultatet kan bli polyfarmaci med risk för dubbelanvändning och olyckliga kombinationer av läkemedel. Dessutom kan det vara svårt för den enskilde förskrivaren att utvärdera en behandling eller tolka eventuella läkemedelsbiverkningar. Bristande information om läkemedelsanvändning medför också problem vid överföring av patienter mellan olika vårdformer. Om indikationen för en läkemedelsordination inte förmedlas och om man inte ger klara besked om hur behandlingen skall följas upp och utvärderas, finns en risk för att preparat används i onödan och under lång tid.

Förhållandena på institutioner

Många sjukhem har idag bristande bemanning. Konsekvenserna av detta är att sjuksköterskor, undersköterskor och biträden ofta bara hinner med det arbete som har högsta prioritet: hygien, hjälp med måltider, medicindelning o.d. Det drabbar i första hand de patienter som har svårt för att kommunicera eller är "stökiga", d.v.s. de dementa. Psykofarmaka kan bli lösningen om man inte har tid att hjälpa patienterna på annat sätt, i synnerhet om de uppfattas som störande för sin omgivning.

I några studier har man visat en mer omfattande användning av psykofarmaka, och en större andel olämpliga preparat, på institutioner med låg bemanning (Shorr et al., 1994; Svarstad och Mount, 1991).. Det finns emellertid också andra faktorer som är av betydelse för läkemedelsanvändningen på institution. I en färsk studie på svenska sjukhem (Schmidt, 1999) fann man att attityder och kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor, och förekomsten av regelbundna läkemedelsgenomgångar (se nedan), hade större betydelse för läkemedelsanvändningens kvalitet än sjukhemmens storlek och bemanning.

Läkarens tid

För att en läkemedelsbehandling skall fungera för en äldre människa behövs gott om tid, dels för samtal mellan patient och behandlande läkare, dels för fortlöpande genomgång av hennes/hans medicinering. Tid behövs framför

allt vid ordination av läkemedel, för att motivera och informera patienten. Det gäller i synnerhet äldre, som kan ha svårare att tillgodogöra sig och minnas information och ha nedsatt hörsel och syn. Läkaren behöver också tid för att gå igenom pågående behandling, i syfte att bedöma effekten och ev. biverkningar och förvissa sig om att patienten följer ordinationerna, samt för att bedöma effekterna av ändringar i medicineringen. Emellertid råder tyvärr ofta tidsbrist vilket får konsekvenser av olika slag. Dels blir patienterna otillräckligt informerade om sina läkemedel vilket kan leda till bristande följsamhet. Dels har läkaren sämre möjligheter att utvärdera effekten av ett nytt läkemedel eller ompröva tidigare insatt behandling.

Korta vårdtider i akutvården gör att man inte vågar sätta ut läkemedel eftersom man inte har möjlighet att observera effekterna på patienten. Följden kan bli att man fortsätter ordinera läkemedel även om de inte fungerar eller det inte längre finns skäl att använda dem. Risker är också större för att man inte noterar eventuella biverkningar och ser ett samband med de läkemedel patienten använder. Man har i utländska studier på sjukhem visat ett samband mellan låg läkarkontakt och hög förekomst av olämplig medicinering (Ray et al., 1980; Beers et al., 1993).

Om läkaren ska uppnå samstämmighet med patienten (se concordance nedan) om sjukdom och behandling, vilket numera förordas, krävs än mer tid.

Förslag till åtgärder

De viktigaste målen för åtgärder som syftar till att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre är:

1. Att underlätta upptäckt och diagnos av sjukdomar och tillstånd som kan lindras eller botas med läkemedel.
2. Att se till att patienterna inte får fler läkemedel än de behöver
3. Att se till att deras läkemedelsanvändning har optimal kvalitet.
4. Att befrämja äldres följsamhet
5. Att se till att eventuella biverkningar upptäcks och att orsaken till dem identifieras och åtgärdas.

Några åtgärder för att uppnå dessa mål är:

Samlad läkemedelsdokumentation

Många problem skulle kunna undvikas om fullständig information om varje patients medicinering fanns dokumenterad på en plats som kunde nås av samtliga som har ansvar för hennes/hans medicinska behandling. Risken för onödigt förskrivning och läkemedelsinteraktioner skulle minska, liksom risken för att information går förlorad vid överföring av patienter mellan olika vårdformer. Dokumentationen skulle kunna ske centralt i ett datorbaserat läkemedelsregister. Försök med detta pågår, men ett politiskt beslut har inte fattats ännu, bland annat p.g.a. oenighet om huruvida ett sådant register är förenligt med patienternas integritet. En annan lösning är att låta varje patient bära ett "smart kort" som antingen innehåller all information om läkemedelsbehandlingen eller utgör en nyckel till den. En sådan metod har diskuterats för Apotekets "läkemedelsprofiler".

För de patienter som omfattas av Apotekets apodossystem finns redan idag en samlad dokumentation om läkemedelsordinationer. Apodossystemet ökar också säkerheten, är tidsbesparande och minskar kassationen av läkemedel. Nackdelen är att det är trögt, dvs. medger inte snabba förändringar i ordinationen

Regelbundna omprövningar av läkemedelsbehandlingen

En av de viktigaste förutsättningarna för en god läkemedelsbehandling är att behandlande läkare har tillräckligt med tid för att följa upp nya ordinationer. Det är också viktigt att all läkemedelsbehandling omprövas av läkaren med jämna mellanrum, i lugn och ro gärna tillsammans med annan personal som känner patienten. Tyvärr saknas dock oftast denna tid.

Apoteket har sedan några år tillbaka en verksamhet där man erbjuder hjälp med att se över de boendes läkemedelsbehandling på sjukhem. En apotekare, tillsammans med ansvarig läkare, en eller flera sjuksköterskor och ev. annan personal, går regelbundet igenom varje patients medicinering. Olämpliga ordinationer korrigeras och läkemedelsrelaterade problem, t.ex.

biverkningar, identifieras och åtgärdas. Sådana läkemedelsgenomgångar har visats minska användningen av psykofarmaka och leda till behandling med mer lämpliga preparat (Schmidt et al., 1998).

Man får dock inte glömma bort patienter i andra vårdformer. Regelbunden omprövning av läkemedelsbehandlingen är lika viktig exempelvis inom öppenvården eller på vårdavdelningar på sjukhus. Strukturerade genomgångar av äldres medicinering ska också kunna skötas av behandlande läkare, om tiden medger det.

Förbättrad medicinsk vårdkontinuitet, läkare - patient

Läkarkontinuitet – att ha en läkare som man kan ha en varaktig kontakt med – innebär inte bara en trygghet för patienten utan skapar också möjligheter för en god läkemedelsbehandling. Men för att läkaren ska kunna ta sitt PAL-ansvar (PAL = patientansvarig läkare) måste han/hon ha förutsättningar för det, dvs. i första hand ha tid för kontakt med patienten (se ovan). Det är också ett villkor för att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård (se "concordance" nedan).

Utbildning

I en rapport om läkemedel och följsamhet (Landstingsförbundet, 1999) talar man om vikten av "concordance", d.v.s. "en samstämmighet mellan läkares syn på sjukdomen och avsikter med terapin och patientens syn på sin sjukdom och dess behandling". Man betonar att patienten skall betraktas som en samarbetspartner som skall ta ansvar för sin behandling. Det fordrar dock att patienterna har kunskaper om sina sjukdomar och hur de behandlas, något som skulle kunna erbjudas genom bl.a. studiecirklar.

I rapporten betonar man också att undervisning om följsamhetsproblem bör ingå i utbildningen av läkare, sjuksköterskor och farmaceuter. Det kan tilläggas att det finns ett behov av utbildning också i andra delar av området läkemedel och äldre – bl.a. polyfarmaci – och att man bör utöka fortbildningen i ämnet för dessa yrkesgrupper.

De personalkategorier som arbetar nära patienterna - undersköterskor och vårdbiträden - kan vara betydelsefulla som länk mellan patient och läkare/sjuksköterska. Förutom att de lättare kan få kännedom om och förmedla patienternas önskemål och behov, har de större möjlighet att upptäcka problem med t.ex. läkemedelsintag och biverkningar. Det gäller i synnerhet personal i särskilda boenden, men också i andra vårdformer inklusive öppen vård. En förutsättning är emellertid att de får en grundläggande utbildning om läkemedel och äldre, med betoning på läkemedelshantering och biverkningar.

Riktlinjer

I USA infördes 1990 den s.k. OBRA-87 (Omnibus Budget Reconciliation Act) lagstiftningen som syftade till att reducera användningen av psykofar-

maka, fr.a. neuroleptika, på sjukhem. Uppföljningar har visat att den har haft effekt – bl.a. har man rapporterat att neuroleptikaanvändningen har minskat med en tredjedel, utan att användningen av andra psykofarmaka ökat (Furniss et al., 1998). I Sverige finns ingen motsvarighet till OBRA-87. Läkemedelsverket hade 1994 en Workshop "Treatment of mental conditions in patients with dementia" (Läkemedelsverket, 1995) där man bl.a. redovisade vilka läkemedel som kan framkalla konfusion hos äldre och vilka preparat som i första hand skall användas vid olika psykiatriska tillstånd hos dementa.

En del av dessa riktlinjer används vid bedömningar i samband med läkemedelsgenomgångar på sjukhem. SBU (1997) har också publicerat en utredning om neuroleptika som bl.a. innehåller rekommendationer för hur dessa preparat skall användas hos äldre. Förutom dessa finns i Sverige idag inga vedertagna riktlinjer för hur äldre skall behandlas med läkemedel. I andra länder, främst USA, har man däremot utarbetat olika slags kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsanvändning (se t.ex. Beers, 1997).

En invändning mot riktlinjer är att man inte kan ge allmängiltiga "fyrkantiga" råd om hur patienter skall behandlas. Det gäller inte minst äldre människor där de individuella variationerna vad gäller sjuklighet och känslighet för läkemedel är stora. Det är alltid sist och slutligen den behandlande läkaren som fattar beslut om behandling, baserat på en bedömning av den aktuella patienten, dennes tillstånd och den kliniska situationen. Man kan dock utveckla riktlinjer som utgör ett stöd för läkarens beslut. De kan omfatta bl.a. råd om vilka preparat som bör undvikas för äldre, råd om lämpliga dosintervall, råd om vilka läkemedelskombinationer som bör undvikas eller kräver särskild vaksamhet, samt råd om lämplig behandling vid vanliga diagnoser hos äldre. Riktlinjerna skulle kunna baseras på ovan nämnda kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsanvändning, samt svenska rekommendationer.

Referenser

Aronow WS. Prevalence of appropriate and inappropriate indications for use of digoxin in older patients at the time of admission to a nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1996;44(5):588-90.

Aronow WS. Therapy of congestive heart failure in elderly persons. *Comp Ther* 1997;23(10):639-48.

Atkin PA, Veitch PC, Veitch EM, Ogle SJ. The epidemiology of serious adverse drug reactions among the elderly. *Drugs Aging* 1999;14(2):141-52.

Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997;157:1531-6.

Beers MH, Fingold SF, Ouslander JG, Reuben DB, Morgenstern H, Beck JC. Characteristics and quality of prescribing by doctors practising in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1993;41(8):802-7.

Bergendal L, Friberg A, Schaffrath A. Potential drug-drug interactions in 5,125 mostly elderly out-patients in Gothenburg, Sweden. *Pharm World Sci* 1995;17:152-7.

Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C, Dunlop R et al. Management of pain in elderly patients with cancer. *JAMA* 1998;279(23):1877-82.

Bird HA. When are NSAIDs appropriate in osteoarthritis? *Drugs Aging* 1998;12(2):87-95.

Brattberg G, Parker MG, Thorslund M. The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. *Pain* 1996;67:29-34.

Campbell AJ. Drug treatment as a cause of falls in old age. A review of the offending agents. *Drugs Aging* 1991;1(4):289-302.

Casey DE. Tardive dyskinesia and atypical antipsychotic drugs. *Schizophr Res* 1999;35 Suppl:S61-6.

Chrischilles EA, Foley DJ, Wallace RB, Lemke JH, Semla TP, Hanlon JT et al. Use of medications by persons 65 and over: Data from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *J Gerontol* 1992;47(5):M137-44.

Cooper JW. Probable adverse drug reactions in a rural geriatric nursing home population: A four-year study. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:194-7.

Cunningham G. Adverse drug reactions in the elderly and their prevention. *Scott Med J* 1997;42(5):136-7.

Farrell MJ, Katz B, Helme RD. The impact of dementia on the pain experience. *Pain* 1996;67:7-15.

FASS. Läkemedel i Sverige. *LINFO, Läkemedelsinformation AB*. Stockholm.

Fastbom J. Läkemedelsanvändning och kostnader hos äldre: En studie i Kungsholmsprojektet. Delrapport 10 inom projektet Kvalitetsbokslut för Äldre. *Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum* 1998;.

Fastbom J, Claesson CB, Cornelius C, Thorslund M, Winblad B. The use of medicines with anticholinergic effects in older people: A population study in an urban area of Sweden. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:1135-40.

Fastbom J, Wills P, Cornelius C, Viitanen M, Winblad B. Levels of serum creatinine and estimated creatinine clearance over the age of 75: a study of an elderly Swedish population. *Arch Gerontol Geriatr* 1996;23:179-88.

Folks DG, Burke WJ. Psychotherapeutic agents in older adults. Sedative hypnotics and sleep. *Clin Geriatr Med* 1998;14:67-86.

Forsell Y, Jorm AF, Winblad B. The association of age, sex, cognitive dysfunction, and disability with major depressive symptoms in an elderly population. *Am J Psychiatry* 1994;151:1600-4.

Furniss L, Lloyd Craig SK, Burns A. Review. Medication use in nursing homes for elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1998;13:433-9.

Giron MST, Claesson C, Thorslund M, Oke T, Winblad B, Fastbom J. Drug use patterns in a very elderly population. A seven-year review. *Clinical Drug Investigation* 1999;17(5):389-98.

Gottfries CG. Scandinavian experience with citalopram in the elderly. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11(Suppl 1):41-4.

Gottfries CG. Recognition and management of depression in the elderly. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12(Suppl 7):S31-6.

Greenblatt DJ, Harmatz JS, Shader RI. Clinical pharmacokinetics of anxiolytics and hypnotics in the elderly. Therapeutic considerations (Part I). *Clin Pharmacokinet* 1991;21:165-77.

Grimby C, Fastbom J, Forsell Y, Thorslund M, Claesson CB, Winblad B. Musculoskeletal pain and analgesic therapy in a very old population. *Arch Gerontol Geriatr* 1999;29:29-43.

Haas GJ, Young JB. Inappropriate use of digoxin in the elderly: how widespread is the problem and how can it be solved? *Drug Saf* 1999;20(3):223-30.

Landahl S. Drug treatment in 70-82-year-old persons. A longitudinal study. *Acta Med Scand* 1987;221:179-84.

Landstingsförbundet. Förbättrad läkemedelsanvändning genom bättre följsamhet till läkemedelsordinationen. Förslag till gemensamma mål för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter. *Landstingsförbundet*. 1999.

Lindberg J, Claesson CB, Cornelius C, Fratiglioni L, Thorslund M, Winblad B. Medicine use in the elderly: A population study in an urban area of Sweden. *Drug Investigation* 1994;8:241-53.

Lindley CM, Tully MP, Paramsothy V, Tallis RC. Inappropriate medication is a major cause of adverse drug reactions in elderly patients. *Age Ageing* 1992;21:294-300.

Läkemedelsboken 97/98. *Apoteket AB*. Stockholm.

Läkemedelsverket. Treatment of mental conditions in patients with dementia. *Läkemedelsverket, Sverige och Statens Legemiddelkontroll, Norge*. 1995:1.

Läkemedelsverket. Behandling av sömnsvårigheter. *Information från Läkemedelsverket* 2000;4:7-77.

Mamo DC, Sweet RA, Keshavan MS. Managing antipsychotic-induced parkinsonism. *Drug Saf* 1999;20(3):269-75.

Moore AR, O'Keeffe ST. Drug-induced cognitive impairment in the elderly. *Drugs Aging* 1999;15(1):15-28.

Nolan L, O'Malley K. Prescribing for the elderly. Part I: Sensitivity of the elderly to adverse drug reactions. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:142-9.

Parkin DM, Henney CR, Quirk J, et al. Deviation from prescribed drug treatment after discharge from hospital. *Br Med J* 1976;2:686-8.

Passare G, Guo Z, Winblad B, Fastbom J. Drug use and low blood pressure in the elderly. A study of data from the Kungsholmen Project. *Clinical Drug Investigation* 1998;15(6):497-506.

Phillips AC, Polisson RP, Simon LS. NSAIDs and the elderly. Toxicity and economic implications. *Drugs Aging* 1997;10(2):119-30.

Pollock BG, Mulsant BH. Antipsychotics in older patients. A safety perspective. *Drugs Aging* 1995;6(4):312-23.

Ray WA, Federspiel CF, Schaffner W. A study of antipsychotic drug use in nursing homes: Epidemiologic evidence suggesting misuse. *Am J Publ Health* 1980;70(5):485-91.

Rich MW. Cardiovascular disease in the elderly. Heart failure. *Cardiol Clin* 1999;17(1):123-35.

Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ* 1997;315:1096-9.

Salzman C. Medication compliance in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1995;56(Suppl 1):18-22.

Salzman C. Depressive disorders and other emotional issues in the elderly: current issues. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12 Suppl 7:S37-42.

SBU. Behandling med neuroleptika. *SBU-rapport nr 133/1, 1997*.

Schaefer DC, Cheskin LJ. Constipation in the elderly. *Am Fam Physician* 1998;58(4):907-14.

Schmidt I. Communication & Teamwork. Studies of the impact on quality of drug use in Swedish nursing homes. . Avhandling; 1999.

Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B, Nilsson LG, Svarstad BL. The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1998;46(1):77-82.

Shepherd M. The risks of polypharmacy. *Nurs Times* 1998;94(32):60-2.

Shorr RI, Fought RL, Ray WA. Changes in antipsychotic drug use in nursing home during implementation of the OBRA-87 regulation. *JAMA* 1994;271:358-62.

Skoog I, Nilsson L, Landahl S, Steen B. Mental disorders and the use of psychotropic drugs in an 85-year-old urban population. *Int Psychogeriatr* 1993;5(1):33-48.

Socialstyrelsen. Läkemedel på sjukhem - en uppföljning av kvaliteten. . *Socialstyrelsen* 1999a.

Socialstyrelsen. Diagnoser och förskrivning av läkemedel. En nationell kartläggning. *Socialstyrelsen* 1999b.

Svarstad BL, Mount JK. Nursing home resources and tranquilizer use among the institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc* 1991;39(9):869-75.

Sweet RA, Pollock BG. New atypical antipsychotics. Experience and utility in the elderly. *Drugs Aging* 1998;12(2):115-27.

Svensk Läkemedelsstatistik. Stockholm: *Apoteket AB* 1999.

Tsujimoto G, Hashimoto K, Hoffman BB. Pharmacokinetic and pharmacodynamic principles of drug therapy in old age. Part 1. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol* 1989a;27(1):13-26.

Tsujimoto G, Hashimoto K, Hoffman BB. Pharmacokinetic and pharmacodynamic principles of drug therapy in old age. Part 2. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol* 1989b;27(3):102-16.

Tune LE, Egeli S. Acetylcholine and delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999;10(5):342-4.

Walker J, Wynne H. Review: The frequency and severity of adverse drug reactions in elderly people. *Age Ageing* 1994;23:255-9.

Äldreomsorg. Inga laxermedel. Ett "mål" att sträva mot. *Tidningen Äldreomsorg* 2000;3:24-7.

Tabeller och Figurer

Tabell 1. De vanligaste läkemedlen hos äldre som kan orsaka kognitiva störningar och konfusion.

Läkemedel med antikolinerga effekter

Neuroleptika, fr.a. högdospreparat
Tricykliska antidepressiva
Medel mot inkontinens
Parkinsonmedel av antikolinerg typ

Andra läkemedel

Bensodiazepiner
Digitalis
Opioider
NSAID
Magsårsmedel av histamin-H₂-blockerartyp
Betablockerare (även i ögondroppar)
Parkinsonmedel av dopaminerg typ

En mer fullständig lista finns i: *Läkemedelsverket 1995:1.*

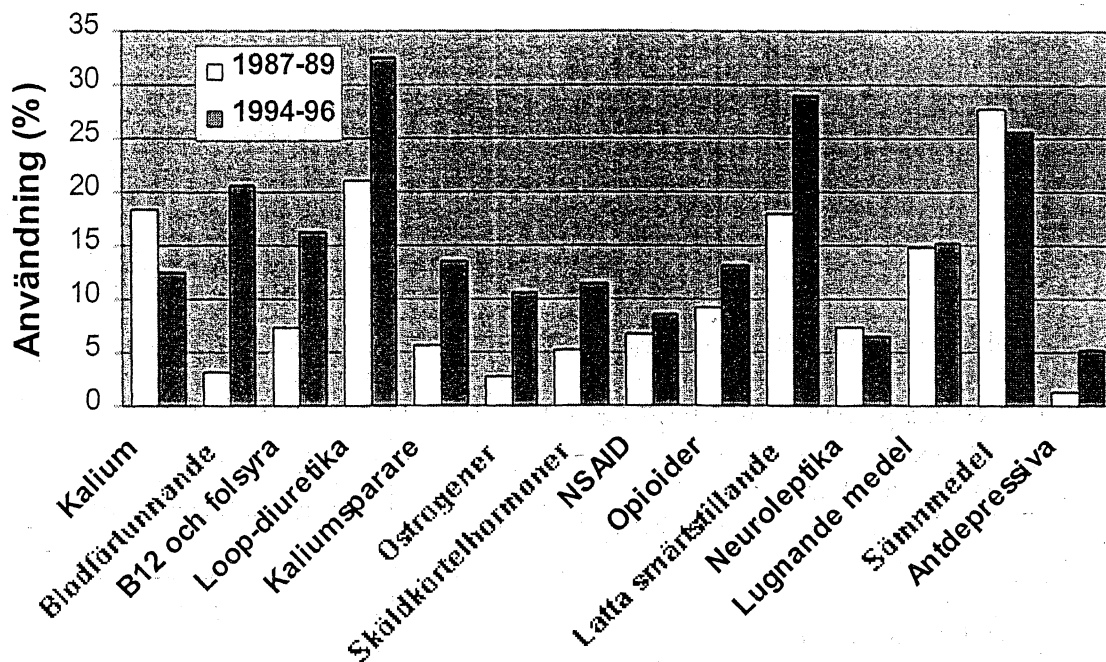


Fig. 1. De vanligaste läkemedelsgrupperna och deras användning i slutet av 80-talet och mitten av 90-talet: En jämförelse mellan personer över 80 år i Kungsholmsprojektets basstudie och andra uppföljning.

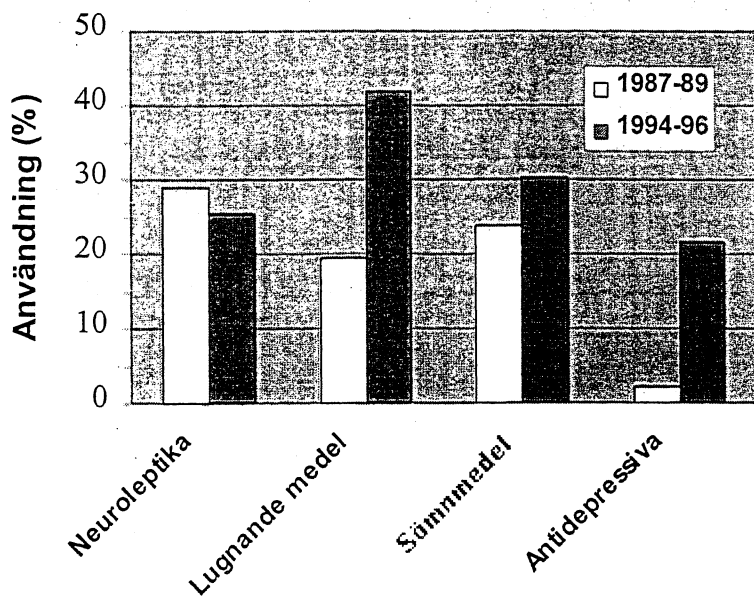


Fig. 2. Psykofarmakaanvändningen hos dementa äldre på institution (gruppboende och sjukhem) i slutet av 80-talet och mitten av 90-talet: En jämförelse mellan personer över 80 år i Kungsholmsprojektets basstudie och andra uppföljning.

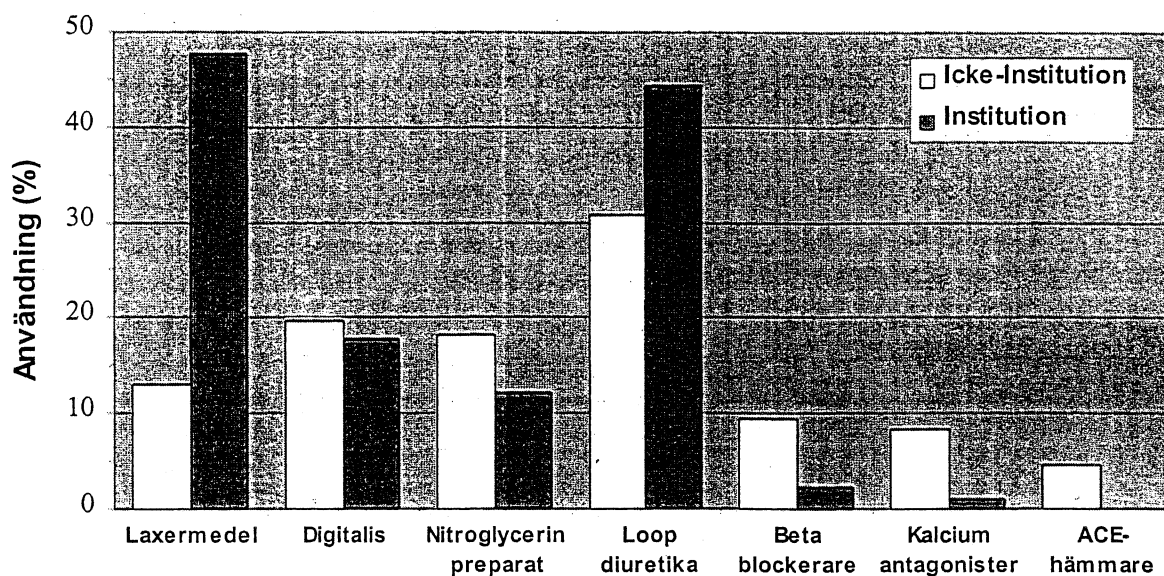


Fig. 3. Användningen av några läkemedel mot kroppsliga sjukdomar hos äldre över 80 år på institution (gruppboende och sjukhem). Data från Kungsholmsprojektets andra uppföljning 1994-96.

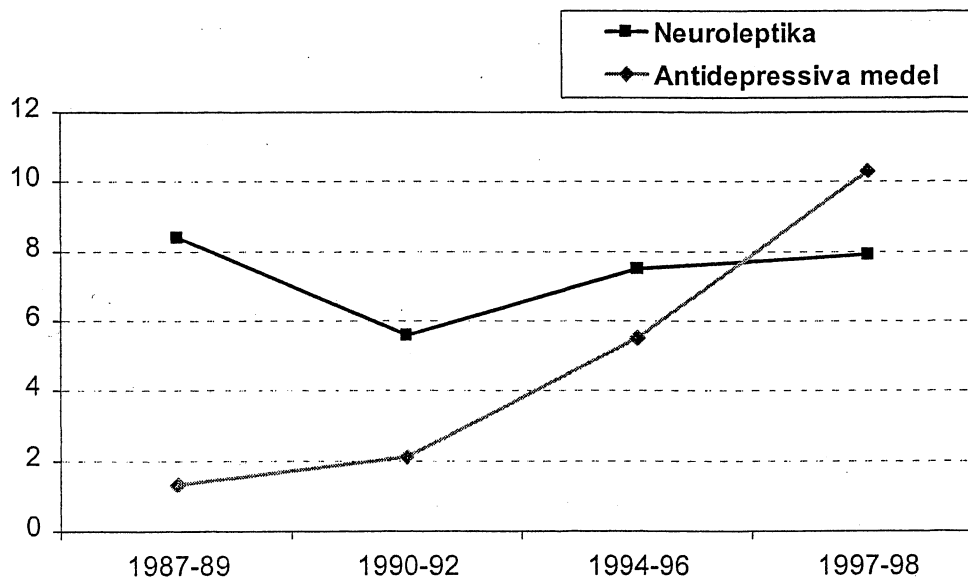


Fig. 4. Användningen (%) av neuroleptika och antidepressiva medel hos äldre sedan slutet av 80-talet. Datapunkterna representerar användningen hos personer 84 år och äldre från varje fas av Kungsholmsprojektet.

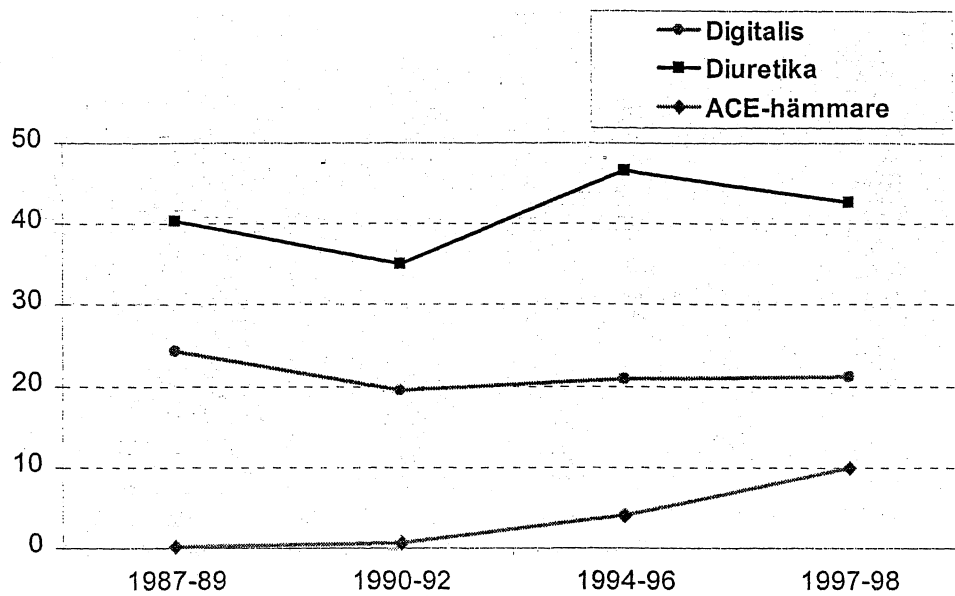


Fig. 5. Användningen (%) av diuretika, digitalispreparat och ACE-hämmare hos äldre sedan slutet av 80-talet. Datapunkterna representerar användningen hos personer 84 år och äldre från varje fas av Kungsholmsprojektet.

Delrapporter Äldre och Folkhälsa

Äldres hälsosituation, rapport 1. Kapitel: Kunskapsöversikt, De äldre blir fler, Äldres hälsa enligt landstingets folkhälsoenkäter, Utveckling av livslängd, dödlighetsorsaker; Anna von Hamm, Inga Klarin, Tanja Klason, Mårten Lagergren, Sven Erik Wånell

Äldres Hälsa, rapport 2, beskrivning av skillnader i hälsa mellan Stockholms stad, Stockholms län och övriga landet samt utvecklingen över tid; Anna von Hamm, Tanja Klason

Rik och frisk, rapport 3, beskrivning av olika faktorer som samvarierar med äldres hälsa, samt "hälsoprofil" för länets kommuner och stadsdelområden i Stockholms stad; Anna von Hamm, Tanja Klason, Mårten Lagergren

Tänderna, en del av kroppen, rapport 4. Rapporten ger en överblick över tandhälsans och tandhälsovårdens utveckling, uppsökande och förebyggande tandvård bland äldre och förslag till åtgärder för att förbättra tandhälsan för de äldsta; universitetslektor Gunilla Nordenram

Äldreomsorg i Stockholms stad 1993 och 1998, rapport 5. Rapporten redovisar aktuell situation vad gäller vilka som erhåller äldreomsorg, samt utvecklingen över tid för olika befolkningsgrupper i Stockholms stad; Sven Erik Wånell

Välbefinnande, förutsättningar för "ett gott liv" bland de äldra äldsta, rapport 6. Beskriver vad som kan leda till välbefinnande och livstillfredsställelse bland de allra äldsta, och vad olika begrepp, som hälsa, välbefinnande och livskvalitet står för; högskolelektor Pernilla Hillerås

Äldre och läkemedel, rapport 7. Beskriver aktuell kunskap om äldres läkemedelskonsumtion och visar på riskfaktorer, och hur de kan påverkas. Syftet är att ge ökad kunskap om användning av läkemedel och risker, och ge hälso- och sjukvården förslag till förbättringar; docent Johan Fastbom

Psykisk ohälsa hos äldre, rapport 8. Rapporten ger kunskap om omfattning och utveckling av psykisk ohälsa bland äldre, överblick över sätt att förebygga ohälsa och vad som kan göras för att underlätta livet för äldre som lider av psykisk ohälsa. Syftet är att ge underlag för förbättringar i den psykiska hälso- och sjukvården och samspelet mellan kommuner och landsting; docent Yvonne Forsell

Dagverksamheter - om vikten av aktivitet och social gemenskap, rapport 9 Ger en kort överblick över den kunskap som finns om behovet av social, fysisk och psykisk aktivitet och ger exempel på olika former av verksamheter anpassade för äldre när orken tryter och vanligt fritidsutbud inte längre känns möjlig. Syftet är att ge underlag för prioriteringar av stöd till sociala aktiviteter för äldre som har svårigheter att delta i det ordinarie fritidsutbudet för äldre; universitetsadjunkt Gerd Andersson Sviden.

Hörselproblem i åldrandet, rapport 10. Rapporten beskriver hur vanligt hörselproblem är bland äldre, typer av hörselnedsättningar och vad som kan åtgärdas inom vården. Syftet är att ge kunskap om vad som orsakar hörselnedsättningar hos äldre och vilka åtgärder som kan vidtas för att minimera detta handikapp; leg läkare Vilhelmina Hoffman

Bostadens och bostadsområdets betydelse för äldres hälsa och välbefinnande, rapport 11. Beskriver bostadsområdets betydelse för äldre, olika metoder för att underlätta kvarboende, närservicens roll, sociala aktiviteter i området mm. Syftet är att ge kunskap om vilka faktorer som är viktiga för många äldre i hans/hennes närmiljö, och vad som kan göras för att öka tryggheten; utredare Sven Erik Wånell

Att vara anhörig, rapport 12. Rapportens syfte är att sammanställa aktuell kunskap om situationen för äldre anhöriga som vårdar närstående; Fil dr Lennarth Johansson m fl

Äldre invandrades hälsa, rapport 13. Sammanställning och analys av befintlig kunskap som belyser äldre invandrades hälsa i Stockholms län samt förebyggande och hälsofrämjande åtgärder riktade till invandrare i länet. Syftet är att ge en ökad kunskap om olikheter i äldre invandrades situation och eventuella likheter i insatser för att underlätta ett åldrande utifrån den enskildes kultur, behov och önskemål; utredare Helena Altvall

De multiskräpligas vardag – att se helheten, rapport 14. Syftet är att beskriva hur den multiskräpliga äldres vardag ser ut, hur vanligt det är att ha många diagnoser och stort sjukvårdsbehov samt vad som kan göras för att i samverkan mellan olika aktörer underlätta dessa äldres tillvaro; utredare Ulla Gurner

Skador bland äldre, rapport 15. Rapporten beskriver förekomst av fallskador med tonvikt på höftfrakturer, samt metoder för att förebygga skador bland äldre. Syftet är att ge praktiskt tillämpbar kunskap; Anita Hökby, Skadepreventiva enheten vid samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

Måltiden och maten, rapport 16. Syftet är att ge kunskap om matens roll för äldres hälsa och välbefinnande, och hur måltiden kan fungera både för ensamhushåll i ordinarie boende och i äldreboenden; Eva Callmer, centrum för tillämpad näringslära vid samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

Sjuklighet och funktionsnedsättningar hos äldre, rapport 17. Beskriver med ledning av data från den longitudinella Kungsholmsstudien förekomst av sjukdomar och nedsatt ADL-förmåga hos äldre. Syftet är att ge en allmän kunskap om de äldres (75+) hälsosituation; med dr Eva von Strauss

Demenssjukdomar, rapport 18. Beskriver förekomst och utveckling av demenssjukdomar. Syftet är att ge kunskap om kända riskfaktorer, möjlighet till förebyggande insatser, förekomst och utveckling av demenssjukdomarna; professor Laura Fratiglioni

Demenssjukdomar, tidiga insatser i hemmet med fokus på ensamboende i eget hem, rapport 19. Rapporten beskriver metoder för tidig upptäck av demenssjukdom och metoder för att underlätta vardagen för den demenssjuke, med tonvikt på ensamboende i ordinarie boende. Syftet är att öka kunskapen om dementas behov och möjligheterna till kvarboende; universitetslektor Louise Nygård

Strokedrabbad – och livet ska gå vidare, rapport 20. Rapporten beskriver förekomst av stroke, effekterna av stroke, kort om vad som kan göras för att förebygga insjuknande samt tonvikt på vad som kan göras för att underlätta livet för den som drabbats. Syftet är att ge en lätt tillgänglig kunskap om en vanlig sjukdom som leder till stora rehabiliteringsbehov, och kunskap om lämpliga former för rehabilitering och fortsatt stöd för att den äldre ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt; med dr Ingegerd Nydevik

Inkontinens, en dold folksjukdom, rapport 21. Syftet är att ge en överblick över hur vanligt inkontinens är, hur personer med inkontinens drabbas socialt och vilka åtgärder som kan vidtas för att en person med dessa problem ska kunna leva så normalt som möjligt; utredare Lisa Åkervall

Pris: 50 - 100 kr per rapport, rabatt vid större beställningar. Rapporterna publiceras kontinuerligt under hösten 2000, en sammanfattande slutrapport publiceras våren 2001.

Rapporterna kan beställas hos Stockholms läns Äldrecentrum, Box 6401, 113 82 Stockholm,
tel. 690 58 10, fax 33 52 75
eller via e-post: gulbrandsen@aldrecentrum.a.se

Pris för denna rapport 70 kr inkl moms och ev. porto