

# Äldre och läkemedel



## Demens

Tidig start av behandling med demensläkemedel är att rekommendera. Förutom symtomlindrande effekt, kan tidigt insatt grundbehandling mot Alzheimers sjukdom minska risken för BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). I årets baslista har expertgruppen Äldre och läkemedel förtydligt vikten av att använda memantin inte enbart vid måttlig till svår demens utan även som monoterapi i tidigare skeden vid intolerans eller kontraindikation mot kolinesterashämmarna.

Västmanland och Sörmland är de enda regionerna som har fått "grönt" i SveDems (Svenska Demensregistrets) årsrapport 2018 när det gäller antalet nya grundregistreringar. Västmanland ligger, enligt statistik från Socialstyrelsen, bland de regioner som förskriver mest demensläkemedel. Det finns dock fortfarande risk för underbehandling, troligen beroende på att många patienter fortfarande får diagnosen Demens UNS trots att de borde fått en mer adekvat demensdiagnos. SveDem visar att andelen patienter med Alzheimers sjukdom som får ett demensläkemedel i primärvården i Västmanland är 65 % där snittet i riket ligger på 71 % och målvärdet är 80 %. SveDem visar också att andelen diagnoser Demens UNS minskar ju mer man gör en fullständig basal minnesutredning.<sup>1</sup>

Två stora meta-analyser från 2018 visade att effekten

av demensläkemedel (både kolinesterashämmare och memantin) är kliniskt relevant. Samma studier påpekade att denna effekt uppnås bäst vid de högsta rekommenderade doser av läkemedlen.<sup>2,3</sup> I den kommande upplagan av häftet (Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre) kommer det stå att demensläkemedel bör "Trappas upp enligt FASS till högsta tolererbara dos."<sup>4</sup>

## Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)

BPSD tillhör de vanliga och många gånger svårhanterliga demenssymtom som kan bli oerhört besvärande för både patient och närstående, men inte minst för omvårdnadspersonal på exempelvis särskilda boenden. BPSD kommer att göra entré i årets baslista dock enbart som rubrik eftersom en mer utförlig beskrivning och rekommendationer finns som ett eget kapitel i häftet Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre med tillhörande bakgrundsdokumentation.<sup>4</sup>

## Mest sjuka och sköra äldre

Begreppet skörhet (eller "frailty") etablerar sig allt mer inom äldrevården. Ordet skörhet kan tyckas lite vagt i de medicinska sammanhangen men inom de geriatriska kretsarna är det väl känt och väl etablerat. Det finns tyvärr ingen

universal definition för denna skörhet och följaktligen inget överenskommet verktyg eller instrument att identifiera eller mäta den med. Av de tiotals använda screeningsinstrument är de mest kända: Frailty phenotype criteria<sup>5</sup> och Frailty Index<sup>6,7</sup>. Dessvärre har dessa två instrument inte fått något stort genomslag i den kliniska vardagen, troligen på grund av att de är tidskrävande och/eller mer anpassade till forskningssammanhang. Senare har man kunnat utveckla ett screeningsinstrument (FRAIL scale) som är baserat på 5 rätt enkla frågor<sup>8</sup> samt ett frailty-instrument baserat på klinisk bedömning (Clinical Frailty Scale, CFS)<sup>9</sup>. Geriatrisk Risk Profil (GRP) är ytterligare ett instrument att hitta de mest sjuka och sköra äldre men det har inget bevisat prognostiskt värde. GRP har däremot använts på bl a geriatriken i Västerås sedan 2011 med stor praktisk framgång att kunna selektera just denna patientgrupp på akuten. En annan styrka för GRP är att det inte är tidskrävande.

Oavsett vilken frailty-skala man använder bör resultaten tolkas med försiktighet. Frailty bör bedömas när patienten befinner sig i sitt habituella tillstånd, det vill säga inte under en akut sjukdom eller en akut försämring. Man ska också känna till att det finns evidens att frailty kan behandlas eller lindras. Några av de faktorer som kan bidra till frailty och som bör optimeras/åtgärdas är:

- nutrition (kalori- och proteintillskott),
- träning (resistens och aerob),
- D-vitamin (vid brist eller insufficiens)
- polyfarmaci.<sup>10</sup>

Den kunskap läkaren får efter att ha använt en frailty-skala bör ha betydelse för den vård och den planering patienten får. Det är ett sätt att hjälpa kliniker att strukturera och systematisera arbetet med de mest sjuka och sköra äldre. Det kan också hjälpa vårdgivaren i sin dialog med patienten och hennes/hans närstående.

## Expertgrupp Äldre och läkemedel

### Athir Tarish

Överläkare, Geriatriska Kliniken

Informationsläkare, Läkemedelskommittén

athir.tarish@regionvastmanland.se

## Referenser:

1. Svenska Demensregistret. Årsrapport 2018.
2. Dou, K., et al. Comparative safety and effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for Alzheimer's disease: a network meta-analysis of 41 randomized controlled trials. *Alz Res Therapy*. 2018; 10.
3. Tricco A.C., et al. Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Enhancers for Treating Alzheimer's Disease: Systematic Review and Network Metaanalysis. *JAGS*. 2018; 66:170-178.
4. Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre [www.regionvastmanland.se/lkaldre](http://www.regionvastmanland.se/lkaldre)
5. Fried L.P., et al: Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56A:146-156.
6. Jones D.M., Song X., Rockwood K.: Operationalizing a Frailty Index from a Standardized Comprehensive Geriatric Assessment. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52:1929-1933.
7. Rockwood K., et al: A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people, *Lancet*. 1999; 353:205-206.
8. Van Kan G.A., et al: The I.A.N.A. Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. *J Nut H Aging*. 2008; 12:29-37.
9. Rockwood K., et al: A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Cand Med Ass J*. 2005; 173:489-495.
10. Morley J.E., et al: Frailty Consensus: A Call to Action. *JAMDA*. 2013; 14(6):392-397.

## Länkar:

[Geriatrisk riskprofil \(Ledningssystemet\)](#)

