



*Läkemedel med potentiell*  
**är vanliga på Malmös**

En nyligen publicerad tvärsnittsstudie avseende förekomsten av läkemedel med potentiell kognitiv påverkan hos vårdtagare på Malmös demensavdelningar visade att tre av fyra vårdtagare hade minst ett läkemedel från någon av de riskabla läkemedelsgrupperna och fyra av tio hade läkemedel från minst två av dessa grupper. Användningen av bensodiazepiner var alarmerande hög, trots vetskapen om ökad risk för sedation, kognitiv försämring, fall och frakturer hos äldre personer. Även antipsykotiska läkemedel var vanliga. Detta är bekymmersamt med tanke på risken för allvarliga biverkningar, inte minst hos den undersökta populationen, och med tanke på att effekten av antipsykotika vid betendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) är mycket modest. Studien visade vidare glädjande nog på en försiktighet i användningen av antikolinergika till de allra äldsta, men däremot inte till personer med Alzheimers sjukdom respektive Lewykroppsdemens/Parkinsondemens, vilka är extra sårbara. Läs mer i denna artikel av **Sara Modig**, distriktsläkare vid VC Tåbelund Eslöv och docent i allmänmedicin vid Lunds universitet.

# kognitiv påverkan demensavdelningar

*Studien var ett vetenskapligt ST-arbete i allmänmedicin av Jenny H Kristensson med insamlad data från ett doktorandprojekt av Iris Zahirovic, minneskliniken i Malmö.<sup>1,2</sup>*

**I takt med åldrandet blir hjärnan** känsligare för centralt verkande läkemedel. Risken för kognitiva biverkningar ökar därmed.

Olämplig förskrivning av läkemedel innebär att risken med läkemedlet är större än nyttan. Socialstyrelsen har utarbetat nationella indikatorer för att kunna mäta och följa kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling.<sup>3</sup> De publicerades för första gången 2004 och senaste revisionen är daterad 2017. God kvalitet innebär att man på populationsnivå följer indikatorerna och till personer över 75 år undviker läkemedel som innebär hög biverkningsrisk, det vill säga att förekomsten av dessa läkemedel är låg. En av de läkemedelsspecifika indikatorerna som ingår är "Läkemedel som kan orsaka kognitiv störning" [se Tabell 1 för inkluderade läkemedelsgrupper].

Internationellt används olika kriterier för att beskriva läkemedel som hos äldre personer kan betraktas som olämpliga,

”God kvalitet innebär att man på populationsnivå följer indikatorerna och till personer över 75 år undviker läkemedel som innebär hög biverkningsrisk, det vill säga att förekomsten av dessa läkemedel är låg.

ett par exempel utgörs av Beers kriterier och Drug Burden Index.<sup>4,5</sup> Socialstyrelsens indikatorer är anpassade för svenska förhållanden och de substanser som används i Sverige.

Personer med Alzheimers sjukdom eller Lewykroppsdemens/Parkinsondemens är särskilt känsliga för antikolinergika på grund av degeneration i kolinerga nervbanor.<sup>6</sup> Dock

| ATC-kod                                                                                                                                                                                       | Läkemedel/Läkemedelsgrupp                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| H02AB                                                                                                                                                                                         | Glukokortikoider                          |
| N02A                                                                                                                                                                                          | Opioider                                  |
| N03                                                                                                                                                                                           | Antiepileptika                            |
| N04B                                                                                                                                                                                          | Medel vid parkinsonism, dopaminerga medel |
| N05A exkl. N05AN                                                                                                                                                                              | Antipsykotiska läkemedel                  |
| N05BA/N05CD                                                                                                                                                                                   | Bensodiazepiner                           |
| A03AB, A03BA, A03BB, A04AD, C01BA, G04BD (exkl. G04BD12), M03BC01, M03BC51, N02AG, N04A, N05AA02, N05AB04, N05AF03, N05AH02, N05BB01, N06AA, R06AA02, R06AA04, R06AB, R06AD, R06AE05, R06AX02 | Läkemedel med antikolinerga effekter      |

Tabell 1. Socialstyrelsens kvalitetsindikator "Läkemedel som kan orsaka kognitiv störning".

är läkemedlen skadliga för alla individer med kognitiv nedsättning.<sup>7</sup> Det har dessutom beskrivits ett samband mellan exponering för ett ökande antal olämpliga läkemedel och en lägre livskvalitet.<sup>8</sup> En fortsatt skärpt uppmärksamhet på förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre, inte minst på särskilda boenden, bedöms vara av stor vikt.

Syftet med den aktuella studien var därför att undersöka kvaliteten på läkemedelsbehandlingen till äldre individer på demensavdelning i södra Sverige, med avseende på potentiell kognitiv påverkan och med ett särskilt fokus på antikolinergika.

#### METOD

Studien hade deskriptiv, retrospektiv tvärsnittsdesign, och var baserad på data från personer  $\geq 65$  år boende på demensavdelningar på Malmös särskilda boenden 2012–2013 (N=574). Trots att Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer avser personer 75 år eller äldre, användes gränsen 65 år, då vårdtagare i behov av vård på demensavdelning också är biologiskt åldrade och därmed extra känsliga för biverkningar. Utfallsmått var förekomsten av läkemedel som kan orsaka kognitiv påverkan.

Det ska nämnas att studien inte undersökte anledningen till behandlingen på individnivå.

#### RESULTAT OCH DISKUSSION

Totalt inkluderades 574 personer varav 76 procent var kvinnor. Medelåldern var 86 år med spridning från 65 till 105 år.

Sammantaget påvisades en hög användning av läkemedel med potential att orsaka/förvärra kognitiv störning. Tre av fyra vårdtagare hade minst ett läkemedel från någon av läkemedelsgrupperna inom indikatorn och fyra av tio hade läkemedel från två eller fler läkemedelsgrupper.

Av de 523 vårdtagare som hade demensdiagnos registrerad i öppenvårds- eller slutenvårdsjournal hade 23,5 procent Alzheimers sjukdom, 4,0 procent Lewykroppsdemens/Parkinsonsdemens, 23,3 procent vaskulär demens och 31,5 procent hade ospecificerad demens.

Behandling med bensodiazepiner sågs hos 59 procent (varav hälften behandlades kontinuerligt), med opioider hos 27 procent, med antipsykotika hos 20 procent och med antikolinergika hos 13 procent [Tabell 2].



*En sak som är viktigt att komma ihåg är att de undersökta läkemedlen i första hand är olämpliga ur ett populationsperspektiv och ambitionen är att undvika en överanvändning framför allt inom gruppen sköra äldre med kognitiv svikt.*

| Läkemedelsgrupp                      | n (%)                              |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Glukokortikoider                     | 24 (4,2)                           |
| Opioider                             | Kontinuerligt och v.b. 153 (26,7)  |
|                                      | Kontinuerlig behandling 103 (17,9) |
| Antiepileptika                       | 42 (7,3)                           |
| Dopaminerga medel                    | 13 (2,3)                           |
| Antipsykotika                        | 113 (19,7)                         |
| Bensodiazepiner                      | Kontinuerligt och v.b. 338 (58,9)  |
|                                      | Kontinuerlig behandling 174 (30,3) |
| Läkemedel med antikolinerga effekter | 75 (13,1)                          |

Tabell 2. Förekomst av behandling med läkemedel som kan orsaka kognitiv störning bland vårdtagare på demensavdelningar (N=574).



|                        | Ålder (år) |            |            | p-värde      |
|------------------------|------------|------------|------------|--------------|
|                        | 65–74      | 75–84      | 85–105     |              |
| n (%)                  | 45 (7.8)   | 175 (30.5) | 354 (61.7) |              |
| Antikolinergika, n (%) | 13 (28.9)  | 25 (14.3)  | 37 (10.5)  | <b>0.002</b> |
| Bensodiazepiner, n (%) | 26 (57.8)  | 97 (55.4)  | 215 (60.7) | 0.500        |
| Antipsykotika, n (%)   | 13 (28.9)  | 40 (22.9)  | 60 (17.0)  | 0.074        |

Tabell 3. Prevalens av antikolinergika, bensodiazepiner respektive antipsykotika hos vårdtagare på demensavdelningar, uppdelat efter ålder (N=574).

Lägst användning av antikolinergika sågs i den äldsta gruppen (85–105 år), vilket naturligtvis är positivt, då hjärnan blir allt mer känslig för antikolinerga biverkningar i takt med åldrandet och kanske vittnar resultatet om en medvetenhet om detta bland förskrivare [Tabell 3]. Däremot var det ingen skillnad i användningen av antikolinergika beroende på demenstyp, trots att personer med Alzheimers sjukdom, Lewykroppsdemens eller Parkinsonsdemens är extra känsliga. Atarax, Lergigan och Theralen utgjorde tillsammans sex tiondelar av de antikolinerga läkemedlen.

Det är vanligt med en uppfattning att antikolinerga läkemedel är bättre att använda som lugnande medel än bensodiazepiner eftersom de förra inte är beroendeframkallande, men för äldre personer är de snarast mer riskabla.

En sak som är viktigt att komma ihåg är att de undersökta läkemedlen i första hand är olämpliga ur ett populationsperspektiv och ambitionen är att undvika en överanvändning framför allt inom gruppen sköra äldre med kognitiv svikt. De kan dock vara indicerade för vissa individer vid vissa tillfällen – det viktiga är att hela tiden väga risk mot nytta. En fjärdedel av vårdtagarna i studien behandlades med opioider. Detta är sannolikt en rimlig prevalens eftersom det är viktigt att varken underbehandla eller överbehandla smärta, som är ett vanligt symptom som följer med åldrandets sjukdomar.

Mer bekymmersamt var att sex av tio behandlades med bensodiazepiner och var femte vårdtagare behandlades med antipsykotika.

Här ser vi helt klart en överanvändning. Långverkande bensodiazepiner bör undvikas helt. Men även oxazepam, som är vanligast förekommande och som kan vara motiverat som tillfällig behandling av ångest, insomni eller BPSD, kan utöver att påverka kognitionen negativt även orsaka generell trötthet och muskelsvaghet, vilket ökar risken för fallolyckor. Antipsykotiska läkemedel, som är väl motiverade för den mindre grupp som lider av psykoser, används ofta felaktigt i lugnande syfte vid BPSD, vilket är bekymmersamt med tanke på allvarliga biverkningar. Utöver kognitiv påverkan finns risk för sedation, extrapyramidala biverkningar samt stroke och överdödlighet vid irrationell användning av antipsykotika.<sup>9</sup>

Hur kan man då komma tillrätta med problemet med överanvändning av riskabla läkemedel?

En del av överanvändningen bottenar troligen i underbemanning och avsaknad av kontinuitet. Till exempel är icke-farmakologisk behandling av BPSD, i form av bemötande-baserade omvårdnadsåtgärder och adekvat stimulans, effektiv men tidskrävande och det är då lätt att ta till lugnande



”*Personalberoende insatser kräver förståelse högre bemanning och det är lätt att förstå den frustration som uppstår när tiden inte räcker till för agerande enligt individuell bemötandeplan.*

läkemedel istället. Personalberoende insatser kräver förståelse högre bemanning och det är lätt att förstå den frustration som uppstår när tiden inte räcker till för agerande enligt individuell bemötandeplan. Men ibland finns det också en alltför hög tilltro till att läkemedel ska lösa allt, både bland omvårdnadspersonal och läkare. Det behövs därför återkommande utbildningsinsatser för olika professioner kring rationell läkemedelsanvändning till biologiskt åldrade personer. När det gäller BPSD är det viktigt med en adekvat basbehandling med kolinesterashämmare för de tillstånd där detta är indicerat. Somatiskt utlösande faktorer till psykiska symptom bör också beaktas och hanteras.

Regelbundna läkemedelsgenomgångar, gärna tillsammans med farmaceuter – något som redan görs på många håll – har visat sig kunna minska irrationell användning av läkemedel



*”Det är också viktigt att påminna sig om behovet av att se över andra läkemedel som inte har någon direkt kognitiv påverkan, men som kan ha det indirekt.*

till äldre.<sup>10</sup> Datorstöd som varnar förskrivare för olämpliga läkemedelsval vid hög ålder respektive vid demensdiagnos, samt mer tid för läkare som ansvarar för särskilda boenden kan vara andra vägar för att minska förskrivningen av läkemedel med kognitiv påverkan till sårbara individer.

Det är också viktigt att påminna sig om behovet av att se över andra läkemedel som inte har någon direkt kognitiv påverkan, men som kan ha det indirekt. Exempelvis kan blodtrycksmedicin behöva justeras med tiden för att blodtrycket inte ska sjunka alltför lågt, med dålig cerebral perfusion och sekundär kognitiv påverkan som följd. Det är emellertid lätt att det glöms bort för individer med kognitiv svikt.

Bland studiens begränsningar ska nämnas att det inte gick att utläsa från läkemedelslistorna huruvida behandlingen var temporär eller långvarig, ej heller om någon utvärdering var planerad eller om nedtrappning var pågående. Så kallad antikolinerg börda beräknades inte, då det ännu inte finns en validerad skala för svenska förhållanden.

## SLUTSATS

Behandling med minst ett läkemedel som kan orsaka kognitiva störningar var under studieperioden vanligt förekommande på demensboenden i Malmö. Andra behandlingsmetoder än farmakologiska bör alltid övervägas och provas i första hand.

## REFERENSER

1. Kristenson J, Zahirovic I, Londos E, Modig S. Medications causing potential cognitive impairment are common in nursing home dementia units - a cross-sectional study. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy* 2021; 3:100054.

## Sammanfattning av budskap:

- Läkemedel med potentiell kognitiv påverkan bör i möjligaste mån undvikas till sårbara individen med demenssjukdom
- Bemötandeariktade åtgärder är oftast mer effektiva mot BPSD än farmakologiska
- Antipsykotiska läkemedel har dålig effekt mot BPSD men innebär hög risk för allvarliga biverkningar
- Antikolinerga läkemedel är extra riskabla för individer med Alzheimers sjukdom, Lewykroppsdemens eller Parkinsonsdemens
- Bensodiazepinanvändningen var orimligt hög på Malmös demensavdelningar

2. Zahirovic I. Doktorsavhandling, 2019. Recognition of dementia with Lewy bodies. Prevalence of core signs, medical treatments and survival in Swedish nursing homes and short-term homes.

3. Socialstyrelsen. God läkemedelsterapi hos äldre. 2017-6-7.

4. By the American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria(R) for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019; 67(4):674-694.

5. Hilmer SN, Mager DE, Simonsick EM, Cao Y, Ling SM, Windham BG, et al. A drug burden index to define the functional burden of medications in older people. *Arch Intern Med* 2007; 167(8):781-787.

6. McKeith I, Del Ser T, Spano P, Emre M, Wesnes K, Anand R, et al. Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study. *Lancet* 2000; 356(9247):2031-2036.

7. Lopez-Alvarez J, Sevilla-Llewellyn-Jones J, Aguera-Ortiz L. Anticholinergic Drugs in Geriatric Psychopharmacology. *Front Neurosci* 2019; 13:1309.

8. Harrison SL, Kouladjian O'Donnell L, Bradley CE, Milte R, Dyer SM, Gnanamanickam ES, et al. Associations between the Drug Burden Index, Potentially Inappropriate Medications and Quality of Life in Residential Aged Care. *Drugs Aging* 2018; 35(1):83-91.

9. Ballard C, Howard R. Neuroleptic drugs in dementia: benefits and harm. *Nat Rev Neurosci* 2006; 7(6):492-500.

10. Lenander C, Midlov P, Viberg N, Chalmers J, Rogers K, Bondesson A. Use of Antipsychotic Drugs by Elderly Primary Care Patients and the Effects of Medication Reviews: A Cross-Sectional Study in Sweden. *Drugs Real World Outcomes* 2017; 4(3):159-165.



**SARA MODIG**  
Distriktsläkare VC Tåbelund Eslöv,  
Docent i allmänmedicin, IKVM, Lunds universitet,  
Äldregeneral, Läkemedelsrådet, Region Skåne  
sara.modig@med.lu.se



