

Indikator

Andelen (procent) personer som använder

- Nortriptylin eller gabapentin, av alla som behandlas med läkemedel mot perifer neuropatisk smärta.

Standard

Andelen (procent personer) ska vara så hög som möjligt

2.9 Demenssjukdom

Källor: [51-55, 109-115]

Rationell läkemedelsanvändning vid demenssjukdom

Acetylkolinesterashämmare är indicerade för behandling av mild till måttligt svår Alzheimers sjukdom. De påverkar inte själva sjukdomsförloppet utan har endast symtomatisk effekt. Samtliga tre preparat (donepezil, rivastigmin och galantamin) har i läkemedelsprövningar visat blygsam effekt på kognition, men det bör betonas att de kan ha vissa gynnsamma effekter vid BPSD (se nedan). Eftersom responsfrekvensen vid mätning med konventionella kognitiva skattningsskalor är låg, bör man noga utvärdera effekten av behandlingen, vilket bör ske tidigast efter sex månader. Det är viktigt att därvid också kliniskt bedöma kontaktbarhet, initiativförmåga och stresstolerans, vilka emellanåt visar påtagliga förbättringar som är svårfångade i konventionella kognitiva tester. Vid utebliven eller osäker effekt efter denna behandlingstid bör utsättning av preparatet övervägas. Om utsättningsförsök görs bör en kontroll ske efter 3-4 veckor, varvid man vid en påtaglig försämring bör återinsätta preparatet om ingen medicinsk kontraindikation föreligger.

Memantin kan bidra till att minska de kognitiva symtomen och att upprätthålla den globala funktionsförmågan (allmäntillstånd, beteende, kognition och ADL-förmåga) hos personer med måttlig till svår Alzheimers sjukdom. Effekterna utvärderas som beskrivs ovan.

Begreppet BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia; Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom) har myntats som ett samlingsnamn för ett antal vanliga, icke-kognitiva symtom vid demenssjukdom såsom beteendesymtom (vandring, rop, aggressivitet o.d), ångest/oro, psykotiska symtom (hallucinationer, vanföreställningar o.d.), depression och apati. BPSD beror på en rad patofysiologiska mekanismer. De kan vara utlösta av hjärnskada (t.ex. en del skador i frontalloben) men också vara en följd av störningar i neurotransmittersystemen. Självfallet kan andra kroppsliga lidanden också medverka till dessa symtom, exempelvis smärta. Vidare måste man beakta personrelaterade mekanismer i form av psykologiska reaktioner, t.ex. vid en del fall av aggressivitet och negativism. Vidare kan en del av BPSD-problematiken ha sin grund i samspelet med omgivningen, exempelvis mellan den enskilde vårdaren och patienten. Miljöfaktorer och vårdorganisation kan också ibland vara avgörande för BPSD.

Det är av största vikt att i varje enskilt fall analysera patientens symtomkonstellation för att kunna optimera behandlingen. BPSD-begreppet som sådant är alltför heterogent för att låta sig behandlas som en enhet. Det krävs alltid noggrann diagnostik som underlag för intervention vid BPSD. Vissa tillstånd, som paranoida psykotiska symtom, kräver i första hand farmakologisk intervention tidigt i förloppet, medan person- och socialt relaterade tillstånd primärt kräver andra typer av intervention.

De initiala interventionerna vid BPSD bör vara av icke-farmakologisk art. Man ska alltså primärt överväga omvårdnadsåtgärder inkl. mat och dryck. Det är också viktigt att utreda orsaken till symtomen, i synnerhet klarlägga om de kan ha en somatisk orsak: exempelvis smärta, förstoppning, hjärtkärlsjukdom eller intorkning, eller bero på läkemedelsbiverkan. Generell seder-ning med läkemedel har en mycket liten plats i behandlingen av BPSD och bör betraktas som en nödåtgärd i avvaktan på att specifika interventioner hinner verka.

Till de symtom där läkemedelsbehandling kan vara förstahandsmedlet hör de vid vilka organiska mekanismer verifierats och bedömts vara dominerande. Dit hör främst psykotiska tillstånd som hallucinos och svår aggressivitet samt vissa depressioner. Vidare ingår vissa former av ångesttillstånd, främst de av panikångestkaraktär, och sannolikt också flertalet dygnsrytmrubbningar.

Vid psykotiska symtom är antipsykotiska läkemedel indicerade. Risperidon i dygnsdoser upp till 1,5 mg, har visats ge en rimlig proportion mellan effekt och biverkningar. Haloperidol kan betraktas som andrahandsalternativ.

Antipsykotiska medel är starkt förknippade med biverkningar av olika slag: extrapyramidala symtom (parkinsonism, akatisi, tardiv dyskinesi); kognitiva störningar; sedation och ortostatism. De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner. Slutligen har man visat en ökad risk för cerebrovasculära händelser och förtida död hos äldre personer med demenssjukdom.

På grund av den höga risken för biverkningar och den oftast blygsamma eller obefintliga effekten vid beteendesyntom, bör antipsykotiska läkemedel inte användas för att behandla sådana tillstånd. Ett undantag är svår aggressivitet som inte kan bemästras genom andra åtgärder (se nedan).

Om behandling med antipsykotiska läkemedel anses nödvändig bör en kort behandlingstid planeras, med utvärdering av effekt och eventuella bief-fekter inom två veckor. Ställningstagande till utsättning/dosminskning ska göras regelbundet.

Vid svårbemästrade tillstånd av bristande impuls kontroll eller aggressivitet kan man i första hand pröva ett SSRI-preparat och i andra hand memantin. Som tredje alternativ kan antipsykotiska läkemedel prövas enligt ovan.

Vid ångest bör man i första hand överväga om den kan vara ett delsymtom till depression, som i så fall i första hand ska behandlas med antidepressiva medel (se nedan).

Depression behandlas i första hand med SSRI, i andra hand med mirtazapin eller SNRI, t.ex. venlafaxin (se vidare under avsnittet om depression nedan).

Det finns få studier som ger god vägledning för val av läkemedel vid sviktande dygnsrytm. I praktiken har därför konventionella sömnmedel en given plats. Vid sömnstörningar vid demenssjukdom bör man i första hand

pröva zopiklon, som har en relativt kort halveringstid (se vidare under avsnittet om sömnstörning nedan). Observera dock att sömnstörningen kan vara en del av symtom vid en depression. I så fall kan mirtazapin vara ett alternativ.

Man har i studier på senare tid noterat en lägre förekomst av BPSD vid långtidsbehandling med acetylkolinesterashämmare. Detta är ett observation, särskilt om man överväger att avsluta behandlingen med dessa läkemedel. Det finns också studier som har visat symptomatisk effekt av acetylkolinesterashämmare vid svår kognitiv svikt, varför graden av kognitiv störning i sig inte är en utsättningsindikation för dessa läkemedel.

Irrationell läkemedelsanvändning vid demenssjukdom

Behandling med acetylkolinesterashämmare eller memantin, trots att ingen effekt har kunnat påvisas vid utvärderingen (tidigast efter sex månader, se ovan).

Olämplig/riskfylld läkemedelsanvändning vid demenssjukdom

Läkemedel med betydande antikolinerga effekter (se bilaga 1) ska undvikas vid behandling av patienter med påverkan/skador i hjärnans kolinerga system, vilket är relativt vanligt bland äldre i allmänhet och äldre med demens i synnerhet. Vid demenssjukdomarna utlöser dessa preparat lätt konfusionella tillstånd. Vid behandling med acetylkolinesterashämmare motverkar dessutom antikolinerga läkemedel effekten av dessa preparat.

Generell sedering med lugnande medel eller sömnmedel är mycket sällan indicerad vid demenssjukdom. Lugnande medel och sömnmedel med lång duration (diazepam, nitrazepam och flunitrazepam) ska undvikas. Risken för biverkningar såsom dagtrötthet, kognitiva störningar, balansstörning, muskelsvaghet och fall är betydande.

Sammanfattning, demenssjukdom

Rationell behandling	<p>Symtomatisk behandling av kognitiv svikt och vissa BPSD-symtom:</p> <p>Acetylkolinesterashämmare: <i>donepezil, rivastigmin eller galantamin</i> Används vid mild till måttlig demens av Alzheimerstyp. Effekten bör noggrant utvärderas (se ovan)</p> <p>Memantin: vid måttlig till svår demens av Alzheimerstyp. Effekten bör noggrant utvärderas (se ovan)</p> <p>Behandling av BPSD:</p> <p>Vid BPSD, framför allt beteendesyntom, bör man alltid först tillämpa icke-farmakologisk behandling (se ovan).</p> <p>Aggressivitet</p> <ul style="list-style-type: none"> • SSRI i första hand, vid tecken till bristande emotionell kontroll • Memantin
-----------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Risperidon, i andra hand haloperidol. Dock med restriktivitet. Ej vid Lewy Body demens. <p>Psykos (hallucinationer, paranoida vanföreställningar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risperidon alt. haloperidol Dock med restriktivitet. Ej vid Lewy Body-demens. <p>Ångest</p> <ul style="list-style-type: none"> • SSRI vid samtidig depression, eller vid panikångest • Oxazepam: När organiska förändringar är bakomliggande orsak. Endast vid behov och/eller i korttidsterapi. • Klometiazol tillfälligt, i särskilt boende eller på sjukhus, vid nattliga attacker av ångest/oro. <p>Depression (se vidare under avsnittet om depression nedan)</p> <ul style="list-style-type: none"> • SSRI • Mirtazapin • SNRI, t.ex. venlafaxin <p>Sömnstörningar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zopiklon • Oxazepam • Klometiazol tillfälligt, i särskilt boende eller på sjukhus, vid nattliga attacker av ångest/oro.
Irrationell behandling	Behandling med acetylkolinesterashämmare eller mementin, trots att ingen gynnsam effekt har kunnat påvisas vid utvärderingen (tidigast efter 6 mån, se ovan).
Olämplig/riskfylld behandling	<p>Läkemedel med betydande antikolinerga effekter: (se bilaga 1)</p> <p>Generell sedering med lugnande medel och sömnmedel</p> <p>Lugnande medel och sömnmedel med lång halveringstid (diazepam, nitrazepam och flunitrazepam)</p> <p>Antipsykotiska läkemedel, på andra indikationer än psykotiska symtom eller svår aggressivitet</p> <p>Antipsykotiska läkemedel vid Lewy body-demens.</p>

Indikator

Andelen (procent) personer som använder

- Acetylkolinesterashämmare eller memantin, trots att ingen gynnsam effekt har kunnat påvisas vid utvärderingen (tidigast efter 6 mån, se ovan), av alla med demensdiagnos.
- Läkemedel med betydande antikolinerga effekter, av alla med demensdiagnos.
- Generell sedering med lugnande medel eller sömnmedel, av alla med demensdiagnos.
- Lugnande medel eller sömnmedel med lång halveringstid (diazepam, nitrazepam och flunitrazepam), av alla med demensdiagnos.
- Antipsykotiska läkemedel på andra indikationer än psykotiska symtom eller svår aggressivitet, av alla med demensdiagnos.

Standard

Andelen (procent personer) ska vara så låg som möjligt

2.10 Depression

Källor: [52, 55, 58, 59, 116, 117]

Rationell läkemedelsanvändning vid depression

SSRI utgör förstahandsval vid läkemedelsbehandling av depression hos äldre. Mirtazapin eller venlafaxin är andrahandsalternativ. I vissa fall kan behandling med mirtazapin ges som tillägg till SSRI. Vid bipolär sjukdom kan litium användas, liksom quetiapin.

Antidepressiv medicinering ska alltid utvärderas avseende effekt och biverkningar.

Irrationell läkemedelsanvändning vid depression

Behandling med lugnande medel/sömnmedel utan att patienten ordinerats antidepressiv behandling. Förekommer ibland, då man uppmärksammar och behandlar ett depressionssymtom (sömnsvårigheter, oro, ångest) men inte identifierar den bakomliggande depressionen.