

Bruk av antipsykotika, antidepressiva og beroligende medikamenter hos personer med demens

Overlege Terje Johannessen
NLSH – Alderspsykiatrisk enhet

Helsedir: Nasjonal faglig retningslinje om demens, utgitt 18.08.2017

- Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, såkalt APSD.
- APSD er vanlig ved demens, og omfatter mange ulike symptomer, ulike årsaker og derfor ulik behandlingstilnærming.
- Som hovedregel skal miljømessige og psykososiale tiltak være første behandlingsalternativ.
- Det bør alltid vurderes om pasientens symptomer kan skyldes legemiddelbivirkninger. Viktig å få ned total antikolinerg belastning / trykk på legemiddellister, samt god kontroll / oppfølging av nødvendig legemiddelbehandling.

4 hovedtyper APSD

- Atferdssymptomer, slik som aggresjon, agitasjon / uro, manglende hemning, irritabilitet og repetitiv atferd.
- Psykotiske symptomer, slik som hallusinasjoner og vrangforestillinger.
- Affektive symptomer som depresjon, angst oppstemthet og apati.
- Symptomer som gir endringer i appetitt og søvn.

Ved legemiddelbehandling mot APSD skal det utarbeids behandlingsplan

- Evalueres regelmessig.

Elementer i en slik individuell plan for legemiddelbehandlingen

Kan være f.eks:

- Definisjon av målsymptomer.
- Relevante opplysninger om valgte legemiddel, dosering og adm. måte.
- Definert opptrappingsplan.
- Avtalt tidspkt. for effekt og bivirkningskontroll.
- Varighet av behandling, avklare tidspunkt og plan for prøvesponering.
- Avgjøre hvilken evaluering som skal gjøres, f.eks bivirkninger, etterlevelse, effekt, videre behandling, blodprøver / andre us m.m.
- Andre relevante behandlingstiltak (andre legemidler, miljømessige og psykososiale tiltak), samt vurdere legemiddelgjennomgang.

Legemidler mot psykotiske symptomer, aggresjon og / eller agitasjon v/ demens

- Svak anbefaling.
- Generelt gjelder at behandling med antipsykotika er vist å ha effekt, men effekten er beskjeden og assosiert med bivirkninger, potensielt svært alvorlige.
- Prøveseponeer senest etter 6 til 12 uker, lave doser, og avvent flere dager på effekt (som kommer etter en viss tid).

Agitasjon

- Et vidt begrep som omfatter både aggressiv og ikke-aggressiv atferd.
- Agitasjon som framstår som formålsløs verbal aktivitet og / eller motorisk uro, og som er av ikke-aggressiv karakter, foreslås som hovedregel ikke behandlet med legemidler.

Pas. m/ mild kognitiv svikt m/ psykotiske symptomer, aggresjon og / eller agitasjon

- Se Helsedir: "Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse (IS-1957).
- Lavere doser, avvent effekt p.g.a evt høy alder og / eller skrøpeligheit.

Pas. m/ Alzheimer's demens, vaskulær demens eller blandet

- Atypisk antipsykotika der pas. oppfattes å ha et betydelig lidelsestrykk /aggressivitets nivå, eller til å være til fare for seg selv.
- Det foreslås Risperidon som førstevalg (godkj. m /indikasjon), mens Aripiprazol (utenfor godkj. indikasjon) eller Olanzapin (utenfor godkj. indikasjon) foreslås som andrevalg.
- Lave doser, avvent effekt.

Pas. m/ demens m/ lewylegemer eller demens v/ parkinson sykdom

- Antipsykotika bør ikke tilbys, tåler svært dårlig.
- Dosereduksjon av antiparkinson-legemidlet bør først vurderes.
- Klozapin (utenfor godkj. indikasjon) i meget lave doser kan unntaksvis vurderes ved alvorlig lidelsestrykk / aggressivitetsnivå, eller der pas. er til fare for seg selv.
- Slik behandling gjøres i samarbeid med spes. helsetjenesten.

Pas. m/ frontotemporal demens eller andre sjeldne typer demens sykdommer

- Ikke bruk av antipsykotika p.g.a ekstra sensitive for bivirkninger, spes. ekstrapyramidale.

Generelt gjelder:

- De aktuelle anbefalinger på legemiddelbruk ved psykotiske symptomer og aggresjon er generelle (kunnskapsgrunnlaget er på gruppenivå). Behandlende lege må i hvert enkelt tilfelle basere sine avgjørelser om legemiddelbruk på en klinisk helhetlig vurdering av den enkelte pasient, inkl komorbiditet.
- Risiko for alvorlige bivirkninger øker bl.a med dose, interaksjoner, høy alder, vaskulære risikofaktorer og behandlingstid (under 3 måneder).
- Legemiddelbehandlingen skal i utgangspunktet skje ved pasienten's samtykke. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, og trenger behandling med antipsykotika, hva da ?

Pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A

- Kapitlet kommer til anvendelse når helsepersonell yter helsehjelp til pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse, jfr. Kap. 4, og som motsetter seg helsehjelpen.
- Undersøkelser og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke kan likevel bare skje med hjemmel i lov 2. juli 1999, nr 62 om psykisk helsevern.
 - Dette betyr at f.eks pasienter med demens-sykdom med atferdsforstyrrelse og psykologiske symptomer (APSD), som er innlagt på sykehjem eller sykehus, med behov for psykofarmaka, kan ikke tvangsbehandles med bakgrunn i kapittel 4A. Det må opprettes tvang i hht. lov om psykisk helsevern.

Forskningsartikkel Knut Engedal et al

- "Depression in Alzheimer's disease: Specificity of depressive symptoms using three different clinical criteria"
- Publisert: International journal of Geriatric Psychiatry 2011;26: 944-951.

Den forteller bl.a:

ICD-10 diagnose-system

- Pasienter med Alzheimer's type demens har de samme typiske symptomer på depresjon, eller oppfyller de samme kriterier for diagnosen depresjon, som pasienter som ikke har Alzheimer's demens.
- Dette betyr at alle pasienter som viser vanlige tegn på depressive plager, kan lide av sykdommen depresjon.

Bruk av antidepressiva for depresjon ved demens-sykdom

- Større fersk metastudie:

Dudas R, Malouf R, McCleery J, Denning T.
Antidepressants for treating depression in dementia.
 Cochrane Database of Systematic Reviews 2018.

Konklusjon:

Ingen gode holdpunkter for behandling med antidepressiva over 12 uker. Man ser dessverre lite eller ingen effekt på depresjons-score, heller ikke bedring av funksjon og / eller kognisjon.

Depresjon ved mild kognitiv svikt eller demens-sykdom

- Førstevalg: Miljømessige, psykososiale og /eller psykoterapeutiske tiltak.
- Antidepressiv behandling med SSRI-legemiddel tilbys som tilleggsbehandling ved behov, men først når tilrettelagte miljømessige, psykososiale og / eller psykoterapeutiske tiltak har vært forsøkt uten å ha oppnådd ønsket effekt.
- Det er ikke funnet relevant forskningsgrunnlag for å anbefale SNRI-legemiddel.

Bensodiazepiner

- Personer med demens bør ikke tilbys bensodiazepiner og / eller z-hypnotika mot søvnvansker eller annet.
- Risiko for bivirkninger og avhengighet.
- Ikke funnet relevant forskningsgrunnlag for effekt på søvnvansker.