

Dokumenttyp Terapirekommendation	Ansvarig verksamhet Läkemedelskommittén	Version 1	Antal sidor 15
Dokumentägare Madelene Johanson Specialistläkare, ordförande terapigrupp demens	Fastställare Tobias Kjellberg Hälso- och sjukvårdschef	Giltig fr.o.m. 2018-04-19	Giltig t.o.m. 2019-08-16

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

Gäller för: Hälso- och sjukvård

Innehållsförteckning

1. Syfte och behov	2
2. Definitioner och terminologi	2
3. Bakgrund	2
3.1 Population och hälsoekonomi	2
3.2 Medicinska problem	3
3.3 Vårdsnivå	3
4. Rekommendationer	3
4.1 Kliniska mål	3
4.2 Grundprinciper vid övervägande av läkemedelsbehandling mot BPSD	3
4.3 Terapi och uppföljning	4
4.3.1 Utvärdering och uppföljning av terapi	4
5. Ansvar och kontaktpersoner	8
6. Underlag	9
6.1 Basreferenser	9
6.2 Sammanfattning av basreferenser	9
7. Webbadresser	10
8. Referenslista (basreferenser)	10
9. Bilagor	12
9.1 Doseringsråd	12
9.2 Skattnings skala, agitation	13
9.3 Information från Läkemedelsverket 5:2008: Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteende-mässiga och Psykiska symptom vid Demenssjukdom – BPSD	14
9.4 Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010: Rekommendationer vid beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD)	14

1. Syfte och behov

Terapirekommendationen syftar till att underlätta rationell användning av läkemedel mot beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). De kompletterar riktlinjer från Läkemedelskommittén i Värmland för läkemedelsbehandling av demens vid Alzheimers sjukdom.

2. Definitioner och terminologi

Demens är en symtomdiagnos och innebär en förvärvad, långvarig (minst sex månader) nedgång i en vuxen persons intellektuella funktioner. Minnesstörning är kardinalsymtom men för demensdiagnos ska även andra kognitiva nedsättningar kunna påvisas. Vanligast är nedgång i språkliga funktioner, visuell uppfattningsförmåga, rumsorientering och praktiska färdigheter.

Personlighetsförändring är vanlig. Demens innebär vidare att symtomen är så uttalade att de har lett till nedsatt förmåga för personen att genomföra basala vardagliga aktiviteter (P-ADL) eller att bemästra mer komplexa aktiviteter i hemmet och/eller på arbetet (I-ADL). Det kan till exempel gälla att hantera sin ekonomi eller att sköta vanligt förekommande apparatur.

BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia) är ett begrepp som lanserats av IPA (International Psychogeriatric Association) och är sedan många år internationellt vedertaget som en övergripande benämning för olika beteendemässiga och psykiska symtom som är vanligt associerade till demenssjukdomar i dess olika stadier, se under 3.3.

Konfusion (förvirringstillstånd) innebär akut/subakut, oftast fluktuerande, komplex beteendemässig och psykiatrisk symptomatologi på grund av cerebral insufficiens, som kan ha en mängd orsaker. Syndromet kännetecknas av splittrat tankeflöde, grumlat medvetande, störning av dygnsrytmen samt varierande grad av oförmåga till adekvat kommunikation och aktivitet. Psykomotorisk hyperaktivitet är vanligast, men hypoaktiva former förekommer. Konfusion kan vara en BPSD-manifestation men förekommer också utan underliggande demenssjukdom.

Det finns mer att läsa om demens, BPSD och konfusion på www.liv.se/demens.

3. Bakgrund

3.1 Population och hälsoekonomi

Det beräknas att 160 000 svenskar (motsvarande 4 500 värmlänningar) har någon form av demenssjukdom, varav ungefär hälften befinner sig i ett mildt – medelsvårt demensstadium och hälften i ett stadium av svår demens. Komplicerande BPSD är vanligt förekommande och kan uppstå under hela förloppet av en demenssjukdom, men vilka symtom som dominerar varierar beroende på demensgrad, se under 3.3. De vanligaste demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens och blandform av dessa. Frontotemporal demens, demens vid Parkinsons sjukdom och Lewybody-demens är mindre vanliga men ger i stort sett alltid upphov till BPSD av något slag.

Eftersom demenssjukdomarna är starkt åldersrelaterade och prevalensen av demens i åldersgruppen 80-90 år är så hög som 20 %, kan man utgå ifrån att en stor del av de psykofarmaka som förskrivs i denna åldersgrupp avser behandling av BPSD. Det är svårt att finna några säkra siffror angående detta. Man kan dock säga att själva läkemedelskostnaden är närmast försumbar i relation till den totala kostnaden för demensvården, uppskattad till drygt 1 miljard kr/år i Värmland.

En ekonomisk faktor av intresse att belysa närmare är de stora vårdkostnader som orsakas av olämplig läkemedelsbehandling av äldre, men en stor andel av vårdtillfällen hos äldre har tidigare visats bero på detta. Sådan kan leda till biverkningar på grund av läkemedelsinteraktioner/polyfarmaci, felaktig dosering och otillräckligt beaktande av risker. Ett viktigt exempel är risken för fallskador i samband med läkemedel som nedsätter uppmärksamhet och postural stabilitet.

3.2 Medicinska problem

Det är få läkemedel som är godkända att användas specifikt på indikationen BPSD. Detta har delvis metodologisk bakgrund. På grund av symtomens natur är det etiskt och omvårdnadsmässigt svårt att genomföra randomiserade, placebokontrollerade behandlingsstudier. Terapirekommendationen bygger därför till stor del på beprövad erfarenhet, ”good clinical practice”, av behandling med läkemedel som visat sig lämpade för eller som är godkända för behandling av olika delsymtom som inryms i BPSD-begreppet (exempelvis depression, sömnstörning). I dessa riktlinjer har därför stor vikt lagts vid att tydligt formulera både lämpliga användningsområden för och risker med de olika preparaten samt att detaljerat beskriva tillämpliga dosintervall. Dessutom betonas särskilt ansvaret för utvärdering av insatt behandling och utsättande av läkemedel som inte givit förväntad effekt eller givit oacceptabla biverkningar.

3.3 Vårdnivå

Mild demensgrad: Patienterna klarar i princip ett självständigt liv trots kognitiva funktionshinder men är i visst behov av stöd och anpassningsåtgärder, framför allt för att kompensera ett sviktande minne samt motverka försvagad självkänsla och risk för social isolering. Patienterna klarar som regel över 20 poäng MMSE-SR (Mini Mental State Examination, svensk reviderad version). Det är lätt att förstå dessa patienters benägenhet för i första hand BPSD-manifestationer i form av ångestreaktioner, sömnstörning och depression. Vaskulär demensorsak/vaskulärt inslag ökar risken för affektiva symtom.

Måttlig demensgrad: Innebär i praktiken att patienterna klarar att vistas i ordinärt boende med stödinsatser och presterar vanligen 10–20 poäng på MMSE-SR. Vid Alzheimers sjukdom är det vanligt att den medelsvåra fasen av sjukdomsförloppet accelererar och kompliceras av BPSD, vilket oftast är orsaken till att omvårdnadssituationen i hemmet sviktar och särskilt boende måste övervägas. Vanligt är vanföreställningssyndrom, inte sällan med paranoid prägel och svartsjukeinslag samt hallucinatoriska upplevelser. Det sistnämnda är särskilt frekvent i samband med Parkinsondemens och Lewybody-demens.

Svår demensgrad: Denna patientgrupp har mer avancerade kognitiva funktionshinder, stort behov av bistånd och oftast även av särskilt boende för demensvård. Prestationen på MMSE-SR är under 10 poäng. Bland BPSD som vanligtvis uppträder i denna sjukdomsfas kan nämnas olika former av problematiskt beteende (vandring, rop eller annan störande repetitiv aktivitet, hamstrande, agitation/aggressivitet, ohämmade sexuella uttryck mm). **För dessa patienter är betydelsen av trygghet och säkerhet i omvårdnadsmiljön och bemötandet avgörande för i vilken omfattning BPSD-problematik uppstår och huruvida denna kan hanteras med ett minimum av läkemedelsbehandling!**

4. Rekommendationer

4.1 Kliniska mål

De övergripande målen för behandlingen är att ge patienten nödvändig symtomlindring, minska belastningen för anhöriga/vårdare/medboende samt fördröja behovet av flyttning till särskilt vårdboende.

4.2 Grundprinciper vid övervägande av läkemedelsbehandling mot BPSD

Läkemedelsbehandlingen är ett *komplement* till adekvata omvårdnadsåtgärder. Trygghetsskapande närvaro av en vårdare kan vara avgörande för symtomkontroll.

Medicinskt bör den primära åtgärden vara att identifiera och åtgärda möjliga utlösande somatiska faktorer (t.ex. smärta, infektion, dyspné, obstipation, urinretention) eller läkemedelsbiverkningar. Att sätta ut olämpliga eller inaktuella läkemedel är ofta den mest adekvata farmakologiska interventionen. Polyfarmaci ska motarbetas.

Doseringen bör optimeras, lägsta effektiva dos ska användas, och utvärderas kontinuerligt. Sätt ut om ingen effekt uppnåts. Inför insättning och vid utvärdering rekommenderas att skattning görs enligt BPSD-registret.

Man bör undvika att välja preparat som farmakodynamiskt liknar något läkemedel som patienten redan behandlas med eller tidigare har erhållit med tveksam effekt eller med biverkningar (t.ex. SSRI, bensodiazepiner, lågdosneuroleptika, högdosneuroleptika). Kontraindikationer och interaktionsrisker ska kontrolleras innan ett nytt läkemedel ordineras.

4.3 Terapi och uppföljning

4.3.1 Utvärdering och uppföljning av terapin

Den läkare som insätter läkemedelsbehandling mot BPSD bör informera patientens närstående/vårdare och ansvarig sjuksköterska om vilka behandlingseffekter som eftersträvas och i vilket tidsperspektiv man kan förvänta sig att dessa visar sig. Detta minskar risken för orealistiska förväntningar på vad man kan uppnå med behandlingen. Dessutom bör de vanligaste och de mest fruktade biverkningarna av läkemedlet diskuteras, så att de vid uppkomst tidigt kan identifieras och återspeglaras.

Läkemedelsverket rekommenderar att en första utvärdering av effekt och eventuella biverkningar regelmässigt sker inom två veckor. En behandling som ger besvärande biverkningar eller som inte ger eftersträvat resultat inom rimlig tid, med adekvat dosering, ska omprövas! På särskilda boenden i kommunerna, där personer med komplicerade demenssjukdomar vårdas, är läkemedelsgenomgångar värdefulla för att kritiskt granska och ta ställning till ändamålsenligheten för ordinerade läkemedel. Vid sådana genomgångar kan läkare, apotekare, sjuksköterska och vårdpersonal närvara.

Vid utvärdering av såväl omvårdnadsåtgärder som läkemedelsbehandling vid BPSD kan man ha nytta av systematiserade observationer som dokumenteras med hjälp av skattningsskalor, exempelvis **NPI** (NeuroPsychiatric Inventory) och **CMAI** (Cohen Mansfield Agitation Inventory). NPI används i anslutning till Svenska BPSD-registret, www.bpsd.se och tar upp ett brett spektrum av BPSD-symtom. CMAI är särskilt lämpligt att använda på vårdavdelningar eller i särskilda boenden där personer vårdas, vars demenssjukdom komplicerats av svårbehandlad agitation/aggressivitet. CMAI finns som bilaga till terapirekommendationen (9.2).

Formuläret fylls i av patientansvarig sjuksköterska tillsammans med övrig vårdpersonal.

4.3.1.1 Depression

A. SSRI-preparat (selektiva serotoninåterupptagshämmare) är förstahandsval för behandling av depression i samband med demenssjukdom. **citalopram** och **sertralín** är välbeprövade läkemedel som ger liten risk för interaktion och biverkningar. Då citalopram inte bör kombineras med donepezil är sertralín att föredra när detta är aktuellt. De bör inte primärt ges till patienter med uttalad sömnstörning, ångest eller psykomotorisk uppvarvning/hotande mani. Otillräckligt uppmärksammade biverkningar är miktionspåverkan och ökad risk för magblödning, det sistnämnda speciellt i kombination med ASA/NSAID. I sällsynta fall kan SSRI ge hyponatremi, vilket är en underskattad riskfaktor för konfusion. Vid avtagande effekt av citaloprambehandling trots doshöjning, kan teoretiskt en receptorblockerande effekt av den inaktiva L-formen ligga bakom och det kan löna sig att pröva byte till **escitalopram**, vilket endast innehåller aktiv substans. SSRI-behandling vid depression associerad med demenssjukdom, är den enda läkemedelsbehandling vid BPSD som Socialstyrelsen ger hög prioritet (prio 3/10) i Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

B. Mirtazapín verkar via både serotonerg och noradrenerg stimulering. Preparatet har en ospecifik sederande effekt, särskilt vid låga doser, och kan vara ett alternativ för patienter vars depressiva symtom domineras av sömnstörning och morgonångest. Ibland får behandlingen avbrytas på grund av snabb viktuppgång eller bensvullnad.

C. SSRI + mirtazapin. Vid betydande men otillräcklig effekt av ett preparat kan kombinationsbehandling prövas. Upptitreringen av tilläggspreparatet måste ske varsamt och underhållsdosen ska vara lägre än vid singelbehandling, främst på grund av risk för serotonergt syndrom.

D. Venlafaxin verkar, liksom mirtazapin, både via serotonin och via noradrenalin, men har inte någon betydande sederande effekt. I likhet med SSRI-preparaten kan venlafaxin initialt ge accentuerade ångestbesvär, men på sikt leda till ökad resistens mot ångestreaktioner. Kombination med bensodiazepin kan därför behövas i början av behandlingen, men bör sedan omprövas. Vanliga bieffekter är diffusa gastrointestinala symtom, muntorrhet, huvudvärk och omslag till mani.

E. Överväg remiss till Psykiatrin. ECT är ett skonsamt och ofta effektivt behandlingsalternativ, men bör tillgripas i sista hand med tanke på risken för accentuerad minnesstörning. Vid svårbehandlad depression i samband med Parkinsons sjukdom kan ECT, vid sidan av den antidepressiva effekten, ge betydande förbättring och stabilisering av motoriska funktioner.

4.3.1.2 Sömnstörning

A. Zopiklon (Imovane) rekommenderas i första hand då det finns skäl till farmakologisk behandling av sömnsvårigheter i samband med demenssjukdom. Ibland kan preparatet ge en besk bismak, men detta är inget vanligt problem. Erfarenhetsmässigt ger zopiklon längre sömnperiod än zolpidem och risken för att utlösa konfusion torde vara mindre pga. mjukare insättande effekt.

B. Propiomazin (Propavan) kan vara ett alternativ till yngre om zopiklon har otillräcklig effekt eller inte tolereras. Behandlingen leder ofta till oönskad dagsedering (hangover). Vid långtidsbehandling kan extrapyramidala biverkningar uppträda. Vanligast är restless legs. Ett annat sedativum, hydroxizin (Atarax), används ofta vid nattlig oro på grund av klåda. Preparatet har ganska uttalad antikolinerg effekt, varför det är mera ändamålsenligt att välja ett modernt antihistaminpreparat, såsom cetirizin, och vid behov lägga till ett rekommenderat hypnotikum.

C. Oxazepam (Sobril) kan vara lämpligt att ordinera vid ångestbetingad sömnstörning. Behandlingstiden bör i princip vara begränsad på grund av toleransutveckling och risk för beroende. Bensodiazepiner med snabbt tillslag och/eller lång halveringstid såsom flunitrazepam/nitrazepam bör inte användas.

D. Klometiazol (Heminevrin) är oftast ett effektivt hypnotikum vid sömnstörning på grund av nattlig konfusion. Preparatet ger snabbt insättande effekt, vilket ökar risken för falltillbud. Läkemedlet bör intas i samband med sänggåendet och patienten ska ha betryggande tillsyn. Snabb toleransutveckling gör att intermitterent eller kortvarig behandling ger säkrast effekt. Användning av klometiazol som dagsedativum rekommenderas inte.

E. Levomepromazin (Nozinan) är ett typiskt högdosneuroleptikum. På grund av hög biverkningsrisk bör preparatet vara ett sistahandsval och reserveras för behandling av patienter med dramatisk och svårbemästrad nattlig agitation som inte svarat på annan farmakologisk behandling. Det är särskilt riskabelt att ge levomepromazin till patienter med tendens till hypotension, eftersom ortostatiskt blodtrycksfall är en frekvent biverkning. Den vanligaste bieffekten är annars hangover.

F. Klonazepam (Iktorivil) är en bensodiazepin med kraftiga muskelrelaxerande och antiepileptiska egenskaper. Det finns evidens för och klinisk erfarenhet av effekt mot den REM-sömnstörning (RBD = REM-sleep behavioural disorder) som är vanlig vid Parkinson- och Lewybody-demens. Typiska kännetecken är livliga drömmar som "levs ut" i form av häftiga kroppsrörelser och ibland rop, på grund av att den vanliga fysiologiska muskelrelaxationen under drömsöm är patologiskt störd. Melatonin (Circadin) kan vara ett behandlingsalternativ att pröva i särskilda fall. Detta preparat omfattas dock inte av läkemedelssubventionerna och riskerna vid kontinuerlig behandling är otillräckligt kända. Specialist i neurologi, geriatrik/internmedicin eller psykiatri bör ansvara för insättande och uppföljning av behandling mot REM-sömnstörning.

4.3.1.3 Ångest (innefattar beteendemanifestationer såsom vandrande och frekventa rop)

A. SSRI, t.ex. **citalopram**, eller **mirtazapin** är förstahandsval vid samtidiga depressiva symptom.

B. Bensodiazepinderivat kan användas i akuta situationer och med minne att det finns rapporterat viss risk för paradoxal agitation.

Oxazepam (Sobril) är en medellångverkande bensodiazepin med mjukt insättande effekt och måttlig muskelrelaxerande verkan. Andra bensodiazepiner är mindre lämpliga, främst av farmakokinetiska skäl.

Diazepam (Stesolid) rekommenderas endast för akut bruk. Tillslaget är snabbt, vilket ger risk för muskelsvaghet. Halveringstiden är lång, vilket kan leda till kumulation.

Alprazolam i depåform (Xanor Depot) kan vara ett alternativ för patienter med kronisk/generaliserad ångest med behov av kontinuerlig behandlingseffekt. Observera att preparatet har en mild antikolinerg effekt.

C. Risperidon är det läkemedel som i första hand rekommenderas vid ångest utlöst av psykos eller psykosnära upplevelser.

D. Kliniskt välbeprövade lågpotenta neuroleptika med ospecifikt lugnande effekt kan för vissa patienter vara väl fungerande alternativ, till exempel för att dämpa en uttalad oro under eftermiddag/kväll ("sun down-fenomen") och tillförsäkra patienten en lugn natt. Dessa läkemedel har inte dokumentation som uppfyller moderna krav och farmakodynamiken är ofullständigt kartlagd. Därför bör de inte användas rutinmässigt. Buronil kan vara att föredra framför hydroxizin (Atarax) och alimemazin (Theralen), vilka bör undvikas på grund av mera uttalad antikolinerg effekt, lång halveringstid och risk för översedering. Observera att Buronil saknar text på www.fass.se, men produktresumé finns på Läkemedelsverkets webbplats.

E. Morfinanalgetika kan prövas mot terapistånds ångest i terminalt stadium av en demenssjukdom, särskilt om en smärtkomponent misstänks bidra. Vid svårigheter med peroral tillförsel är det skonsammare för patienten med ett transdermalt tillfört läkemedel, såsom **buprenorfin** (Norspan) eller **fentanyl**, än med injektioner. Förebygg obstipation!

4.3.1.4. Agitation/Aggressivitet/Emotionell instabilitet

A. Citalopram ger oftast god antiaggressiv effekt, och denna kommer i regel betydligt snabbare än effekten vid behandling av depression, ibland redan inom några dagar efter behandlingsstart. SSRI ska inte ges vid uttalad psykomotorisk oro/manisk uppvarning. Vid problem med compliance kan löslig tablett **fluoxetin** vara ett alternativ. Långsam elimination minskar risken för att uteblivna doser leder till betydande minskning av effekten. Fluoxetin interagerar dock med många läkemedel.

B. Oxazepam (Sobril) kan dämpa agitation, framför allt om denna utlösts av ett underliggande ångesttillstånd. För akutbruk kan diazepam (Stesolid) användas, men ökad risk finns för paradoxala psykiska reaktioner och muskelsvaghet.

C. Memantin (Ebixa) är en glutamathämmare och har indikationen måttlig-svår demens vid Alzheimers sjukdom. Behandlingsstudier tyder på att preparatet, vid sidan av kognitiva effekter, kan vara verksamt vid BPSD för att dämpa framför allt agitation/aggressivitet. Om en patient under behandling med kolinesterashämmare försämras i sin kognition och drabbas av beteendeförändring med agitationsinslag, kan det vara rationellt att skifta behandling till memantin och utvärdera denna åtgärd, innan man överväger neuroleptikabehandling. Behandlingsförsök med memantin vid BPSD rankas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer högre (prio 6/10) än med antipsykosmedel (prio 7-9/10).

D. Risperidon har en dokumenterad antiaggressiv effekt vid behandling av patienter med BPSD. Preparatet är ett atypiskt neuroleptikum som effektmässigt kan anses motsvara haloperidol (Haldol), men som i ekvipotent dosering ger mindre risk för extrapyramidala biverkningar. Bör användas under en kort period och effekten utvärderas kontinuerligt. Om patienten primärt är Parkinsonistisk eller

har en demens av Lewybody-typ bör i stället **quetiapin** (Seroquel) väljas, om neuroleptikabehandling är indicerad.

E. Zyklopentixol (Cisordinol/Cisordinol Acutard) kan ges i en akut situation för att lugna en starkt agiterad patient. Preparatet är ett välbeprövat neuroleptikum som till sin karaktär intar en mellanställning mellan de traditionella låg- respektive högdospreparaten. Därmed uppnås en mera gynnsam balans mellan effekten och riskerna för extrapyramidala respektive autonoma biverkningar. Zyklopentixol är uttalat sederande och det är därför lämpligt att ge injektionen eller större delen av den perorala dosen till kvällen.

F. Antiepileptika ger genom kraftfulla, dämpande CNS-effekter risk för pseudodemens eller fördjupning av manifest demenssjukdom. Vissa läkemedel ur denna grupp används i begränsad omfattning inom psykiatri för emotionell stabilisering i samband med affektiv sjukdom. Vid agitation/aggressivitet som BPSD-manifestation finns evidens för effekt endast då det gäller karbamazepin (Tegretol). Karbamazepinbehandling leder dock ofta till dramatisk kognitiv försämring samt ger risk för ataxi redan i låga doser, varför preparatet bör undvikas. Socialstyrelsen anger i de nationella riktlinjerna att behandling med antiepileptika inte bör användas för behandling av BPSD. I mycket speciella fall kan beprövad klinisk erfarenhet rättfärdiga behandlingsförsök med gabapentin i försiktig dosering, särskilt för patienter med samtidig smärtproblematik. Behandlingen bör då initieras och utvärderas av specialist i geriatrik, neurologi eller psykiatri.

4.3.1.5 Hallucinos/Vanföreställningar

Allmänna kommentarer angående neuroleptikabehandling finns under föregående rubrik. Det bör tilläggas att det vid behandlingsstudier med atypiska neuroleptika finns visat viss ökad risk för cerebrovasculära händelser. Detta har lett till att Läkemedelsverket uttryckligen rekommenderat användning av dessa läkemedel på välgrundad indikation, under kortast rimliga tid och med lägsta effektiva dosering. Särskilt har framhållits att olanzapin (Zyprexa) inte har BPSD som godkänd indikation. Om detta läkemedel ändå anses nödvändigt att använda i detta sammanhang bör dygnsdosen inte överskrida 5 mg och lämpligtvis ges till natten. Somnolens och gånggrubbning är vanligt rapporterade biverkningar. Vid underliggande (psykotisk) depression är adekvat depressionsbehandling det primära.

A. Risperidon är förstahandsval på denna indikation.

B. Haloperidol (Haldol) kan väljas som potent alternativ vid akutbehandling, framför allt i parenteral form.

C. Rivastigmin (Exelon) har dokumenterad effekt på både kognitiva och icke- kognitiva symtom vid Parkinsondemens och vid Lewybody-demens. Vid dessa tillstånd är synhallucinos särskilt vanligt.

D. Quetiapin (Seroquel) väljs om manifesta extrapyramidala symtom föreligger med anledning av grundsjukdomen eller om det finns dokumenterat att patienten tidigare reagerat med extrapyramidala biverkningar mot andra neuroleptika i ordinära doser. Detta läkemedel är då förstahandsalternativ framför klozapin (Leponex) på grund av att risken för biverkningar är mycket lägre. Dessutom behövs inte några hematologiska kontroller. Innan man överväger antipsykotisk behandling till patienter med Parkinsons sjukdom ska det uteslutas att psykosymtomen beror på olämplig eller överdoserad Parkinsonterapi. Detta är viktigt, eftersom både quetiapin och klozapin vid sidan av den eftersträlvade antipsykotiska effekten är belastade med stor biverkningsrisk. Beträffande quetiapin rör det sig i första hand om ortostatisk hypotension, överdriven sedering och kognitiv försämring.

E. Zyklopentixol (Cisordinol/Cisordinol Acutard) är lämpligt för akutbruk, speciellt om patienten har en sömnstörning.

4.3.1.6 Konfusion

De primära åtgärderna bör vara att omvårdnadsmässigt ge patienten lugn och realitetsförankrande kontakt samt att identifiera och utesluta underliggande/utlösande tillstånd. Var god se kapitel 4.2 Grundprinciper vid övervägande av läkemedelsbehandling mot BPSD.

Beträffande läkemedel är det av största vikt att ta ställning till vilket eller vilka som kan ha bidragit till konfusionen och därför bör sättas ut. Symtomlindrande psykofarmakabehandling kan behövas, framför allt mot hyperaktivitet, agitation, sömnstörning och psykosinslag. Läkemedel med antikolinerg effekt ska helt undvikas. En förteckning över läkemedel som ger ökad risk för konfusion finns i dokumentet "Terapirekommendation Äldre och läkemedel", utgivet av Läkemedelskommittén i Värmland.

A. Haloperidol (Haldol) kan ges som droppar/oral lösning eller i dramatiska fall som

i.m. injektion. Ibland räcker en engångsdos för att patienten ska bli mer emotionellt tillgänglig, komma till ro och klarna till. Haldol bör endast ges under kort tid på grund av den stora risken för extrapyramidala långtidsbiverkningar (Parkinsonism, tardiv dyskinesi).

B. Oxazepam (Sobril) i försiktig dosering kan lindra ångest och sömnstörning vid konfusion.

C. Klometiazol (Heminevrin) till natten minskar risken för störd dygnsrytm men ökar fallrisken. Får inte ges utan betryggande tillsyn av patienten.

D. Degenerativa demenssjukdomar är starkt predisponerande för konfusionella reaktioner. Behandling med **kolinesterashämmare** (donepezil, galantamin, rivastigmin) kan höja konfusionströskeln vid Alzheimers sjukdom, men detta får ses som en förebyggande åtgärd. Patienter med Parkinsondemens eller Lewybody- demens kan ibland uppvisa minskad tendens till konfusion efter kort tids behandling med kolinesterashämmare. Rivastigmin är mest väldokumenterat i dessa fall.

4.3.1.7 Paratoni/Myoklonier

I strikt bemärkelse tillhör inte dessa symtom BPSD, men tas upp här därför att de är vanliga fenomen i samband med terminalt stadium av olika degenerativa demenssjukdomar. Paratoni innebär att patienten ofrivilligt spänner emot kraftigt då man rör vid en extremitet, vilket försvårar omvårdnaden och kan vara ansträngande både för patienten och för vårdaren. Myoklonier är intermittenta muskelryckningar, oftast i armarna men ibland även i ben, bål eller nacke. Dessa försvårar ändamålsenliga volontära rörelser och kan göra att patienten ofrivilligt stöter omkull det som finns inom räckhåll, hamnar i obekväma kroppsställningar eller får svårt att ta emot föda. Orsaken är bristande överordnad/kortikal kontroll över perifer neuromuskulär reflexaktivitet.

A. Klonazepam (Iktorivil) kan dämpa hyperreflexfenomen. Doseringen bör vara mycket försiktig, eftersom det annars finns risk för kraftig översedering och förslappad oral motorik med nutritionssvårigheter.

5. Ansvar och kontaktpersoner

Ansvarig för terapirekommendationen är Läkemedelskommittén Värmland. Dokumentansvarig och författare är Silvaläkare Madelene Johanzin, i samråd med övriga medlemmar i Utvecklings- och samverkansgruppen för demensfrågor (se www.liv.se/demens) och i samarbete med apotekare Linn Andersson, läkemedelsenheten, Landstinget i Värmland. Implementeringsansvariga är chefer för de verksamheter inom hälso- och sjukvården där patienter med komplicerade demenssjukdomar vårdas, dvs. i första hand allmänmedicin, internmedicin/geriatrik, neurologi och psykiatri samt kommunernas hemsjukvård och särskilda boenden för personer med demens.

6. Underlag

6.1 Basreferenser

I referenslistan (8.1-8.17) har de nationella myndighetsdokumenten (8.1-8.4) störst tyngd och därefter vetenskapligt granskade (referee eller motsvarande) översikter (ex. 8.6). Övriga referenser bidrar till vetenskapligt (ex. 8.11) eller på annat sätt relevant kunskapsunderlag (ex. 8.14) för terapirekommendationen. För utvidgade, aktuella referenser angående läkemedelsbehandling och icke-farmakologisk intervention vid BPSD, rekommenderas främst basreferenserna 8.1 och 8.3.

6.2 Sammanfattning av basreferenser

Det finns få evidensbaserade råd att förmedla då det gäller farmakologisk behandling av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Bakgrunden till detta nämns under 3.2. Nedan följer citat från basreferenserna (8.1-8.17). De valda avsnitten ger en aktuell, kliniskt vägledande sammanfattning av litteraturen på området.

Läkemedelsverket: Information Nr 5, 2008:15-47: Rekommendationer om Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom – BPSD. (ref 8.1)

”Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att de initiala interventionerna vid BPSD bör vara av icke-farmakologisk art. Generellt innebär det att de första åtgärderna bör omfatta en anpassning av omgivande miljö och bemötande. Därför är kunskaper om olika demensdiagnoser och deras uttryck samt kunskap om vikten av ett nyanserat och medmänskligt förhållningssätt grundläggande i vården av personer med demenssjukdom och BPSD.” För sammanfattande praktiska rekommendationer från Läkemedelsverket, se *bilaga 9.3*.

SBU: Rapport 172, 2006: Demenssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. Sammanfattning, sid 60-61: Behandling av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). (ref 8.3)

”Studier av beteendesymtom fokuserar främst på biologiska faktorer som orsak till de störande symtomen, men många symtom kan uppstå i en störd relation mellan personen med demens och omgivningen. Nedsatt kognitiv funktion ger oftast upphov till missuppfattning eller feltolkning från omgivningens sida. Därför är också kvalitetsaspekten i relationen mellan personen med demens och omgivningen väsentlig för bedömning och behandling av dessa symtom.”

”En signifikant men begränsad effekt på beteendesymtom vid lindrig demens uppnås vid användande av traditionella antipsykotiska läkemedel (Evidensstyrka 3). Vid behandling med haloperidol i doser om 1,5 mg och högre minskar beteendesymtom (Evidensstyrka 3). Måttligt höga och höga doser av haloperidol medför påverkan av motorisk förmåga (extrapyramidala bieffekter) (Evidensstyrka 2). Risperidon i doser på omkring 1 mg minskar beteendesymtom i liten men signifikant omfattning, med allmänt godtagbara bieffekter (Evidensstyrka 3). Olanzapin i doser på 5-10 mg minskar psykotiska symtom och beteendesymtom (Evidensstyrka 3).”

”Studier av behandling med selektiva serotoninupptagshämmare (SSRI) har visat positiva effekter vid lätt till måttligt svår depression vid demens (Evidensstyrka 3). Preparaten tolereras väl vid demens. Det saknas stöd för slutsatser om effekter av tricykliska antidepressiva läkemedel vid demens.”

Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010: Beteendemässiga och psykiska symtom samt konfusion vid demenssjukdom. (ref 8.4)

”Grunden för behandlingen är en personcentrerad omvårdnad, en översyn av den fysiska miljön och en medicinsk utredning inkluderande läkemedelsgenomgång och utsättning av läkemedel med ogynnsam effekt. Om personen med demenssjukdom uppvisar svåra beteendemässiga eller psykiska symtom eller om andra åtgärder inte visat sig få effekt kan behandling med läkemedel bli aktuell.”
För sammanfattning av rekommendationer, se bilaga 9.4.

The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006: Ballard C, Waite J: The effectiveness of atypical antipsychotics in Alzheimer’s disease. (ref 8.5, övers RÅ)

Titel	Dokumentid	Version	Giltig t.o.m.
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)	TER-14280	1	2019-08-16

”Sexton placebokontrollerade studier har genomförts med atypiska antipsykotika men bara nio hade tillräckliga data för att kunna bidra till en metaanalys och bara fem har publicerats fullt ut i refereergranskade tidskrifter. Av inkluderade studier kunde följande slutsatser dras: Behandling med risperidon och olanzapin gav signifikant effekt på aggressivitet jämfört med placebo. Signifikant förbättring av psykosymtom sågs vid behandling med risperidon. Patienter behandlade med risperidon och olanzapin hade en signifikant ökad risk att drabbas av allvarliga cerebrovasculära händelser (inkluderande stroke), extrapyramidala biverkningar och andra betydande bieffekter. En metaanalys visade signifikant ökad dödlighet vid behandling med atypiska neuroleptika jämfört med placebo (Odds Ratio 1.7). Studier med risperidon och olanzapin visade en signifikant ökning av bortfall av patienter i behandlingsgrupperna. Det saknades tillräckliga data för att värdera effekten på kognitiva funktioner.”

”Författarna anser att risperidon och olanzapin är användbara för att reducera agitation och risperidon för att reducera psykosymtom vid BPSD, men båda preparaten är associerade med risk för allvarliga cerebrovasculära bieffekter och extrapyramidala symptom. Varken risperidon eller olanzapin bör användas rutinmässigt för behandling av patienter med demens med agitation eller psykos, fränsett då symtomen är mycket plågsamma för patienten eller leder till riskbeteenden.”

Läksaks expertgrupp, psykiatriska sjukdomar/www.janusinfo.se, mars 2005: Samma risk för stroke med nya och gamla neuroleptika hos äldre dementa (bygger på data från Gill S et al, BMJ 2005; 330; 445-450). (ref 8.16)

”Vi visste att antipsykotiska läkemedel används ofta för behandling av BPSD. Senaste året har rapporterats om förhöjd risk för stroke vid användning av risperidon, olanzapin och aripiprazol (Abilify) mot BPSD. Ny kunskap är att risperidon, olanzapin och quetiapin inte är förenade med högre strokerisk än äldre preparat som till exempel haloperidol. Således bör inte risken för stroke vägas in vid val mellan olika antipsykotiska läkemedel vid behandling av BPSD.”

Profenno L, Tariot P: Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 2004; 17:54, 65-77 Pharmacologic Management of agitation in Alzheimer’s disease. (ref 8.7, övers RÅ)

”Jämfört med neuroleptika, finns det färre data tillgängliga vad gäller nyttan av behandling med icke-antipsykotiska läkemedel (mot agitation vid Alzheimers sjukdom), såsom memantin, kolinesterashämmare, antiepileptika och bensodiazepiner. Evidensen pekar emot någon grad av effekt för de flesta av dessa läkemedel mot någon aspekt av symtomatologin. Genomsnittsrespons för de läkemedel som visats ”fungera” är 60 %, jämfört med 40 % för placebo.

”Psykotrop farmakoterapi mot BPSD ska endast tas i bruk efter noggrann klinisk bedömning och försök med icke-farmakologisk intervention. Vid val av läkemedel bör klinikern i första hand vägledas av data från kontrollerade läkemedelsstudier och i andra hand av mindre formella kliniska rapporter, nationella och lokala konsensusriktlinjer samt egna kliniska erfarenheter.”

7. Webbadresser

Terapirekommendationen finns tillgänglig via www.liv.se/lakemedel > Terapirekommendationer och via www.liv.se/demens > Behandling.

8. Referenslista (basreferenser)

8.1 Information från Läkemedelsverket Nr 5, 2008:15-47: Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demenssjukdom –BPSD. Se www.lakemedelsverket.se.

8.2 Läkemedelsverkets produktmonografier, se www.lakemedelsverket.se.

8.3 SBU: Rapport nr 172, 2006 (172E/2, 2008): Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. (Dementia – Diagnostic and Therapeutic Interventions. A systematic review, volume 2), se www.sbu.se.

- 8.4** Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010: Beteendemässiga och psykiska symtom samt konfusion vid demenssjukdom. Se www.socialstyrelsen.se.
- 8.5** Socialdepartementet: Promemoria 2003, D: s 2003:47: På väg mot en god demensvård.
- 8.6** The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006: Ballard C, Waite J: The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease.
- 8.7** National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): Clinical Guideline 42, 2006: Supporting people with dementia and their carers in health and social care. Se www.nice.org.uk/.
- 8.8** Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 2004;17:54, 54-108: Special topic section: Advances in the Neuropsychopharmacologic Management of Behavioural Alterations in Alzheimer's Disease.
- 8.9** JAMA, feb2 2005 – Vol 293, No 5: Sink K, Holden K, Yaffe, K: Pharmacological Treatment of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia.
- 8.10** Am J Geriatr Psychiatry 14:191-210. March 2006. Schneider L et al: Efficacy and Adverse Effects of Atypical Antipsychotics for Dementia: Meta-analysis of Randomized, Placebo-Controlled Trials.
- 8.11** Neurology 65: 1863-1872, 2005:McKeith et al.: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium.
- 8.12** BMJ 2005; 330; 445-450. Gill et al: Atypical antipsychotic drugs and risk of ischemic stroke: population based retrospective cohort study.
- 8.13** Int J Geriatric Psychiatry 2005; 20: 749-753. Rapoport et al: Antipsychotic use in the elderly: shifting trends and increasing costs.
- 8.14** Läkartidningen Nr 48; 2001; Vol 98: 5462-5469. Melkersson K, Hulting A-L: Antipsykotika kan påverka hormonbalansen.
- 8.15** Läkemedelsboken 2014: www.lakemedelsboken.se > Psykiatri > Demens
- 8.16** Curran S: Expert review: Pharmacological management of behavioural and psychological disturbances in dementia. Se www.cnsforum.com.
- 8.17** Läksak expertgrupp, psykiatriska sjukdomar, 16 mars, 2005: Samma risk för stroke med nya och gamla neuroleptika hos äldre dementa. Se www.janusinfo.se.

9. Bilagor

9.1 Doseringsråd

Doseringsanvisningar för de läkemedel som i texten rekommenderats för symtomatisk behandling av BPSD

Urvalet representerar de produkter som oftast förskrivs i Värmland.
Observera att alternativa handelsnamn finns för flera av preparaten.

Substans	Beredningsform	Läkemedel exempel	Initialdos	Första upptitrering: DOS/TIDPUNKT	Maxdos
Alprozalam	depottablett	Xanor Depot	0,5 mg x 2		1 mg x 2
Buprenorfin	depotplåster	Norspan	5 µg/h	10µg/h/3-7 dagar	10 µg/h
Citalopram	tablett	Citalopram	10 mg x 1	20 mg/1 vecka	20 mg x 1
Diazepam	tablett	Stesolid	5-10 mg v.b. max x 2 / dygn akut		
Donepezil	tablett, munsönderf. tablett	Aricept	5 mg t.n.	10 mg t.n./4-6 veckor	10 mg t.n.
Escitalopram	tablett	Cipralax	10 mg x 1 vid byte från citalopram		
Fentanyl	depotplåster	Fentanyl	12 µg/h	3 dagar	50 µg/h
Fuoxetin	kapsel, löslig tablett	Fuoxetin	20 mg x 1	-	20 mg x 1
Gabapentin	Kapsel, tablett	Gabapentin	100 mg x 3	200 mgx3/4-7 dagar	400 mg x 3
Galantamin	depotkapsel	Reminyl	8 mg x 1	16 mgx1/1 månad	24 mg x 1
Haloperidol	tablett, oral lösning, inj.	Haldol	0,5-1 mg x 1-3 p.o. alt. 2,5(-5) mg i.m. som engångsdos akut		
Klometiazol	Kapsel, oral lösning	Heminevrin	250-300 mg t.n.		1000 mg t.n.
Klonazepam	Tablett, orala droppar	Iktorivil	0,25 mg (x 1 alt. t.n.)		0,5 mg x 3 (alt. 1 mg t.n.)
Levomepromazin	Tablett	Nozinan	5 mg t.n.		50 mg t.n.
Melperon	tablett	Buronil	10-25 mg v.b.		25+25+50 mg
Memantin	tablett	Ebixa	5 mg x 1	10 mgx1 /1 vecka	20 mg x 1
Mianserin	tablett	Mianserin	10-20 mg t.n.	20-30 mg t.n./1-2 veckor	40 mg t.n.
Mirtazapin	Tablett, munsönderf. tablett	Mirtazapin	15 mg t.n.	30 mg t.n. / 1 vecka	45 mg t.n.
Oxazepam	Tablett	Sobril	5 mg v.b.		10-15 mg x 3
Propiomazin	Tablett	Propavan	25 mg t.n.		50 mg t.n.
Quetiapin	Tablett	Seroquel	12,5-25 mg t.n.	50 mg/dygn/1 vecka	50+50+100 mg
Risperidon	Tablett	Risperdal	0,25 mg x 2	0,25 mg x 3/2-7 dagar	0,5 mg x 3
Rivastigmin	Depotplåster	Exelon	4,6 mg/24 h	9,5 mg/24 h/1 månad	9,5 mg/24 h
Rivastigmin	Kapsel	Exelon	1,5 mg x 2	3 mg x 2/1 månad	6 mg x 2
Sertralin	Tablett	Sertralin	25 mg x 1	50 mg x 1/1vecka	100 mg x 1
Zopiklon	Tablett	Imovane	3,75-5 mg t.n. v.b.		7,5 mg t.n.
Zuklopentixol	Tablett	Cisordinol	2-4 mg v.b.		3+3+6 mg
Zuklopentixol	Injektion	Cisordinol Acutard	25-50 mg i.m. på kvällen/t.n. högst 2 dagar i följd		

9.2 Skattnings skala, agitation

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY (CMAI)

Instruktion: Läs igenom de 29 punkterna nedan och kontrollera hur ofta de har förekommit hos patienten sedan föregående besök.

- 1 = aldrig
- 2 = mindre än en gång i veckan
- 3 = en eller två gånger i veckan
- 4 = några gånger i veckan
- 5 = en eller två gånger per dag
- 6 = några gånger per dag
- 7 = ett par gånger i timman

Fysiskt aggressivt beteende

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Slår (inklusive slår sig själv)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Sparkas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Tar tag i folk..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Knuffas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Kastar saker..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Bits..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Rivs..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Spottar..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Skadar sig själv eller andra..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Sliter sönder eller förstör saker..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Gör fysiska sexuella närmanden..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Fysiskt icke-aggressivt beteende

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12. Meningslöst vandrande..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Klär sig konstigt..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Försöker ge sig iväg..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Ramlar avsiktligt..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Äter eller dricker något olämpligt..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Hanterar saker på konstigt sätt..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Gömmer saker..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Hamstrar saker..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Utför repetitiva maner..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Generell rastlöshet..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Verbalt aggressivt beteende

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 22. Skriker..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Gör verbala sexuella närmanden..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Svär eller visar verbal aggressivitet..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Verbalt icke-aggressivt beteende

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 25. Repetitiva meningar eller frågor..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. Ger ifrån sig konstiga ljud (omotiverat skratt eller skrik)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. Klagar..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. Negativism..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. Begär konstant obefogad uppmärksamhet eller hjälp..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

9.3 Information från LäkeMedelsverket 5:2008: Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteende-mässiga och Psykiska symptom vid Demenssjukdom – BPSD

Sammanfattande praktiska rekommendationer

1. Utredning/kartläggning av symtom, tänkbara orsaker och utlösande moment samt eventuella pålagrade psykiska eller kroppsliga sjukdomar.
2. Översyn av farmakologisk behandling: Överväg utsättning av läkemedel med potentiellt negativ effekt på centrala nervsystemet och insättning av behandling för förbättring av den kognitiva förmågan. Tidigt insatt grundbehandling mot Alzheimers sjukdom kan minska risken för utveckling av BPSD.
3. Optimerad vårdmiljö och bemötande:
 - Tillfredsställande av individens basala behov såsom mat, dryck, sömn, trygghet, aktivitet och stimulans samt skötsel av basala kroppsliga behov.
 - För patienter i eget boende: Utbildning/information till patient, anhöriga respektive andra vårdgivare såsom hemtjänst där demenssköterska/motsvarande spelar en central roll. Coping-stöd för både patient och anhöriga. Avlastning för anhängigvårdare.
 - För patienter i särskilt boende: Utbildning/information/patientrelaterad handledning till personalen. Speciellt viktigt är en god miljö, tillräcklig personaltäthet och anhörigas medverkan.
4. Vid otillräcklig effekt ställningstagande till farmakologisk behandling:
 - Vid depressiva symtom är SSRI-preparat förstahandsval.
 - Vid irritabilitet, agitation och oro kan SSRI-preparat prövas.
 - Memantin kan ha effekt vid främst agitation och aggressivitet.
 - Vid psykotiska symtom och aggressivitet som orsakar lidande för patienten och/eller potentiell fara för patient eller andra kan risperidon i dos upp till 1,5 mg/dag prövas. Preparatet skall användas mycket restriktivt på grund av en ökad risk för allvarliga biverkningar, bland annat stroke, liksom en ökad dödlighet.
 - Vid behov av akut sedation kan oxazepam prövas under kort tid och med adekvat övervakning av patienten.
 - Om dämpande läkemedel som neuroleptika eller anxiolytika sätts in planeras i första hand en kort behandlingstid, med utvärdering av effekt och eventuella bieffekter inom två veckor. Ställningstagande till utsättning/dosminskning skall göras regelbundet.

9.4 Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010: Rekommendationer vid beteendemässiga och psykiska symptom (BPSD)

Sammanfattning av rekommendationer:

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- Utreda de bakomliggande orsakerna till symtomen och åtgärda dessa (*prio 1*)

- Kartläggning och beskrivning av symtomen, hur de yttrar sig över dygnet samt i vilka situationer och miljöer de uppstår

- Bedömning av personens möjligheter att få sina basala behov tillfredsställda

- Bedömning av omgivande miljö samt interaktion med personal och närstående

- Medicinsk utredning inklusive bedömning av psykiskt och fysiskt status

- Genomgång av läkemedel och utsättning av läkemedel med ogynnsam effekt

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda SSRI-preparat vid samtidig depression (*prio 3*)

När omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön visat sig otillräckliga kan hälso- och sjukvården pröva

- memantin (Ebixa) vid Alzheimers sjukdom (*prio 6*)

- kortverkande bensodiazepin, oxazepam (Sobril) vid oro och ångest (*prio 6*)

- antipsykosmedlen risperidon (Rispedal, *prio 7*) eller haloperidol (Haldol, *prio 8*)

- klometiazol (Heminevrin) under natten (*prio 8*)
- antipsykosmedlet quetiapin (Seroquel) till personer med vanföreställningar och hallucinationer vid måttlig till svår Lewybody-demens och Parkinsondemens (*prio 9*)

Behandling med bensodiazepiner, antipsykosmedel och klometiazol förutsätter en kort behandlingstid och utvärdering av effekt/bieffekter inom två veckor samt regelbundet ställningstagande till utsättning eller dosminskning

Hälso- och sjukvården bör inte behandla med antiepileptika som karbamazepin, valproat, topiramid (icke-göra)

Dokumentet är utarbetat av: Madelene Johanson