

Demens

Fastställd oktober 2018 av Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig till oktober 2020.

Huvudbudskap

- Vid misstanke om demenssjukdom ska utredning göras enligt Regional Medicinsk Riktlinje Demenssjukdom, utredning och uppföljning.
- Personer med Alzheimers sjukdom ska erbjudas behandling mot demenssymtom med demensläkemedel.
- Vid utebliven effekt vid första utvärdering eller efter en längre tids behandling kan utsättning prövas. Om försämring noteras inom 2-4 veckor bör läkemedlet återinsättas.
- Antipsykotiska läkemedel bör undvikas vid demenssjukdom.
- Bedömning av lämplighet att inneha körkort och vapenlicens ska göras.

Bakgrund

Demens är ett samlingsbegrepp för olika sjukdomar där hjärnans högre funktioner sviktar och leder till ökande svårigheter att klara ett självständigt liv. Demenssjukdomar är progressiva tillstånd som leder till omfattande organisk hjärnskada med tilltagande funktionsnedsättning och som på sikt leder till döden. Det finns två olika regionala medicinska riktlinjer inom demensområdet, varav denna riktlinje tar upp läkemedelsbehandlingen vid demens, se även Demenssjukdom, utredning och uppföljning.

Alzheimers sjukdom

Vid Alzheimers sjukdom, som är den vanligaste demensformen, kommer minnesnedsättning tidigt. Språkstörning, försämrade rumsuppfattning (visuospatial störning) samt dyspraxi (oförmåga till målinriktade rörelser) är andra vanliga symtom. Alzheimers sjukdom utvecklas gradvis.

Personlighetsförändring, gångrubbing och fokalneurologiska symtom tidigt i sjukdomsförloppet kan tala för annat demenstillstånd än Alzheimers sjukdom.

Vaskulär demens

Tidiga symtom är psykisk och motorisk förlångsamning samt nedsatt förmåga till målinriktad aktivitet. Neurologiska symtom är vanliga, t.ex. pares eller afasi. Minnesnedsättning är oftast inte så påtaglig tidigt i förloppet.

Blanddemens

Kombinationer av olika demensformer är vanliga, speciellt Alzheimers sjukdom och vaskulär demens i hög ålder.

Lewybodydemens

Vanliga symtom är konfusionsepisoder, synhallucinationer, sömnstörning, parkinsonism, ortostatism, fall och synkope. Kognitiva symtom som förlångsamning och visuospatiala störningar kan komma tidigt. Minnesnedsättning är oftast inte påtaglig tidigt i förloppet. Patienterna har hög känslighet för anti-psykotiska läkemedel, vilka bör undvikas.

Parkinsondemens

Demenssymtom vid Parkinsons sjukdom liknar dem vid Lewybodydemens, men de motoriska symtomen föregår demenssymtomen.

Frontotemporal demens

Lägre ålder vid insjuknande än vid övriga demenssjukdomar är vanligt. Tidiga symtom är bl.a. personlighetsförändringar med bristande insikt och omdöme. Språkstörningar är vanliga. Minnesnedsättning kommer sent i förloppet.

Kvalitetsregister – SveDem

Svenska Demensregistret är ett nationellt kvalitetsregister för demenssjukdomar. SveDem följer indikatorer enligt Socialstyrelsens riktlinjer för att förbättra demensvården i Sverige. Hälso- och sjukvårdsutskottet och regionstyrelsen vill att täckningsgraden i SveDem ökar och ett regionalt beslut är taget. Hemsida: Se länkar.

Symtom

Depression och symtom som vid utmattningsyndrom är vanliga tidigt i förloppet. Symtom som ger misstanke om demens är tilltagande minnesnedsättning, stresskänslighet, språkstörning, apraxi, agnosi, visuospatial störning, personlighetsförändring och bristande problemlösningsförmåga. Symtomen som framträder beror på i vilken del av hjärnan de organiska förändringarna finns.

Diagnostik

Vid misstanke om demenssjukdom ska basal utredning göras enligt riktlinjen Demenssjukdom, utredning och uppföljning. Basal utredning är oftast tillräcklig för att ställa diagnos, utesluta andra tillstånd och för att bedöma behov av stöd och behandling. Basal utredning bör göras i primärvården, men kan alternativt utföras där patienten har sin huvudsakliga vårdkontakt. De viktigaste instrumenten för att ställa rätt diagnos är anamnes och status. Kognitiva test som bör användas är MMSE (Mini Mental State Examination) och klocktest. RUDAS (The Rowland Universal Dementia Assessment Scale) används för patient med annat modersmål än svenska eller

med annan kulturell bakgrund. Tillsammans kan dessa verktyg ge en uppfattning om den kognitiva förmågan.

Basal utredning

Basal utredning bör innehålla:

- Anamnes från patient och närstående
- Bedömning av alkoholkonsumtion med AUDIT och alkoholmarkörerna B-Peth och CDT
- Bedömning av fysiskt och psykiskt status
- Strukturerad bedömning av kognition, funktions- och aktivitetsförmåga
- Blodprover: Hb, SR, P-glukos, S-Na, S-K, S-Ca, S-krea samt prover för att utesluta störd sköldkörtelfunktion och B12-/folatbrist
- Blodtryck och EKG
- Hjärnabbildning med datortomografi eller magnetkamera

Provtagning och hjärnabbildning görs för att utesluta andra tillstånd med demensliknande symtom som t.ex. depression, läkemedelsbiverkningar, metabola rubbningar, hjärntumör, subduralhematom och normaltryckshydrocefalus.

Utvidgad utredning

Då basal utredning inte gett tillräckligt underlag för att ställa diagnos kan utvidgad utredning ske vid specialistenheter på följande sjukhus: Kungälv Sjukhus, NU-sjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skaraborgs Sjukhus och Södra Älvsborgs Sjukhus.

Icke-farmakologisk behandling

Erbjud meningsfulla aktiviteter för att träna och bibehålla kognitiva funktioner. Fysisk aktivitet är gynnsam vid demenssjukdom, se "FYSS".

Läkemedelsbehandling

Behandling med demensläkemedel är symtomatisk och bromsar inte sjukdomens progress och ska ske parallellt med omvårdnadsinsatser.

Kolinesterashämmare

Vid mild till medelsvår Alzheimers sjukdom med eller utan vaskulärt inslag ska kolinesterashämmare erbjudas. Positiv erfarenhet finns även vid Lewybodydemens. Det finns tre perorala kolinesterashämmare, alla med likartad klinisk effekt. Dessa är donepezil, som är rekommenderat förstahandsmedel, rivastigmin och galantamin. De olika preparaten har olika farmakokinetik och interaktionsmönster. Om det är önskvärt att preparatet har kort halveringstid och få interaktioner kan rivastigmin användas. Rivastigmin i plåsterberedning har färre magtarmbiverkningar än kapselberedning och är lättare att trappa upp till fulldos. Plåstret är

dock dyrare och rekommenderas därför som ett andrahandsalternativ. Rivastigmin har även indikationen Parkinsondemens.

Ungefär två tredjedelar uppvisar positiv effekt av kolinesterashämmare som t.ex. förbättring av uppmärksamhet, koncentrationsförmåga, initiativförmåga och social funktion. Detta kan i sin tur leda till positiva effekter på ADL-funktioner. Minnesfunktionen påverkas i mindre utsträckning av läkemedel. Antikolinerga läkemedel, t.ex. läkemedel vid urininkontinens, har motsatt effekt, varför kombinationen bör undvikas.

För att minska risken för biverkningar av kolinesterashämmare bör behandlingen inledas med lägsta dos och trappas upp.

Gastrointestinala biverkningar är vanliga, men ofta övergående. Iakttag försiktighet vid behandling av patienter med obstruktiv lungsjukdom, epilepsi, ulcus, kardiella överledningsrubbningar och patienter som har samtidig behandling med frekvenssänkande läkemedel.

NMDA-receptorantagonist

Memantin har indikationen medelsvår till svår demens av Alzheimerstyp. Doseringen trappas upp och läggs till tidigare insatt kolinesterashämmare eller ges i monoterapi om patienten inte kan använda kolinesterashämmare. Positiva behandlingseffekter kan vara humörstabilisering och/eller förbättring av ADL-funktion. Biverkningarna är få. Trötthet och yrsel kan förekomma.

Antipsykotiska läkemedel

Se avsnittet om BPSD.

Uppföljning

Regelbunden utvärdering av effekt ska genomföras vid olika tidpunkter beroende på preparatval. Ev. biverkningar bör bedömas tidigare än den positiva effekten av läkemedlet. Patientnytta skattas av patient, närstående och vårdpersonal. Se riktlinjen Demenssjukdom, utredning och uppföljning. Minnesfunktionen förbättras normalt sett inte. Utvärdering kan kompletteras med MMSE, klocktest och andra skattningsinstrument.

Behandlingen bör pågå så länge patienten bedöms ha nytta av den, t.ex. kan interagera med sin omgivning och/eller har någon ADL-förmåga kvar. Vid tveksamhet rörande behandlingseffekt kan utsättningsförsök göras. Successiv utsättning av läkemedlet över några veckor rekommenderas och utvärderas inom 2-4 veckor. Vid försämring bör behandlingen återinsättas. Undvik utsättning i anslutning till förändring såsom t.ex. byte av boende. Läkemedelsgenomgång bör genomföras minst en gång per år (KVÅ XV016).

Kolinesterashämmare

EKG ska tas före och 2-4 veckor efter insatt behandling för att upptäcka ev. kardiella biverkningar (t.ex. bradykardi och överledningsrubbningar). Effektvärdering ska ske efter 3-6 månader, därefter minst en gång per år samt i samband med utsättning.

NMDA-receptorantagonist

Effektvärdering ska ske efter 1-3 månader, därefter minst en gång per år samt i samband med utsättning.

Antipsykotiska läkemedel

Effektvärdering ska ske kontinuerligt, och utsättning ska ske snarast möjligt, helst inom 14 dagar. Personer med psykosjukdom, bipolär sjukdom eller organiskt förstärkningsyndrom behöver oftast fortsatt behandling för sin grundsjukdom. Dosjustering ska övervägas.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

Beteendemässiga och psykiska symtom kan ofta härledas till problem i omvårdnaden. Symtom som svår oro, irritabilitet, psykomotorisk oro, plockande, störd dygnsrytm, hallucinationer, vanföreställningar, feltolkningar, perceptionsstörning, ångest och depression är varningssignaler som bör uppmärksammas.

Behandlingen bör i första hand inriktas på att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna till symtomen, t.ex. behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem, för höga krav, brist på meningsfulla aktiviteter och fysisk aktivitet, smärta eller annan somatisk sjuklighet. God omvårdnad är grunden, men i vissa fall kan läkemedelsbehandling bli nödvändig.

Vid tillfällig svår oro kan oxazepam användas under en kort tid. Behandling med memantin kan påbörjas, om detta inte redan är insatt, för att stabilisera humörsvängningar. Depressiva symtom bör behandlas med SSRI-preparat. Psykotiska symtom och aggressivitet kan undantagsvis behandlas med antipsykotiska läkemedel där olanzapin rekommenderas på grund av mildare extrapyramidala biverkningar än risperidon. Behandlingen med olanzapin ska pågå så kort tid som möjligt. Olanzapin munsönderfallande tablett finns i kommunala akutläkemedelsföråd.

Biverkningar av olanzapin som kan förekomma är stelhet, ökad fallrisk och nedsatt kognition under behandlingstiden. Vid långtidsanvändning har man även funnit ökad risk för stroke samt ökad mortalitet. Läkemedelsgenomgång bör genomföras för att om möjligt minska BPSD. För att kvalitetssäkra vården bör BPSD-registret användas. Se länkar.

Konfusion

Alla kan drabbas av förvirringstillstånd vid påfrestningar. Personer med kognitiv nedsättning är mer sårbara. Vanliga orsaker till symtomen är somatiska sjukdomar som t.ex. hjärtsvikt, lågt blodtryck, infektioner, smärta, urinretention, förstoppning och abstinensstillstånd. Andra vanliga orsaker är läkemedelsbehandling, miljöombyte och operativa ingrepp.

Utredningen bör inriktas på att söka grundorsaken och behandla denna. Om läkemedelsbehandling är nödvändig för att kupa oro/ångest kan oxazepam eller klometiazol i undantagsfall användas under kort tid.

Äldre

Hög ålder är i sig ingen kontraindikation för behandling med demensläkemedel. Vid demenssjukdomar är läkemedel med antikolinerga effekter olämpliga, exempelvis sederande antihistaminer och medel mot urininkontinens.

Anhöriga och närstående

De är viktiga för vård och omsorg av patienten och bör involveras i samband med planering och beslut. Det kan skapa bra förutsättningar för följsamhet till behandling.

Körkort

Demenssjukdom kan utgöra hinder för innehav av körkort. Läkaren är skyldig att informera patienten och att anmäla till Transportstyrelsen då patienten inte längre uppfyller de medicinska kraven att inneha körkort. I vissa fall vid lindrig demens kan grupp 1-behörighet medges. Vården ska då minst årligen genomföra uppföljning avseende patientens medicinska lämplighet. Vid svårbedömda fall finns möjlighet till bedömning hos Mobilhetscentrum (se länk nedan).

Vapen

Demenssjukdom kan utgöra hinder för att inneha skjutvapen. Läkaren är skyldig att informera patienten och anmäla olämplighet för vapeninnehav till polismyndigheten.

Vårdnivå

Se Regional Medicinsk Riktlinje Demenssjukdom, utredning och uppföljning.

FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Ingrid Lindstedt, ordförande

Länkar

www.vgregion.se/lakemedel/psykiatri
www.demenscentrum.se
www.mobilhetscenter.se
www.ucr.uu.se/svedem
www.bpsd.se
www.socialstyrelsen.se

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Psykiatri
Georg Dolk, georg.dolk@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel. Kan även beställas från Adress & Distributionscentrum; adress.distributionscentrum@vgregion.se