



NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR DEMENS OG MEDICIN

Quick guide

Det er god praksis at overveje en behandlingspause med henblik på seponering af demenslægemidler under klinisk observation for personer med meget svær demens.

God praksis

Ved klinisk forværring, herunder aftagende funktionsniveau, øget plejebehov eller ved øget forekomst af adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer, inden for 2-4 uger efter påbegyndt pausering, bør behandlingen genoptages. Det er essentielt at inddrage pårørende og plejepersonale i denne vurdering. Ved seponering af demenslægemidler anbefales klinisk opfølgning.

Seponér antipsykotisk medicin (som hovedregel ved udtrækning) hos personer med demens i langvarig (>3 måneder) behandling.

Stærk anbefaling

Generelt skal langvarig behandling med antipsykotisk medicin seponeres hos personer med demens, men der er tilfælde, hvor fortsat behandling er indiceret. Regelmæssig revurdering af behovet for behandling er i disse situationer essentielt. Hvis indikationen for behandling er usikker, bør patienten, de pårørende, egen læge og/eller plejepersonalet inddrages for at oplyse om baggrunden for, at behandlingen blev iværksat.

Behandlingen bør som hovedregel udtrækkes. Dog kan behandling med lav dosis almindeligvis seponeres brat under forudsætning af grundig information om eventuelle seponeringssymptomer (fx sveden, kvalme, diarré, søvnløshed og motoriske forstyrrelser).

Overvej at tilbyde melatonin til personer med demens ved betydende søvnbesvær og/eller døgnrytmeforstyrrelser. Behandlingen skal være i tillæg til non-farmakologiske tiltag.

Svag anbefaling

Det forudsættes, at non-farmakologiske tiltag (fx regelmæssige sovetidspunkter og gode toiletrutiner) er forsøgt inden opstart af behandling med melatonin. Eventuelle medvirkende årsager til søvnproblemerne, eksempelvis smerter, vandladningsproblemer eller åndenød, bør udelukkes. Der er ikke fundet forskel mellem lægemidler med hurtig og forlænget frigivelse af melatonin.



Overvej at tilbyde lavdosis mirtazapin eller mianserin til personer med demens ved betydende søvnbesvær og/eller døgnrytmeforstyrrelser, hvor behandling med godkendte lægemidler er uhensigtsmæssig. Behandlingen skal være i tillæg til non-farmakologiske tiltag.

Svag anbefaling

Det forudsættes, at non-farmakologiske tiltag (fx regelmæssige sovetidspunkter og gode toiletrutiner) er forsøgt inden opstart af behandlingen. Eventuelle medvirkende årsager til søvnproblemerne, eksempelvis smerter, vandladningsproblemer eller åndenød, bør udelukkes. Der forventes begyndende effekt på søvnen efter 1-2 ugers behandling. Revurdering af behandlingen skal finde sted inden for 2-4 uger. Dette med henblik på om der er indikation for fortsat behandling, eventuelt med dosisjustering.

Overvej at seponere antidepressiv behandling hos personer med demens uden kendt affektiv sygdom, der har været i behandling >6 måneder.

Svag anbefaling

Seponering af antidepressiv medicin bør foregå gradvist på grund af risiko for seponeringssymptomer. Hvis indikationen for behandling er usikker, bør patienten, de pårørende, egen læge og/eller plejepersonalet inddrages for at oplyse om baggrunden for, at behandlingen blev iværksat.

Opfølgning er væsentlig, når der foretages ændringer i den antidepressive medicin. For de fleste personer med demens vil der ved seponering af antidepressiv medicin ikke ske ændringer i emotionel funktion eller adfærd, men for nogle kan der opstå forværring eller ændring i adfærdsforstyrrelser. Ved forværring af BPSD og eller depressive symptomer bør genoptagelse af behandlingen overvejes, forudsat at symptomerne ikke alene er seponeringssymptomer. For personer med affektiv sygdom og antidepressiv behandling igangsat før demenssygdommen, bør overvejelser om seponering baseres på status af den affektive lidelse. Involvering af pårørende og eventuelt plejepersonale er essentielt og kan bidrage med vigtig information om en eventuel forværring eller ændring i adfærdsforstyrrelser og depressive symptomer. Hos personer med demens, hvor kognitiv svækkelse påvirker kommunikationen, kan der være personer, der ikke verbalt reagerer på en ændring som følge af seponering, hvorfor lægelig opfølgning ved pårørende og plejepersonale er væsentligt.

Det er god praksis at undlade eller seponere behandling med urologiske spasmolytika med antikolinerg virkning hos personer med demens.

God praksis

Til vurdering af antikolinerge lægemidler og potentielle alternativer henvises der til 'Antikolinerge lægemidler og »antikolinerg belastning« – en praktisk tilgang' af Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF) i Sundhedsstyrelsen.



Det er god praksis at overveje at reducere (fx i form af færre administrationer) eller pausere behandling med paracetamol med henblik på seponering under klinisk observation, hvis det er usikkert, om patienten har smerter og/eller effekt af igangværende paracetamolbehandling.

God praksis

Ved klinisk forværring, uden anden årsag, inden for 2-4 dage efter dosisreduktion eller seponering (fx smerteklager eller ændret adfærd/adfærdsforstyrrelser) bør behandlingen genoptages.

Behandling med paracetamol kan være opstartet af en årsag, som ikke er til stede længere. Hvis indikationen for behandling er usikker, bør patienten, de pårørende, egen læge og/eller plejepersonalet inddrages for at afgøre en eventuel årsag til behandlingen.

Det er god praksis at overveje at reducere dosis af opioider med henblik på seponering under klinisk observation, hvis det er usikkert, om patienten har smerter og/eller effekt af igangværende opioidbehandling.

God praksis

Ved klinisk forværring, uden anden årsag, inden for dage til uger (fx smerteklager eller ændret adfærd/adfærdsforstyrrelser) bør behandlingen genoptages.

Smertetilstande kan fluktuerer og forsvinde med tiden, og derfor kan indikationen for behandling med opioider være ophørt. Hvis indikationen for behandling er usikker, bør patienten, de pårørende, egen læge og/eller plejepersonalet inddrages for at oplyse om baggrunden for, at behandlingen blev iværksat.

Det er god praksis at følge de eksisterende rekommanderede behandlingsmål for personer med demens >80 år.

God praksis

Ifølge anbefaling fra Dansk Kardiologisk Selskab er behandlingsmålet for patienter <80 år med lav-moderat kardiovaskulær risiko <135/<85 mmHg. For patienter ≥80 år er behandlingsmålet <145 systolisk. For personer med høj kardiovaskulær risiko er anbefalingen <130/80 mmHg [13].

Det kan på baggrund af evidensgennemgangen ikke afgøres, om behandlingsmålet for blodtryk hos personer >80 år med demens bør være højere.



Om quick guiden

Quick guiden indeholder de centrale anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje for demens og medicin. Retningslinjen er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Fokus for den nationale kliniske retningslinje er farmakologisk behandlingen af personer med demens.

Den nationale kliniske retningslinje indeholder anbefalinger for udvalgte dele af området og kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med øvrige retningslinjer, vejledninger, forløbsbeskrivelser mv. på området.

Uddybende materiale på sundhedsstyrelsen.dk

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk) kan man tilgå den fulde version af den nationale kliniske retningslinje inklusiv en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens for anbefalingerne.

Om de nationale kliniske retningslinjer

Denne nationale kliniske retningslinje er en af de nationale kliniske retningslinjer, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen i perioden 2017-2020.

Yderligere materiale om emnevalg, metode og proces ligger på www.sst.dk