

# Fokuserede spørgsmål

## Demens og medicin

### Version nummer 7, d. 12/12-18

#### Indhold

PICO 1: Bør behandling med demenslægemidler seponeres hos personer med meget svær demens?	2
PICO 2: Bør personer med demens i langvarig behandling med antipsykotisk medicin ved revurdering fortsætte eller seponere behandlingen?	3
PICO 3: Bør personer med demens og søvnbesvær og/eller døgnrytmeforstyrrelse behandles med melatonin?	4
PICO 4: Bør personer med demens og søvnbesvær og/eller døgnrytmeforstyrrelse behandles med mirtazapin eller mianserin?	5
PICO 5: Bør personer med demens i behandling med antidepressiva (>6 måneder) ved revurdering fortsætte eller seponere behandlingen?	6
PICO 6: Bør behandling med urologiske spasmolytika med antikolinerg virkning undlades hos personer med demens?	7
PICO 7: Bør man forsøge seponering af paracetamol ved usikker indikation hos personer med demens?	8
PICO 8: Bør man forsøge seponering af opioider ved usikker indikation hos personer med demens?	9
PICO 9: Bør behandlingsmålet for blodtryk være højere hos personer med demens >80år?	10

## PICO 1: Bør behandling med demenslægemidler seponeres hos personer med meget svær demens?

**Tovholdere:** Peter Johannsen og Annette Lolk

**Baggrund for valg af spørgsmål:** I Danmark er tre kolinesterasehæmmere (donepezil, rivastigmin og galantamin) samt glutamat-receptor-antagonisten memantin godkendt til behandling af Alzheimers sygdom, Lewy Body demens og Parkinsons demens. Lægemidlerne virker symptomdæmpende og har ingen sygdomsmodificerende effekt (1). I den nationale kliniske retningslinje om demens fra 2013 har det ikke været muligt at formulere en generel anbefaling for varigheden af behandlingen. Det beskrives, at varigheden af behandlingen bl.a. afhænger af hvornår i sygdomsforløbet behandlingen opstartes samt progressionshastigheden hos den enkelte patient. Det er anbefalet at forsøge seponering af kolinesterasehæmmere ved tvivl om behandlingseffekten. Den kliniske effekt forsvinder få uger efter seponering. Det er anbefalet, at vurdering af effekten af lægemidlerne baseres på en samtale med patienten og en pårørende samt evt. suppleres med en kognitiv test (1). Ved seponering bør der være opfølgning inden for ca. fire uger mhp. vurdering af hurtigt aftagende ADL (Activities of Daily Living) eller øget forekomst af BPSD-symptomer (behavioural and psychological symptoms and signs of dementia).

Traditionelt inddeles demens i tre grader: mild, moderat og svær. Endvidere anvendes undertiden betegnelsen 'meget svær demens' om den helt sene fase af sygdomsudviklingen (1). Alle tre kolinesterasehæmmere er anbefalet til behandling af let til moderat Alzheimers sygdom. Endvidere er det anbefalet, at Lewy Body demens og demens ved Parkinsons sygdom (begge i let til moderat grad) kan behandles med kolinesterasehæmmere. Enkelte studier har vist effekt af kolinesterasehæmmere ved svær demens (1). Hverken kolinesterasehæmmere eller memantin er anbefalet ved frontotemporal demens eller kognitiv svækkelse uden demens. For hverken kolinesterasehæmmere eller memantin er der godkendt indikation ved vaskulær demens. Memantin kan overvejes ved moderat til svær Alzheimers sygdom.

### Population

Patienter med en demensdiagnose (Alzheimers sygdom, Lewy Body demens eller demens ved Parkinsons sygdom) i behandling med et eller flere demenslægemidler. Populationen er patienter med meget svær demens (dvs. er sengeliggende uden sprog). Populationen omfatter ikke personer, der oplever uacceptable bivirkninger ved behandlingen som alene af den grund bør føre til seponering.

### Intervention

Seponering af behandling med demenslægemiddel (kolinesterasehæmmer og/eller memantin).

### Comparison

Fortsat behandling med demenslægemiddel (kolinesterasehæmmer og/eller memantin).

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
BPSD (fx NPI eller anden relevant test)	Min. 4 uger efter intervention	Kritisk
ADL (fx Disability Assessment for Dementia (DAD) eller anden relevant test)	Min. 4 uger efter intervention	Vigtigt
Alvorlige bivirkninger (SAE)	I interventionsperioden*	Vigtigt
Genoptag af behandling	Min. 4 uger efter intervention	Vigtigt

\* Perioden hvor seponering sammenlignes med fortsat behandling med demenslægemiddel.

Søgeord på engelsk:

Dementia, Alzheimer disease, Lewy Body disease, Dementia in Parkinson disease, memantine, donepezil, rivastigmine, galantamine, deprescription, discontinuation, withdrawal, 'withholding treatment', 'treatment cessation'

(1) <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/~media/1AB1A34E3A664E4D83A4127328ADBF17.ashx>

## PICO 2: Bør personer med demens i langvarig behandling med antipsykotisk medicin ved revurdering fortsætte eller seponere behandlingen?

**Tovholdere:** Annette Lolk og Peter Johannsen

### Baggrund for valg af spørgsmål:

Psykiske symptomer og adfærd ændringer forekommer hyppigt i forbindelse med demens og sammenfattes ofte under BPSD. BPSD omfatter affektive symptomer herunder depressive symptomer og psykotiske symptomer såsom hallucinationer, adfærdsforstyrrelser i form af bl.a. apati og motorisk og verbal hyperaktivitet, verbal og fysisk aggression samt ændringer i døgnrytmen.

Det er tidligere skønnet, at 9 ud af 10 personer med demens vil udvikle BPSD i forløbet af deres sygdom (1). Non-farmakologiske tiltag er som udgangspunkt altid førstevalg ved BPSD, men i tilfælde hvor disse tiltag ikke er tilstrækkelige, kan medicinsk behandling være nødvendig. Sundhedsstyrelsen udgav i 2014 en vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler, der også omhandler patienter med demens (2). I Danmark indløste ca. 20% af personer med en demensdiagnose antipsykotisk medicin i 2014.

### Population

Patienter med en demenssygdom i langvarig (>3 mdr.) behandling med antipsykotisk medicin. Populationen inkluderer ikke patienter, hvor der er indikation for antipsykotika som følge af komorbid psykisk lidelse.

### Intervention

Seponering (både brat seponering og udtrapning) af langvarig (>3 mdr.) behandling med antipsykotisk medicin.

### Comparison

Fortsat behandling med antipsykotisk medicin.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
<i>Død</i>	<i>Længste follow-up efter intervention*</i>	<i>Kritisk</i>
<i>BPSD (fx NPI eller anden relevant test)</i>	<i>&lt;3 mdr. efter intervention*</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Kognitiv funktion (fx MMSE eller anden relevant test)</i>	<i>≤4 uger efter intervention*</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>ADL (fx Disability Assessment for Dementia (DAD) eller anden relevant test)</i>	<i>Længste follow-up efter intervention*</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>BPSD (fx NPI eller anden relevant test)</i>	<i>&gt;3 mdr. efter intervention*</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Udtrapningssymptomer (fx GI-gener, agitation, søvnforstyrrelser)</i>	<i>≤4 uger efter intervention*</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Drop out pga. forværring i BPSD</i>	<i>Under interventionsperiode**</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Genoptag af antipsykotika pga. tilbagefald</i>	<i>Under interventionsperiode**</i>	<i>Vigtigt</i>

\* Start af seponering både brat og udtrapning

\*\* Perioden hvor seponering sammenlignes med fortsat behandling med antipsykotisk medicin

Søgeord på engelsk:

Dementia, Alzheimer disease, Lewy Body disease, Dementia in Parkinson disease, vascular dementia, frontotemporal dementia, antipsychotic agents, risperidone, olanzapine, quetiapine, aripiprazole, haloperidol, BPSD (behavioural and psychological symptoms and signs of dementia), agitation, psychosis, deprescription, discontinuation, withdrawal

(1) <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/~media/1AB1A34E3A664E4D83A4127328ADB17.ashx>

(2) Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser. Sundhedsstyrelsen. 2014.

### PICO 3: Bør personer med demens og søvnbesvær og/eller døgnrytmeforstyrrelse behandles med melatonin?

**Tovholdere:** Hanne Kallehauge og Dorte Glintborg

#### **Baggrund for valg af spørgsmål:**

Psykiske symptomer og adfærdsændringer forekommer hyppigt i forbindelse med demens og sammenfattes ofte under BPSD. BPSD omfatter forskellige symptomer bl.a. ændringer i døgnrytmen og søvnbesvær. Melatonin er godkendt til korttidsbehandling af primær søvnløshed og dårlig søvnkvalitet hos patienter over 55 år. Mængden af udskilt melatonin falder hos ældre, og det er tidligere foreslået, at dette fald i melatonin spiller en rolle ved søvnforstyrrelser (1). Der foreligger i den danske nationale kliniske retningslinje om demens fra 2013 ingen anbefalinger ifht. brugen af melatonin hos personer med demens (2). Det er derfor relevant at undersøge, om behandling med melatonin har en plads i behandlingen af søvnbesvær og/eller døgnrytmeforstyrrelser hos personer med demens.

#### **Population**

Patienter med en demenssygdom og samtidig søvnbesvær og/eller døgnrytmeforstyrrelse.

#### **Intervention**

Behandling med melatonin i tillæg til non-farmakologisk behandling.

#### **Comparison**

Non-farmakologisk behandling alene.

<b>Outcomes</b>	<b>Tidsramme</b>	<b>Kritisk/Vigtigt</b>
<i>Antal natlige vågenperioder</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Længde af nattesøvn</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Søvnkvalitet vurderet af omsorgsgiver</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>BPSD (fx NPI eller anden relevant test)</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Bivirkninger (antal)</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Livskvalitet (QOL)</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Vigtigt</i>

Søgeord på engelsk:

Dementia, Alzheimer disease, Lewy Body disease, Vascular dementia, Frontotemporal dementia, Dementia in Parkinson disease, melatonin, sleep disturbances, sleep disorders, BPSD (behavioural and psychological symptoms and signs of dementia)

(1) Gehrman PR, Connor DJ, Martin JL, Shochat T, Corey-Bloom J, Ancoli-Israel S. Melatonin fails to improve sleep or agitation in double-blind randomized placebo-controlled trial of institutionalized patients with Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009 Feb;17(2):166-9.

(2) <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/~//media/1AB1A34E3A664E4D83A4127328ADB17.ashx>

## PICO 4: Bør personer med demens og søvnbesvær og/eller døgnrytmeforstyrrelse behandles med mirtazapin eller mianserin?

**Tovholdere:** Niels Saxtrup og Hanne Kallehauge

### Baggrund for valg af spørgsmål:

Psykkiske symptomer og adfærdændringer forekommer hyppigt i forbindelse med demens og sammenfattes ofte under BPSD. BPSD omfatter mange symptomer bl.a. ændringer i døgnrytmen og søvnbesvær. Mirtazapin og mianserin er antidepressive lægemidler af typen NaSSA (Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressants) og er godkendt til behandling af moderat til svær depression. Begge præparater har en sederende effekt (1) (2). Ifølge RADS' anbefaling fra 2015 kan mirtazapin have en plads ved søvnbesvær ved samtidig depression (3).

### Population

Patienter med en demenssygdom og samtidig søvnbesvær og/eller døgnrytmeforstyrrelse.

### Intervention

Behandling med NaSSA (mirtazapin (7,5-30 mg) eller mianserin (10-30 mg)) i tillæg til non-farmakologisk behandling.

### Comparison

Non-farmakologisk behandling alene.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
<i>Antal natlige vågenperioder</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Længde af nattesøvn</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Søvnkvalitet vurderet af omsorgsgiver</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>BPSD (fx NPI eller anden relevant test)</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Bivirkninger (antal)</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Livskvalitet (QOL)</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Sedation i dagtiden</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Antal fald</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Vigtigt</i>

Søgeord på engelsk:

Dementia, Alzheimer disease, Lewy Body disease, Vascular dementia, Frontotemporal dementia, Dementia in Parkinson disease, sleep disturbances, sleep disorders, BPSD (behavioural and psychological symptoms and signs of dementia), mirtazapine, mianserin

- (1) Mianserin. Produktresumé. Lægemiddelstyrelsen. Accessed 21-01-2018. [www.produktresume.dk](http://www.produktresume.dk)
- (2) Mirtazapin. Produktresumé. Lægemiddelstyrelsen. Accessed 21-01-2018. [www.produktresume.dk](http://www.produktresume.dk)
- (3) Behandlingsvejledning inklusiv lægemiddelrekommandation for medicinsk behandling af unipolar depression. Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS). 2015.

## PICO 5: Bør personer med demens i behandling med antidepressiva (>6 måneder) ved revurdering fortsætte eller seponere behandlingen?

**Tovholdere:** Dorte Glintborg og Mikkel Bring Christensen

### Baggrund for valg af spørgsmål:

Psykiske symptomer såsom depression optræder hyppigt ved demenssygdomme. Der er udviklet strukturerede redskaber til identifikation af depression og inden for demensområdet er Geriatrisk Depressionsskala (GDS) mest anvendt i Danmark. Cornell Scale for depression in Dementia (CSDD) er særligt udviklet til personer med demens og er også valideret i et dansk studie (1).

I den nationale kliniske retningslinje om demens fra 2013 er der beskrevet svag evidens for effekten af SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitors) og TCA (tricykliske antidepressiva) til behandling af depression hos demente personer. TCA har antikolinerge effekter og bør som hovedregel ikke benyttes ved Alzheimers sygdom, Lewy Body demens eller demens ved Parkinsons sygdom (1).

Antidepressive lægemidler kan i visse situationer benyttes til behandling af BPSD herunder også søvnbesvær og angst. Der er således flere mulige indikationer for at en behandling er blevet iværksat, hvilket kan bidrage til at vurdering om seponering er vanskelig.

### Population

Patienter med en demenssygdom i behandling med antidepressiv medicin (>6 måneder), der inden demensdiagnosen blev stillet ikke havde depression. Populationen inkluderer ikke patienter, hvor der er indikation for antidepressiv medicin som følge af komorbid psykisk lidelse.

### Intervention

Seponering af antidepressiva.

### Comparison

Fortsat behandling med antidepressiva.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
<i>Depressive symptomer (fx CSDD, GDS eller anden relevant test)</i>	<i>4-12 uger efter intervention*</i>	<i>Kritisk</i>
<i>BPSD (fx NPI eller anden relevant test)</i>	<i>4-12 uger efter intervention*</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Kognitiv funktion (fx MMSE eller anden relevant test)</i>	<i>4-12 uger efter intervention*</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Alvorlige bivirkninger (SAE)</i>	<i>I interventionsperioden**</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Livskvalitet (QOL)</i>	<i>Min. 12 uger efter intervention*</i>	<i>Vigtigt</i>

\* Start af seponering

\*\* Perioden hvor seponering sammenlignes med fortsat behandling med antidepressiva

Søgeord på engelsk:

Dementia, Alzheimer disease, Lewy Body disease, Vascular dementia, Frontotemporal dementia, Dementia in Parkinson disease, deprescription, discontinuation, withdrawal, antidepressive agents, 'antidepressive agents, tricyclic', SSRI, NaSSA, SNRI, antidepressants

(1) <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/~media/1AB1A34E3A664E4D83A4127328ADB17.ashx>

## PICO 6: Bør behandling med urologiske spasmolytika med antikolinerg virkning undlades hos personer med demens?

**Tovholdere:** Line Soot og Niels Saxtrup

### Baggrund for valg af spørgsmål:

Lægemidler med antikolinerg effekt er bl.a. tricykliske antidepressiva, urologiske spasmolytika og visse antihistaminer. Anvendelse af disse præparater er uhensigtsmæssig hos personer med demens, da de kan medføre en yderligere nedsættelse af den kognitive funktion.

Urologiske spasmolytika kan være indicerede ved urgency-inkontinens, hyppig vandladning og imperiøs vandladningstrang hos patienter med overaktiv blære. Disse symptomer ses i varierende grad hos mange ældre og præparaterne kan være ordineret inden diagnosticering af en demenssygdom, hvormed uhensigtsmæssig viderebehandling kan finde sted.

### Population

Patienter med en demenssygdom og komorbiditet med indikation for behandling eller i behandling med urologisk spasmolytikum (darifenacin, fesoterodin, oxybutynin, solifenacin, tolterodin eller trospiumchlorid).

### Intervention

Ingen behandling eller seponering af urologisk spasmolytika med antikolinerg effekt.

### Comparison

Behandling med urologisk spasmolytika med antikolinerg effekt.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
<i>Delir</i>	<i>&lt;8 uger efter intervention</i>	<i>Kritisk</i>
<i>BPSD (fx NPI eller anden relevant test)</i>	<i>&lt;8 uger efter intervention</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Kognitiv funktion (fx MMSE eller anden relevant test)</i>	<i>&gt;4 uger efter intervention</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Antal inkontinens-episoder pr. dag</i>	<i>4-8 uger efter intervention</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Livskvalitet (QOL)</i>	<i>Længste follow-up</i>	<i>Vigtigt</i>

Søgeord på engelsk:

Dementia, Alzheimer disease, Lewy Body disease, Dementia in Parkinson disease, vascular dementia, Frontotemporal dementia, 'urinary bladder, overactive/drug therapy', 'urinary incontinence/drug therapy', deprescription, discontinuation, withdrawal

## PICO 7: Bør man forsøge seponering af paracetamol ved usikker indikation hos personer med demens?

**Tovholdere:** Hanne Pedersen og Mikkel Bring Christensen

### Baggrund for valg af spørgsmål:

Patienter med Alzheimers sygdom har generelt færre smerteklager end ældre uden demens, men det er muligt, at personer med demens underrapporterer smerter. Vurdering af smerter hos demente personer med kommunikationsproblemer er en udfordring og selvrapportering kan medføre upålidelige resultater. I de tidlige stadier af demens kan selvrapportering dog ofte anvendes (1). Senere bør man bør dog inddrage pårørende med kendskab til patienten i vurderingen af smerte (2). MOBID-2 (Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia-2) er en smerteskala udviklet til vurdering af smerte hos personer med demens og baserer sig på observationer af smerteadfærd ved hverdagssituationer (3).

Tal fra Sundhedsdatastyrelsen for 2016 viser, at forbruget af smertestillende lægemidler blandt personer med demens er højere end i en sammenlignelig ældre population uden demens. Tallene viser, at per 1000 personer fik 224 flere demente over 65 år smertestillende medicin sammenlignet med en sammenlignelig aldersgruppe uden demens i 2016. Paracetamol er et hyppigt anvendt præparat blandt ældre med indikation ved lette til moderate smerter.

### Population

Patienter med en demenssygdom i behandling med paracetamol, hvor det ved revurdering af smertebehandlingen er usikkert, om patienten har smerter.

### Intervention

Seponering af paracetamol.

### Comparison

Fortsat behandling med paracetamol.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Smerte (fx VAS, MOBID-2)	1-14 dage efter intervention	Kritisk
BPSD (fx NPI eller anden relevant test)	1-14 dage efter intervention	Kritisk
Kognitiv funktion (fx MMSE eller anden relevant test)	2-4 uger efter intervention	Vigtigt
Kognitiv funktion (fx MMSE eller anden relevant test)	2-6 mdr. efter intervention	Vigtigt
Bivirkninger (antal)	Efter interventionen	Vigtigt

Søgeord på engelsk:

Dementia, Alzheimer disease, Lewy Body disease, Dementia in Parkinson disease, vascular dementia, frontotemporal dementia, pain, deprescribing, discontinuation, withdrawal, paracetamol, acetaminophen, "Analgesics"[Mesh], "Pain Management"[Mesh]

(1) Wilco P Achterberg, Marjoleine JC Pieper, Annelore H van Dalen-Kok, Margot WM de Waal, Bettina S Husebo, Stefan Lautenbacher, Miriam Kunz, Erik JA Scherder, Anne Corbett. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*. 2013; 8: 1471–1482.

(2) <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/~media/1AB1A34E3A664E4D83A4127328ADB17.ashx>

(3) BS Husebo, R Ostelo, and LI Strand. The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *Eur J Pain*. 2014 Nov; 18(10): 1419–1430.



## PICO 8: Bør man forsøge seponering af opioider ved usikker indikation hos personer med demens?

**Tovholdere:** Mikkel Bring Christensen og Hanne Pedersen

### Baggrund for valg af spørgsmål:

Patienter med Alzheimers sygdom har generelt færre smerteklager end ældre uden demens, men det er muligt, at personer med demens underrapporterer smerter. Vurdering af smerter hos demente personer med kommunikationsproblemer er en udfordring og selvrapportering kan medføre upålidelige resultater. I de tidlige stadier af demens kan selvrapportering dog ofte anvendes (1). Senere bør man bør dog inddrage pårørende med kendskab til patienten i vurderingen af smerte (2). MOBID-2 (Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia-2) er en smerteskala udviklet til vurdering af smerte hos personer med demens og baserer sig på observationer af smerteadfærd ved hverdagssituationer (3).

Opioider er en stor gruppe af analgetika, der anvendes til både akutte og kroniske smerter. Det anbefales generelt, at dosis af opioider nedsættes til ældre patienter. Tal fra Sundhedsdatastyrelsen for 2016 viser, at forbruget af smertestillende lægemidler blandt personer med demens er højere end i en sammenlignelig ældre population uden demens. Tallene viser, at per 1000 personer fik 224 flere demente over 65 år smertestillende medicin sammenlignet med en sammenlignelig aldersgruppe uden demens i 2016. I forlængelse heraf blev det i 2015 vist, at ældre hjemmeboende personer med demens oftere er i behandling med opioider sammenlignet med ældre hjemmeboende personer uden demens (4).

### Population

Patienter med en demenssygdom i behandling med opioider, hvor det ved revurdering af smertebehandlingen er usikkert, om patienten har smerter.

### Intervention

Seponering af opioider (brat eller udtrapning).

### Comparison

Fortsat behandling med opioider.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Død	Længste follow-up efter intervention*	Kritisk
Smerte (fx VAS, MOBID-2)	1-14 dage efter intervention*	Kritisk
BPSD (fx NPI eller anden relevant test)	1-14 dage efter intervention*	Kritisk
Kognitiv funktion (fx MMSE eller anden relevant test)	2-4 uger efter intervention*	Vigtigt
Kognitiv funktion (fx MMSE eller anden relevant test)	2-6 mdr. efter intervention*	Vigtigt
Alvorlige bivirkninger (SAE)	1 interventionsperioden**	Vigtigt
Abstinenssymptomer	1-7 dage efter intervention*	Vigtigt

\* Start af seponering både brat og udtrapning

\*\* Perioden hvor seponering sammenlignes med fortsat behandling med opioider

Søgeord på engelsk:

Dementia, Alzheimer disease, Lewy Body disease, Dementia in Parkinson disease, pain, vascular dementia, frontotemporal dementia, deprescribing, discontinuation, withdrawal, Analgesics"[Mesh], "Pain Management"[Mesh], 'analgesics, opioid', **opioider**

(1) Wilco P Achterberg, Marjoleine JC Pieper, Annelore H van Dalen-Kok, Margot WM de Waal, Bettina S Husebo, Stefan Lautenbacher, Miriam Kunz, Erik JA Scherder, Anne Corbett. Pain management in patients with dementia. Clin Interv Aging. 2013; 8: 1471–1482.

(2) <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/~media/1AB1A34E3A664E4D83A4127328ADB17.ashx>

(3) BS Husebo, R Ostelo, and LI Strand. The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *Eur J Pain*. 2014 Nov; 18(10): 1419–1430.

(4) Jensen-Dahm C, Gasse C, Astrup A, Mortensen PB, Waldemar G. Frequent use of opioids in patients with dementia and nursing home residents: A study of the entire elderly population of Denmark. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2015;11(6):691-9

## PICO 9: Bør behandlingsmålet for blodtryk være højere hos personer med demens >80år?

**Tovholdere:** Hanne Pedersen og Line Soot

### Baggrund for valg af spørgsmål:

Da demens især ses hos ældre, er forekomsten af komorbiditet høj heriblandt kardiovaskulær sygdom. Ifølge anbefaling fra Dansk Kardiologisk Selskab er behandlingsmålet for patienter < 80 år med lav-moderat kardiovaskulær risiko <135/<85 mmHg, for patienter ≥ 80 år <145 systolisk og for patienter med høj kardiovaskulær risiko <130/80 mmHg (1).

Mange studier med antihypertensive præparater har ekskluderet personer med demens, og forholdet mellem effekt og bivirkninger ved brug af antihypertensiva hos demente er derfor ringe belyst. Det er muligt, at demente har flere bivirkninger og mindre effekt af den blodtryksænkende behandling. Observationelle studier har fundet en sammenhæng mellem forhøjet blodtryk midt i livet og risikoen for udvikling af demens. Andre studier finder at et lavt blodtryk hos ældre er associeret med øget risiko for demens. Det er tidligere diskuteret, om behandling af hypertension kan øge risikoen for demens eller progression af sygdommen, ved at nedsætte evnen til at kontrollere den cerebrale perfusion (2,3). Man kan derfor forestille sig, at aggressiv behandling med antihypertensiva hos personer med demens kan forværre den kognitive funktion (2).

### Population

Patienter med en demenssygdom >80 år og hypertension i behandling med antihypertensiva.

### Intervention

Behandling med antihypertensiva til højere behandlingsmål end i nationale anbefalinger.

### Comparison

Behandling med antihypertensiva til vanlige rekommanderede behandlingsmål i nationale anbefalinger.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
<i>Død</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Kardiovaskulære hændelser (AMI, apopleksi og lignende relevante hændelser)</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Alvorlige bivirkninger (SAE)</i>	<i>I interventionsperioden</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Kognitiv funktion (fx MMSE eller anden relevant test)</i>	<i>1-14 dage efter intervention</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Antal fald</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Vigtigt</i>
<i>Ortostatisk hypotension</i>	<i>Længst mulig behandlingstid</i>	<i>Vigtigt</i>

Søgeord på engelsk:

Dementia, hypertension, antihypertensive agents, side effects, 'hypertension/drug therapy', blood pressure

(1) [www.cardio.dk](http://nbv.cardio.dk/hypertension). Available at <http://nbv.cardio.dk/hypertension>. Accessed 21-01-2018.

(2) Harrison JK, Van Der Wardt V, Conroy SP, Stott DJ, Dening T, Gordon AL, Logan P, Welsh TJ, Taggar J, Harwood R, Gladman JR. New horizons: the management of hypertension in people with dementia. *Age Ageing*. 2016 Nov;45(6):740-746

(3) Beishon LC, Harrison JK, Harwood RH, Robinson TG, Gladman JR, Conroy SP. The evidence for treating hypertension in older people with dementia: a systematic review. *J Hum Hypertens*. 2014 May;28(5):283-7