



Månedssbladet Rationel Farmakoterapi

Nr. 2 - April 2023



Antipsykotika til ældre med demens

Peter Skov Esbech
Indsætter for Rationel
Farmakoterapi i Sundhedsstyrelsen

Zandra Nymand Ennis
Farmakologi, OUH
og Indsætter for Rationel
Farmakoterapi i Sundhedsstyrelsen

Majken Wulff Nielsen
Lægerne i Skaarup

I samarbejde med enhed for ældre
og demens i Sundhedsstyrelsen

Simon Tarp
Enhed for evidensbaseret
medicin i Sundhedsstyrelsen

Solveig Forberg
Indsætter for Rationel
Farmakoterapi i Sundhedsstyrelsen

Brugen af antipsykotisk medicin, særligt lav-dosis quetiapin, blandt personer med demens, har været stigende over de sidste år. Antipsykotisk medicin har alvorlige bivirkninger, som personer med demens er særligt sårbare over for, hvorfor det skal betragtes som sidste udvej. Der bør forsøges med non-farmakologiske metoder, der er nævnt i artiklen her, for at undgå at ordinere antipsykotisk medicin. Derudover er der flere tilstande, som behandles bedre med andre præparater, hvilket er skitseret i artiklen. Når ovenstående tiltag er forsøgt, er der situationer, hvor det kan være nødvendigt at behandle kortvarigt med antipsykotisk medicin.

Introduktion

Brugen af antipsykotika til ældre personer er steget over de sidste år, både til personer med og uden demens. Blandt personer med demens er der også en stigning hos dem uden en psykiatrisk diagnose, hvorimod der er et let dalende niveau for personer med både demens og en psykiatrisk diagnose (1). Ordinationsmønstrene for de sidste år viser, at flere borgere får udskrevet første recept af antipsykotika af praktiserende læger (1,2). I artiklen fokuseres på 3 undergrupper, hvor personer med demens umiddelbart vurderes at være i højest risiko for at blive behandlet med antipsykotika: dem med delirøs tilstand, dem med adfærdsforstyrrelser og dem med behov for beroligende medicin. Dette månedsblad vil skitsere nogle af de årsager, som gør brugen af antipsykotika til personer med demens problematisk og hvilke non-farmakologiske faktorer, der skal tages højde for.

Populationen

Personer med demens taber gradvist deres kognitive evner, hvilket gør behandlingen betydeligt mere kompleks. I takt med sygdomsprogressionen kommer

der oftest også BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia); symptomer, der kan forveksles med psykotiske tilstande. Personen med demens kan eksempelvis frembyde med en adfærd, som kan forveksles med vrangforestillinger, hallucinationer og agitation (3,4). Forløbet omkring behandling besværliggøres på grund af demenssymptomer, fx nedsat forståelses- og formuleringsevne, samt at der ikke er tilstrækkelig med indgående viden om personen hos plejepersonalet, og manglende kontinuitet i hvem der er omkring personen med demens. Lægen kan derfor opleve at ende i situationer, hvor der er behov for beroligende medicin fremfor mere ideelle og langsigtede løsninger (5-7).

Lægemidler

De hyppigst brugte antipsykotiske lægemidler til personer med demens er quetiapin (særligt i lave doser), risperidon, haloperidol og olanzapin. Størstedelen af forbruget er lav-dosis quetiapin, som dækker 1/3 af alle indløste antipsykotika-recepter til personer med demens i perioden 2016-2021 (1).

Overordnet har behandling af adfærdsforstyrrelser med antipsykotika hos personer med demens oftest kun lille effekt (7). Behandling af delirium med antipsykotisk medicin er symptomlindrende og afkorter ikke forløbet (8). Antipsykotiske lægemidler er forbundet med en lang række bivirkninger, som bl.a. afgøres af de enkelte lægemidlers receptoraffinitet (9). Typiske bivirkninger er opsummeret i boks 1 (10-15). Det er primært den beroligende effekt af lægemidlet, der udnyttes. Den antipsykotiske effekt indtræder først efter uger til måneder.

Boks 1

Bivirkninger ved antipsykotisk medicin hos personer med demens

Øget dødelighed

Øget risiko for cerebrale events

QTC-forlængelse

Sedation

Antikolinerg belastning

- Svimmelhed/faldtendens
- Fald i kognitive evner

Vejledninger og behandlingsplan

Sundhedsstyrelsen har en vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser (16), som er beskrevet i IRFs månedsblad fra januar 2020 (17). Denne vejledning har til hensigt at beskrive de overordnede rammer for behandling med antipsykotiske lægemidler med formålet om at sikre kvaliteten i behandlingen. Her er god praksis beskrevet, når man ordinerer antipsykotiske lægemidler. Denne vejledning er dog ikke juridisk bindende. Hvis der afviges fra vejledningen, skal den ordinerende læge journalføre sine argumenter.

Personer med demens skal som udgangspunkt ikke behandles med antipsykotiske lægemidler, da der er markant øget risiko for alvorlige bivirkninger(16).

Der skal altid foreligge en behandlingsplan ved behandling med antipsykotiske lægemidler, der indeholder indikation, ordinationen samt forventet behandlingsvarighed. Inden lægen starter behandlingen, er det vigtigt, at lægen laver en nøje udredning af årsagen til symptomerne, og fastsætter en dato for seponering eller revurdering. Lægen skal også vurdere, om symptomerne kan være udløst af den medicin, som patienten får.

Der bør laves en skriftlig dokumentation af det forventede behandlingsmål, da det kan hjælpe øvrige behandlings- og plejegrupper omkring patienten til at dokumentere relevante observationer samt til vurdering af effekt af behandlingen. Behandlingsplanen skal indeholde en plan for monitorering af patienten, samt overvejelser om hvornår patienten bør viderehenvises til relevant speciale. Hvis der er behov for længerevarende behandling med antipsykotiske lægemidler, er det altid en speciallæge i psykiatri, der skal vurdere det (16). Hvis personen med demens skal i længerevarende behandling med antipsykotika, skal der lægges en monitoreringsplan ud fra de krav, der er beskrevet i vejledningen og ud fra det, der giver mening i situationen ud fra et lægefagligt skøn.

Forfattergruppen til denne artikel har et forslag til en frase, der kan benyttes i en praksis-journal, som dækker de punkter, der genfindes i vejledningens behandlingsplan (boks 2).

Boks 2

Forslag til frase i praksisjournal

- Indikation
- Underbyggelse af indikation
- Ordination
- Ansvarlig læge
- Forventet varighed og opfølgning
- Forventede mål
- Plan for observationer
- Tidspunkt og kriterier for vurdering ved psykiater

Udfordringer omkring brugen af antipsykotika

Ved behandling af personer med demens med antipsykotika er kommunikation på tværs af faggrupper og et højt off-label forbrug af lavdosis quetiapin centrale udfordringer.

Lav-dosis quetiapin udgør 1/3 af den antipsykotiske medicin, der bliver udskrevet til personer med demens uden en psykiatrisk diagnose. Ved behandling med quetiapin i lav dosis udnyttes den let sederende effekt, som kan opnås ved markant lavere doser end der bruges til psykose-lidelser. Der har fra 2014 til 2021 været et faldende forbrug af benzodiazepiner og stigende brug af lav-dosis quetiapin. Desuden udstedes de fleste førstegangsrecepter på lavdosis quetiapin i almen praksis (1,2,18). Ikke alle bivirkninger er dosis-afhængige, og quetiapin i lave doser kan også medføre alvorlige bivirkninger for personer med demens på grund af deres i forvejen nedsatte kognitive funktioner. Quetiapin har bl.a. stærk antikolinerg effekt. I kombination med patientens øvrige medicin kan den samlede antikolinerge belastning medføre både perifer (fx obstipation og urinretention) og centrale bivirkninger (fx svimmelhed, konfusion eller faldtendens) (19). Antikolinerge bivirkninger er også relevante at have sig for øje, når der udføres medicingennemgang. Til dette har Sundhedsstyrelsen udgivet flere støttematerialer (20,21).

Behandling af organisk delirium med antipsykotisk medicin afkorter ikke forløbet (8). Når behandling iværksættes ved organisk delirium, skal det være for at sikre, at personen kan få den fornødne behandling eller afbøde umiddelbar fare for personen selv eller dennes omgivelser. Indikationsområderne for behandling af organisk delirium med antipsykotisk medicin ligger meget tæt op ad betingelserne, der skal være opfyldt for at kunne igangsætte tvangsbehandling.

Kommunikation på tværs af faggrupper kan være udfordret af manglende kontinuitet i det personale, der er omkring patienten. Derfor er det vigtigt at have nogle faste punkter, som altid gennemgås inden opstart af antipsykotisk behandling

1. udredning og udelukkelse af somatisk fokus
2. varighed af den ændrede adfærd, situationer og hyppighed for adfærden, tidspunkt på døgnet
3. redegørelse for hvilke non-farmakologiske tiltag, der har været afprøvet
4. Indblik i døgn- og plejeplaner samt graden af kendskab til personen med demens.

Rationelt brug af beroligende lægemidler til personer med demens

Tilgangen til konkrete handlingsforslag er opdelt for de tre afgrænsede populationer. Personer med demens med behov for beroligende lægemidler er delt op i angst/uro symptomer og søvnproblemer, da der er et relativt stort overlap i symptomatologi, men forskellige fremgangsmåder (tabel 4).

Personen med demens har, på grund af nedsatte kognitive evner, ofte svært ved at give udtryk for hvordan de har det, hvad de føler eller har brug for. Hvis ikke omgivelserne har et indgående kendskab til personen med demens, kan det være

vanskeligt at forstå hvilke behov og ønsker, som skal imødekommes for at sikre trivsel for den enkelte.

Når personen med demens ikke er i trivsel, såvel fysisk som psykisk, kommer det ofte til udtryk gennem ændret adfærd. Ofte starter den ændrede adfærd som søvnforstyrrelser, motorisk uro, koncentrations- og opmærksomhedsforstyrrelser, eller manglende evne til følelsesmæssig selvregulering fx gråd, irritation og aggression.

Plejepersonalet kan søge viden om hvordan demenssygdom påvirker de kognitive evner, og hvordan de kan arbejde forebyggende og systematisk med uforståelig adfærd og non-farmakologiske tiltag, fx sansestimulation, seksuelle behov, adfærdsmæssige symptomer og personcentreret omsorg i Sundhedsstyrelsens Demenshåndbøger (22,23)

Ved søvnproblemer

Det anslås, at 45% af ældre med demens har søvnproblemer (4). Søvnproblemer er også en velkendt risikofaktor for udvikling af depression hos ældre (24). Det betragtes som specialstopgave at udrede depression blandt personer med demens (25). Til søvnproblemer hos personer med demens er non-farmakologiske tiltag første-valg (tabel 3) (4,26).

Såfremt disse tiltag ikke er nok, eller det ikke kan iværksættes grundet demenssymptomerne, kan der overvejes farmakologisk behandling. Da ældre udskiller mindre melatonin end yngre, og lægemidlet ikke har samme bivirkningsprofil som alternativerne, bør man starte med dette. Herefter kan

overvejes behandling med hypnotika eller sederende antidepressiva (lavdosis mirtazapin eller mianserin) (4). Der skal ikke bruges lavdosis antipsykotika som sovemedicin. Hvis farmakologisk behandling iværksættes, bør man hurtigt og hyppigt følge op.

Ved angst- og urosymptomer

Sundhedsstyrelsen udgav i 2013 en klinisk retningslinje for Udredning og behandling af demens. Retningslinjen er i dag ikke gældende, men der er dog nogle pointer, som kan benyttes.

Ved behov for farmakologisk behandling bør det overvejes at benytte et benzodiazepin med kort halveringstid (oxazepam). Behandling med antiepileptika anbefales ikke (27) (tabel 4).

Før beroligende medicin opstartes, kan man med fordel se på patientens hverdag og identificere hvilken døgnrytme patienten har, og hvornår på døgnet behovet opstår. Er der nogle situationer, som udløser behovet, som kan undgås? Det er vigtigt at få afklaret sammen med plejepersonale og pårørende i hvor stor grad, der er tale om uforståelig adfærd. Hvis ikke plejepersonalet har indgående kendskab til personen med demens, deres livshistorie, personlighed og præferencer i livet, kan der opstå situationer med misforståelser og aggression. I hvor høj grad er personen med demens involveret i såvel sociale som meningsfulde aktiviteter i hverdagen?

Tabel 1

Non-farmakologiske metoder til både forebyggelse og behandling af organisk delirium	
Sanseoptimering	Hvis patienten har nedsat syn eller hørelse, skal det sikres, at briller og høreapparat er tilpasset og anvendes dagligt. Nedsat kognitiv funktion samt forstyrret perceptionsevne kan bevirke, at patienten har brug for enkle og genkendelige omgivelser. Berøring og samtidig guidning kan ofte afhjælpe forvirring og forstyrret sanseopfattelse. Ofte er der ikke tale om overstimulering af patienten, men fejl-stimulering.
Orientering og kognitiv stimulation	Hvis patienten er i uvante omgivelser, er det vigtigt, at personalet er gennemgående de samme. Gentag og italesæt både dit eget og patientens navn, tid og sted, det hjælper patienten til at kunne holde sig orienteret. Øjenkontakt, rolig og ligeværdigt sprog i samtalen kan hjælpe patienten til at føle sig tryk.
Skærmede omgivelser	Undgå uvedkommende og uhensigtsmæssige stimuli, og planlæg medicinadministration og undersøgelser, så patientens søvn ikke afbrydes. Begræns aktivitet og lyde omkring patienten, da både perceptions- og sanseopfattelsen vil være påvirket.
Mobilisering	Patienten bør flere gange dagligt tilbydes at blive mobiliseret, som minimum til alle måltider. Daglige gåture kan medvirke til fysisk træthed, bedre hvile og ro, samt afhjælpe immobilisation fx obstipation. Tilbyd passende gangredskab.
Ernæring og hydreringsgrad	Vurdér ernæringstilstand og hydreringsgrad og evt. problemer her. I forebyggelsesøjemed kan det være relevant at få en vurdering ved en diætist.
Døgnrytme	Understøt patientens naturlige døgnrytme. Patienten skal tilbydes hvile og stille perioder, gerne flere gange i løbet af døgnet. Spørg evt. pårørende om de har kendskab til aftenritualer, eller om de har mulighed for at blive til patienten sover til natten.

Ved adfærdsforstyrrelser

Symptomer, der tolkes som adfærdsforstyrrelser, BPSD, kan også være udtryk for fx somatisk sygdom, bivirkninger ved medicin eller uopfyldte behov (tabel 2). Da symptomatologien kan forveksles med delirium skal varigheden af symptomer, og hvordan de er debuteret tages in mente. Hvis der findes en udløsende faktor, behandles denne. Hvis ikke den udløsende årsag identificeres, kan det overvejes om personens demens-behandling kan optimeres, fx op- eller nedjustering/seponering af memantin eller donepezil i samråd med ældrepsykiatrien og under hensyntagen til bivirkninger (7). Op mod 10% oplever hallucinationer under donepezilbehandling (28).

Hvis personen er til fare for sig selv eller andre, kan kortvarig antipsykotisk medicin overvejes. I de situationer anbefales et 2. generations antipsykotika (7). Risperidon er eneste godkendte 2. generations antipsykotikum til personer med demens. En startdosis på 0,25 mg oral opløsning to gange dagligt anbefales. Den orale opløsning er den anbefalede lægemiddelform til indgivelse af 0,25 mg. Denne dosering kan justeres individuelt i trin på 0,25 mg to gange dagligt efter behov, men ikke hyppigere end hver anden dag. Den optimale dosis er 0,5 mg to gange dagligt for de fleste patienter. Nogle patienter kan dog have fordel af doser op til 1 mg to gange dagligt. Førstegenerations antipsykotika (fx haloperidol) bør ikke anvendes til personer med demens (7). Behandlingen skal ved ordination have en seponeringsdato og ikke foregå i længere end 6 uger.

Ved delirøs tilstand

Behandling af organisk delirium bør behandles trinvist, hvor behandling af den udløsende, somatiske årsag er førsteprioritet som ved BPSD. Dernæst sikres de non-farmakologiske metoder til både forebyggelse og behandling (11).

Man bør sikre en god plejeindsats i forhold til bl.a.:

- Ernæring og væske
- Toiletbesøg (forebyggelse af obstipation og urinretention)
- Personlig hygiejne
- Mobilisering og let fysisk aktivitet i dagtimerne
- Tiltag der understøtter en god og uafbrudt nattesøvn

Stress og angst kan formodentligt forstærke delirium-symptomer og forlænge tilstanden. Det er derfor vigtigt at sørge for ro, tryghed og støtte til orientering. Det kan fx ske ved at:

- Have en tæt og stabil personalekontakt. Vær så få nye personer omkring personen som muligt.
- Inddrage pårørende, som kan være med til at skabe ro og tryghed for personen med delirium.
- Tilpasse kommunikationen til personens kognitive niveau, fx ved at bruge et enkelt sprog uden for mange valg og informationer.
- Sørge for, at personen har de optimale betingelser for sanseindtryk og kommunikation, fx at personen får eventuelle briller og høreapparat på.
- Tilpasse sansestimuli (fx synsindtryk og lyde) til den enkelte, bl.a. ved hjælp af afskærmning, og give mulighed for, at personen kan trække sig tilbage til et roligt miljø.

Hvis ovenstående ikke er muligt, kan det overvejes at tillægge antipsykotisk medicin (tabel 4). Det bør dog kun anvendes i tilfælde, hvor patienten er i en tilstand, der betyder, at nødvendig behandling forhindres, eller at patienten er til fare for sig selv og/eller andre. Valg af antipsykotisk lægemiddel afhænger af patientrelaterede faktorer så som komorbiditet og øvrig medicin.

Tabel 2

Mulige årsager til symptomer, der kan fejltolkes som adfærdsforstyrrelser (7)	
Somatisk sygdom	Fx forstoppelse, dehydrering, smerter eller urinvejsinfektion.
Bivirkninger	Kritisk gennemgang af medicinliste med blik for polyfarmaci samt antikoagulerende lægemidler.
Nyligt eller langsomt opståede symptomer	Differentiering mellem hurtigt opståede eller langsomt udviklende symptomer på adfærdsforstyrrelser til at skelne mellem adfærdsforstyrrelser eller delirium. Spørg ind til normalt søvnmønster, toiletvaner, ernæringsindtag og udskillelser samt generel trivsel i dagligdagen.
Uopfyldte behov	Tilpasset motion, ernæring og hydrering.
Eksistentielle behov	I hvilken grad er hverdagen fyldt af meningsfuldt livsindhold, tilstrækkelig social kontakt og nærværende familierelationer.

Tabel 3

Non-farmakologiske tiltag ved søvnproblemer	
Behandle medvirkende årsager	Sørg for at dæmpe lys og lyde om aften. Tilbyd varm mad og drikke fx varm kakao. Reducér mængden af sukker, alkohol og koffein. Tilpas fysisk aktivitet og hvile igennem døgnet. Anvend fx musik inden sovetid. Benyt søvnskema til fastlæggelse af søvnmønster.
Søvnhygiejne	For eksempel smerter, vandladningsproblemer eller åndenød. Vær opmærksom på evt. overset infektion, obstipation, brud efter fald. Udeluk at symptomerne skyldes bivirkninger grundet overmedicinering.
Fysisk aktivitet	Let fysisk aktivitet flere gange i løbet af dagen (mindst 10 minutter) Gerne en daglig gåtur udendørs.
Toiletvaner	Anvend toiletskema for at sikre gode toiletrutiner samt at sidste toiletbesøg ikke ligger for langt fra eller for tæt på søvntidspunkt.

Korrektion til Månedssbladet Rationel Farmakoterapi 2, 2022: Hormonal kontraktion – hvad skal jeg vælge?

Der er desværre opdaget to fejl af større betydning i artiklen fra Månedssbladet nr. 2, 2022, der kan skabe unødigt bekymring for brystkræft ved brug af gestagenspiral, hvor der ellers er god grund til brug. Det skyldes en forkert gengivelse af nogle tal.

I artiklen stod, at der kan være en 20% øget risiko for brystkræft ved brug af gestagenspiral. Det tal overestimerer højst sandsynligt risikoen ved brug af spiralen. Det skal samtidig bemærkes, at evidensen på området er begrænset.

Det korrekte budskab er, at der ved brug af gestagenspiral er en let øget risiko for brystkræft. I et referencestudie (Mørch et al.) blev følgende absolutte tal fundet; 70 ud af 100.000 kvinder med gestagenspiral udviklede brystkræft, sammenlignet med at 55 ud af 100.000 kvinder uden gestagenspiral udviklede brystkræft.

I artiklen står desuden, at risiko for brystkræft ligeledes er angivet til at stige proportionelt med varighed af brugen. Det er heller ikke korrekt, da der for gestagenspiralbrug ikke er fundet stigende risiko for brystkræft proportionelt med varighed af brug.

Se en mere dybdegående forklaring her: www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Rationel-Farmakoterapi-2-2022/Hormonal-kontraktion-hvad-skal-jeg-vaelge

Undgå at linke til Medicinmedfornuft-hjemmesiden

Sundhedsstyrelsen har tidligere haft hjemmesiden medicinmedfornuft.dk med gode råd om medicin.

Hjemmesiden er blevet overtaget af en anden organisation, som ikke har med Sundhedsstyrelsen at gøre, men som har genbrugt tekst fra IRF. Vil I linke til Sundhedsstyrelsens sider, bedes I derfor bruge dette link i stedet www.irf.dk

Habilitetserklæringer, supplerende figurer og referencer kan ses på irf.dk

Udgivet af:
Sundhedsstyrelsen
Indsatser for Rationel
Farmakoterapi Islands Brygge 67
DK-2300 København S

Tlf.: 72 22 74 00
Mandag - fredag
9.30-15.00
E-mail: irf@sst.dk
www.sst.dk

Redaktør:
Solveig Forberg
Hanne Madsen
Zandra Nymand Ennis

Redaktionskomité:
Maria Herlev Ahrenfeldt
(ansvarshavende)
Gitte Krogh Madsen
Birgitte Klindt Poulsen
Hans Christian Kjeldsen

Sats og layout:
Sundhedsstyrelsen
Tryk: Stibo Complete
Design:
Sundhedsstyrelsen
ISSN 2245 9936

Table 4

Behandlingsforslag til symptombilleder med uro hos personer med demens				
Problem	Søvnproblemer	Nyopståede uro/ angstsymptomer	Adfærds- forstyrrelser	Delirøs tilstand
Symptomer	<p>Indsovningsbesvær</p> <ul style="list-style-type: none"> • Varierende sengetidspunkter • Urolig ved mørke <p>Gennemsovningsbesvær</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyppige toiletbesøg • Udækket mad- og væskebehov • Urolige drømme • For varmt/koldt 	<ul style="list-style-type: none"> • Formålsløs vandren • Svært ved stillesiddende aktivitet • Svær at fastholde kontakten med • Urolig og "pillende" adfærd • Bekymret, grædende og utrøstelig • Føler sig forfulgt 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritation/aggression • Vred og opfarende • Højtråbende • Manglende situationsfornemmelse • Fysisk udadrettet adfærd 	<ul style="list-style-type: none"> • Opmærksomhedsforstyrrelser • Fluktuerende symptomatologi • Påvirket kognition (hallucinationer/vrangforestillinger)
Tidsperspektiv	Uger	Uger	Uger	Timer
Non-farmakologiske behandlingsforslag	<ul style="list-style-type: none"> • Søvnskema • Rolige omgivelser • Gode gentagende aftenvaner • Afstemning af forventninger til søvnmønster • Overvej depressions-udredning 	<ul style="list-style-type: none"> • Genkendelige omgivelser og personale • Kontakt og nærhed • Enkelt sprog/samtale • Berøring og spejling • Gåture i naturen • Afslappende musik • Genkendelige fysiske gøremål 	<ul style="list-style-type: none"> • Afklar varighed på ændret adfærd • Udred somatisk årsag • Demens-udredning • Inddrag viden om livshistorien, personlighed og daglige rutiner 	<ul style="list-style-type: none"> • Udred somatisk årsag • Optimér omgivelser • Gennemgå medicin
Farmakologiske behandlingsforslag	<ul style="list-style-type: none"> • Melatonin 2 mg • Zopiclon, 3,75 mg • Lavdosis mianserin eller mirtazepin, kun hvis behandling med godkendte lægemidler er uhensigtsmæssigt 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxazepam, 7,5 mg pn. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan demensbehandling optimeres (overvej seponering) • Overvej SSRI-behandling <p>Ved aggressiv og fysisk udadrettet adfærd</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risperidon 0,25 mg x 2 dgl. 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandling af underliggende årsag • Hvis man er til fare for sig selv eller andre, kan der anvendes antipsykotika kortvarigt
Behandlingsnote	Kortvarig farmakologisk behandling for at opbygge gode vaner, evt. sammen med personale/pårørende	Kortvarig (op til 4 uger) farmakologisk behandling for at opbygge gode vaner evt. sammen med personale/pårørende	Supplerende antipsykotika <6 uger	Supplerende antipsykotika kun kortvarigt

Referencer

1. Sundhedsdatastyrelsen. Antipsykotika [Internet]. [henvist 21. december 2022]. Tilgængelig hos: <https://www.esundhed.dk/home/emner/laegemidler/antipsykotika>
2. Højlund M, Rasmussen L, Olesen M, MunkOlsen T, Pottegård A. Who prescribes quetiapine in Denmark? *Br J Clin Pharmacol.* september 2022;88(9):4224–9.
3. Demens, adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer (BPSD) [Internet]. [henvist 19. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/geriatri/tilstande-og-sygdomme/demenssygdomme/demens-adfærdsforstyrrelser-og-psykiske-symptomer-bpsd/>
4. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for demens og medicin. Sundhedsstyrelsen; 2018.
5. Personcentreret omsorg i praksis. Version: 1. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2019.
6. Nationalt Videnscenter for Demens. Kommunikation og demens [Internet]. [henvist 21. december 2022]. Tilgængelig hos: <https://videnscenterfordemens.dk/da/kommunikation-og-demens>
7. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens: national klinisk retningslinje. Sundhedsstyrelsen; 2019.
8. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse og behandling af organisk delirium: national klinisk retningslinje. 2. udgave. Sundhedsstyrelsen; 2021.
9. Indsatser for Rationel Farmakoterapi. Antipsykotika - Effekt og bivirkninger. Månedstidsskriftet Rationel Farmakoterapi [Internet]. 2016;(3). Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/rationel-farmakoterapi-3-2016>
10. Ballard CG, Gauthier S, Cummings JL, Brodaty H, Grossberg GT, Robert P, m.fl. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol.* maj 2009;5(5):245–55.
11. Nørgaard A, JensenDahm C, Wimberley T, Svendsen JH, IshtiaqAhmed K, Laursen TM, m.fl. Effect of antipsychotics on mortality risk in patients with dementia with and without comorbidities. *J Am Geriatr Soc.* april 2022;70(4):1169–79.
12. Olanzapin [Internet]. Lægemedelstyrelsen; Tilgængelig hos: [Produktresumé.dk](https://www.sst.dk/da/produkter/olanzapin)
13. Quetiapin [Internet]. Lægemedelstyrelsen; Tilgængelig hos: [produktresumé.dk](https://www.sst.dk/da/produkter/quetiapin)
14. Risperidon [Internet]. Lægemedelstyrelsen; Tilgængelig hos: [Produktresumé.dk](https://www.sst.dk/da/produkter/risperidon)
15. Serenase [Internet]. Lægemedelstyrelsen; Tilgængelig hos: [Produktresumé.dk](https://www.sst.dk/da/produkter/serenase)
16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser [Internet]. jun 5, 2014. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2014/9276>
17. Indsatser for Rationel Farmakoterapi. Sundhedsstyrelsens vejledninger på lægemiddelområdet med relevans for almen praksis. Månedstidsskriftet Rationel Farmakoterapi [Internet]. 2020;(1). Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/Rationel-Farmakoterapi-1-2020/Sundhedsstyrelsens-vejledninger-p%C3%A5-l%C3%A6gemiddelomr%C3%A5det-med-relevans-for-almen-praksis>
18. Højlund M, Andersen JH, Andersen K, Correll CU, Hallas J. Use of antipsychotics in Denmark 1997–2018: a nation-wide drug utilisation study with focus on off-label use and associated diagnoses. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021;30:e28.
19. Sundhedsstyrelsen. Antikolinerge lægemidler [Internet]. [henvist 20. december 2022]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/viden/laegemidler/rationel-farmakoterapi/medicinnemgang/antikolinerge-laegemidler>
20. Sundhedsstyrelsen. Seponeringslisten [Internet]. SST.dk. 2023. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/viden/Laegemidler/Rationel-Farmakoterapi/Medicinnemgang/Seponeringslisten>
21. Sundhedsstyrelsen. Medicinnemgang i praksis [Internet]. SST.dk. 2023. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/medicinnemgang-i-praksis>
22. Personcentreret omsorg i praksis [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2019. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/Vaerdighed/Udgivelser-cases-og-film/2019/Demenshaandbog-Personscentreret-omsorg-i-praksis>
23. Metoder til at forstå adfærdsmæssige og psykiske symptomer i praksis [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2019. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/Vaerdighed/Udgivelser-cases-og-film/2020/Demenshaandbog-Metoder-til-at-forstaa-adaerdsmaessige-og-psykiske-symptomer-i-praksis>
24. Cole MG, Dendukuri N. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry.* juni 2003;160(6):1147–56.
25. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens Specialeplan for psykiatri [Internet]. Sundhedsstyrelsen; [henvist 20. marts 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/Specialplanlaegning/Gaeldende-specialeplan/Specialplan-for-psykiatri>
26. Indsatser for Rationel Farmakoterapi. Håndtering af insomni hos voksne i almen praksis. Månedstidsskriftet Rationel Farmakoterapi [Internet]. 2018;(8). Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/Rationel-Farmakoterapi-8-2018/H%C3%A5ndtering-af-insomni-hos-voksne-i-almen-praksis>
27. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. Sundhedsstyrelsen; 2013.
28. Donepezil [Internet]. Lægemedelstyrelsen; Tilgængelig hos: [Produktresumé.dk](https://www.sst.dk/da/produkter/donepezil)