

Uteslut somatiska tillstånd och undvik neuroleptika vid demens

Vid demens ska patienter med psykiatriska symtom och beteendeproblem först undersökas kliniskt för att utesluta somatiska orsaker. Neuroleptika bör undvikas och icke-farmakologiska metoder användas.

Psykiatriska symtom och beteendeproblem är vanligt förekommande vid demens. Symtomen varierar under sjukdomsförloppet och kan orsakas av olika somatiska tillstånd som bör uteslutas före behandling (Tabell 1) [1].

Läkemedelsbehandling har visat sig ha dålig effekt vid många psykiatriska symtom vid demens. Omvårdnadsåtgärder och förändring av miljön kan istället vara värt att pröva [2].

Atypiska neuroleptika bör på grund av sina cerebrovasculära biverkningar sättas in först efter noggrant övervägande [3,4]. Studier saknas fortfarande på effekten av läkemedelsbehandling vid demens med psykiatriska symtom och beteendeproblem [3,5]. Kritik har också riktats mot mätbarheten av symptomförändringar [6].

Någon ekonomisk vinst med läkemedelsbehandling har inte kunnat visas [7]. Uppföljning och utsättning av atypiska neuroleptika bör göras regelbundet [8].

Tabel 1. Somatiska orsaker till psykiatriska symtom och beteendeproblem vid demens

- kardiovaskulär sjukdom
- kronisk obstruktiv lungsjukdom
- infektion
- smärta
- neuropati
- anemi
- metaboliska tillstånd
 - njursvikt
 - uttorkning
 - hyponatremi
 - hypo/hyperglykemi
 - leversvikt
 - hypo/hypertyreos
 - hypercalcemi
- malnutrition
- törst
- inkontinens
- förstoppning

Läksaks expertgrupp för geriatriska sjukdomar

Referenser

1. Volicer L, Hurley AC. Management of behavioral symptoms in progressive degenerative dementias. *J Gerontol Med Sci* 2003;58A:837-45. [PubMed](#)
2. Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, et al. Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56(9):1154-66. [PubMed](#), [Fulltext](#)
3. Herrmann N, Lanctôt KL. Pharmacologic management of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer disease. *Can J Psychiatry*. 2007;52:630-46. [PubMed](#), [Fulltext](#)
4. Ballard C, Lana MM, Theodoulou M, Douglas S, McShane R, Jacoby R, et al. A randomised, blinded, placebo-controlled trial in dementia patients continuing or stopping neuroleptics (the DART-AD trial). *PLoS Med*. 2008;5:e76. [PubMed](#), [Fulltext](#)
5. Yury CA, Fisher JE. Meta-analysis of the effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of behavioural problems in persons with dementia. *Psychother Psychosom*. 2007;76:213-8. [PubMed](#)
6. McNeal K et al. Using risperidone for Alzheimer's dementia associated psychosis. *Expert Opin. Pharmacother* 2008;9:2537-43. [PubMed](#)
7. Rosenheck RA, Leslie DL, Sindelar JL, Miller EA, Tariot PN, Dagerman KS, et al. Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness-Alzheimer's Disease (CATIE-AD) investigators. Cost-benefit analysis of second-generation antipsychotics and placebo in a randomized trial of the treatment of psychosis and aggression in Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:1259-68. [PubMed](#), [Fulltext](#)
8. Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Aarsland D. Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study--The Bergen District Nursing Home Study (BEDNURS). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23:889-95. [PubMed](#)
9. Vård av personer med demenssjukdom - vad vet vi i dag? [SBU](#)