

BUDSKABER

Antipsykotika – undgå behandling til ældre uden psykotisk lidelse og genovervej indikationen hos dine ældre patienter

Forbruget af antipsykotika blandt ældre er stigende – særligt quetiapin, der ofte anvendes i lav styrke. Antipsykotika udgør hjørnестenen i behandlingen af psykotiske lidelser som fx skizofreni, også hos ældre. Præparaterne bruges imidlertid også til bl.a. adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos demente (behavioural and psychological symptoms of dementia, BPSD), organisk delir samt angst og søvnløshed. Til disse indikationer er evidensgrundlaget sparsomt og effekten typisk beskedent. Således vil balancen mellem gavnlige og skadelige effekter ofte være ugunstig, idet anvendelse af antipsykotika er associeret med potentielt alvorlige bivirkninger – særligt hos ældre.

• Undgå langtidsbehandling med antipsykotika til ældre

- Med demens
- Med organisk delir
 - I alvorlige tilfælde, hvor den demente eller delirøse patient er forpint af psykotiske symptomer, svær agitation eller til fare for sig selv eller andre, kan kortvarig behandling med antipsykotikum i lav dosis (risperidon) overvejes – non-farmakologiske tiltag er dog førstevalg

• Undgå behandling med antipsykotika til ældre med

- Primær insomni (off label)
- Ikke psykotisk angst (off label)
- Antipsykotika skal anvendes i lavest effektive dosis og kortest mulige behandlingsvarighed – dosering er en tiendedel til halvdelen ift. yngre
- Der bør monitoreres hyppigt for effekt og bivirkninger, og indikationen revurderes regelmæssigt
- Effekten af antipsykotika til ældre ved de ovennævnte indikationer er sparsomt belyst og er enten beskedent eller ikke dokumenteret
- Ældre og demente er særligt følsomme for bivirkninger (fx ekstrapyramidale symptomer, antikolinerge bivirkninger og fald)
- Blandt demente ses øget dødelighed og øget forekomst af cerebrovaskulære hændelser
- Ved seponering kan ses bedring af fx kognitiv funktion, opmærksomhed, fysisk formåen, balance, gang, tremor, muskelspasmer og nedsat risiko for fald
- Antipsykotika har et stort interaktionspotentiale, hvilket kan øge risikoen for bivirkninger. Da ældre ofte får anden medicin, kræves særligt opmærksomhed på interaktioner

Seponering rent praktisk

Undersøg indikationen for behandlingen og vurder, om der fortsat er indikation (herunder effekt vs. potentielle bivirkninger).

- Seponér hos demente i langvarig (>3 måneder) behandling. BPSD er ofte forbigående, og de fleste oplever ikke forværring efter seponering
- Seponér efter kortvarig behandling, fx ved organisk delir, når tilstanden er normaliseret
- Seponér hvor indikationen er primær insomni eller ikke-psykotisk angst

Planlæg seponering i samarbejde med patienten, pårørende og plejepersonale.

Aftrap gradvist, fx 25-50% dosisreduktion hver til hver 2. uge.

Aftrapning kan dog udelades ved lavdosis behandling.

Følg op hver til hver 2. uge under aftrapningen med fokus på seponeringssymptomer og recidiv af de symptomer, der oprindeligt indicerede behandlingen.

Ved indikationen BPSD vurderes patienten efter aftrapningen én gang pr. måned i mindst fire måneder. Ved recidiv forsøges først non-farmakologiske tiltag. Ved behov for genoptag af behandlingen kan ny aftrapning forsøges efter 3 måneder, hvis symptomerne er stabile.



UDDYBENDE INFORMATION

Præparater

Præparatvalg afhænger af indikationen.

De hyppigst anvendte antipsykotika til ældre (ordineret af praktiserende læger), rangeret efter hyppighed, er: Quetiapin, risperidon, haloperidol, olanzapin, chlorprothixen (Truxal[®]), flupentixol (Fluanxol[®]), aripiprazol og zuclopenthixol (Cisordinol[®]).

Virkningsmekanisme

Alle antipsykotika blokerer dopamin-D2-receptorer, og det er denne effekt, der menes at være afgørende for den antipsykotiske effekt. Flere antipsykotika blokerer også andre receptorer, som kan have klinisk betydning for både ønskede og uønskede effekter. Herunder medfører blokering af adrenerge og histaminerige receptorer sedation, mens blokering af serotonerge receptorer kan have betydning for effekt mod angst. Blokering af kolinerge receptorer kan mindske risikoen for ekstrapyramidale bivirkninger men på bekostning af en øget risiko for antikolinerge bivirkninger [2].

Effekt

Delir: Evidensen for anvendelse af antipsykotika til organisk delir er sparsom, og kvaliteten af de foreliggende studier er lav [3]. Man har ikke kunnet dokumentere signifikant effekt af antipsykotika på vigtige endepunkter som dødelighed, antal indlæggelsesdage og uro [4]. Der er klinisk erfaring for, at antipsykotika kan have en beroligende effekt på den agiterede og forpinte patient [3].

BPSD ved demens: Ved behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) forstås adfærdsmæssige (aggression, agitation/uro, irritabilitet), psykotiske (hallucinationer og vrangforestillinger) og affektive symptomer (depression, angst, apati, eufori) samt appetit- og søvnforstyrrelser. BPSD vil ramme 90% af demente [20]. Flere randomiserede studier har vist en statistisk signifikant effekt på psykose og aggression for risperidon, olanzapin og haloperidol vs. placebo, men ikke for quetiapin. Der er ikke vist effekt på øvrige BPSD-symptomer (som apati, rastløshed, »upassende« adfærd osv.). Effektstørrelsen er imidlertid på grænsen til klinisk relevant, og der er ikke vist effekt ud over 3 måneder [5,6,7,27].

Øvrige:

Primær insomni: Antipsykotika med sederende effekt (særligt quetiapin) anvendes off-label mod søvnløshed.

Der er imidlertid ikke evidens for effekten hos patienter uden psykiatrisk komorbiditet. Endvidere har effekten været sparsom, mens mange har oplevet bivirkninger [8,25,26,32].

Angst: Antipsykotika har i lave doser nogen anxiolytisk effekt ved ikke-psykotisk angst. De kan anvendes som alternativ til benzodiazepiner ved risiko for misbrug, men derudover har de begrænset anvendelse ved angst. I psykiatrien foretrækkes quetiapin (25-150 mg) ofte [9,24]. I en meta-analyse fandt man en signifikant effekt af 50-150 mg quetiapin pr. døgn ift.

placebo på generaliseret ikke-psykotisk angst (og en effekt på linje med SSRI). Ophør pga. bivirkninger var dog signifikant højere for quetiapin ift. placebo. Ingen af forsøgsdeltagerne var imidlertid over 65 år [10].

Bivirkninger

Bivirkninger til antipsykotika omfatter overordnet set ekstrapyramidale symptomer (EPS, fx akatisi/indre uro, dystoni og parkinsonisme), sedation/kognitiv påvirkning, autonome/antikolinerge bivirkninger, kardiovaskulære bivirkninger (ortostatisk hypotension, QT-forlængelse) og forstyrret metabolisme (fx. vægtøgning, diabetes, lipidforandringer) [2,11]. EPS ses hyppigst ved 1. generations antipsykotika – mindst risiko ses for fx quetiapin og olanzapin (særligt i lav dosis) [11, 30]. Ældre er mere udsatte for bivirkninger, hvorfor man bør udvise stor forsigtighed hos denne gruppe [13].

Tardiv dyskinesi (bevægeforstyrrelser og/eller indre uro, som kan være irreversibelt) ses 5-6 gange hyppigere hos ældre vs. yngre ved behandling med 1. generations antipsykotika [14,15]. Risikoen reduceres ved brug af 2. generations præparater i lav dosis og kort behandlingsvarighed [31].

Alle antipsykotika har i mere eller mindre grad antikolinerg virkning, og ældre er særligt sårbare for antikolinerge bivirkninger (kognitiv påvirkning, mundtørhed, obstipation, urinretention) [16,17]. Antipsykotika med mindst antikolinerg virkning er fx aripiprazol, risperidon, haloperidol og olanzapin, mens quetiapin er forbundet med en højere risiko [30]. Flere observationelle studier har fundet øget risiko for fald blandt ældre i behandling med antipsykotika [18].

Flere studier har vist øget mortalitet blandt demente, der behandles med antipsykotika. En metaanalyse af 17 randomiserede studier fandt en absolut risikoøgning på 1,9%-point ved behandling med 2. generations antipsykotika (olanzapin, aripiprazol, risperidon og quetiapin) sammenlignet med placebo (mortalitetsrisiko på 4,5% vs. 2,6%). Mortalitetsrisikoen er muligvis højere for 1. generations antipsykotika [5,6]. Årsagen til den øgede mortalitet er ukendt men kan skyldes alvorlige bivirkninger som apopleksi, AMI og arytmier [6]. Andre studier har endvidere fundet en op til tre gange øget risiko for cerebrovaskulære hændelser [19].



| Enzym | Substrat | Induktor | Inhibitor |
|---------------|---|---|--|
| CYP1A2 | Haloperidol Olanzapin | Tobaksrygning Omeprazol | Ciprofloxacin* |
| CYP2D6 | Haloperidol Olanzapin Risperidon Zuclopenthixol Aripiprazol Chlorprothixen | | Bupropion* Duloxetin Fluoxetin* Paroxetin* Haloperidol Terbinafin |
| CYP3A4 | Haloperidol Quetiapin Aripiprazol | Carbamazepin* Oxcarbazepin Perikon* | Clarithromycin* Erythromycin Grapefrugtjuice Itrakonazol* Ketokonazol* |

*Særligt kraft induktor eller inhibitor

Klinisk relevant farmakokinetik og interaktioner

Da ældre ofte får anden medicin og er ekstra følsomme for bivirkninger, kræves særlig opmærksomhed på risikoen for interaktion med andre lægemidler.

Antipsykotika metaboliseres primært i leveren via CYP-enzymmer [2]. Ovenstående tabel viser de CYP-enzymmer, der hyppigst er involverede i interaktioner med antipsykotika (kun de hyppigst anvendte antipsykotika i almen praksis er vist). Derudover ses eksempler på induktorer og inhibitorer (kun lægemidler, der hyppigst anvendes i almen praksis er vist) af det angivne CYP-enzym, som kan føre til hhv. fald og stigning af plasmakonzentrationen for substratet [13,29].

Risikoen for QTc-forlængelse kan øges ved kombination med andre QTc-forlængende lægemidler (bl.a. visse antiarytmika, lithium, metadon, tricykliske antidepressiva og citalopram/escitalopram), men også ved kombination med CYP-enzym inhibitorer (øger plasmakonzentrationen af et givet antipsykotikum) [13].

Risikoen for sedation øges ved kombination med fx opioider, benzodiazepiner, antihistaminer og alkohol. Kombination med benzodiazepiner øger risikoen for respirationsdepression og død [13].

Risikoen for antikolinerge bivirkninger øges ved kombination med andre antikolinerge lægemidler (fx tricykliske antidepressiva, antihistaminer, urologiske spasmolytika) [17].

Kombination med levodopa nedsætter effekten af både antipsykotikum og levodopa (modsatrettet effekt) [13].

PRAKTISK OMKRING BEHANDLINGEN

Akutte psykotiske symptomer hos ældre er hyppigt forårsaget af somatiske tilstande eller kan være udløst af den medicin, patienten får, hvorfor dette skal udredes grundigt. Ved behov for antipsykotika til ældre over 65 år er dosis en tiendedel til halvdelen af de doser, der anvendes hos yngre, og altid lavest effektive dosis i kortest mulige tid. Indikationen skal revurderes regelmæssigt – også selvom medicinen er opstartet af specialist [1].

Der bør være skærpet opmærksomhed på effekt og bivirkninger hos ældre, hvorfor behandlingen monitoreres tæt. EKG bør om muligt foreligge før behandlingsstart [1].

Organisk delir: Fokus bør ligge på identifikation og behandling af udløsende årsager og risikofaktorer. Non-farmakologiske tiltag er førstevalg (sænsøptimering, orientering og kognitiv stimulation, mobilisering, ernæring, rehydrering og døgnrytme) (for detaljer se reference nr. 3, s. 22). Anvendelse af antipsykotika anbefales generelt ikke pga. manglende effekt på fx mortalitet, uro og varighed af delir. Behandling med lav dosis og af kort varighed vurderes dog ikke at medføre risiko for alvorlige bivirkninger, og der er klinisk erfaring for, at antipsykotika kan have en beroligende effekt hos den agiterede og forpinte patient. Derfor kan kortvarig behandling med antipsykotika overvejes i disse alvorlige situationer [3]. Haloperidol er eneste godkendte antipsykotikum til behandling af delir, men risperidon anbefales som førstevalg pga. en mere gunstig bivirkningsprofil. Haloperidol kan anvendes i de sjældne tilfælde, hvor intramuskulær administration er nødvendig [21].



BPSD ved demens: Non-farmakologiske tiltag (plejemæssige, psykosociale og miljømæssige) er førstevalg (for detaljer se reference nr. 20, s. 60-61).

Der er stærk anbefaling imod anvendelse af antipsykotika til demente pba. en beskeden effekt og en betydelig øget risiko for alvorlige bivirkninger [1,6,20,28].

Kortvarig behandling (< 3 mdr.) med antipsykotika kan overvejes til et fåtal af patienter med pinefulde psykotiske symptomer, eller hvor patienten er til fare for sig selv eller andre [5,20,28]. En eventuel effekt på BPSD vil oftest vise sig inden for 2 uger, og ved utilstrækkelig effekt efter 4 uger forsøges seponering [6,27].

Desuden vil de fleste tilfælde af BPSD remittere spontant inden for fire uger (uden brug af antipsykotika). Der er stærk anbefaling for at seponere antipsykotika hos patienter med demens (uden anden psykiatrisk indikation) i langvarig behandling (>3 måneder) [23,28].

I kliniske studier har aftrapning ikke medført forværring af BPSD sammenlignet med fortsat behandling. Et randomiseret studie fandt et fald i mortaliteten efter seponering (primært risperidon og haloperidol) [23]. I et andet studie var der minimale ændringer i BPSD 6 måneder efter seponering, og 76% af patienterne var fortsat uden antipsykotisk medicin efter 12 måneder [27]. De fleste vil således ikke opleve forværring af BPSD, og det vurderes, at seponering kan gennemføres hos de fleste. Enkelte patienter med svære BPSD-symptomer (psykose og svær agitation), som har responderet godt på behandlingen, kan dog have gavn af fortsat behandling [27,28].

Risperidon og haloperidol er godkendt til kortvarig behandling af BPSD, men 2. generations antipsykotika (risperidon) skal foretrækkes pga. mindre risiko for EPS [6,20]. De fleste antipsykotika er kontraindicerede ved Lewy body demens og ved demens ved Parkinsons sygdom [20].

Øvrige (off label) indikationer: Angst og primær insomni: På baggrund af et yderst sparsomt evidensgrundlag og set i lyset af bivirkningsprofilen, anbefales antipsykotika (herunder quetiapin) ikke til ældre med ikke-psykotisk angst eller primær insomni (uden underliggende psykiatrisk lidelse). Risk/benefit-forholdet vil ofte være ugunstigt [1,8,10,22,24,25,32]. Længerevarende primær insomni behandles primært non-farmakologisk (psykoedukation og kognitiv adfærdsterapi). Melatonin har lav hyppighed af bivirkninger (dog forbundet med øget forekomst af fald hos ældre), men effekten er begrænset. Benzodiazepinlignende præparater (fx zolpidem) bør højst anvendes i to uger (halv dosis til ældre). Hos personer med samtidig depression kan sederende antidepressiva anvendes (fx mirtazapin) [32].

Anvendelse af off-label behandling forudsætter endvidere et særligt indgående informeret samtykke. Patienten og pårørende skal informeres grundigt om evidensen for anvendelse og potentielle bivirkninger, lige som der skal informeres om, at det er en behandling uden for godkendt indikation [1].

SEPONERINGSSYMTOMER

Seponering hvordan

Seponering skal planlægges i samarbejde med patienten, pårørende og plejepersonale. Der bør informeres om potentielle seponeringssymptomer [28].

Seponeringssymptomer [27]

Kvalme, opkast, diarré, appetitløshed, løbenæse, sveden, muskelsmerter.

Angst, agitation, søvnløshed, rastløshed

For at nedsætte risikoen for seponeringssymptomer bør seponering som udgangspunkt ske ved gradvis aftrapning [23,28]. Der er ikke klar evidens for den optimale aftrapnings-hastighed, men 25-50% dosisreduktion hver til hver 2. uge foreslås. Jo længere behandlingsvarighed, jo langsommere aftrapning. [23,27]. Aftrapning kan dog udelades ved lavdosis behandling [23,28].

Følg op på aftrapningen hver til hver 2. uge med fokus på seponeringssymptomer og recidiv af de symptomer, der oprindeligt indicerede behandlingen [28].

Hvis indikationen for antipsykotika var BPSD, bør patienten efter aftrapningen vurderes en gang om måneden i mindst fire måneder [6]. Ved recidiv af BPSD efter aftrapning forsøges først non-farmakologiske tiltag. Ved svære symptomer kan det være nødvendigt at genoptage behandlingen i lavest mulige dosis. En ny aftrapning kan forsøges igen efter 3 måneder, hvis symptomerne er stabile. Aftrapning bør forsøges mindst to gange [23].

Forbrug

Antal personer ≥ 70 år, der behandles med antipsykotika, er steget med 16 % over de sidste 5 år. Det er særligt forbruget af quetiapin, der stiger (62 % de sidste 5 år). I 2017 indløste 19 % af personer med demens recept på et antipsykotikum [28]. Det seneste år har 6.100 personer ≥ 70 år i Region Midtjylland indløst recept på et antipsykotikum. Heraf udskriver praktiserende læger til ca. 90 % af personerne.

Det er særligt quetiapin (2.300 personer), risperidon (1.400), haloperidol (650), olanzapin (650) og chlorprothixen (400), der udskrives fra almen praksis. Særligt quetiapin og risperidon, men også olanzapin og chlorprothixen udskrives hyppigst i lavdosis. Haloperidol udskrives mest som injektion.



REFERENCER

- [1] Sundhedsstyrelsen. Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser. Sundhedsstyrelsen, 2014.
- [2] Brøsen K et al. Basal og klinisk farmakologi. 6. udgave 2019. FADL's Forlag.
- [3] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje: Forebyggelse og behandling af organisk delirium. Sundhedsstyrelsen, høringsversion dec 2020. <https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/64640>
- [4] Burry L, Hutton B, Williamson DR, Mehta S, Adhikari NK, Cheng W, Ely EW, Egerod I, Fergusson DA, Rose L. Pharmacological interventions for the treatment of delirium in critically ill adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Sep 3;9(9):CD011749. doi: 10.1002/14651858.CD011749.pub2. PMID: 31479532; PMCID: PMC6719921.
- [5] Ballard C, Howard R. Neuroleptic drugs in dementia: benefits and harm. *Nat Rev Neurosci*. 2006 Jun;7(6):492-500. doi: 10.1038/nrn1926. PMID: 16715057.
- [6] Indsatser for Rationel Farmakoterapi, Sundhedsstyrelsen. "Behandling med antipsykotika er sjældent indiceret til personer med demens". *Rationel Farmakoterapi* nr. 11, 2018.
- [7] Zuidema SU, van Iersel MB, Koopmans RT, Verhey FR, Olde Rikkert MG. Werkzaamheid en bijwerkingen van antipsychotica voor neuropsychiatrische symptomen bij dementie; een systematische [Efficacy and adverse reactions of antipsychotics for neuropsychiatric symptoms in dementia: a systematic review]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2006 Jul 15;150(28):1565-73. Dutch. PMID: 16886695.
- [8] Schroeck JL, Ford J, Conway EL, Kurtzhalts KE, Gee ME, Vollmer KA, Mergenhagen KA. Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults. *Clin Ther*. 2016 Nov;38(11):2340-2372. doi: 10.1016/j.clinthera.2016.09.010. Epub 2016 Oct 15. PMID: 27751669.
- [9] Antipsykotika mod angst. pro.medicin. (Lokaliseret 21/12/2020) https://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/239060#Ref_3389.
- [10] Maneeton N, Maneeton B, Woottiluk P, Likhitsathian S, Suttajit S, Boonyanaruthee V, Srisurapanont M. Quetiapine monotherapy in acute treatment of generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug Des Devel Ther*. 2016 Jan 12;10:259-76. doi: 10.2147/DDDT.S89485. PMID: 26834458; PMCID: PMC4716733.
- [11] Klassifikation af antipsykotika. pro.medicin. (Lokaliseret 21/12/2020) <https://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/grupper/237000>.
- [12] Siafis, Spyridon et al. "Antipsychotic Drugs: From Receptor-binding Profiles to Metabolic Side Effects." *Current neuropharmacology* vol. 16,8 (2018): 1210-1223. doi:10.2174/1570159X15666170630163616.
- [13] Institut for Rationel Farmakoterapi, Sundhedsstyrelsen. "Antipsykotika – bivirkninger og interaktioner". *Rationel Farmakoterapi* nr. 3, 2016.
- [14] Jeste DV. Tardive dyskinesia in older patients. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 4:27-32. PMID: 10739328.
- [15] Nilsson FM, Sørensen TN, Enggard H. [Diagnosis and treatment of paranoid and schizophrenia-like psychosis in elderly patients]. *Ugeskr Laeger*. 2018 Sep 24;180(39):V03180179. Danish. PMID: 30274572.
- [16] By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019 Apr;67(4):674-694. doi: 10.1111/jgs.15767. Epub 2019 Jan 29. PMID: 30693946.
- [17] Indsatser for Rationel Farmakoterapi, Sundhedsstyrelsen. "Antikolinerge lægemidler og "antikolinerg belastning" – en praktisk tilgang". *Rationel Farmakoterapi* nr. 11, 2017.
- [18] Seppala LJ, Wermelink AMAT, de Vries M, Ploegmakers KJ, van de Glind EMM, Daams JG, van der Velde N; EUGMS task and Finish group on fall-risk-increasing drugs. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis. II. *Psychotropics*. *J Am Med Dir Assoc*. 2018 Apr;19(4):371.e11-371.e17. doi: 10.1016/j.jamda.2017.12.098. PMID: 29402652.
- [19] Tampi RR, Tampi DJ, Balachandran S, Srinivasan S. Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefits and risks from meta-analyses. *Ther Adv Chronic Dis*. 2016 Sep;7(5):229-45. doi: 10.1177/2040622316658463. Epub 2016 Jul 15. PMID: 27583123; PMCID: PMC4994396.
- [20] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens. 2019.
- [21] Delir: diagnostik og behandling hos medicinske patienter. Juli 2020. edok.rm.dk.
- [22] Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. NICE 2011: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-pdf-35109387756997> og <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/anxiety-full-guidance-pdf-136340461>.



- [23] Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, Raman-Wilms L, Rojas-Fernandez C, Sinha S, Thompson W, Welch V, Wiens A. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2018 Jan;64(1):17-27. PMID: 29358245; PMCID: PMC5962971.
- [24] Behandling af angst. *Promedicin.dk* citeret 31. dec 2020.
- [25] Riemann D, Baglioni C et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J. Sleep Res* (2017) 26, 675-700.
- [26] Thompson W, Quay Y et al. Atypical antipsychotics for insomnia: a systematic review. *Sleep Medicin* 22 (2016) 13-17.
- [27] A guide to deprescribing antipsychotics. Primary health Tasmania. <https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2018/09/A-Guide-to-Deprescribing-Antipsychotics-2019.pdf>.
- [28] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for demens og medicin. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- [29] Elimination og cytokrom P450-systemet. *Pro.medicin.dk*. Citeret 3. marts 2021.
- [30] Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende antipsykotika til behandling af psykotiske tilstande hos voksne. Juli 2020. <https://medicinraadet.dk/anbefalinger-og-vejledninger/behandlingsvejledninger/antipsykotika-til-voksne>.
- [31] Antipsykotika – bivirkninger. *promedicin* (lokaliseret 17. april 2021).
- [32] Institut for Rationel Farmakoterapi, Sundhedsstyrelsen. »Håndtering af insomni hos voksne i almen praksis«. *Rationel Farmakoterapi* nr. 8, 2018.



Dokumentet er udarbejdet af repræsentanter fra Klinisk Farmakologisk Afdeling, AUH, farmaceuter fra Medicinteamet og praktiserende læger i dialog med de relevante regionale specialeråd.



INSPIRATION

Antipsykotika – undgå behandling til ældre uden psykotisk lidelse og genovervej indikationen hos dine ældre patienter

Du kan få overblik over dine patienter i din praksis via journalsystemets statistikprogram.

Når du har overblik over dine patienter i denne gruppe, kan du ved at gennemgå disse finde de patienter, hvor behandlingen skal revurderes.

Mulige ideer til indkaldelse af patienter

- Via brev
- Via telefon
- I forbindelse med receptfornyelse
- I forbindelse med anden kontakt med patienten

Overvejelser i forbindelse med konsultation

- Er der fortsat indikation for behandling?
- Vurder effekt og bivirkninger
- Læg en plan for evt. nedtrapning/seponering
- Kan non-farmakologisk behandling hjælpe patienten?

