

Antipsykotisk läkemedelsterapi vid schizofreni – nya riktlinjer

Socialstyrelsen poängterar behovet av kontinuerlig behandling



SARA HED, med dr, apotekare

LENA FLYCKT, docent, överläkare,
Centrum för psykiatrforskning;
Norra Stockholms psykiatri,
Stockholm
lena.flyckt@ki.se

Socialstyrelsen publicerade i april 2014 nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd [1]. Det är de första samlade nationella riktlinjerna sedan Läkemedelsverket gav ut behandlingsrekommendationer för neuroleptika baserade på en SBU-rapport från 1997 [2].

I dag finns nya antipsykotiska läkemedel, och det aktuella evidensläget motiverar nya riktlinjer.

Delat beslutsfattande viktig princip

En viktig princip för val av antipsykotiskt läkemedel är sk delat beslutsfattande, vilket innebär att patienten ges möjlighet att välja läkemedel efter det att läkaren gjort en noggrann genomgång av de rekommenderade läkemedlens effekter och biverkningar.

Metoden (som Socialstyrelsen tar upp i sina nationella riktlinjer för psykosociala insatser 2011 [3]) har visat sig öka patientens följsamhet till behandlingen och ger även ökat ansvar och delaktighet från patientens sida.

Dessa riktlinjer kan då tjäna syftet att ge en korrekt information, som möjliggör att läkaren fattar ett väl avvägt beslut tillsammans med patienten.

Heterogen grupp patienter

Patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är en heterogen grupp vars sjukdom har olika svårighetsgrader, förlopp och prognoser. Det är därför inte möjligt att ge rekommendationer som gäller alla individer och som täcker alla tänkbara situationer.

De nya riktlinjerna är rekommendationer som rätt tillämpade stämmer på

gruppnivå, men i det enskilda fallet väger också läkarens kliniska erfarenhet tungt liksom patientens önskemål.

Diagnoserna i riktlinjerna

De diagnoser som omfattas av riktlinjerna är

- schizofreni
- schizofreniform psykos
- schizoaffectiva syndrom
- kroniska vanföreställningssyndrom
- korta övergående psykotiska syndrom
- ospecificerad icke-organisk psykos.

Riktlinjerna gäller i allt väsentligt underhållsbehandling av personer i vuxen ålder. Behandling av akuta skov av psykos liksom behandling av äldre (>65 år) och yngre (<18 år) beskrivs i de behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket som publicerades i oktober 2013 [4].

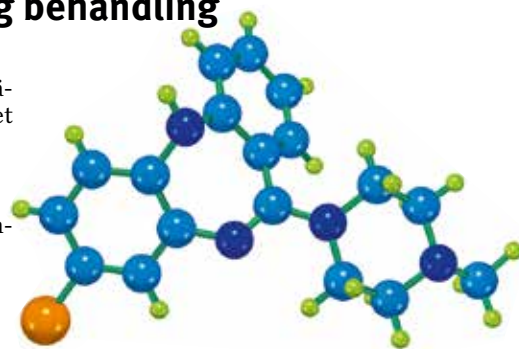
Läkemedelsverkets och Socialstyrelsens rekommendationer kompletterar varandra, och i de avsnitt där de överlappar varandra har de synkroniserats. Båda myndigheternas rekommendationer vilar på evidensbeskrivning i SBU:s senaste rapport från 2012 [5].

Kontinuerlig behandling är grunden

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är organiserade utifrån tillstånd- och åtgärdspar. Det innebär att olika rekommendationer gäller vid olika definierade tillstånd. Ett läkemedel som rankas högt vid ett tillstånd, tex suicidrisk, kan rankas lågt vid ett annat, tex nyinsjuknande i psykos.

Som en första och grundläggande rekommendation anges i riktlinjerna följande: Patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd bör erbjudas kontinuerlig antipsykotisk läkemedelsbehandling (prioritet 1).

Riktlinjerna ger rekommendationer om val av läkemedel utifrån prioriteringar från 1 till 10, där åtgärder med prioritering 1 har störst angelägenhetsgrad och 10 minst. Ytterligare två prioriteringar finns: »FoU« och »icke-göra«. FoU innebär att insatsen bör erbjudas enbart inom ett forskningsprojekt, och icke-göra innebär att vården under



Klozapin är ett av de antipsykotika som Socialstyrelsen rekommenderar i sina nya riktlinjer.

Illustration: Mark J Winter/SPL/IBL

inga omständigheter bör erbjuda insatsen.

Grunden för prioriteringarna är den aktuella evidensen, dvs de samlade forskningsresultaten, sammanvägd med tillståndets svårighetsgrad och hälsoekonomiska överväganden [6].

Andra viktiga rekommendationer

Om en patient tolererar sitt läkemedel väl, bör regeln vara att läkaren inte ändrar behandlingen även om läkemedlet inte är bland de rekommenderade.

Om dosberoende biverkningar besvärar patienten, tex motoriska biverkningar, bör dossänkning övervägas som första åtgärd före läkemedelsbyte.

Viktökning är dock inte en dosberoende biverkan, varför dossänkning inte brukar hjälpa. Hälso- och sjukvården bör reagera och vidta någon åtgärd re-

SAMMANFATTAT

Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling publicerades i april 2014. **Riktlinjerna** är officiella rekommendationer i Sverige om vilka antipsykotiska läkemedel som bör väljas för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd för att minimera symtom och biverkningar.

Läkarens val av läkemedel bör göras tillsammans med patienten enligt principen delat beslutsfattande.

Antipsykotiska läkemedel bör som regel kombineras med psykosociala insatser för att förbättra patientens funktionsnivå.

Riktlinjerna riktar sig i första hand till verksamhetschefer och yrkesverksam personal inom hälso- och sjukvård som vägledning för vilka läkemedel som bör väljas vid olika tillstånd.

»En viktig princip för val av antipsykotiskt läkemedel är sk delat beslutsfattande...«

TABELL 1. Rekommendationer om läkemedelsval vid olika tillstånd. Tabellen ger information om delar av rekommendationerna i prioriteringsordning. Åtgärder med prioriteringar lägre än 4 beskrivs inte här, med ett undantag: quetiapin vid motoriska biverkningar (prioritering 5), eftersom det är viktigt att ha ett alternativ till olanzapin för att minska risken för viktuppgång även hos patienter med motoriska biverkningar.

Åtgärd – läkemedel	Prioritering	Motivering
<i>Prodromala stadier</i>		
Antipsykotisk läkemedelsbehandling	FoU	Utvecklas ofta till annan sjukdom eller ingen sjukdom
<i>Nyinsjuknade i psykosjukdom</i>		
Aripiprazol	2	Lindriga biverkningar
Olanzapin	2	God effekt, nackdel viktuppgång
Risperidon	2	Sammantaget bra effekt och lindriga biverkningar
<i>Långvarig psykosjukdom</i>		
Olanzapin	2	God effekt, nackdel viktuppgång
Risperidon	2	Sammantaget bra effekt och lindriga biverkningar
<i>Svårbehandlad psykosjukdom</i>		
Klozapin	1	Bättre effekt än andra antipsykotiska läkemedel
<i>Suicidalt beteende</i>		
Klozapin	1	Bättre profylax mot suicid än andra läkemedel
<i>Viktökning</i>		
Aripiprazol	3	Fortsatt behandling eller byte till aripiprazol; ger sällan viktuppgång
Klozapin	4	Bör inte bytas trots viktuppgång om läkemedel ges på vitalindikation
<i>Motoriska (parkinsonistiska) biverkningar</i>		
Olanzapin	2	God effekt, få motoriska biverkningar
Quetiapin	5	Sämrre effekt, men få motoriska biverkningar
<i>Depåinjektionsbehandling</i>		
Risperidon	3	God effekt
Perfenazin	4	Något sämrre effekt
Flufenazin	4	Något sämrre effekt
<i>Samsjuklighet med missbruk (alkohol eller narkotika)</i>		
Risperidon i depåinjektionsform	2	Viss evidens för färre behandlingsavbrott

dan vid ca 3 kilos viktökning, eftersom viktuppgången vanligen sker inom det första halvåret, dvs relativt snabbt. Om situationen inte tillåter byte av läkemedel bör vården vidta någon annan åtgärd, tex kost- och motionsintervention [7].

Depåinjektioner bör i första hand ges till patienter som föredrar denna administrationsform. Även för patienter som ofta avbryter behandlingen och återinsjuknar i akuta symtom kan depåberedning vara att föredra framför peroral form, eftersom depåbehandling medför färre återinsjuknanden.

Vården bör alltid försöka öka patientens ansvar och frivilliga följsamhet till behandlingen genom de evidensbelagda psykosociala insatser som rekommenderas av Socialstyrelsen.

Sist, men inte minst, är det viktigt att polyfarmaci undviks, dvs patienten bör helst inte behandlas med två antipsykotiska läkemedel samtidigt. Om detta ändå bedöms ge ett mervärde för pa-

tienten, bör läkemedlen ha olika verkningsmekanismer.

I många fall kan tillägg av psykosociala insatser vara en bättre behandlingsstrategi än att addera ytterligare ett antipsykotiskt läkemedel.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Sara Hed och Lena Flyckt har medverkat i arbetet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.*

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Komplettering av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikelnr 2014-4-6.
2. SBU. Behandling med neuroleptika. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1997. SBU-rapport nr 133/1.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-1-3.
4. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling vid schizofreni – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2013;24(5):15-27.
5. SBU. Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2012. SBU-rapport nr 213.
6. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Reviderad version. Linköping: Prioriteringscentrum; 2011. Rapport 2011:4.
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-11-11.