

Tiia Talvitie
FM
Informatör, Fimea

Päivi Ruokoniemi
Med.dr., specialistläkare i klinisk
farmakologi och läkemedelsbehandling
Överläkare, Fimea

Inom läkemedelsbehandling av psyket uppskattas även gamla innovationer

Även om inga nya och omvälvande psykofarmaka, trots förväntningarna, har lanserats på marknaden betyder det inte att utvecklingen har stannat upp. Det är till exempel vanligt att gamla läkemedel används för nya indikationer. Psykiater Kari Raaska berättar om vad som pågår inom området.

Det vitsas ofta om finländarnas melankoliska mentalitet, men statistiken kan dock vara överraskande. Till och med var femte finländare lider av något slag av mental störning och omkring 700 000 använder årligen något psykeläkemedel åtminstone under en kort tid. Nuförtiden använder ungefär var tionde vuxen regelbundet psykemedicinering.

Ordineras läkemedel idag oftare även mot lindriga störningar?

– Ett större problem är troligen dock det att många patienter, som är i behov av behandling, inte omfattas av vård, säger specialistläkaren i psykiatri och klinisk farmakologi **Kari Raaska**.

– Jag har i viss utsträckning stött på ett fenomen där man för säkerhets skull ordinerar depressionsläkemedel

för någon som är allvarligt sjuk eller som befinner sig i en akut livskris utan att personen är deprimerad eller lider av ångeststörningar. Detta är inte rätt sätt. Ett depressionsläkemedel är alltid avsett för deprimerade patienter för behandling av depression.

Raaska arbetar som biträdande överläkare på HUCS Psykiatricenter. Han behandlar mentalpatienter med krävande symtom som i allmänhet lider av bipolär sinnesstörning eller allvarlig depression.

Läkemedel spelar en central roll i behandlingen av krävande mentala störningar. Läkemedel bidrar även till att förebygga sjukdomsperioder. Det finns även andra alternativ för behandling av depression.

– Vid lindrig eller mellansvår depression används inte automatiskt mediciner, om det är möjligt att utnytt-



ja andra terapiformer som bevisligen är effektiva. I behandlingen av patienter med allvarlig depression kan man vid sidan av medicinering även använda andra, biologiska behandlingar, exempelvis transkraniell magnetstimulering eller elbehandling, berättar Raaska.

I praktiken bygger de flesta depressionspatienters behandling dock till största delen på medicinering. Ibland är det nödvändigt att använda läkemedel för att kompensera tillgången till terapier.

– Det är helt klart att sådant förekommer. Det gäller dock att komma ihåg att dessa behandlingar inte står i strid med varandra. Det mest effektiva alternativet är att kombinera läkemedelsbehandling och terapi.

Diagnosen inverkar på behovet av medicinering och på hur den ersätts

Det är inte alltid nödvändigt att behandla psykiska symtom. Till exempel sorgereaktioner i samband med att en anhörig dör bedöms från fall till fall. Även om symtomen kan vara liknande som vid depression, är det fråga om en naturlig reaktion som i allmänhet går över av sig själv.

– Ibland kan dock en sorgereaktion leda till depression, särskilt om

”Det mest effektiva alternativet är att kombinera läkemedelsbehandling och terapi.”

patienten tidigare har lidit av allvarlig depression, säger Raaska.

Kriterierna för en depressionsdiagnos omfattar utöver humörsvängningar även minst två av tre kärnsymtom och minst två andra typsytom (**tabell 1**). Symtomen framkommer då i minst två veckors tid. Tillståndet orsakar även betydande svårigheter i arbetet eller patientens vardag.

Alla psykiska störningar klassificeras utifrån symtomen, och en person kan samtidigt ha flera psykiska störningar eller sjukdomar som kräver behandling. Den helhet som de bildar har en stor inverkan på valet av individuella läkemedel och i viss utsträckning även på hur mycket ett läkemedel kostar för användaren. Till exempel av dem som använder ketiapin har en relativt betraktat allt mindre grupp rätt till specialersättning för köp av läkemedel.

– Ketiapin används allmänt som sömnmedel och det används också i viss utsträckning i små doser för behandling av ångest. Dessa doser är dock varken antidepressiva eller antipsykotiska.

– Specialersättning förutsätter dock en sjukdom på psykosnivå. I praktiken handlar det då oftast om schizofreni, psykotisk depression eller en sådan bipolär sinnesstörning som är förenad med maniska perioder eller psykotisk depression.

Bland annat priset på ketiapinmedicinering har sjunkit rejält till följd av generiska preparat. Effekten beror dock alltid på patientens individuella egenskaper och det är möjligt att någon får hjälp endast av ett dyrt läkemedel.

– Då kan läkemedlet bli mycket dyrt, om sjukdomen inte är på psykosnivå och det är därför inte möjligt att få specialersättning.

Utrymme för utveckling beträffande psykofarmaka

Även om det kommer ut nya psykofarmaka på marknaden utnyttjar de till största delen gamla verkningsmekanismer eller liknande mekanismer. Trots förväntningarna har det inte lanserats några omvälvande, nya uppfinningar.

Tabell 1. Symtomkriterier för depressionstillstånd enligt ICD-10. Källa: God medicinsk praxis.

Kärnsymtom (minst två)	Typsytom (minst två utöver kärnsymtomen)
<ul style="list-style-type: none"> • Deprimerad sinnesstämning största delen av tiden • Förlorar intresse för eller tillfredsställelse från saker som tidigare har varit intressanta eller som gett tillfredsställelse • Minskade krafter eller exceptionell trötthet 	<ul style="list-style-type: none"> • Minskat självförtroende eller minskad självkänsla • Omotiverade eller oskäligen självanklagelser • Återkommande tankar om döden eller självmord eller självdestruktivt beteende • Subjektiv eller observerad koncentrationssvårighet som även kan ta sig uttryck i obeslutsamhet eller åltande • Psykomotorisk förändring (upphetsning eller retardering) som kan vara subjektiv eller observerad • Sömnstörningar • Ökad eller minskad aptit förenad med viktförändring



KARI RAASKA

- f. 1964
- ML 1993, specialist i psykiatri 2000, specialist i klinisk farmakologi 2004, MD 2004
- Arbetar som biträdande överläkare vid HUCS Psykiatri på enheten specialiserad på behandling av patienter med krävande affektiva störningar.
- Intresserad av metoder för behandling av psykiatriska sjukdomar. Särskilt kompetensområde psykofarmakologi.

Foto: Kai Widell

– Under de senaste åren och decennierna har det förekommit även något slags hype på psykofarmakafronten. Man har föreställt sig att när man forskar mycket i frågorna utvecklas många nya medicineringsalternativ med helt nya mekanismer. Hittills har man dock i de flesta fall blivit besviken, berättar Kari Raaska.

Många utvecklingsarbeten har stannat upp i den sista fasen. Inom klinisk läkemedelsutveckling utförs fas III prövningarna med stora patientgrupper, och läkemedlets effekt och säkerhet jämförs med ett preparat som redan finns på marknaden eller med placebo. Ofta har resultaten inte varit

entydigt positivt och preparaten har inte fått lanseras på marknaden. Som en följd har en del forskningsinstitut, vars verksamhet har varit fokuserad på läkemedel för det centrala nervsystemet, till och med blivit tvungna att upphöra med sin verksamhet.

Å andra sidan har även mycket redan uppnåtts inom utvecklingen av psykofarmaka. Atypiska, det vill säga så kallade andra generationens psykoläkemedel har erövrat området från och med början av 1990-talet.

– Atypiska läkemedel tolereras bättre. Visserligen har de egna biverkningar, som framkommer vid långvarig

användning och som är i första hand metaboliska.

– De gamla, traditionella psykosläkemedlen kunde till och med förvärra de negativa symtomen.

Brister i de normala funktionerna, exempelvis apati, tillbakadragenhet och svagare talförmåga, kallas för negativa symtom av psykosor. Även med de nuvarande läkemedlen är det möjligt att inverka närmast på de så kallade positiva symtomen, exempelvis hallucinationer och vanföreställningar.

– Patienternas lidande och hur de klarar sig i samhället har ofta en

koppling uttryckligen till sjukdomens negativa och kognitiva symtom, påpekar Raaska.

– Det finns inga särskilt bra behandlingar för detta.

Raaska anser att även depressionsläkemedlen kunde vara ännu effektiva, även om de nuvarande SSRI- och SNRI-läkemedlen är ett steg framåt jämfört med de gamla tricykliska läkemedlen. Effekten av depressionsläkemedel kommer dock fortfarande långsamt igång. Det tar flera veckor innan man vet, om ett visst läkemedel hjälper patienten eller om det ska bytas till ett annat.

– Nu har det dock i flera studier konstaterats att ett länge använt anestetikum, ketamin, har en betydande inverkan på depression. Det är dessutom mycket snabbverkande. Vi talar om timmar istället för om veckor.

Ketamin används redan på sjukhusen. Det ges intravenöst som engångsdos och effekten håller i sig några veckor.

Inom psykofarmaka är det en stark trend att gamla läkemedel används för nya indikationer. Även nya doseringsformer undersöks. I framtiden är det möjligt att ketamin används även i form av nässpray för behandling av depression.

– Det är kanske den mest spännande nya behandlingen som eventuellt tas i bruk under den närmaste framtiden.

Det är omvälvande även i det hänseendet att personer på vilka läkemedlet har en effekt, får i så fall snabbt hjälp. Det klarnar dock först i sinom tid, om ketamin är säkert i uppprepade doser.

Långverkande injektioner gör det lättare att förbinda sig till behandlingen

Under de senaste åren har det på marknaden introducerats långverkande injektionspreparat av flera atypiska psykosläkemedel.

– När jag själv i tiderna inledde min psykiaterkarriär var de oralt doserade atypiska psykosläkemedlen ganska nya. Detta fick tanken om långverkande injektioner att se gammalmodig ut. Det kändes som att användningen av dem hörde till det förgångna, minns Raaska.

– Många schizofrenipatienter för dock en fortgående kamp med sig själva beträffande frågan, om den dagliga tabletten överhuvudtaget är nödvändig. Långverkande injektioner möjliggör det att man inte behöver fundera på saken varje dag eftersom patienten går endast en eller två gånger i månaden för att få läkemedlet. Allt bygger naturligtvis på frivillighet.

Särskilt vid schizofreni har patienterna problem med att visa följsamhet till läkemedelsbehandlingen och den vanligaste orsaken till behov av sjukhusvård är att läkemedlen inte har tagits.

– Detta problem gäller särskilt schizofreni eftersom sjukdomen hos många patienter är förenad med en oförmåga att observera symtom hos sig själv. Om det inte verkar finnas behov för ett dagligt läkemedel så är det ganska osannolikt att användningen blir långvarig – särskilt om det har biverkningar, berättar Raaska.

Undvik onödiga överlappningar

Utöver följsamhet till behandling kan till exempel multimedcinering försvåra behandlingen av psykosor. Istället för tilläggsnytta orsakar polyfarmasi i allmänhet endast fler biverkningar och även kostnaderna är högre.

– Det finns inga bevis över nyttan av att kombinera två antipsykotika. Man kan prova det i första hand på patienter på vilka inte heller klozapin har en effekt, berättar Raaska.

I allmänhet är samtidig användning av två psykosläkemedel dock inte egentligen planerad. Eftersom effekten av psykofarmaka ofta uppträder först inom några veckor, känns det inte alltid som att patientens symtom blir lindrigare och då börjar man använda ett annat läkemedel parallellt med det ursprungliga preparatet.

– Om symtomen försvinner, vet man inte orsaken till det. Är det just denna kombination, är det nya läkemedlet bättre eller är det bara fråga om att man inte orkade vänta på att det första läkemedlet ska börja verka? Det händer ofta att i slutändan förblir båda läkemedlen i användning. Man vågar inte göra något eftersom man tänker att läget är nu bra.

Raaska anser att överlappningar är motiverade när medicineringen byts. Det gäller dock att inte stanna kvar i övergångsområdet för gott. I de flesta multimedcineringsfall rekommenderas att man ska avstå från den ena psykofarmakan.

– Det föreligger naturligtvis en risk för att man upphör med fel läkemedel. Att upphöra med det ena läkemedlet är dock det enda sättet att utreda, vad som på riktigt har en effekt. ●

MERA
SVENSKSPRÅKIGA
ARTIKLAR PÅ
sic.fimea.fi