

SK-kursen
Multisjuka äldre och polyfarmaci

Hör den 20 oktober 2015


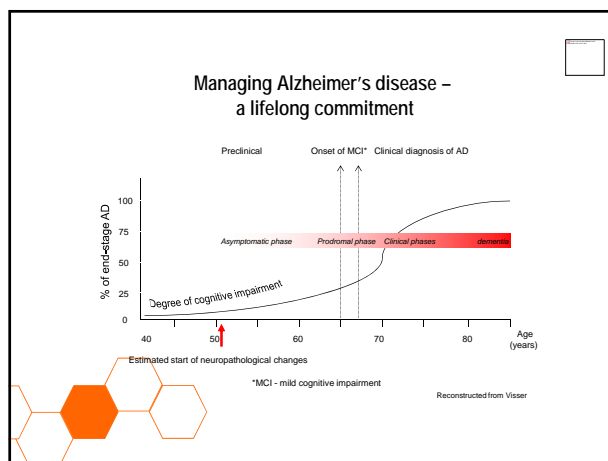
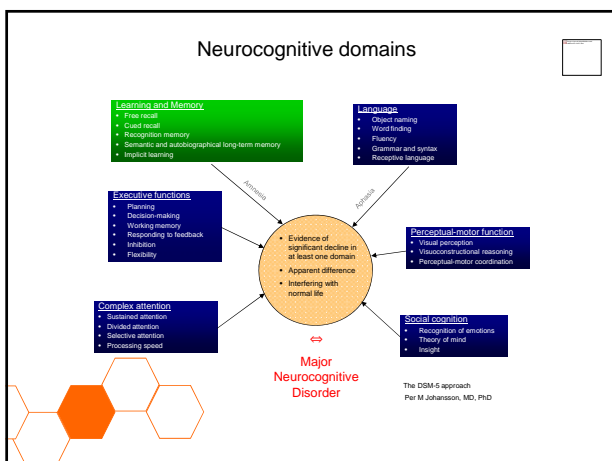
Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD)



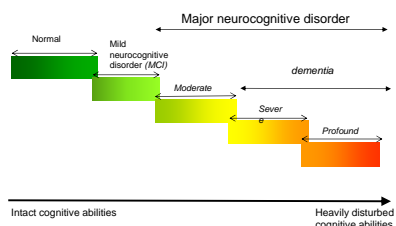
Per Johansson
Kognitiv medicin
Hälsostaden Ängelholm

BPSD

- **Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demenssjukdom**
- **Ifrågasatt – enhetlig definition saknas**
 - icke-kognitiva symptom
 - förändrade beteenden belastande för individen och andra människor
 - psykiska symptom t.ex. ångest, hallucinationer
 - konfusion

Sane or sick

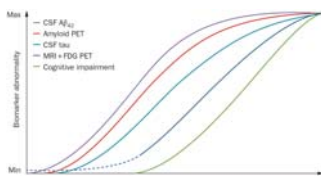


Per M. Johansson, M.D., Ph.D.

To be earlier: potential benefits

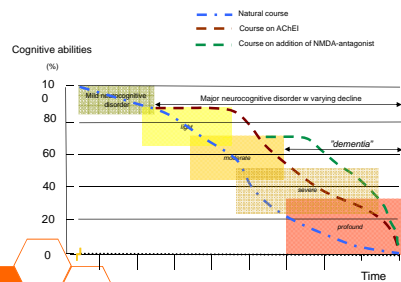
- Obtain appropriate treatment earlier
- Stop searching for other causes
- Help the patient and the family to understand and accept
- Financial and legal plans while competent
- Enable the patient and family to make lifestyle choices
- Induce better adherence and management of other medical conditions
- Take appropriate steps to prevent injury (driving, weapons)
- Get greater access to help within the healthcare system
- Participate in clinical trials with disease modifying treatments

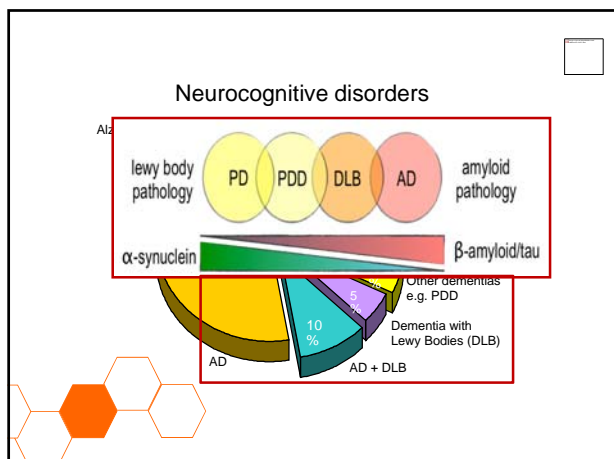
Dynamic biomarkers of the AD pathological cascade over time



Langbaum, J. B. et al. Unraveling the study and treatment of preclinical Alzheimer disease. *Nat. Rev. Neurol.* (2013)

Schematic effects of treatment





Vad innebär BPSD?

- Lidande för patient och anhöriga och vårdgivare
- Vanligaste orsaken till institutionsvård
- Höga samhällsekonomiska kostnader

BPSD, forts.

- Analysera – optimera
- Ingen universalbehandling finns
- Individuell behandling baserad på diagnos och symptombild

BPSD, forts.

- Initialt – icke farmakologiskt
 - anpassning av miljö och bemötande
 - kunskap om demensdiagnoser och symptom
 - medmänskligt förhållningssätt!

BPSD, forts.

- Fyra symptomkluster (efter faktoranalys):

- Affektiva symptom
- Psykosymptom
- Hyperaktivitet
- Apati



- Affektiva symptom
 - Nedstämdhet
 - Oro, ångest, irritabilitet
 - Mani, hypomani
- Psykotiska symptom
 - Hallucinationer
 - Vanföreställningar
- Hyperaktivitet
 - Agitation
 - Rop- och vandringsbeteende, plockande
 - Sömnstörningar
- Apati
 - Initiativlöshet
 - Tillbakadragenhet

OBSERVATION!



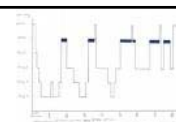
Hallucinationer

- Synhallucinationer vanligast
- Ett av kardinalsymptomen vid Lewy Body Demens



Sömn

- Störningar i dygnsrytm
- Ofta förenat med irritabilitet, agitation rastlöshet och förvirring



Skalor för att mäta BPSD

- NPI
- BEHAVE-AD
- CMAI
- GBS



- Start nov 2010, idag endast 8 kommuner i hela Sverige som inte är anslutna
- Vårdenheten ansöker
- Kräver utbildningsdagar och uppföljning /handledning
- Ifylles av ssk/usk



- Bygger på
 - Observation [via *Neuropsychiatric Inventory* (NPI)]
 - Analys (checklista ifylles av team)
 - Åtgärd (team och närstående)
 - Uppföljning

Ger olika poäng som sedan kan följas upp.



Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Symptomdomäner

- vanföreställningar,
- hallucinationer,
- agitation,
- depression,
- ångest,
- eufori,
- apati, avflackning,
- irritabilitet,
- avvikande motoriskt beteende.
- domärerna nattlig oro
- aptit- och åtsörningar.



Sammanfattande praktiska rekommendationer



1. **Utredning/kartläggning**
2. Översyn av farmakologisk behandling
3. Optimerad vårdmiljö och bemötande
4. Ev. farmakologisk behandling



Utredning



- Demensutredning – specifik diagnostik, medicinska- eller omvårdnadsåtgärder
- Behandling av demenssjukdomen
 - läkemedel
 - information om sjukdom och konsekvenser till patient, närstående och vårdpersonal



Beteende hos vårdgivare som kan förvärra BPSD



- Plötslig och oväntade förändringar i rutin och miljö
- Maktkamp med patienten
- Krav som överstiger patientens förmåga
- Att vara överdrivet kontrollerande eller rigid
- Påminnelser eller upprepat frågande för att få pat att minnas
- Irritation mot pat



Beteende och aktivitet som kan minska BPSD



- Empati
- Vårdande och varm framtoning
- Försöka att förstå orsaker till och betydelse av beteende
- Intryck av att ha gott om tid
- Flexibilitet
- Acceptans att pat ändrar sig
- Realistiska krav
- Försök att hålla pat sysselsatt
- Skapa en känsla av självständighet hos patienten
- Låta känna att hon har kontroll
- Ha respekt för pat som en människa med känslor



Den professionella vårdgivaren



- Den demenssjuka är i beroendeställning
- Kommunikationssvårigheter
- Brist på feedback hos den dementa
- Risk för att misshandla eller vilseleda patienten eller att patienten upplever det så



Stöd till vårdpersonal

Nödvändigt för att:

- Bättre förstå patientens beteende och kunna hantera det
- Hjälpa patienten mer effektivt



BPSD-utredning

- **Anamnes och kartläggning av symptom**
 - symptomdebut, frekvens, tid på dygnet, sammanhang, relation till omgivning
 - använd gärna någon sorts protokoll/checklista
- **Är basala mänskliga behov tillfredsställda?**
 - närhet, fysisk kontakt, meningsfull syssla, rörlighet/aktivitet, mag-tarmfunktion, vikt, nutrition, vattenkastning och sömn



BPSD-utredning, forts.

- Hur är den omgivande miljön och interaktionen med personalen?
- Medicinsk bedömning
 - fysisk och psykisk status, sanering av läkemedel, vb. riktad undersökning (lab-prover, datortomografi, neuropsykologiska bedömning)



Utlösande faktorer, exempel

- Främmande miljö
- Smärta
- Obstipation
- Urinretention
- Fraktur
- Överträdelse av privat sfär
- Ångest



Sammanfattande praktiska rekommendationer

1. Utredning/kartläggning
2. **Översyn av farmakologisk behandling**
3. Optimerad vårdmiljö och bemötande
4. Ev. farmakologisk behandling



Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger

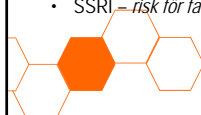
(hög risk för biv. hos äldre)

- **Långverkande bensodiazepiner** (Flunitrazepam®, Stesolid®, Nitrazepam®) – *risk för dagtrötthet, muskelsvaghet, balansstörning*
- **Antikolinerga läkemedel** (Detrusitol®, Atarax®, Theralen®, Propavan®, Nozinan®, Anafranil®/Klomipramin®) – *risk för kognitiv påverkan, konfusion, urinretention, muntorrhet och obstipation*



Preparatgrupper som hos äldre har hög risk för biv. eller interaktioner.

- NSAID inkl. COX-2 hämmare
- Lätta opioider – *risk för yrsel, konfusion, förstoppning, illamående*
- Neuroleptika – *risk för parkinsonism, kognitiv störning, sedation, ortostatism*
- Protonpumpshämmare
- Digoxin
- Loopdiuretika
- SSRI – *risk för fall, miktionsstörning, blödning*



Sammanfattande praktiska rekommendationer

1. Utredning/kartläggning
2. Översyn av farmakologisk behandling
3. **Optimerad vårdmiljö och bemötande**
4. Ev. farmakologisk behandling



Vårdinsatser – förhållningssätt och behandling

- Första åtgärderna = anpassning av omgivande miljö och bemötande
- Beteendet svårt att tolka och förstå
 - vårdpersonal bör erbjudas utbildning, handledning och samarbete



Icke farmakologiska hjälpmedel

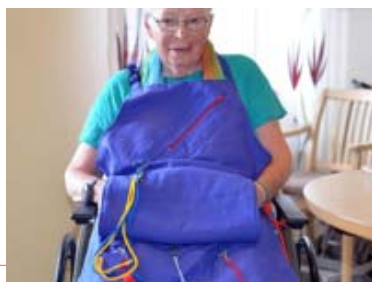
- bolltäcke



Kedjetäcke



Plockförkläde



Beteende hos vårdgivare som kan förvärra BPSD

- Plötslig och oväntade förändringar i rutin och miljö
- Maktkamp med patienten
- Krav som överstiger patientens förmåga
- Att vara överdrivet kontrollerande eller rigid
- Påminnelser eller upprepat frågande för att få pat att minnas
- Ilska och aggressivitet mot pat
- Irritation

Beteende och aktivitet som kan minska BPSD

- Empati
- Vårdande och varm framtoning
- Försöka att förstå orsaker till och betydelse av beteende
- Intryck av att ha gott om tid
- Flexibilitet
- Acceptans att pat ändrar sig
- Realistiska krav
- Försök att hålla pat sysselsatt
- Skapa en känsla av självständighet hos patienten
- Låta känna att hon har kontroll
- Ha respekt för pat som en människa med känslor

Farmakologisk behandling

- **Starkt kliniskt behov → risk för överanvändning på oklara indikationer**
- **Stor klinisk erfarenhet – få studier**
- **Systematisk handläggning och tydlig dokumentation viktig!**
 - observation, analys, åtgärd, utvärdering

Antipsykotiska läkemedel

- Väldokumenterad effekt vid schizofreni
- Inom demensvård: minskning av beteendesyndrom, **men** försämring av kognitiva och motoriska funktioner



Antipsykotiska läkemedel, forts.

- **Första generationen**
 - Högdosneuroleptika: klorpromazin, tioridazin
 - kraftigt sederande, antikolinerga biverkningar
- **Ej aktuella inom demensvård**
 - Lågdosneuroleptika: haloperidol
 - extrapyramidala biverkningar



Antipsykotiska läkemedel, forts.

- **Andra generationen ("atypiska")**
 - risperidon, olanzapin, quetiapin
 - lägre risk för extrapyramidala biv.
 - dominerande biverkningar
 - risperidon: extrapyramidala symptom
 - olanzapin: sedation
 - quetiapin: sedation
 - olanzapin och quetiapin medför även viss kognitiv försämring



Antipsykotiska läkemedel, forts.

- **Ökad risk för cerebrovaskulära händelser och ökad totalmortalitet**
- **Klasseffekt**
 - visat för andra generationens neuroleptika, men gäller sannolikt även första generationen



Antipsykotiska läkemedel, forts.

- **Vanföreställningar/hallucinationer, aggressivitet**
 - Risperidon – liten, statistiskt signifikant positiv effekt
 - Olanzapin – svagare evidens
 - Quetiapin – evidens saknas
 - Haloperidol – effekt i hög dos, men extrapyramidala biverkningar begränsar
- **Hög placeboeffekt**



Övriga läkemedel

- **Acetylkolinesterashämmare**
- **Memantin**
- **Antidepressiva läkemedel**
- **Anxiolytika**
- **Klometiazol**
- **Pregabalin**
- **Antiepileptika**



Acetylkolinesterashämmare

- **Ej rutinbehandling av BPSD**
 - enstaka studier visat begränsad effekt



Memantin

- **Kan prövas vid otillräcklig effekt av icke-farmakologisk behandling**
 - måttlig reduktion av agitation, aggressivitet
 - minskad risk för BPSD
 - få biverkningar



Antidepressiva läkemedel

- SSRI förstahandsval vid depression
- Ej TCA! – antikolinerga biv.
- Citalopram / sertralin kan prövas vid irritabilitet och aggressivitet
 - vid otillräcklig effekt av icke-farmakologisk behandling
 - **inte** vid mani/hypomani



68

Oönskade effekter av antidepressiva, t.ex.

Hyponatremi	Särskilt hos äldre kvinnor med diuretika!
Miktionsstörningar	Retention (ffa män!) Inkontinens
Ökad blödningstendens	På grund av hämmad trombocytfunktion. Adderas till Trombyl-effekten
Oönskade rörelser	Extrapyramidala biv, akatisi, "Restless legs"



Biverkningar särskilt med tricykliska antidepressiva

Muntorrhet, ackommodationsbesvär, dimsyn, mm	Antikolinerg effekt
Ortostatiska besvär	Alfa-receptorblockad
EKG-förändringar	Natrium-kanal-effekt



Anxiolytika – bensodiazepiner

- Kortverkande bensodiazepiner kan användas vid uttalad ångest och oro
- Ej regelbunden användning
- Biverkningar
 - ökad fallrisk, påverkan på kognitiva funktioner, paradoxala reaktioner t.ex. ökad agitation
 - beroende och utsättningsreaktioner



Klometiazol



- "Endast inom slutenvård i akuta situationer – under strikt kontroll"
- Biverkningar och risk för beroende
- Beprövad erfarenhet, ej studier → godkänd indikation
 - sömnstörning samt agitations- och förvirringstillstånd inom geriatriken



Pregabalin



- **Rekommenderas inte**
 - biverkningar
 - studier saknas



Antiepileptika



- **Karbamazepin**
 - rekommenderas inte
 - biverkningar, interaktioner, viss effekt, små studier
- **Valproat**
 - rekommenderas inte
 - biverkningar, effekt som placebo, fåtal studier
- **Topiramet**
 - rekommenderas inte
 - retrospektiv öppen studie



Utvärdering



- **Utvärdera effekten inom två veckor**
 - utom SSRI som kräver flera veckors behandlingstid för positiv effekt
- **Regelbundet ställningstagande till utsättning/dosminskning**



Sammanfattande praktiska rekommendationer

1. Utredning/kartläggning

- symptom, tänkbara orsaker, utlösande moment, psykiska- eller kroppsliga sjukdomar



Sammanfattande praktiska rekommendationer, forts.

2. Översyn av farmakologisk behandling

- läkemedel med negativ effekt på CNS – UT
- läkemedel för bättre kognitiv förmåga – IN



77

Sammanfattande praktiska rekommendationer, forts.

3. Optimerad vårdmiljö och bemötande

- Tillfredsställ basala behov
 - mat, dryck, sömn, trygghet, aktivitet, stimulans, skötsel av kroppsliga behov
- Utbildning / information / handledning
 - till patient, anhöriga och andra vårdgivare
 - Coping-stöd för både patient och anhöriga
 - avlastning för anhängvårdare
 - god miljö, tillräcklig personalitet, anhöriga



Sammanfattande praktiska rekommendationer, forts.

4. Ev. farmakologisk behandling

- Depressiva symptom: SSRI
- Irritabilitet, agitation, oro: ev. SSRI
- Memantin ev. vid agitation, aggressivitet
- Psykotiska symptom och aggressivitet som orsakar lidande för patienten och/eller potentiell fara för patient eller andra: ev. risperidon $\leq 1,5$ mg/dag
 - restriktivt!
 - ökad risk för bl.a. stroke, och ökad dödlighet



Sammanfattande praktiska rekommendationer, forts.

4. Ev. farmakologisk behandling, forts.

- Akut sedation: oxazepam kort tid under övervakning
- Om dämpande läkemedel som neuroleptika eller anxiolytika sätts in planeras i första hand en kort behandlingstid, med utvärdering av effekt och eventuella bieffekter inom två veckor
- Ställningstagande till utsättning/dosminskning skall göras regelbundet



80

Olämplig dosering av psykofarmaka (dygnsdoser)

- | | |
|-----------------------------------|----------|
| • Haloperidol (exkl. schizofreni) | > 2 mg |
| • Risperidon (exkl. schizofreni) | >1.5 mg |
| • Oxazepam | > 30 mg |
| • Klometiazol (som sömnmedel) | > 600 mg |
| • Zopiklon | > 7.5 mg |
| • Citalopram | > 40 mg |
| • Sertralin | > 100 mg |



Neuroleptika

- Effekten kan förväntas komma efter 5-7 dagar av D2-blockad.
- Dosen får ofta titreras för att finna rätt dos för varje pat
- Biverkningar många gånger begränsande
- 6-12 veckors behandling
- Mortalitet 4x högre – stroke, maskering av symtom
- **Cave Lewy body demens!**



Sömnmedel och lugnande medel

- Kortverkande preparat: Oxazepam, Zopiklon
- Korttidsbehandling eller intermittent behandling
- Fall, förvirring, paradoxala reaktioner, kognitiv försämring
- Betydande toleransutveckling
- Melatonin?



Demensläkemedel

- Till Alzheimers sjukdom, Lewy-bodydemens, Parkinsons sjukdom
- Orsakar sällan BPSD- **behåll** hellre än sätt ut
- Förbättrar kognitionen- kan minska symtom då personen bättre förstår vad som händer
- Memantin dessutom specifik dämpande effekt via NMDA-blockad



Använd inte vid BPSD

- Antiepileptika
- Sederande antihistaminer (Atarax, Theralen, Lergigan)
- Andra antikolinergiska medel (tricykliska, neuroleptika utom risperidon, Propavan)
- Långverkande bensodiazepiner
- GABA- analoger (Gabapentin, Lyrica)



Ta-med-hem!

- Teamwork! (se BPSD.se, du är en del i teamet)
- Gå igenom somatiskt (BT? bladderscan?)
- Alltid omvårdnadsåtgärder först!
- Om osäkerhet kring t.ex. smärta, prova och utvärdera läkemedel.
- BPSD-team finns på SUS (Minneskliniken Malmö) och I Sund (Kognitiv medicin, Ängelholm), ring!

