

# Legemidler til personer med demens - krevende utfordringer



Bjørn Lichtwarck  
Spesiallege/forsker

Alderspsykiatrisk forskningscenter/avdeling Sykehuset Innlandet

# Presentasjonen

- Kort om demens i sykehjem og blant hjemmeboende
- Særlige utfordringer ved bruk av medikamenter til personer med demens
- Enkle, praktiske råd ved medikamentell av demens og APSD

# Demens i sykehjem

- 82 % har demens (n=704) (S Bergh et al, Tidsskrift DNLF 2012)
- 1/2 alvorlig grad av demens (KDV 3) (samme studie)
- **55 % er utredet – fått diagnose** (G.Selbæk et al 2007)
- 98 % utvikler signifikant apsd i forløpet (52 mndr. studie)  
(G.Selbæk et al 2013)
- 75 % bruker psykofarmaka (G.Selbæk et al 2007)



Lisbeth Dyrendal Høgset • Brynjar Landmark • Sverre Bergh

## ► Tjenestebehov hos eldre som mottar kommunale hjemmetjenester

Forekomst og forløp av demens og nevropsykiatriske symptomer

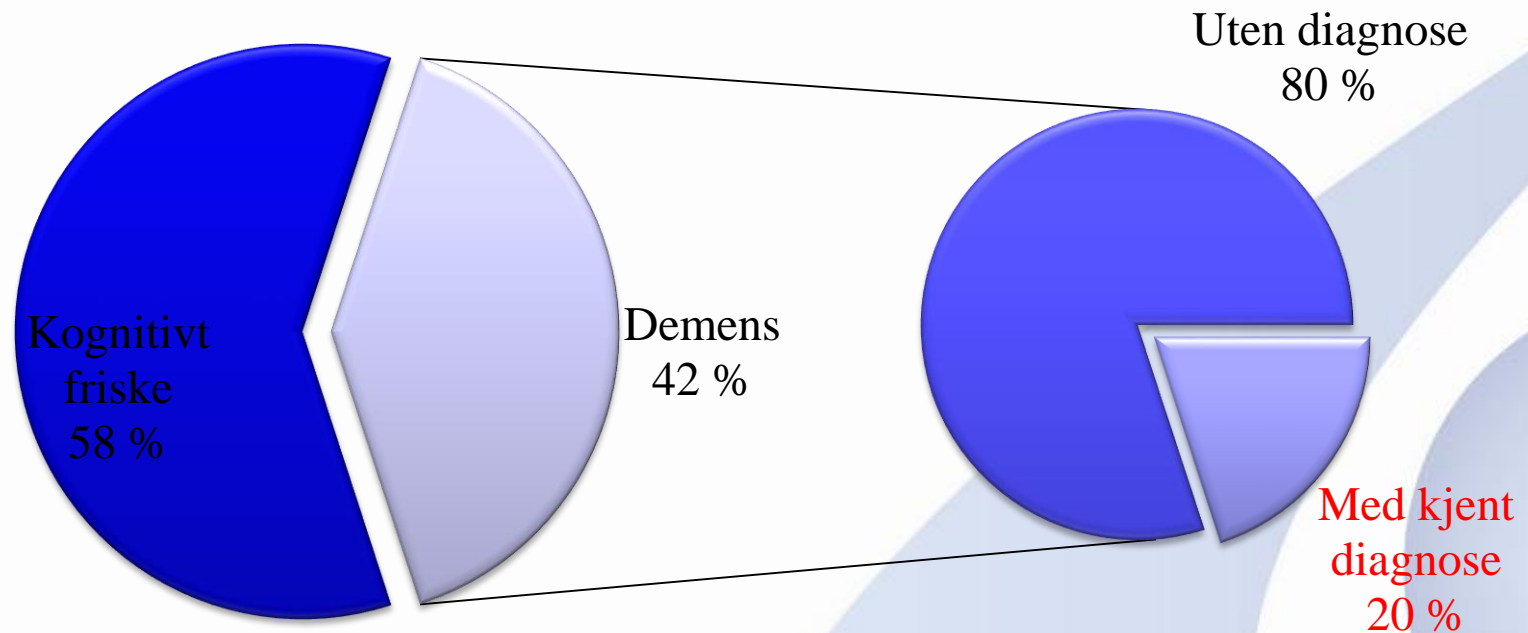


# Hjemmeboende eldre med hjemmetjenester

## Demografi baseline CONSIC

- 42 % av deltagerne hadde demens
- 21 % av deltagerne hadde signifikant APSD
  - Depresjon, apati, angst og irritabilitet mest vanlig
- 40 % av alle brukte psykofarmaka
  
- IPLOS kartlegging fanger dårlig opp begynnende demens og APSD

# Demenssykdom hos hjemmeboende



# Utfordringer med legemiddelbehandling av personer med demens ?

- **Ikke autonom «bruker»** - kan ikke velge selv: prisgitt oss
  - Mangler ofte innsikt i egen situasjon – **samtykkekompetanse ?**
  - Kan motsette seg nødvendige medikamenter: **bruke av tvang** ved kap 4 A. – rettsikkerhetsutfordringer – kan vi dette ?
  - **Samarbeid med pårørende** – pasientrettighetsloven – brukermedvirkning ? Har vi lokale prosedyrer for det ?



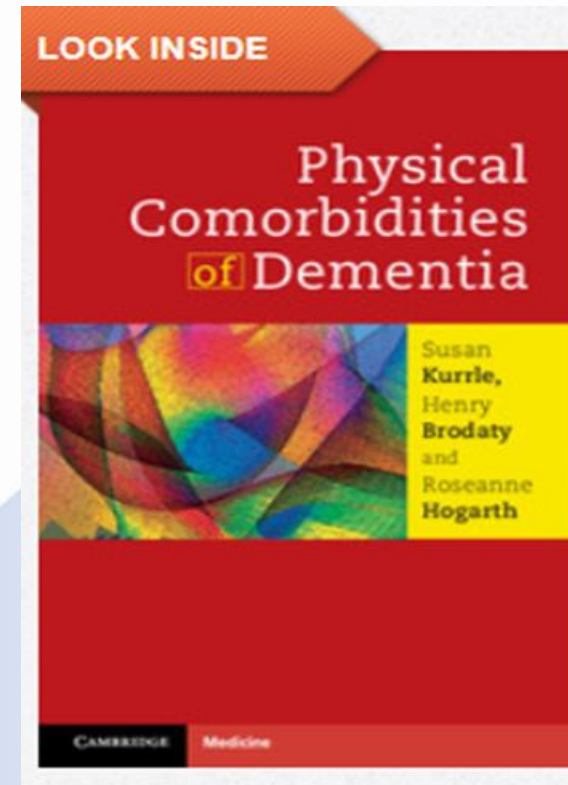
# Utfordringer med legemiddelbehandling av personer med demens

- **svekket hjerne:** kjemisk endringer og celledød: mer sårbar for bivirkninger – særlig delirium
- vansker med å **kommunisere symptomer og bivirkninger** verbalt – både over – og underbehandling
- **Ageisme/diskriminering:** nihilisme: «ikke så nøye»
- Hyppig **andre somatiske tilstander** – mange andre medikamenter – økt risiko for interaksjoner



# Komorbiditet – en del tilstander hyppigere ved demens

- Brudd x3 (Kurrle et al, Cambridge 2012)
- Delirium x5
- Epilepsi x6
- Fall x5
- Vekttap x2
- Inkontinens x4
- **(Mortalitet: x 3.7- x2.5)**. Greta Rait et al BMJ 2010, Survival of people with clinical diagnosis of dementia in primary care: cohort study



# Utfordringer med legemiddelbehandling av personer med demens

- APSD (Atferd og Psykiske symptomer ved Demens)
  - hyppig forekomst ( 98 %). APSD - kan også være bivirkning av medikamenter.
  - APSD: dårlig effekt av medikamentell behandling - og svak vitenskapelig dokumentasjon – men høy tiltro til medikamenter
  - betydelig **press** for å bruke medikamenter: «noe må gjøres» ??

ORIGINAL ARTICLE

**Treatment decisions on antidepressants in nursing homes:  
A qualitative study**

KRISTINA RIIS IDEN<sup>1</sup>, STEFAN HJØRLEIFSSON<sup>2</sup> & SABINE RUTHS<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Research Unit for General Practice, Uvi Health, Bergen, Norway, and <sup>2</sup>Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Norway

*Fokusgruppe-intervju med leger og sykepleiere*

- Lite systematisk diagnostikk, leger stoler på sykepleieres observasjoner
- Antidepressiva vanligvis eneste behandling
- Leger føler forventninger fra sykepleierne, som føler press fra hjelpepleierne, til å forskrive antidepressiva

# Sitat

- Lege:”.....Så fikk jeg tilbakemelding på at dette å slutte med antidepressiva ikke var så lurt, det er igjen på disse demente med, de som motsetter seg stell, de blir umulig igjen, hvis jeg forsøker å ta det vekk, så blir jeg kalt inn på teppet til sykepleier.”

# Forståelse av APSD – konsekvenser for utredning og behandling

- Bio – psyko – sosial forståelse
- Multifaktoriell: samspill mellom flere faktorer (årsaker) samtidig – ikke alltid åpenbare eller lett å finne
- Konsekvens for utredning og behandling:
  - bred, systematisk undersøkelse og kartlegging **før** en konkluderer
  - systematisk refleksjon **før** tiltak/behandling
  - sette inn flere miljøbehandlingstiltak samtidig og først

# mulige årsaker – forståelser – tolkninger av APSD





Bjørn Lichtwarck, Ann-Marit Tverå, Irene Røen:

## ► Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens Manual



Utgitt av:  
Alderspsykiatrisk forskningsenter,  
Sykehuset Innlandet



HELSE + SEWEST





Sykehuset Innlandet HF

## Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging ved demens

- Implementering i 2016-2017
- **Personsentret omsorg** vil sannsynligvis være grunnlaget
- **Retningslinjer for medikamentell behandling** av demens og apsd



 HelseDirektoratet

Nasjonale faglige retningslinjer og veileder om utredning av demenssykdom og oppfølging av personer med demens og deres pårørende

Gardermoen 4. februar 2014

# Medikamentell behandling ved demens

## Generelt om legemidler til eldre

- Mer sårbare for bivirkninger og effekt
- Lavere doser: forsiktig opptrapping: «start low, og slow»
- Bivirkninger annerledes uttrykk



# Bivirkninger – den store imitator

- Tretthet
- Delirium (akutt forvirringstilstand)
- Falltendens
- Antikolinerge bivirkninger (munntørhet, obstipasjon, urinretensjon, blodtrykksfall, synsforstyrrelser)
- Hjerterytmeforstyrrelser (besvimelser, tretthet, tungpust)

## Før vi gir medisiner

- Hva vil vi behandle-oppnå ? : vær konkret – presis
  - Statusmålinger og symptommåling –  
døgnobservasjonsregisteringer av symptomer før oppstart – NPI -Cornell
- Er behandling nødvendig ? For hvem ?
- Hvordan måler vi effekt ? Når tid skal vi evaluere den ?
- Miljøterapeutiske tiltak først



## Neuropsychiatric Inventory NPI-sykehjemsversjonen (versjon 2.0)

(Cummings JL et al, Neurology 1994, 44:2302-14)

(Norsk versjon ved Dag Årshnd og Elisabeth Dramsdahl, RPS)

The NPI is copyrighted by J. Cummings and permission for its use in commercial studies is required

Namn:

Dato:

ID:

Kilde: Påførende pasient/andre

Variabel	N/A	Ikke til stede	Hypighet	Intensitet	HxI	Belastning
Wangforestillinger	x	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Hallusinasjoner	x	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Agitasjon/Aggresjon	x	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Depresjon/dysfori	x	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Angst	x	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Oppstemthet/eufori	x	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Apati/likegyldighet	x	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Manglende hemming	x	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Irritabilitet/labilitet	x	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Avvikende motorisk atferd	x	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Søvn	x	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Appetitt/spise-forstyrrelser	x	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
				Total:		Total:

Kilde .....

Utdannelse/stilling (sykepakerhjelpetier/assistent/annet): .....

Hvilke vakter arbeider vedkommende vanligvis .....

Pleiers kjennskap til beboer (kjenner veldig godt/daglig pleie; kjenner ganske godt/har ofte kontakt med beboer; lite kjent/gir bare ut medisiner eller har svært lite kontakt med beboer)

Antall skift per uke som vedkommende pleier har ansvar for beboeren: .....

Beboers diagnose: .....

Medisiner: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Atferdsregistrering

Sett inn fargekoder for atferden som skal registreres

Aggresjon       Sobril  X       \_\_\_\_\_      Navn: Nils \_\_\_\_\_  
 Søvn       \_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_      F.dat: 30.01.33 \_\_\_\_\_

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00
Dato 1/1																								
Sett Inn farge			X																					
Dato 2/1																								
Sett Inn farge				X																				
Dato 3/1																								
Sett Inn farge																								
Dato 4/1																								
Sett Inn farge				X																				
Dato 5/1																								
Sett Inn farge				X																				
Dato 6/1																								
Sett Inn farge																								
Dato7/1																								
Sett Inn farge				X																				
Dato 8/1																								
Sett Inn farge																								
Dato 9/1																								
Sett Inn farge			X																					
Dato 10/1																								
Sett Inn farge																								

x: gitt medisin



## Før vi gir medisiner

- Er somatisk status gjort ? – som regel alltid nødvendig
- Står pasient allerede på medisiner mot samme målet
  - Har de hatt effekt ? Hvis ikke seponer først.
- Et nytt medikament om gangen
- Interaksjoner ? Kontraindikasjoner ? Sjekk [interaksjoner.no](http://interaksjoner.no)



# Demensmedisinene

- Status først : MMSE-NR, KDV, obs-demens, adl-kartlegging, NPI
- Evaluer hver 6 måned: som over - og globalt inntrykk
- Medikamenter:
  - AChE-hemmere: Exelon, Aricept, Reminyl
  - Ebixa: alvorlig demens (svakere dokumentasjon)
  - ved Alzheimers sykdom, blandingsdemens, demens med Lewy-legemer. EBIXA kan også forsøkes ved Frontotemporal demens og vaskulær demens

# Demensmedisiner

- Effekt:
  - bremser symptomutvikling (noen får bedring) hos 20-30 %
  - Kognisjon og ADL funksjoner, og våkenhet/initiativ
  - **mulig** effekt hos noen på APSD, spesielt hallusinasjoner – EBIXA kan ha effekt på agitasjon
- Bivirkninger: Ache-hemmere: kvalme, oppkast, forvirring, besvimelse (hjerterytmeforstyrrelser)

## Medisiner ved demens og depresjon

- Presis diagnose: sykehistorie og status først (eks: MADRS, Cornell, NPI-depresjonskår, ADL-skår)
- Alltid somatisk status først – depresjon er en imitator
- Medikamenter ved alvorlig depresjon: SSRI og Remeron
- Evaluer effekt etter 4-6 uker: inntrykk, MADRS, Cornell, NPI-depresjonsskår

## Medisiner ved demens og depresjon

- Behandlingstid ved effekt: 6 -12 måneder ved 1 .gangs depresjon – livslang etter 3.gangs depresjon
- Usikrere effekt av medikamentell behandling av depresjon ved demens (kun 1 av 5 effekt ?)
- Miljøtiltak først og samtidig
  - Psykoterapi: støttesamtaler
  - Aktivisering: ADL aktiviteter – fysisk aktivitet -sosial

## Medisiner ved angst - søvnvansker

- Eksempler: Benzodiazepiner: Sobril (angstmedisin), Imovane eller Stilnoct (sovemedisin)
- Ingen studier dvs. ingen vitenskapelig dokumentasjon
- Unngå: Vival, Valium, Stesolid, Apodorm, Flunipam
- Antidepressiva (SSRI) førstevalg ved behov for **langvarig** behandling mot ulike typer angst
- **Bivirkninger:** tretthet, ustøhet, **fall**, svekket kognisjon, forvirring, økt bruddrisiko

## Medisiner ved angst - søvnvansker

- Presis diagnose: status – døgntilfølgninger, NPI-skår
- Miljøtiltak først : samtaler – aktivisering- lysbehandling
- Evaluer effekt etter 1-2 uker: inntrykk - pluss verktøy som over
- Kun **kortvarig** bruk anbefalt for benzodiazepiner (1-2 uker)



# vrangforestillinger - hallusinasjoner

- Presis kartlegging først: døgnregistreringer, NPI skår
- Somatisk undersøkelse
- Miljøtiltak: samtale, aktivisering, skjerming
- Er behandling egentlig nødvendig ?
- **Gruppe: antipsykotika:** Risperdal, Zyprexa, Seroquel, Haldol

## vrangforestillinger - hallusinasjoner

- Effekt: lite vitenskapelig bevis for effekt av medikamenter ved demens
- Bivirkninger antipsykotika: alvorlige: parkinsonisme (fall, ustøhet, stivhet, ufrivillige bevegelser TD ), besvimelser, svekket tankeevne, økt dødsrisiko x2, økt slagrisiko x2-3.
- **Antipsykotika skal kun brukes i ekstreme tilfeller: forsøksseponeres hver 3. måned**

## Medisiner ved agitasjon (sterk uro og aggresjon)

- Medisinvalg: avhengig av tolkning – forståelse som systematisk utredning og refleksjon frambringer:
  - Alltid miljøtiltak først
  - Depresjon eller angst: event. antidepressiva
  - Kognitiv svikt: demensmedisiner hvis ikke forsøkt før – event. Ebixa
  - **I ekstreme unntakstilfeller kan antipsykotika forsøkes – forøkssseponer etter 3 mndr.**

## Antipsykotika – type

- Aripiprazol (Abilify) og Risperidon (Risperdal) har effekt på psykose Schneider AJGP 2006
- Risperidon og Olanzapin (Zyprexa) har effekt på aggresjon Ballard Cochrane 2006
- Haloperidol (Haldol) har en viss effekt på aggresjon Lonergan Cochrane 2002
  
- Alle har en beskjeden effekt – snever indikasjon
- **Førstevalg risperidon (Risperdal) : fra 0,25 mg -1 mg maks 2 mg) pr døgn.**
- **2. valg: Zyprexa eller Abilify.**