

Fakta om beteendesyntom vid demenssjukdomar

Praktisk sammanfattning vid BPSD

- Informera/utbilda/handleld närstående och vårdpersonal
- Identifiera och utred symtom, utlösande orsaker och ev. samtidiga psykiska eller somatiska sjukdomar
- Se över den totala farmakologiska terapin och ompröva preparat med potentiellt CNS-negativa effekter. Tidig specifik terapi mot Alzheimers sjukdom kan minska uppkomsten av BPSD
- Optimera den icke-farmakologiska terapin med en lugn, trygg miljö och tillgodose de basala mänskliga behoven
- Om kvarstående symtom kan farmakologisk terapi prövas och utvärderas inom 2 veckor
 - SSRI-preparat vid depression men dessa kan även prövas vid agitation och oro
 - Memantin vid agitation och aggressivitet
 - Risperidon med försiktighet vid psykotiska symtom och aggressivitet
 - Oxazepam som korttidsterapi vid akut ångest och behov av sedering



FAKTA OM BETEENDESYMTOM VID DEMENSSJUKDOM

Demens förekommer i Sverige hos cirka 150 000 personer. Problematiken om och kring demens är komplex. Det handlar inte enbart om minnessvikt och kognitiv störning utan också om ackompanjerande, sekundära symtom i form av beteendestörningar och psykiska symtom så kallade BPSD. Dessa problem kan ofta vara mer uttalade och belastande än de kognitiva för både patient, anhörig och vårdare.

De bästa verktygen för att hantera dessa problem är kunskap, information och handledning kring orsaker, symtomatologi och behandling såväl farmakologiskt som icke-farmakologiskt. En väl informerad och väl insatt person som vårdar en dement patient med BPSD-problematik är bättre förberedd och rustad att möta och förhålla sig till den drabbade patienten.

Denna broschyr är avsedd att belysa och berika just dessa områden, ge tips och råd för att underlätta vardagen för patient, anhöriga och vårdare.

Johan Lökk
Docent/Överläkare
Geriatriska kliniken; Institutionen för Neurobiologi,
Vårdvetenskap och Samhälle
Karolinska Institutet
Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Innehåll

BPSD är en förkortning för "beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom"

1. Bakgrund	5
2. Varför BPSD? Möjliga orsaker	6
3. Hur yttrar sig BPSD?	7
4. Hur debuterar BPSD?	8
5. Vilka konsekvenser av BPSD?	9
6. Vad göra som första åtgärd vid BPSD?	10
7. Hur förhålla sig till BPSD?	11
8. Hur behandla farmakologiskt?	12
9. Specifik symtombehandling	13

Bakgrund

I Sverige är cirka 150 000 personer drabbade av demens, varav 2/3 anses ha Alzheimerdemens. Man förknippar vanligen demenssjukdomar med försämrat minne och nedsättning av andra kognitiva funktioner. Det är dock även frekvent förekommande med beteendestörningar och psykiska symtom vid demens. BPSD är förkortningen för just dessa "beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom". En internationell konsensusgrupp i USA har 1996 definierat BPSD som "tecken och symtom på störd perception, stort tankeinhåll, förändrat stämningsläge och förändrat beteende ofta förekommande hos patienter med demenssjukdom". Denna vanligt förekommande ackompanjerande symtomflora vid demens benämndes tidigare sekundära symtom eller komplikationer till demens.

Den demente patientens hjärnskada är sannolikt bidragande till symtomen och kan ses vid flera typer av demens. Här kan ses en brist på signalsubstansen acetylkolin och även sänkta halter av serotonin, som kan ge upphov till lägre impuls kontroll som i sin tur kan ge förutsättningar för aggressivitet, ångest, dysfori m m. Till skillnad från de kognitiva symtomen som främst orsakas av den bristande neurala funktionen, har BPSD en flerfaldig bakgrund. Detta har även betydelse för karaktären och intensiteten av yttringarna.



Varför BPSD? Möjliga orsaker

Verkligheten för den demenssjuke kan te sig annorlunda än för omgivningen. Det innebär att tolkningen av en situation och beteendet kan upplevas logiskt från patientens sida även om omgivningen inte har samma tolkning. Bidragande kan också vara att den demente kan ha svårigheter att tolka såväl hörsel- som syn- och känslointryck, där både under- och överstimulering i form av högt ljud eller svag belysning kan omtolkas.

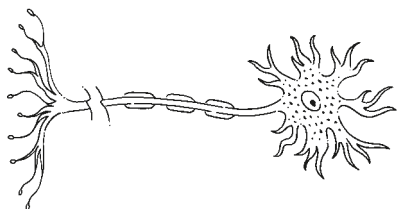
Oväntade eller plötsliga förändringar i omgivning, vårdmiljö eller i rutiner såväl som patientens personlighet, karaktärsdrag och psykologiska reaktioner har också betydelse för uppkomsten av BPSD. Även begränsningar i möjligheterna för patienten att tillfredsställa ett rörelsebehov kan utlösa BPSD.



Hur yttrar sig BPSD?

Vanligast förekommande symtom har i studier rapporterats vara depression (25 %), ångest (23 %) följt av olika psykotiska symtom (14 %). Man kan indela symtomen i två grupper, där den första utgörs av psykiska symtom, som patienten själv kan notera: Nedstämdhet, dysfori, ångest, hallucinationer och vanföreställningar. Den andra gruppen omfattar de symtom med beteendestörningar som andra kan observera: rastlöshet, agitation, vandrande, aggressivitet, oacceptabelt socialt beteende, patologiskt samlande och svärande (tabell).

Psykiska symtom	Beteendestörningar
Nedstämdhet	Rastlöshet
Ångest	Aggressivitet
Sömnstörningar	Vandringsbeteende
Affektlabilitet	Irritabilitet
Hallucinationer	Utagerande
Vanföreställningar	Gråt
Missidentifikationer	Skrik



Hur debuterar BPSD?

Ofta kan BPSD komma helt plötsligt utan förvarning särskilt när något utlösande moment kan identifieras. Dock kan även ett smygande och mer kroniskt förlopp finnas med skovvisa försämringar. Symtomens svårighetsgrad kan variera över tid allt eftersom sjukdomen progredierar. De tycks vara mest framträdande vid medelsvår fas av demens och mindre uttalade i tidig, mild och sen, svår fas.



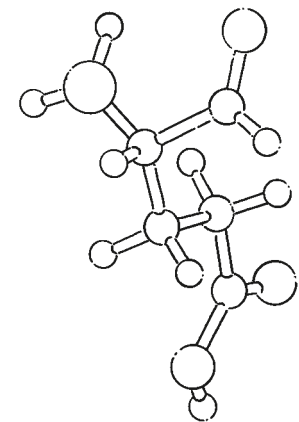
Vilka konsekvenser av BPSD?

BPSD innebär ett stort lidande för patienten och påverkar livskvaliteten negativt men inverkar naturligtvis också negativt på anhöriga, som kan ha svårt och få svårt att hantera och förhålla sig till dessa besvär. Symtomen upplevs ofta påfrestande – svårhanterliga och resulterar inte sällan till vård på institution på grund av den stora belastningen de utgör. För de patienter som är benägna för BPSD måste man ofta ha en hög, och i långa loppet påfrestande, beredskap till symtomhantering.

Vad göra som första åtgärd vid BPSD?

Det uppkomna beteendet måste identifieras och beskrivas: Karaktär? Intensitet? Tidsaspekter? Försök identifiera/utesluta och hantera eventuellt utlösande faktorer. Infektion? Metabol rubbning? Intorkning? Förstoppning? Läkemedelsbiverkning? Har något anmärkningsvärt förändrats i omgivningen? Hur är dygnsrytmen och nattsömnen?

Dokumentera och försök eliminera/minimera dessa faktorer för den individuella patienten och för gärna en dagbok med insamlad information om karaktär, intensitet och frekvens och eventuellt utlösande faktorer.



Hur förhålla sig till BPSD?

För att förebygga eller lindra uppkomsten av BPSD kan man fundera över sitt förhållningssätt där man bör ha kunskap, tid och tålamod men också visa respekt för patienten samt försöka stärka dennes jagkänsla och autonomi. Samtidigt bör man också ställa realistiska krav på patienten med en hög beredskap för att parera de svängningar som ofta uppkommer både i beteendet och humöret. Det är också viktigt att se till att patienten har en välkänd och trygg omgivning, med kända ansikten av vårdare och anhöriga, samt en rimlig stimulans som patienten kan ta till sig.

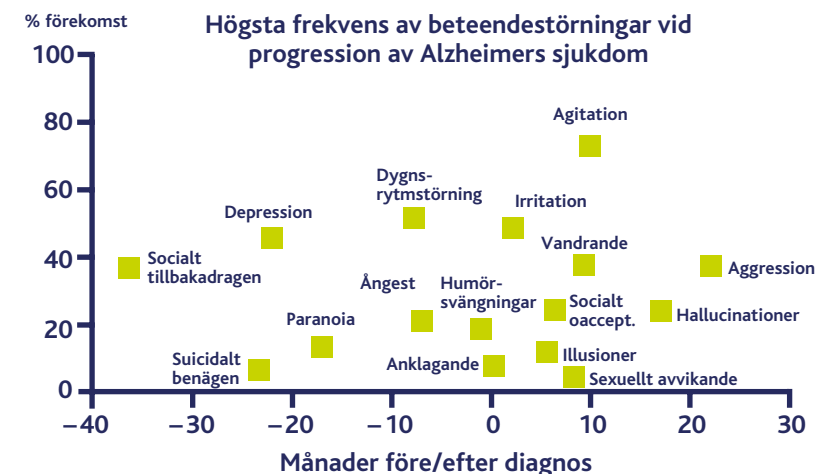
Hur behandla farmakologiskt?

Målsättningen för behandling är lindring av de symtom som patienten och omgivningen upplever störande och plågsamma. Utifrån dokumentationen av BPSD kan behandling prövas och utvärderas för att sedan omprövas och åter utvärderas. Relativt få läkemedelsstudier är genomförda på BPSD, vilket också avspeglas i behandlingsstrategierna. Baserat på klinisk erfarenhet, empiri och vetenskaplig dokumentation finns i den terapeutiska arsenalen neuroleptika, demenspreparaten memantin och acetylkolinesterashämmare (AChEI), antidepressiva (SSRI), anxiolytika och antiepileptika. De måste väljas och doseras m.h.t ålder, allmäntillstånd, andra sjukdomar, karaktär och intensitet av symtomen. Traditionella lågdosneuroleptika (Haldol®) ska undvikas⁽¹⁾ och istället kan med stor restriktivitet ett-atypiskt **neuroleptikum (Risperdal®)** prövas i lågdos fr.a. vid svår demens⁽²⁾. Andra atypiska neuroleptika som clozapin (Leponex®), quetiapin (Seroquel®) eller olanzapin (Zyprexa®) bör undvikas pga negativ påverkan på kognitionen och tveksam effekt överhuvudtaget⁽³⁾. NMDA-antagonisten **memantin (Ebixa®)**, som påverkar det glutamaterga signalsystemet, har uppvisat positiva effekter på kognitiv funktion, ADL och välbefinnande. Studier har även visat effekt på BPSD^(4,5). Framför allt ser man en signifikant reduktion av agitation och aggressivitet, men även en minskad risk för uppkomst av dessa symtom.

De tre på marknaden förekommande **AChEI donepezil (Aricept®), galantamin (Reminyl®) och rivastigmin (Exelon®)** har i flera studier uppvisat positiva effekter på kognitiv funktion, ADL och välbefinnande. Dessutom har de i det enskilda fallet och i ett fåtal studier visat sig kunna ha effekt på vissa BPSD symtom, men de rekommenderas inte som rutinbehandling vid BPSD⁽⁶⁻⁸⁾. De tre substanserna har vissa skillnader farmakologiskt och på receptornivå där den kliniska betydelsen av detta ej är markant uttalad. Som vanligaste bieffekt kan övergående gastrointestinala besvär med illamående och kräkning uppstå. Nedstämdhet, dystymi, sömnstörning och affektlabilitet är vanligt förekommande vid demens och kan vara en del i denna men också i en samtidig depression. En samtidig depression ska behandlas enligt gängse rekommendationer⁽⁹⁾. Tricykliska antidepressiva bör undvikas pga biverkningsprofilen medan **SSRI-preparat (Fontex®, Cipralex®, Citalopram®, Seroxat® m.fl.)** och **SNRI-preparat (Efexor®, Cymbalta®)** är förstahandspreparat. Dessa kan ibland ha positiva effekter mot irritabilitet, oro och agitation.



Anxiolytika som t.ex. kortverkande **benzodiazepiner** kan tillfälligt användas vid uttalad oro och ångest⁽¹⁰⁾. **Antiepileptika** (valproat och karbamazepin) har stundtals använts vid otillräcklig effekt av annan medicinering för aggressivitet och affektlabilitet, där dock sidoeffekter med negativ kognitiv påverkan, sedering och interaktion med andra läkemedel medför att de inte rekommenderas vid BPSD⁽¹¹⁾. All behandling bör initieras, symtomstyras och regelbundet utvärderas av läkare med kunskap och kompetens om demens och BPSD och de olika preparaten. Starta med låga doser, dosöka långsamt, en medicin i sänder, beakta hela symtombilden och eventuella sidoeffekter och överväg dosreduktion eller seponering när BPSD symtomen försvunnit.



Jost and Grossberg, 1996

Specifik symtombehandling

Sömnstörning

Åldrandet i sig medför ofta ett förändrat sömnmönster med ytligare sömn och uppvaknanden under natten, med accentuering vid demenssjukdom. En noggrann kartläggning av aktuellt och tidigare sömnmönster är väsentligt för handläggningen. Omgivningsfaktorer, smärta, urinvägsbesvär, hjärt-kärlsjukdom och andra somatiska orsaker till sömnstörning bör först kontrolleras och behandlas innan specifik medicinering insättes. Intermittent och kortvarig behandling med preparat med kort halveringstid som zopiklon (Stilnoct®) eller oxazepam (Sobril®) och i undantagsfall klometiazol (Heminevrin®), kan prövas. Undvik långverkande benzodiazepiner pga negativ kognitiv påverkan, sederig dagen efter, minskad muskeltonus med fallrisk.

Depression och ångest

Vanligt förekommande framför allt i initialstadier av demens. Ångest i akuta skeden behandlas främst med kortverkande benzodiazepiner. Depression med eller utan ångest kan ofta behandlas framgångsrikt med SSRI-preparat.

Vandringsbeteende kan vara uttryck för understimulering och rastlöshet. Mot detta finns ingen specifik behandling.

Hallucinationer och psykotiska symtom

Ett antipsykotikum, (Risperdal®), kan med restriktivitet och med observation på sideeffekter prövas i lågdos. Atypiska neuroleptika har tveksam effekt och bör undvikas. Dosreducering och utsättningsförsök skall alltid göras när symtomen klingat av. Vid milda besvär kan AChEI i det enskilda fallet ha effekt.

Aggression och agitation

Memantin (Ebixa®) har visats kunna dämpa agitation och aggressivitet. Som tidigare nämnts kan memantin även förhindra uppkomst av symtom samt förebygga klinisk försämring. SSRI preparat kan också ha effekt vid agitation och oro och bör prövas fr.a. vid samtidig nedstämdhet. Föreligger en kraftfull ångestkomponent kan kortverkande anxiolytika prövas.

1. Sink KM et al. JAMA 2005;293:596-608
2. Sun GH et al. Int J Geriatr Psychiatry 2006;21:654-60
3. Lee PE et al. BMJ 2004 ;329 :75
4. Maidment ID et al. Ann Pharmacother 2008 ;42 :32-8
5. Gauthier et al. Int J Geriatr Psychiatry 2007
6. Cummings JL et al. Am J Geriatr Psychiatry 2006 ;14 :605-12
7. Cummings JL et al. Am J Geriatr Psychiatry 2004;161:532-8
8. Finkel SI et al. Clin Ther 2004;26:980-90
9. Thompson S et al. Can J Psychiatry 2007 ;52 :248-55
10. Herrman N et al. Can J Psychiatry 2007 ;52 :630-46
11. Lonerger ET et al. Cochrane Database Syst Rev 2004 ;(2) :CD003945