

- förhållningssätt och behandling

Organrelaterad modell

Aktualiserar ofta farmakologiskt komplement till omvårdnaden.

Behandling med läkemedel?

Det var tidigare vedertagen praxis inom såväl somatisk som psykiatrisk långtidsvård att behandla olika icke-kognitiva symtom vid demens med antipsykotiska läkemedel. Många patienter behandlades under åtskilliga år, ofta med en kombination av hög- och lågdospreparat, som levomepromazin och haloperidol. Bakgrunden till detta var preparatens väldokumenterade effekt mot psykotiska symtom, agitation och aggressivitet vid schizofreni.

Inom demensvården kom emellertid antipsykotiska läkemedel även att användas mot ospecifika symtom som oro, ångest, vandrande och ropbeteende. Utvärderingen av effekter skedde dock inte från ett helhetsperspektiv. Minskning av beteendesyntom åstadkoms oftast till priset av försämrade kognitiva och motoriska funktioner.

Personer med demenssjukdom som uppfyller kriterierna för **depression bör behandlas enligt gängse rekommendationer** (se Läkemedelsverkets rekommendation ”Farmakoterapi vid unipolär depression hos vuxna och äldre”).

Patienterna kan även ha depressiva symtom liksom agitation och irritabilitet som delsymtom på själva demenssjukdomen. Det finns **ett fåtal studier** som utvärderar effekten av SSRI (citalopram och sertralin) och SNRI (venlafaxin) på dessa symtom. Det saknas studier på andra antidepressiva läkemedel

Antidepressiva läkemedel har **även studerats vid AD utan tecken till depression**. Positiva effekter har noterats på symtom såsom agitation och irritabilitet. Citalopram och sertralin kan därför prövas vid framför allt irritabilitet och aggressivitet om icke-farmakologisk behandling inte gett tillräcklig effekt.

All behandling vid BPSD ska följa läkemedelsverkets rekommendationer.

http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/RecommendationsPage_7730.aspx

Nedan hittar ni länken till alla medicinska riktlinjer i Västra Götaland -inklusive Läkemedel och Äldre.

http://epi.vgregion.se/vgrtemplates/Page_4627.aspx

Det är dock viktigt att framhålla att såväl **irritabilitet som aggressivitet kan vara symtom på mani/hypomani där antidepressiva läkemedel kan förvärra bilden**.

SSRI-läkemedel kräver ofta flera veckors behandlingstid för effekt. Om övriga läkemedel 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.

- förhållningssätt och behandling

Personrelaterad modell

Personlighet, psykologiska försvarsmekanismer och strategier för att hantera tillvaron har betydelse för utvecklingen av BPSD. Psykologiskt stöd i tidigt skede av sjukdomen kan antas underlätta anpassningen och minska ångesten. Att ha kunskap om patientens/den boendes levnadshistoria (med bl a personlighet och intressen) är en förutsättning för att under sjukdomsförloppet kunna ge en jag- och identitetsstärkande omvårdnad.

Socialt relaterad modell

En person med demenssjukdom har en försämrad förmåga att tolka och anpassa sig till omgivningen. En miljö som är lätt att tolka minskar risken för BPSD. För att kunna fungera så självständigt som möjligt bör det vara lätt att orientera sig i vårdmiljön, utan långa korridorer och med rymliga allrum. Det är viktigt att med vårdgivarna på ett naturligt sätt kunna tillbringa så mycket tid som möjligt tillsammans. Ljud från TV, radio och telefoner är ofta stressfaktorer och bör därför reduceras. Det är viktigt att det i miljön finns en balans mellan kompetens och krav för att minska risken för BPSD. Miljön ska stödja patientens förmåga att fungera så självständigt som möjligt. Byte av miljö kan upplevas som stressande och på så vis ge en ökad risk för BPSD.

Samspelet mellan den sjuke och vårdgivare är av yttersta betydelse för utveckling av BPSD. Ångest hos patienten leder inte allt för sällan till stress hos vårdgivarna. Utbildning, handledning och anhörigstöd är därför viktiga åtgärder och en väg till ökad vårdkvalité för patienterna. Ett sätt att utveckla vårdssituationen för vårdpersonal är sk kontaktmannaskap, vilket på sikt ger en djupare förståelse för patienten/den boende.

Existentiell/helhetsmodell

Aktivt stöd till vårdgivare och anhöriga hjälper dem att kunna förmedla hopp i existentiella frågor kring liv och död.

Forskning visar att en för den demenssjuke främmande miljö eller störande faktorer i omgivningen kan framkalla BPSD. Obehandlad smärta, obstipation, urinretention och fraktur hos den sjuke utgör exempel på andra orsaker. Fysisk och verbal aggressivitet kan vara uttryck för överträdelse av den privata sfären, skrik kan vara uttryck för ångest eller för att bli övergiven och vandring kan vara uttryck för hemlängtan.

För person- socialt eller existentiellt relaterad modell är det extra lämpligt att arbeta med ”Jagstödjande förhållningssätt”!

Beteendet kan variera med hur olika vårdare agerar. Relationens betydelse för en bra interaktion framhålls i ett stort antal studier. Förmågan att se personen som en individ med en sjukdom påverkar innehållet i interaktionen och den vård som ges. **God vård för personer med BPSD** förknippas ofta med ett personcentrerat förhållningssätt där målet är att bevara identiteten trots att de kognitiva förmågorna försämras. Det innebär att **bekräfta den andres upplevelse av**

- förhållningssätt och behandling

verkligheten bland annat genom att beakta personens livshistoria, värderingar och personlighet samt nuvarande förmågor och upplevelser. Individer som har demens har en bevarad självkänsla även i avancerade stadier av sjukdomen.

Det är kliniskt välkänt att den demenssjuke kan ha stunder av psykisk klarhet och det har påvisats av forskare framför allt när patienten upplevt en nära relation utan krav och själv har fått initiera samtalsämnet. Integrerad kunskap om allmänmänskliga behov, liksom om de demenssjukas specifika symtom och behov, är en förutsättning för förståelse och handlande hos vårdaren. Till detta måste vårdaren ges kunskaper om och möjligheter till att lära känna den individ som är i behov av omsorg, vård och behandling. **Att ständigt byta vårdare kan därför orsaka stora svårigheter för personer med BPSD.**

Andra åtgärder vid specifik BPSD

Vanföreställningar och hallucinationer

Pupillerna hos äldre personer har en nedsatt förmåga att ändra sig, vilket medför svårigheter att anpassa sig till en mörkare omgivning. Det är därför viktigt att ha ordentligt med ljus. Tänk dock på att lysrörsbelysning påverkar en demenshandikappade negativt på en nedsatt förmåga att sortera intryck. Försämrad hörsel kan om det inte åtgärdas leda till ökad paranoid beredskap. En person med demenssjukdom har, trots hörselhjälpmedel, sämre möjlighet att kommunicera. Risken är större för missuppfattning och att inte kunna använda hjälpmedlen på ett lämpligt sätt.

Aktivitetsstörningar

För att öka säkerheten vid t ex vandringsbeteende rekommenderas tillgängliga ytor att röra sig på. Ljus och mild färgsättning har en dämpande effekt. Larmsystem finns också att tillgå.

Aggressivitet

Genom att ”känna in” problemsituationen och åtgärda eller avstyra den innan en krissituation uppstår kan många problem undvikas eller lösas.

- ! Ingrip tidigt vid hot om aggressivt beteende.
- ! Undvik så långt det är möjligt situationer och andra personer som kan vara provocerande.
- ! Lugnt och stilla närma sig personen.
- ! Tänk på kroppshållningen! Undvik att stå över en person som sitter, det kan verka skrämmande och provocerande.
- ! Distrahera med frågor och vänd successivt uppmärksamheten till något annat.
- ! Lugn och tyst miljö.
- ! Undvik argumentation och konfrontation.

- förhållningssätt och behandling

Dygnsrhythmsstörningar

Miljömässiga insatser för stabil dygnsrhythm är naturligtvis värdefullt för att minska risken för sömnstörningar. God sömnhygien får inte underskattas i sammanhanget.

- ! Regelbundna sänggående- och uppstigandetider.
- ! Invanda rutiner vid sänggåendet.
- ! Minimera ljus och ljud under natten.
- ! Undvik diuretika under kvällen.

Affektiva störningar

Omvårdnaden bör bedrivas på ett sådant sätt så att nedstämdhet hålls borta. Patienter som lider av måttliga till svåra depressioner kräver dock ofta farmakologisk behandling.

- ! Tag reda på vilka aktiviteter som personen tidigare har tyckt om och modifiera dem på ett lämpligt sätt till den nuvarande funktionsnivån.
- ! Hjälpa till att komma ihåg trevliga och positiva saker som kan få personen på gott humör.
- ! Medverka till en ljus och trevlig miljö.

Ångesttillstånd

Personer med *mild grad* av demenssjukdom kan ha god hjälp av psykoterapeutisk behandling. Det kan hjälpa att fokusera på de praktiska aspekterna av sjukdomen och på sorgereaktioner över sina kognitiva brister. *Vid tidig eller mild grad* av demenssjukdom kan också en gruppkontakt med andra i likartad situation vara betydelsefull.

Även familjen behöver strategier för att minska risken för BPSD. Familjen behöver information om sjukdomen likaväl som kunskap om bemötande.

Etiska aspekter

Ett etiskt dilemma vid BPSD är att patientens synpunkter på behandlingen ofta inte går att få. Förmågan att förstå den information som ges och att göra en bedömning av föreslagen behandling är begränsad. Särskilda problem uppstår då patienten är uppenbart negativt inställd till behandlingen/åtgärden. Samtidigt är situationen sådan att han/hon har en nedsatt förmåga att bedöma vad saken gäller.

Ska man duscha patienten mot dennes vilja? Interventionerna måste värderas så att fördelarna överväger nackdelarna. Vem ska bedöma det? Doktorn? Övrig personal? Anhöriga? Kan man hitta alternativ som i mindre utsträckning strider mot patientens vilja? Det etiska resonemanget måste hållas levande vid alla typer av behandling vid BPSD.