

Psykofarmaka til sykehjemsbeboere

Enrico Callegari MD, PhD

Psykiater, Sykehuset Østfold

Postdoc, Oslo Universitetssykehus

Førsteamanuensis, Høgskolen i Østfold

Den 10. nasjonale konferansen i alders- og sykehjemsmedisin

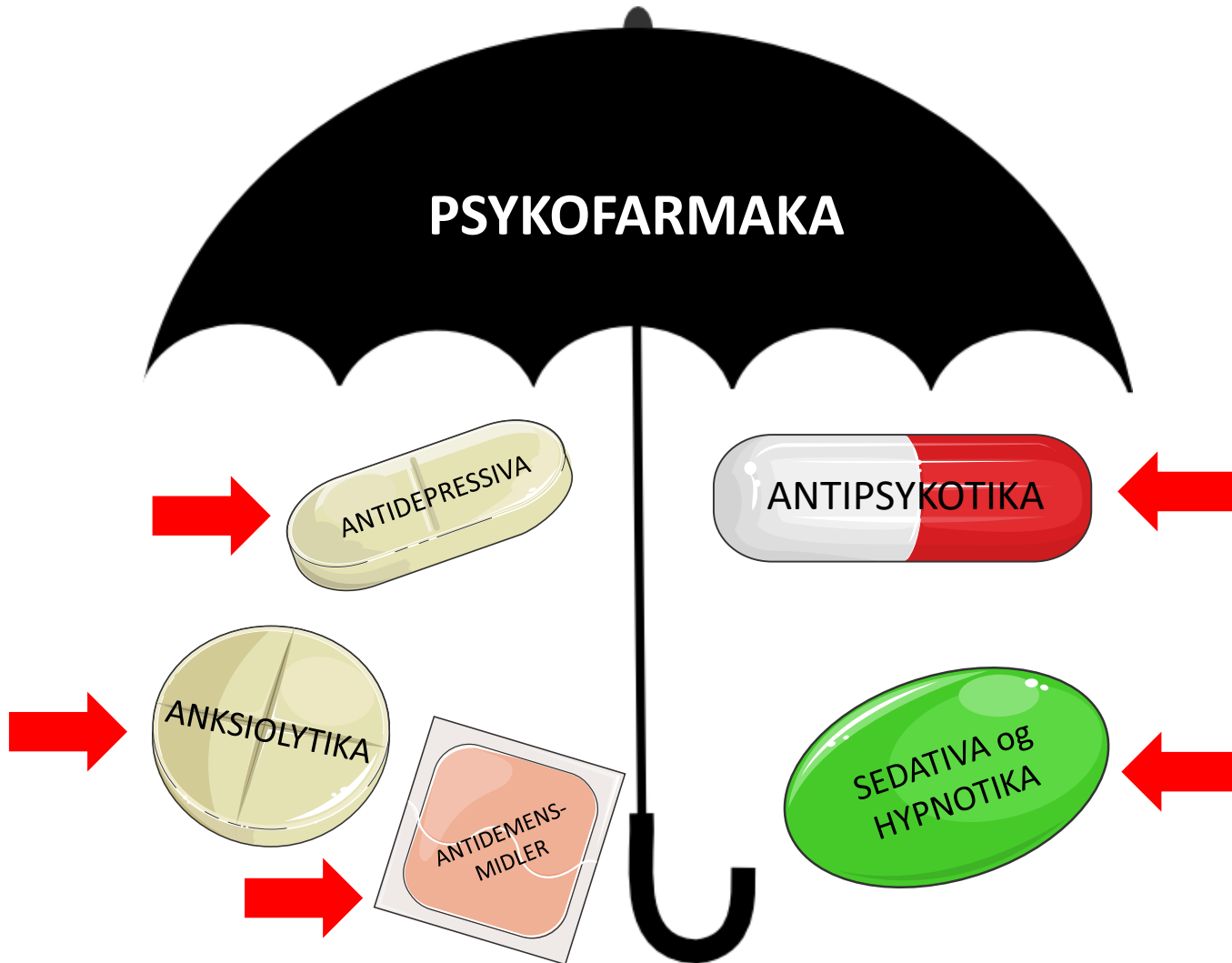
Bergen, 11. og 12. mars 2024

Radisson BLU Royal Hotel
Bergen sentrum

Disposisjon

- Hva er et psykofarmakum
- Hvorfor brukes disse?
- Noe tall
- Kliniske anbefalinger
 - Depresjon, angst
 - Psykose
 - Søvnforstyrrelser
 - Demens og APSD
- Konklusjoner

Psykofarmaka



Trisykliske
SSRI / SNRI
Atypiske

Førstegenerasjon / typiske
Andregenerasjon / atypiske

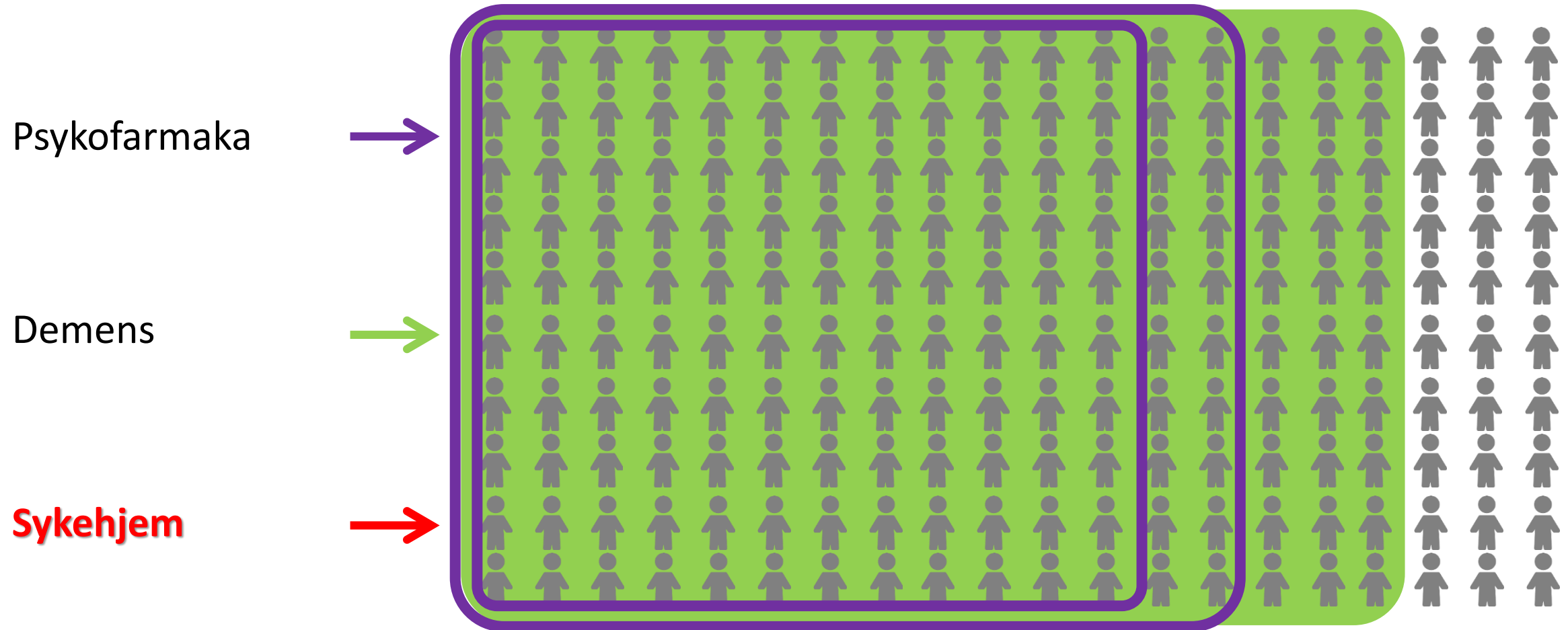
Beroligende / benzodiazepiner

Z-hypnotika / sovemidler
Melatonin

Kolinesterasehemmere
Memantin

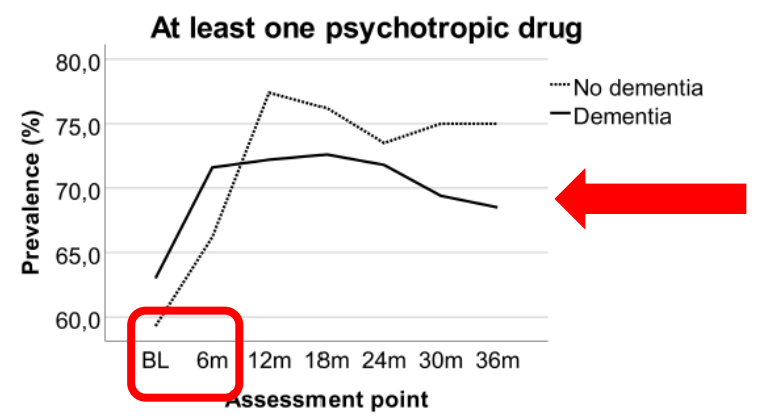
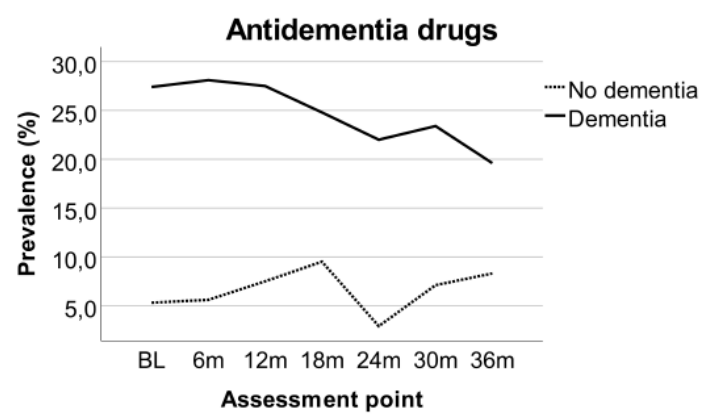
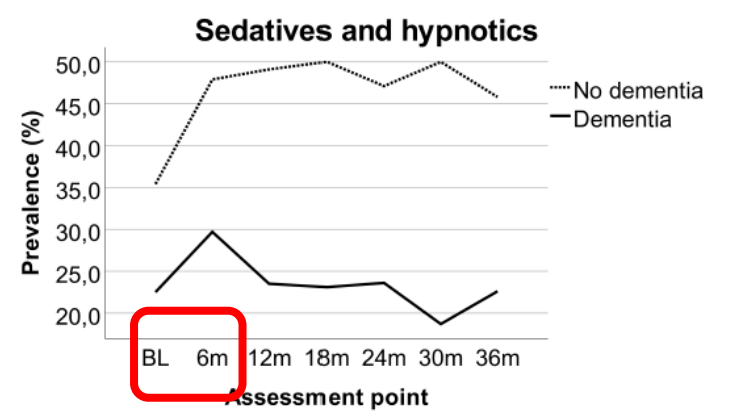
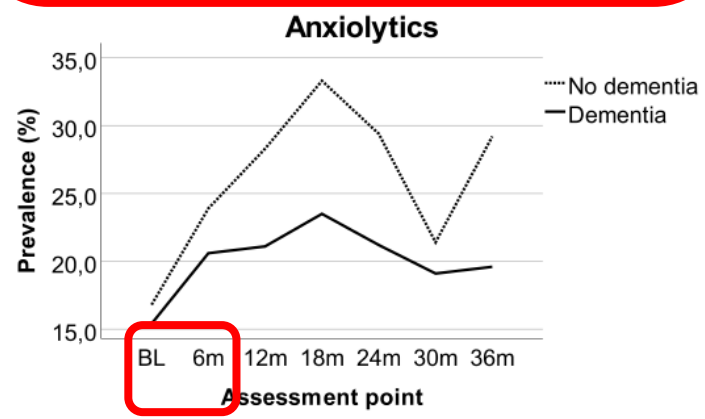
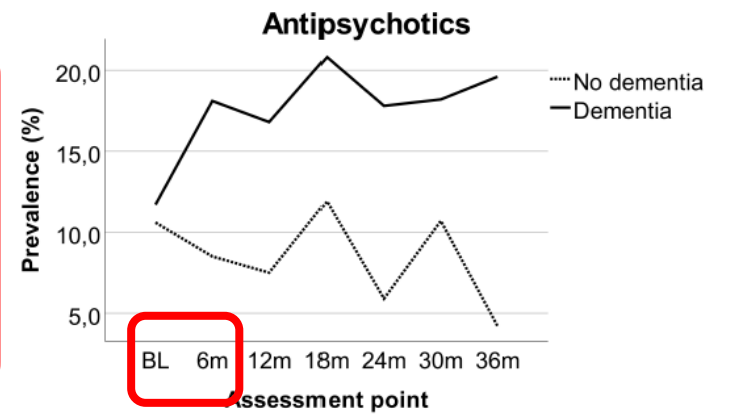
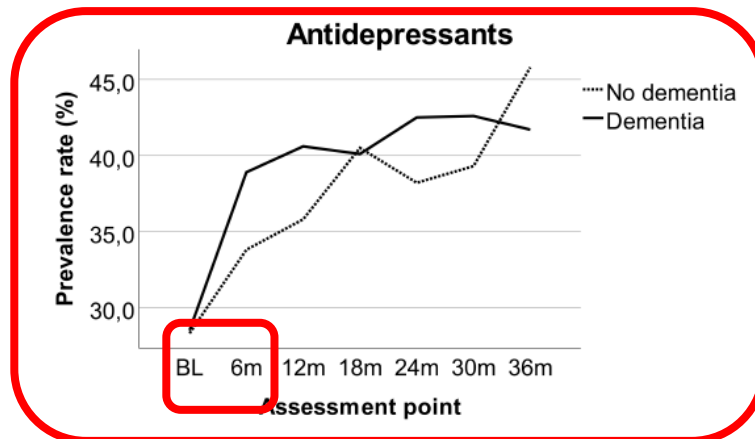
**BIVIRKNINGER
av
PSYKOFARMAKA**

Psykofarmaka i sykehjem



Helvik et al., 2017
Helvik et al., 2015
Selbæk et al., 2015

Endring i forskrivning over tid



Callegari et al., 2020
Callegari et al., 2021

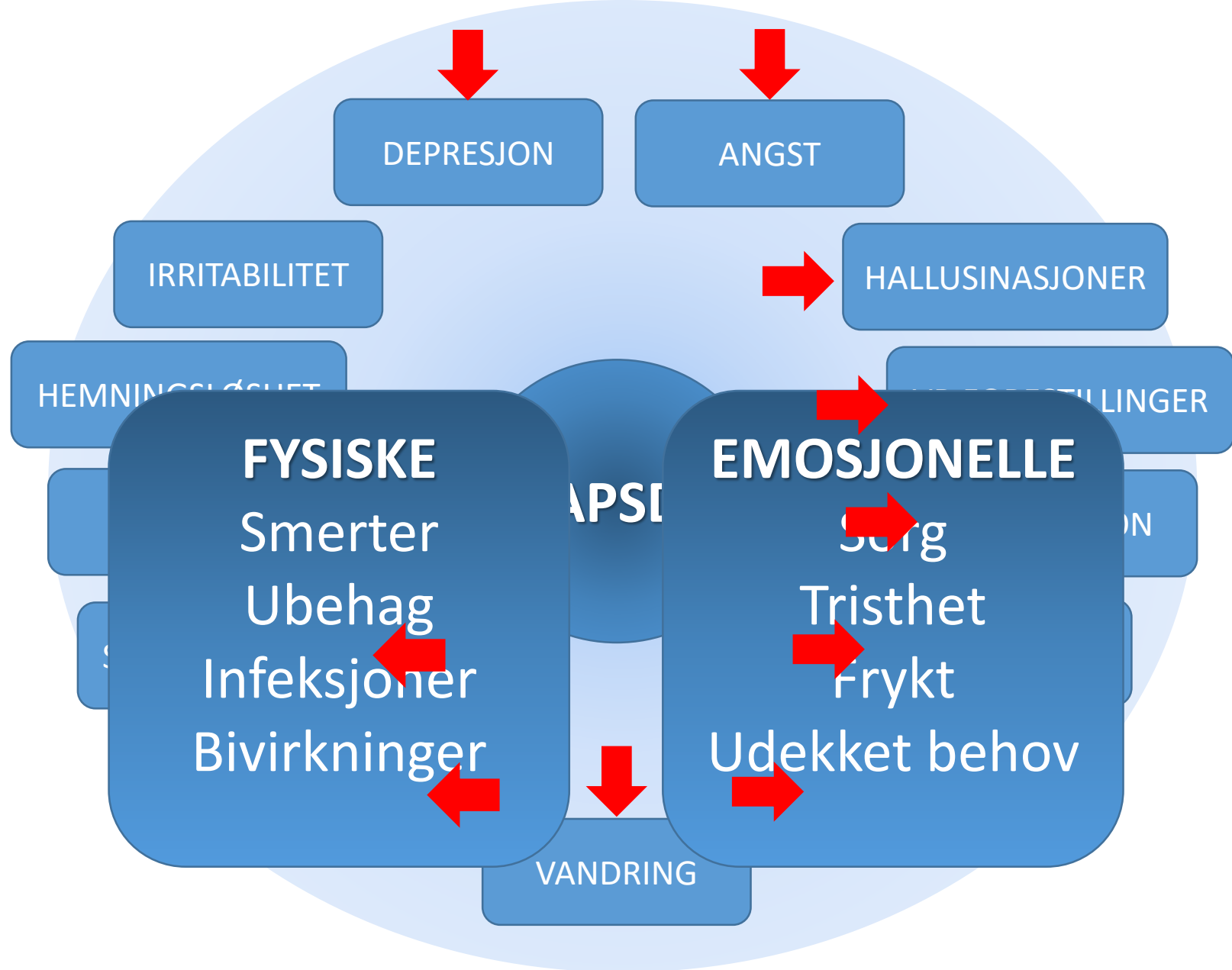
APSD

**Atferdsforstyrrelser og Psykologiske
Symptomer ved Demens
eller
Nevropsykiatriske symptomer (NPS)**

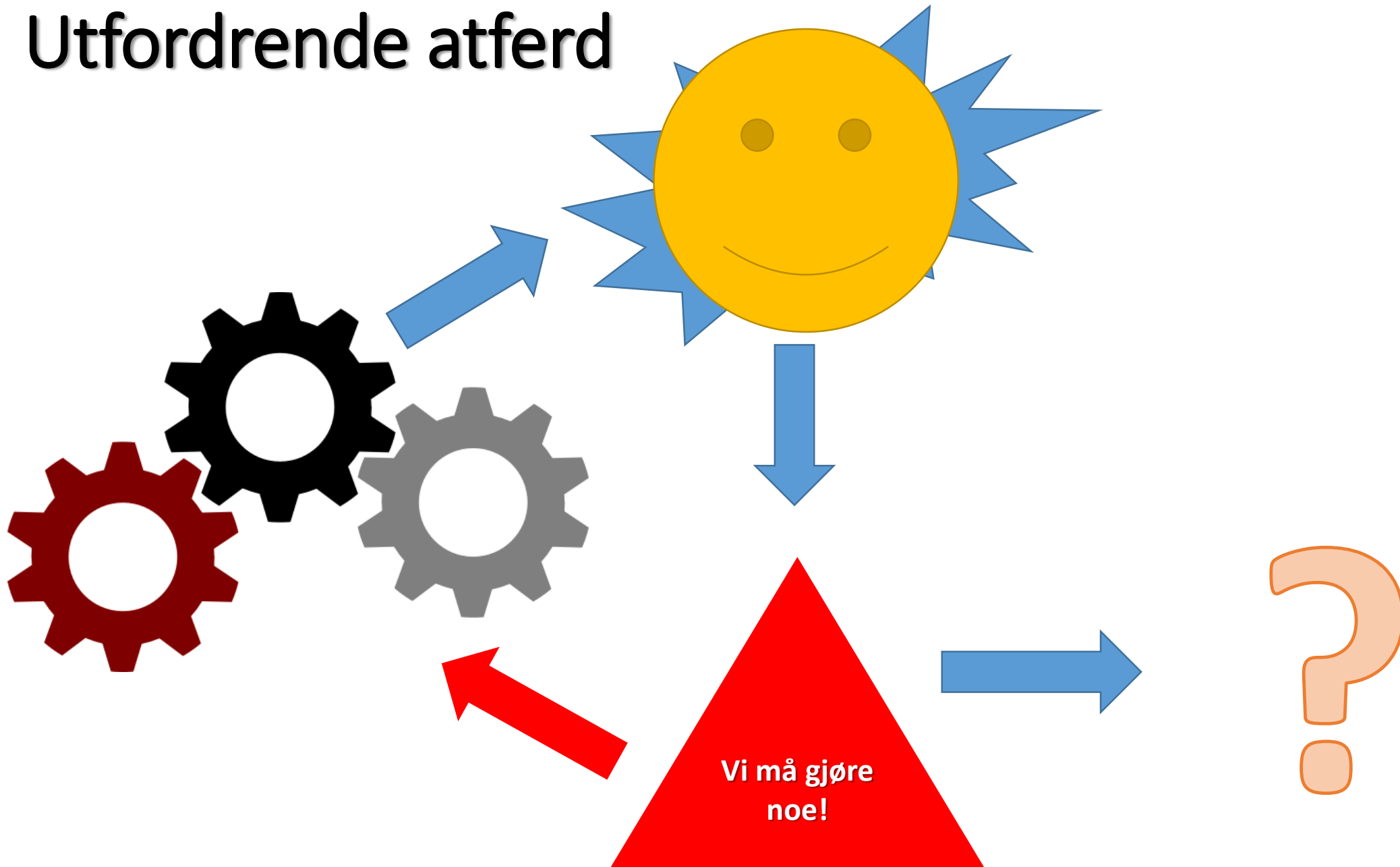
Mange symptomer
Ofte overlappende

Flere årsaker

Retningslinjer



Utfordrende atferd



Først og fremst... KARTLEGGE!

- Hvilken kontekst?
 - Beskrive nøye
 - Når på dagen?
 - Hvor lenge varer det?
 - Alvorlighetsgrad / intensitet
-
- Utelukk delirium
 - Medisinsk historie
 - Legemiddelgjennomgang
 - Bruk nærmeste pårørende!

Nevropsykiatrisk intervjuguide (NPI-Q)

Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q). Kaufer et al., 2000. Til norsk ved D. Årslund og E. Dramsdahl.

Pasientens navn: _____ Dato for samtale: _____

Pårørendes navn: _____ Slektskap: _____

Utfylt av: _____

Vennligst svar på følgende spørsmål basert på forandringer som har forekommet etter at pasienten har begynt å få sviktende hukommelse.

Sett ring rundt "Ja" bare hvis symptomene har vært til stede siste måned.

Hvis ikke sett ring rundt "Nei" og gå videre til neste spørsmål.

For hvert spørsmål som besvares med "Ja", skår alvorlighetsgrad av symptomet (hvordan det virker inn på pasienten):

1 = Mild (merkbar, men ikke en vesentlig forandring)

2 = Moderat (betydelig, men ikke en dramatisk forandring)

3 = Alvorlig (svært markert eller tydelig, en dramatisk forandring)

	Nei/Ja	Alvorlighetsgrad		
1 Vrangforestillinger Har pasienten oppfatninger som du vet ikke er riktige? For eksempel tror at andre stjeler fra ham/henne, eller at andre planlegger å skade ham/henne på en eller annen måte?	Nei Ja	1	2	3
2 Hallusinasjoner Har pasienten hallusinasjoner, for eksempel uvirkelige syner eller stemmer? Virker det som om han/hun ser eller hører ting som ikke er virkelige?	Nei Ja	1	2	3
3 Agitasjon/aggresjon Har pasienten perioder der han/hun motsetter seg hjelp fra andre, eller er vanskelig å ha med å gjøre?	Nei Ja	1	2	3
4 Depresjon/dysfori Virker pasienten trist, eller sier han/hun at han/hun er deprimeret?	Nei Ja	1	2	3
5 Angst Blir pasienten nervøs/urolig når han/hun er adskilt fra deg? Viser han/hun noen andre tegn på nervøsitet, for eksempel tungpustenhet, sukking, er ute av stand til å slappe av eller føler seg svært anspent?	Nei Ja	1	2	3
6 Oppstemthet/eufori Synes pasienten å føle seg uvanlig munter eller oppfører seg som om han/hun er svært lykkelig?	Nei Ja	1	2	3

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn:

Dato:

Tid:

Avdeling:

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd



Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte

Smertelyd
«Aui!»
Stønner
Ynker seg
Gisper
Skriker

Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

Avvergereaksjon
Stivner
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pusten
Krymper seg

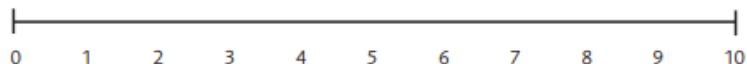
Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

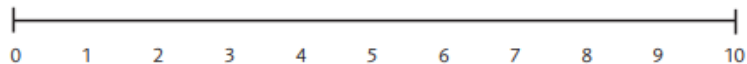
SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

1. Led til å åpne begge hender

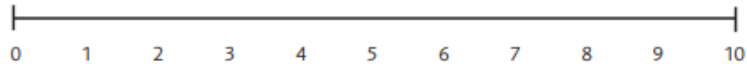
0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte



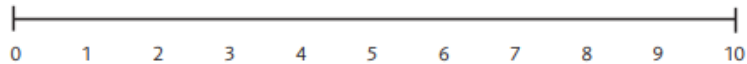
2. Led til å strekke armene mot hodet



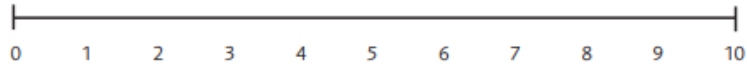
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofterledd



4. Led til å snu seg i sengen til begge sider



5. Led til å sette seg opp på sengekanten



Demensutredning i kommunehelsetjenesten Samtale med pårørende

Pasientens navn: _____ Dato for samtale: _____

Pårørendes navn: _____ Slektskap: _____

Utfyllt av: _____

Cornell – skala for depresjon

Alexopoulos et al., 1988. Til norsk Årslund D.

Skåringen baseres på symptomer og tegn som har vært til stede siste uke før evalueringen. Skåringen skal ikke baseres på kroppslig funksjonshemming eller sykdom. Pasientens pårørende skal intervjues.

Svaralternativ

a. Lar seg ikke evaluere

0. Ikke tilstede

1. Moderat eller bare
periodevis tilstede

2. Mye tilstede

a 0 1 2

A: Stemnings symptomer

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Angst, engstelig uttrykk, grubling, bekymring | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tristhet, trist uttrykk, trist stemme, tar til tårene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Manglende evne til å glede seg over hyggelige hendelser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Irritabilitet, lett irritert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B: Forstyrret atferd

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Agitert, rastløs, vrir hendene, river seg i håret | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Retardasjon, langsomme bevegelser, langsom tale, reagerer sent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Uttalte kroppslige plager (skår 0 hvis bare mage/tarm symptomer.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tap av interesse, mindre opptatt av vanlige aktiviteter (skår 1 eller 2 bare hvis endringen har skjedd raskt, dvs. i løpet av en måned, ellers 0) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C: Kroppslige uttrykk

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Redusert appetitt, spiser mindre enn ellers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vekttap (Skår 2 hvis større enn 2 kg i løpet av en måned) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tap av energi, blir fort trett, klarer ikke holde ut aktiviteter (skår 1 eller 2 bare hvis forandringen har oppstått raskt, dvs. i løpet av en måned, ellers 0) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D: Døgnvariasjoner

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Døgnvariasjoner i humør, humør verst om morgenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Innsøvningsvansker, sovner senere enn det som er vanlig for pasienten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Hyppige oppvåkninger i løpet av natten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Tidlig morgenoppvåkning, tidligere enn vanlig for denne pasienten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E: Tankeforstyrrelser

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Selvmord, føler livet ikke er verd å leve, har selvmordstanker, gjør selvmordsforsøk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Dårlig selvbilde, selvbepreidelse, selvedvurdering, skyldfølelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Pessimisme, ser svart på framtiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Vrangforestillinger som samsvarer med å være deprimeret (for eksempel forestillinger om fattigdom, sykdom eller tap) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cornell sum skåre _____

Psykofarmaka hos sykehjemsbeboere – generelle råd

Når strengt nødvendig

I tillegg til miljøtiltak

Lavest dose mulig – kortest tid mulig

Unngå overlapping

Planlegg effektevaluering (hvordan, når, hvem)

Jeg kommer med noen praktiske råd

Husk klinikk, EKG, bivirkninger, og s-konsentrasjonsmåling ved indikasjon

Forskjell mellom anbefalinger og den reelle verden

Antidepressiva

Indikasjon: Er dette depresjon?
Depresjon ved demens? Eller
apati ved demens?

Bruk kartlegging som
hjelpemiddel
MADRS / CSDD

SSRI ved agitasjon?
SSRI ved hyperseksualisering

Hvis kjent tidligere depresjon og vellykket behandling, prøv denne.

SSRI, f.eks:

Escitalopram: 2,5-5mg x1 som startsdose – øk gradvis med noen ukers mellomrom, opptil maks 10mg x1
Sertralin: 12,5-25mg x1 som startsdose – øk gradvis med noen ukers mellomrom. OBS hyponatremi, kombinasjon med metoprolol eller tramadol.

Alternativ: atypiske antidepressiva (mirtazapin, mianserin)

Mirtazapin: 7,5-15mg x1 vesp – kan økes gradvis med noen ukers mellomrom. OBS mareritt, restless-legs, hyponatremi.

SNRI (f.eks Venlafaksin: startsdose 37,5mg x1, gradvis økning) – ikke anbefalt ved demens.

Adjuvant: Quetiapin, Aripiprazol, Litium (spesialist)

Antipsykotika

Indikasjon: psykose, alvorlig agitasjon, alvorlig aggresjon ved demens.

Kan forsøkes i 6-12 uker ved APSD, eller lengre ved primær psykose.

OBS Bivirkninger!!

Parkinsonisme, rigiditet, akatisi, dystonier, dyskinesier

- Velg et preparat av gangen, helst andregenerasjons antipsykotika
- Ved valg av førstegenerasjon – ikke levomepromazin!
- Alzheimers sykdom / vaskulær demens: Risperidone 0.25 til 1.5 mg daglig; Olanzapine 2.5 til 10 mg daglig; (Quetiapine 12.5 til 200 mg daglig); Aripiprazole 2.5 til 12.5 mg daglig.
- Parkinsons demens /Lewylegemedemens: juster anti-Parkinsons medikasjon; Klozapin 6.25 til 50mg daglig; Quetiapine 12.5 til 150 mg.
- Ved frontotemporal demens eller sjeldnere demens: INGEN.

Benzodiazepiner, z-hypnotika?

Minimer soving på dagtid
Samme leggetid hver kveld
Stå opp til samme tid hver morgen
Unngå å drikke kaffe, te eller cola på
ettermiddagen. Alkohol forstyrrer også
søvnen.
Unngå sult eller å innta et tungt måltid rett
før leggetid.
Unngå bruk av tv, datamaskin og mobil på
senga.
Sørg for mørke, ro og moderat temperatur
på soverommet.
Innarbeid gode toalettrutiner.

Melatonin?

Ingen anbefales

...

**I nød: bruk medikamenter med
kortere halveringstid (f.eks.
oksazepam), og prøvseponer den
når søvnmønsteret har stabilisert
seg.**

Antidemensmidler

Kolinesterasehemmere (OBS hjerte)
Memantin (OBS epilepsi)

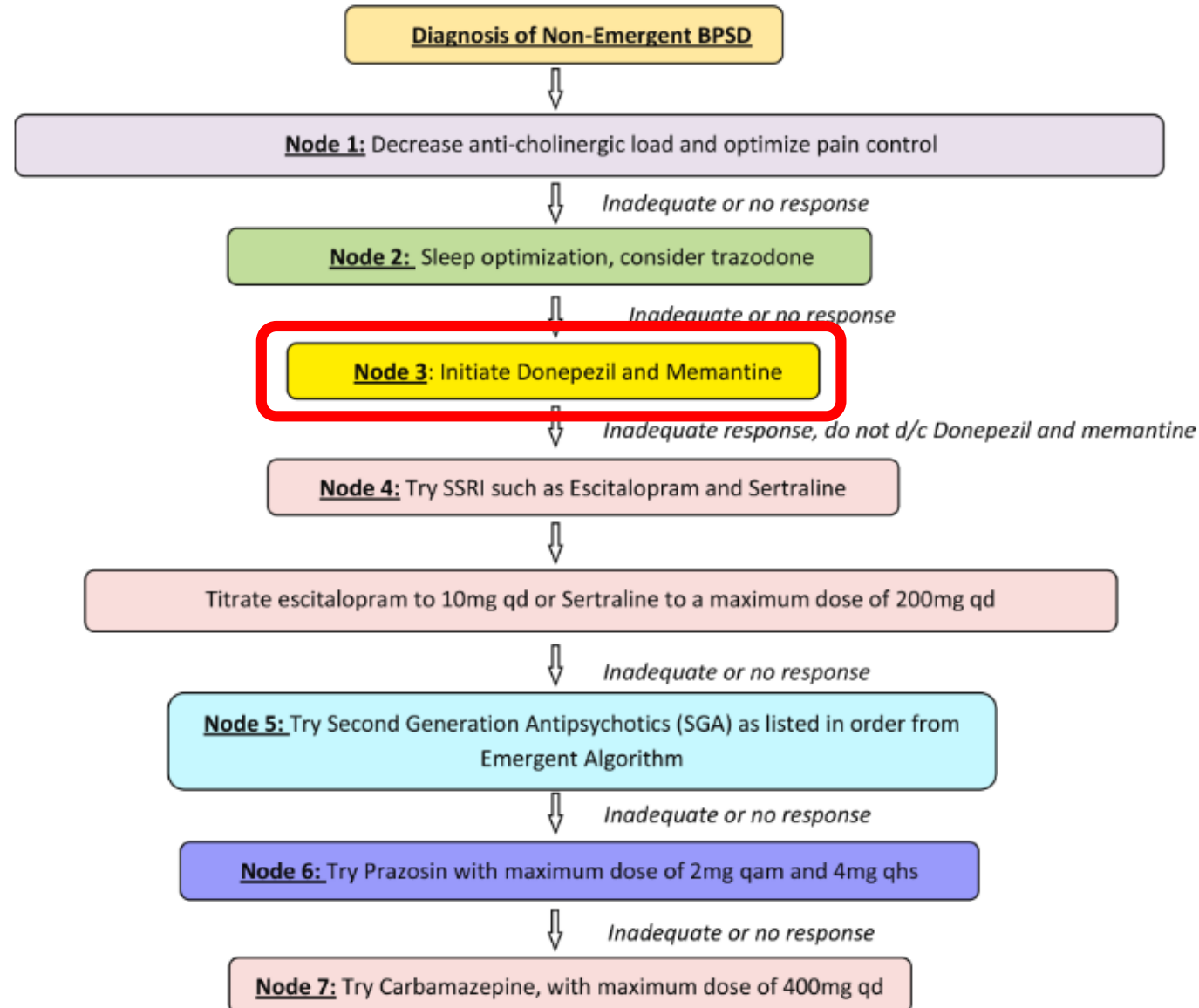
Kun ved Alzheimers sykdom /
Demens ved Lewylegemer /
Parkinsons sykdom

Usikker effekt på APSD

Kan øke den kognitive kapasitet

Relativt veltolererte

OBS kan forverre APSD!



Oppsummering

Psykofarmaka er brukt ofte i sykehjem

Bivirkninger kan være vanskelige å avdekke, og kan være alvorlige

Psykofarmaka skal dermed brukes med forsiktighet

APSD skal helst behandles uten medikamenter, men kan dempes med psykofarmaka, helst kortvarig, men effekten er begrenset

Planlegging og oppfølging!

Takk for oppmerksomheten!

Kontakt:

enrcal@so-hf.no

enrico.callegari@so-hf.no