

## **BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)**

### **Vårdnivå och Samverkan**

BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) är ett samlingsnamn för en rad olika sekundära symtom som kan uppträda under hela demenssjukdomens förlopp. Det behövs därför en beredskap att bemöta dessa symtom inom alla miljöer där personer med demenssjukdom vistas.

Ett förebyggande arbetssätt bör genomsyra all demensvård vilket främst inkluderar optimering av miljö, bemötande och undvikande av olämplig läkemedelsbehandling.

Länsdelarna skiljer sig åt i kommunstorlek, organisation samt arbets- och samverkansformer. Väl förankrade lokala rutiner är en viktig grund i arbetet kring BPSD.

Tidig kontakt med kommunens demenssamordnare/demensteam rekommenderas för att skapa ett förebyggande arbetssätt samt för handledning, råd och stöd.

Se länk till respektive länsdels rutin under relaterat.

### **Om hälsotillståndet**

#### **Definition och förekomst**

BPSD av olika svårighetsgrad drabbar cirka 90 % av alla som lever med en kognitiv sjukdom/demenssjukdom och kan uppträda under hela demenssjukdomens förlopp men är vanligare i senare sjukdomsfasen.

Begreppet demenssjukdom är på väg att ersättas av kognitiv sjukdom då ordet demens ofta är negativt laddat och associerat med många fördomar. I detta dokument har vi dock valt att använda den äldre termen demenssjukdom då den fortsatt är mest vedertagen och central i begreppet BPSD.

#### **Orsaker och utlösande faktorer**

Det kan finnas flera orsaker till BPSD:

- Personens oförmåga att korrekt bearbeta information och förmedla sig.
- Att personens grundläggande behov inte är tillgodosedda såsom exempelvis mat, dryck och sömn.
- Bakomliggande orsaker såsom smärta, infektioner och läkemedelsbiverkan.
- Miljö och bemötande.

## Utredning

Utredningen syftar till att leta efter och förstå utlösande och bakomliggande faktorer och kartlägga symtom för att senare kunna rikta behandling och omsorg.

Ett rekommenderat hjälpmedel i arbetet med BPSD är det nationella kvalitetsregistret BPSD-registret. Registrets arbets sätt innehåller observation av BPSD, analys av tänkbara orsaker, bemötande- och kommunikationsplan och åtgärder samt kontinuerlig utvärdering.

Det ser olika ut i länets kommuner inom vilka verksamheter man är ansluten till detta arbets sätt. För mer information om BPSD-registret se länk under relaterat.

För de verksamheter som inte är anslutna till BPSD-registret är NPI (Neuropsychiatric Inventory) skalan ett lämpligt stöd för att skatta symtom, se länk under relaterat.

## Symtom

- Apati, nedstämdhet, ångest, oro.
- Eufori, hämningslöshet, lättretlighet, agitation.
- Vanföreställningar, hallucinationer.
- Motorisk rastlöshet.
- Sömnstörning, ätstörning.

## Anamnes

Inhämtas från personen med BPSD, närstående och personal.

Debut, förlopp och variation över dygnet. Ta hjälp av t.ex. beteende/sömnschema.

Bedömning av boende- och vårdmiljö, t.ex. belysning, möblering och rutiner. Särskilt på platser där symtom ofta uppkommer.

Interaktioner med personal, närstående och medboende: Utvärdering av kommunikation och bemötande. Identifiera konflikter eller missförstånd som kan förvärra symtomen. Ta hjälp av BPSD-registret och bemötandeplaner.

Finns det brist på meningsfulla aktiviteter som kan leda till understimulans? Ta hjälp av BPSD-registret och levnadsberättelsen.

Leta efter somatiskt utlösande faktorer t.ex.:

- Smärta
- Förstoppning
- Urinretention
- Infektion
- Malnutrition/dehydrering
- Sömnbrist
- Dåligt fungerande hörapparater eller glasögon
- Nyinsatta läkemedel, olämpliga läkemedel

## Undersökningar

- Riktat status baserat på anamnes. Hjärta, lungor, buk, munhåla och ortostatiskt blodtryck bör ingå i den basala utredningen.
- Riktade prover baserat på anamnes. Basal provtagning kan t.ex. inkludera: blodstatus, CRP, kreatinin, natrium, kalium, calcium, glukos och TSH.
- BladderScan.
- Hjärnabbildning är sällan aktuellt men kan övervägas vid nytillkommen neurologi eller efter skalltrauma.
- Läkemedelsgenomgång
  - Läkemedelsbiverkan kan både bidra till och utlösa BPSD.
  - Lagg särskilt fokus på läkemedel med CNS påverkan och antikolinerga läkemedel. Ta gärna hjälp av "Janusinfo riskprofil" se länk under relaterat.
  - Ta även gärna hjälp av Region Jönköpings skrift "Äldre och läkemedel, lathund", Socialstyrelsens förteckning över "Läkemedel som bör undvikas till äldre", samt behandlingsrekommendationerna "Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre" samtliga tre finns länkade under relaterat.

## Differentialdiagnos

Akut konfusion och BPSD är tillstånd som på många sätt liknar varandra men där akut konfusion uppkommer plötsligt och utvecklas inom timmar till dagar. Det finns ofta en tydlig fluktuation över dygnet ibland med perioder av klarhet. Det finns alltid störd uppmärksamhet och desorientering. Då det ofta finns en utlösande och behandlingsbar orsak bör utredningen ske skyndsamt. Akut konfusion kan drabba personer med tidigare BPSD och ter sig då som en akut försämring eller förändring av tidigare BPSD. Akut konfusion kan även drabba personer som inte har en demenssjukdom.

## Behandling

De initiala interventionerna bör alltid vara av icke-farmakologisk art. För mer information var god se avsnittet "Anamnes".

För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod. Symtomen måste identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder sätts in. God kännedom om personen och ett multiprofessionellt teamarbete är förutsättningar för att kunna individanpassa omvårdnad, miljö och bemötande. Ta hjälp av BPSD-registret.

## Läkemedel vid BPSD

Demensspecifik läkemedelsbehandling (kolinesterashämmare och memantin) utgör ofta basen och bör optimeras och utvärderas innan annan läkemedelsbehandling övervägs. Detta gäller vid flertalet demenssjukdomar.

Läkemedelsbehandling riktas mot specifika symtom som personen uppvisar.

### Antidepressiva läkemedel

- Kan vara lika effektiva som antipsykotika för att minska BPSD. SSRI kan prövas vid depressivitet, oro, agitation, aggressivitet, irritabilitet och sexuell hämningslöshet.
- Sedativa och anxiolytiska läkemedel bör i första hand användas vid behov p.g.a. tillvänjning vid kontinuerlig användning.
- Oxazepam kan prövas vid akut behov av sedering eller ångestlindring under en kortare tid.
- Klometiazol kan prövas till natten vid nattlig oro. Ska användas med försiktighet då det kan ge allvarliga blodtrycksfall. Undvik kontinuerlig behandling dagtid.
- Utvärdera effekt och biverkningar inom 2 veckor och ta ställning till nedtrappning eller utsättning.

### Antipsykotiska läkemedel

- Rekommenderas generellt inte vid BPSD på grund av begränsad effekt och risk för biverkningar t.ex. extrapyramidala symtom, ortostatism, takykardi, snabbare kognitiv försämring, stroke, hjärtinfarkt och en ökad dödlighet.
- Behandling kan övervägas vid systematiska psykotiska symtom eller agitation som innebär en fara för personen med BPSD eller omgivningen. OBS! Allmän oro är inte en indikation för antipsykotisk medicinering.
- Risperidon (startdos 0,25 mg x1 kan titreras upp till max 1,5 mg/dygn). Är förstahandspreparat på grund av lindrigare biverkningsprofil jämfört med t.ex. haloperidol.
- Vid lewy body/parkinson demens kan kolinesterashämmare ha mycket god effekt på hallucinos.
- Antipsykotika är i regel kontraindicerat vid lewy body/parkinson demens p.g.a. hög risk för allvarliga biverkningar. Konsultera geriatriker eller äldrepsykiater vid psykotiska symtom.
- Utvärdera effekt och biverkningar av antipsykotisk medicin inom 2 veckor, behandlingen ska avslutas om de negativa effekterna överväger de positiva. Låg dos kan sättas ut direkt.
- Hos personer som mot BPSD medicinerats med antipsykotiska läkemedel i  $\geq 3$  månader, överväg långsam nedtrappning och utsättning om symtomen stabiliserats eller om det inte givit något behandlings svar. Vid återfall, återstarta behandling och försök igen att sätta ut den efter 3 månader.
- Vid fortsatta symtom trots behandling kan geriatriker eller äldrepsykiater konsulteras, var god se respektive länsdel rutin länkad under relaterat.

### Övriga läkemedel

- Det kan uppstå komplexa situationer där individuella vårdplaner utformas och i dessa fall kan andra läkemedel vara aktuella.
- Smärtlindring kan minska BPSD.
- Vid behov av konsultation, ta kontakt med geriatriker eller äldrepsykiater.

### Utmanande situationer med BPSD

BPSD innebär ofta ett stort lidande för personen med demenssjukdom men situationer kan även uppstå som innebär svårigheter vid bemötande för närstående och personal. Särskilt agitation och utagerande beteende ställer stora krav på omhändertagandet.

Agitation är ofta multifaktoriellt orsakat. Även här är en kartläggning av bakomliggande faktorer obligatorisk innan det går att ta ställning till vilka åtgärder som är lämpliga.

För allmänna råd kring bemötande vid agitation hänvisas till PM på [Internetmedicin.se](http://Internetmedicin.se) ”Agitation och aggressivitet vid kognitiv sjukdom/demens”. Se länk under relaterat.

Om möjligt, se till att vara två personer vid undersökning av personen med BPSD. En tar kommandot och en håller sig i bakgrunden. Närma dig alltid personen framifrån och agera hela tiden så att personen ser vad du gör. Eftersträva ett lugnt bemötande.

Sjukvården förväntas normalt kunna vårda personer med BPSD utanför tvångsvårdslagstiftningen. Enstaka åtgärder som bedöms nödvändiga för att skydda personen kan genomföras utan personens samtycke med hänvisning till nödrätt eller nödvärn. Nödrätt och nödvärn innebär tvång som bara kan användas i undantagsfall och endast vid enstaka händelser. Det måste finnas en allvarlig och överhängande risk för liv och hälsa. Exempel på sådana situationer kan vara att förhindra att någon springer ut på en trafikerad gata, försöker kasta sig ut genom ett fönster eller att avbryta en våldshandling mot personal eller medboende. Notera att mediciner t.ex. injektioner inte kan påtvingas personen med hänvisning till nödrätt eller nödvärn.

Om en situation uppstår som inte kan hanteras och som innebär risk för personskada skall polis tillkallas akut.

LPT kan bli aktuellt vid akut försämring av sjukdomstillståndet då risk för allvarlig skada föreligger och inte kan förhindras på frivillig väg. Endast demenssjukdom i sig är inte grund för tvångsvård enligt LPT. Dock är demenssjukdom inte ett hinder för att överväga LPT i situationer där LPT kan vara tillämpligt. LPT kriteriet “allvarlig psykisk störning” anses uppfyllt vid demenssjukdom med svår BPSD i form av allvarlig psykos och/eller svår fysisk aggressivitet.

I fall där det bedöms att vårdintyg enligt LPT är aktuellt utfärdas det enligt rutin. Se länk [FAKTA vårdintygsbedömning](#).

Efter vårdtid på psykiatrisk avdelning är det önskvärt med snabb uppföljning. En långsiktig plan och kontakt med BPSD team/geriatrisk konsult kan med fördel ordnas redan under vårdtiden.

## Uppföljning

Regelbunden uppföljning och utvärdering av behandlingseffekt och biverkningar är viktigt. För detta rekommenderas ett multiprofessionellt teamarbete samt att systematiska skattningsskalor används. Ge insatta åtgärder tid och använd om möjligt BPSD-registret i arbetet med att utvärdera insatser.

## Stöd och information till patient och närstående

BPSD medför svåra prövningar och förändrar ofta tillvaron både för personen med BPSD och för närstående.

Närstående är en ovärderlig samarbetspartner för vård- och omsorgspersonalen i arbetet kring BPSD. Närstående är oftast den som har bäst kännedom om personens vanor, behov och livserfarenheter och bör tillfrågas om att vara delaktig i kartläggning och åtgärder.

Uppmuntra närstående till tidig kontakt med kommunens demenssjuksköterska/samordnare/team och/eller anhörigkonsulent som kan ge kunskap, råd och stöd. För råd till anhöriga samt tips på webbutbildningar, organisationer som erbjuder rådgivning, lästips och stöd för unga närstående skriv gärna ut det länkade dokumentet under relaterat.