

Delir og atferdsproblemer ved demens

AV PETTER WETTERBERG

Overlege, Hukommelsesklinikken, Geriatrisk avdeling, Ullevål Sykehus

Delir

Du blir tilkalt i sykebesøk til Knut Nilsen som er 78 år gammel. Han har stort sett vært frisk tidligere, men du vet at han har hatt litt sviktende hukommelse de siste årene. Det som nå har skjedd er at han plutselig er blitt forvirret. Han forstår ikke at han er hjemme, og han er sint på sin kone fordi hun ikke vil la ham reise hjem. Han ble slik i natt og har ikke sovet. Nå er det formiddag, og kona er fortvilet. Du prøver å snakke med ham. Han kjenner deg ikke igjen, og han forstår ikke hva du vil. Han vandrer rundt i rommet og plukker med ting mens du snakker med ham, og det virker ikke som om han forstår hva tingene er.

Delir kalles også akutt konfusjon og defineres som en akutt opptredende tilstand med forvirring på grunnlag av en somatisk sykdom. I bildet inngår også oppmerksomhetssvikt, desorientering, psykomotoriske forstyrrelser og søvnforstyrrelser. Tilstanden er ofte svingende.

Man kan se på delir som en «akutt hjernesvikt» som kan utløses av en rekke ulike sykdommer. De vanligste er hoftebrudd, hjerneslag og infeksjoner. Da delir er en farlig tilstand med relativt høy mortalitet, er det viktig for en pasient som Knut at man finner den utløsende årsaken til hans delir og gir adekvat behandling. Som regel må pasienter med delir behandles inneliggende.

De viktigste risikofaktorene for delir er høy alder, demens og andre hjernesykdommer eller skader, multimorbiditet og polyfarmasi. En aktuell gjennomgang av legemidler som gir øket risiko for delir finnes i referanse ni. Dersom man er dement har man altså en høyere risiko for å få et delir, f.eks. hvis man får en infeksjon. Derfor vil man ikke så sjelden se delir hos sykehjemspasienter i forbindelse med annen akutt sykdom.

I behandlingen av delir er det viktigste å behandle den utløsende sykdommen, og passe på at personens hjerne får optimale forhold for å fungere. Det innebærer å tilby et miljø som ikke er for stimulerende eller for fattig på orienterende stimuli. Å tilføre nok oksygen er viktig, liksom å korrigere eventuelle væskebalanse- eller elektrolyttforstyrrelser. Alle ikke livsnødvendige medikamenter bør seponeres.

Noen ganger kan det bli nødvendig å roe ned den hyperaktive pasienten som har hallusinasjoner og vrangforestillinger. Det finnes faktisk lite god dokumentasjon på hva som fungerer best. Erfaringsmessig er Heminevrin* et raskt virkende preparat med kortvarig effekt, og betraktes som et førstehåndspreparat. Det er et rent hypnotikum og har ikke noen spesifikk antipsykotisk effekt. Ulempen er at det ikke så lett kan gis parenteralt, men bare som kapsler eller mikstur. Miksturen har en svært skarp lukt og smak.

Haloperidol (Haldol) er et medikament med raskt innsettende spesifikt antipsykotisk effekt, som også kan brukes ved delir. Haloperidol skal dog kun brukes som akuttmedisinering, og nedtrapping skal skje så snart man får effekt. Pasienter som har hatt et delir må ikke bli langvarig medisinert med haloperidol, på grunn av de betydelige nevrologiske bivirkningene med ekstrapyramidale symptomer. Se referanse 10 for detaljerte doseringsanvisninger.

Atferdsproblemer ved demens

På sykehjemmet der du er tilsynslege, bor Amalie som har en demenssykdom og nå er i moderat alvorlig stadium. På visitten får du vite at hun de siste månedene har vært urolig og forstyrrende på avdelingen. Hun sitter ofte og roper «kom og hjelp meg!» og hun er aggressiv når man skal prøve å hjelpe henne med stell. Personalet ønsker at du skal gi henne noe slik at hun roer seg.

Hos denne typen pasient må man prøve å utelukke somatiske årsaker først, der smerte, infeksjoner og forstoppelse er de vanligste. Imidlertid forekommer atferdsproblemer ved demens også uten slike utløsende faktorer.

Atferdsproblemer ved demens er nok et kjært barn, i alle fall på bakgrunn av hvor mange navn det har fått. Begrepet «utfordrende atferd» synes å ha blitt populært i det siste, men «senil uro» håper jeg er et passert stadium i vår medi-

* Heminevrin kapsler er på 300 mg og initial dose er en til to kapsler som så kan gjen-
tas med 30–45 minutters intervall ved manglende effekt. En sjelden bivirkning er
rennende øyne og nese, som ved en akutt forkjølelse. Det skjer en viss tilvenning med
svakere effekt over tid (dager-uker).

sinske terminologi. Den moderne betegnelsen internasjonalt er BPSD, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Dette er blitt fornorsket til APSD, atferdsproblemer og psykologiske symptomer ved demens. I amerikansk litteratur ser man ofte begrepet «agitation in dementia» som delvis dekker de samme symptomene.

APSD omfatter alle demenssymptomer som ikke er kognitive eller intellektuelle. En kjent skala for vurdering av graden av atferdsproblemer er NPI, Neuropsychiatric Inventory. NPI tar opp 12 ulike undergrupper av APSD, et prøvekart på hva man mener med APSD:

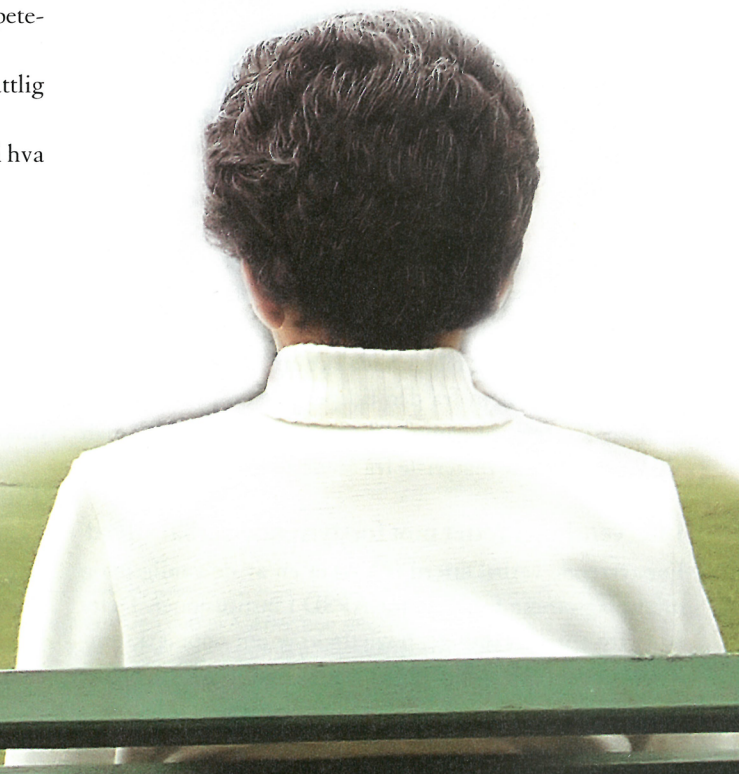
1. **Vrangforestillinger.** Paranoide tanker, stjeling, ubudne gjester bor i huset. Ektefellen er ikke den han/hun utgir seg for å være (Capgras-syndrom).
2. **Hallusinasjoner.** Syn vanligst, hørselshallusinasjoner forekommer.
3. **Agitasjon/Aggresjon.** Motstand eller sinne ved stell, sint roping eller banning, endog vold eller at man slår i dørrer, sparker i møbler eller kaster ting.
4. **Depresjon og dysfori.** Evt. være tårefull eller gråte.
5. **Angst og uro.** Forventingsangst eller situasjonsbetinget angst.
6. **Opprømtet/Eufori.** Mer uvanlig. Barnslige rampestreker eller morsomheter man selv ler høyt av kan forekomme.
7. **Apati/Likegyldighet.** Manglende interesse og initiativ. Ofte vanskelig for pårørende.
8. **Disinhibisjon.** Tap av normale (sosiale) hemninger. Impulsiv tale eller handling uten tanke på følgene.
9. **Irritabilitet/Instabilitet.** Raskt skiftende sinnelag, uventede utbrudd av sinne.
10. **Avvikende motorisk atferd.** Vandring, roting, repeterende aktiviteter.
11. **Søvnforstyrrelser.** For lite eller for mye soving. Nattlig aktivitet.
12. **Appetitt og spising.** Endrede spisevaner i forhold til hva eller hvordan man spiser.

Det er lett å skjønne at det ikke kan finnes ett medikament eller ett tiltak som hjelper mot alle disse ulike symptomene. Når det gjelder studier av ikke-medikamentelle tiltak ser man ofte gode effekter på individnivå, men ikke på gruppenivå. I tillegg har man en stor og uspesifikk effekt av bare det å studere en pasientgruppe. Man ser altså at atferden forbedres også i kontrollgruppen, som kun er observert og ikke utsatt for noen intervensjon. Dette sier oss noe om hvor viktig det er for pleiepersonalet at fagpersoner viser interesse for denne pasientgruppen og gir opplæring i hvordan de skal vurderes og behandles.

Archibald sier i sin avsluttende kommentar til referanse 1 at:

Erfarne behandlere som arbeider med personer med demens forstår at intervensjoner for «utfordrende atferd» kan fungere ved én anledning, men ikke ved en annen. For eksempel kan noe fungere om morgenen, men ikke om kvelden. Derfor trenger man et repertoar av ulike intervensjoner som man vet er effektive og som oftest, om ikke alltid, kan gi noen positiv respons fra pasienten.

Det er ikke nok å undervise personalet på en institusjon i hvordan håndtere atferdsproblemer én gang, og så forvente at de vil tillemppe denne kunnskapen. All forskning taler for at man må se på dette arbeidet som en kontinuerlig, langvarig prosess som må foregå på flere plan. Det trengs undervisning, men også praktisk veiledning i det daglige arbeidet med pasientene. Dersom man som tilsynslege er så heldig at man har personer med interesse og kompetanse på dette området, som f.eks. vernepleiere eller sykepleiere med spesialutdanning i geriatri, bør man ha et strukturert samarbeid med dem for undervisning og veiledning.



Det finnes god litteratur på norsk om behandling av atferdsproblemer, se litteraturlisten (2, 3, 4, 6 og 7) for eksempler. Jeg vil også her beskrive noen ulike former for intervensjoner som kan være effektive.

Realitetsorientering

Dette begrepet blir ofte mistolket som at man umiddelbart skal korrigere den demente dersom vedkommende gir uttrykk for noe som ikke er «riktig», sett fra behandlerens ståsted. Den typen av realitetsorientering er dog ikke å anbefale, da den synes å skape mer usikkerhet og forvirring samt gir pasienten en følelse av å mislykkes. En korrekt utført realitetsorientering innebærer at man fortløpende informerer pasienten om enkle fakta som dag, tid og sted, uten å sette ham eller henne i en «skolesituasjon» der man blir tvunget til å svare på spørsmål. En hyggelig form for realitetsorientering er å jobbe med forberedelser for en fremtidig hendelse, som jul, påske, syttende mai etc. Dette gir både naturlige tema for aktiviteter og en orientering til tid.

En Cochraneoversikt av studier av riktig utført realitetsorientering viser at denne kan ha positiv effekt på forekomst av APSD (12).

Reminisens

Å snakke om minner fra fortiden er en engasjerende, hyggelig, sosial og populær aktivitet som man ofte kan fortsette med langt inn i en demenssykdom. Når man skal finne tema, gjenstander og bilder å snakke om, pleier det å lønne seg best å velge dem fra den tidsperiode da pasienten var mellom ti og tretti år gammel. For noen født i 1925 bør man altså prøve å finne materiale fra årene 1935–1955.

Intervensjoner rettet mot forstyrrende verbal atferd

Forstyrrende verbal atferd (FVA) er en av de vanligste og mest plagsomme formene for APSD i institusjoner. Dette kan ytre seg som stadige, høylytte krav om oppmerksomhet, umotivert skriking og roping, at man prater med seg

selv, negative bemerkninger, banning og obsceniteter. Det finnes en rekke mulige intervensjoner som kan være effektive. I en studie noterte man helt tilfeldig at pasientene hadde betydelig mindre FVA når de satt under hårtøreren hos frisøren. Man prøvde ut effekten av dette ved å spille opp ulike susende og brusende lyder i høretelefoner og kunne vise at dette hjalp. Man brukte opptak av bølgeskvulp, rennende vann etc.

Det er også vist at musikk spilt på denne måten kan ha lignende effekt. Her er det viktig å prøve mange ulike typer av musikk for å finne det som passer for individet. Det trenger ikke nødvendigvis å være den musikken vedkommende har likt tidligere i livet. Audun Myskja har laget en veiledning i musikkterapi, og også en CD med eksempelmusikk som kan brukes for å finne ut hva som fungerer i det enkelte tilfelle (8). Individualisert musikkterapi kan ha effekt også ved andre typer av APSD.

Simulert nærvær er en annen interessant type intervensjon som er blitt prøvd ved FVA og andre former for APSD. Prinsippet er at man lager et lyd- eller filmopptak som så blir spilt av for pasienten. Det er blitt prøvd ulike varianter som kan ha varierende effekt på ulike pasienter. Man kan bruke et opptak av et familiemedlem som snakker til pasienten om kjente og kjære ting, f.eks. favoritt-

minner. Andre eksempler er videoopptak av en musikkterapeut som synger og spiller kjente sanger og oppfordrer tilskueren å være med.

Tiltak mot vandring

Vandring uten mål oppleves ofte som forstyrrende på en institusjon, selv om man kan argumentere for at vandring er positivt for pasienten og gir stimulanse og fysisk trening. Det som er vist å være effektivt for å redusere vandring, er å skape et mer hjemmelignende miljø i deler av avde-



ILLUSTRASJONS FOTO

lingen, og å prøve å engasjere pasienten i sosiale aktiviteter som f.eks. reminisens og musikkterapi som nevnt tidligere i artikkelen.

Fysisk og verbal aggressivitet

Det er oftest i stellesituasjoner at aggressivitet blir et problem. Ofte kan dette forklares ut fra at pasienten ikke forstår hva som er i ferd med å skje og opplever situasjonen som et overgrep. Andre ganger kan det være at pasienten helt enkelt synes det er unødvendig at han eller hun skal bli vasket og stelt, da dette er ting pasienten opplever å klare utmerket godt selv. Det er beskrevet god effekt av behavioristiske teknikker med forsterkning av ønsket atferd og ignorering av uønsket atferd. Det er viktig å forstå at gjentatte negative stellopplevelser for pasienten vil føre til en innlæring og forsterking av aggressiviteten.

Min personlige erfaring er at det ofte er én eller et par personer i personalet som har den rette kontakten med pasienten for å få til stellet uten aggressivitet. Man kan da bruke dette slik at man utsetter stellet til de dagene disse personene er på arbeid.

Medikamentell behandling av APSD

Vel så viktig som å legge til medikamenter, er å ta dem bort. Har man en alvorlig demens så bør man skånes fra medikamenter så langt mulig. Medisinlisten bør bli gått gjennom kritisk, og all ikke livsviktig medisin seponeres.

Det finnes ikke en universell «bli-snill-og-grei-pille». Ved såkalt psykotiske symptomer, det vil si plagsomme vrangforestillinger eller hallusinasjoner, kan det være grunn til å gjøre et behandlingsforsøk med nevroleptika, kolinesterasehemmere eller memantin. Tross de siste årenes diskusjoner om overhyppighet av cerebrovaskulære hendelser ved bruk av atypiske nevroleptika, er det ikke sikkert vist at de på dette punktet er farligere enn de klassiske nevroleptika. Fortsatt er atypiske nevroleptika, og da først og fremst risperidon, det som er best dokumentert i denne pasientgruppen.

Ved overveiende depressive symptomer kan antidepressiva prøves. Preparatvalget bør styres av bivirkningsprofil og interaksjonspotensial, og de mest aktuelle preparatene er sertralin og escitalopram. Ved samtidig søvnforstyrrelse kan mianserin eller mirtazapin være et alternativ.

Medikamentell behandling skal ses på som et forsøk, og effekten bør jevnlig vurderes og revurderes, og da helst med en eller annen form for anerkjente vurderingsskalaer. Studier viser at det er helt ufarlig å seponere psykofarmaka, og at det til og med kan forbedre pasientenes atferd (11).

Referanser

1. Allen-Burge R, Stevens AB, Burgio LD. Effective behavioral interventions for decreasing dementia-related challenging behavior in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:213–232.
2. Aremyr G. Hvorfor vil ikke Asta dusje? Personlig hygiene i demensomsorgen. Kommuneforlaget 2000. ISBN 8244607084.
3. Aremyr G. Hvorfor vil ikke Asta spise? Måltidene i demensomsorgen. Kommuneforlaget 2001. ISBN 8244608501.
4. Aremyr G. Leve livet glemsk. Aktivisering av aldersdemente. Kommuneforlaget 1993. ISBN 8244600284.
5. Beck CK. Psychosocial and Behavioral Interventions for Alzheimer's Disease Patients and Their Families. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998;6:S41–S48.
6. Demens. Håndbok for pårørende. Utgitt av Nasjonalforeningen for folkehelsen og kan bestilles på www.nasjonalforeningen.no. Dette er en utmerket bok med mange praktiske tips og råd. Den passer like bra for pårørende som for personale på alders- og sykehjem!
7. Lundström K. Når Asta blir sint. Sinne og aggresjon hos demensrammede. Kommuneforlaget 2001. ISBN 8244608528
8. Myskja A. Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1497–9. Veileder i musikkterapi og preferanse-CD kan bestilles fra GERIA i Oslo. Se på Oslo kommunes hjemmesider: http://www.byrådsavdeling-for-velferd-og-sosiale-tjenester.oslo.kommune.no/alderspsykiatri_-demens
9. Ranhoff AH, Brørs O. Legemidler som kan gi delirium hos eldre. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2366–7.
10. Ranhoff AH. Medikamentell behandling av delir. *Demens i Allmennpraksis* nr 2, 2003. (Tilgjengelig på internett: www.dia-online.no)
11. Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Bjorvatn B, Pallesen S. Effect of antipsychotic withdrawal on behavior and sleep/wake activity in nursing home residents with dementia: a randomized, placebo-controlled, double-blinded study. *The Bergen District Nursing Home Study. J Am Geriatr Soc.* 2004 Oct;52(10):1737–43.
12. Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Reality orientation for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@online.no