

Hjärnsvikt

221019
Demensdag teatern Härnösand

Ulrika Edström
informationsläkare/ geriatriker
ulrika.edstrom@rvn.se

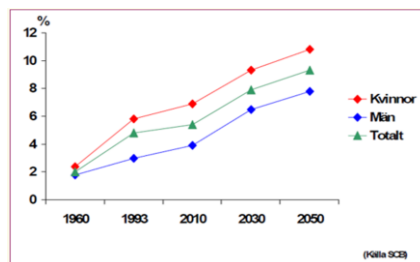
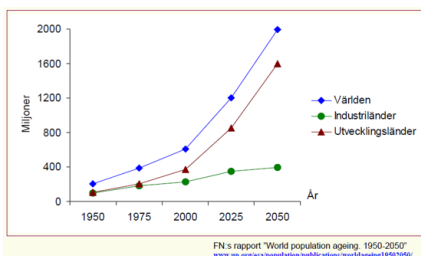
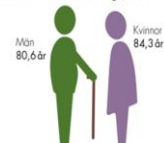
Region
Västernorrland

www.rvn.se

1

Åldrad befolkning

Medellivslängd för kvinnor och män i Sverige, 2020



Region
Västernorrland

www.rvn.se

2

Åldrad befolkning

RVN **24 %** äldre än 65 år

17.8% 65-79 år, 6.2% >80år (2018-2019)

>80 år öka med 55% till 2030

90+ mer än fördubblas...



Region
Västernorrland

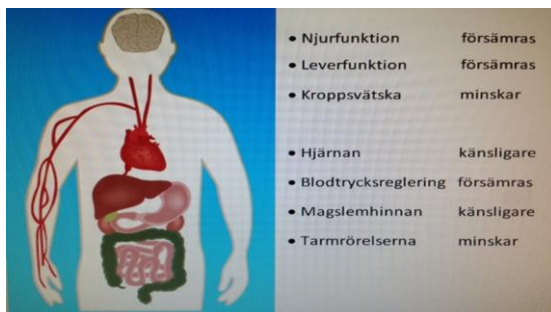
www.rvn.se

3

Varför är ålder viktig?

Gerontologi/ Geriatrik

..sviktande syn, hörsel, organfunktioner..



Region
Västernorrland

www.rvn.se

4



Kognitiv svikt/ kognitiv sjukdom:
...marginaler

Belastning "tippar" vågen...

Sårbar för det man klarat förut t.e.x

- Miljöombyte
- Infektion
- Stress
- Trauma
- Alkohol
- Sömnbrist.. etc



Ung individ med småbarn- influensa, men gränser även då..

Akut konfusion

Konfusion är en **akut (1-2 dygn) rubbning av medvetande och uppmärksamhetsförmåga utlöst av ett medicinskt tillstånd, oftast fluktuerande med påverkan på kognitionen**

Möjliga symtom på konfusion

Hypoaktiv konfusion	Hyperaktiv konfusion
Drar sig undan/nedsatt rörelse	Utåtagerande/upphetsad
Trött/sömnig	Agiterad/aggressiv
Sämrre koncentration/långsam reaktion	Avvikande socialt beteende

Möjliga utlösande orsaker

CNS	Skalltrauma Epilepsi (iktal, interiktal eller postiktal) Vaskulära sjukdomar: TIA, stroke, migrän Degenerativa sjukdomar
Metabola	Njursvikt Leversvikt Anemi Hypoxi Hypoglykemi Endokrina sjukdomar
Kardiopulmonella	Hjärtinfarkt Hjärtsvikt Respiratorisk insufficiens
Systemiska	Abstinens (alkohol, narkotika) Läkemedel (t.ex. antikolinerga, steroider, opioider, antiepileptika, sedativa, hypnotika) Infektion Malignitet Nedsatt hörsel, syn Postoperativt Obstipation Urinstämma Obehandlad smärta



Akut konfusion

- **Vanligt!** (20–30 % medicinsk enhet, 10–50 % av kirurgiskt behandlade, 20 % av vårdade på boenden. Känd demens + sjukvård 50 % konfusion. > 65 år, svår sjukdom, demens eller annan hjärnskada risken ökar 50%)
- **Allvarligt tillstånd!** Förvirring...oklarhet..
- Ökar risk för lång vårdtid, komplikation och död
- **Hyper och hypoaktivt** tillstånd..



Akut konfusion

- Ju fler riskfaktorer ju lättare utlösart
- Utlösande faktorer; olämpliga läkemedel, kroppslig sjukdom, psykogena eller miljöfaktorer..
- Förebygg!
- Undvik flytta sköra individer
- Svårt skilja konfusion och demens, behandla som konfusion initialt, man kan ha båda tillstånd- demens ännu ej diagnosticerad

Icke farmakologiskt förhållningssätt

- **Klinisk bedömning**- samarbete inom teamet- dygnets alla timmar
- **Läkemedel** som kan undvaras - sätt ut
- **Somatisk sjukdom**/tillstånd som kan behandlas? åtgärda
- **Basala funktioner?** syn/ hörsel/ intag av mat & dryck/miktion/avföring
- **Miljö- och omvårdnadsfaktorer** är av stor vikt. Trygghet, lugn, stressfritt
- **Normalisera dygnsrytm** - ljus miljö + aktivitet dag. Skymt + vila natt
- **Re-orienterande kommunikation** (tala om vem personen är, var den befinner sig och vem du är) utifrån patientens språk och kultur.
- **Beteendeschema?** Förutsättningar rapportera på bra sätt, tex nattens besvär tydligt när dagpersonalen och vice versa
- **Extrapersonal/vak vid behov**

Konfusion

Vad bör behandlas?

Konfusion bör framförallt **förebyggas**.

Om tillståndet ändå uppstår försök bryta det snarast.

- Sök underliggande medicinsk orsak, exempelvis obstipation? obehandlad smärta? infektion? urinstämning? Åtgärda om möjligt.
- Genomför läkemedelsgenomgång. Tänk på eventuellt tidssamband mellan insättning av läkemedel och start av symtom. Undvik olämpliga läkemedel.

Det kan vara svårt att skilja mellan demens och konfusion. Konfusion debuterar snabbt medan demens har anamnes på förändring över tid/månader. Vissa individer har båda tillstånden samtidigt. Vid osäkerhet behandla som konfusion initialt.

Tänk på att patienter kan ha en hypoaktiv konfusion som är svårare att uppmärksamma.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Läkemedelsbehandling bör alltid vara tillfällig - så kort period som möjligt – helst enstaka doser med en för alla i teamet tydlig plan. Sätt inte in stående läkemedel t.ex. neuroleptika som bara löper på. Har regelbunden behandling pågått en längre tid (beroende på vilket läkemedel) trappa ut vid utsättning, se t.ex. Klinisk farmakologis webbsida [Utsättning av läkemedel](#) eller [Medstopper.com](#).



Konfusion

Vilka läkemedel kan användas?

Hos äldre, sköra individer bör läkemedelsbehandlingen individanpassas vilket är en utmaning. Det gäller både val av preparat, dos vid insättning, upptrappningstakt, måldos samt nedtrappningshastighet vid utsättning.

Endast om *icke-farmakologisk behandling* är otillräcklig kan korttidsanvändning av läkemedel övervägas. Utvärdera effekt, innan upprepad dos, dosökning eller annat läkemedel påbörjas. Konsultera gärna mer erfaren kollega.

- *Klometiazol (Heminevrin)*– vid nattlig oro, ångest, 300–600 mg, max 1200 mg/dygn
- *Zopiklon (Imovane)*– vid sömnstörning, 3,75-5 mg till natten.
- *Oxazepam (Sobril)*– vid oro, 5-10 mg/dos, 1-3 gånger/dygn.



Vid psykotiska symtom eller svår aggressivitet kan, efter noga övervägt behov, behandling med neuroleptika prövas. Behandlingstid < 1 vecka. Ej vid Parkinson eller Lewy Body-demens. Konsultera då geriatriker eller äldrepsykiater.

- *Haloperidol* oral lösning 2 mg/ml, 0,25 – 0,5 ml/dos, max 2 mg/dygn. Lägsta effektiva dos.
- *Risperidon* 0,25 mg/dygn, max 1,5 mg/dygn. Lägsta effektiva dos.

Konfusion brukar klinga av efter några dygn och läkemedlen ska då sättas ut. Om patienten i den akuta fasen är aggressiv och/eller har svåra psykotiska symtom och både icke-farmakologiska och farmakologiska alternativ är uttömda kan i undantagsfall och efter kontakt med specialist i psykiatri eller geriatrik, vårdintyg övervägas.

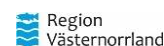


www.rvn.se

13

Kriterier för Demens (ICD-10)

- Minnesnedsättning
- Reduktion av ytterligare minst en kognitiv förmåga
- Tydlig sänkning från tidigare prestationsnivå (30/30)
- Ej samtidigt med konfusion
- Nedsättning av emotionell kontroll eller motivation alternativt förändrat socialt beteende
- Symtomen ska ha funnits minst sex månader



www.rvn.se

14

Demenssjukdom

- Demens ej normalt åldrande
- Utred kognitiv svikt
- Förändring över tid- månader
- Uteslutande andra orsaker (kemlab- röntgen- kognitiv testning- likvoranalys- blodflödesmätning)
- **Icke farmakologisk behandling**
- Farmakologisk behandling

Icke farmakologisk behandling

Rätt vårdnivå och boendemiljö är av största betydelse

- *Kunskap/ Bemötande*
- *Individanpassade aktiviteter* - stimulera, motverka passivitet, stärka självkänslan, ge dagen struktur och innehåll och för att ge avkoppling och välbefinnande
- *Fysiska aktiviteter* rekommenderas, minst 150 min/vecka med pulshöjande aktiviteter som bör delas upp på 3–7 tillfällen per vecka (måttlig frekvens)
- *Energi- och proteinrik kost*, konsistensanpassning och eventuellt näringsdrycker för att säkerställa nutritionen

Farmakologisk behandling

Alzheimers sjukdom, blanddemens, demens vid Parkinsons sjukdom och Lewy body-demens, kan ha nytta (även i sent stadium) av **symtomlindrande behandling med demensläkemedel** (kolinesterashämmare och memantin)

Undvik insättning av dessa läkemedel i nära anslutning till större förändringar i tillvaron (svårt värdera)

Vid ren vaskulär demens eller frontotemporal demens saknas evidens för kolinesterashämmare och memantin

- Rekommendationerna här gäller "**De mest sjuka och sköra äldre**" - se [Bakgrund](#) för närmre information!



Sammanfattningsvis

Äldre- mindre marginaler

- Konfusion
- Demens

Proaktivt tänk underlättar

