

Medikamenturo, den skjulte diagnose

v/Lise Næss, spesialpsykolog

- **Bivirkninger ved bruk av psykofarmaka i sykehjem**
- **Formålet med psykofarmaka: blant annet å behandle vanskelig atferd og bedre pasientens livskvalitet.**
- **Men er kostnadene for pasienten større enn nytteverdien?**

Uro – samlebegrep

Uro på grunn av smerte

Personer med demens kan ofte ikke si hvor de har vondt. Urinveisinfeksjoner, fordøyelsesproblemer og smerter kan gi uro. Observasjon av kroppsuttrykk samt god somatisk utredning og behandling blir første ledd i behandling her.

Uro på grunn av tidsforvirring

Langtidsminne er lengst bevart, så personer med demens husker best minner fra fortiden. Forvirringen oppstår når de mener at denne fortiden er i dag. Behandling: Reminiscensterapi, validering, sansestimulering og gode avledninger.

Psykotisk uro

Ved psykoser har pasientene vrangforestillinger, hallusinasjoner og katastrofereaksjoner. Personer med demens kan periodevis ha psykotisk uro. Behandling: først og fremst psykososiale behandlingsmetoder. Eventuelt også psykosemedisin – for at pasienten skal kunne dra nytte av en psykososial tilnærming. Ifølge forskning bruker 30.000 mennesker i Norge over 75 år psykosemedisin, en tredjedel er sykehjempasienter. Er alle disse personene psykotiske? Forskning viser at psykosemedisin har svært begrenset virkning på utagerende adferd, mens den derimot kan ha store bivirkninger.

Solgangsuro, `the sun down phenomena`

Personer med demens kan få en økende uro i 3-4 tiden om ettermiddagen. Uroen innebærer intens vandring eller roping. Ulike forklaringer: døgnrytmeforstyrrelse, nevrofysiologisk forstyrrelse knyttet til en hjerneorganisk lidelse (signalsubstansen serotonin i nervespalten endrer seg). Utskillelsen av serotonin er lavere på morgenen, best midt på dagen og lavere på kvelden. Motorisk aktivitet bidrar til å holde serotoninet lengre i nervespalten. Hypotese: pasienter med `Solgangsuro` «selvaktiverer» ved å gå mye eller rope; denne aktiviteten

holder serotoninet lengre i nervespalten. Hvis `solgangsuro` er en døgnrytmeforstyrrelse vil melatonin og lyslampe kunne hjelpe, men også ulike aktiviteter på formiddagen, særlig gåturer og sang med bevegelse.

Ang. medikamenter: SSRI preparater, for eksempel Cipralex kan være til hjelp, dette holder serotonin lengre i nervespalten og kan forebygge / lindre motorisk uro (selv-aktivering).

Noe forskning viser også at demensmedisinene Aricept og Ebixa kan forebygge vandring relatert til solgangsuro.

Uro på grunn av avdelingens rutiner

I en sykehjemsavdeling er det lagt stor vekt på det praktiske arbeidet, (alle skal gjøre alt, alle skal hjelpe hverandre og alle har ansvar for orden på `sine rom.`)

Dette kan medføre at beboerne blir sittende alene på stuen foran en tv fra frokost og frem til lunsj. De blir lett urolige når personalet ikke er tilstede; de begynner å vandre, plukke på ting, rope, pakke og vil til hjem mor.

Tiltak nr. 1: personalets tilstedeværelse.

Tiltak nr 2: ny organisasjonsmodell. 1 personal tar det praktiske arbeidet i avdelingen (rydde kjøkken og alle rom, påfyll av rekvisita, ordne tøy, skyllerom osv.) og den andre personal sitter på stuen med beboerne.

Tiltak nr 3: lag et program for dagen, f.eks. sang, diktlesning, sittedans. Sansestimulering – som vaffelsteking, bruk av takke, brette håndklær, bingo, besøke av barnehage, invitere inn besøkshund, turer ut etc.

Idédugnad: sette idéene i et system med tiltak for hver dag i uken.

Resultat: mer harmoni, bedre livskvalitet for beboerne, mindre vandring og mindre søvn på dagtid (institusjons- søvn).

En annen organisering av arbeidet gir større forutsigbarhet, både for personalet og beboere, og forebygger utbrenthet – du kan gå hjem med god samvittighet for du fikk i hvert fall gjort noe for beboerne.

Uro på grunn av psykofarmaka

Med alderen skjer det en del naturlige endringer i kroppen; den biologiske aldringen som ikke er knyttet til sykdom. Man begynner kanskje å høre litt dårligere, og få svekket lesesyn, man får mindre muskelmasse, flere rynker, dårligere balanse, høyere blodtrykk og kolesterol. Men det skjer også en aldring i hjernen; antall synapser i gamle nevroner reduseres og hjernen blir mindre plastisk og mer sårbar. Denne nevrobiologiske aldringen kan sees ved spesielle røntgenmetoder (MRI), men vises best på nevropsykologiske tester.

Den biologiske aldringen medfører også at det kan bli mindre av signalstoffet serotonin i nervespalten. Serotonin er viktig for våkenhet, oppmerksomhet og stemningsleie. Serotonin og legemidler som påvirker serotonin spiller en viktig rolle ved flere sykdommer knyttet til nervesystemet – f.eks. depresjon, psykose og ADHD.

Bruk av angstdempende medisiner som Sobril eller psykosemedisiner som Risperdal, Zyprexa eller Seroquel senker hjernens aktivering ved at de hemmer utskillelsen av for mye serotonin i nervebanen. Pasienten er høyaktivert og må få senket sin sentralnervøse aktivering for å ha det bra.

Men hvis aldringen, samt skader på hjernen, som f.eks. ved demens – har medført at det er for lite serotonin i nervebanen, altså at pasienten er lavaktivert – hva skjer da hvis pasienten får medisiner som hemmer utskillelsen av serotonin, og er beregnet på den som er høyaktivert ?

Man kan få to ulike reaksjoner: pasienten kan bli mer deprimert, fordi hjernen blir mindre aktivert – og blir det altfor lite serotonin i nervebanen kan pasienten få angst. En kjent paradoksal effekt ved bruk av Sobril over tid, er økt angst og depresjon. Hos en person med demens kan reaksjonen bli økt motorisk aktivitet; dette øker serotoninnivået, vi kan si at pasienten «selvmedisinerer» gjennom motorisk uro. Hvis vi da dobler Sobril-dosen øker også motorisk uro, og vi legger sten til byrden både for oss selv og ikke minst pasienten.

Ved økt uro er det vanlig at man går over til psykosemedisiner, for eksempel Risperdal. Psykosemedisiner hemmer i enda større grad utskillelse av serotonin i nervebanen, med den følge at pasienten blir enda mer aktiv for å kompensere for tapet av serotonin (som medisinen har medført). Og enden på det hele kan bli at pasienten får en kombinasjon av benzodiazepiner, sovemedisin og psykosemedisin – en kombinasjon som til sist blir kjemisk lobotomering. Da får pasienten problemer med gangfunksjoner, tale- og spisefunksjoner. Vi tar all adferd- og livskvalitet fra pasienten; vi fikk til slutt en rolig pasient – men til hvilken pris?

Har vi alternativer?

Vi vet nå at aldring og skader på hjernen f.eks. ved demens, kan medføre for lite serotonin i nervebanen, og altså blant annet føre til depresjon, angst og motorisk uro.

Et alternativ vil være å bruke medisiner som holder serotonin lengre i nervebanen, slik at pasienten slipper å være motorisk aktiv for å ha det bedre; serotoninreopptakshemmere –som f.eks. Cipralext er en slik medisin.

Professor Harald Nygård har doktorgrad på bivirkninger av psykofarmaka ved demens, og sa i sine forelesninger: «Det aller beste for en person med demens er å være umedisinert på psykofarmaka og sovemedisin, men hvis du absolutt må bruke noe er førstevalget 5 mg. Cipralex og demensmedisin». Han fremhevet alltid at «sobril ved behov» burde vært forbudt, fordi det er umulig å observere effekt på adferd; det vil til enhver tid bli opp til den pleieren som er på vakt å vurdere dette.

Og nå kommer det alltid et siste spørsmål, vet ikke sykehjemslegene dette?

Bruk av psykofarmaka til personer med demens er et felt for spesielt interesserte.

Professor Selbek, professor Engedal og professor Nygård er alle leger som har gjort et banebrytende arbeid her.

En sykehjemslege har utrolig mange problemstillinger å forholde seg til. Jeg spurte en gang en sykehjemslege hvorfor alle pasientene på den skjermede enheten sto på Risperdal, Sobril og sovemedisin, og han svarte at det var forvirrende – for han kjente alle bivirkningene – men pleierne la et sterkt press på ham, «nå må noe gjøres...». Han kunne ikke veilede dem i miljøterapi, og da er det gjerne bare medikamenter som gjenstår.

Vi må være oppmerksom på at det alltid er vi personale som spør om å «få noe» til pasienten. Det er derfor særdeles viktig at vi har kunnskap om `den skjulte diagnose`: paradoksale reaksjoner – som sløvhet, depresjon og økt uro ved bruk av benzodiazepiner og psykosemedisiner til personer med demens.