



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED



# DEMENS OG ANTIPSYKOTISK MEDICIN

Undervisningsmateriale til plejepersonale

Styrelsen for Patientsikkerhed  
Telefon: 72 28 66 00  
E-post: [stps@stps.dk](mailto:stps@stps.dk)

Udgivelsesår: 2018  
Version: Nr. 1.0.  
Versionsdato: september 2018

Dette undervisningsmateriale er målrettet plejepersonalet på plejehjem og plejecentre. Formålet er at give information om demens og brugen af antipsykotisk medicin. Et af målene i den nationale demenshandlingsplan er at sikre korrekt brug af antipsykotisk medicin og frem mod 2025 at halvere forbruget af antipsykotisk medicin til borgere med en demenssygdom.

Materialet er udarbejdet som en guide, som fasttilknyttede læger på plejehjem eller andre lægefaglige konsulenter kan benytte til sundhedsfaglig rådgivning af plejepersonale. Materialet er udarbejdet, således at hele indholdet eller dele heraf kan benyttes – både i plenum og ved bedside-undervisning. Det er Styrelsen for Patientsikkerheds forhåbning, at materialet vil føre til gode drøftelser og refleksioner omkring brugen af antipsykotisk medicin hos borgere med demenssygdom.

## INDHOLD

1. Introduktion .....	3
DEMENS OG ADFÆRDSÆNDRINGER	
2. Demens og adfærdsændringer .....	4
3. Hvad gør du, hvis du observerer adfærdsændringer hos en borger? .....	5
4. Delir og adfærdsændringer .....	6
5. Hvordan kan I arbejde med pædagogiske tiltag? .....	7
MEDICIN – BIVIRKNINGER, NEDTRAPNING OG SEPONERING	
6. Fakta om antipsykotisk medicin .....	8
7. Hvad er bivirkningerne ved Antipsykotisk medicin? .....	9
8. Nedtrapning/seponering af antipsykotisk medicin .....	10
9. Hvilke oplysninger har lægen brug for? .....	11
OPSAMLING	
10. Vigtigste pointer .....	12

### MATERIALET ER UDARBEJDET AF:

Alis Dueholm Nielsen, pårørendekonsulent, Ikast-Brande Kommune (udpeget af FOA)

Birthe Jessen, social- og sundhedsassistent (udpeget af FOA)

Merete Stampe Mølberg, praktiserende læge (udpeget af DSAM)

Laura Sonnenborg, praktiserende læge (udpeget af PLO)

Charlotte Agger, plejehjemsleder og sygeplejerske (udpeget af DSR)

Lena Graversen, kontorchef og overlæge, Styrelsen for Patientsikkerhed

Nina Jagd Andersen, projektrådgiver, Styrelsen for Patientsikkerhed

Ulrikke Bryde-Nielsen, specialkonsulent, Styrelsen for Patientsikkerhed

Sparring ved: Bodil Gramkow Andersen, speciallæge i psykiatri, Region Nordjylland (udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab)

### MATERIALET HAR VÆRET I HØRING HOS:

Sundhedsstyrelsen

Nationalt Videnscenter For Demens.

# 1. INTRODUKTION

Dette materiale er henvendt til dig, som arbejder med borgere med demenssygdom. Materialet har fokus på at give dig opdateret viden om demens og antipsykotisk medicin. Antipsykotisk medicin anvendes primært til mennesker med kroniske psykosesygdomme som fx skizofreni. En af grundene til, at man gerne vil nedbringe brugen af den antipsykotiske medicin er, at den kan give alvorlige bivirkninger. En anden grund er, at medicinen ofte gives mod adfærdsforstyrrelser, selvom disse som udgangspunkt ikke bør behandles med antipsykotisk medicin.

I dette materiale kan du læse om, hvordan du kan forstå og fagligt imødekomme adfærdsforstyrrelser uden brug af antipsykotisk medicin. Desuden indeholder materialet blandt andet også en liste over vigtige observationer af borgere og forslag til pædagogiske tiltag.



- **Borgere med en demenssygdom bør som udgangspunkt ikke behandles med antipsykotisk medicin.**
- **Behandling med antipsykotisk medicin kan ofte erstattes af pleje og personcentreret omsorg eller anden medicin.**
- **Målet i den nationale demenshandlingsplan er at halvere forbruget af antipsykotisk medicin til borgere med demenssygdom frem mod 2025.**
- **Dødeligheden øges med 2 til 5 gange, hvis demente får antipsykotisk medicin.**
  - **Jo højere dosis, jo større risiko.**
- **20 % af ældre med demenssygdom får antipsykotisk medicin.**



## ARBEJDSSPØRGSMÅL

Har du for nylig talt med en borgers læge og/eller pårørende om brugen af antipsykotisk medicin?  
Hvorfor/ hvorfor ikke?

## 2. DEMENS OG ADFÆRDSÆNDRINGER

Adfærdsændringer ses ofte hos borgere med en demenssygdom og kan have mange forskellige årsager. De symptomer, man ser ved demenssygdom, kaldes BPSD – behavioral and psychological symptoms of dementia – de adfærdsmæssige og psykiatriske symptomer ved demens.

De mest almindelige psykiatriske og adfærdsmæssige symptomer er:

### Psykiatriske symptomer:

- depression
- angst
- ophidset og urolig adfærd (agitation)
- hallucinationer
- vrangforestillinger
- løftet stemningsleje.

### Adfærdsmæssige symptomer:

- aggressivitet (verbal og fysisk)
- rastløshed
- beskæftigelsestrang
- omkringvandren
- uhæmmet og upassende adfærd
- apati
- ændrede spisevaner og/eller døgnrytme.

OBS!

Bag mange adfærdsændringer ligger ofte en somatisk sygdom, som ikke er opdaget. Derfor er det vigtigt løbende at observere borgere med en demenssygdom for at kunne hjælpe dem.

Du skal være særligt opmærksom på:

**- borgere, der pludselig ændrer spisevaner og/eller døgnrytme.**

### CASE

Anna har fået en demenssygdom og er blevet tiltagende urolig, omkringvandrende og til tider klagende. Hun reagerer vredladent, når personalet henvender sig til hende.

- Dette er sket inden for det sidste døgn.



### ARBEJDSSPØRGSMÅL

Har du eksempler på en beboer, der har ændret adfærd? Hvilke symptomer observerede du, og hvad gjorde du?



# 3. HVAD GØR DU, HVIS DU OBSERVERER ADFÆRDSÆNDRINGER HOS EN BORGER?

**Forsøg at finde årsagen** til den ændrede adfærd og iværksæt tiltag.

Det vigtige er, at borgeren kommer tilbage i sædvanlig tilstand og igen oplever velbefindende.

Du kan tjekke/observere følgende:

## SOMATISK SYGDOM:

- Blodtryk og puls
- Temperatur (sveder eller fryser borgeren?)
- Blærebetændelse (urindyrkning, hyppige wc-besøg, får borgeren vanddrivende eller har svært ved at lade vandet (urinretention)?)
- Obstipation (forstoppelse) (har borgeren oppustet mave eller svært ved at komme af med afføring?)
- Vejrtrækning (er den anstrengt, overfladisk, rallende, hoste – tør/slim?)
- Sår/rifter - rødme - hævelse - ømhed eller pus på kroppen?
- Faldtraumer? Har borgerens mobilitet ændret sig?
- Kronisk sygdom, fx. sukkersyge, KOL?
- Medicin? Bivirkninger? Tager borgeren sin medicin?
- Har borgeren smerter?
- Er borgeren mere uklar og fjern end normalt?

## ÆNDRING I OMGIVELSER:

- Er der sket noget særligt, fx ved besøg af familie eller pårørendes sygdom/død?
- Larm eller støj (andre beboere, håndværkere?)
- Ændring i plejegruppen (fx ferieperiode med afløsere?)
- Er der ændringer på borgerens stue, fx. spejle, der kan skabe uro og forvirring?
- Er der kommet nye beboere?

## ANDET:

- Varme/kulde-påvirkninger?
- Har borgeren indtaget nok væske og mad?
- Er søvn mønsteret ændret?
- Er der døgnvariation, fx. særligt morgen eller aften?
- Er borgerens behov iøvrigt mødt?



## ARBEJDS-SPØRGSMÅL

Hvordan kan I sikre jer, at I har undersøgt alle de mulige årsager til adfærdsmændringer?



## 4. DELIR OG ADFÆRDSÆNDRINGER

Adfærdsændringer kan skyldes mange forskellige ting. Hvis en borger med demenssygdom pludselig ændrer adfærd, kan det være tegn på delir.

Ældre mennesker med en demenssygdom har særlig stor risiko for at udvikle delir, og derfor er det særlig vigtigt at kunne skelne mellem adfærdsændringer på grund af demens og delir. En borger kan få delir af fx somatisk sygdom, medicin eller for lidt væske/mad (se liste side 5).

Herunder står nogle af de typiske kendetegn og symptomer ved delir.

### Delir er:

- pludseligt opstået uro eller apati, der kommer over timer eller dage.
- en forbigående tilstand, som kan være farlig, fordi det kan være symptom på alvorlig sygdom.

**Et af de vigtigste tegn på delir er søvnforstyrrelser (vågen om natten og småsover i dagtimerne)**

**OBS!**

Personer med delir føler oftest uro i kroppen og flytter på sig. Men personer med delir kan også være stille og apatiske. Ved delir skal der som udgangspunkt ikke gives anti-psykotisk medicin, men hvis det alligevel findes nødvendigt skal det kun gives i en kort periode (få dage). Den apatiske form for delir er nem at overse og særlig farlig, fordi den oftere er tegn på alvorlig sygdom. Ved apati skal der ikke gives antipsykotisk medicin.

### CASE

Det er fredag eftermiddag. Svend snakker meget hurtigt og meget springende.

Han har hele tiden gang i et eller andet og kan ikke afledes. Det har været tiltagende inden

- for den sidste uge. De sidste to døgn har han ikke villet tage sin medicin. Der er travlhed på afdelingen, og din vagt slutter snart.



### ARBEJDSPØRGSMAÅL

Har du oplevet en borger med delir?

Hvad observerede du, og hvad gjorde du?

## 5. HVORDAN KAN I ARBEJDE MED PÆDAGOGISKE TILTAG?

Behandlingen med antipsykotisk medicin kan ofte forebygges med non-farmakologiske tiltag, eksempelvis personcentreret omsorg, sociale aktiviteter, motion eller fysio-/ergoterapi. Her er spørgsmål og ideer til tiltag, der kan være med til at skabe de rette rammer for hver enkelt borger:

- Får borgeren opfyldt alle sine grundlæggende psykologiske behov såsom:
  - en for borgeren meningsfuld beskæftigelse
  - passende socialt samvær
  - anerkendelse
  - retten til at blive set og hørt
  - retten til at sige fra?
- Udarbejd en plan for, hvordan de grundlæggende psykologiske behov kan blive mødt.
- Hvilke krav stiller I til borgeren? Kan vedkommende fx forstå sociale regler, vente og sætte sig ind i andres situation?
- Kan krav omformuleres, så de passer til borgerens ressourcer? Kan borgeren fx ikke udsætte sit behov for at ryge, kan man fortælle, hvornår de skal ryge, og tilbyde et æble i ventetiden (perspektiv-skiftet).
- Udarbejd en liste med krav, som passer til borgerens funktionsniveau og mentale tilstand.
- Brug afledning istedet for irettesættelse (fyld i trivselsbarometeret/karret).
- Udarbejd en liste med afledning, der virker i forhold til borgerens personlighed, livshistorie og funktionsniveau og mentale tilstand.
- Læg en fælles plan for tilgangen, så alle gør det samme.
- Får borgeren motion og bevægelse og dagslys/sollys? Helst hver dag
- Prøv at finde ud af, hvad der „trigger“ borgeren, og forsøg at tilrettelægge pleje, så triggere undgås, fx ved at opstille skærmning.
- Overvej om 1:1 kontakt med fast personale kan hjælpe.

Husk: En borger har svært ved at samarbejde, når han eller hun oplever kaos.

- Vent til borgeren har genvundet kontrollen (affektmodellen).



### ARBEJDSSPØRGSMÅL

Drøft, hvordan du kan være med til skabe de rette rammer for beboerne. Giv gerne eksempler ud fra dine egne erfaringer.

## 6. FAKTA OM ANTIPSYKOTISK MEDICIN

- Antipsykotisk medicin har flere virkninger:
  - **Den beroligende og angstdæmpende effekt** indtræder for det meste i løbet af få timer.
  - **Den antipsykotiske effekt** indtræder først efter flere uger.
- Antipsykotisk medicin har ingen langtidssikker effekt på BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia – de adfærdsmæssige og psykiatriske symptomer ved demens).
- Antipsykotisk medicin er forbeholdt sværere psykotiske tilstande, svær aggression og ophidset og urolig adfærd (agitation) hos borgere med demenssygdom.
- Ældre patienter skal som hovedregel behandles med lavere doser end yngre. Når den akutte behandling er overstået, kan dosis ofte reduceres eller helt seponeres.
- Antipsykotisk medicin bør som hovedregel ikke gives ved delir. Hvis det alligevel findes nødvendigt, skal det kun gives i en kortere periode (få dage).
- Antipsykotisk medicin kan være nødvendigt at give ved kroniske psykotiske symptomer. Behandlingen løber typisk over en længere periode.
- Ophør af medicin (seponering) bør som hovedregel ske ved nedtrapning.

### CASE

Ulla på 76 år er beboer på et plejecenter. Hendes læge sætter hende i behandling med Olanzapin grundet udadreagerende adfærd. Tre dage senere er Ulla stadig aggressiv og slår ud efter personalet ved toiletbesøg. Plejepersonalet kontakter lægen for at få øget dosis, da der endnu ikke har været effekt.



### ARBEJDSSPØRGSMÅL

Hvad ville du gøre i sådan en situation?



## 7. HVAD ER BIVIRKNINGERNE VED ANTIPSYKOTISK MEDICIN?

Antipsykotisk medicin kan have alvorlige **bivirkninger**, blandt andet flere neurologiske og motoriske symptomer, blodprop i hjerne og lunger samt hjerterytmeforstyrrelser. Det er nødvendigt at måle og observere mulige bivirkninger – både i opstartsfasen og under behandlingen.

Antipsykotisk medicin inddeles i 1. generations og 2. generations antipsykotika. 1. generations antipsykotika såsom Haloperidol (Serenase) anbefales ikke anvendt til behandling af BPSD pga. hyppige og alvorlige bivirkninger. Rutinemæssig brug af 2. generations antipsykotika anbefales ikke til behandling af BPSD. Hvis behandling iværksættes, bør det kun ske, hvor borgeren på trods af anden behandling er forpint eller er til betydelig gene eller fare for sig selv eller andre.

Der findes meget forskellig antipsykotisk medicin. De mest almindelige antipsykotika og bivirkninger er:

Lægemiddel-indholdsstof/ (handelsnavn)	Generation	EPS / fx rystelser og stivhed	Sedation / Døsighed	EKG-forandring / hjertepåvirkning (QTc-forlængelse)**	Autonome*** / fx mundtørhed, vandladningsbesvær	Vægtøgning
Quetiapin (Seroquel)	2	(+)	++	++	+	+(+)
Olanzapin (Zyprexa)	2	+	++	+	+(+)	+++
Risperidon (Risperdal)	2	+(+)	+	++	+(+)	+(+)
Aripiprazol (Abilify®)	2	(+)	+	+	+	+
Haloperidol (Serenase)	1	+++	+		+	+

Kilde: sst.dk

\*EPS: Extrapyramidale bivirkninger er fx rystelser (tremor) og stivhed (rigiditet), bradykinesi (træghed i bevægelse), akut og tardiv dyskinesi (bevægelsesforstyrrelser i mund og ansigt), akatisi (indre rastløshed).

\*\*QTc-forlængelse: Hjertepåvirkning ifa. EKG-forandringer med ændret QT interval

\*\*\*Autonome: Mundtørhed, vandladningsbesvær, obstipation, blodtryksfald, når man rejser sig.

- Ældre borgere med demenssygdom (over 65 år) er mere følsomme overfor bivirkninger.
- Når borgere indtager 5 eller flere lægemidler (polyfarmaci), er de ekstra følsomme for bivirkninger.

### ARBEJDSSPØRGSMÅL

Hvor mange af de beboere, som du drager omsorg for, får antipsykotisk medicin? Hvilken antipsykotisk medicin, dosis og form? I hvor lang tid har borgerne fået antipsykotisk medicin? Hvor mange har fået taget et EKG ved opstart af antipsykotisk medicin?

## 8. NEDTRAPNING/SEPONERING AF ANTIPSYKOTISK MEDICIN

Borgere med en demenssygdom bør som udgangspunkt ikke få antipsykotisk medicin. Derfor er det vigtigt løbende at følge op på, om der er beboere, der kan få seponeret deres medicin. Demenssygdomme er fremadskridende. Det betyder, at borgerens tilstand også ændrer sig, og derfor vil behovet for behandling ændre sig over tid.

- Når lægen udskriver antipsykotisk medicin, skal der være en opfølgningsplan.
- Tænk over stabilitet ved seponering (fx ikke lige før længere ferieperiode).
- Det er vigtigt at følge op på, hvordan borgeren tager imod behandlingen.

HUSK: Hvis borgeren er varigt inhabil, skal de pårørende inddrages i beslutningen om behandling og ophør af medicin (seponering). De pårørende skal give såkaldt „stedfortrædende samtykke“.

### CASE

Charlotte har fået ordineret Haloperidol (Serenase) i forbindelse med indlæggelse på ortopædkirurgisk afdeling. Af journalnotat fremgår, at den antipsykotiske medicin er givet

- fordi „patienten har været svært udadreagerende og agiteret.“ Charlotte udskrives fra sygehus med recept på Haloperidol (Serenase).

Efter fire uger på et nyt plejecenter er der ikke observeret uhensigtsmæssig aggressiv adfærd. Charlotte indgår i sociale relationer med støtte fra personalet.



### ARBEJDSPØRGSMÅL

Overvej, om du vil snakke med lægen om at seponere den antipsykotiske medicin – hvad taler for, hvad taler imod?

## 9. HVILKE OPLYSNINGER HAR LÆGEN BRUG FOR?

### Inden du kontakter lægen:

- Har du undersøgt, om der er en årsag til den ændrede adfærd hos borgeren? Se også side 5
- Har du spurgt en erfaren kollega og/eller din leder, om der er noget, I kan gøre?
- Hvem kan ellers hjælpe? (fx. demenskoordinator)

### Når du ringer til lægen:

**Jeres observationer har stor værdi** for lægen. Benyt evt. fund og overvejelser fra listen på side 5. Lægen har behov for alle de vigtige observationer, som plejegruppen har foretaget.



### ARBEJDSPØRGSMÅL

Overvej, hvilke informationer du/plejecentret skal give, når I kontakter lægen. Hvilke observationer spørger lægen typisk til? Kan du nævne nogle flere og relevante observationer?



## 10. OPSAMLING – VIGTIGSTE POINTER

- **Borgere med demenssygdom skal som udgangspunkt ikke behandles med antipsykotisk medicin.**
- **Plejepersonalets observationer af borgeren er nyttige i forhold til at fastholde borgerens habituelle tilstand.**
- **Hvis lægen udskriver antipsykotisk medicin, skal der være en opfølgningsplan.**
- **Forudsigelighed, faste rutiner, personcentreret omsorg og kravsnedsættende pædagogik kan ofte sættes i stedet for antipsykotisk medicin.**

### **Læs mere her:**

- SST.dk. Du kan fx søge på *Nationale Kliniske Retningslinjer, BPSD-projekt og Indsatser for Rationel Farmakoterapi*.
- Videnscenterfordemens.dk
- Promedicin.dk
- Minmedicin.dk
- *En revurdering af demens – personen kommer i første række*, Tom Kitwood. Munksgaard, 2003
- *Problemskabende adfærd ved udviklingsforstyrrelser eller udviklingshæmning*, Bo Heilskov Elvén. Dansk Psykologisk Forlag, 2010
- *Adfærdsproblemer i psykiatrien*, Bo Heilskov Elvén. Dansk Psykologisk Forlag, 2015
- *Towards a theory of dementia care mapping*, Tom Kitwood & Kathleen Bredin. Ageing and Society 12(3):269-87, 1992