

Äldrepsykiatri – kliniska riktlinjer för utredning och behandling

En ofullständig lathund för praktiskt bruk, med vissa egna tillägg och modifierationer

Bedömning av patienten

- Tid och tålamod.
- Anhöriganamnes.
- Psykiatrisk intervju, bl a aktiviteter ett typiskt dygn, funktionsförmåga, socialt nätverk och copingförmåga.
- Somatisk anamnes (GI-sjd, stroke, muskuloskeletal sjd, obesitas, Parkinson, demenssjukdom, diabetes, andningsvägssjukdomar kan samtliga ge depression).
- Psykiskt status.
- Kognitiv anamnes: episodminne, semantiskt minne, procedurminne (automatiserade färdigheter), perceptuellt minne, arbetsminne, exekutiv funktion, snabbhetsfunktioner, språk, coping, reaktioner på nya omständigheter.
- Strukturerad bedömning av kognitiva funktioner, inkl MMT eller MOCA, klocktest, ev RUDAS, ADAS-Cog.
- Somatisk us.
- Neurologisk us.
- Laboratorieundersökningar (thyroidea, P-Homocystein, S-Kobalamin, fS-folat/B-folat, CRP, ev S-25-OH-Vitamin D).
- Läkemedelsanamnes (kortison, indometacin, L-dopa, antipsykotika, propranolol, östrogenpreparat, antiepileptika och interferoner kan samtliga ge depression).
- Läkemedelsinteraktionsanalys, t ex SFINX.
- Fördjupad kognitiv utredning – psykolog, logoped, arbetsterapeut.
- ”Minnesutredning”.
- Radiologisk us – CT, MRI, PET, SPECT.

Depressiv sjukdom vid åldrandet

- Differentialdiagnostik: bipolär sjd, PTSD, exekutiva svårigheter med inaktivitet och initiativsvårigheter, kroppslig sjukdom.
- Läkemedelsbehandling
 - Lika effektiv som hos yngre, men senare effekt och större återfallsrisk.
 - Långsammare effekt vid samtidig demens.
 - Vitsubstansförändringar och exekutiva störningar försämrar effekten.
 - Äldre är känsliga för serotonerg överstimulering.
 - NA-aktivering kan ge ökad ångest.
 - Mirtazapin ger snabbare effekt än SSRI.
 - Cipralex har bättre effekt än citalopram.
 - Undvik fluoxetin och paroxetin p g a interaktionsproblem med andra läkemedel.
 - Börja i normalfallet med citalopram eller sertralin, vid svårare depression eller vid suicidtankar börja direkt med venlafaxin eller duloxetin.
 - SNRI kan kombineras med mirtazapin vid svår depression.
 - Vid otillräcklig effekt av SSRI byt till venlafaxin eller lägg till mirtazapin.
 - Om biverkningar eller otillräcklig effekt av venlafaxin byt till duloxetin.

- Tillägg av bupropion är ett alternativ, särskilt vid svår trötthet och hämning, t ex ecitalopram + bupropion.
- Atypiska neuroleptika kan ge en tilläggseffekt.
- Var observant på symtom på hyponatremi vid serotoninaktiv behandling, särskilt vid samtidig behandling med diuretika. **S-natriumbestämning på vida indikationer.**
- ECT: unilateralt, 2 gånger/vecka, försiktighet vid kognitiv svikt redan innan starten, noggrann återfallsprofylax.
- Psykologisk behandling. KBT, IPT, PST, reminiscensterapi, fysisk aktivitet (gärna i grupp) har samtliga empiriskt stöd.
- Terapirefraktär depression
 - Rätt diagnos? Hjärnskada, thyroidearubbning, bristtillstånd (B12, folsyra, vitamin D, magnesium), somatisk sjukdom, psykiatrisk komorbiditet/diffdiagnos (bipolär, demens, ångestsyndrom, missbruk)?
 - Bristande behandlingsföljsamhet.
 - Biverkningar.
 - Understimulering, ensamhet, inaktivitet.
 - Snabb läkemedelsmetabolism.
 - Behandlingsalternativ: byte av AD, tillägg av annat AD / litium / atypiskt antipsykotikum / pregabalin / psykoterapi (se ovan), ECT
- Depression vid Alzheimerdemens: kombinera AD med acetylkolinesterashämmare.
- Bipolär sjukdom i hög ålder
 - 10-25 % av de affektiva tillstånden.
 - Ökad risk för sekundär bipolär sjd vid hjärnskador, f f a i höger frontallob.
 - **Brokig, atypisk klinisk bild:** ofta dramatisk och påfrestande för omgivningen, depressiva symtom, konfusion, kognitiv påverkan, irritabilitet/aggressivitet, snabba växlingar mellan olika symtom.
 - **Ökat ordflöde är en viktig markör.**
 - Sätt ut AD, ge antipsykotika kortvarigt, sätt in litium (0,5-0,6 mmol/l).

Ångest med debut vid hög ålder

- Uteslut ångest som delsymtom vid depression, somatisk sjukdom, ökad ångest p g a bensodiazepinbehandling vid lungsjukdom.
- **Förväxla inte med akatisi:** spontan, del i neurologisk sjukdom eller biverkan av SSRI eller neuroleptika. Symtomlindring av en dos snabbverkande L-dopa säkrar diagnosen. Kan behandlas med låg dos dopaminagonist (pramipexol).
- Exekutiv dysfunktion i kombination med stress, belastning och för mycket intryck kan ge oro och ångest.
- PTSD kan debutera/recidivera i ålderdomen, då patienten inte kan avleda sig med arbete och annat.
- Ge SSRI, pregabalin eller ev bensodiazepin. NA-aktivering kan ge ökad ångest.
- Vanliga bensodiazepineffekter är trötthet, kognitiv påverkan, fallrisk, beroendeutveckling.

Demenssjukdomar

- Tre grupper
 1. Primärdegenerativa (Alzheimer, frontotemporal, Lewykroppsdemens, demens vid Parkinsons sjukdom).
 2. Vaskulär demens.
 3. Demensliknande tillstånd (depression, hjärntumör, CVL, infektion).

- Demensutredning enligt Socialstyrelsen (2010)

BASAL	UTVIDGAD
Sjukhistoria	Kognitiva us av neuropsykolog
Sjukhistoria från närstående	Språklig us av logoped
Läkarundersökning	MRI hjärna
Blodprover (TSH, calcium, homocystein)	Likvorus (kvoten t-tau/betaamyloid
MMT	SPECT
Klocktest (exekutiv och spatial förmåga)	EEG
Bedömning av funktionsförmåga, ADL	PET
Datortomografi hjärna	

- Beteendesymtom, BPSD
 - Affektiva (depression, mani, ångest/oro, irritabilitet).
 - Psykotiska.
 - Hyperaktivitet (agitation, aggressivitet, vandringsbeteende, ropbeteende, sömnstörning).
 - Apati (initiativlöshet, tillbakadragbenhet).
- Generell handläggning vid BPSD-symtom
 - Läkarundersökning!
 - Uteslut konfusion.
 - Leta behandlingsbara somatiska orsaker, inklusive trauma.
 - Ompröva farmakologisk behandling som kan inverka.
 - Optimera vårdmiljön.
- Farmakologisk behandling om ovanstående ej räcker
 - Undvik neuroleptika om alls möjligt. Annars max två veckor, sedan utvärdering och seponering.
 - Depressiva symtom, irritabilitet, agitation och oro: SSRI.
 - Agitation och aggressivitet: memantin.
 - Psykotiska symtom och aggressivitet: risperidon.
 - Behov av akut sedation: oxascand, ev klometiazol.
- **Alzheimers sjukdom (AD), symtom**
 - Initialt vaga, diffusa och smygande symtom, som progredierar.
 - Minnesstörning dominerar; episodminnet påverkas först.
 - Koncentrationssvårigheter, lätta svårigheter att finna ord samt orienteringssvårigheter i nya miljöer.
 - Depressiva symtom (minskat intresse för sig själv och omgivningen, trött och energifattig, negativistisk, sänkt koncentrationsförmåga).
 - Apati och initiativlöshet.
 - Insikt i svårigheterna i tidig fas.

- Därefter tillkommer svårare minnesnedsättning, orienteringssvårigheter och funktionssvikt.
- Personligheten någorlunda väl bevarad, sjukdomsinsikten sjunker.
- Fluktuerande BPSD-symtom vanliga (synhallucinationer, persekutoriska vanföreställningar, ångest och oro, agitation och aggressivitet).
- I sen fas fragmentariskt minne, avtagande språklig förmåga, sväljningssvårigheter, inkontinens, avtagande rörelseförmåga.
- **Alzheimers sjukdom, utredningsfynd**
 - Kognitiva test: nedsatt episodminne, orienterings- och visuospatial förmåga.
 - Språkliga test: nedsatt benämningsförmåga.
 - MRI: hippocampusatrofi, senare mer utbredd atrofi.
 - SPECT/PET: nedsatt blodflöde i tinning- och hjässlober.
 - EEG: mer långsam aktivitet.
 - CSF: sänkt betaamyloid, ökad tau och ökad p-tau.
- **Alzheimers sjukdom, behandling:**
 - Kolinesterashämmare.
 - NMDA-receptorantagonist (Memantin).
- **Lewykroppsdemens (LBD), symtombild**
 - Stark koppling till Parkinsons sjukdom, diagnoserna överlappar varandra.
 - Ger tidiga kognitiva störningar vid Parkinsons sjukdom.
 - Demensbild: tidigt visuospatiala och exekutiva svårigheter, behöver tidigt mycket hjälp.
 - Huvudkriterier: fluktuationer i uppmärksamhet, kognition och vakenhet (episoder av konfusion), parkinsonism (stelhet, nedsatt rörelseförmåga), synhallucinationer, långsamhet.
 - Tilläggs-kriterier: REM-sömnstörning (vilda drömmar), neuroleptikaöverkänslighet, nedsatt dopamintransport i basala ganglier.
 - Stödjande kriterier/symtom: ortostatisk hypotension med upprepade fall och svimning, övergående medvetanderubbning.
- **Lewykroppsdemens, utredning**
 - DatScan-undersökning (kan skilja mot AD), CSF-us, ortostatiskt blodtryck under 10 minuter, CT eller MRI.
- **Lewykroppsdemens, behandling**
 - Kolinesterashämmare (rivastigmin).
 - L-dopa i låg dos vid parkinsonistiska besvär (300-400 mg).
 - Undvik antipsykotika även vid psykotiska symtom (ge istället kolinesterashämmare även mot psykiatriska symtom).
 - Om ändå påtagligt besvärande psykotiska symtom: mkt låg dos clozapin eller quetiapin.
 - Memantin kan prövas mot hallucinationer och sömnstörning.
- **Frontotemporal demens (FTD), symtombild**
 - Drabbar ofta yngre personer än övriga demenser.
 - Koppling till ALS.
 - Dominerande drag är beteendestörning, språkstörning eller motorikstörning.
 - Frontal lokalisering ger personlighetsförändring och beteendestörningar.
 - Temporal lokalisering börjar med språkliga problem.
 - Diskreta, smygande initiala symtom.

- Beteendevarianten ger omdömeslöshet, nedsatt social kompetens, brister i omdöme och impuls kontroll, nedsatt empatisk förmåga, nedsatt planerings- och initiativförmåga, egocentrism och bristande uthållighet (bilden överensstämmer med den vid s k antisocial/psykopatisk personlighetsproblematik). Apati, torftigt språk, perseverationer, ändrat ätbeteende, avsaknad av sjukdomsinsikt.
- Språkvarianterna ger tydliga språkliga svårigheter, benämningssvårigheter, nedsatt ordförståelse, ibland nedsatt flyt i talet och grammatiska fel (se boken sid 86; flera varianter finns).
- Frontotemporal demens, utredning
 - Anamnes på förändring i beteende och personlighet, ev primitiva reflexer, fascikulationer, muskelatrofi och dysartri (vid motorneuronsjukdom), språkliga test, ev atrofi på MRI, frontotemporal hypometabolism vid SPECT/PET. **MMT kan vara normalt.**
- Frontotemporal demens, behandling
 - Behandla sekundära symtom (depression, ångest, rastlöshet, hallucinationer, vanföreställningar, humörsvängningar, förändrat ätbeteende). SSRI kan prövas, kolinesterashämmare ger vanligen utan effekt.
- **Vaskulär demens (VaD), symtombild**
 - Fluktuerande förlopp.
 - Minnet mindre påverkat än vid Alzheimer.
 - Ofta störningar i frontala exekutiva funktioner (psykomotorisk förlångsamning, svårigheter att skifta fokus, nedsatt planeringsförmåga, bristande uppmärksamhet).
 - Ofta depression.
 - Nedsatt motivation och initiativförmåga.
 - Affektinkontinens, ångest och oro.
 - Synhallucinationer vanligare än hörseldito.
 - *Kortikal vaskulär demens*: plötslig debut, trappstegsliknande förlopp, kortikala symtom som afasi, apraxi, motoriska och sensoriska bortfall.
 - *Subkortikal vaskulär demens*: smygande och progredierande symtom, nedsatt uppmärksamhet och exekutiv förmåga med minskad initiativ- och planeringsförmåga (men inte samma minnessvikt som vid AD), dysartri, nedsatt sväljförmåga, balans- och gångsvårigheter och frekventa fall.
- Vaskulär demens (VaD), utredning
 - Neurologiskt status, andra neuropsykologiska test än MMT (som ej fångar exekutiv dysfunktion så bra), CT eller MRI hjärna.
- Vaskulär demens (VaD), behandling
 - Förebygga och behandla kardiovaskulära riskfaktorer.
 - B12 och/eller folat vid brist (högt homocystein).
 - Kolinesterashämmare eller memantin vid AD-symtom.

Konfusion

- Orsaker och utlösande faktorer
 - I grund och botten stört sensorium med svårigheter att förstå och ta in omvärlden ("garbage in, garbage out", min anm).
 - Hjärnskador av alla sorter.
 - Demenssjukdomar.
 - Åldersförändringar.

- Tillstånd som påverkar allmäntillståndet (infektioner, intorkning, operation, hypoxi, höftledsfraktur, dåligt inställd diabetes, urinstämna, förstoppning, hjärtsvikt, njursvikt).
 - Elektrolytrubbning.
 - Vitaminbrist.
 - Metabola störningar (diabetes mellitus m fl).
 - Förändring av hjärnans transmittorsubstanser, särskilt acetylkolin och dopamin.
 - Läkemedel, särskilt de med antikolinerg effekt (t ex TCA). Se även avsnittet om behandling med psykofarmaka i hög ålder nedan
 - Dopaminaktiverande läkemedel (L-dopa tolereras bäst, COMT-hämmare sämst vid Parkinson).
 - Bensodiazepiner (vanligaste anledningen till konfusion hos äldre), särskilt zolpidem, flunitrazepam, alprazolam).
 - Morfinpreparat, särskilt tramadol.
 - Antiepileptika.
 - Digitalis.
 - Betablockare.
 - Litium i hög nivå (cave lågt vätskeintag).
 - Stress och belastning, såväl över- som understimulering.
 - Sömnbrist.
 - Isolering.
 - Förflyttningar.
- Symtom
 - I mild form endast vilsenhet och osäkerhet.
 - Fluktuerande symtom, vanligen akut debut, ofta dygnsvariationer och episodiskt förlopp.
 - Medvetandepåverkan och kognitiva förändringar, oorganiserad tankeverksamhet, desorganiserat tal, försämrad kontakt, minskad uppmärksamhet, fastnar i egna tankar och sin egen värld, desorientering, minnesstörning, fluktuerande grad av kognitiv oförmåga, oförmåga till samtal.
 - Bristande koncentrationsförmåga, feltolkningar av sinnesintryck, fragmenterat tänkande.
 - Verkliga händelser, misstolkningar och psykotiskt tankeinnehåll blandas.
 - Illusioner, hallucinationer, persekutoriska vanföreställningar.
 - *Hyperaktiv typ*: icke målinriktad motorisk aktivitet, rastlöshet, agitation, vanföreställningar och hallucinos. Utagerande beteende med irritabilitet, aggressivitet, vandringsbeteende och rastlöshet.
 - *Hypoaktiv typ*: trötthet, ökad sömn och minskad psykomotorik.
 - Sömnstörning, störd dygnsrytm.
 - Behandling
 - Försök häva konfusionen om alls möjligt; kraftigt förhöjd mortalitetsrisk framöver.
 - **Identifiera och behandla utlösande orsaker!** Utgå från att det finns en behandlingsbar somatisk förklaring tills du är övertygad om att så inte är fallet.
 - Uteslut utöver allvarliga tillstånd även förstoppning, UVI, intorkning, näringsbrist.
 - Se över läkemedelslistan, ta bort allt som går.
 - Farmakologisk behandling av konfusion: Restriktivt. Oxascand eller heminevrin vid oro, risperidon vid agitation och uppenbart störande symtom.

Psykos i åldrandet

- Kan bero på schizofreni, vanföreställningssyndrom, depression, demens, somatisk sjukdom och konfusion.
- Somatiska tillstånd som kan ge psykos är t ex hjärntumör, traumatisk hjärnskada, demens och Parkinsons sjukdom.
- Psykos vid konfusion kännetecknas av snabb debut, fluktuerande förlopp och sänkt medvetandegrad. Hallucinationerna är ofta visuella, olfaktoriska eller taktila snarare än auditiva.
- Sent debuterande schizofreni kännetecknas av
 - högre förekomst av visuella, taktila och olfaktoriska hallucinationer, vanföreställningar om att människor/föremål/strålning kan passera genom fysiska barriärer, förföljelseidéer, kombinationer av vanföreställningar och hallucinationer (t ex upplevelse av spökinneboende).
 - lägre förekomst av formella tankestörningar och negativa symtom (omtvistat).
 - bättre premorbid kognitiv funktion, lindrigare kognitiva reduktioner (omtvistat).
- Psykos vid Alzheimerdemens är vanligt och kännetecknas av synhallucinos, icke-bisarra vanföreställningar som ofta kan härledas till de kognitiva bristerna (stöld, personer och identiteter förväxlas). Kommenterande röster och tankestörningar är ovanligt.
- Lewykroppsdemens har ofta synhallucinos.

- Utredning vid psykotiska symtom
 - Noggrann somatisk och neurologisk undersökning, syn och hörsel, blodtryck, utslut hypotoni och ortostatism.
 - Anamnes från patient och anhöriga.
 - Psykiatrisk us (inkl tecken på dysfagi, dysgnosi eller dyspraxi), tecken på konfusion, MMT, klocktest, ev GDS-15.
 - Lab (se sid 106) mm.
 - Neuropsykologisk us.
 - Arbetsterapeutisk utredning.
 - Strukturerad behovsinventering, t ex CAN-Ä.

- Farmakologisk behandling av psykotiska symtom
 - Andra generationens antipsykotika är att föredra.
 - Noggrann observans på biverkningar (motoriska, EPS, kognitiv påverkan, blodtryck).
 - Risperidon (0,5-3 mg/dygn) saknar antikolinerga egenskaper, men kan ge EPS i högre utsträckning än övriga andra generationens antipsykotika.
 - Olanzapin (2,5-10 mg/dygn).
 - Quetiapin (100-300 mg/dygn) har låg risk för EPS, men kan ge trötthet och ortostatisk hypotension.
 - Aripiprazol (5-10 mg/dygn) har låg risk för antikolinerga effekter, men kan ge EPS hos vissa.
 - Klozapin (högst 250 mg/dygn).
 - Ge inte antikolinergika mot motoriska biverkningar!
 - Effekten av antipsykotika på aggressivitet och agitation är inte så väl dokumenterad.

Psykiska symtom vid Parkinsons sjukdom (PD)

- Motoriska symtom: tremor, hypokinesi, rigiditet och balansstörningar.
- Psykiska symtom: livliga drömmar, illusioner/hallucinationer, vanföreställningar, konfusion, ökad sömnhet, impulskontrollstörningar och depression.
- Depression vid PD: Ofta mycket ångest. Undvik SSRI p g a risk för ökad PD-symtomatologi.
- Apati vid PD: Brist på motivation och initiativ, utan depressionens hopplöshet och anhedoni. Optimera PD-behandlingen, ev metylfenidat.
- Sömnstörning vid PD
 - Insomni (insomningssvårigheter, svårigheter att upprätthålla sömnen, tidigt uppvaknande).
 - Parasomnier
 1. Livliga, ibland obehagliga drömmar, mardrömmar.
 2. RBD, REM-sleep behavior disorder: lever ut sina drömmar med tal, slag och sparkar. Behandlas med clonazepam 0,25-0,5 mg t n.
 - RLS, restless legs syndrome.
 - Sömnapné.
 - Motoriska symtom (akinesi, rigiditet).
 - Urinränningsbesvär.
 - Dagtrötthet p g a ovanstående eller åldersrelaterade störningar i sömnen. Modafinil kan prövas om Imovane och andra insatser ej räcker till.
- Psykos vid PD: stereotypa synhallucinationer vanligt. Oftast bevarad insikt. Oftast relaterad till den farmakologiska behandlingen. Uteslut somatiska orsaker, sätt därefter ut en PD-medicin i taget (antikolinergika, amantadin, MAO-B-hämmare, dopaminagonister, sist L-dopa). Om ej tillräckligt så smyg in quetiapin (i andra hand clozapin eller olanzapin).
- Impulskontrollstörningar (dopamine dysregulation syndrome): spelmani, hypersexualitet, "pundande", shopping. Dos-respons-förhållande till den dopaminerga behandlingen. Medicinjustera.
- Konfusion vid PD: Se rubriken konfusion ovan.
- Demens vid PD:
 - Psykomotorisk förlångsamning, lätt minnesnedsättning (kan hjälpas med ledtrådar), koncentrationssvårigheter, känslomässig avtrubbning, nedsatt initiativförmåga och simultankapacitet, visuospatial dysfunktion.
 - Bevarat medvetande.
 - Mindre afasi, apraxi och agnosi men mer av exekutiva svårigheter än vid Alzheimer.
 - Beteendestörningar och BPSD.
 - MMT ej bra test. MOCA eller PD-CRS bättre.
 - Klinisk screening
 1. Undersök det verbala flödet.
 2. "Har du svårigheter att göra två saker samtidigt eller att följa med i en konversation?"
 3. Klocktestet.
 4. Interdigitalt fingertest, ILFT.
 - Behandling: rivastigmin/memantin.
- Lewykroppsdemens: se rubriken **Demenssjukdomar** ovan.

Behandling med psykofarmaka i hög ålder

- Antipsykotika: se psykosavsnittet ovan.
- Antidepressiva: se depressionsavsnittet ovan.
- Bensodiazepiner och liknande
 - Lågdosberoende är vanligt.
 - Ofta mer uttalade biverkningar än hos yngre (kognitiva störningar, konfusion, muskelsvaghet, fallrisk).
 - Undvik preparat med lång halveringstid (nitrazepam, flunitrazepam, diazepam). Dock kan diazepam vara fördelaktigt vid oundvikbar långtidsbehandling p g a jämnare serumkoncentration och mindre ångest vid dalvärdena.
 - **Preparat med snabb resorption, t ex zolpidem (Stilnoct) kan ge nattlig förvirring. Använd zopiklon (Imovane) istället!**
 - Klometiazol (Heminevrin) bra sömnmedel och lugnande medel vid demens, men risk för biverkningar (trötthet, fallrisk, blodtrycksfall) och snabb tillvänjning. Ge endast vid behov, inte kontinuerligt.
 - Oxazepam är den bensodiazepin som ger minst problem hos äldre.
- Lugnande medel av antihistamintyp: kan ge svåra biverkningar som dagtrötthet, akatisi, konfusion.
- Konfusion som biverkan av läkemedel:
 - Var observant på även lättare minnespåverkan eller annan kognitiv påverkan (som kan vara varningssignal om hotande allvarigare konfusion).
 - Jämn serumkoncentration minskar risken. Ge slow-release-preparat och fördela doserna jämt över dygnet. Följ förloppet noga.
 - Antikolinerga preparat: undvik!
 - Antidepressiva: Undvik TCA. Vid smärttillstånd kan duloxetin prövas. SSRI har mkt låg antikolinerg effekt, undantagandes paroxetin.
 - Antipsykotika: Andra generationens antipsykotika har låg risk för konfusion. Undvik nozinan och första generationens neuroleptika.
 - Litium: Även terapeutiska nivåer kan ge konfusion. Risk för överdosering p g a äldres nedsatta njurfunktion. Monitorera behandlingen noga.
 - Anxiolytika:
 - Kan ge konfusion. Bz ev vanligaste läkemedlet bakom konfusion hos äldre.
 - Snabb absorption ökar konfusionsrisken (zolpidem och flunitrazepam).
 - Lång halveringstid med ackumulation ökar konfusionsrisken, (flunitrazepam, nitrazepam, diazepam).
 - Klonazepam och alprazolam ger oftare konfusion än övriga bensodiazepiner. Alprazolam har en direkt antikolinerg effekt.
 - Oxazepam mest fördelaktiga bensodiazepinen i konfusionshänseende.
 - Klometiazol har lägre konfusionsrisk än övriga preparat i gruppen.
 - Sedativa (antihistaminer) har vanligen även en påtaglig antikolinerg effekt. Var därför försiktig med alimemazin, propiomazin, promethazin och hydroxizin.
 - Antiparkinsonmedel: samtliga dopaminstimulerande medel kan framkalla konfusion, ofta med hallucinatoriska upplevelser. Dopaminagonister har högre risk än L-dopa.
 - Antiepileptika: samtliga kan ge konfusion, särskilt vid höga serumkoncentrationer. Fenemal har stor benägenhet.
 - Cimetidin (Tagamet): Mycket hög risk, använd ej till äldre.
 - Analgetika: Opioider har stor benägenhet ge konfusion, särskilt kodein, dextropropoxifen och tramadol. Använd paracetamol.
 - Digitalis kan ge konfusion även i terapeutisk dos.

- Strategier vid utsättning av läkemedel
 - Särskilt bensodiazepiner, antipsykotika och pregabalin kan efter längre behandlingstid ge svåra utsättningsymtom (rastlöshet, oro, agitation, sömnproblem, kognitiva störningar) och kräva långsam utsättning.

Juridiska aspekter på nedsatt autonomi i åldrandet

- Sänggrind ska ha en ordination och framgå av omvårdnadsplanen.
- Att ge läkemedel i mat eller dryck utan att informera om det är olagligt.
- LPT är tillämpligt även vid allvarlig psykisk störning, även om denna beror på demenssjukdom eller kon fusion. Det är symtombilden – inte orsaken – som avgör indikationen.
- Somatisk behandling kan ges vid vård enligt LPT om det rör sig om ett akut livshotande tillstånd.
- Rättshandlingsförmåga förutsätter att personen kan förstå, komma ihåg och bedöma den tillgängliga informationen tillräckligt väl för att kunna fatta ett beslut och meddela detta.
- Om en person i praktiken saknar beslutskapacitet ska beslut fattas av en grupp bestående av samtliga för patienten viktiga personer, "best interest group".
- Sjukvården ska inte medverka till att en patient med tveksam rättshandlingsförmåga utfärdar fullmakter. I stället bör en utredning om god man eller förvaltare inledas.
- God man
 - *"Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att **bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person**, skall rätten, om det behövs, besluta att anordna godmanskap för honom eller henne. Ett sådant beslut får inte meddelas utan samtycke av den för vilken godmanskap skall anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas."*
 - Alla kan anmäla behov av god man till överförmyndaren.
 - Sjukvården och socialtjänsten har anmälningsplikt "när en intagen person kan antas behöva god man eller förvaltare".
 - När sjukvården uppmärksammar behovet är det lämpligt att skriva ett läkarintyg direkt.
 - Alla äldre som inte klarar sig själva ska aktualiseras hos kommunens biståndsbedömare.
 - Ansökan är ett enkelt brev till tingsrätten med begäran om tillsättning av god man. Kan göras av den enskilde eller anhöriga, samt av överförmyndaren efter anmälan från socialtjänsten eller sjukvården.
 - Utöver ansökan behövs ett läkarintyg (se sid 145), en social utredning och ett personbevis.
 - Huvudmannen behåller i alla avseenden sin rättshandlingsförmåga.
 - God man får inte tillsättas mot patientens vilja, men om patienten inte kan uttrycka en åsikt (t ex vid svår demenssjukdom) kan god man ändå tillsättas.
- Förvaltare
 - Om god man inte räcker för att ge huvudmannen den hjälp han behöver.
 - *"Om någon som befinner sig i en sådan situation som anges i 4 § är **ur stånd att vårda sig eller sin egendom**, får rätten besluta att anordna förvaltarskap för honom eller henne. Förvaltarskap får dock inte anordnas, om det är tillräckligt att*

godmanskap anordnas eller att den enskilde på något annat, mindre ingripande sätt får hjälp.”

- Förvaltaren bestämmer över huvudmannen i de aspekter som förvaltarskapet gäller.
 - Förvaltaren kan inte tvångsflytta sin huvudman till annat boende.
 - Patientens samtycke behövs inte här.
 - God man eller förvaltare kan tillsättas interimistiskt i angelägna ärenden (ring överförmyndaren och diskutera).
- Skjutvapen och läkares anmälningsplikt
 - ”... av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen...”
 - Körkort och läkares anmälningsplikt
 - ”... av medicinska skäl är olämplig att ha körkort...”
 - **Demens och andra kognitiva störningar:** *”Allvarlig kognitiv störning utgör hinder för innehav. Vid bedömning av om störningen ska anses som allvarlig ska särskild hänsyn tas till nedsättning av uppmärksamhet, omdöme och förmågan att ta in och bearbeta synintryck samt nedsättning av mental flexibilitet, minne, exekutiva funktioner och psykomotoriskt tempo. Dessutom ska känslomässig labilitet och ökad uttröttbarhet beaktas. Apraxi och neglekt ska särskilt uppmärksammas. Demens utgör hinder för innehav. Vid lindrig demens kan dock innehav av behörigheterna AM, A1, A, B, BE eller traktorkort medges.*

Allmänna råd:

Demens bör anses som lindrig om patienten, trots påtagligt försämrad förmåga till aktivt yrkesarbete och sociala aktiviteter, ändå har förmågan att föra ett självständigt liv med ett förhållandevis intakt omdöme.”

- **Psykiska sjukdomar och störningar:** *”Varje psykisk sjukdom och störning som yttrar sig i avvikande beteende, förändrad impuls kontroll, uttalade brister i fråga om omdöme eller anpassningsförmåga ska bedömas från trafiksäkerhetssynpunkt. Sjukdom och störning som bedöms innebära en trafiksäkerhetsrisk utgör hinder för innehav. Dokumenterat riskabelt beteende i trafiken ska särskilt beaktas.”*
- Rådgör vid osäkerhet med trafikmedicinsk expertis eller remittera patienten till trafikmedicinsk enhet.

Klinisk suicidriskbedömning av äldre patienter

- Allmänt viktigt att beakta
 - Hög suicidrisk, särskilt hos män över 80.
 - Starkare suicidal intention vid s-försök hos äldre.
 - **Fråga samtliga äldre patienter om suicidalitet, inte bara de som förefaller nedstämda.**
 - **Försök alltid få en oberoende anamnes** från närstående eller andra som känner patienten.
- Bedöm eventuella suicidogena faktorer (riskfaktorer)
 - **Tidigare suicidalt beteende**, särskilt om med våldsam metod eller behov av intensivvård.
 - **Aktuellt suicidalt beteende** (senaste 30 dagarna).
 - **Aktuell position på suicidstegen**: aktuella dödstankar, suicidtankar, s-planer, s-försök.
 - **Suicidal kommunikation**, direkt eller indirekt (fråga även anhöriga).
 - **Psykiatrisk diagnos**: depression (sannolikt den största riskfaktorn, även lindrigare depression är suicidogen), alkoholmissbruk och beroende, ångestsjukdom, psykosjukdom. **Värdera *alltid* graden av depression hos alla patienter!**
 - **Aktuell symtombild (depressivitet, ångest, psykomotorisk oro, psykotiska symtom, hopplöshetskänslor, sömnstörning, irritabilitet, alkoholpåverkan och värk medför ökad risk oavsett grunddiagnos).**
 - Vanföreställningar kring kroppslig sjukdom.
 - Psykotisk depression (obotlig sjukdom, skuld, ringhetsidéer).
 - Tidigare och aktuellt missbruk/beroende.
 - Nedsatt kognitiv förmåga och problemlösningsförmåga.
 - Personlighetsfaktorer. **Drag som ökar risken är impulsivitet, lättkränkhet, rigiditet och bristande öppenhet för nya upplevelser, obsessiva-kompulsiva drag, ängslighet, kontrollbehov, aktivitetsorienterad med prestationsbaserad självkänsla (som vid pensioneringen inte längre har denna möjlighet), tendens till att hålla ett känslomässigt avstånd.**
 - **Suicid i släkten.**
 - **Somatisk sjukdom, särskilt vid funktionsnedsättning** p g a denna. Neurologiska sjukdomar (särskilt stroke och epilepsi), cancer, hjärtsvikt, kroniska lungsjukdomar, smärttillstånd.
 - **Smärtor och värk.**
 - Sociala omständigheter: **ensamhet**, tunt/krympande socialt nätverk, förlust av partner (män).
 - Interpersonella problem, familjeproblem.
 - **Förluster** (kroppsfunktioner, relationer, autonomi, kontroll, hälsa, status, självrespekt).
 - Personer med hemsjukvård och hemtjänst har ökad risk, troligen p g a funktionsnedsättning och reducerad autonomi.
 - **Upplevelse av hopplöshet och/eller brist på mening** (suicidogent oavsett om det föreligger en underliggande diagnos eller "bara" är existentiellt).
 - Tillgång till suicidredskap.

- Värdera eventuella skyddande faktorer
 - Gott socialt nätverk.
 - Deltagande i föreningar, aktiv hobbyverksamhet.
 - Religiös tillhörighet (f f a judiska och muslimska samfund).
 - Tillgång till praktiskt stöd i vardagen.
 - God relation till vårdgivaren.
 - Kontinuitet i vården.
 - God behandlingsallians.

- Handläggning av suicidnära äldre patient
 - Inläggning, ev enligt LPT.
 - Adekvat övervakning.
 - Upprepade suicidriskbedömningar spontant, vid förändrad situation och inför permission och utskrivning.
 - Tillgänglighet, kontinuitet och samarbete med patienten, anhöriga och vårdgrannar är centralt. Involvera närstående och andra vårdgivare i behandlingen.
 - Ta reda på vad som triggat suicidaliteten och gör tillsammans med patienten och anhöriga en behandlingsplan utifrån detta.
 - Vid depression behövs ofta tilläggsmedicinering till AD (som kan ta lång tid till effekt) och stödinsatser.
 - Behandla hela den psykiatriska symtomatologin, särskilt ångest, sömnstörning, nedstämdhet och hopplöshetskänslor.
 - Behandla även fysiska symtom och smärta.
 - Uppföljning i öppenvården, koppla ev in mobilt team.
 - Avlägsna suicidredskap i bostaden (hembesök, sanera medicinförrådet).
 - Anmälan enligt vapenlagen.

Michael Rangne, 2014