

Rizika a nevýhody podávání antipsychotik v dlouhodobé péči u pacientů s demencí

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.¹, MUDr. Robert Rusina, Ph.D.², doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.³

¹Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče FHS UK a Gerontologické centrum

²Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. LF UK a VFN, Praha a Neurologické oddělení, Thomayerova nemocnice, Praha

³Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Článek se zabývá problematikou a riziky užívání antipsychotik v dlouhodobé péči u pacientů s demencí. Uvádí základní informace o preskripci antipsychotik, jejich indikacích i rizicích u těchto pacientů. Dále jsou uvedena některá data týkající se preskripce antipsychotik u nás i v zahraničí. Autoři v článku zdůrazňují potřebu komplexního přístupu k managementu behaviorálních a psychologických symptomů demence (BPSD) včetně psychosociálních přístupů a podrobné analýzy dané situace, zejména pak potřebu věnovat pozornost možným somatickým provokujícím faktorům včetně bolesti.

Klíčová slova: demence, antipsychotika, BPSD, bolest.

Risks and drawbacks of administering antipsychotic drugs in long-term care in patients with dementia

The article deals with the issues and risks of taking antipsychotic drugs in the long-term care in patients with dementia. It provides basic information on prescribing antipsychotic drugs, their indications as well as the risks in these patients. Also presented are some data concerning the prescription of antipsychotic drugs both in our country and abroad. The authors highlight the need for a comprehensive approach to the management of behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD), including psychosocial approaches and a detailed analysis of the particular situation, and especially the need to pay attention to possible physical provoking factors including pain.

Key words: dementia, antipsychotic drugs, BPSD, pain.

Psychiatr. praxi 2014; 15(2): 58–61

Úvod

S narůstajícím stárnutím populace bude nevyhnutelně stoupat i prevalence demencí a s nimi spojených poruch chování a psychiatrických příznaků, které výrazně komplikují péči v zařízeních dlouhodobé péče. Rutinní a neuvážená preskripce psychofarmak, především antipsychotik, je však jen zdánlivě účelným řešením tohoto problému. Vedle jasně prokazatelných pozitivních účinků mají antipsychotika i řadu rizik a nežádoucích účinků, které však bývají často podceňovány.

Cílem tohoto sdělení není vystoupit proti preskripci neuroleptik v geriatrické a gerontopsychiatrické praxi, ale poukázat na některé nevýhody této skupiny léků ve světle nových doporučení a nedávných metaanalýz.

Ve srovnání s plošnou preskripcí vysokých dávek neuroleptik je poučená šetrná kombinovaná farmakoterapie ve spojení s nefarmakologickými psychosociálními intervencemi nejenom finančně výhodnější, eticky přijatelnější, ale v konečném důsledku hlavně účinnější a prakticky přínosnějším přístupem k BPSD u seniorů s demencí.

Stárnutí populace a institucionalizace

S prodlužující se délkou života a zlepšováním diagnostické a akutní péče se proměňuje

charakter nemoci i umírání. Jedním z důsledků je ale i prodlužování délky nemoci a rostoucí potřeba dlouhodobé a paliativní péče.

Očekávaná celková délka života v ČR v roce 2011 činila u mužů 74,7 a u žen 80,7 let, očekávaná délka života ve zdraví byla 63,6 let pro ženy a 62,2 let pro muže. Lidé tedy žijí déle, ale část svého života prožijí s významnou disabilitou (odhadem každá čtvrtá žena a každý pátý muž v Evropě budou potřebovat intenzivní dlouhodobou péči) (1).

Podíl osob starších 80 let by měl v ČR do roku 2050 narůst z dnešních 3,6 % na 10,4 % (a u osob nad 65 let z 15,4 % na 31 %). Se stárnutím populace, rozvolňováním rodinných vztahů a rostoucí účastí žen na trhu práce bude narůstat potřeba dlouhodobé péče (2), tedy dlouhodobé až trvalé pobyty seniorů v instituci.

Dlouhodobá péče (long term care)

Jedná se o komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností zejména v základních sebeobslužných aktivitách, a tento stav je setrvalý – „over an extended period of time“ (3, 4) a výrazně narůstá ve věku nad 75–80 let. Většina těch, kteří potřebují služby dlouhodobé péče, jsou tedy lidé vyššího věku (5).

Je nutné rozlišovat mezi zdravotní péčí s kurativním či rehabilitačním charakterem (jde o léčení, doléčení a rehabilitaci s cílem zlepšit zdravotní stav) (2) a dlouhodobou péčí, zajištěnou na kompenzaci trvajících nesoběstačností (4).

Dlouhodobá péče v České republice je dosud definována pouze ve své zdravotní složce (6) a poskytována v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN), v zařízeních následné péče a v gerontopsychiatrických odděleních (celkově lze tuto kapacitu odhadnout na cca 10 tisíc lůžek). Není však zajištěna návaznost péče zdravotní a sociální – nedávno připravovaný zákon o dlouhodobé zdravotně sociální péči nakonec nebyl prosazen (7, 8). V resortu sociálních věcí je 37 tisíc lůžek v domovech pro seniory a 11 tisíc v domovech se zvláštním režimem zřízovaných dle zákona o sociálních službách. Výsledky našeho šetření ukazují, že velká část (dle typu zařízení 60–90 %) obyvatel těchto zařízení trpí syndromem demence (9, 10).

Behaviorální a psychologické příznaky u demencí

U pacientů s demencí se velmi často vyskytují (např. u Alzheimerovy nemoci se v průběhu onemocnění mohou objevit až u 80–90 % nemocných) poruchy chování, označované termínem

behaviorální a psychologické příznaky (BPSD), které jsou různé v různých stádiích onemocnění.

Jejich spektrum je bohaté, zahrnují úzkostné stavy, deprese, halucinace, deliria, agitovanost nebo naopak apatii, bludné produkce a řadu dalších.

U mírné demence převažuje depresivita a úzkost, v pozdějších fázích demence narůstají i příznaky psychotické.

Psychologické symptomy mohou být velmi různorodé, kromě psychotických příznaků a dalších symptomů, které jako psychotické imponují, sem patří také úzkost, deprese a podobně. Dále do okruhu BPSD řadíme také změny a poruchy chování, tzv. problémové chování. Zahrnujeme sem celou škálu chování, které není adekvátní nebo se nejeví jako adekvátní, od drobné nespokojenosti, opakování, odmítání, přecházení, přebírání, přerovnávání, odstrkování či naopak přichycování se, až po výrazné příznaky, kterými jsou neklid, křik, agitovanost, hostilita až agresivita.

BPSD výrazně ovlivňují náročnost péče i klima na oddělení.

Preskripce antipsychotik v seniorské populaci

Psychofarmaka přinesla do psychiatrie průlom v léčení psychóz a jsou tu zcela jasně a jednoznačně indikována. Naproti tomu jejich efekt u seniorů a pacientů s demencí je mnohdy sporný, mnohdy převažují jejich nežádoucí efekty a navíc se jedná o léky, které jsou v některých případech předepisovány „off label“.

Na případy zneužívání antipsychotik v amerických ošetrovatelských domech (nursing homes) (11) reagoval již v roce 1987 v USA federální zákon s názvem OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act), na jehož základě byla zavedena doporučení a dohled nad touto medikací. V průběhu devadesátých let pak došlo skutečně k výraznému omezení této medikace (12, 13).

Nedávno publikovaná studie ALCOVE (14), obsahuje i metaanalýzu studií preskripce antipsychotik v letech 1994–2010. Kumulativní analýza doložila preskripci antipsychotik u 10,6 % seniorské populace v domácím prostředí (od 5,7 % ve Francii po 32,5 % ve Finsku), a v zařízeních dlouhodobé péče (nursing homes) jsou antipsychotika předepisována až u 35,6 % jejich obyvatel (!), v rozmezí od 15,8 % v Norsku po 60 % v Itálii. Tyto léky jsou často podávány dlouhodobě, mnohdy v souběhu s dalšími léky s tlumivým potenciálem (zejména benzodiazepiny).

Antipsychotika se v managementu BPSD u pacientů s demencí užívají příliš často a jejich potenciální rizika mohou převážet jejich benefit,

a to zejména v zařízeních dlouhodobé péče. Přitom se jedná o zásadní otázku etiky péče i bezpečnosti pacientů.

V Anglii se preskripce antipsychotik a její surveillance stala součástí různých oficiálních opatření a doporučení stejně tak jako i National Dementia Strategy v roce 2009. Ekonomické analýzy prokazují, že správný management syndromu demence s adekvátním využitím psychosociálních intervencí je i ekonomicky efektivnější než používání antipsychotik (15–17).

Souběžně s diskuzí o škodlivosti dlouhodobého užívání antipsychotik se začal shromažďovat dostatek důkazů pro účinnost různých psychosociálních opatření (jednotlivých nefarmakologických metod, prostředí pro péči, způsobů organizace péče a podpory pečujících) (15, 18–20). V Evropě dokonce vznikla vědecká iniciativa, která se těmito intervencemi zabývá (INTERDEM) a podporuje získávání vědeckých důkazů v této oblasti (21, 22).

Nežádoucí účinky antipsychotik

Antipsychotika se dělí do dvou skupin – první generace; a druhé a třetí generace. Antipsychotika 1. generace kromě svého hlavního mechanismu působení – blokady postsynaptických dopaminových D2 receptorů blokují ještě další receptorové systémy, což pak odpovídá za nežádoucí účinky: blokáda histaminových receptorů vede k sedaci, k psychomotorickému útlumu; blokáda alfa sympatických receptorů vede ke kolapsům; blokáda muskarinových cholinergních receptorů vede k obstipaci, může vést ke kardiotoxicitě a může narušovat kognitivní funkce.

Z antipsychotik 1. generace je v gerontopsychiatrii používán pouze melperon, který však má vlastnosti spíše antipsychotik 2. generace, a ve výjimečných případech k jednorázovému nebo velmi krátkodobému užití je používán haloperidol – k léčbě silných psychomotorických neklidů.

Antidepresiva 2. a 3. generace mají podstatně větší vliv na zlepšení psychické integrity než na vyvolání sedace. K antidepresivům 2. generace náleží substituované benzamidy – specifické blokátory D2/D3 dopaminových receptorů, v terapii u seniorů se používá tiaprid. Toto antipsychotikum „bez antipsychotického efektu“ tlumí především neklid, používá se také v léčbě přidružených delirií. Poměrně málo působí nežádoucí extrapyramidové efekty.

Antipsychotika ze skupiny selektivních dopaminergních a serotonergních inhibitorů (risperidon, ziprasidon, paliperidon) jsou používána především k léčbě psychotických poruch u demencí, rovněž tak jako antipsychotika ze skupiny

multireceptorových antagonistů (blokuji různé podskupiny dopaminových i serotoninových receptorů – olanzapin, quetiapin, clozapin).

Quetiapin vyvolává jen minimální extrapyramidové nežádoucí efekty, proto je používán jako antipsychotikum první volby u Parkinsonovy choroby. Clozapin má rovněž málo nežádoucích účinků, ale je potřeba kontrolovat pravidelně krevní obraz, protože může způsobovat útlum krvetvorby – granulocytopenii, někdy až fatální agranulocytózu. Olanzapin není vhodné podávat u symptomů metabolického syndromu – diabetes, obezita, hyperlipidemie aj.

Souhrnně lze říci, že antipsychotika 2. generace mnohem méně vyvolávají extrapyramidové i další nežádoucí účinky typické pro antipsychotika 1. generace, ale mají stejnou pravděpodobnost výskytu hyperprolaktinémie. U antipsychotika 3. generace aripiprazolu probíhají klinické studie u seniorů, podobně jako u nových, v ČR zatím nepoužívaných antipsychotik asenapinu, lurasidonu a icoperidolu.

Antipsychotika u seniorů v ČR

Situace v České republice není zatím detailně zmapována. V současné době analyzujeme data z recentního a rozsáhlého sběru dat o preskripci v zařízeních dlouhodobé péče.

V roce 2010 jsme však zahajovali několik projektů v oblasti dlouhodobé péče a komunikovali jsme s různými zařízeními tohoto typu, která nám laskavě poskytla anonymizovaná data o preskripci u jejich obyvatel.

Analýzovali jsme celkem 726 medikačních listů z různých zařízení pro seniory v ČR (domovy pro seniory, i domovy se zvláštním režimem – tyto více odpovídají pojmu „nursing homes“). V obou těchto typech zařízení žije vysoké procento lidí s demencí (9, 10). Náš vzorek byl náhodný (při návštěvě zařízení, náhodný výběr listů) a vůči dané populaci je reprezentativní.

Z celkového počtu 726 zkoumaných medikačních listů byla ve 316 případech zaznamenána dlouhodobější preskripce antipsychotik, což představuje 43,6 % všech zkoumaných listů, a tedy preskripce antipsychotik v těchto typech zařízení dlouhodobé péče je u nás vyšší evropský průměr (14).

Benzodiazepiny byly podávány ve 132 případech (18,2 %), hypnotika v 74 případech (10,19 %), léky staršího typu s tlumivým potenciálem v 30 případech (4,1 %). Celkem byly léky s tlumivým potenciálem (celkem antipsychotika, hypnotika, benzodiazepiny, ostatní léky staršího typu) předepsány 552 pacientům (což představuje 76,0 %).

Tabulka 1. Terapeutický postup u BPSD**Nejprve posoudit stupeň demence:**

- mírná demence: strach, úzkost, depresivita – vhodná především psychologická podpora a vysvětlení
- rozvinutá a pozdní demence: psychotické projevy, problémové chování

Následně ovlivnit psychotické projevy BPSD:

- příznaky, které pacienta **neobtěžují**, lze **tolerovat**
 - pohovor s pečovatelem
 - školení pečujícího personálu
- příznaky, které pacienta **zatěžují**, nutno **ovlivňovat**
 - záměna kognitiva
 - kombinace inhibitoru acetylcholinesterázy a memantinu
 - psychosociální opatření (validizační techniky aj.)
 - antipsychotika až při neúčinnosti předchozích opatření (nejvýše 6 týdnů)

Rozpoznat a ovlivnit problémové chování u BPSD:

- **proškolení ošetřující tým** a umožnit mu nalézt svou cestu ke kvalitní péči o pacienty
- **rozpoznat a léčit depresi a bolest**
- **rozpoznat a léčit změnu pacientova zdravotního stavu**
 - neadekvátní medikace
 - dehydratace
 - akutní infekční onemocnění
 - metabolické změny

Tyto výsledky jsou spíše podhodnoceny, nemusely být zaznamenány všechny léky podobné skupiny, mohlo tedy dojít k falešně negativnímu zkreslení, falešně pozitivní zkreslení je při této metodě sběru dat téměř vyloučeno. Z důvodu této možné chyby uvádíme jen pro informaci, že preskripci kognitiv jsme zaznamenali jen v 0,28 % medikačních listů (ale mohlo tu dojít k chybě, falešně negativnímu zkreslení), kdy jsme nezaznamenali všechny typy léků. Výše uvedené výsledky je třeba hodnotit i přes určité metodologické výhody jako alarmující.

Terapeutické možnosti BPSD

Jak tedy přistupovat k pacientům s BPSD? Velmi důležitým faktorem je pokročilost demence.

V prvních fázích tohoto syndromu pátráme zejména po strachu, úzkosti, depresivitě a snažíme se o psychologickou podporu a vysvětlení (23).

Ve **fázi rozvinuté demence** a ve **fázi těžké demence** dle Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA (23) se poruchy chování vyskytují častěji a častěji mohou nastat také příznaky jevící se jako psychotické. Vedle přímého postižení mozku onemocněním způsobujícím demenci může jít samozřejmě i o důsledek komorbidit (psychóza, delirium) a nebo o chybné vyhodnocení dané situace v důsledku demence (24).

Jedná-li se o rozvinutý či těžký syndrom demence, nedocílíme antipsychotikem normalizaci stavu. Měli bychom tedy volit postup, který zajistí pacientovi komfort a uchrání jej před nežádoucími účinky léčby.

Terapie psychotických projevů v rámci BPSD

Příznaky, které subjektivně **pacienta neobtěžují**, je vhodné **tolerovat** a tento přístup

diskutovat s pečovateli. Pokud se např. pacientka domnívá, že panenka je její dítě, nebo jiný pacient se domnívá, že je doma „u svých“ a diví se, co tam rodina „ti cizí lidé“ na návštěvě pohledávají – považujeme snahu o normalizaci tohoto bludného myšlení za zbytečnou. Stejně tak jako halucinace, které pacienta neobtěžují a vycházejí víceméně jen z chybného vyhodnocení situace.

Pokud se však jedná o **příznaky**, které jsou **pro pacienta trýznivé**, způsobují strach, neklid, agresivitu, pak považujeme **změnu terapie** za indikovanou. Metodou volby je zvážení dosavadní kognitivní medikace, nastavení optimálních dávek, popřípadě kombinace inhibitoru acetylcholinesterázy a memantinu. Nezbytnou a naprosto nutnou součástí managementu tohoto syndromu jsou psychosociální opatření, validativní přístup (25) – to je však nad rámec našeho krátkého sdělení.

Pokud výše uvedené postupy nemají efekt, nasazujeme antipsychotikum, a to s ohledem na nežádoucí účinky, v co nejmenší dávce a pokud možno po nejkratší možné dobu ("start low, go slow"). Zpravidla podáváme do doby, než odezní příznaky, snažíme se nepřekročit dobu 6 týdnů.

Terapie problematického chování v rámci BPSD

V řadě případů tzv. problematického chování pacientů s demencí se jedná o „resistiveness“, odpor vůči péči, která je vnímána jako nepříjemná, nesrozumitelná, nebyla řádně vysvětlena a je poskytována „neznámými“ lidmi (26).

Mnohé problémy, ke kterým jsme voláni, tak mohou být důsledkem interakce pečujícího pracovníka, který neumí s pacientem vhodným způsobem komunikovat, diví se proč přechází, proč tvrdí, že neobtěžoval, když je právě po obědě.

Zdravotní sestře může vadit, že pacient se brání svléknutí, přičemž nechápe „logiku“ syndromu demence, kdy pro pacienta je novou neznámou osobou, která nemá důvod jej svlékat, a podobně.

Problémové chování naprosté většiny pacientů může souviset s podobnými navenek zdánlivě banálními (pro péči o pacienty s demencí však naprosto klíčovými) událostmi. Spíše než utlumení pacienta vysokými dávkami neuroleptik je cestou ke zvládnutí těchto stavů ošetřující tým zaškolen a umožnit mu nalézt svou cestu ke kvalitní péči o tyto pacienty.

Změněné chování pacientů s demencí má vždy svůj důvod, situaci, potřebu, kterou je třeba uspokojit (hlad, žízeň, potřeba mikce, potřeba vidět na někoho, mít u sebe oblíbený předmět... a dalších mnoho zdánlivých drobností, které jsou pro život lidí s demencí důležité).

Zaškolený a vzdělaný ošetřovatelský tým tyto důvody zpravidla zná, včas je řeší, nepříjemné odstraní, takže k problémovým situacím zpravidla nedochází nebo k nim dochází minimálně, pokud se naskytne závažný důvod (často změna zdravotního stavu).

Mezi velmi časté důvody neklidu patří bolest, a to zejména v nočních hodinách, kdy pacient nemůže spát (27–32). Existují studie, které zcela jasně ukazují, že včasné a adekvátní podání analgetik zabrání vzniku neklidu (33, 34). Velmi častá a velmi podceňovaná je i problematika depresí, takže i zvážení antidepresiv může být v některých případech úspěšné (35).

Jak jsme uvedli výše, v managementu poruch chování má klíčovou roli poučený a kvalifikovaný ošetřovatelský tým. Lékař by měl řešit opravdu jen situace, které tento tým vyřešit nedokáže, zejména pokud dojde ke komplikaci zdravotního stavu. Takovou situací může být delirium, které je velmi časté zejména u nejstarších pacientů (36, 37). Zde je zapotřebí pátrat po zdravotních důvodech tohoto změněného stavu (neadekvátní medikace, dehydratace, akutní infekční onemocnění, metabolické změny atd.) a adekvátně je léčit.

Závěr

Tak jak dochází k pokroku v medicínských i ošetřovatelských aspektech péče, mění se i naše společnost a stále větší důraz je a bude kladen na kvalitu péče, to by se mělo týkat i té nejzranitelnější populace, tedy lidí s demencí, z nichž mnozí žijí v zařízeních dlouhodobé péče. Kvalitní péče by měla zajistit těmto lidem co nejlepší kvalitu života a důstojnost.

Antipsychotika představují jeden z mocných a úspěšných nástrojů moderní medicíny, u paci-

entů s demencí se však mohou projevit a často projevují spíše jejich nežádoucí účinky.

Management syndromu demence by tak měl vycházet v první řadě ze znalosti tohoto syndromu a znalosti pacienta s demencí jako lidské bytosti, o kterou ošetřující tým pečuje s ohledem na jeho individuální potřeby a důstojnost. Teprve pokud toto koordinované úsilí není úspěšné a příznaky jsou skutečně závažné, rozhodujeme se pro farmakologickou intervenci, optimální nastavení kognitiv, zvážení antidepresiv, analgetika a jako metodu poslední volby pak volíme antipsychotika, a to v nejmenší účinné dávce na nejkratší možnou dobu.

Literatura

- Investing in Health. Brussels: European Commission, 2013.
- Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care. Paris: OECD Publishing; 2011.
- Long-term Care for Older People. Paris: OECD; 2005.
- A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. 2013.
- Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options. Brussels: European Commission, 2013 Contract No.: 41.
- Zákon 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, (2011).
- Věcný záměr zákona o dlouhodobé péči, (2011).
- MPSV. Zákon 108 o sociálních službách. In: věcí Mpas, editor. Sbirka zákonů 2006.
- Vankova H, Juraskova B, Holmerova I. Prevalence kognitivních poruch v domovech pro seniory. ČES GER REV 2008; 6(4): 232–234.
- Vankova H. Prevalence kognitivních poruch v pobytových zařízeních pro seniory. Geriatrie a gerontologie. 2013; 2(3): 111–114.
- Wayne AR, Federspiel CF, Schaffner W. A Study of Antipsychotic Drug Use in Nursing Homes: Epidemiologic Evidence Suggesting Misuse. Am J Public Health. 1980; 70: 485–491.
- Bowblis JR, Crystal S, Intrator O, Lucas JA. Response to regulatory stringency: the case of antipsychotic medication use in nursing homes. Health economics. 2012; 21(8): 977–993.
- Connelly PJ, Law E, Angus S, Prentice N. Fifteen year comparison of antipsychotic use in people with dementia within hospital and nursing home settings: sequential cross-sectional study. International journal of geriatric psychiatry. 2010; 25(2): 160–165.
- Desplanches A. ALCOVE final report. Haute Autorite de Sante, 2013.
- Burns A, Ballard C. Optimising treatment and care for people with behavioural and psychological symptoms of dementia. London: Alzheimer's Society, 2011.
- Burns A, Chambers N. An economic evaluation of alternatives to antipsychotic drugs for individuals living with dementia London: NHS, 2011.
- Sturdy D, Heath H, Ballard C, Burns A. Antipsychotic drugs in dementia: a best practice guide. Nursing standard. London: Department of Health; 2012.
- Fossey J, Ballard C, Juszcak E, James I, Alder N, Jacoby R, et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. BMJ 2006; 332: 756–758.
- Brodsky H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. Am J Psychiatry. 2012; 169: 946–953.
- Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, del Ser T, et al. Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease A Systematic Review of Efficacy. Dement Geriatr Cogn Disord 2010; 30: 161–178.
- Moniz-Cook E, Vernooij-Dassen M, Woods B, Orrell M. Psychosocial interventions in dementia care research: The INTERDEM manifesto. Aging & Mental Health. 2011; 15(3): 283–290.
- Moniz-Cook E, Vernooij-Dassen M, Woods R, Verhey F, Chattat R, De Vugt M, et al. A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. Aging Ment Health. 2008; 12(1): 14–29.
- Holmerova I, Balackova N, Baumanova M, Hajkova L, Hradcova D, Hyblova P, et al. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Geriatrie a gerontologie. 2013; 2(3): 158–164.
- Cipriani G, Danti S, Vedovello M, Nuti A, Lucetti C. Understanding delusion in dementia: A review. Geriatrics & gerontology international. 2014; 14(1): 32–39.
- Holmerova I, Jarolimova E, Sucha J. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum; 2007.
- Volicer L. Literature on End-of-life Care for People with Dementia in Assisted Living and Nursing Homes. Tampa: Alzheimer's Association, 2005.
- Woods B, Moniz-Cook E. Dementia: Pain relief[mdash] a first-line response to agitation in dementia? Nat Rev Neurol. 2012; 8(1): 7–8.
- Holmerova I, Vaňkova H, Baumanova M, Juraskova B. Bolest – podceňovaný problém v péči o pacienty s demencí. ČES GER REV 2009; 7(1): 31–35.
- Holmerová I, Baumanová M, Jurašková B, Vaňková H. MO-BID 2 – Praktická škála bolesti vhodná nejen u lidí s demencí. ČES GER REV 2009; 7(2): 79–81.
- Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, de Waal MW, Husebo BS, Lautenbacher S, et al. Pain management in patients with dementia. Clinical interventions in aging. 2013; 8: 1471–1482.
- Corbett A, Husebo B, Malcangio M, Staniland A, Cohen-Mansfield J, Aarsland D, et al. Assessment and treatment of pain in people with dementia. Nat Rev Neurol 2012(8): 264–274.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilsen R, Husebo SB, Aarsland D, Ljunggren AE. Who Suffers Most? Dementia and Pain in Nursing Home Patients: A Cross-sectional Study. Journal of the American Medical Directors Association. 2008(9): 427–433.
- Husebo BS, Ballard C, Aarsland D. Pain treatment of agitation in patients with dementia: a systematic review. International journal of geriatric psychiatry. 2011.
- Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. Bmj. 2011; 343: d4065.
- Holmerova I, Baumanova M, Vankova H, Juraskova B. Deprese u pacientů s demencí. Psychiatr praxi 2011; 12(2): 62–64.
- Eeles EM, White SV, O'Mahony SM, Bayer AJ, Hubbard RE. The impact of frailty and delirium on mortality in older inpatients. Age and ageing. 2012; 41(3): 412–416.
- Akunne A, Murthy L, Young J. Cost-effectiveness of multi-component interventions to prevent delirium in older people admitted to medical wards. Age and ageing. 2012; 41(3): 285–291.

Podpořeno granty IGA NT13543-4/2012,

11325-5/2010 a PRVOUK P-20 a P-26.

Článek doručen redakci: 5. 3. 2014

Článek přijat k publikaci: 5. 5. 2014

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Centrum pro studium dlouhodobé péče
a dlouhodobé péče FHS UK
a Gerontologické centrum
Šimůnkova 1 600, 182 00 Praha 8
iva.holmerova@gerontocentrum.cz

