Gruppebaseret Efteruddannelse

Systematisk lægemodul

Patienten med demens

Modulet er udarbejdet i samarbejde med KiAP og Nationalt Videnscenter for Demens

Version 1.0
Første udgave: oktober 2025
Senest opdateret: oktober 2026

Systematisk Efteruddannelse (SE)

Fonden for Almen Praksis

Indholdsfortegnelse

Kolofon	3
Introduktion	4
Gruppens læringspunkter	5
Mine læringspunkter	6
Case 1: Poul	7 – 9
Case 2: Børge og Bente	10 – 11
Case 3: Martin	12 – 13
Case 4: Else	14 – 15
Informationssektion: Ætiologi og patogenese (infopunkt 1-14)	16 – 21
Informationssektion: Demenstyper (infopunkt 15-20)	21 – 22
Informationssektion: Differentialdiagnoser (infopunkt 21-23)	22
Informationssektion: Udredning, test og henvisning (infopunkt 24-41)	23 – 25
Informationssektion: Behandling (infopunkt 42-47)	26 – 28
Informationssektion: Psykosociale indsatser og rådgivning (infopunkt 48-55)	28 – 30
Informationssektion: Den hjemmeboende patient (infopunkt 56-61)	30 – 32
Informationssektion: Patienten på plejehjem (infopunkt 62-64)	33
Informationssektion: Tips og tricks (infopunkt 65-66)	34
Informationssektion: Farmakologisk behandling (infopunkt 67-95)	34 – 37
Referencer	38
Bilag 1: Oversigt over demenssygdomme	39
Bilag 2: Differentialdiagnoser	40 – 42
Bilag 3: Den simple demenstest	43 – 44
Bilag 4: BASIC	45 – 47
Bilag 5: MMSE	48
Bilag 6: Urskivetest	49
Bilag 7: Styrk patientens selvbestemmelse	50
Bilag 8: KiAP's guide til best practice	51 – 54
Bilag 9: Geriatrisk depressionsskala (GDS)	55 – 56
Bilag 10: Farmakologisk behandling af demens	57 – 58
Kommentarer til cases	59 – 69
Evaluering	70
Systematisk Efteruddannelse (SE)	71

Kolofon

Modulet er udarbejdet i samarbejde med KiAP og Nationalt Videnscenter for Demens

Systematisk lægemodul: Patienten med demens

Copyright © PLO Efteruddannelse (PLO-E)
1. udgave: oktober 2025 (version 1.0)
Ændringshistorik:
- Oktober 2026: Korrektur
- Juli 2026: Korrektur
- Februar 2026: Korrektur

Versionsprincip: Mindre rettelser, præciseringer og opdateringer foretages inden for samme versionsnummer. Versionsnummeret ændres, når der sker væsentlige ændringer i dokumentets indhold, formål eller struktur.

Modulet er udviklet i et samarbejde mellem:

Fagspecialist: Professor i demenssygdomme, forskningsleder ved Nationalt Videnscenter for Demens og overlæge ved Hukommelsesklinikken, Steen Gregers Hasselbach, Rigshospitalet

Forfatter: Praktiserende læge Mark Lee Larsen, Lægerne Kanaltorvet, Albertslund, efteruddannelses-vejleder og lægefaglig konsulent i PLO-E

Forfatter: Praktiserende læge Trine Juhler, Nyhavnslægerne, København K, efteruddannelses-vejleder og lægefaglig konsulent i PLO-E

Redaktør: Praktiserende læge Hanne Hjortkjær Petersen, Lægehuset Nørre Farimagsgade, København K, efteruddannelsesvejleder og lægefaglig konsulent i PLO-E

Opsætning og layout: PLO-E

Interessekonflikter: Ingen.

Ansvarsfraskrivelse: Der er gjort en stor indsats for at præsentere indholdet ud fra gældende guidelines. Anvendelse af oplysningerne bør dog altid ske med en selvstændig faglig vurdering, tilpasset de konkrete omstændigheder i hver enkelt patientsituation. Brugen af oplysningerne sker på eget ansvar. Ved at anvende materialet accepterer brugeren at holde forfatterne og PLO-E skadesløse for enhver skade eller konsekvens, der måtte opstå som følge af brugen.

Copyright: Moduler inden for gruppebaseret efteruddannelse (lægemoduler, systematiske lægemoduler, klinikmoduler, systematiske klinikmoduler og personalemoduler) er beskyttet af ophavsret. PLO-E har eneret til at beskytte det undervisningsmateriale, det producerer. Modulerne må ikke reproduceres uden forudgående godkendelse fra PLO-E. Ophavsretten omfatter ikke bilag, herunder flowdiagrammer, patientinformationsbrochurer og andet materiale, der er beregnet til kopiering.

Cases

Informationssektion

Bilag

Case-kommentarer

Introduktion

Patienten med demens er godkendt som Systematisk Efteruddannelse (SE), men er opbygget som et lægemodul. Det betyder, at I arbejder med cases, spørgsmål, informationspunkter og fagspecialistens kommentarer. Modulet adskiller sig derfor fra øvrige systematiske lægemoduler ved, at der ikke er videoer, og at gruppen ikke skal opdeles i smågrupper undervejs.

- **Første DGE-møde: Case 1 og 2 og tilhørende case-kommentarer**
  - Efter case 1 og 2 skal I hver især notere i skemaet *Mine læringspunkter*.
  - Herefter en runde, hvor alle fortæller, hvad de hver især har skrevet.

- **Andet DGE-møde: Case 3 og 4 og tilhørende case-kommetnarer**
  - Efter case 3 og 4 skal I hver især at notere i skemaet *Mine læringspunkter*.
  - Herefter en runde, hvor alle fortæller, hvad de hver især har skrevet.
  - Til sidst skal I evaluere modulet.

Nationalt har der været stort fokus på demens og brugen af antipsykotika. Samtidig er der stigende opmærksomhed på, at udredning af demens kan foregå i almen praksis, når dette vurderes at være den bedste løsning for patient, pårørende og læge. Modulets formål er at øge viden om:

- Symptomer og udredning ved demens
- Anvendelse af Brief Assessment of Impaired Cognition (BASIC)
- Henvisning og behandling af demens
- Nonfarmakologisk behandling og sociale foranstaltninger
- Demens og antipsykotika

Modulet er udarbejdet i tæt samarbejde med KiAP og Nationalt Videnscenter for Demens med det formål at skabe større synergi mellem kvalitetsarbejde og efteruddannelse.
I forlængelse heraf har KiAP udarbejdet **Praksispakker**, som kan anvendes i klinikken. Praksispakkerne giver mulighed for at omsætte viden fra klyngemøder til daglig praksis og dermed sikre en konkret opfølgning i klinikken.

Praksispakker
fra KiAP

Klyngepakke
Demens og antipsykotika

Modulet kan indeholde bilag i forskellige former, herunder faktaark til direkte anvendelse i klinikken. Flere af bilagene kan med fordel printes til brug i praksis.
Når I har gennemgået alle fire cases og alle case-kommentarer, skal I evaluere - se side 70.

Registrering og tilskud
De to møder registreres som DGE-møder på www.grupperne.dk→
Tilskud søges i Fonden for Almen Praksis. Beløbet trækkes fra lægens konto til Systematisk Efteruddannelse (SE). Din deltagelse i SE registreres, når du har søgt tilskuddet.

Gruppens læringspunkter

Hvad er vigtigst for gruppen?

Hvad vil vi undersøge nærmere?	Hvem undersøger?

Notér de læringspunkter, som er vigtige for jer. Er der noget, I mangler svar på i modulets informationssektion, kan I undersøge det nærmere *efter* modulgennemgangen. Det kan ødelægge flowet i diskussionerne, hvis I søger information undervejs. Den eller de personer, der har fået til opgave at undersøge nærmere, giver efterfølgende besked til resten af gruppen på mail.

Mine læringspunkter

Hvad er vigtigst for mig?	Hvad vil jeg ændre i praksis?

Undervejs kan du skrive dine egne læringspunkter og hvordan de kan påvirke din hverdag i klinikken. Det kan være konkrete ændringer, du vil afprøve, eller nye metoder, du vil implementere. Fokusér på de vigtigste og mest relevante ændringer for dig.

Poul, 77 år

Poul er kommet hos dig i mange år. Han er kendt med DM2 og kronisk depression pga. tre tidligere depressioner. Han er tidligere politimand og var udstationeret på Cypern som led i Danmarks FN-bidrag.

For fem år siden henvendte han sig, fordi han var ked af, at han blev så hidsig, når han ikke kunne finde ud af computeren. Han er ked af, at knæene ikke længere kan holde til løbeture, men han er stolt af, at han kan cykle 10 km flere gange om ugen.

Han fortæller altid, at "han jo har set mange forfærdelige ting" som politimand og som FN-observatør. Han kigger stille ned, mens han fortæller.

Dengang opfyldte han ikke PTSD-kriterier (ingen flashbacks, ingen opvågninger) og klinisk var han ikke depressiv. Når han har fortalt om "sine bekymringer", takker han altid pænt, fordi du gider høre på "sådan en gammel mand". Efter 3-6 måneder vender han tilbage med akkurat samme historie. Efterhånden undrer du dig over det gentagne mønster, men Poul fastholder, at det går fint med hukommelsen.

Da hans hustru er til osteoporose-årskontrol hos sygeplejersken, giver hun et lidt anderledes billede af situationen: Poul bliver i stigende grad hidsig, når han ikke kan finde ud af ting, og han bliver hurtigere forvirret og glemsom. Forleden havde de købt en lille skohylde i IKEA. Da han efter et stykke tid stadig kiggede på samlevejledningen, blev han så hidsig, at han smed den gennem luften og skældte ud. Han bliver aldrig fysisk, men hun bliver ked af at få så meget skældud. Hustruen synes, at Poul er meget glemsom. Han kan fx aldrig finde sine briller eller nøgler.

Hvad tænker du om dette?

Hvad tænker du om forskellen mellem tegn på demens og almindelig aldersrelateret hukommelsessvækkelse?

Hvad ville du gøre, hvis Poul var din patient?

Poul får en tid hos lægen, og her indrømmer han, at han kan have svært ved at huske beskeder. Hustruen fortæller, at hun hver dag må gentage de samme beskeder mange gange. For eksempel hvad de skal have at spise til aften. Poul kan selv tage tøj på, og han er aldrig faret vild i området i forbindelse med cykelturene eller når han kører ned til det lokale supermarked.

Han bliver dog hurtigere og hurtigere hidsig, og opgiver nu opgaver, som han tidligere har kunnet magte - efterhånden også helt simple ting som at skrive en SMS.
Han har ingen fysiske klager, bortset fra at han stadig brokker sig over, at knæene ikke kan holde til løbeture. Han fortæller også lige igen om sin tid som FN-observatør.

Der er ikke mistanke til alkoholmisbrug. Syn og hørelse fungerer OK.

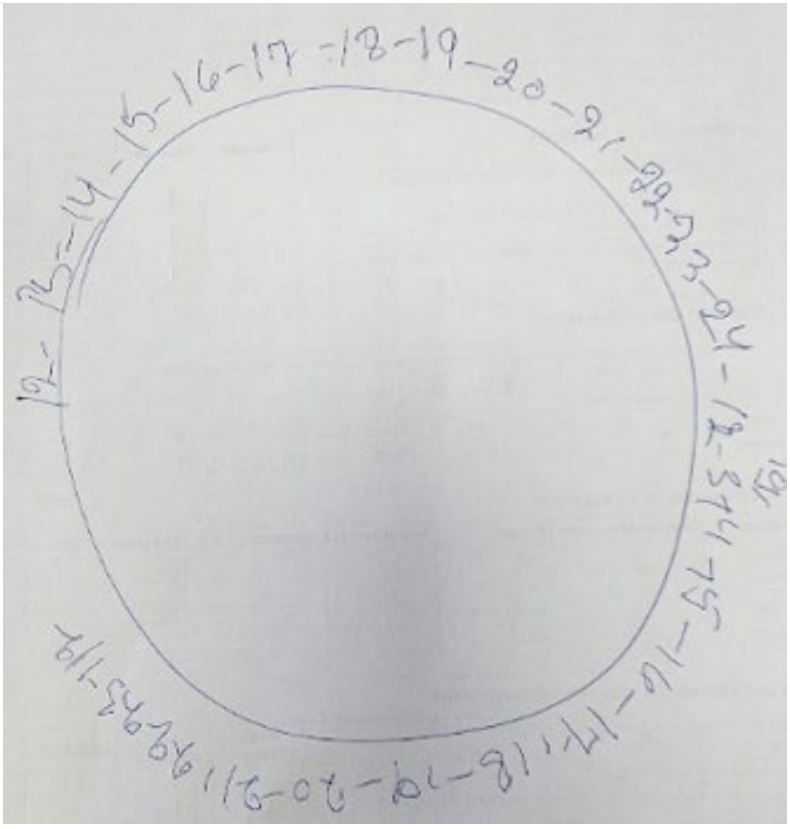
Hvad er dine diagnostiske overvejelser? Og hvad vil du gøre herfra?

Er Poul begyndende dement eller depressiv?
Hvordan vil du skelne mellem disse to tilstande?

Hvilke psykometriske tests bruger du til udredning af demens?

Poul fik lavet en BASIC-test, hvor han scorede 14 point (se point-ark på næste side, samt bilag 4, s. 45-47 for tolkning af BASIC).

GDS og MDI var normale. Urskivetest ses på nedenstående foto. Konsultationen foregik en eftermiddag og Poul skulle sætte uret til 10 minutter i 2.



Har Poul demens-sygdom?

Hvordan vil du udrede ham videre?

Hvad vil du sige til Poul og hans hustru?

Mange pårørende spørger til behandling af demens - hvad ville du svare til dette spørgsmål?

Når I har drøftet spørgsmålene i casen, skal I læse fagspecialistens kommentarer
s. 59-61

BRIEF ASSESSMENT OF IMPAIRED COGNITION – REGISTRERINGSARK

BASIC test for demens

POUL *Label* (navn, cpr)	Dato:
	Alder:
	Undersøger:

1. INDLÆRING AF BILLEDER
• *Hvilken frugt ser du på billedet?*
• *Hvilket dyr ser du på billedet?*
• *Hvilket transportmiddel?*
• *Hvilket møbel?*

2. SPØRGSMÅL TIL PATIENTEN	I høj grad (0)	I nogen grad (1)	Nej (2)	Score
Er din hukommelse blevet væsentligt dårligere sammenlignet med tidligere?		X		1 /2
Har du brug for mere hjælp fra andre til at huske aftaler, mærkedage eller ferier?			X	2 /2
Har du sværere ved at huske navne, finde det rigtige ord eller gøre sætninger færdige?			X	2 /2

3. STYRET ORDMOBILISERING

Sig flest mulige varer, som man kan købe i et stort supermarked. Det må være alle slags varer. Jeg standser dig efter et minut. 𝍸 𝍸 II

Antal varer (minus gentagelser):

Interval	0-3 ord	4-7 ord	8-11 ord	12-15 ord	16-19 ord	≥20 ord	
Score	0 point	1 point	2 point	3 point	4 point	5 point	3 /5

4. GENKALDELSE AF BILLEDER

Billede	Genkaldt frit (2 point)	Kategori	Genkaldt med kategoristøtte (1 point)	Ikke genkaldt (0 point)	
Banan		*Frugt*	X		1 /2
Ko		*Dyr*	X		1 /2
Cykel	X	*Transportmiddel*			2 /2
Sofa		*Møbel*		X	0 /2

5. SPØRGSMÅL TIL PÅRØRENDE/INFORMANT

Hvordan fungerer din pårørende sammenlignet med for et par år siden med hensyn til at:	Meget dårligere (0)	Lidt dårligere (1)	Uændret (2)	
Huske ting, som er sket for nylig?	X			0 /2
Huske indholdet af en samtale, som fandt sted for et par dage siden?		X		1 /2
Huske hvilken ugedag og måned det er?		X		1 /2

BASIC-score	14 /25

© 2019 Nationalt Videnscenter for Demens, Kontaktperson: niels.kasper.joergensen@regionh.dk. Testen er frit tilgængelig ved ikke-kommercielt brug. Se www.videnscenterfordemens.dk for betingelser for anvendelse til forskning og kommercielle formål.

NATIONALT VIDENSCENTER FOR DEMENS

Børge og Bente, 81 år

Børge og Bente kender du særdeles godt gennem mange år. Børge er kendt med tidligere AMI og heraf iskæmisk betinget hjerteinsufficiens. Pga. artrose i hofter har han svært ved at gå. Du vurderer ham som en skrøbelig ældre patient, hvorfor du er kommet på årlige opsøgende hjemmebesøg.

Bente har altid holdt huset og haven pertentlig. Hun er en bestemt dame, som vil have, at tingene skal være i orden, og at man skal "opføre sig ordentligt". Børge har altid været en mand af få ord og han har ladet Bente "styre" samtalen og huset.

Pga. Børges tiltagende hukommelsesproblemer og adfærdsændringer er du startet udredning for demens. Hukommelsesklinikken har netop diagnosticeret Børge med en blandingstilstand med vaskulær og Alzheimers demens i moderat stadie. Børge er påbegyndt memantin (Ebixa) 5 mg, da man er i tvivl om, hvorvidt der er tale om en blandingstilstand, og derfor vil man vil se, om det har effekt.

Du er nu på akut sygebesøg, fordi Bente har ringet. Den er helt galt med Børge. Han er for to uger siden optrappet til 10 mg, og Bente fortæller, at han er meget forvirret og urolig. Han mener, at fremmede forsøger at skade ham. Han vågner gentagne gange om natten og står op af sengen. Hukommelsen har aldrig været så dårlig, som den er nu.

Bente er overbevist om, at det er medicinens skyld. Hun spørger, om der ikke kan gives noget andet, han bedre kan tåle?

Hvad tænker du om Børges tilstand?
Hvad tænker du om Bentes formodning?
Hvordan vil du håndtere situationen?

Du er enig med Bente, at det kan være medicinbivirkninger, da der ikke er andre oplagte tegn til somatisk sygdom. Du lægger derfor en udtrapningsplan over 1 uge for memantin, og skriver en korrespondance til Hukommelsesklinikken, hvor du fortæller om symptomerne, og foreslår seponering og skift til donepezil 5 mg.

Hukommelsesklinikken er enig i dine betragtninger, og indkalder Børge til medicinskift til donepezil 5 mg. Han får ikke de samme bivirkninger på dette, og efter yderligere et par måneder afsluttes han fra Hukommelsesklinikken til fortsat årlige kontroller hos dig.

Til næste årskontrol oplever du, at Børges funktionsniveau er faldet voldsomt. Han har ikke noget sprog tilbage, han skal have hjælp til alt og han opholder sig stort set kun i sengen eller i lænestolen. Bente kan efterhånden ikke klare ham i hjemmet mere og der er søgt om plejehjemsplads. Blodprøver er upåfaldende.

Bente spørger til demensmedicinen - skal Børge fortsat have den?

Hvad svarer du Bente?
Skal Børge fortsætte, prøve en anden slags medicin mod demens eller stoppe donepezil? Hvad vil du lægge vægt på?

Der er nu gået yderligere fem år. Børge døde for fire år siden. Det var både en sorg og en lettelse for Bente, som nu er 87 år.

Bente og Børges datter, som også er patient hos dig, har booket en tid. Hun vil gerne fortælle om sin mor. Den er helt gal. Huset flyder, haven gror til og hun kan ikke længere lave varm mad. Bente bliver hurtigt forvirret og kan ikke huske aftaler. Forleden skulle hun til konfirmation og havde taget gummistøvler på, da datteren hentede hende.

Bente er mistroisk over for naboerne, som hun mener, stjæler fra hende. Fysisk kan Bente stadig gå frit rundt. De gange hun har været hos dig, har du ikke bemærket noget. Men det har kun været korte konsultationer med "dagligdagsting", såsom småinfektioner, hudproblemer og lignende.

Gennem længere tid har familien forsøgt at få Bente til læge, men hun bliver vred hver gang, emnet tages op. Når familien foreslår, at hun måske er ved at blive dement, bliver hun endnu mere vred: "Det er hun i hvert fald ikke, for Børge havde demens, og hun ved lige præcis, hvordan man har det, hvis man har demens".

Datteren ved, at Bente stadig har stor tillid til dig. Du hjalp jo så godt dengang med Børge, så datteren tror, at Bente vil gøre, som du anbefaler.

Hvad nu?

Demenssygdom lyder oplagt. Skal Bente udredes på hospital eller i almen praksis? Hvad taler for og imod?

Bente ønskede ikke at blive henvist til hospitalet, men hun vil gerne følge dine medicinske anvisninger. Bente har fået udført en BASIC, der viste 14 point – dette dokumenterer betydelig nedsat kognitiv funktion.

Pårørende var mest interesseret i at få afklaret tilstanden og evt. få opstartet medicinsk behandling. Derfor beslutter I, at der udredes uden om hospitalet.

Efter blodprøver og den strukturelle CT-scanning af cerebrum, er det stadig mest oplagt at tale om Alzheimers demens.

Du stiller demens-diagnose uden hospitalsvurdering. Men hvad med medicin? Skal Bente opstartes i demensmedicin?

Hvis vi antager, at Bente er med på medicin, hvad vil du så opstarte hende i? Og hvordan vil du gøre?

Når I har drøftet spørgsmålene i casen, skal I læse fagspecialistens kommentarer
s. 62-64

Martin, 63 år

Martin sidder i konsultationen, hvor han har bestilt tid sammen med sin 12 år yngre hustru. Du kender Martin fra et forløb for et år siden, hvor han var langtidssygemeldt med stress. Han havde i den periode haft to kortvarige synkoper uden kramper, tolket som stress-relaterede, da man fandt en normal neurologisk undersøgelse.

Hustruen fortæller, at den nu er helt gal med Martins hukommelse. Han synes ikke selv, det er så slemt. Han passer stadig sit arbejde som projektleder i en mellemstor virksomhed.

Du bemærker dog, at Martin ikke selv svarer på spørgsmål, men kigger over på sin hustru, som så svarer. Desuden er der meget lang latenstid på hans svar, og han bevæger sig langsomt fra venteværelset til kliniklokalet. Hustruen fortæller også, at der har været nogle episoder, hvor Martin mente, han så en person i lejligheden, men så var det bare gardinet.

Hvad tænker du om Martins og hustruens oplysninger?
Hvilke overvejelser gør du dig? Og hvad vil du sige til Martin og hans hustru?

I aftaler, at Martin får lavet en demens-test (BASIC), depressionstest (MDI) og får taget blodprøver i henhold til demenspakke (se boks 4, s. 24) ved sygeplejersken, og får tid til svar hos dig en uge senere. Resultaterne er som følger:

BASIC: 18 (let nedsat hukommelse)

MDI: 17 (ingen tegn til depression)

Blodprøver (alle normale):

- Hgb: 8,8 mmol/L
- Leukocytter: 3,5 mia./L
- Trombocytter: 211 mia./L
- ALAT: 19 U/L
- S-kreatinin: 70 µmol/L
- eGFR: 72 mL/min
- P-Natrium: 140 mmol/L
- P-Kalium: 4,2 mmol/L
- HbA1c: 40 mmol/mol
- Kolesterol: 5,2 mmol/L
- HDL: 1,89 mmol/L
- LDL: 3,2 mmol/L
- Triglycerid (TG): 1,52 mmol/L
- P-calcium: 2,40 mmol/l
- P-albumin: 40 g/L
- CRP: < 1mg/L
- TSH: 1,42 int. enh./L
- B12 vitamin: 353 pmol/L
- Normale laboratorieprøver.

Martin har en kognitiv dysfunktion, hvor andre årsager er rimeligt afdækkede, og grundet den tidlige debut i forhold til hans alder henvises han til videre udredning i hospitalsregi. Martin er ikke meget for at acceptere dette, men han indvilliger, da hustruen presser på.

Efter tre måneder kommer Martin og hustruen igen. Martin har fået konstateret Lewy Body demens, og kan ikke komme i behandling, før han har taget nogle kilo på. Han har altid været slank, men han har siden sit stressforløb, haft et vægttab på 3 kg, og har nu svært ved at huske at spise, når hustruen ikke er hjemme. Vægt: 58 kg. Højde: 181 cm. BMI: 17,7.
Martin er blevet opsagt fra sit arbejde. Hustruen vil gerne have, at han henvises til en diætist.

Hvad vil du tale med Martin og hustruen om?
Hvordan kan du hjælpe dem?
Hvad med Martins fremtid?

Efter et halvt år kommer hustruen til samtale alene.

Det er ved en intensiv indsats lykkedes at få Martin til at stige i vægt, så han nu vejer 63 kg. Han er blevet sat i behandling med rivastigmin-depotplaster 9,5 mg/24 timer. Se info-pkt. 43, s. 25.

Hustruen er udmattet og er tæt på at kaste håndklædet i ringen. Hun har udtalte stresssymptomer, problemer med nattesøvnen og hukommelsen. Hun har altid dårlig samvittighed over, at hun ikke kan passe sit arbejde og at hun ikke kan passe Martin. Omvendt har hun aldrig alenetid. De ser ingen mennesker, og de har også svært ved at tage ud, da Martin bliver forvirret.

Hvordan kan du hjælpe Martins hustru?

Har du nogen konkrete forslag ?

Når I har drøftet spørgsmålene i casen,
skal I læse fagspecialistens kommentarer
s. 65-66

Else, 84 år

Else er kendt med Alzheimers demens gennem et år. Ved diagnosetidspunktet klarede hun de fleste daglige gøremål med mindre støtte. Hun blev dengang testet med BASIC, hvor hun scorede 19, dvs. inden for let til moderat funktionsnedsættelse. Hun bor i eget hjem med jævnaldrende ægtefælle, som lider af svær KOL.

Else er nu blevet indkaldt til rutinemæssig kontrol. Ægtefællen er med. Under samtalen fremstår Else venlig og imødekommende, men hun har vanskeligt ved at følge en længere dialog og mister tråden. Ægtefællen fortæller, at Else i stigende grad har behov for støtte i hverdagen. Hun glemmer aftaler, har svært ved at håndtere økonomi og medicin, og hun har mistet overblikket over madlavning. Personlig hygiejne kræver nu også påmindelser og hjælp.

Ved den aktuelle BASIC-test scorer Else 14 point, dvs. væsentligt lavere end ved tidligere test. Resultatet afspejler et betydeligt funktionstab, både kognitivt og i forhold til daglige aktiviteter. Ægtefællen oplever desuden en øget belastning, da ansvaret for praktiske opgaver og pleje gradvist er overgået til ham.

Hvordan får I fulgt op på jeres patienter med demens?
Hvordan laver I årsstatus på jeres patienter med demens?

Der er nu gået endnu et år, og du har set Else flere gange siden. Manden døde pludseligt for tre måneder siden af et AMI, og siden har situationen i hjemmet været særdeles vanskelig. Hjemmeplejen blev hurtigt intensiveret til fire gange i døgnet, og selvom datteren bor i samme opgang og dagligt kom og så til Else, har det ikke været muligt, at hun kunne blive boende i eget hjem. Else indvilligede derfor i at flytte på plejehjem, og hun er for to uger siden flyttet ind på "Kastaniehaven".

Det går desværre ikke så godt. Else bliver ofte bange og utryg, specielt om aftenen. Hun ringer til datteren op til 10 gange, hvor hun virker konfus og bange. Det er svært – for datteren har både en familie og et arbejde, hun skal passe.

Datteren ringer mandag morgen i telefontiden og fortæller, at weekenden har været helt frygtelig for hendes mor. Else virker bange og utryg, råber og græder. Er det ikke muligt at give moren noget beroligende?

Du kan se, at der også ligger to korrespondancer fra plejehjemmet vedrørende Else. Plejepersonalet skriver, at Else sidder hele dagen og råber "*Hallo, hallo*" eller "*Hjælp, jeg dør!*". Hun virker utryg, men er ellers ikke forpint. Hun har svært ved at falde til ro om aftenen, og hun er sengeflygtig, hvilket de ikke kan håndtere i nattevagten. Der er én assistent på vagt til 20 beboere! Personalet vil gerne have noget beroligende medicin, de kan give Else som p.n.

Hvad mener du om situationen?
Hvordan kan du rådgive personalet på plejehjemmet?

Du foreslår personalet at undersøge årsagen til, hvorfor Else virker utryg. Er hun sulten, har hun smerter, har hun evt. en infektion?

Plejepersonalet mener, at det handler om, at Else er utryg, fordi hun kun for nyligt er flyttet til plejehjemmet. De kan se et mønster, når der er vagtskifte.

Plejehjemmet får det arrangeret, så der er to primære omsorgspersoner omkring Else, så der bliver ro og tryghed. Desuden vil der fortsat være fokus på, at hun får spist og drukket tilstrækkeligt.

Efter en uge bliver Else en aften svært motorisk urolig. Hun går op og ned ad gangen og mener, at hun kan se en brand i "nabogården", som hun må over og redde dyrene fra. Ved forsøg på at føre hende ind på sin stue, slår hun ud efter personalet. Dette fortsætter hele natten, hun sidder kun ned nogle få minutter ad gangen og hun får hverken vådt eller tørt.

Sygeplejersken fra plejehjemmet ringer på jeres akuttelefon næste morgen og fortæller om situationen.

Hvad vil du gøre?

Hvordan vil du behandle Else?

Hvordan er tilstanden livstruende?

Når I har drøftet spørgsmålene i casen, skal I læse fagspecialistens kommentarer
s. 67-69

Ætiologi og patogenese

1. **Demens** er et hyppigt forekommende syndrom (se boks 1 nedenfor), karakteriseret ved nedsat kognitiv funktion, som medfører påvirket dagligt funktionsniveau. Den kognitive dysfunktion ledsages ofte af ændringer i adfærd og personlighed samt af psykiske symptomer.

Boks 1 – Forekomst af demens

- I Danmark er der registreret 40.275 personer på 65 år eller derover med en demensdiagnose
- På baggrund af europæiske befolkningsundersøgelser anslås det, at der i Danmark er omkring 87.000 personer på 65 år eller derover, der har demens
- Omtrent 60-70 % af disse antages at have Alzheimers sygdom, heraf nogle med en vaskulær komponent
- Blandt personer på 65 år og derover registreres der årligt omkring 8.000 nye tilfælde af demens
- Forekomsten af demens stiger markant med alderen – fra ca. 1 % blandt 65-årige til 5 % blandt 80-årige, og omkring 9 % blandt personer over 85 år, når man ser på den registrerede prævalens. Den registrerede forekomst er dog væsentligt lavere end den faktiske forekomst, da befolkningsundersøgelser tyder på prævalenser på cirka 1,5 % 10 % og 20 % for ovennævnte aldersgrupper

Kilde: Nationalt Videnscenter for Demens (https://videnscenterfordemens.dk)

2. **Mild Cognitive Impairment** (MCI) (let kognitiv svækkelse) er et syndrom med objektive tegn til kognitiv påvirkning, men uden affektion af dagligdagsfunktioner. MCI er ofte et forstadie til demens, men kan også skyldes kognitive svigt i forbindelse med fx alkoholoverforbrug, depression, stress, somatisk sygdom og medicinbivirkninger.

3. Demens er en kronisk tilstand, der kan skyldes mange forskellige sygdomme. De hyppigste er Alzheimers sygdom (55 %), vaskulær demens (25 %), Lewy body demens (4 %) og frontotemporal demens (2 %).

4. **De neurodegenerative demenssygdomme (Alzheimers sygdom, Lewy body demens og frontotemporal demens)** er karakteriseret ved proteinaflejringer og deraf følgende nervecelle-ødelæggelse, som sker i forskellige dele af hjernen.

5. **Vaskulær demens** skyldes nervecelleødelæggelse på baggrund af nedsat blodtilførsel, enten i form af tillukning af en større arterie (stroke) eller på grund af gradvist tillukning af små arterier centralt i hjernen.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

6. **De største risikofaktorer** for demens er alder, køn og arvelige risikofaktorer.

   - Demensforekomst stiger betydeligt med **alderen** (boks 1 på forrige side). Alderens betydning antages at skyldes en kombination af stigende påvirkning fra komorbiditeter og andre risikofaktorer samt faldende evne til at modstå disse.

   - **Kvinder** rammes hyppigere af demens end mænd. Forskellen er primært drevet af en større hyppighed af Alzheimers sygdom blandt kvinder. Årsagen er ikke klarlagt, men længere levealder, fald i kønshormoner efter menopausen og øget neuroinflammation har været diskuteret.

   - **Arvelige** demenssygdomme forårsaget af en enkelt sygdomsfremkaldende genvariation ("mutation") er sjældne. Omtrent 1 % for Alzheimer, sjældnere for Lewy body demens og Parkinson demens. Frontotemporal demens har en påvist mutation i 5-15 % af tilfælde, mens familiær forekomst ses i op mod 30-40 %.

   - Enkeltvis påvirker arvelige risikofaktorer risikoen i mindre grad, men i nogle familier med høj forekomst ses en øget samlet risiko. Den mest kendte genetiske risikofaktor er **apolipoprotein epsilon-4.** Er man **heterozygot**, øges risikoen 2-3 gange; er man **homozygot**, stiger risikoen med en faktor 12-15.

7. Evidensen for **andre risikofaktorer** opdateres løbende, og i 2024 var der identificeret 14 risikofaktorer for demens udover alder, køn og arvelige risikofaktorer[1] (se boks 2 på næste side).

   Samlet set vurderes det, at når man kombinerer de enkelte risikofaktorers relative betydning med deres forekomst i befolkningen, kan 35–45 % af demenstilfældene potentielt forebygges. Dette forudsætter imidlertid, at ingen længere har diabetes, at alle er fysisk aktive i overensstemmelse med WHO's anbefalinger m.v. - hvilket i praksis er urealistisk at opnå.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Boks 2 – Risikofaktorer for demens

- **Lavt uddannelsesniveau**. Er forbundet med lavere resiliens (kognitiv reserve) over for patologiske forandringer i hjernen samt med en højere forekomst af flere risikofaktorer, som nævnes nedenfor.
- **Nedsat hørelse**. Medfører manglende stimulation af hjernen og social isolation, samt kognitive ressourcer, som omprioriteres til at bearbejde ufuldstændig indkommende information.
- **Nedsat syn**. Samme forhold som for nedsat hørelse. Korrektion af syn og hørelse tyder på reduktion af risikoen for demens.
- **Højt LDL kolesterol, diabetes og arteriel hypertension**. Disse tilstande øger risikoen for demens gennem mekanismer som iskæmi, neuroinflammation og oxidativt stress. Behandling med statiner kan muligvis reducere risikoen, men der er stærkere evidens for en risikoreduktion ved brug af antihypertensiva. Nyere studier af GLP-1-agonister og SGLT-2-hæmmere tyder desuden på, at disse lægemidler kan nedsætte risikoen for demens.
- Livsstilsfaktorer som **rygning og fysisk inaktivitet** øger risikoen for demens, formentlig gennem en øget forekomst af hjertekarsygdom. Fysisk aktivitet synes dog også at kunne øge resiliensen mod patologiske forandringer i hjernen (øget kognitiv reserve).
- Der er en sammenhæng mellem gentagne alvorlige **depressioner** og udvikling af demens, men der er usikkerhed om kausalitet, da depressive symptomer kan optræde år før debut af kognitiv dysfunktion som led i en demenssygdom. Samme forhold gælder for **social isolation**, som kan medføre stress, ensomhed, og manglende stimulation (nedsat kognitiv reserve).
- **Alkoholoverforbrug** er forbundet med en øget risiko for demens primært gennem ledsagende thiamin-mangel (Wernicke-Korsakoff-syndrom), men alkohol-overforbrug kan formentlig i sig selv medføre en irreversibel hjerneskade.
- **Multiple gentagne hovedtraumer**, fx i forbindelse med kontaktsport, øger risikoen for demens senere i livet.
- **Overvægt** øger risikoen for demens gennem andre faktorer relateret til hjertekar-sygdom, men overvægt i sig selv synes også at kunne øge risikoen for demens.
- **Luftforurening**, især i form af meget små partikler, er forbundet med en øget risiko for demens.

8. Demenssygdomme rubriceres ud fra deres symptomsværhedsgrad og ud fra deres årsag (ætiologi) - se tabel 1 på næste side.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Tabel 1: Symptomsværhedsgrader

	Let kognitiv svækkelse (MCI)	Let demens	Moderat demens	Svær demens
Demens-symptomer	Lette	Lette	Moderate	Svære
Funktions-niveau	**Upåvirket**: Mere komplicerede funktioner kan dog tage længere tid.	**Let påvirkning**: Tydelig påvirkning, patienten kan klare sig uafhængigt af hjælp fra andre, men ikke på samme niveau som tidligere.	**Moderat påvirkning**: Patienten kan ikke klare sig uden hjælp fra andre og kan ikke lades alene i længere tid.	**Svær påvirkning**: patienten er helt afhængig af hjælp fra andre, også til basale funktioner som personlig hygiejne og spisning.

Stadier er defineret ud fra **påvirkning af funktionsniveau** (beskrevet i ICD-11-kriterier (ref. 2)), og en nøje vurdering af ADL (Almindelig Daglig Levevis) via information fra pårørende er derfor vigtig.

9. Kognitiv dysfunktion bedømt ud fra kognitive screeningstests vil oftest afspejle demens-sværhedsgrader, men *scores* er påvirkelige af flere faktorer, herunder alder og uddannelse.

   Dog vil en MMSE <18, eller BASIC <15 ret entydigt pege på en demenstilstand af minimum moderat sværhedsgrad.

   Kognitive symptomer omfatter (se også boks 3 på næste side):

   - Hukommelsesproblemer (amnesi)
   - Sprogproblemer (afasi)
   - Rumlige forstyrrelser
   - Påvirkede styringsfunktioner (eksekutive funktioner)
   - Nedsat sygdomsindsigt.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Boks 3 – Kognitive symptomer

Hukommelsesproblemer (amnesi)

- **Episodisk hukommelse**, dvs. personlige erindringer knyttet til tid og sted, påvirkes ved flere sygdomme, mest udtalt ved Alzheimers sygdom, hvor nylige erindringer huskes dårligere end erindringer, der ligger år tilbage. Svigtende "korttids-hukommelse" er ofte tidligste symptom ved Alzheimers sygdom.

  Symptomer viser sig ved, at personen spørger om de samme ting, glemmer aftaler eller forlægger ting. **Semantisk hukommelse** dækker over viden om ord og begrebers betydning, og almen viden som er indhentet gennem livet. Semantisk hukommelse påvirkes i mindre grad ved tidlig Alzheimer, men svækkes også i demensforløbet.

Sprogproblemer (afasi)

- Hyppigt og tidligt symptom ved Alzheimers sygdom. Der kan være problemer med at huske navne på personer, steder og ting, og personen må ofte omskrive. Også sprogforståelsen påvirkes, typisk senere i forløbet, informationer misforstås eller opfattes ikke. Evnen til at skrive og læse rammes også ved sprogforstyrrelser.

Rumlige forstyrrelser

- Er hyppige ved flere demenssygdomme, især Alzheimer og Lewy Body demens, hvor der kan være problemer med at bedømme afstande, så man griber forkert efter ting eller placerer sig forkert på en stol. Man kan have svært ved at orientere sig i omgivelserne og farer lettere vild. I mere udtalte tilfælde kan det være svært at finde ud af at vende tøj korrekt, når det tages på.

Påvirkede styringsfunktioner (eksekutive funktioner)

- Styringsfunktioner omfatter fleksibilitet i tænkning, planlægning og initiativ. Funktionerne er primært lokaliseret i frontallapperne, og ved sygdom i disse områder ses nedsat dømmekraft, nedsat initiativ, apati eller nedsat overblik. Kan ses ved alle demenssygdomme, men er mest udtalt ved frontotemporal demens.

Nedsat sygdomsindsigt

- Mange personer med demens har ikke fornemmelse for det fulde omfang af deres vanskeligheder, men vil ofte tidligt i forløbet erkende, at det ikke fungerer helt, som det plejer. Desto mere fremskreden demenssygdommen er, jo mere svigter indsigten. Ses især ved frontotemporal demens og Alzheimers sygdom.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

10. **Adfærdsproblemer** i form af uhæmmet eller grænseoverskridende adfærd, selvoptagethed, manglende empati, irritabilitet eller apati er dog de tidligste og mest fremtrædende symptomer ved frontotemporal demens. Disse symptomer ses i varierende og mindre udtalte grader ved Alzheimers sygdom.
    Depressive symptomer, ængstelse eller nervøsitet kan ses som tidligste symptomer ved en demenssygdom, men kan også blive fremtrædende i løbet af sygdommen, efterhånden som de kognitive funktioner svigter. I sene stadier af alle demenssygdomme kan aggressivitet og udadreagerende adfærd blive udtalte, dels som led i sygdommen, dels som reaktion på manglende forståelse for, hvad der sker omkring personen med demens.

11. **Psykotiske symptomer** i form af vrangforestillinger og hallucinationer optræder ofte sent i forløbet af alle demenssygdomme. Synshallucinationer, ofte detaljerede og omhandlende levende dyr eller mennesker, ses som led i Lewy Body demens.

12. **Søvnforstyrrelser**. Opbrudt søvn og indsovningsbesvær kan ses som led i depressive symptomer, mens døgnrytmeforstyrrelse kan være en del af demenssygdommens karakteristika. Egentlig urolig drømmesøvn (REM-søvnforstyrrelse), hvor patienten slår ud med arme eller ben eller falder ud af sengen under drømmesøvn, er karakteristisk for Lewy Body demens og Parkinsons demens.

13. **Motoriske forstyrrelser.** Fokale neurologiske udfald kan optræde som led i vaskulær demens, fx i form af central facialisparese, hemiparese, hyperrefleksi, spacitetet eller Babinskis tåfænomen. Parkinsonistiske symptomer ses ved Lewy Body demens og Parkinsons demens i form af rigiditet, tremor, hypokinesi og postural instabilitet. Tremor er dog sjælden ved Lewy Body demens.

14. **Sygdomsforløb og prognose**. De neurodegenerative demenssygdomme (Alzheimers, Lewy Body demens, frontotemporal demens) er alle gradvist fremadskridende og dødelige med en varighed på 5-10 år efter diagnosen. Døden skyldes oftest komplikationer (især infektioner) som led i almen svækkelse. Symptomer ved vaskulær demens kan holde sig stabile, hvis der ikke tilstøder nye infarkter eller tiltagende tillukning af små arterier, men ofte vil vaskulær demens også progrediere og da med en sygdomsvarighed på samme niveau som de neurodegenerative sygdomme.

Demenstyper (se bilag 1, s. 39)

15. **Alzheimers sygdom** debuterer helt overvejende med nedsat "korttidshukommelse", tidligt i forløbet ofte desorientering i tid, påvirket overblik, nedsat initiativ og lette ordfindingsproblemer. Senere tilkommer rumretningsforstyrrelser, nedsat dømmekraft, forvirring, men hukommelses-problemer dominerer fortsat symptombilledet. Adfærdsændringer og psykiske symptomer kan ses i alle stadier, men tiltager med sværhedgrad af demens.

16. **Vaskulær demens**. **Storkarssygdom** kan fremtræde med symptomer som ved apopleksi, men ved mindre infarkter bemærkes akut debut af symptomer ikke altid af patient eller pårørende. **Småkarssygdom** med gradvist tiltagende iskæmiske læsioner i den hvide substans udvikler sig gradvist, og kognitive symptomer ledsages oftest af urininkontinens og gang- og balanceproblemer.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

17. **Lewy Body demens** er ofte forudgået af prodromalfase med nedsat lugtesans og/eller urolig drømmesøvn. Der er ofte bedre indsigt og mindre desorientering i tid og sted, mens tempo og opmærksomhed påvirkes mere end ved Alzheimers sygdom. Fluktuationer viser sig som kortvarige (minutter til timer) episoder med forvirring, konfusion eller bevidsthedspåvirkning. **Synshallucinationer** tidligt i forløbet af en demenssygdom bør altid rejse mistanke om Lewy Body demens. Parkinson-symptomer behøver ikke være fremtrædende i tidlige stadier, men vil typisk udvikle sig i forløbet. Autonome symptomer i form af ortostatisk hypotension, obstipation og vandladningsproblemer er hyppige.

18. **I Parkinsonspektret** af demenssygdomme ses også demenstilstande, der udvikles efter flere år med idiopatisk Parkinsons sygdom, dette kaldes Demens ved Parkinson sygdom eller Parkinsons demens. Her vil motoriske symptomer være udtalte, når demenstilstanden udvikler sig - i øvrigt med lignende symptomer som ved Lewy Body demens.

19. **Frontotemporal demens:** Debutalder er tidligere end for andre demenssygdomme. Adfærdsvariant er hyppigst med nedsat empati, manglende hæmninger, apati, stereotyp, rigid adfærd - oftest ledsaget af problemer med især styringsfunktioner. Sproglige varianter viser sig enten ved opbrudt tale med grammatiske fejl eller ved afasi som følge af semantiske problemer. Der er overlap til både amyotrofisk lateral sklerose og atypiske parkinsonsygdomme.

20. Overlap mellem forskellige patologier er hyppigt forekommende, især blandingsformer mellem Alzheimers sygdom og vaskulær demens.

Differentialdiagnoser (se bilag 2, s. 40-42)

21. En huskeregel er **de fem D'er**: **Depression, Druk, Droger, Delir, Defekte sanser før demens**. Disse differentialdiagnoser er omtalt nærmere i bilag 2, s. 40-42.
    - Aldring
    - Depression
    - Alkohol
    - Medicinbivirkninger
    - Multimorbiditet
    - Rumopfyldende processer.

22. **Aldring** medfører hos de fleste en gradvis, mindre svækkelse af de kognitive funktioner, som ikke påvirker dagligdagen i væsentlig grad. Kognitiv dysfunktion som følge af aldring og som følge af demenssygdom kan være svær at skelne mellem, og afhænger af sværhedsgraden snarere end af typen af symptomer - se bilag 3, s. 43-44.

23. **Depression, alkoholoverforbrug, medicinbivirkninger, delir, nedsatte sanser og forskellige somatiske sygdomme** kan påvirke hjernen i en grad, der kan forveksles med demenssygdom, men hvor den kognitive dysfunktion ofte er reversibel. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på disse differentialdiagnoser.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Udredning

24. Udredningens omfang skal målrettes den enkelte persons ønsker og forventninger, samtidig med at sværhedsgraden af den kognitive dysfunktion tages i betragtning. Udredningen skal tage udgangspunkt i, hvilke konsekvenser det får for patienten og pårørende at stille en demensdiagnose.

25. Rettidig udredning skal hjælpe personen med kognitive problemer og dennes pårørende til at forstå årsagen til symptomerne, således at de på et oplyst grundlag kan træffe beslutninger om fremtiden, modtage råd og vejledning fra fagpersoner og få tilbud om målrettede indsatser. Medicinsk behandling kan ved nogle sygdomme være med til at forsinke udvikling af symptomerne.

26. For en patient med fremskreden demens, hvor pleje og omsorg er iværksat, er konsekvenserne af en specifik diagnose mindre end for en person i tidligt stadie af sin demenssygdom.

27. Udredningen følger flere trin:

    - **Er der tale om kognitiv dysfunktion?**
      Her spiller pårørende en meget væsentlig rolle. De er de bedste observatører af patienten, de har et indgående kendskab til tidligere og aktuelle kognitive funktionsniveau, og patienten selv har ofte nedsat sygdomserkendelse. Information fra patient og pårørende suppleres med psykometriske tests (se infopunkt 28 nedenfor) og evt. suppleret med scoring af depressive symptomer, fx med Geriatric Depression Scale (3) - se bilag 9, s. 55-56.

    - **Hvis mistanke om kognitiv dysfunktion***:*
      Er der differentialdiagnostiske problemstillinger?
      Se bilag 2, s. 40-42 om differentialdiagnoser. Vær opmærksom på, at adskillige komorbiditeter ofte optræder sammen med en demenssygdom, og kan forværre demenssymptomer.

    - **Hvis differentialdiagnoser ikke formodes at spille nogen væsentlig rolle:**
      Hvilken demenssygdom er der tale om?
      Se tabel 1, s. 19, info-pkt. 15-19, s. 21-22 samt bilag 1, s. 39 om demenstyper).

    - **Ledsagesymptomer er vigtige at afklare:**
      Er der urolig nattesøvn, parkinsonsymptomer eller hallucinationer (Lewy body demens eller Parkinson demens)? Er der motoriske udfald eller balanceproblemer (vaskulær demens)?

28. Basisudredning omfatter, udover ovennævnte, blodprøvescreening og en strukturel scanning af cerebrum .

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Boks 4 – Forslag til udredningspakke for demens

- Hæmoglobin (anæmipakke)
- Leukocytter
- Trombocytter
- Vitamin B12
- MCV
- Ferritin
- Kalium
- Natrium
- Kreatinin
- ALAT
- HbA1c

- Total kolesterol
- LDL
- HDL
- Triglycerid
- TSH
- CRP

- EKG
- CT Cerebrum (obs. regionale forskelle)

Psykometriske tests (se bilag 4-6, s. 45-49)

29. En kort kognitiv test er velegnet til at opnå en hurtig vurdering af patientens kognitive status. Resultatet kan ikke stå alene, men bør ses i sammenhæng med patientens sygehistorie, symptomer, uddannelsesniveau, alder og sociokulturelle baggrund.

30. En kort kognitiv test kan bidrage til at afklare, om patienten er kognitivt svækket eller ej. Kognitive tests kan også bidrage til at vurdere graden af en eventuel kognitiv svækkelse, men egner sig ikke til at afklare spørgsmål om ætiologi eller differentiere mellem forskellige demenssygdomme.

31. **DSAM anbefaler BASIC** (Brief Assessment of Impaired Cognition) i forbindelse med udredning af demens. Man kan vælge at anvende enten BASIC eller MMSE (Mini-Mental State Examination) ved udredning af demens og afregne med ydelse 2149. Foreløbige undersøgelser tyder på, at BASIC også kan anvendes til at monitorere sværhedsgrad af kognitiv dysfunktion, og yderligere validering af dette er undervejs.

32. **BASIC** kombinerer kognitiv testning med spørgsmål til patienten og en pårørende eller anden informant om patientens hukommelsesfunktion (se bilag 4, s. 45-47). BASIC tager kortere tid end MMSE, og udviser samme sensitivitet og specificitet som MMSE. Resultatet opgøres i en score fra 0 til 25 - med 25 som det optimale resultat. En score på 19 eller mindre rejser mistanke om kognitiv svækkelse. BASIC tager ca. 5 min., og patienterne har ikke samme tendens til at få "eksamens-angst" som ved MMSE. Oplysninger fra pårørende kan også indhentes via telefon eller mail. Man kan også bruge en omregningsscore. BASIC er valideret i almen praksis og i demensudredningsenheder (ref. 5,6).

33. **MMSE** indeholder en række korte opgaver til belysning af bl.a. orientering, hukommelse, koncentration, sprog, læse- og skrivefærdighed samt visuelt-rumlige færdigheder (se bilag 5, s. 48). Resultatet opgøres i en score fra 0 til 30 - med 30 som det optimale resultat. Resultatet af MMSE påvirkes af patientens uddannelsesniveau og alder, hvilket gør det vanskeligt at definere en fast cut-off-værdi for kognitiv svækkelse. MMSE tager ca. 10 min. MMSE er valideret i gerontopsykiatrisk regi og yderligere afprøvet i demensudredningsenheder (7).

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

34. **Urskivetesten** foreligger i flere forskellige versioner med hver sine kriterier for scoring og opgørelse af resultatet (se bilag 6, s. 49). Den bruges bl.a. ved vurdering af kognitiv funktion ved kørekortundersøgelse. Urskivetesten giver indblik i patientens overblik og visuelt-rumlige færdigheder og kan anvendes som supplement til fx BASIC eller MMSE. Testen har lav interrater-overensstemmelse og lav diagnostisk præcision i forhold til demens og bør ikke anvendes som enkeltstående test (ref. 8). Der kan afregnes ydelseskode 2149 for udførelse af urskivetest.

35. Ud over BASIC, MMSE og urskivetesten findes flere korte, kognitive tests, der ikke er godkendt af DSAM, men som kan være relevante ved særlige problemstillinger. **MoCA** (Montreal Cognitive Assessment) er udviklet med henblik på at identificere Mild Cognitive Impairment. **RUDAS** (Rowland Universal Dementia Assessment Scale) er udviklet som en tværkulturel eller kulturneutral kognitiv test.

36. I flere kommuner, bl.a. i Københavns Kommune, anvendes spørgeskemaet **BASIC-Q** (Brief Assessment of Impaired Cognition Questionnaire) som screeningstest til vurdering af ældre borgere, der udviser tegn på kognitiv svækkelse. BASIC-Q kombinerer spørgsmål om orientering med spørgsmål til borgeren og en pårørende om borgerens hukommelsesfunktion. Resultatet opgøres i en score fra 0 til 20 - med 20 som det optimale resultat. En score på 15 eller mindre rejser mistanke om kognitiv svækkelse (ref. 9).

37. Patienter med affektive symptomer har signifikant højere forekomst af subjektive hukommelses-klager end patienter med kognitiv svækkelse. Dette til trods for, at sidstnævnte gruppe klarer sig væsentligt dårligere i hukommelsestests.

Henvisning til udredning i sekundærsektoren

38. **Henvisning til sekundærsektoren** beror på en samlet vurdering af demenssymptomer, varighed og sværhedsgrad af demenssymptomer, komorbiditet og dermed graden af diagnostisk sikkerhed. For yngre personer (under 65 år) med lette symptomer er den diagnostiske sikkerhed lavere og patienten bør som hovedregel henvises til en demensklinik til supplerende undersøgelser. Det samme gælder for personer med atypiske symptomer eller sygehistorie eller tilstedeværelse af komorbiditet, som vanskeliggør diagnosen.

39. En ældre person med mangeårig udvikling af demenssymptomer, karakteriseret ved udtalte hukommelsesproblemer og en demens i moderat til svært stadie, hvor differentialdiagnoser ikke antages at spille en væsentlig rolle, kan godt diagnosticeres med Alzheimers sygdom i almen praksis, når der er lavet en grundig anamnese, kognitiv screeningstest, blodprøver og en strukturel scanning. Vær dog opmærksom på, at enkelttilskud til demensmedicin kun kan opnås, når diagnosen er stillet af speciallæge i neurologi, psykiatri eller geriatri.

40. Det samme gælder en person med tydelige symptomer på vaskulær demens, hvor strukturel scanning påviser udbredte vaskulære skader i cerebrum.

41. Patienter med symptomer, der tyder på sjældnere demenssygdomme som Lewy Body demens og frontotemporal demens, bør som hovedregel henvises til en demensklinik.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Behandling

42. Grundlæggende principper for behandling af demenssygdomme:

- **Forebyggelse** drejer sig ikke kun om at nedsætte risikoen for at få demens, men også om at påvirke sygdomsforløbet i gunstig retning, hvis man allerede har en demenssygdom – såkaldt sekundær forebyggelse. Viden om risikofaktorer og beskyttende faktorer mod demens (se boks 2, s. 17) er også relevante for patienter med demens.

- **Fysisk træning** af moderat til høj intensitet kan have en positiv effekt på neuropsykiatriske symptomer og på bevarelse af det kognitive funktionsniveau blandt patienter med Alzheimers sygdom. Fysisk træning har ikke nogen kendt virkning på de underliggende, biologiske sygdomsmekanismer ved Alzheimers sygdom.

- **Kognitiv stimulationsterapi (CST)** kan være relevant for patienter med demens i let til moderat grad. Interventionen har vist positiv effekt på livskvalitet og på bevarelse af det kognitive funktionsniveau. Kognitiv stimulationsterapi er fortrinsvis gruppebaseret, men kan også tilpasses individuelt.

43. **Farmakologisk behandling** består i symptomatisk behandling med enten kolinesterasehæmmer eller glutamat-antagonist (ref. 9, 10). Behandling kan tilbydes personer med Alzheimers sygdom, Lewy Body demens og Parkinsons demens, se tabel 2 nedenfor samt bilag 10, s. 57-58.

Tabel 2: Specifik medicinsk behandling af demenssygdomme

Lægemiddel	Virknings-mekanisme	Let demens	Moderat demens	Svær demens	Højeste dosering	Bivirkninger*
Donepezil	AChEI**	+	+	-	Tablet 10 mg x 1	Kvalme, diarré, nedsat appetit, opkastninger, hovedpine, abnorme drømme
Rivastigmin (fx Exelon)	AChEI	+	+	-	Kapsel 6 mg x 2 eller plaster 9.5 mg x1	Som for donepezil
Galantamin	AChEI	+	+	-	Kapsel 24 mg x 1	Som for donepezil
Memantin (fx Ebixia)	NMDA*** antagonist	-	+	+	Tablet 20 mg x 1	Obstipation, svimmelhed, konfusion, hallucinationer

* Der henvises til www.promedicin.dk for en fuldstændig beskrivelse af bivirkninger

** AChEI: Acetylkolinesterasehæmmer

*** NMDA-antagonist: partiel blokering af glutamatsystemet

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

44. **Kombinationsbehandling** med AChEI og NMDA-antagonist kan forsøges til patienter i det moderate demensstadie, hvor initiel behandling med AChEI har haft stabiliserende effekt, men hvor der efterfølgende sker en progression.

    Formålet med medicinsk behandling i tidlige stadier (jo før, jo bedre) er at stabilisere symptomer på et tidspunkt, hvor patienten fungerer bedre, har en bedre livskvalitet og måske har mindre brug for omsorg og pleje end senere i demensforløbet.

45. Behandlingen har hos 50-75 % en stabiliserende effekt på symptomer af gennemsnitlig 6-12 måneders varighed, hvorefter symptomer udvikler sig på ny, men stadig er mindre fremtrædende end uden behandling (ref. 10,11).

46. Der er ingen anbefalet varighed af behandling, men hvis der opnås en stabiliserende effekt efter påbegyndt behandling, anbefales det at fortsætte behandlingen, indtil der opstår tvivl om fortsat effekt, typisk hvor patienten er nået til et funktionsniveau, hvor man kan stille spørgsmålstegn ved fortsat gavn af medicinen. Der kan så gøres forsøg med pausering, og medicinen kan genoptages efter 2-4 uger, hvis der optræder forværring af tilstanden. Man anbefaler ikke længerevarende pause, da man kan frygte, at tabet af funktionsniveau er delvist irreversibelt.

    Hvis medicinen udtrappes for at vurdere fortsat effekt, og den gives i højeste anbefalede dosis, anbefales det at trappe ud over et par uger. Hvis medicinen ønskes stoppet pga. uacceptable bivirkninger, anbefales det at seponere behandlingen uanset dosisniveau.

    Der kan ikke gives eksakte vejledninger for, hvornår man skal overveje udtrapning.
    En rettesnor for at overveje det kunne være:

    - ved hurtigt faldende funktionsniveau, der ikke kan forklares ved medicin
    - anden somatisk sygdom eller misbrug
    - hvis patienten er sengeliggende mere end 50 % af tiden eller
    - ved MMSE eller BASIC under 10.

47. Alle patienter med demenssygdomme skal tilbydes en proaktiv opfølgning enten ved hukommelsesklinik eller egen læge afhængigt af, hvor patienten følges. Boks 5 på næste side angiver, hvad en årsstatus bør indeholde. Flere regioner har lokalaftaler til honorering af Demenskontrol - se lokalaftaler for din region.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Boks 5 – Indhold af årsstatus

- Status vedrørende sygdomsforløb (kognitive symptomer, funktionsevne i hverdagen og adfærd)
- Kognitiv test: BASIC eller MMSE (brug den samme fra gang til gang, så der kan måles forandringer)
- Tidlig identifikation og forebyggelse og behandling af eventuelle komplikationer til demenssygdomme (fx depression, inkontinens, fald, epilepsi)
- Status vedrørende fysisk helbred og komorbiditet - Brug evt. CFS (Clinical Frailty Scale)
- Objektiv vurdering: vurdering af psykiske symptomer og funktionsevne, vægt/ernæringsstatus, blodtryk og puls
- Kontrol af eventuel behandling med demensmedicin, herunder stillingtagen til fortsat behandling og dosis
- Psykosociale forhold
- Vurdering af evne til at køre bil
- Vejledning om lokale tilbud om information og støtte
- Plan for medicinsk behandling og andre sundhedsfaglige indsatser.

Psykosociale indsatser til patienter med demens

48. Et demensforløb er ofte langvarigt og kan strække sig over flere år. Forskning har vist, at en rettidig udredning – så diagnosen stilles, mens personen fortsat har sin handleevne i behold – forbedrer mulighederne for, at både patient og pårørende i højere grad kan medvirke til at mestre sygdomme og få glæde af rettidig og relevant behandling, rådgivning og støtte.

    En psykosocial indsats til patienter med demens refererer til non-farmakologiske tiltag, der kan forbedre livskvalitet, trivsel og funktionsniveau - for derigennem at skabe større overskud til at tackle de problemer og udfordringer, man oplever i hverdagen som demensramt og som familie til en patient med demens. Indsatserne fokuserer på patientens psykiske, følelsesmæssige og sociale behov snarere end kun de biologiske aspekter af sygdommen.

    En specifik demensdiagnose kan være afgørende for, at hjælp og støtte til patient og familie i højere grad kan målrettes til de særlige kognitive svigt, der er forbundet med den specifikke demenssygdom.

    For generel information henvises til **Værktøjskassen** fra Nationalt Videnscenter for Demens.

    https://videnscenterfordemens.dk/da/vaerktoejskassen

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

49. Hvilke psykosociale indsatser der er behov for, vil også i høj grad være betinget af:

- Hvor i sygdomsforløbet patienten er – har patienten begyndende kognitive symptomer, eller er der tale om en fremskreden demenssygdom.
- Patientens generelle livssituation – er der tale om en yngre person med hjemmeboende børn, en ældre person der bor alene eller en person på plejehjem vil de psykosociale tiltag naturligvis skulle tilpasses livssituationen.

Samarbejde og rådgivning

50. Det er en fordel, at lægen deltager i relevante tværfaglige møder med personale på plejehjem, hjemmeplejen, visitationen eller rehabiliteringsteamet, når det er muligt. Som læge er det vigtigt at være åben over for at drøfte forebyggende indsatser, fx rehabilitering i stedet for medicin. Ved komplekse patienter, som patienter med demens oftest er, kan det være en fordel at have en fast kontaktperson fra praksis i kommunen, fx i hjemmeplejen eller på plejehjem. Den praktiserende læge er tovholder.

51. Det kan også være en stor fordel, at praktiserende læger og kommunen aftaler, hvordan samarbejdet skal fungere, og hvilke opgaver der ligger hvor.

52. **For pårørendes vedkommende** er det en svær og i perioder nærmest uoverstigelig opgave, som slider på familien. For nogen er det en hjælp at kunne drøfte problemstillinger med ligestillede, fx i pårørendegrupper. Nogle kommuner og patientorganisationer tilbyder denne mulighed.

    Der er flere patientforeninger, hvor pårørende kan få støtte og gode råd. Alzheimerforeningen har fx telefonrådgivningen **Demenslinjen (tlf.: 5850 5850)**, og lokalt er der forskellige tilbud om aktivitet og samvær med personer i samme situation.

    På Ældresagens hjemmeside kan man som pårørende finde mange tips og tricks til, hvordan man kan tackle hverdagens udfordringer med den demensramte.

    Ring og få rådgivning om Alzheimer og andre former for demens (Ældresagen.dk)

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Den tidlige psykosociale indsats ved demens

53. **I den tidlige fase af demenssygdommen**, hvor de kognitive funktioner ofte stadig er ret intakte, er det vigtigt, at patienten og familien får snakket om, hvilke ønsker patienten har for fremtiden, og får taget stilling til hvorledes disse ønsker bliver dokumenteret. Det kan gøres på forskellig vis, fx ved at udarbejde et behandlingstestamente og/eller en fremtidsfuldmagt.

54. **Et behandlingstestamente** er en juridisk bindende erklæring, hvor patienten kan angive, hvilke livsforlængende behandlinger vedkommende ønsker eller ikke ønsker i tilfælde af alvorlig sygdom eller uafvendeligt døende tilstand. Hvis der forefindes et behandlingstestamente, skal det respekteres - uafhængigt af familie eller lægers vurdering.

    Behandlingstestamentet kan oprettes af personen selv digitalt på www.sundhed.dk. Behandlingstestamentet træder i kraft, så snart personen har underskrevet det digitalt. For at udfylde et behandlingstestamente skal man være myndig og i stand til at forstå konsekvenserne af sit valg. Hvis patienten ønsker et behandlingstestamente, er det derfor vigtigt, at det udfyldes så tidligt i demensforløbet som muligt.

55. **En fremtidsfuldmagt** er en juridisk aftale, hvor patienten på forhånd udpeger en eller flere personer (fuldmægtige) til at træffe beslutninger ens vegne, hvis man en dag ikke længere selv er i stand til det - fx på grund af demens eller alvorlig sygdom. I fuldmagten angives, hvem man ønsker som fremtidsfuldmægtig, og hvilke områder fuldmagten skal omfatte – fx økonomiske forhold og/eller personlige anliggender. Man kan selv oprette fuldmagten via www.Tinglysning.dk eller få hjælp af en advokat. Når fuldmagten er udarbejdet, skal den underskrives for en notar i den lokale byret. Notaren sikrer, at personen er i stand til at træffe beslutninger på egne vegne.

    Fuldmagten forbliver passiv, indtil den dag, den fremtidsfuldmægtige vurderer, at fuldmagtsgiveren ikke længere kan tage vare på sig selv. Herefter skal den fuldmægtige ansøge Familieretshuset om aktivering af fuldmagten. Familieretshuset indhenter da en lægeerklæring fra egen læge som dokumentation for, at fuldmagtsgiveren ikke længere kan varetage sine egne interesser.
    Når betingelserne er opfyldt, bliver fuldmagten aktiveret og registreret i Fremtidsfuldmagtsregistret, så banker, myndigheder m.fl. kan se, at den er gyldig.

Den hjemmeboende patient

56. Der er ikke to patienter med demens, der er ens, og der er heller ikke to familier, der reagerer på sygdommen på samme måde. Hvornår der er brug for hjælp, og hvilken hjælp der er behov for, er individuelt. Der er også stor forskel på, om den demensramte bor alene eller med pårørende. Ægtefælle eller samlever vil typisk overtage mange dagligdagsfunktioner, som patienten med demens ikke længere kan varetage. Det sker gradvist og næsten umærkeligt, og mange venter derfor med at bede om hjælp, til de ikke magter det længere.

57. Som pårørende kan det være svært at tage hul på de svære emner og fortælle om de bekymringer, man gør sig om sin nærtståendes svigtende helbred og tab af færdigheder. For patienten med demens kan det være svært at tage imod hjælp, da det ofte medfører en erkendelse af, at man ikke længere kan det samme som før, og måske er ved at miste grebet om sit liv. Patienter med demens har også ofte manglende sygdomsindsigt og vurderer derfor fejlagtigt, at de er meget mere selvhjulpne, end det egentlig er tilfældet.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

58. Efterhånden som demenssygdommen skrider frem, vil det blive sværere for patienten at overskue konsekvenserne af valg og fravalg, og det kan blive nødvendigt for andre at tage over. Behovet for hjælp vil som regel afgøres i et samarbejde mellem flere fagpersoner.

    Den praktiserende læge har ofte et godt kendskab til den demensramtes samlede helbred og situation og er derfor tit nøgleperson i samarbejdet. I de fleste tilfælde har lægen opfølgende samtaler med patienten og dennes pårørende. Her kan lægen få en god fornemmelse af, hvis der er behov for mere hjælp i hjemmet, og kan kontakte demenskoordinator og visitator, hvis ikke pårørende selv magter dette.

59. Kommunens visitator til hjemmeplejen kan oplyse, hvilke muligheder der er for hjælp til praktisk bistand til fx rengøring, tøjvask, strukturering af dagen og personlig hygiejne. Det er også visitator, som orienterer om betingelserne for at få hjælp til aktivitets- og dagcentre, samt ældre- og plejebolig.

    Man har ret til orlov fra sit arbejde, hvis man ønsker at passe en nærtstående med handicap eller alvorlig sygdom. I pasningsperioden kan man få støtte fra kommunen. Støtte til pasning af nærtstående med handicap eller alvorlig sygdom er reguleret i servicelovens § 118.

    https://www.sm.dk/arbejdsomraader/handicap/oekonomisk-stoette/pasning-af-naertstaaende

60. Det er varierende, i hvilken grad ovenstående tilbud tilbydes i kommunerne, men en henvisning til demenskoordinatoren der kan rådgive om tilbud i kommunen, bør altid være første skridt - uanset hvilken livssituation patienten befinder sig i.

    Demenskoordinator er ofte bindeleddet mellem borgere, sundhedsvæsenet og kommunale tilbud, så personer med demens får den bedst mulige støtte.

    Demenskoordinatoren eller patientens familie kan tage skridt til et værgemål. Hvis der ikke er pårørende, kan det også være kommunale myndigheder. Se boks 6 på næste side for, hvad demenskoordinatoren i øvrigt kan hjælpe med.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Boks 6 – Hvad kan demenskoordinator hjælpe med?

- **Rådgivning og vejledning**:
  Fx at informere pårørende og patient om, hvornår og hvordan værgemål kan være relevant, og forklare hvad et værgemål indebærer, og hvilke alternativer der findes, fx fremtidsfuldmagt.
- **Observation og vurdering**:
  Demenskoordinatoren kan observere og dokumentere, hvis en patient med demens har svært ved at tage vare på økonomiske, juridiske eller personlige forhold, fx ved at bistå med at beskrive borgerens funktionsevne, hvis en ansøgning om værgemål skal sendes til Familieretshuset.
- **Samarbejde med pårørende og myndigheder**
  Demenskoordinatoren hjælper pårørende med at navigere i processen om værgemål og samarbejder med kommunen, læger og evt. Familieretshuset i sager, hvor værgemål bliver aktuelt.
- **Støtte til patienter med demens**:
  Demenskoordinatoren vil også sikre, at patientens ønsker og behov bliver hørt i processen, og hjælpe med at finde løsninger, der respekterer borgerens selvbestemmelse, fx ved brug af skånsomme alternativer til værgemål.

61. En del af symptombilledet ved demens er, at patienten får sværere og sværere ved at overskue konsekvenser af valg og fravalg. Hvis noget virker uoverskueligt eller ubehageligt, kan patienten reagere ved at fravælge det - også selv om det kan være en vigtig behandling eller undersøgelse.

    Hvis en sådan situation opstår, kan lægen med hjemmel i **Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile** (lov nr. 655, 2017) vurdere, at en behandling eller undersøgelse skal gennemføres mod patientens vilje, altså med tvang.

    Forudsætningen er, at patienten er varigt inhabil, fx på grund af en demenssygdom, at tilstanden ubehandlet vil kunne medføre en væsentlig forringelse af helbredet og at alt er forsøgt for at motivere patienten for frivilligt at modtage behandlingen eller undersøgelsen.
    Yderligere information om dette kan findes i Sundhedsstyrelsens pjece (ref. 13).

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Patienten på plejehjem

62. Omgivelsernes viden, evne og mulighed for at kompensere og reagere hensigtsmæssigt på en adfærd, der er ændret på grund af kognitive vanskeligheder, er afgørende for den demensramtes trivsel i hverdagen. Manglende trivsel vil ofte komme til udtryk i problematiske adfærdsændringer som vrede, aggression eller angst og uro. Som demenssygdommen skrider frem, er den demensramte i mindre og mindre omfang i stand til selv at ændre adfærd, så det er omgivelserne, der skal tilpasses patienten - andet er ikke muligt. Derfor kan adfærdsændringer i hjemmet også være et tegn på, at det nu er tid til at flytte patienten på plejehjem.

63. Hvis en patient med demens ikke ønsker at flytte på plejehjem, men det vurderes nødvendigt for vedkommendes trivsel og sikkerhed, er der flere ting læge og pårørende kan gøre for at hjælpe den demensramte med at acceptere skiftet af bolig:

    - **Spørg ind** til hvorfor patienten ikke vil flytte: *Er det frygten for det ukendte, ønsket om at blive i vante omgivelser, eller måske en oplevelse af ikke at have behov for hjælp?*
      Lyt og anerkend patientens følelser, så de føler sig hørt og respekteret.
    - **Gør det mere trygt og overskueligt**. Snak med den pårørende om at besøge plejehjemmet sammen med patienten flere gange, så det bliver mere velkendt. Tal positivt om stedet, de ansatte og de aktiviteter, der foregår. Den pårørende kan også rådes til at indrette værelset med genkendelige ting hjemmefra, så det føles trygt.
    - **Inddrag demenskoordinator** eller andre fagpersoner. De kan også forklare situationen på en måde, som personen med demens bedre forstår og accepterer.
    - Hjælp eventuelt den pårørende med at **søge et aflastnings- eller midlertidigt ophold** eller at arrangere en "**prøveperiode**" for at gøre overgangen lettere. Mange oplever, at de trives og bliver boende frivilligt bagefter.

64. Hvis en **flytning er nødvendig, men patienten ikke samtykker**, skal flytningen behandles efter **Servicelovens regler om magtanvendelse**. En værge kan tage beslutningen på patientens vegne, og hvis det er beskrevet i en fremtidsfuldmagt, kan den fremtidsfuldmægtige også tage beslutningen på patientens vegne. Det kræver imidlertid, at patienten ikke aktivt med enten ord eller handling modsætter sig flytningen. Hvis det er tilfældet, skal sagen behandles i kommunalbestyrelsen og derefter i Familieretshuset.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Generelle tips og tricks

65. Afhængigt af hvilken demenssygdom det drejer sig om, vil de biologiske forandringer reducere evnen til at huske, tænke, planlægge, orientere sig i tid og sted, kommunikere og udføre praktiske opgaver hos den demensramte. Bag sygdommen er der stadig et menneske, som forsøger at forholde sig til en uønsket skæbne og forsøger at håndtere sorg, frygt og følelser af nederlag. Det påvirker personens handlinger og adfærd og det følelsesmæssige reaktionsmønster. Det stiller store krav til omgivelserne, som må forsøge at hjælpe og kompensere for de kognitive svigt på den bedste måde.

    At støtte en person med demens kræver derfor tålmodighed, empati og forståelse for deres behov. I bilag 7 på side 50 er en række gode råd til at skabe en god relation og styrke patientens evne til selvbestemmelse. Rådene kan bruges både i den professionelle relation (mellem læge og patient) og kan gives videre til de pårørende (*bilaget må printes til pårørende)*.

65. Vær opmærksom på tegn på smerte eller ubehag, som personen måske ikke selv kan udtrykke.

Farmakologisk behandling af adfærdsforstyrrelser

67. Ved demens ses ofte adfærdsmæssige forstyrrelser og psykiske symptomer. Det gælder, uanset hvilken type demens der er tale om. Op til 90 % med demens vil opleve adfærdsforstyrrelser eller psykiske symptomer i løbet af deres demensforløb. Symptomerne benævnes ofte som BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia).

68. **Adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer** kan ses ved alle sværhedsgrader af demens. Der er dog en tendens til øget forekomst, når sygdommen er fremskreden. Eksempler på adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer kan være aggression, tab af hæmninger, irritabilitet, apati, depression, angst og appetitforstyrrelser - men der kan også optræde psykotiske symptomer med hallucinationer og vrangforestillinger.

69. **Uhæmmet eller grænseoverskridende adfærd**, selvoptagethed, manglende empati, irritabilitet eller apati er dog de tidligste og mest fremtrædende symptomer ved frontotemporal demens. Disse symptomer ses i varierende og mindre udtalte grader ved Alzheimers sygdom. Depressive symptomer, ængstelse eller nervøsitet kan ses som tidligste symptomer ved en demenssygdom, men kan også blive fremtrædende i løbet af sygdommen, efterhånden som de kognitive funktioner svigter. I sene stadier af alle demenssygdomme kan aggressivitet og udadreagerende adfærd blive udtalte, dels som led i sygdommen, dels som reaktion på manglende forståelse for, hvad der sker omkring personen med demens.

70. **Psykotiske symptomer** i form af vrangforestillinger og hallucinationer optræder ikke sjældent sent i forløbet af alle demenssygdomme. Synshallucinationer, ofte detaljerede og omhandlende levende dyr eller mennesker, ses som led i Lewy Body demens.

71. Hvis patienten udviser adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer og ikke i forvejen er i behandling med antidemens-medicin, anbefales det at opstarte dette og følge op på effekten (præparatvalg i henhold til sværhedsgrad). Det kan som udgangspunkt ikke anbefales at seponere antidemens-medicinen, medmindre dette har forværret tilstanden.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

72. De fleste adfærdsmæssige symptomer hos patienter med demens er vanskelige eller umulige at behandle med **antipsykotisk medicin**. Der er lille eller ingen effekt, og det forbedrer ikke funktionsniveau og livskvalitet.

73. Der er en **øget dødelighed** forbundet med antipsykotika hos patienter med demens. Derfor bør antipsykotika som hovedregel ikke benyttes til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens.

74. For en patient med demens kan det have store negative konsekvenser at få antipsykotisk medicin. Der er en **betydelig øget risiko for alvorlige bivirkninger** i form af apopleksi, dyb venetrombose, lungeemboli, kardielle arytmier, pneumoni, fald, sedation, nedsat kognitivt funktionsniveau, delirium og ekstrapyramidale symptomer.

75. Adfærdsmæssige forstyrrelser er ofte tegn på fysisk eller psykisk mistrivsel. Før antipsykotika overvejes, er det nødvendigt at finde ud af, hvad årsagen til adfærden kan være, da det ofte er andre tiltag end antipsykotisk medicin, der skal til for at løse problemet. Det kan være:

- problemer med fysisk helbred
- psykologisk mistrivsel

76. Patienter med demens har ofte dårlig evne til at udtrykke sig sprogligt og kan ikke altid give udtryk for symptomer som fx smerter, åndenød eller problemer med afføring og vandladning. Det gør det vanskeligt at vurdere, om der er et aktuelt og ubehandlet somatisk problem, som har udløst adfærden. **Antipsykotisk medicin kan sløre symptomer og gøre det sværere at stille en korrekt diagnose.**

77. Ved ændring i adfærd og **mistanke om somatisk sygdom**, skal der foretages objektiv undersøgelse og relevante parakliniske undersøgelser. Dette suppleres med oplysninger fra plejepersonale og pårørende om deres observationer af fysisk helbred, fx søvn, væskeindtag, ernæring og udskillelser.

78. Organisk delirium er en tilstand, som kan ramme alle, men ældre med demens har høj risiko for at udvikle delirium i forbindelse med fysisk sygdom eller medicin. Organisk delirium er en akut, forbigående forstyrrelse i hjernens funktion, som **skyldes en identificerbar fysisk (organisk) årsag**. Symptomerne er pludselige ændringer i den habituelle tilstand i forhold til: **bevidsthedsforstyrrelse** (nedsat opmærksomhed og orientering), **kognitive forstyrrelser** (fx hukommelsestab, desorientering, sproglige vanskeligheder), **fluktuerende forløb** (symptomerne kommer og går i løbet af døgnet). Ofte ledsaget af hallucinationer eller vrangforestillinger.

79. Ved mistanke om delirium skal udredes for udløsende somatiske årsager som fx infektion eller forværring af eksisterende kronisk sygdom. Antipsykotika er symptombehandling og har i sig selv ingen effekt på delirium, hverken forebyggende eller behandlende. Der er heller ikke noget, der indikerer, at medicininduceret søvn med andre præparater har det. Det ændrede søvnmønster er et resultat af den hjernemæssige påvirkning ved delirium og vil bedres, når de udløsende årsager behandles.

    Antipsykotika anvendes til at håndtere delirsymptomerne som agitation og uro hos patienten, så udredning, behandling og pleje kan gennemføres. Den antipsykotiske behandling kan oftest seponeres i løbet af få dage, når delirium aftager i takt med, at udløsende årsager behandles.

    Hvis det ikke er muligt at finde eller behandle udløsende årsager, fx i en terminal fase, er det relevant at symptombehandle uro og angst med antipsykotika. Her anvendes oftest Haloperidol, som også kan dispenseres intramuskulært eller subkutant.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

80. **Lægen bør gennemgå patientens medicin** med fokus på, om medicin med antikolinerg virkning kan pauseres eller seponeres. Glukokortikoider, morfika, CNS-aktive lægemidler, visse typer af antipsykotika og beroligende medicin samt polyfarmaci kan føre til delirium.

81. Hvis det mistænkes, at adfærdsforstyrrelsen er et udtryk for psykologisk mistrivsel, er det en plejefaglig opgave at foretage en systematisk årsagsanalyse og udarbejde individuelt tilpassede handleplaner med ikke-farmakologiske tiltag for at imødekomme udækkede psykologiske behov.

82. **Indikationerne for at ordinere antipsykotisk medicin er:**

    - akut risiko for, at patienten med demens er **til fare for sig selv eller andre**
    - at patienten er **svært psykisk forpint.**

83. **Svært psykisk forpint** er en verbal eller nonverbal tilstand, hvor personen fremtræder angst med fysisk eller psykisk uro, fx utrøsteligt grædende, har skræmmende og pinefulde syns-hallucinationer, er højlydt klagende eller råbende, og hvor det ikke er muligt trods plejefaglige indsatser at aflede eller give trøst. Det er et fåtal af patienter med demens, der har så svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer, at der er behov for antipsykotisk medicin.

84. Ved opstart med antipsykotisk medicin skal optages en grundig anamnese og der skal indhentes informeret samtykke fra patienten selv. Hvis det ikke er muligt, og patienten skønnes at være varigt inhabil, kan stedfortrædende samtykke indhentes fra nærmeste pårørende.

85. Inden opstart af behandling med præparater, der er kendt for at kunne forlænge QTc-intervallet, skal lægen vurdere patientens kardiale risikoprofil. Så vidt muligt bør der optages et EKG inden behandlingsstart – ellers hurtigst muligt efter.

86. Det eneste antipsykotiske lægemiddel, der er godkendt til brug ved adfærdsforstyrrelser ved demens, er risperidon. Ved valg af præparat skal lægen vurdere indikation, kontraindikationer, mulige interaktioner med patientens øvrige medicin, risiko for bivirkninger, symptomernes karakter og komorbiditet. **Generelt skal gives så lav dosis som muligt i så kort tid som muligt** (risperidon 0,25 mg x 2 stigende til 0,50 mg x 2).

87. Behandling med antipsykotika bør ikke erstattes af benzodiazepiner - eller omvendt. Begge dele bør undgås.

88. Søvnforstyrrelser er en del af symptombilledet ved demens, og tackles oftest bedst plejemæssigt ved at skabe tryghed og ro omkring patienten. Et typisk søvnmønster er, at patienten sover korte perioder over døgnet. Hypnotika som fx Imozop og Zolpiclone giver ofte bivirkninger i form af forværring af kognitive funktioner, forvirring, agitation og delirium, og kan således nærmest have modsat effekt. Phenergan har stærk antikolinerg effekt og kan give anledning til de samme bivirkninger.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

89. Melatonin synes at kunne reducere indsovningsfasen og øge søvnlængden. Der kan gives melatonin 2 mg. Ved REM-søvn-forstyrrelse, specielt ved Lewy Body demens, kan gives melatonin 3 mg eller Circadin 2 mg om aftenen før sengetid; evt. stigende afhængig af effekt op til hhv. 9 mg melatonin og 6 mg Circadin. Studier tyder på, at lave doser generelt ikke er effektive. Det er vigtigt at tage melatonin-præparater på det samme klokkeslæt hver dag.

    Circadin er et depotpræparat, der indeholder melatonin, som frigives over flere timer. Melatonin findes også i tabletform med kortere virkningstid. Ved søvnforstyrrelser, der optræder i løbet af natten, kan Circadin overvejes, mens melatonin-tablet måske giver mere effekt ved indsovningsbesvær pga. hurtigere virkning.

90. Ved behandlingsopstart med et antipsykotikum skal lægen lægge en **behandlingsplan** med klare mål for behandlingen og en **revurderingsdato**. Behandlingsmålet bør som udgangspunkt ikke være sedation og inaktivitet, men **reduktion af forpinthed og angst**. Lægen skal løbende monitorere bivirkninger og effekt og vurdere forholdet herimellem. Derfor bør behandlingen ikke ordineres efter behov (p.n.), da vurdering af effekt dermed er vanskelig.

91. Særlig forsigtighed skal udvises ved brug til patienter med **Lewy Body demens og demens ved Parkinsons sygdom**. Svære **ekstrapyramidale bivirkninger** ses efter selv små doser.

92. Lægen skal sikre sig, at personalet er informeret om, hvilke **bivirkninger der skal observeres** for, hvad behandlingsmålet er samt hvornår behandlingen skal revurderes.

93. Den antipsykotiske behandling kan ofte **seponeres**, når de non-farmakologiske tiltag er på plads. Hvis behandlingen skønnes at skulle fortsætte ud over **fire uger**, anbefales det, at patienten konfereres med en læge ansat i psykiatrien eller en læge med særlige kompetencer.

94. Det er en fordel **fra starten at aftale med personalet** i den kommunale pleje, hvilke opgaver lægen har brug for, at personalet påtager sig og hvilke, der er lægens. Rammerne omkring samarbejdet kan også med fordel aftales. Fx hvor ofte lægen skal kontaktes, om det kan ske ved telefonisk kontakt, sygebesøg eller om der er behov for, at lægen deltager i et tværfagligt møde med personalet.

95. I praksispakken på www.KiAP.dk kan du finde vejledning til, hvordan du i dit lægesystem kan trække en patientliste, der giver dig overblik over patienter med demens, som får antipsykotika i din praksis.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Referencer

1. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S,et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet. 2024 Aug 10;404(10452):572-628.

2. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, Eleventh Revision. WHO, 2021.

3. Kørner A, Lauritzen L, Abelskov K, Gulmann N, Marie Brodersen A, Wedervang-Jensen T et al. The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. Nord J Psychiatry. 2006;60(5):360-4

4. Hasselbalch SG. State of the art-udredning af demens. Ugeskr Laeger. 2017 Mar 20;179(12):V09160696.

5. Jorgensen K, Nielsen TR, Nielsen A, Oxboll AB, Gerner SD, Waldorff FB, et al. Diagnostic accuracy of the Brief Assessment of Impaired Cognition case-finding instrument in a general practice setting and comparison with other widely used brief cognitive tests-a cross-validation study. Eur J Neurol. 2024;31(10):e16418.

6. Jørgensen K, Nielsen TR, Nielsen A, Waldorff FB, Waldemar G. BASIC er et værktøj til demensudredning (in press). Ugeskr Laeger. 2025.

7. Korner EA, Lauritzen L, Nilsson FM, Wang A, Christensen P, Lolk A. [Mini mental state examination. Validation of new Danish version]. Ugeskr Laeger. 2008;170(9):745-9.

8. Jørgensen K, Kristensen MK, Waldemar G, Vogel A. Urskivetesten. Resultater fra et dansk valideringsstudie. Maanedsskrift for Almen Praksis 2014;92(12):1017-1112.

9. Jorgensen K, Nielsen TR, Nielsen A, Waldorff FB, Waldemar G. Validation of the Brief Assessment of Impaired Cognition and the Brief Assessment of Impaired Cognition Questionnaire for identification of mild cognitive impairment in a memory clinic setting. Int J Geriatr Psychiatry. 2020;35(8):907-15.

10. Birks JS, Harvey RJ. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jun 18;6(6):CD001190

11. McShane R, Westby MJ, Roberts E, Minakaran N, Schneider L, Farrimond LE, et al. Memantine for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Mar 20;3(3):CD003154.

12. https://videnscenterfordemens.dk/da/vaerktoejskassen

13. Anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile - Information til læger. Styrelsen for Patientsikkerhed, maj 2019

14. Nationale kliniske anbefalinger for mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer; målrettede og strukturerede interventioner samt brug af antipsykotika. Sundhedsstyrelsen 2025

15. Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser. Indenrigs- og sundhedsministeriet 2024.

Oversigt over demenssygdomme

Bilag

1

	Fore-komst	Fore-komst af arvelig variant	Udvikling	Tidligste/mest fremtrædende symptomer	Strukturel scanning	Behandling	Særlige problematikker
Alzheimers sygdom	55 %	1 %	Snigende debut, gradvis udvikling	Nedsat hukommelse (90 %). Sprogproblemer. Rumlige problemer. Påvirkede styringsfunktioner	Generel atrofi, mest udtalt i mesiale temporallapper	Kolinesterase -hæmmer NMDA antagonist	Orienteringsproblemer, kan fare vild. Psykiatriske symptomer og adfærdsproblemer sent i forløbet. Moderat nedsat sygdomsindsigt.
Vaskulær demens	25 %	<1 %	*Storkars-sygdom:* Akut debut, skubvist forløb *Småkars-sygdom:* Snigende debut Gradvis udvikling	***Storkars-sygdom:*** Varierende, evt. fokale udfald ***Småkarsygdom:*** Gangusikkerhed, Urininkontinens Nedsat mentalt tempo og opmærksomhed	*Storkarsygdom:* Følger til infarkter (enkelt strategisk placeret eller flere infarkter). *Småkarssygdom:* Iskæmiske læsioner i hvid substans (moderat til svær "leukoaraiose" eller "leukoencephalopati", evt med lakunære infarkter	Trombo-profylaktisk behandling efter gældende stroke-vejledninger	Ofte påvirket gang med risiko for fald. Urininkontinens Ofte nedsat initiativ og virkelyst Grådlabilitet
Lewy Body demens	4%	<1 %	Snigende debut, gradvis udvikling	Nedsat mentalt tempo og opmærksomhed. Visuelle/rumlige problemer. REM-søvn-forstyrrelse. Synshallucina-tioner. Parkinsons-symp-tomer. Fluktuationer	Oftest ingen abnormiteter	Kolinesterase -hæmmer NMDA antagonist L-dopa (nedsat respons= 50 %)	Fluktuationer kan være betydelige med bevidsthedspåvirkning og/eller delir. Særlig forsigtighed med antipsykotika pga. bivirkninger. Autonome bivirkninger, obs. ortotstatisk hypotension.
Fronto-temporal demens	2 %	5-15 %		***Adfærdsvariant*** *(hyppigst):* Ændringer i personlighed og adfærd ***Sprogvarianter*** *(sjældne):* Nedsat sprogproduktion Nedsat sprogforståelse.	Atrofi af frontal- og/eller temporallapper	Ingen specifik behandling	Manglende empati, formålsløs rastløshed, udadreagerende adfærd. Ved sprogvarianter: kommunikations-problemer.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

ALDRING

- Hos de fleste ældre ses en gradvis, forholdsvis let svækkelse af det kognitive funktionsniveau med stigende alder. Det er især mentale funktioner som forarbejdningstempo, korttids-hukommelse og evnen til nyindlæring (episodisk hukommelse) samt omstillingsparathed og mental fleksibilitet, der påvirkes. Sprogfærdighed og paratviden (semantisk hukommelse) påvirkes som regel ikke.

- Det kan være vanskeligt at skelne mellem normale aldersrelaterede kognitive forandringer og begyndende kognitiv svækkelse i den helt tidlige fase af en demens-udvikling. Men hvis hukommelsen eller andre kognitive funktioner svækkes mærkbart inden for et relativt kort tidsinterval (for eksempel et halvt års tid) svarende til en accelereret svækkelse, bør det undersøges nærmere.

- Hvis den praktiske funktionsevne i hverdagen eller evnen til at varetage almindelige dagligdags gøremål påvirkes af svækkelse af hukommelsen eller af andre kognitive funktioner, bør det undersøges nærmere.

DEPRESSION

- Det kan være meget vanskeligt at skelne mellem depression og demens.

- GDS fungerer lidt ringere i personer med demens, men kan diagnosticere en depression med sensitivitet og specificitet på omkring 70-80 % med en cut off mellem 4 og 5.

- Depression øger risikoen for demens, men depression ses også som led i en demenssygdom.

- Påvirket hukommelse, koncentration og nedsat overblik, planlægning og initiativ kan være fælles for begge tilstande. De depressive kernesymptomer som nedsat lyst og interesse og nedsat energi eller øget træthed er også hyppigt forekommende ved en demenssygdom, mens nedsat stemningsleje kan være vanskeligt at vurdere blandt mange andre symptomer.

- Kognitiv dysfunktion som følge af depression følger ikke nødvendigvis depressionens sværhedsgrad. Kognitive symptomer kan være til stede i måneder efter, at depressive symptomer er svundet på fx antidepressiv behandling.

- Depressive ledsagesymptomer som selvbebrejdelser, skyldfølelse, tanke om død og selvmord vil ofte være mere udtalte ved depression end ved demens.

- Appellerende adfærd med detaljerede beskrivelser af de kognitive vanskeligheder ses hyppigere hos personer med depression end demens.

- Ved depression vil der ofte være et misforhold på BASIC-testen mellem udtalte subjektive klager (patient-spørgsmål) og ikke så dårlig kognitiv dysfunktion (objektive test). Dette er oftest omvendt for demens.
  Huskeregel: "Klager patienten, er det depression - klager pårørende, er det demens"

- Har man mistanke om tilstedeværelse af depression enten som differentialdiagnose til demens eller som led i kendt demenssygdom, kan man forsøge antidepressiv behandling, og vurdere tilstanden igen efter nogle måneder.

ALKOHOL

- Overforbrug af alkohol kan i sig selv medføre kognitiv dysfunktion, men forværrer også demenssymptomer forårsaget af anden sygdom, fx Alzheimers sygdom. Alkohol tåles generelt dårligere af en person, som i forvejen har en svækket hjerne.
- Det er afgørende at afdække alkoholforbruget hos en person, som fremtræder med kognitiv dysfunktion, da reduktion af et overforbrug er en effektiv måde at reducere den kognitive dysfunktion. Motivation og selvindsigt kan dog vanskeliggøre dette.
- Dagligt forbrug over tre genstande for mænd, og to for kvinder anses for at kunne påvirke de kognitive funktioner i målbar grad. Der er dog betydelige interindividuelle variationer.
- Vedvarende højt alkoholforbrug påvirker de kognitive funktioner som følge af en vedvarende, men oftest reversibel, forgiftningstilstand. Ved ophør vil de kognitive funktioner gradvist bedres over uger til måneder, men remissionen kan strække sig over flere år. Graden af irreversibel kognitiv dysfunktion kan ofte først bedømmes efter 3 til 6 måneder.
- Atrofi på en strukturel scanning (CT eller MR), især frontalt, er hyppigt forekommende, men kan ligesom den kognitive dysfunktion bedres ved ophør over uger til måneder.
- Om alkohol i sig selv kan medføre en kronisk demenstilstand er omdiskuteret. Tiamin-mangel (vitamin B1) som følge af nedsat fødeindtagelse kan medføre en akut encephalopati (Wernicke's encephalopati) med akut udviklet øjenmuskellammelse, cerebellar ataksi og konfusion. Tilstanden skal behandles akut med høje doser tiamin, men kan ubehandlet udvikle sig til Wernicke-Korsakoffs syndrom, der er en kronisk irreversibel tilstand med udtalte hukommelsesproblemer, apati, nedsatte styringsfunktioner og ofte ledsaget af konfabulationer.

MEDICINBIVIRKNINGER

- Hyppige bivirkninger til mange medikamenter omfatter træthed, utilpashed, koncentrations-problemer, nedsat hukommelse, konfusion eller delirium.
- Præparater med antikolinerg virkning kan give kognitiv dysfunktion, herunder visse lægemidler mod overaktiv blære (fx tolterodin og oxybutynin), antihistaminer med sløvende virkning (fx diphenhydramin eller promethazin) samt tricykliske antidepressive lægemidler. Enkelte antipsykotika har også kraftig antikolinerg virkning (perhenazin og clozapin).
- Opioider og anxiolytika. Bivirkninger især relateret til sløvhed, træthed, bevidsthedspåvirkning og risiko for fald.
- Som udgangspunkt bør disse præparater altid forsøges udtrappet.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

RUMOPFYLDENDE PROCESSER, inkl. normaltrykshydrocephalus

- Rumopfyldende processer er relativt sjældne som årsag til gradvis tiltagende kognitiv dysfunktion. Kronisk subduralt hæmatom efter ofte ikke-erkendt hovedtraume kan vise sig ved gradvist tiltagende diffuse klager som træthed, kognitiv dysfunktion, evt. hovedpine, og der er ikke altid bevidsthedspåvirkning eller fokale lateraliserede neurologiske udfald som fx hemiparese eller afasi.

- Hurtigvoksende maligne tumorer (især glioblastomer) er hyppigst hos ældre og giver sjældent differentialdiagnostiske problemer.

- Meningeomer kan vokse meget langsomt, og afhængigt af størrelsen kan de godt give gradvist tiltagende kognitive symptomer.

- Normaltrykshydrocephalus er relativt hyppigt hos ældre mennesker med omkring 300-500 nye tilfælde årligt i Danmark. Tilstanden giver "triadesymptomer" i form af kognitiv dysfunktion, urininkontinens og gang- og balanceproblemer. Diagnosen stilles på karakteristiske symptomer og strukturel scanning med stort ventrikelsystem i kombination med afsmalnede overfladefurer opadtil.

Desuden er multimorbiditet og kroniske somatiske sygdomme, der kan påvirke kognitionen, differentialdiagnoser til demens.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Den simple demenstest
– 10 simple ting at holde øje med

Bilag

3a

1. Svækket hukommelse

- Det er helt normalt at glemme en aftale eller en besked for så senere at komme i tanke om det. (0 point)
- Det er derimod ikke normalt at glemme, hvor man er på vej hen eller hvem, man lige har talt med. (1 point)

2. De daglige rutiner driller

- Det er normalt at glemme at lukke køleskabsdøren eller glemme at tænde kaffemaskinen. (0 point)
- Det er derimod ikke normalt at slukke for køleskabet, eller komme mel i - i stedet for kaffe. (1 point)

3. Sproget driller og tungen slår knuder

- Det er helt normalt ikke lige at kunne komme i tanker om et bestemt ord. (0 point)
- Det er derimod ikke normalt at erstatte ordet med et andet, der ikke giver mening. (1 point)

4. Hvilken dag er det og hvor er jeg?

- Det er helt normalt at tage fejl af datoen eller ikke lige at kunne finde vej til nye steder. (0 point)
- Det er derimod ikke normalt at bytte rundt på dag og nat eller at fare vild i et område, man kender. (1 point)

5. Dømmekraft

- Det er helt normalt at glemme handsker til en kold dag. (0 point)
- Det er derimod ikke normalt at glemme, at det er vinter og tage sommertøj på udendørs. (1 point)

6. Abstrakt tankegang

- Det er normalt ikke altid at forstå meningen med et ordsprog. (0 point)
- Det er derimod ikke normalt at tage ordsproget helt bogstaveligt. (1 point)

7. Hvor er ting henne?

- Det er helt normalt at glemme, hvor man har lagt sine nøgler eller briller. (0 point)
- Det er derimod ikke normalt at lægge tasken i køleskabet eller handskerne i mikrobølgeovnen. (1 point)

8. Humørsvingninger og adfærd

- Det er normalt at blive ked af det eller at have en dårlig dag. (0 point)
- Det er derimod ikke normalt at have humørsvingninger, der opstår uden grund fra det ene øjeblik til det andet. (1 point)

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

9. Ændringer i personligheden

- Det er normalt, at vores holdninger og synspunkter ændres gennem livet. (0 point)
- Det er derimod ikke normalt, at man hurtigere bliver forvirret, er blevet mistænksom, tror andre stjæler eller bliver vred uden grund. (1 point)

10. Mangel på initiativ

- Det er normalt at man kan have en dag, hvor man har svært ved at komme i gang eller "tage sig sammen". (0 point)
- Det er derimod ikke normalt at være konstant passiv, og hele tiden have brug for stikord, opmuntring og støtte for at komme i gang. (1 point)

Hvor mange af de 10 simple ting i demens-testen ovenfor kunne du genkende?

Tæl antallet af de 10 simple ting ovenfor, som du genkender.

Hver gang du kan genkende situationen, tæller det for det 1 point.

Point 1-3
Du genkender få eller ingen af de symptomer, der sættes i forbindelse med demens.

Point 4-6
Du genkender flere af de symptomer, der forbindes med demens. Du kan overveje at tale med din praktiserende læge. Lægen kan foretage en mere uddybende test og vurdere om der er brug for yderligere udredning. En udredning foregår på Hukommelsesklinikken.

Point 7-10
Du genkender mange af de symptomer, der forbindes med demens. Du bør kontakte din praktiserende læge. Lægen kan fastslå, om du skal udredes for demens, eller om der er tale om andre årsager til, at du oplever kognitive udfordringer. Simpel B12-vitaminmangel er bare en af de årsager, som kan udvise de samme symptomer som demens.

Kilde: https://www.morememo.dk/tag-en-online-demenstest-og-faa-gode-raad-til-hvordan-du-faar-bedst-kommer-videre/

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Vejledning til BASIC

Når du anvender BASIC, har du brug for **testark, billedark, vejledning og et ur.**

BASIC består af fem dele: indlæring af billeder, spørgsmål til patienten, en ordmobiliseringstest, genkaldelse af billeder og spørgsmål til en pårørende.

Brug et øjeblik på at forklare patienten formålet med undersøgelsen.

Sig fx: *Jeg giver dig nogle opgaver for at undersøge, hvordan din hukommelse fungerer*.

Patienten skal sikres gode arbejdsbetingelser i form af uforstyrrede omgivelser og god belysning. Hvis patienten anvender briller og/eller høreapparat skal disse bruges.

Der bør normalt ikke være andre til stede ved undersøgelsen end patient og undersøger. De tre spørgsmål til en pårørende (se punkt 5 på side 47) kan tages op enten før eller efter undersøgelse af patienten.

ADMINISTRATION OG SCORING

1. INDLÆRING AF BILLEDER

BASIC starter med, at patienten skal indlære fire billeder. Billederne skal benævnes og knyttes til hver sin kategori.

Fremvis arket med de fire billeder og sig: *Her er fire billeder, du skal prøve at huske*.

Spørg hvilken frugt, patienten ser på billedet. Fortsæt på samme måde med kategorierne dyr, transportmiddel og møbel.

Du må ikke selv udpege billederne for at hjælpe patienten.

Det er ikke nok, at patienten udpeger billederne. De skal nævnes med navn. Ved fejl i kategorisering eller benævnelse siger du: *Nej, det er ikke rigtigt. Prøv igen. Hvad er det for en …?*

Hvis patienten benævner alle fire billeder på én gang, siger du: *Vi tager dem én ad gangen. Hvilken frugt ser du på billedet?*

Når patienten har benævnt og kategoriseret alle fire billeder, siger du: *Jeg spørger dig om lidt, hvilke billeder du så*.

Læg herefter billederne væk, så de ikke er synlige.

Scoring: Indlæring af billeder tæller ikke med i scoringen.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

2. SPØRGSMÅL TIL PATIENTEN

Anden del består af tre spørgsmål til patienten om hukommelsen. Her starter du med at spørge:
Er din hukommelse blevet væsentligt dårligere sammenlignet med tidligere?

Forklar, at der er tre svarmuligheder. Patienten skal vælge det svar, der passer bedst. Hvis patienten har svært ved at svare, siger du: *Vælg det svar, der bedst beskriver, hvordan du fungerer*.
Fortsæt på samme måde med de to næste spørgsmål.

Scoring: 'Nej' = 2 point; 'I nogen grad' = 1 point; 'I høj grad' = 0 point

3. STYRET ORDMOBILISERING

Tredje del er en styret ordmobiliseringstest. Her skal du sætte uret på et minut.

Sig følgende:. *Nævn flest mulige varer, som man kan købe i et stort supermarked. Det må være alle slags varer. Jeg standser dig efter et minu*t.

Skriv varerne ned efterhånden, som patienten nævner dem, eller sæt en streg for hver vare.
Tæl antallet sammen og skriv det i testarket. Gentagelser tælles ikke med.

Anvend intervalscoring: 0-3 ord = 0 point; 4-7 ord = 1 point; 8-11 ord = 2 point; 12-15 ord = 3 point; 16-19 ord = 4 point; ≥20 ord = 5 point

4. GENKALDELSE AF BILLEDER

Fjerde del drejer sig om at undersøge, om patienten kan huske de fire billeder fra før. Du må ikke vise billedarket.

Fri genkaldelse

Start med at spørge: *For lidt siden så du fire billeder. Hvad forestillede de?*

Hvis patienten fx kan huske, at der var en banan og en cykel, så afkrydser du felterne **'genkaldt frit'.** Hvis patienten husker alle fire billeder uden hjælp, skal du ikke administrere kategoristøttet genkaldelse, men gå direkte til sidste del af testen.

Kategoristøttet genkaldelse

Hvis der er billeder, som patienten ikke kan huske på egen hånd, skal du give den relevante kategori (fx dyr) som ledetråd. Hvis patienten herefter husker billedet, afkrydser du feltet under **'Genkaldt med kategoristøtte'.**

Hvis der stadig er billeder, som patienten ikke kan huske, eller hvis patienten kun husker kategorien, sætter du kryds i feltet **'Ikke genkaldt'.**

Scoring: 2 point for hvert billede, der genkaldes frit; 1 point for hvert billede, der genkaldes med kategoristøtte; 0 point for hvert billede, der hverken genkaldes frit eller med kategoristøtte.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

5. SPØRGSMÅL TIL PÅRØRENDE

Sidste del består af tre spørgsmål til en pårørende eller informant.

Spørgsmålene skal besvares af en person, der kender patienten godt - fx en ægtefælle, et barn, en nær ven eller fast kontaktperson, hvis patienten bor i plejebolig. Hvis patienten møder alene til konsultationen, kan du spørge, om der er en pårørende, du må kontakte.

Start med det første spørgsmål: *Hvordan fungerer din pårørende sammenlignet med tidligere med hensyn til at huske ting, som er sket for nylig?*

Bed den pårørende vælge den af de tre svarmuligheder, der passer bedst.
Fortsæt på samme måde med de to næste spørgsmål.

Scoring: 'Uændret' = 2 point; 'Lidt dårligere' = 1 point; 'Meget dårligere' = 0 point

OPGØRELSE AF RESULTATER

Resultatet findes ved at sammentælle scores fra:

2) Spørgsmål til patienten
3) Styret ordmobilisering
4) Genkaldelse af billeder
5) Spørgsmål til pårørende

BASIC-skalaen går fra 0 til 25 point. Du finder det samlede resultat ved at lægge point sammen fra de forskellige dele af BASIC. Brug evt. Excel-scoringsassistenten til BASIC.

En lav score kan være tegn på kognitiv svækkelse eller demens, men kan også skyldes andre faktorer, fx svigtende motivation eller kooperation, depression eller anden psykisk lidelse, nervøsitet i undersøgelsessituationen, sprogvanskeligheder eller et meget lavt begavelsesniveau.

Resultater fra validering af BASIC i demensudredningsenheder og almen praksis indikerer, at den optimale cut off-score til at skelne mellem personer med og uden kognitiv svækkelse (herunder demens) er 19/20 af 25.

Ved henvisning til en demensudredningsenhed anbefales at oplyse patientens BASIC-score i henvisningen (fx '12 af 25 point').

Klik her eller scan QR-koden, hvis du vil vide mere om BASIC inkl. en uddybning af, hvordan testen skal udføres.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

MMSE
(Mini-Mental State Examination)

Bilag

5

VEJLEDNING

Mini-Mental Status Examination (MMSE) er et screeningsinstrument til vurdering af kognitiv dysfunktion. Det er vigtigt at være opmærksom på begrænsningerne i MMSE, hvoraf nogle er beskrevet i det følgende.

De fleste CNS-sygdomme kan resultere i en nedsat score. MMSE er oprindeligt udviklet til *bedside*-screening af indlagte geriatriske patienter og ikke specielt til identifikation af demens. Forhold som patientens alder, skolegang og den aktuelle psykiske tilstand påvirker præstationen i væsentlig grad.

Demens er en klinisk diagnose. MMSE kan aldrig erstatte, men kun supplere resultatet af en grundig anamnese, en god klinisk undersøgelse og diverse parakliniske undersøgelser. MMSE kan ikke i sig selv bruges til at stille diagnosen demens, og testen kan slet ikke sige noget om årsagen. **Pas på ikke at overfortolke resultatet.**

En god kontakt med patienten er nødvendig. Med almindelige ord forklares formålet med undersøgelsen. Patienten skal sikres optimale arbejdsbetingelser i form af uforstyrrede omgivelser, ordentlig belysning, og eventuelt høreapparat og briller skal være til stede.

Patient og undersøger bør normalt være alene ved undersøgelsen. For at beskytte både patient og pårørende, bør pårørende normalt ikke være til stede.

Patienten bør være dansksproget og have lært at læse og skrive, for at MMSE kan anvendes. Ved undersøgelse af personer med anden etnisk baggrund end dansk må man være opmærksom på eventuelle begrænsninger i vedkommendes skolegang og sprogfærdigheder.

Testark samt læseark, ekstra papirark (til opgaven 'Forståelse'), blyant og armbåndsur skal være til stede.

Klik her eller scan QR-koden, hvis du vil vide mere om MMSE inkl. en uddybning af, hvordan testen skal udføres.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

INSTRUKTION

Forestil dig, at dette er en urskive.

Skriv de tal, der skal være på urskiven, og tegn viserne, så uret viser **10 minutter over 11.**

(det skal være et klokkeslæt, hvor de to visere er på hver sin side af 12)

Scoring: Opgør resultatet ud fra følgende kriterier:

		*Ja=**1**; Nej=**0***
1	Peger en viser på 11 (timeviseren)?	
2	Er tallene placeret inden for cirklen?	
3	Er begge visere med?	
4	Er talsekvensen 1-12 komplet og i korrekt rækkefølge?	
5	Er 12-tallet placeret korrekt (omtrent øverst på urskiven)?	
6	Peger en viser på 2 (minutviseren)?	
	Sum (minimum 0; maksimum 6)	

1. *Amodeo S, Mainland BJ, Herrmann N, Shulman KI. The Times They Are a-Changin': Clock Drawing and Prediction of Dementia. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2015;28(2):145-55.*
2. *Jorgensen K, Kristensen MK, Waldemar G, Vogel A. The six-item Clock Drawing Test - reliability and validity in mild Alzheimer's disease. Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn 2014 Jun 30;1-11*
3. *Jørgensen K, Kristensen MK, Waldemar G, Vogel A. Urskivetesten. Resultater fra et dansk valideringsstudie. Maanedsskrift for Almen Praksis 2014;92(12):1017-1112.*
4. *Rubak JM, Bro F, Dinesen O, Rytter L, Vass M, Waldorff FB, et al. Demens i almen praksis. Dansk Selskab for Almen Medicin; 2006.*

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Råd til at skabe en god relation og styrke patientens selvbestemmelse

Bilag

7

Kommunikér tydeligt og roligt
- Skab øjenkontakt og prøv at sikre dig, at patienten ved, hvad der skal ske, før du udfører en opgave (fx måling af blodtryk).
- Tal langsomt og tydeligt.
- Brug korte sætninger og enkelt sprog.
- Giv patienten tid til at svare, og undgå at rette dem unødvendigt.

Vis tålmodighed og forståelse
- Bliv ikke frustreret, hvis patienten gentager sig selv eller bliver forvirret.
- Prøv at være i patientens verden i stedet for at korrigere.
- Fokusér på følelserne bag patientens ord - ikke kun ordene selv.

Fysisk kontakt og nærvær
- Hold patientens hånd eller læg hånden på patientens arm. Det hjælper med at fastholde opmærksomheden.
- Hav et positivt kropssprog, udtryk ro, venlighed og vær nærværende – nonverbal kommunikation er vigtig.

Skab en tryg og genkendelig hverdag
- Hold en fast rutine for at mindske forvirring.
- Sørg for, at den demensramtes omgivelser er velkendte og rolige.
- Brug billeder, farvekodede skilte eller sedler til at hjælpe med orientering.

Støt den demensramtes selvstændighed
- Lad den demensramte gøre ting selv så længe som muligt – med støtte, hvis nødvendigt.
- Tilpas daglige aktiviteter, så den demensramte stadig kan være en del af dem.

Skab positive oplevelser
- Lyt til musik fra den demensramtes ungdom, da det ofte vækker gode minder.
- Kig i gamle fotoalbum og snak om minder.
- Gå ture i naturen, hvis muligt – det kan have en beroligende effekt.

Sørg for meningsfulde aktiviteter
- Tegning, puslespil eller lette have-arbejdsopgaver kan give glæde.
- Lyt til lydbøger eller se gamle film sammen.

Vær opmærksom på den demensramtes behov
- Sørg for, at personen får nok at spise og drikke.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

DEMENS OG ANTIPSYKOTIKA

– en guide til best practice

PRAKSISPAKKEN

Praksispakken består af redskaber til kvalitetsarbejdet tilpasset hverdagen i praksis.

På siden finder du bl.a. kontaktoplysninger på lokale samarbejdspartnere og redskaber til afklaring af og opfølgning på brug af antipsykotika til patienter med demens.

Redskaberne ligger frit tilgængeligt på kiap.dk og kan tages i brug, når det passer dig.

PATIENTLISTEN

Få vejledning til at trække patientliste for overblik over patienter med demens i egen praksis, der får antipsykotika.

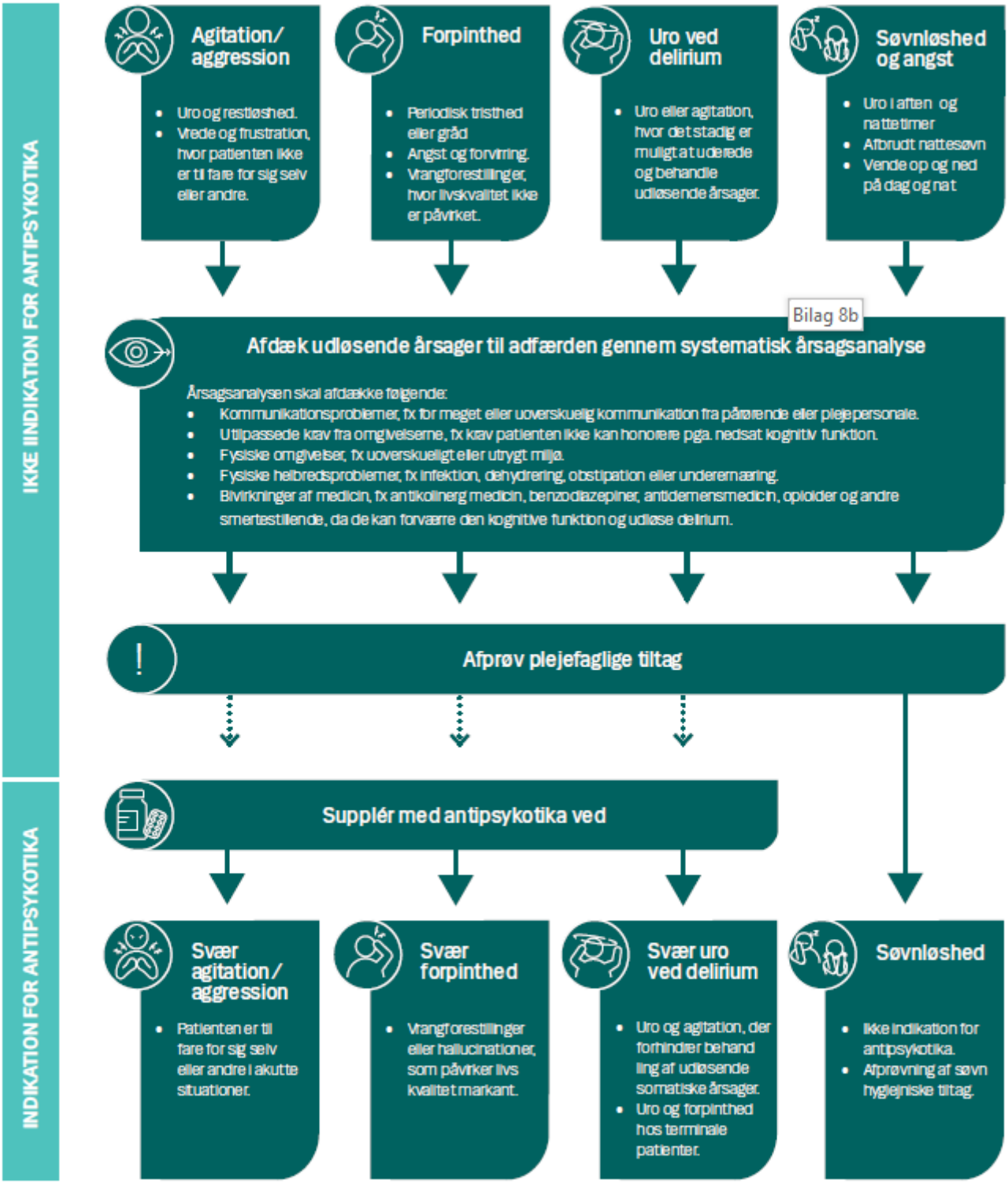
Der findes en vejledning med tre enkelte trin til hvert lægepraksissystem.

KiAP Kvalitet i Almen Praksis

NATIONALT VIDENSCENTER FOR DEMENS

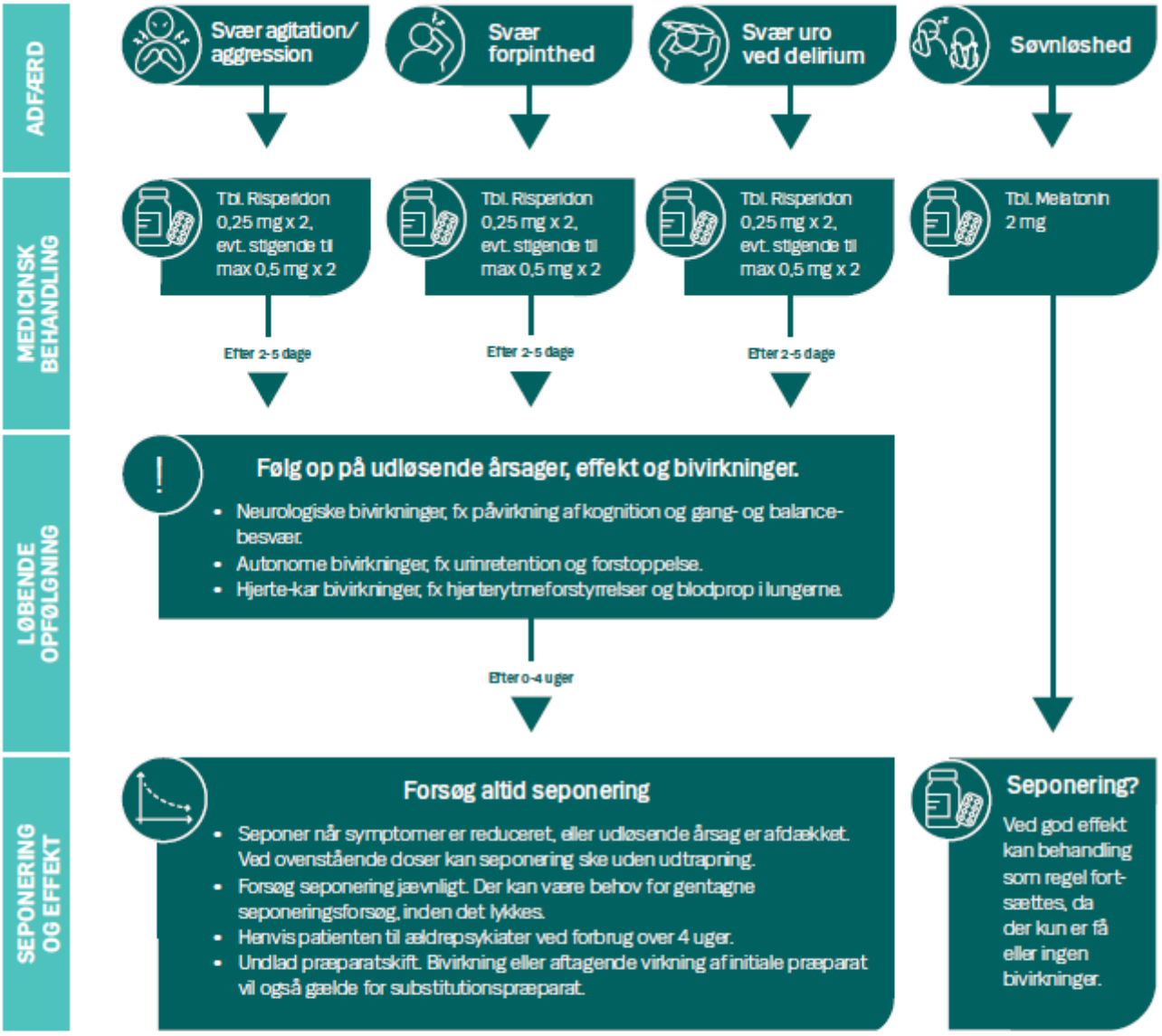
AFKLARING AF INDIKATION

8b



FORSLAG TIL MEDICINSK BEHANDLING

8c



VIGTIG INFORMATION OM MEDICINSK BEHANDLING

- Risperidon er det eneste godkendte antipsykotika ved adfærdsforstyrrelser hos patienter med demens.
- PN-ordination af antipsykotika frarådes, da det er vanskeligt at vurdere effekt og bivirkninger.
- Antipsykotika bør ikke erstattes af andre sederende lægemidler.
- Antipsykotika har sjældent god effekt på de psykotiske symptomer.
- Der bør udvises særlig forsigtighed ved brug af antipsykotika til mennesker med Lewy Body demens og demens ved Parkinsons sygdom. Disse patienter bør henvises til en ældrepsykiater.
- Antidemens medicin kan reducere graden af adfærdsforstyrrelser. Er patienten ikke i behandling med dette, kan det overvejes. Antidemens medicinen kan dog også omvendt bidrage til adfærdsforstyrrelser. I de tilfælde kan man overveje at seponere medicinen.

INSPIRATION TIL SAMARBEJDE MELLEM LÆGE OG KOMMUNE

	LÆGEFAGLIGE OPGAVER	PLEJEFAGLIGE OPGAVER

ÆNDRET ADFÆRD	• Afklar mulige somatiske årsager på baggrund af den systematiske årsags-analyse fra plejepersonalet og indhent eventuelt supplerende oplysninger.
	• Gennemgå medicinliste. Vær særlig opmærksom på:
	  • Antikolinerge lægemidler, da de kan forværre den kognitive funktion og udløse delirium
	  • Antidemensmedicin
	  • Benzodiazepiner
	  • Opioider og øvrige smertestillende.
		• Foretag systematisk årsagsanalyse og rapporter samlet til den praktiserende læge:
		  • Observer relevante parametre (gerne med inddragelse af pårørende eller andre omsorgspersoner), herunder:
		  • Smertescreening (MAI-10/ VAS m. farver), delirium-screening (CAM) eller tilsvarende screeningsredskaber)
		  • Ændringer af medicin
		  • Uro (anvend skema)
		  • Døgnrytme (anvend skema)
		  • Symptomer og alvorlighedsgrad
		  • Effekt.
		  • Analysér årsager til ændret adfærd på baggrund af observationerne.
		  • Udarbejd handleplan for plejefaglige tiltag og fastsæt dato for evaluering.

BEHANDLING OG OPFØLGNING	• Ved indikation fastlæg behandlingsplan:
	  • Mål – hvilken virkning forventer vi at opnå ved behandling?
	  • Vejled plejepersonale i hvilke bivirk-ninger, der er risiko for.
	  • Fastlæg dato for revurdering/ seponering.
	• Fastlæg plan for opfølgning i samarbejde med plejefagligt personale og/eller pårø-rende (evt. hjemmebesøg).
	• Følg op 2-5 dage efter ordination.
		• Følg aftaler i behandlingsplanen i samarbejde med lægen.
		• Arbejd med plejefaglige indsatser.
		• Observer virkning og bivirkninger.

SEPONERING	• Revurder løbende indikation for anti-psykotika (ved besøg og/eller gennem-gang af patientliste). • Vejled plejepersonale i observation af tilbagefald. • Vurder behov for speciallægevurdering.	• Foretag relevante observationer til revurdering af behandlingsplan. • Foretag observation af tilbagefald. • Inddrag pårørende eller andre omsorgs-personer.

Geriatrisk depressionsskala (GDS-15)

- Geriatrisk depressionsskala består af **15 JA/NEJ-spørgsmål**, og er specielt udarbejdet til at screene for depression blandt ældre.
- GDS-screeningen udføres som et såkaldt struktureret interview. Det betyder, at spørgsmålene læses op for den, der skal interviewes.
- Udført som interview er tidsforbruget ved udfyldelse af GDS-15 cirka 5 minutter.
- Svar fremhævet med **store bogstaver** tæller 1 point.
- Ydelse 2149

Der kan ved GDS opnås fra 0 til 15 point, hvor sandsynligheden for depression stiger jo flere point, der opnås.

Antallet af point kan tolkes på følgende måde:

- GDS < 5: Normal
- GDS 5-7: Mulig depression
- GDS 8-10: Sandsynligvis let til middelsvær depression
- GDS 11-12: Middelsvær til svær depression
- GDS > 13: Svær depression

Kilde: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersoegelser-og-proever/kalkulatorer/geriatrisk-depressionsskala/

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Geriatrisk depressionsskala (GDS)

Bilag

9b

Spørgsmål	Svar	Point
Er du stort set tilfreds med livet?	ja / NEJ	
Har du opgivet mange af dine aktiviteter og interesser?	JA / nej	
Føler du et stort tomrum i dit liv?	JA / nej	
Keder du dig ofte?	JA / nej	
Er du for det meste i godt humør?	ja / NEJ	
Er du bange for, at der skal ske dig noget alvorligt?	JA / nej	
Føler du dig glad og tilfreds?	ja / NEJ	
Føler du dig ofte hjælpeløs?	JA / nej	
Vil du hellere blive hjemme end komme ud og opleve noget nyt?	JA / nej	
Tror du, at din hukommelse er dårligere end de fleste andres?	JA / nej	
Er du lykkelig ved livet lige nu?	ja / NEJ	
Føler du dig værdiløs?	JA / nej	
Har du masser af energi?	ja / NEJ	
Synes du, at din situation er håbløs?	JA / nej	
Tror du, at de fleste mennesker har det bedre end dig?	JA / nej	
I alt		

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Strategi for opstart af antidemens-medicin i almen praksis (se også tabel 2, s. 26):

- Patient og pårørende informeres om, at medicinen er symptomlindrende, dvs. at den hos de fleste stabiliserer eller bedrer symptomer i en periode, der kan variere fra person til person (typisk 6-12 måneder), men at sygdommens udvikling med tiden vil forværre symptomerne, selv om medicinen stadig har effekt.

- Det er vigtigt at understrege, at medicinen ikke bremser sygdomsforandringer i hjernen, men at formålet er at mindske symptomernes sværhedsgrad.

- Der skal også informeres om bivirkninger (se tabel 2, s. 26).

- Endelig informeres om generelle principper for behandling, som anbefaler fortsat behandling, hvis man ved kontrol 3-6 måneder senere finder tegn på stabilisering eller bedring af symptomer uden betydende bivirkninger.

Kolinesterasehæmmere bør anvendes med forsigtighed ved eksisterende bradykardi og forlænget QT-interval samt ved syg sinusknude-syndrom eller andre supraventrikulære overledningsforstyrrelser i hjertet. Der bør derfor foreligge nyligt EKG før start på behandling

Memantin bør anvendes med forsigtighed ved hjerteinsufficiens.Ved bradykardi eller supraventrikulære overledningsforstyrrelser hos en person med moderat demens kan man overveje behandling med memantin i stedet for kolinesterasehæmmer.

Specifik demensmedicin optrappes gradvist til højeste dosis uden bivirkninger (se tabel 2, s. 26). Bivirkninger kan optræde både ved start og efter hver dosisøgning. Bivirkninger optræder oftest umiddelbart eller efter få dage, men man skal være opmærksom på lette bivirkninger, som fx madlede, der kan medføre vægttab, eller løse afføringer, der kan medføre dehydrering.

Donepezil startdosis er 5 mg og dosis øges efter 4 uger hvis der ikke fremkommer bivirkninger. Ved bivirkninger som fx let kvalme kan man forsøge at fortsætte behandling nogle dage for at vurdere om bivirkninger aftager. Ved sværere bivirkninger som opkastning eller diarré bør medicinen stoppes og man kan forsøge behandling med enten galantami-depotkapsler eller rivastigmin-plaster.

Galantamin startdosis er 8 mg, som trappes op efter 4 uger til 16 mg og yderligere efter 4 uger til 24 mg, hvis ikke der fremkommer uacceptable bivirkninger.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

Rivastigmin kan gives som kapsler, initialt 1,5 mg to gange dagligt.
Dosis kan øges efter 4 uger til 3 mg to gange dagligt, og derefter eventuelt trappes yderligere op med 4 ugers intervaller til 4,5 mg og 6 mg to gange dagligt, som er maksimal døgndosis.

Alternativt kan rivastigmin gives som depotplaster (med styrker på 4,6 mg, 9,5 mg eller 13,3 mg over 24 timer). Plaster kan være et godt valg, hvis den orale behandling giver bivirkninger. Dosis øges efter 4 uger til 9,5 mg dagligt, hvilket er den sædvanlige vedligeholdelsesdosis. Ved utilstrækkelig effekt efter nogle måneders behandling kan 13,3 mg dagligt forsøges.

Den aktuelle medicin mod Alzheimers sygdom er symptomlindrende.

Der er ny medicin godkendt i bl.a. USA og EU, som er sygdomsmodificerende, dvs. at den er rettet mod specifik patologi i hjernen.

Monoklonale antistoffer, rettet mod amyloidophobning, har vist ikke alene at kunne nedbryde amyloide plaques i hjernen, men har også vist klinisk effekt ved at mindske sygdomsudviklingen.

Medicinen skal gives i de tidlige stadier af Alzheimers sygdom og kan dermed udskyde forværring og sikre at patienten opholder sig længere tid i mindre svære sygdomsstadier.

Der er en del krav til hvem, som kan komme i behandling, og bivirkninger, man skal være opmærksom på, og det forventes, at kun en mindre del af patienter med Alzheimers sygdom kan komme i betragtning til denne behandling.

-> Kommentarer til case 1, s. 59-61
-> Kommentarer til case 2, s. 62-64
-> Kommentarer til case 3, s. 65-66
-> Kommentarer til case 4, s. 67-69

I skal først læse fagspecialistens kommentarer, når I har gennemgået spørgsmålene i casen sammen

Kommentarer

Case 1 om Poul (1/3)

Resumé

Poul på 77 er kendt med DM2 og kronisk depression. Han er tidligere politimand og har været udstationeret som led i Danmarks FN-bidrag. Har ikke tidligere opfyldt PTSD-kriterier.
Pouls hustru oplyser, at han bliver tiltagende hidsig, forvirret og glemmer ting.

Hvad tænker du om dette?

Hvad tænker du om forskellen mellem tegn på demens og almindelig aldersrelateret hukommelsessvækkelse?

Hvad ville du gøre hvis Poul var din patient?

Pouls tidligere besøg har karakter af depressive symptomer, selv om han måske ikke opfylder kriterier for depression: Han virker berørt over sine symptomer, dvs. han har god indsigt, og han synes at have nedsat selvværd, hvilket ikke er typisk for demens, men derimod for depression.

Hans hidsighed er et almindeligt symptom på depression hos især mænd. "Personer med depression klager selv, ved demens er det de pårørende, der bemærker problemerne".

Bilag 3 på side 43-44 viser en simpel test, man kan gennemgå med patienterne eller de pårørende. Den giver en god fornemmelse af forskel på almindelig "alderdoms-glemsomhed" og begyndende MCI/demens.

Pårørende kommer ofte med bekymringer over ægtefælles eller forælderens glemsomhed. Nogle gange er det patienten selv. Hvis det er patienten selv, som lufter bekymringen, er der ofte så meget selvindsigt, at demens ikke er det første, vi tænker. Her kan testen bruges til at berolige patienten.

Ved det aktuelle besøg er det derimod mere åbenlyst, at Poul reagerer psykisk på funktions-nedsættelse i dagligdagen og at der nu er tegn til dette: Hukommelsesproblemer og nedsat overblik, der måske ligger ud over, hvad man vanligvis ser ved depression.

Symptomerne er også mere udtalte end hvad man ser ved almindelig aldring (info-pkt. 9, s. 19 og info-pkt. 10-13, s. 21, samt bilag 2, s. 40-42). Når Pouls hustru bemærker gentagne problemer med hans hukommelse, har det karakter af unormal forringelse af kognitive evner.

Poul bør udredes for begyndende demenssygdom.

Case 1 om Poul (2/3)

Resumé

Poul indrømmer, at han kan have svært ved at huske beskeder. Hustru fortæller, at hun hver dag må gentage de samme beskeder mange gange. Han bliver hurtigere og hurtigere hidsig og opgiver opgaver, han tidligere har kunnet magte.
Ingen fysiske symptomklager bortset fra, at han stadig brokker sig over, at knæene ikke kan holde til løbeture. Han fortæller også lige igen om sin tid som FN-observatør.

Hvad er dine diagnostiske overvejelser? Og hvad vil du gøre herfra?

Er Poul begyndende dement eller depressiv? Hvorledes vil du skelne mellem disse to tilstande?

Hvilke psykometriske tests bruger du til udredning af demens?

Man skal altid overveje almindelig aldring eller de fem D'er (info-pkt. 21-22, s. 22).

Pouls symptomer rækker ud over, hvad man ville forvente som følge af depression alene. Han synes at glemme information umiddelbart (spørger om de samme ting), hvilket tyder på betydelig påvirkning af den episodiske hukommelse (boks 3, s. 20 og bilag 1, s. 39) som følge af sygdom i hippocampus og omkringliggende strukturer i mesiale temporallap. Mest nærliggende ætiologi vil være Alzheimers sygdom (info-pkt. 15, s. 21). Han synes heller ikke at være klar over omfanget af sine problemer (indrømmer problemer med at huske beskeder), tydende på nogen nedsat sygdomsindsigt. Det understreger vigtigheden af at indhente oplysninger fra pårørende. En person med depression er ofte tydeligt påvirket af sine symptomer, kan beskrive disse indgående, ofte med et appellerende, ængsteligt præg (info-pkt. 37, s. 25). Der er heller ikke andre oplagte depressive symptomer udover hidsighed, som nok snarere er en del af symptombilledet pga. demenstilstanden.

BASIC kan med god sikkerhed adskille normal kognition fra svækket kognition og også give oplysning om sværhedsgraden af den kognitive svækkelse (se info-pkt. 32, s. 24).
Se bilag 4, s. 45-47 for en mere grundig gennemgang af, hvordan man bruger BASIC.

BASIC kan godt give et fingerpeg om demens vs. depression, men alternativt kan man bruge GDS (bilag 9, s. 55-56) og /eller MDI.

BASIC vil være det bedste udgangspunkt for en vurdering af det kognitive funktionsniveau, men MMSE kan også anvendes. Urskivetesten har lav diagnostisk præcision og bør ikke anvendes alene (info-pkt. 29-34, s. 24-25).

BASIC har oplagte fordele. Særligt skal fremhæves, at den tager væsentlig kortere tid end MMSE, og patienter bliver mindre nervøse end ved MMSE. Regnetesten kan bringe de fleste ud af fatning.
Ved styret ordmobilisering (supermarkedstesten) kan man ofte se, at patienter med (begyndende eller kendt) demens går i stå efter få varer. De nævner måske mælk og ymer, men går så i stå.
De formår ikke at skifte spor til noget helt andet og bruger al tiden på at komme i tanker om det "mælkeprodukt de lige havde i tankerne".

Ikke alle hospitalsafdelinger har endnu helt integreret BASIC, men Nationalt Videnscenter for Demens (som har været med til at udvikle testen) anbefaler også at bruge den som førstevalg.
Se mere om BASIC på https://videnscenterfordemens.dk/da

Del gerne jeres egne erfaringer med brugen af BASIC.

Resumé
Poul fik lavet BASIC, hvor han scorede 14 point, og urskivetesten var unormal.
GDS og MDI var normale. Urskivetest ses på side 8.

Har Poul demenssygdom? Hvordan vil du udrede ham videre?

Hvad vil du sige til Poul og hans hustru?

Mange pårørende spørger til behandling af demens - hvad ville du svare til dette spørgsmål?

En BASIC score på 14 tyder på en kognitiv svækkelse svarende til moderat demens, og er væsentligt lavere end hvad der kan forklares af depression alene.

Urskivetesten viser tydelig svær kognitiv påvirkning. Klokkeslæt er angivet med et 10-tal og en pil på ydersiden (omkring hvor 3 skulle have været).

Udredning i øvrigt kan ske som beskrevet i info-pkt. 27-28 samt boks 4, s. 23-24.

Hvad og ikke mindst hvordan man kommunikerer videre til Poul og hans hustru afhænger af lægens præferencer. Det må italesættes, at der er begrundet mistanke om demenssygdom og at der er behov for yderligere afklaring - herunder om der er andre sygdomme, som vil kunne forklare tilstanden.

Man kan forklare de grundlæggende principper for behandling af demens jf. info-pkt. 42-43, s. 26.

Donepezil er - vurderet på effekt, pris og administration – førstevalg, hvis man taler medicinsk behandling.

Sådan gik det patienten i virkeligheden

Poul blev henvist til demensudredning,
og der var ikke tvivl om diagnosen Alzheimers demens.

Han blev mere og mere vred, når ting ikke fungerede, og hustruen fik dagligt skældud, når han ikke kunne finde ud af ting. Efter et år kom Poul på plejehjem – til både lettelse og sorg for hustruen. De er ved at finde en hverdag igen.

Klik her for at gå til case 2
s. 10-11

I skal først læse fagspecialistens kommentarer, når I har gennemgået spørgsmålene i casen sammen

Kommentarer

Case 2 om Børge og Bente (1/3)

Resumé

Bente og Børge er begge kendt i lægehuset. Børge vurderes som en skrøbelig ældre patient. Du er opstartet udredning for demens af Børge, og han er netop blevet diagnosticeret med blandingstilstand med vaskulær og Alzheimers demens i moderat stadie. Du er på akut sygebesøg. Børge er meget forvirret og urolig, hukommelsen er elendig. Bente mener, det er medicinens skyld.

Hvad tænker du om Børges tilstand?

Hvad tænker du om Bentes formodning?

Hvordan vil du håndtere situationen?

Børge har følgende symptomer, der kan være forenelige med medicinbivirkning:

- *øget konfusion og uro*
- *vrangforestillinger*
- *søvnforstyrrelser og natlig vandring*
- *forværring af hukommelsesproblemer*

Start med at undersøge, om der kan være andre forklaringer på forværringen. Er der tegn på infektion, ændringer i anden medicin, smerter eller somatisk sygdom? Hvis ikke, foreslås pausering af memantin (uden udtrapning, fordi behandlingen har været kortvarig og mulige bivirkninger alvorlige) og opfølgende kontrol om to uger.

Symptomerne er så udtalte, at dosisreduktion til 5 mg ikke kan anbefales. Hvis symptomerne er mindsket, foreslås skift til donepezil eller at undlade medicin. Patienten har ret udbredte vaskulære skader, og trods formodning om komponent af Alzheimers sygdom, er den forventede effekt af antidemensmedicin noget mindre end for patienter med Alzheimers sygdom alene.

Resumé

Til næste årskontrol er Børges funktionsniveau faldet voldsomt. Der er intet sprog, han skal have hjælp til alt og opholder sig stort set kun i sengen. Der er søgt om plejehjemsplads.
Bente spørger, om Børge fortsat skal have demensmedicin.

Hvad svarer du Bente? Skal Børge fortsætte, prøve en anden slags medicin mod demens eller stoppe donepezil? Hvad vil du lægge vægt på?

Tilstanden er progredieret til svær demens. Der kan stadig være effekt af donepezil, men det er usikkert, om Børge har gavn af medicinen, og det foreslås at pausere behandlingen og aftale kontrol inden for 2-3 uger.

Hvis Børge mister yderligere basale færdigheder i forbindelse med pausering, kan man optrappe medicinen igen. Hvis tilstanden er uændret foreslås seponering.

Alternativ behandling med anden kolinesterasehæmmer eller nyt forsøg med memantin anbefales ikke.

Case 2 om Børge og Bente (2/3)

Resumé

Der er gået fem år. Børge døde for fire år siden. Det var både en sorg og lettelse for Bente. Deres datter har booket tid hos dig. Den er helt gal med Bente. Hun bliver hurtigt forvirret og husker ikke aftaler. Forleden havde hun taget gummistøvler på til en konfirmation. Hun bliver vred, når pårørende forsøger at få hende til læge.

Hvad nu?

Demenssygdom lyder oplagt – skal Bente udredes på hospital eller i almen praksis?

Hvad taler for og imod?

Bente bør udredes for demens i almen praksis inkl. henvisning til CT-scanning. Hvis sygehistorie og klinisk vurdering med kognitiv testning peger på en demenssygdom i let til moderat stadium og behandling med anti-demensmedicin kan komme på tale, bør Bente henvises til yderligere udredning på hospital.

Ved fremskreden demens (moderat til svært stadium) hvor sygehistorie og klinisk vurdering er forenelige med Alzheimers sygdom eller vaskulær demens (med tilstrækkelige vaskulære skader på en CT-scanning) og hvor medicinsk behandling ikke forventes at få større betydning, kan diagnosen godt stilles i almen praksis. Info-pkt. 38-41 på side 25 omtaler denne problematik.

Hvis det giver mest mening for Bente, pårørende og lægen, behøver man ikke henvise til sekundær-sektoren. Man kan så spørge sig selv om, hvad man gør i forhold til medicin mod demens.

Den praktiserende læge kan godt selv starte denne behandling, hvis man føler sig kompetent hertil.

Info-pkt. 43-46 på side 26-27 giver input til farmakologisk behandling.

Man kan i samråd med patienten og pårørende vælge, at medicinsk behandling ikke er indiceret.

Det skal dog bemærkes, at der i forhold til medicintilskud er denne klausul:

"Klausuleret tilskud til patienter med relevant demenssygdom i moderat til svær grad, hvor diagnosen er stillet af en speciallæge i psykiatri, neurologi og/eller geriatri. For de patienter, der opfylder klausulen, påtegnes recepten med ordet "tilskud".

Dvs. patienten teknisk set ikke kan få tilskud til sin demensmedicin, hvis det er den praktiserende læge, som har stillet diagnosen. Heldigvis er prisen drastisk faldende, og specielt donepezil, der er gået af patent, er i et prisleje, hvor mange ikke behøver at bekymre sig om tilskud.

Der arbejdes på at få generelt tilskud til fx donepezil.

Hvis man tænker, at medicinsk behandling vil kunne være gavnligt, men patienten ikke har råd eller lægen ikke føler sig opdateret på dette, må man henvise til udredning,

Case 2 om Børge og Bente (3/3)

Resumé

Bente ønskede ikke at blive henvist til hospitalet. Hendes pårørende var mest interesserede i at få afklaret tilstanden og evt. få opstartet medicinsk behandling. Derfor udredes Bente i almen praksis. BASIC var 14, og efter blodprøver og CT-scanning af cerebrum, var det stadig mest oplagt Alzheimers demens.

Du stiller demensdiagnose uden hospitalsvurdering. Men hvad med medicin? Skal Bente opstartes i demensmedicin?

Hvis vi antager, at Bente er med på medicin, hvad vil du så opstarte hende i? Og hvordan vil du gøre?

Bente har både vrangforestillinger og letvakt irritabilitet. Specifik anti-demensmedicin anbefales som førstevalgt til behandling af psykiske symptomer ved Alzheimers sygdom, hvis patienten ikke allerede er i denne behandling.

Bente er i det moderate demensstadie og man kan overveje behandling med enten kolinesterase-hæmmer eller mematin. Er patienten allerede i denne behandling anbefales det primært at drøfte med familien, hvordan adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer kan undgås, og antipsykotika kommer kun på tale under særlige omstændigheder.

Se afsnittet om Farmakologisk behandling af adfærdsforstyrrelser i bilag 10 s. 57-58 og i infopunkt 43-46, s. 26-27.

Sådan gik det patienten i virkeligheden

Børge blev mere og mere passiv, og han døde kort tid efter, at han kom på plejehjem.

Bente blev mere og mere åbenlyst dement. Man fik hende overtalt til udredning på sygehus, hvor diagnosen Alzheimers demens blev stillet. Der blev forsøgt medicin, men Bente var mistroisk, og efter flere forsøg med op- og nedtrapning samt medicinskift, stoppede man med medicin. Fysisk var Bente fortsat mobil, og med hjælp fra familien og hjemmeplejen kunne hun blive i eget hjem.

Efter yderligere to år var demensen dog så fremskreden, at det blev vanskeligt at fastholde hende i hjemmet. På grund af nyopstået hovedpine blev hun CT-scannet, og man fandt en stor hjernetumor. Bente døde kort tid efter en stille død i eget hjem.

Klik her for at gå til case 3
s. 12-13

I skal først læse fagspecialistens kommentarer, når I har gennemgået spørgsmålene i casen sammen

Kommentarer

Case 3 om Martin (1/2)

Resumé

Martin på 63 år er kendt i praksis Han var langtidssygemeldt med stress for et år siden. Havde i den periode to kortvarige synkoper uden kramper. Han er tilbage på sit arbejde som projektleder. Hustruen oplyser, at den er gal med hans hukommelse, og der har været episoder, hvor han mente, han så en person i hjemmet, men så var det bare gardinet. Lægen ser, at Martin ikke selv besvarer spørgsmål, men kigger over på sin hustru, som svarer.

Hvad tænker du om Martins og hustruens oplysninger?

Sygehistorien er suspekt for kognitiv dysfunktion med debut af stressrelaterede symptomer, som ofte opstår som reaktion på kognitiv dysfunktion, eller blot at den kognitive dysfunktion tolkes som stress. Med oplysninger om synkoper, tilfælde af illusion og head-turning-sign er der begrundet mistanke om begyndende demenssygdom, som kan være Lewy body demens.

Der bør udføres demensudredning i almen praksis, og ved fortsat mistanke om demenssygdom (dvs. at andre årsager til de nævnte symptomer er rimeligt udelukkede) bør patienten henvises til demensudredning på hospital (info-pkt. 27, s. 23).

Hvilke overvejelser gør du dig? Og hvad vil du sige til Martin og hans hustru?

Inden du iværksætter udredning i praksis, kan du sige til patienten: "Jeg synes, det er en god ide, at du bliver undersøgt nærmere. Jeg foreslår, du får taget blodprøver og får nogle opgaver, der undersøger, hvordan hukommelsen fungerer".

Resumé

Martin får lavet BASIC, MDI og får taget blodprøver iht. Demenspakke. Der ses let nedsat hukommelse, ingen depression og normale laboratorieværdier. Han har en kognitiv dysfunktion, og pga. den tidligere debut ift. hans alder, henvises han til videre udredning. Han får konstateret Lewy Body demens. Han kan ikke komme i behandling, før han har taget på. Hustruen vil gerne, at han henvises til diætist.

Hvad vil du tale med Martin og hustruen om?

Hvordan kan du hjælpe dem?

Hvad med hans fremtid?

Lewy Body demens har ganske særlige og ofte skræmmende symptomer (info-pkt. 17, s. 22 og bilag 1, s. 39). Information og rådgivning er afgørende for, at patient og pårørende kan håndtere symptomerne.

Vi kan desværre ikke henvise til diætist, da det foregår i hospitalsregi. Men vi kan anbefale ernæringsdrikke med højt kalorieindhold. Grøn recept kan kun udskrives ved neurologiske sygdomme, som giver synkeproblemer.

Martin er nydiagnosticeret med demenssygdom, hvilket har stor betydning for, hvilken hjælp han og hans familie har brug for. Ud over viden om selve sygdommen vil de have brug for hjælp til de sociale problemstillinger, der opstår, fordi Martin ikke længere kan varetage et job. Han må derfor sygemeldes og der må iværksættes en pensionsansøgning.

Derudover vil Martin og familien have brug for vejledning i udarbejdelse af evt. fremtidsfuldmagt og behandlingstestamente (info-pkt. 54-55, s. 30). Det kan de få hjælp til ved at kontakte den lokale demenskonsulent/koordinator i kommunen. Konsulenten kan både rådgive om, hvordan de bedst sikrer, at Martins ønsker for fremtiden dokumenteres, og formidle kontakten videre til relevante myndigheder i forhold til, hvordan familiens økonomi sikres bedst muligt. Kontaktoplysninger til demenskonsulent/ koordinator kan oftest findes på kommunens hjemmeside (info-pkt. 60 og boks 6, s. 31-32).

Case 3 om Martin (2/2)

Resumé

Et halvt år senere fortæller hustruen, at Martin har taget på i vægt og er sat i behandling med rivastigmin-depotplaster 9,5 mg/24 timer (info-pkt. 43, s. 26). Hustruen er udmattet og opgivende. Hun har stresssymptomer, problemer med nattesøvn og hukommelse – og dårlig samvittighed over, at hun ikke kan passe sit arbejde eller Martin. De ser ingen mennesker og tager ikke uden for hjemmet.

Hvordan kan du hjælpe Martins hustru?

Har du nogen konkrete forslag ?

Martins hustru er svært belastet. Primært handler det om at hjælpe hende med at finde ud af, hvordan hun kan blive aflastet. Foreslå hende kontakt til kommunens visitator, som kan vurdere behovet for hjælp i hjemmet gennem samtale med hustruen – der er behov for hjælp i hjemmet, selv om hun er rask. Derudover kontakt til demenskoordinator, som kender alle de tilbud, kommunen har til både demente og pårørende (info-pkt. 56 og 59, s. 30-31).

Som praktiserende læge og med dit kendskab til familien ofte gennem flere år kan du hjælpe hustruen med at italesætte sorgen om, at hun langsomt mister sin mand. Der er mulighed for at henvise til psykolog eller pårørendegruppe. Sidstnævnte kan en demenskoordinator også hjælpe med (info-pkt. 52, s. 29).

Sådan gik det patienten i virkeligheden

Det blev gradvist værre med patienten. Ud over langsomme bevægelser udviklede han også en let tremor. Behandlingen blev suppleret med Sinemet 25/50 mg 1½ tablet x 3 dagligt.

Hans kognitive funktion svingede betydeligt fra dag til dag. Han udviklede paranoide vrangforestillinger, som især opstod, når han var træt. Han sov også mere og mere.

Han blev tilknyttet et dagcenter, som han besøgte to gange om ugen, hvilket gav hustruen muligheden for at passe sit arbejde.

Der blev desuden bevilget hjemmehjælp midt på dagen, som sikrede, at han fik spist sin frokost. Patienten fik tilkendt seniorpension, og der blev oprettet en fremtidsfuldmagt med hustruen som fremtidsværge.

Klik her for at gå til case 4
s. 14-15

I skal først læse fagspecialistens kommentarer, når I har gennemgået spørgsmålene i casen sammen

Kommentarer

Case 4 om Else (1/3)

Resumé

Else på 84 år er kendt med Alzheimers demens gennem et år. Dengang testet med BASIC (score 19). Bor i eget hjem med jævnaldrende ægtefælle, som lider af svær KOL. Ved rutinemæssig kontrol har Else svært ved at følge en længere dialog og mister tråden. Ægtefællen fortæller, at Else i stigende grad har behov for støtte i hverdagen. Nu scorer hun 14 i BASIC-test.

Hvordan får I fulgt op på jeres patienter med demens?

Hvordan laver I årsstatus på jeres patienter med demens?

Alle patienter med demenssygdomme skal tilbydes proaktiv opfølgning (info-pkt. 47, s. 27).
I Region Hovedstaden er der lavet en forløbsbeskrivelse med tilhørende paragraf 2-ydelse, hvor man har mulighed for at indkalde patienter til årlig demenskontrol (ydelse 4280), og lave en årlig kontrol af ukomplicerede patienter på stratificeringsniveau 1 og 2 (ydelse 4282).
Desuden efterfølgende mailkorrespondance til patientens kommunes hjemmepleje – efter kontrol (ydelse 4283). I øvrige regioner kan man lave årsstatus - som ved andre kroniske lidelser - med ydelse 0120, samt psykometrisk test med ydelse 2149 og evt. blodprøver med ydelse 2101.

En årsstatus bør indeholde status på sygdomsforløb, fysisk helbred, objektiv undersøgelse samt kognitiv test. Se desuden boks 5 på side 28.

Else udviser en tydelig progression i sin demenssygdom over de seneste to år. Resultatet af BASIC bekræfter den kliniske observation af forværring i kognition og funktionsevne. Der er behov for en tværfaglig indsats med fokus på støtte til både Else og ægtefællen, herunder overvejelse af yderligere hjemmehjælp, aflastningstilbud og fremtidig plejeplanlægning.

Resumé

Et år senere: Elses mand døde pludseligt for tre måneder siden af et AMI. Hjemmeplejen blev hurtigt intensivereret til fire gange/døgn. Else kom på plejehjem, men her går det ikke godt. Bliver ofte bange og utryg. Datteren ringer til lægehuset og fortæller om morens utryghed, råben og gråd. Hun har svært ved at falde til ro om aftenen. Plejehjemmet vil gerne have noget beroligende p.n.-medicin til Else.

Hvad mener du om situationen?

Hvordan kan du rådgive personalet på plejehjemmet?

Elses adfærd er formodentligt udtryk for manglende fysisk eller psykisk trivsel og en måde hvorpå hun kan kommunikere til omverdenen, at der er noget galt, fordi ordene svigter på grund af demens-sygdommen (info-pkt. 75-76, s. 35). Årsagerne kan være alt fra smerter og sult til utryghed ved at blive ladt alene. De allerfleste af disse årsager skal formodentligt afhjælpes med en plejefaglig indsats.

Som grundlag for en analyse af mulige årsager skal personalet indsamle observationer af adfærdens karakter og hyppighed, fx på et døgnrytmeskema eller adfærdsregistreringsskema. Personalet bør kontrollere vitale værdier (TOBS) for at udelukke mulig nyopstået sygdom, der bør foreligge screening for delirium og smerter og der skal foretages grundlæggende observationer af problemer med det fysiske helbred, som fx obstipation, urinretention, underernæring og dehydrering (info-pkt. 77, s. 35). Det kan være, at Else sover dårligt på grund af sult, og at en tallerken grød inden sovetid er løsningen.

Fagspecialistens kommentarer til spørgsmålene fortsætter på næste side.

Hvis observationerne giver anledning til mistanke om nyopstået sygdom eller forværring af en eksisterende sygdom, skal det drøftes med lægen - ellers må årsagerne adresseres plejefagligt. Lægen kan med fordel gennemgå Elses medicin, og overveje, om der er medikamenter, der kan give anledning til uro og dårlig søvn og som kan seponeres. I forhold til personalets ønske om, at der ordineres antipsykotisk medicin, er det vigtigt at informere personalet om, at antipsykotisk medicin sjældent virker særligt godt hos personer med demens, og at det er forbundet med alvorlige og skadelige bivirkninger (info-pkt. 81-82, s. 36).

Resumé

Plejepersonalet mener, at Elses utryghed handler om, at hun for nylig er flyttet ind, og de kan se et mønster, når der er vagtskifte. Fremover vil der være to primære omsorgspersoner omkring hende. Efter en uge bliver Else en aften svært motorisk urolig: hun mener, hun kan se en brand i "nabogården" og at hun må over for at redde dyrene. Hun slår ud efter personalet. Sygeplejersken fra plejehjemmet ringer på lægehusets akuttelefon og fortæller om situationen.

Hvad vil du gøre?

Hvordan vil du behandle Else?

Hvordan er tilstanden livstruende?

Elses tilstand er klart akut forværret og situationen er tilspidset. Den pludseligt indsættende ændring i Elses mentale tilstand med fluktuationer over døgnet og forværring i aften og nattetimerne peger på, at hun har udviklet delirium.

Else er svært forpint og angst grundet synshallucinationer og der er risiko for alvorlig personskade på grund af den udadrettede adfærd. Tilstanden er livstruende. Der er derfor indikation for at ordinere antipsykotika (info-pkt. 83-84, s. 36).

Risperidon er eneste godkendte antipsykotika til patienter med demens. Startdosis for Else vil være 0,25 mg, stigende til 0,25 mg x 2. Nogle har tidligere lært, at men ved delir skal bruge de mest sederende antipsykotika som Haloperidol (Serenase) eller Quetiapin (seroquel).
Haloperidol er mindre sederende end Quetiapin, men har til gengæld mange andre svært uheldige bivirkninger. Udover de kardielle og neurologiske bivirkninger kan Haloperidol blandt andet forårsage sænket krampetærskel, urinretention og dysfagi. Bivirkningerne kan føre til fald, infektioner, immobilitet og decubitus , som igen kan vedligeholde den delirøse tilstand og forlænge den.
Til gengæld kan Haloperidol dispenseres på flere forskellige måder og gradueres i meget små doser, hvilket netop gør det velegnet til patienter med delir i den terminale fase.

Risperidon er mindre sederende end Quetiapin og har samlet set færre bivirkninger end både Quetiapin og Haloperido. Derfor anbefales det som førstevalg til patienter med demens.

P.n.-ordination af antipsykotika frarådes, da det er umuligt at vurdere effekt og bivirkninger.
Ved opstart lægges en behandlingsplan med dato for opfølgning og behandlingsmål.
Behandlingsmålet for Else vil være at skabe ro og dæmpe agitation, så relevant udredning af udløsende årsag, behandling og pleje kan gennemføres (info-pkt. 87 og 91, s. 36-37).

Fagspecialistens kommentarer til spørgsmålene fortsætter på næste side.

Der følges op med et hjemmebesøg to til fem dage efter opstart, hvor virkning og bivirkninger af behandlingen revurderes. Hvis der ikke er effekt af risperidon, giver det ikke mening at skifte til et andet antipsykotika, da bivirkninger og aftagende effekt af initiale præparater også vil gælde substitutionspræparatet. Aftrapning af behandling i kortere tid kan oftest ske meget hurtigt. Når Elses tilstand er stabiliseret, kan risperidon aftrappes med 0,25 mg dagligt, og hvis det går godt, seponeres helt i løbet af nogle dage.

Ved forbrug over fire uger må Else henvises til ældrepsykiater. Personalet skal informeres om, hvilke bivirkninger de skal observere for og hvad målet for behandlingen med antipsykotika er. Der skal udfyldes døgnrytmeskema for at få et billede af, om behandlingen giver den ønskede reduktion af uro og agitation.

Personalet skal lægge vægt på tryghed og ro omkring Else, og optimere indsatsen i forhold til basale fysiske behov (bilag 8, s. 51-54). Personalet skal informeres om, at de plejemæssige tiltag dæmper delirsymptomerne, hvorimod den antipsykotiske behandling er symptomatisk og ikke i sig selv forkorter eller behandler delirium.

Lægen noterer efterfølgende i Elses journal, at hun har udviklet delirium på baggrund af infektion, således, at disse oplysninger kan genfindes ved opslag i patientlisten, hvis Else igen ændrer sig mentalt over kort tid.

Sådan gik det patienten i virkeligheden

Patienten blev behandlet for delirium med risperidon 0,25 mg x 2 i fem dage. Der var hurtig god effekt: Hun blev rolig, og det var muligt at få taget blodprøver samt urin til dyrkning. Der var positiv urindyrkning og en CRP på 35, og hun blev sat i behandling med selexid, hvorefter hun blev yderligere rolig.

Efter behandling med selexid og fortsat rolig tilstand med god nattesøvn, uden psykotiske symptomer og med sufficient væskeindtag, blev der forsøgt udtrapning af risperidon over to dage – med god effekt.

Patienten faldt til på plejehjemmet efter ekstra fokus på hendes basale fysiske behov. Demensen blev dog hurtigt forværret, og hun sov stille ind efter tre måneder på plejehjemmet.

Evaluering

Svar på nogle få spørgsmål

Din besvarelse er anonym

Vi bruger dine svar til at forbedre modulet

SCAN KODEN:

eller

GÅ TIL: https://www.survey-xact.dk/LinkCollector?key=YFM48MFRSN3K

Systematisk Efteruddannelse

Praktiserende læger skal hvert år deltage i tre dages efteruddannelse inden for udvalgte temaer. Det kaldes Systematisk Efteruddannelse (SE)

Vi gør det let at lære

- derfor kan du tage SE på den måde, der passer dig bedst

SE-kurser

PLO Efteruddannelse udbyder årligt **flere end 75 SE-kurser i hele landet.**
Hvert år i maj åbner vi for tilmeldingen til næste års SE-kurser.

SE-Dage

Du kan også tage på SE-Dage som vi afholder **flere gange årligt.**
Her kan du tage flere SE-kurser henover få dage.

Gratis Gruppebaseret Efteruddannelse

Tag SE i fx din DGE- eller supervisionsgruppe - eller hvad med at tage én dags SE i klinikken?
Vores **systematiske lægemoduler** (SGE) og **systematiske klinikmoduler** (SKGE) er gratis.
For at gennemføre et modul skal min. én i gruppen eller klinikken være uddannet facilitator.

Tilmeld dig et gratis facilitatorkursus

Alt om SE, kursusoversigt, registrering m.v.

Lægedage - årets store efteruddannelsesuge

Lægedage afholdes hvert år i **uge 46** og er den største efteruddannelsesbegivenhed for praktiserende læger. Her samles også yngre læger, andre speciallæger og praksispersonale i Bella Center. Ugen byder på et bredt udbud af selvvalgte kurser samt et mindre antal systematiske.

Medlemmer af PLO modtager automatisk nyhedsbrevet om lægekurser.
Er du ikke tilmeldt nyhedsbrevet, så send en mail til Kurser.plo@dadl.dk

Husk at søge tilskud via din efteruddannelseskonto i Fonden for Almen Praksis, når du har deltaget i et kursus/modul, der er godkendt som SE.
Din deltagelse i SE bliver registreret, når du har søgt tilskud.

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION EFTERUDDANNELSE