



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Brug af lægemidler ved demens



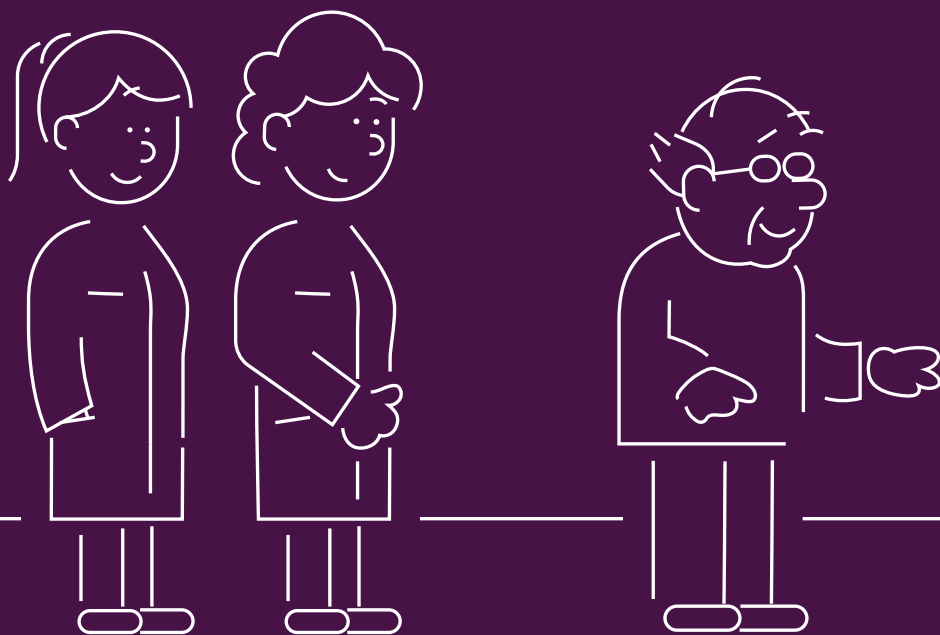
– til dig, der arbejder med personer med demens



# Indhold

<b>1. Introduktion</b>	<b>6</b>
<b>2. Demens</b>	<b>9</b>
<b>3. Adfærdsmæssige og psykiske symptomer (BPSD)</b>	<b>10</b>
Delir	13
<b>4. Personcentreret omsorg og socialpædagogiske interventioner</b>	<b>9</b>
<b>5. Demens og medicin</b>	<b>18</b>
Hvem gør hvad, når der behandles med lægemidler	19
Ordination, behandlingsplan og opfølgning	19
Demenslægemidler	23
Medicin ved søvnløshed	25
Antipsykotisk medicin	25
Medicin ved depressions- og angstsymptomer	27
Medicin ved tvangsgråd	28
<b>6. Pårørende</b>	<b>31</b>
Informeret samtykke	32
Tvang og magtanvendelse	33
<b>7. Mere viden, råd og vejledning</b>	<b>34</b>
<b>8. Referencer</b>	<b>38</b>
<b>Bilag</b>	<b>40</b>

# I dette informationsmateriale kan du læse mere om



Personcentreret omsorg  
og socialpædagogiske  
interventioner

Adfærdsmæssige  
og psykiske symptomer

Pårørende og  
informeret samtykke



Hvem gør hvad, når der  
behandles med lægemidler

Beskrivelse af de hyppigst  
anvendte lægemidler ved  
demens og adfærdsmæssige  
og psykiske symptomer



Overblik  
over relevante  
steder til mere  
viden, råd og  
vejledning

# 1. Introduktion

Dette informationsmateriale er primært henvendt til plejepersonale, der arbejder med personer med demens og med adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Disse symptomer kaldes også BPSD, som står for *behavioral and psychological symptoms of dementia*.

Du vil i de følgende sider kunne læse mere om demens, BPSD samt person-centreret omsorg. Derudover vil hyppigt anvendte lægemidler til personer med demens blive beskrevet, fx antipsykotisk medicin.

Informationsmaterialet er et initiativ fra den Nationale Demenshandlingsplan 2025 og materialet skal ses som en støtte i det daglige arbejde med personer med demens. Sammen med informationsmaterialet er der lavet en PowerPoint-præsentation med hovedbudskaberne. Materialet kan tilgås via [www.sst.dk/brug-af-laegemidler-ved-demens](http://www.sst.dk/brug-af-laegemidler-ved-demens). Her er der også videooptagelser med fortællinger og interviews fra tre forskellige plejecentre i Danmark.

## Den Nationale Demenshandlingsplan 2017-2025

Demenshandlingsplanen består af 23 forskellige initiativer, som overordnet har fokus på følgende tre områder:

1. Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner
2. Flere personer med demens skal udredes, og 80 % skal have en specifik diagnose
3. En forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt personer med demens med 50 % frem mod år 2025

Dette materiale er en del af det initiativ, der skal være med til at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin.

**Hovedbudskaberne i informationsmaterialet er samlet i en Power Point-præsentation, som findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Præsentationen kan fx bruges på fællesmøder eller temadage.**

Materialet er udarbejdet af en faglig arbejdsgruppe med repræsentanter fra FOA, Dansk Sygepleje Selskab, Demenskoordinatorer i Danmark, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Psykiatrisk Selskab og Nationalt Videnscenter for Demens, se mere på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

I de følgende kapitler vil udvalgte anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens tre Nationale Kliniske Retningslinjer om demens, der udkom i slutningen af 2018 og 2019, blive præsenteret.

- National klinisk retningslinje for diagnostik af mild cognitive impairment og demens
- National klinisk retningslinje for demens og medicin
- National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens

## Nationale kliniske retningslinjer

Nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede retningslinjer og indeholder anbefalinger om et specifikt emne, som kan anvendes af fagpersoner. Anbefalingerne er udvalgte nedslagspunkter inden for forskellige sundhedsfaglige emner – det kunne f.eks. være "demens og medicin".

Retningslinjerne er lavet ud fra den nyeste viden, som en faglig arbejdsgruppe har taget stilling til. Ønsker du at gå yderligere i dybden med retningslinjerne, kan du finde mere information på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk](http://www.sst.dk).







## 2. Demens

Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomme, der er karakteriseret ved vedvarende svækkelse af mentale færdigheder. Nationalt Videnscenter for Demens anslår, at ca. 89.000 personer i Danmark har demens (1).

Demens ses oftest hos ældre, men kan forekomme hos personer helt ned til 40-års alderen.

Der findes mange forskellige tilstande, der kan udløse demens. Man inddeler dem i tre grupper.

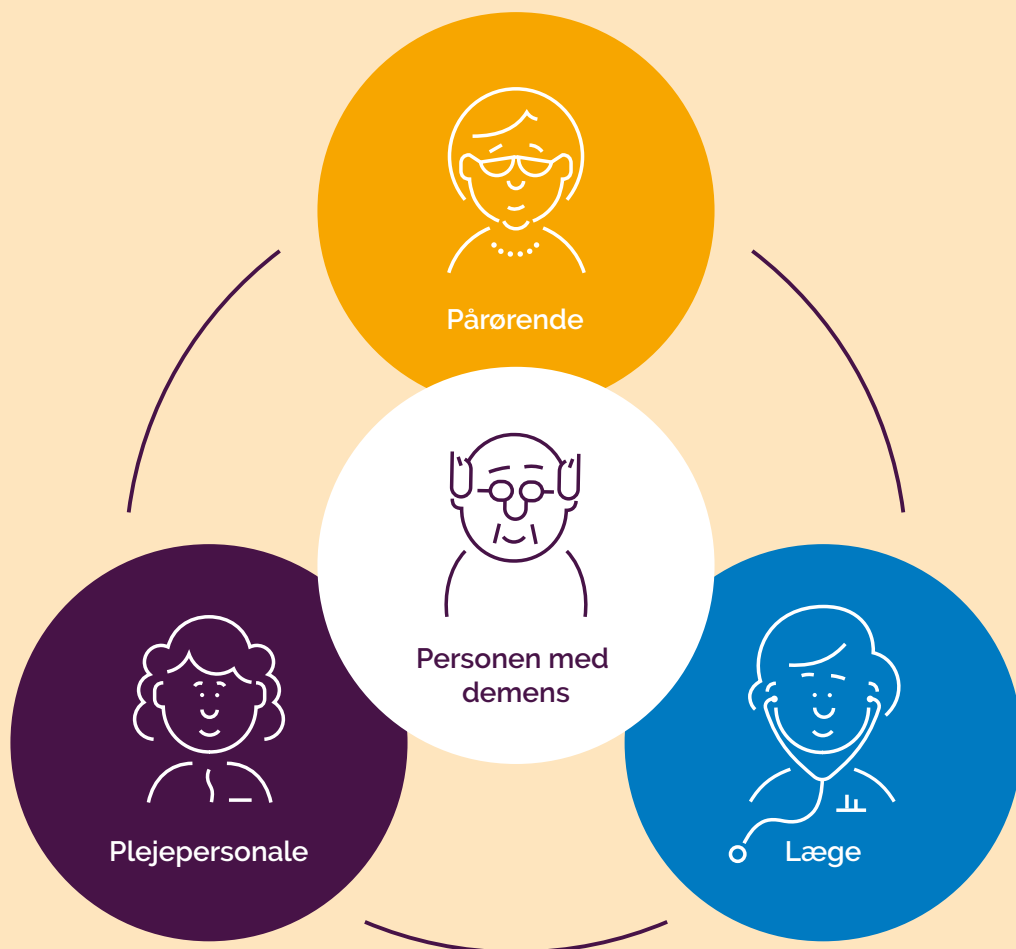
Den første gruppe opstår som følge af beskadigelse af hjernecellerne. Det kaldes **neurodegenerative lidelser**, og Alzheimers sygdom udgør 60 % af denne gruppe. Derudover er der bl.a. frontotemporal demens og Lewy body demens.

Den anden gruppe er **vaskulær demens**, som opstår på grund af forstyrrelser i hjernens blodforsyning - fx som følge af blodpropper, blødninger eller forsnævringer i hjernens blodkar.

Den sidste gruppe består af en lang række **andre sygdomme**, der påvirker hjernen med risiko for kognitiv svækkelse. Dette ses fx ved alkohol- eller stofmisbrug, ved stofskiftesygdom eller mangel på nogle typer B-vitaminer.

Du kan læse mere om de forskellige typer af demens samt mekanismerne bag de forskellige demenslidelser og symptomer på Nationalt Videnscenter for Demens' hjemmeside: [www.videnscenterfordemens.dk](http://www.videnscenterfordemens.dk).

## Samarbejdet omkring personen med demens



De pårørende, plejepersonalet og lægen bidrager alle til trivsel hos personen med demens. Det er derfor vigtigt, at der er tale om et samarbejde omkring den enkelte med demens, hvor alle involveres i det omfang, det er muligt. I løbet af materialet vil de enkeltes roller blive belyst bl.a. ved behandling med lægemidler.

# 3. Adfærdsmæssige og psykiske symptomer (BPSD)

De fleste personer med demens (ca. 90 %) vil i løbet af deres sygdomsforløb opleve adfærdsmæssige og psykiske symptomer (BPSD). BPSD kan defineres som ændret sanseopfattelse, tankeindhold, stemningsleje og adfærd. BPSD er ikke en diagnose (2), men en række symptomer, der kan skyldes både biologiske, psykologiske og miljømæssige faktorer.

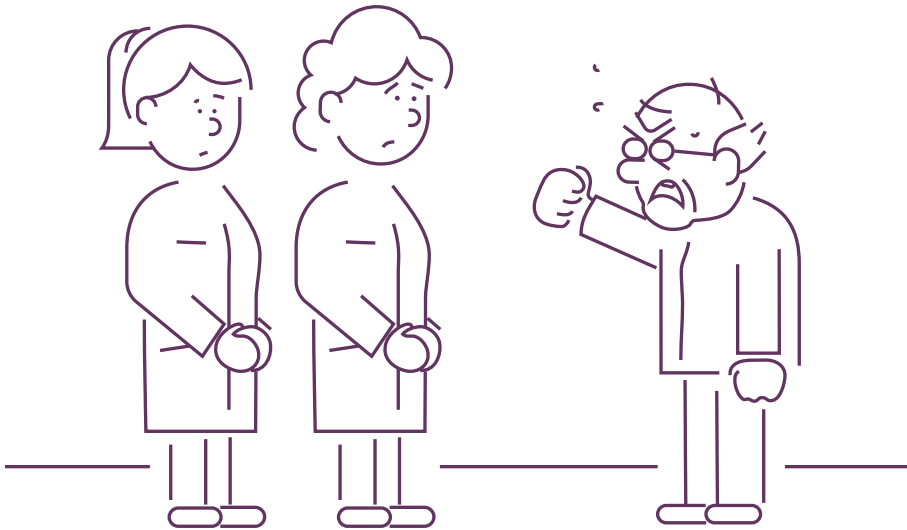
## Forskellige symptomer, der kan være led i BPSD

- Agitation
- Aggressivitet
- Afvigende motorisk adfærd
- Irritabilitet
- Apati
- Eufori
- Hæmningsløshed
- Problemer med søvn og appetit
- Vrangforestillinger
- Hallucinationer
- Depression
- Angst

Opgaven med at skabe trivsel for personer med demens og BPSD er ofte vanskelig og fagligt krævende, og der kan være behov for faglig sparring og supervision (2).

På plejecentre kan en beboers adfærd have betydning for andre beboere, pårørende og ansattes trivsel. Derfor er det vigtigt, at årsagen til personens adfærd undersøges og beskrives nærmere, så personalet kan tilpasse deres tilgang til den enkelte og tilbyde den rette pleje og omsorg for vedkommende. Dette kan fx gøres via relevante skemaer, som er udarbejdet på det enkelte plejecenter eller via inspiration fra andre. Se bilag 1 for to eksempler på skemaer.

BPSD udløses som tidligere nævnt ofte af andre tilstande, og nedenfor ses en liste med mulige bagvedliggende årsager, som altid bør overvejes.



### Opmærksomhedspunkter ved og mulige årsager til nyopstået BPSD

- Pludselig opståen uro (delir)
- Søvnforstyrrelser
- Infektion fx i urinveje eller lunger
- Smerter
- Ændringer i medicin
- Forstoppelse
- Utilstrækkelig ernæring
- Væskemangel (dehydrering)
- Feber
- Nedsat syn og hørelse
- Skift i omgivelser, fx ved flytning eller indlæggelse

## Delir

Adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos en person med demens kan ikke altid forklares med demenssygdommen. Derfor er det vigtigt med en grundig udredning af både personens fysiske og mentale tilstand og sociale forhold i den enkeltes liv.

Delir er en hyppig tilstand hos ældre personer, der er indlagt og blandt personer med demens (3). Delir er en pludselig opståen uro eller forbigående forvirrings-tilstand, der kan være livstruende, og det er derfor nødvendigt med en hurtig behandling af den tilstand, der medvirker til delir.

Ved nyopstået BPSD bør det altså altid overvejes, om personen lider af delir.

Symptomerne ved delir kan ligne de symptomer, der ses hos personer med demens. Men hvor demens udvikles gradvist over måneder til år, vil delir opstå hurtigt over timer til dage. Derfor er det vigtigt at kende personens sædvanlige adfærd og kognitive niveau og være opmærksom på, om der opstår pludselige forandringer (3).

Nogle personer vil virke hyperaktive og være motorisk urolige og ophidsede, mens andre vil være mere stille og udvise manglende interesse og følelser. I begge tilfælde kan personer med delir være forvirrede og fortumlede samt have synshallucinationer og vrangforestillinger (4).

Delir skyldes oftest fysisk sygdom. De hyppigste årsager er infektioner (fx urinvejsinfektion eller lungebetændelse) eller forstyrrelser i kroppens væske- og saltbalance (fx dehydrering). Personer, der er i behandling med flere lægemidler på samme tid, har øget risiko for at udvikle delir (5). Derudover kan der udvikles en såkaldt abstinens-delir, hvis en person pludselig stopper et regelmæssigt forbrug af alkohol eller beroligende medicin (6).

### Hovedprincipperne i behandlingen af delir består af:

1. Behandling af den underliggende sygdom
2. Ophør med eller nedsat dosis af lægemidler, der er kendt for at kunne udløse delir
3. Søvn ved hyperaktivt delir

Medicinsk behandling af delir er indiceret ved ophidselse, udadreagerende- eller psykotisk adfærd, hvor personen er til fare for sig selv eller andre (4). I disse situationer er det afgørende at få personen til falde til ro, hvorfor behandling med antipsykotisk medicin kan være nødvendig og redde liv.

**Ved nyopstået BPSD bør det altid overvejes, om det skyldes delir.**



# 4. Personcentreret omsorg og socialpædagogiske interventioner

Første led i behandlingen af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens bør være uden brug af lægemidler. Kompleks eller for personalet uforståelig adfærd er ofte et tegn på, at der er behov hos personen med demens, som ikke er opfyldt – og det kan både være fysiske og psykiske behov. Derfor må man først undersøge, om adfærden er udtryk for noget andet, så tilgangen til den enkelte tilpasses derefter.

Personcentreret omsorg handler om at se den enkelte som en unik person, der skal anerkendes og respekteres. Frem for at demenssygdommen bliver omdrejningspunktet, sættes personen i centrum. Det betyder, at den enkeltes præferencer, personlighed, fysiske helbredstilstand, livshistorie og daglige behov bør være udgangspunktet for pleje og omsorg (7,8).

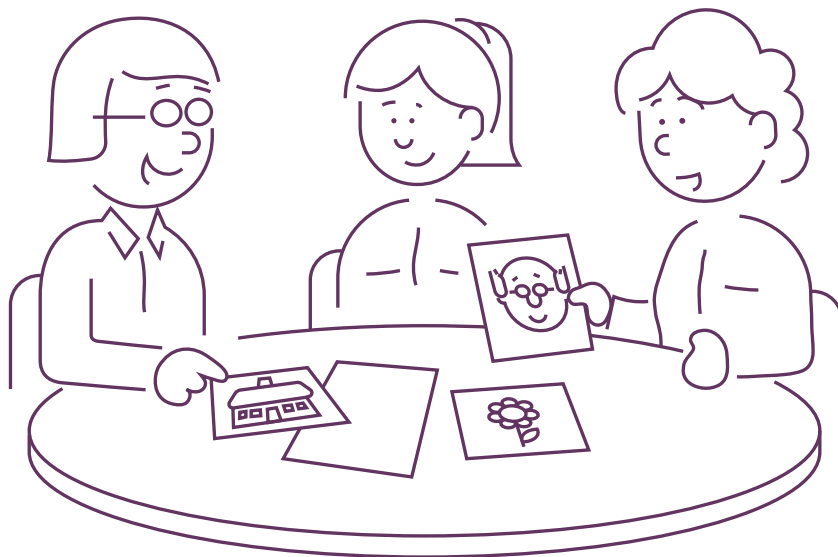
**Personcentreret omsorg handler om at sætte personen med demens i centrum - og tilrettelægge pleje og omsorg ud fra bl.a. præferencer, personlighed, livshistorie og daglige behov.**

Personcentreret omsorg kræver redskaber, som kan hjælpe i de daglige situationer, hvad enten der er tale om hyggelige stunder eller konflikter. Ledelsens opbakning er afgørende for at understøtte den personcentrede tilgang ved blandt andet at klæde medarbejderne på med de nødvendige kompetencer og basal viden om både demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer og ikke mindst de redskaber, der arbejdes med inden for den personcentrede tilgang. Ledelsen kan med fordel gå forrest og praktisere den personcentrede omsorg i dagligdagen. Det bør også anerkendes, at det ofte er et svært og komplekst område, og at det kræver en større udviklingsindsats og et fokus på kulturforandring for at implementere og fastholde tilgangen i dagligdagen. Personcentreret omsorg er altså en helt grundlæggende tilgang, som bør være udgangspunktet for al pleje og omsorgen for personer med demens.



Der er flere metoder, der kan være med til at forebygge en udadreagerende adfærd hos beboere på plejecentre og i hjemmeplejen. Et eksempel herpå er beboerkonferencer, hvor plejepersonalet går i dybden med at vurdere en beboers adfærd og mulige løsninger til at imødekomme adfærden. Beboerkonferencer giver mulighed for refleksion og faglig analyse, der eksempelvis kan være med til fremadrettet at forebygge udadreagerende adfærd og fremme trivlsen. Beboerkonferencer kendes også som "faglig dialog" eller sparring og du kan læse mere på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, hvor det også beskrives, hvordan en beboerkonference gennemføres. Det er også muligt at inddrage demenskoordinatorer eller -konsulenter for at få vejledning og faglig sparring.

Personcentreret omsorg anbefales også i Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinje for forebyggelse og behandling af BPSD. Retningslinjen indeholder et udpluk af relevante ikke-medicinske interventioner, som hver især er blevet undersøgt i forhold til deres effekt på enten forebyggelse eller behandling af psykiske og adfærdsmæssige symptomer (9).



## Relevante anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje for BPSD

- Overvej at tilbyde superviseret konditionstræning for at forebygge BPSD hos personer med demens
- Overvej at tilbyde reminiscensterapi til forebyggelse af BPSD hos personer med demens
- Overvej at tilbyde søvnhygiejne til forebyggelse af BPSD hos personer med demens og søvnforstyrrelser
- Overvej at tilbyde musikterapi til behandling af BPSD hos personer med demens

For yderligere information om den nationale kliniske retningslinje om BPSD og de to andre retningslinjer på demensområdet, henvises som tidligere til Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

Generelt gælder det for interventioner og indsatser, at de skal være tilpasset den enkelte persons præferencer og personlighed, hvis de skal være med til at lindre den enkeltes symptomer. Indsatserne kan både være individuelle og gruppebaserede, og de bør fortsætte efter eventuel opstart af medicinsk behandling.

For yderligere information og praktiske eksempler på den personcentrede omsorg kan du læse mere i Demenshåndbogen "Personcentreret omsorg i praksis", der også er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen (10). Demenshåndbøgerne er skrevet til medarbejdere og ledere i hjemmepleje og plejebolig. Der er også inspiration at hente i Nationalt Videnscenter for Demens' materiale, ABC Demens – pleje og omsorg, som findes på Videnscenterets hjemmeside: [www.videnscenterfordemens.dk](http://www.videnscenterfordemens.dk).

Her kan du finde mere viden om både forebyggelse af udadreagerende adfærd og personcentreret omsorg samt gode eksempler, cases, filmklip og øvelser.



## 5. Demens og medicin

Personer med demens bliver ofte behandlet med flere lægemidler på samme tid. Faktisk får hver sjette person med demens dagligt mere end ti forskellige lægemidler (11). Der er ofte tale om en blanding af lægemidler rettet mod tilstande knyttet til demens og lægemidler rettet mod andre sygdomme.

Lægemiddelbehandling af personer med demens bør ske i tæt samarbejde mellem den ordinerende læge, personen med demens (hvis denne kan), de pårørende og plejepersonalet. Herved kan sikres, at flest mulige personer ved, hvad den enkelte behandles med, og derfor kan være opmærksomme på, om behandlingen virker, og om der måtte opstå bivirkninger. Demenssygdommen hos den enkelte kan være uforudsigelig, og reaktionen på en given behandling kan ændre sig hurtigt. Behovet for behandling med lægemidler kan derfor ændre sig fra dag til dag. Dosisdispensering af lægemidler til personer med demens ikke er hensigtsmæssig.



## Hvem gør hvad, når der behandles med lægemidler?

Behandlingen med lægemidler til personer med demens er en proces, og det er vigtigt, at alle, som er involveret, er bekendte med rollefordeling og ansvar.

- Lægen har ansvar for, at personen med demens er undersøgt grundigt, før der ordineres et eller flere lægemidler. Når lægen ordinerer et lægemiddel, tager lægen samtidig stilling til, hvornår effekten af behandlingen skal vurderes, og hvor lang tid behandlingen skal vare. Lægen har også ansvar for at reagere på eventuelle bivirkninger ved behandlingen. I forbindelse med ordination af et lægemiddel vil lægen typisk udarbejde en behandlingsplan. Lægen bør derudover årligt gennemgå og vurdere den enkeltes samlede behandling med samtlige ordinerede lægemidler (12,13).
- Det er ofte nødvendigt, at de pårørende til en person med demens tager aktivt del i beslutningen om, at et lægemiddel skal opstartes, eller om behandlingen skal ophøre. Det kan være i de situationer hvor personen med demens ikke er i stand til at give informeret samtykke. Pårørende kan også have en aktiv rolle ved at observere, hvordan personen med demens reagerer på behandlingen med lægemidler.
- Plejepersonalet, som er i daglig kontakt med personen med demens, vil ofte have ansvar for at hælde personens medicin op og give den på de rette tidspunkter. Plejepersonalet er tæt på personen og har derfor god mulighed for at observere og registrere, hvordan den enkelte reagerer på lægemidlet. Her kan fx anvendes observationsskemaer.

**Plejepersonalet kan medvirke til at observere om et lægemiddel virker efter hensigten.**

## Ordination, behandlingsplan og opfølgning

Lægemidler ordineret i relation til demens vil typisk have til formål at:

- Begrænse selve demenssymptomerne
- Modvirke søvnløshed
- Dæmpe BPSD-symptomer
- Behandle depressions- og angstsymptomer
- Modvirke tvangsgråd

Ved ordination af et lægemiddel udarbejder lægen en behandlingsplan, hvor der typisk står, hvad behandlingen gives for, og hvilken effekt der forventes. Derudover angives navnet på lægemidlet, hvilken dosis, der skal gives, og hvor ofte. Planen beskriver også, om der er særlige bivirkninger, plejepersonalet skal være opmærksomme på, og endelig hvor lang tid behandlingen skal vare, samt hvornår der skal følges op på behandlingen (14).

Lægen har det overordnede ansvar for opfølgning på en behandling. Effekten af en behandling kan være tvivlsom og svær at vurdere. Samtidig har de fleste lægemidler bivirkninger. Hos personer med demens kan det derfor være svært at skelne mellem lægemiddelbivirkninger og de symptomer, som personen oplever på grund af sygdommen. Desuden er personer med demens særligt sårbare og har en høj risiko for at opleve lægemiddelbivirkninger. Det er derfor vigtigt, at plejepersonale og pårørende inddrages i vurderingen af effekt og eventuelle bivirkninger ved en behandling og at behandlingen jævnlige vurderes.

### Generiske lægemidler

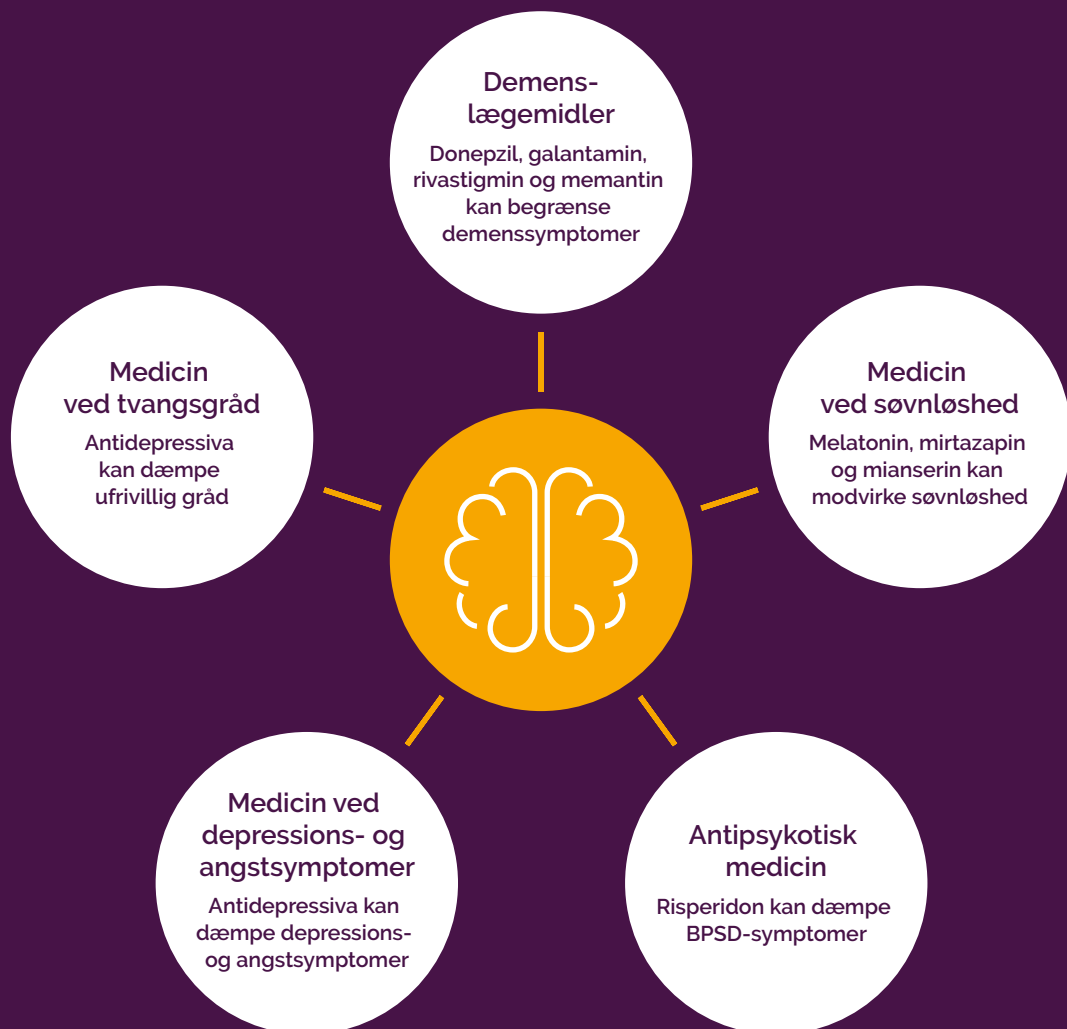
Der findes mange forskellige lægemiddelfirmaer, og nogle gange laver forskellige firmaer de samme lægemidler. Dette kaldes generiske lægemidler. Nogle gange vil et generisk lægemiddel være en tablet og andre gange en kapsel, men lægemidlerne indeholder det samme og har samme effekt, selv om de ofte har forskellige handelsnavne. Apoteket kender til de forskellige generiske lægemidler og vil ofte udlevere det billigste.

### Polyfarmaci – brug af flere lægemidler på samme tid

Der tales om polyfarmaci, når en person behandles med flere lægemidler på samme tid. Jo flere lægemidler en person er i behandling med, jo større er risikoen for, at den enkelte oplever bivirkninger, som kan få betydning for vedkommendes livskvalitet (12).

**Personer med demens er sårbare og bør behandles med mindst muligt medicin.**

# Demens og medicin





## Demenslægemidler

### Medicin brugt til at begrænse svækkelsen af kognitive funktioner som fx sprog og hukommelse

Der findes fortsat ikke nogen helbredende behandling af demenssygdomme. De medicinske behandlingsmuligheder mod demens er symptombehandling. Lægemidlerne har en midlertidig, stabiliserende virkning på det kognitive funktionsevne, den praktiske funktionsevne i hverdagen og personens generelle tilstand.

Ved Alzheimers sygdom, Lewy body demens og demens ved Parkinsons sygdom kan behandling med to forskellige typer lægemidler anvendes. Disse lægemidler virker på signalstoffer, der er vigtige for kommunikationen mellem de nerveceller i hjernen, som spiller en særlig rolle for hukommelsen og andre kognitive funktioner. Den ene type lægemidler (kolinesterasehæmmere), der virker på signalstoffet acetylkolin, omfatter donepezil, galantamin samt rivastigmin. Den anden type, der virker på signalstoffet glutamat, er memantin, som kun anvendes ved Alzheimers sygdom. Du kan læse mere om demenslægemidler på Nationalt Videnscenter for Demens hjemmeside under "Behandling af demens – fakta-ark" (15).

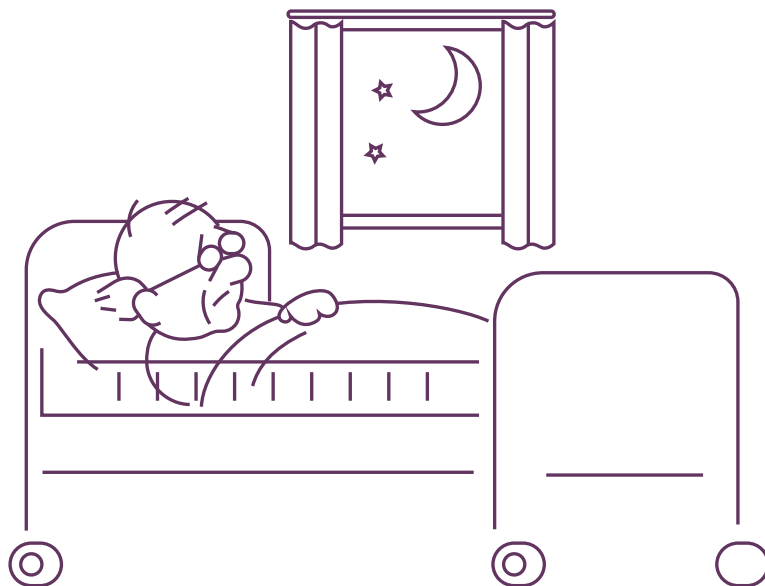
Man bør løbende overveje, om der er effekt ved behandling med et demenslægemiddel. Hvis man ikke mener, der er effekt, er det naturligt at standse behandlingen i samarbejde med den behandlingsansvarlige læge. Især hos personer med svær demens og uden kommunikation bør man forsøge ophør med behandling, når der er tvivl om effekt. Hvis personen med demens får det værre inden for 2-4 uger efter ophør med et demenslægemiddel, må det overvejes, om behandlingen skal genoptages. Igen bør det ske som en fælles beslutning mellem personen med demens, lægen, plejepersonalet og de pårørende.

**Demenslægemidler har en stabiliserende effekt på demenssymptomer.**

## Medicin mod søvnløshed

Man regner med, at omkring 45% af alle personer med demens har søvnforstyrrelser. Søvnløshed omfatter mindre natlig søvn og opvågninger gennem natten med efterfølgende træthed i dagtimerne. Søvnløshed skal i første omgang håndteres med konkrete tiltag som fx regelmæssige sovetidspunkter, gode toiletrutiner, begrænset søvn i dagtimerne og mindske indtag af alkohol, tobak og koffein. Det er også vigtigt at udelukke smerter, vandladningsproblemer og åndenød. Kugledyner og svøbning kan forsøges, ligesom regulering af døgnbelysning kan have effekt for nogle personer.

Hvis behandling med lægemidler vurderes som nødvendig, kan lægemidlet melatonin forsøges. Melatonin betragtes som et lægemiddel uden væsentlige bivirkninger. Virker melatonin ikke efter hensigten, kan et af lægemidlerne mirtazapin eller mianserin prøves. Begge lægemidler tilhører gruppen af antidepressive lægemidler med beroligende effekt. Ved brug af mirtazapin og mianserin skal man være opmærksom på vægtøgning, som dog i visse tilfælde kan være ønskelig. Traditionel sovemedicin som benzodiazepiner og tilsvarende lægemidler er ikke velegnede til personer med demens, da de kan føre til forvirring, svimmelhed og eventuelt fald (16).



## Antipsykotisk medicin

### Medicin til at dæmpe BPSD-symptomer, psykotiske symptomer og kendt psykiatrisk sygdom

Personer med demens kan udvikle adfærdsmæssige og psykiske symptomer. I udgangspunktet skal disse symptomer håndteres uden brug af lægemidler blandt andet gennem en personcentreret tilgang.

Som plejepersonale kan man opleve, at den plejemæssige indsats ikke længere kan understøtte en god adfærd hos personen med demens. I særlige tilfælde kan lægemiddelbehandling derfor komme på tale, hvis personen fx er aggressiv og har en udadreagerende adfærd og måske er til fare for sig selv eller andre. Det kan også overvejes, om lægemiddelbehandling skal opstartes hos personer med demens, som har pinefulde psykotiske symptomer (17).

Nedenstående case viser et eksempel på, hvordan behandlingen med antipsykotisk medicin er relevant, men kan nedjusteres.

### Børge på 81 år kan ikke længere klare sig i eget hjem på grund af Alzheimers sygdom

Ved indflytningen til plejecentret er Børge i behandling med demensmedicin og antipsykotisk medicin. Antipsykotisk medicin blev opstartet, fordi Børge havde udadreagerende adfærd frem til diagnosticeringen. Børge fremstår stemningsmæssigt stabil, og der laves en udtrappingsplan den antipsykotiske medicin. Der sker dog hurtigt en forværring i adfærden, specielt omkring måltiderne, hvor Børge skubber til stole og tallerkner og skræmmer de øvrige beboere på plejecentret.

Plejepersonalet taler med Børge og hans familie og finder ud af, at han hele sit liv har arbejdet som tjener. Det aftales derfor, at Børge får løn og drikkepenge af personalet, når han hjælper til med afrydning efter et måltid. Børge fremstår nu rolig ved måltider, og medicinen kan udtrappes over de efterfølgende måneder.

Som udgangspunkt skal behandling af personer med demens med anti-psykotisk medicin være kortest mulig tid. Behandlingen bør løbende observeres, skal følges op kort efter opstart og kan overvejes stoppet efter kort tid. I svære tilfælde kan behandlingen strække sig over længere tid. Ophør af behandlingen bør ske gradvist. Det er vigtigt, at den ansvarlige læge, personen med demens, plejepersonalet og de pårørende løbende er i dialog om behandlingen.

Antipsykotisk medicin opdeles i 1.- og 2.-generations. I grove træk er opdelingen i 1.- og 2.-generations antipsykotisk medicin baseret på bivirkningerne ved lægemidlerne. I udgangspunktet bør man anvende 2.-generationslægemidler til behandling af de adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Typisk vil man anvende lægemidlet risperidon ved Alzheimers sygdom. Antipsykotisk medicin kan påvirke hjertet, hvorfor det løbende bør kontrolleres, ligesom der skal tages EKG (elektrokardiografi) før opstart af behandlingen samt to uger og 12 uger efter opstart og årligt.

## Gudrun på 90 år er diagnosticeret med vaskulær frontallapdemens

Igennem mange år har Gudrun fået antipsykotisk medicin, som langsomt udtrappes, efter hun er faldet til på plejecenteret. Gudrun bliver dog tiltagende urolig, vender om på dag og nat og vandrer ofte uroligt omkring på plejecentret.

Plejepersonalet forsøger at øge indsatsen med den individuelle omsorg, men Gudrun er stadig forpint og jamrende i aftentimerne.

Hun sættes derfor atter i behandling med antipsykotisk medicin, men denne gang i en lavere dosis end tidligere.

Kombinationen af øget fokus på individuel omsorg samt lav dosis af antipsykotisk medicin om eftermiddagen får Gudrun til at falde til ro, og hun kan nu deltage i fællesskabet. Medicinen revurderes efterfølgende jævnlige.

I udgangspunktet skal adfærdsmæssige og psykiske symptomer håndteres gennem personcentreret omsorg. I særlige tilfælde kan disse symptomer kortvarigt behandles med medicin.

### I hvilke situationer kan antipsykotisk medicin overvejes

- Aggressiv og udadreagerende adfærd
- Pinefulde psykotiske symptomer
- Andre kendte psykiatriske lidelser

## Medicin mod depressions- og angstsymptomer

Personer med demens kan udvise symptomer på depression såvel som angst, men det kan være svært at stille en reel diagnose. Depressions- og angstsymptomer kan optræde uden, at der er en bagvedliggende depression eller angsttilstand. Symptomerne kan skyldes mange forhold. Nogle personer har måske, før deres demens udviklede sig, været diagnosticeret med depression eller med angst, mens andre kan udvikle en reel depression sideløbende med demens.

- Depressive symptomer kan være nedsat stemningsleje, følelse af håbløshed, nedsat lyst og interesse, hæmning, nedsat appetit, søvnforstyrrelser
- Angstsymptomer kan omfatte angst for kommende begivenheder, generel ængstelighed, angst for at være alene og angst for bestemte situationer

Det er en lægelig og individuel vurdering om depressions- og angstsymptomer ved demens skal behandles. Vælger en læge at behandle depressions- og angstsymptomer, vil man typisk vælge et antidepressivt lægemiddel af typen SSRI. Ved behandling med dette lægemiddel gælder også, at plejepersonalets løbende observation af den pågældende person med demens kan være af stor betydning i forbindelse med vurdering af behandlingseffekten. Casen herunder beskriver et eksempel på, hvordan en behandling mod angst kunne se ud.

## Meta på 78 år har demens og er meget opmærksom på sin hukommelse, som svigter

Hun begynder at blive bekymret over ikke at kunne finde sine ting og ikke at kunne huske sine aftaler. Når hun skal ud, sidder hun og venter med overtøjet på i flere timer, inden kørslen kommer.

Meta bekymrer sig også om sit helbred, og om hvad der mon vil ske, når hun ikke længere kan klare sig selv. Meta bliver mere anspændt og urolig, og det går ud over søvnen. Hun ligger ofte og spekulerer på de ting, der bekymrer hende.

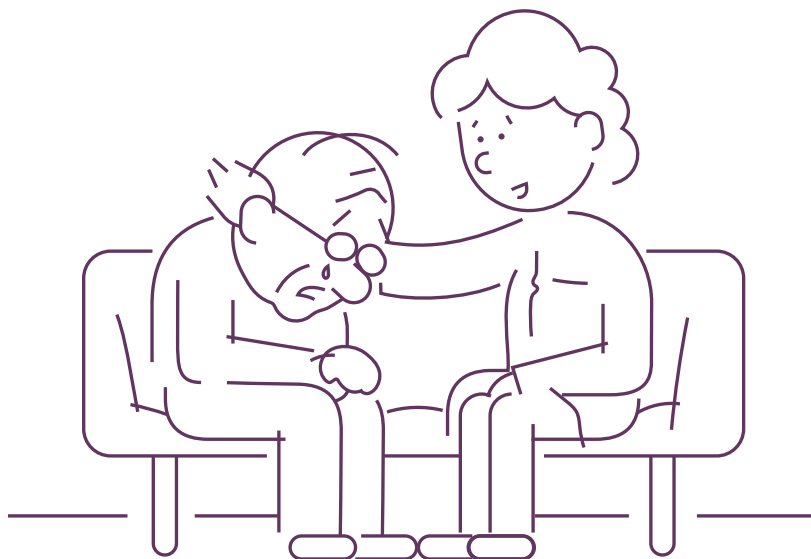
Meta taler med sin læge om hendes tanker og bekymringer. Hun bliver sat i behandling med lille dosis af antidepressiv medicin, og efter nogle uger aftager angsten, og Meta kan bedre fokusere på at huske sine ting. Hun kommer siden på et plejecenter, hvor hun efter en tid føler sig tryk, og hvor hendes læge kan begynde en forsigtig udtrækning af den antidepressive medicin.

## Medicin mod tvangsgråd

Personer med demens kan blive ramt af tvangsgråd, som ikke nødvendigvis er udtryk for egentlig depression eller for sorg, og dermed ikke skyldes egentlige følelsesmæssige ændringer. Tvangsgråd ses hyppigst efter blodprop i hjernen og vaskulær demens, men kan også ses ved andre former for demens – fx Alzheimers sygdom.

Det er en lægelig og en individuel vurdering, om en person med tvangsgråd skal behandles med lægemidler. Visse antidepressive lægemidler af typen SSRI har vist at have effekt ved tvangsgråd efter blodprop i hjernen (18).

Nedenstående case viser et eksempel på, at behandling med antidepressiv medicin benyttes efter en individuel vurdering, som involverer både pårørende og plejepersonale.



## Maren på 83 år har Alzheimers sygdom og er flyttet på plejecenter

Maren får pludselige grådanfald, som hurtigt stopper igen. Anfaldene kommer i forskellige situationer, også under aktiviteter, der tydeligt glæder hende. Personalet på plejecenteret forsøger altid at trøste hende, hvilket hun dog ikke reagerer på. Marens pårørende er bekymrede for, om hun er deprimeret. Hun virker bare ikke trist og opfylder desuden ikke kriterierne for depression.

Lægen på plejecenteret ordinerer antidepressiv medicin og efter lidt tid, aftager hyppigheden af grådanfaldene. Plejepersonalet holder efterfølgende øje med, hvordan Maren har det, og om der er behov for at justere medicinen.





## 6. Pårørende

Pårørende til personer med demens spiller ofte en stor og vigtig rolle for trivsel hos personen med demens. Derfor er det vigtigt, at plejepersonalet har et godt og tæt samarbejde med de pårørende.

Rollen som pårørende kan være både fysisk og psykisk belastende, hvorfor pårørende til personer med demens har øget risiko for at udvikle depression, angst og andre helbredsproblemer. Et tæt samarbejde med de pårørende er derfor også væsentligt for at få en fornemmelse af, hvilken form for støtte og omsorg de pårørende har behov for (19).

Pårørende har brug for at vide så meget som muligt om, hvad de kan forvente på plejecenteret og i hjemmeplejen. Det er gavnligt for alle parter at orientere de pårørende grundigt og få forventningsafstemt fra start ved beboerens indflytning for at få det bedste mulige samarbejde.

De pårørende er en stor ressource i plejen af og omsorgen for personer med demens, eksempelvis i forhold til livshistorien. De pårørende kan gøre plejepersonalet klogere på den enkeltes behov, vaner og præferencer. Og netop livshistorien er væsentlig for at kunne tilrettelægge en relevant og tilpasset hverdag for personen med demens. Dette kan for eksempel ske ved indflytningssamtalen, hvor man kan udfylde en "livshistoriemappe", eller hvor man i fællesskab kan oprette et plejetestamente.

Casen nedenfor viser, hvordan livshistorien kan have stor betydning og være med til at sikre bedre trivsel og færre konflikter for personen med demens.

## Jens er 81 år og netop flyttet på et plejecenter

Jens har det med at vandre meget rundt på gangene og udtrykker et stort ønske om at deltage på personalemøderne, som afholdes ugentligt. Plejepersonalet afviser at tage ham med, men Jens insisterer på, at han har en vigtig rolle og bør sidde med til møderne. Jens bliver mere vandrende og begynder at slå ud efter de andre beboere i affekt.

Da plejepersonalet får kendskab til Jens' livshistorie finder de ud af, at han tidligere var selvstændig lastbilchauffør med eget firma, hvor der blev holdt mange vigtige møder.

Jens bliver efterfølgende inviteret med til mindre møder med personalet. Han føler sig nu som en del af et fællesskab og møderne bliver en meningsfuld beskæftigelse for ham. Plejepersonalet observerer, at det hjælper på hans omvandrede og udadreagerende adfærd.

### Informeret samtykke

Ifølge Sundhedsloven må en behandling ikke igangsættes uden informeret samtykke.

Som udgangspunkt er det personen selv, der skal give samtykke, men der findes situationer, hvor en person midlertidigt eller varigt mangler evnen til at kunne give sit samtykke. Dette kan være tilfældet ved demens, hvor der kan opstå behov for at erklære en person varigt inhabil. I disse tilfælde kan nærmeste pårørende eller en værge give samtykke til behandling.

Personer med demens kan også have afgivet en fremtidsfuldmagt som kan bruges som samtykkeerklæring, hvis den omfatter helbredsforhold.

Hvis ingen af de nævnte muligheder er til stede, kan sundhedspersonalet gennemføre en påtænkt behandling, hvis en anden sundhedsperson er enig i beslutningen. Det kræver dog, at den anden sundhedsperson ikke aktuelt eller i fremtiden er involveret i behandlingen af den pågældende person.

Ifølge værgemålsloven kan et værgemål iværksættes, hvis en person grundet sygdom, herunder demens, ikke er i stand til at varetage sine personlige forhold på en fornuftig måde. En værge kan tage sig af de økonomiske og personlige forhold, som den enkelte ikke selv er i stand til at håndtere. Der kan være forskellige situationer, hvor et værgemål er nødvendigt, men typisk er det i forbindelse med salg af ejendom, administration af en formue eller ved behov for kontakt til offentlige myndigheder (20).

## Tvang og magtanvendelse

I helt særlige undtagelsessituationer kan det være nødvendigt at anvende tvang over for personer med demens. Casen nedenfor giver et eksempel på, hvornår det kunne være tilfældet.

Hvilken lovgivning, der skal følges, afhænger af både diagnose, magt-anvendelsens form samt af, hvor tvangen udføres.

På plejecentre, hvor der findes beboere med demens, vil det typisk være lovgivningen omkring "Magtanvendelse på det sociale område" og "Somatisk tvangsbehandling af varigt inhabile", der er relevant. Uanset hvilken lov, der træder i anvendelse, gælder det, at en magtanvendelse kun må udføres, hvis det ikke er muligt at opnå frivillighed, og hvis indgrebet er absolut nødvendigt.

### Claus har frontotemporal demens og bor på et plejecenter

Claus er yngre og fremstår fysisk velfungerende. Han har ikke noget sprog eller sprogforståelse og ønsker bl.a. ikke hjælp til personlig pleje.

Problemet opstår, da hans fødder har det rigtigt dårligt med lange negle og hæle med rødme og infektionstegn. Den fasttilknyttede læge på det pågældende plejecenter vurderer en behandling som tvingende nødvendig og de pårørende er enige.

Der er enighed om at give beroligende lægemidler i en kaffekop efterfulgt af negleklipning og fodpleje ved en autoriseret fodterapeut. Lægen på plejecenteret er tilstede under hele seancen og kan sætte ind med yderligere behandling efter behov. Claus finder sig i behandlingen og slapper af, mens personalet holder ham i hånden, hvor han ellers normalt ikke er til fysisk kontakt. Plejepersonalet overvåger efterfølgende Claus i aften- og nattetimerne.

# 7. Mere viden, råd og vejledning

Dette kapitel giver et hurtigt overblik over, hvor der kan hentes yderligere viden, inspiration og hjælp i hverdagen med personer med demens. Der er tale om et inspirationskatalog og ikke en udtømmende liste.

Såfremt der opstår sundhedsfaglige problemstillinger, der ikke umiddelbart kan håndteres af plejepersonalet, vil første kontakt være egen læge eller plejecenterets fasttilknyttede læge.

## Fasttilknyttet læge til plejecentret

Formålet med plejehjemslægeordningen er at skabe bedre kvalitet for beboerne på plejecentret gennem styrket kommunikation og samarbejde mellem plejepersonalet og lægen, så der sikres størst mulig faglig indsigt, god medicin håndtering og sammenhæng i pleje- og behandlingsforløbene. Det er også en fordel, at der er én eller flere gennemgående person(er) i et behandlingsforløb, der kender personen med demens. Derudover kan det være med til at reducere omfanget af u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser.

## Demenskoordinator og -konsulent

Demenskoordinatoren eller -konsulenten, der findes i alle kommuner, kan kontaktes af den enkelte med demens, af de pårørende, af plejecenteret eller hjemmeplejen med henblik på at finde ud af hvilke tilbud, der passer bedst til den enkelte person med demens. Demenskoordinatoren eller -konsulenten kan formidle kontakt til andre grupper af medarbejdere, der kan rådgive og vejlede personen med demens, de pårørende plejecenteret eller hjemmeplejen. .

Demenskoordinatoren eller -konsulenten samarbejder med egen læge eller plejehjemslægen, så hver enkelt får de bedst mulige tilbud om behandling, pleje, omsorg og støtte, ligesom de også kan hjælpe med støtte og aflastning til pårørende og plejepersonale.

Kontaktinformationer på de kommunale demenskonsulenter findes på kommunernes hjemmesider.

## Gerontopsykiatriske teams

Der er i det meste af landet etableret gerontopsykiatriske eller ældrepsykiatriske teams. Disse teams består af speciallæger i psykiatri samt psykiatriske sygeplejersker og sekretærer.

Der kan være mindre forskelle i visitationskriterier for de forskellige teams på tværs af landet, men de gerontopsykiatriske teams modtager typisk personer over 70 år med nyopstået psykiatrisk lidelse, som ikke kan behandles i primærsektoren. Endvidere modtages personer over 80 år med kendt psykiatrisk lidelse. Personer, der har psykiatriske symptomer i forbindelse med demens skal, uanset alder, primært henvises til den relevante hukommelsesklinik.

Kontaktinformationer på de gerontopsykiatriske teams findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

## Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation (VISO)

VISO er en enhed under Socialstyrelsen og står for den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation (VISO) på det sociale område og på specialundervisningsområdet. VISO tilbyder gratis, landsdækkede rådgivning til borgere og fagfolk.

VISO rådgiver borgere, kommuner, institutioner og tilbud, når der er behov for supplerende ekspertise, viden og erfaring. VISO rådgiver blandt andet i sager om fx udsatte voksne samt om voksne med handicap eller psykiske problemstillinger. VISO kan også rådgive om, hvordan kommunen kan tilrettelægge en faglig indsats, eller hvad et tilbud kan indeholde.

Rådgivning og udredning fra VISO er alene vejledende og skal bidrage til at styrke beslutningsgrundlaget hos kommunen, der har myndigheden til at træffe afgørelser om, hvad der – efter samtykke fra personen med demens eller dennes værge - skal sættes i værk i den konkrete sag.

Kontaktinformationer til VISO: [www.socialstyrelsen.dk/viso](http://www.socialstyrelsen.dk/viso)



## Nationalt Videnscenter for Demens, Rigshospitalet

Nationalt Videnscenter for Demens arbejder med forskning, uddannelse og formidling af viden om demens til fagfolk på alle niveauer.

Videnscentret faciliterer flere landsdækkende netværk på tværs af kommuner, regioner og faggrupper. Målet er at styrke mulighederne for erfaringsudveksling og at sikre formidling af ny viden og mere ensartet kvalitet i tilbuddene til personer med demens.

Nationalt Videnscenter for Demens tilbyder en række kurser, hvor videnscentret kommer ud på arbejdspladserne og underviser. Der er tilbud til ansatte i både kommuner og på sygehuse. På centrets hjemmeside findes i øvrigt gratis læringsmateriale - fx ABC-kurser.

Kontaktinformationer til Nationalt Videnscenter for Demens:  
[www.videnscenterfordemens.dk](http://www.videnscenterfordemens.dk)

## Ældre Sagen

Ældre Sagen er en landsdækkende, almennyttig forening, hvis primære formål er, at Danmark skal være et godt land at blive ældre i. Ældre Sagen er en vigtig kraft i Demensalliancen og Folkebevægelsen for et demensvenligt Danmark.

Ældre Sagen arbejder for, at pårørende tilbydes den fornødne viden, støtte og aflastning således, at de bedst muligt understøttes i den indsats, de yder over for den enkelte med demens. Ældre Sagen organiserer blandt andet demens-aflastning og besøgsvenner, se en nærmere beskrivelse i de følgende afsnit.

### Besøgsven

Ældre Sagen har også etableret en funktion med besøgsvenner, der er frivillige personer, der som regel kommer på besøg én gang om ugen. Her kan man få en snak over kaffen, gå en lille tur, læse avisen, spille kort eller hvad den enkelte ellers har lyst til.



## **Folkebevægelsen for et Demensvenligt Danmark**

Folkebevægelsen for et Demensvenligt Danmark er et nationalt samarbejde, hvor foreløbigt 13 organisationer er gået sammen om arbejdet for at gøre Danmark demensvenligt. Folkebevægelsen har til huse i Ældre Sagen.

Som en del af arbejdet samles, koordineres og udbredes viden, metoder og koncepter, der bidrager til et mere inkluderende lokalsamfund. Folkebevægelsen for et Demensvenligt Danmark har i 2017 publiceret en rapport, der er den første udgivelse af i alt tre, som samler og præsenterer medlemsorganisationernes demensvenlige handlinger.

Kontaktinformationer til Ældre Sagen: [www.aeldresagen.dk](http://www.aeldresagen.dk)

## **Relevante hjemmesider**

### **Kommunernes Landsforening**

[www.kl.dk/kommunale-opgaver/sundhed/aeldreomraadet/demenshandlingsplan](http://www.kl.dk/kommunale-opgaver/sundhed/aeldreomraadet/demenshandlingsplan)

### **Demenskoordinatorer**

[www.demens-dk.dk](http://www.demens-dk.dk)

### **Nationalt Videnscenter for Demens**

[www.videnscenterfordemens.dk](http://www.videnscenterfordemens.dk)

### **Alzheimerforeningen**

[www.alzheimer.dk](http://www.alzheimer.dk)

# 8. Referencer

1. Sundhedsstyrelsen, 2019. [www.sst.dk/da/aeldre/demens](http://www.sst.dk/da/aeldre/demens)
2. Socialstyrelsen, 2015. *Guide til Forebyggelse af uadadreagerende adfærd hos personer med demens i plejeboliger.*
3. Fong et al. 2015. *The Interface of Delirium and Dementia ind Older Persons.* Lancet Neurol. 14(8): 823-832.
4. Lægehåndbogen. 2017. *Delir.* Sundhed.dk.
5. Hein et al. 2014. *Impact of Polypharmacy on Occurrence of Delirium in Elderly Emergency Patients.* Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine. Volume 15, Issue 11, Pages 850.e11-850.e15.
6. Nationalt Videnscenter for Demens. 2017. *Faktaark for pludselig opstået uro – delir.* [www.videnscenterfordemens.dk/faktaark/symptomer-ved-demens-fakta-ark/fakta-ark-pludselig-opstaaet-uro-delir/](http://www.videnscenterfordemens.dk/faktaark/symptomer-ved-demens-fakta-ark/fakta-ark-pludselig-opstaaet-uro-delir/)
7. Elvén BH et al. 2015. *Adfærdsproblemer i ældreplejen.* Dansk Psykologisk Forlag.
8. Kitwood, Tom. 2003. *En revurdering af demens - personen kommer i første række.* Munksgaard.
9. Sundhedsstyrelsen, 2019. *National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens.*
10. Sundhedsstyrelsen, 2019. *Demenshåndbøger.* [www.sst.dk/da/aeldre/demens/demenshaandboeger](http://www.sst.dk/da/aeldre/demens/demenshaandboeger)
11. Nørgaard A et al. 2017. *Psychotropic Polypharmacy in Patients with Dementia: Prevalence and Predictors.* Journal of Alzheimers Disease 56 (2): 702-716.
12. Bruun MH, Christensen PM, 2016. *Polyfarmaci hos ældre.* Månedsskrift for almen praksis, p. 621-6.
13. Regionernes Lægemiddelkonsulenter og IRF i Sundhedsstyrelsen, 2018. *Medicingennemgang i praksis.* [www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/-/media/A29049450F014D3BA47142008EE05348.ashx](http://www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/-/media/A29049450F014D3BA47142008EE05348.ashx)

14. Sundhedsstyrelsen, 2014. *Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler*.  
[www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=165423](http://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=165423)
15. Nationalt Videnscenter for demens, 2017. *Behandling af demens - fakta-ark*.  
[www.videnscenterfordemens.dk/faktaark/behandling-af-demens-fakta-ark/](http://www.videnscenterfordemens.dk/faktaark/behandling-af-demens-fakta-ark/)
16. Sundhedsstyrelsen, 2019. *National klinisk retningslinje for demens og medicin*.
17. Rationel Farmakoterapi 11, 2018. *Behandling med antipsykotisk medicin er sjældent indiceret til personer med demens*. Sundhedsstyrelsen.  
[www.sst.dk/da/Udgivelser/2018/Rationel-Farmakoterapi-11-2018](http://www.sst.dk/da/Udgivelser/2018/Rationel-Farmakoterapi-11-2018)
18. Rationel Farmakoterapi 4, 2016. *SSRI-behandling af patologisk gråd efter apopleksi*. Sundhedsstyrelsen.  
[www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/M%C3%A5nedsblad-Rationel-farmakoterapi/M%C3%A5nedsbladet-rationel-Farmakoterapi-4-2016-rettet-020518.ashx?la=da&hash=FE5FF2A1E3971690F001E14B80C85C-60CA1D0059](http://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/M%C3%A5nedsblad-Rationel-farmakoterapi/M%C3%A5nedsbladet-rationel-Farmakoterapi-4-2016-rettet-020518.ashx?la=da&hash=FE5FF2A1E3971690F001E14B80C85C-60CA1D0059)
19. Servicestyrelsen, 2011. *Samarbejde med pårørende – forebyggelse og håndtering af konflikter*.
20. Ældre Sagen, 2018. *Hvad er et værgemål*.  
[www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/hjaelp-og-stoette/fuldmagter-og-vaergemaal/gode-raad/hvad-er-et-vaergemaal](http://www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/hjaelp-og-stoette/fuldmagter-og-vaergemaal/gode-raad/hvad-er-et-vaergemaal)

# Bilag

## Bilag 1 Adfærdsskema

Bilag 1 viser et adfærdsskema, der kan printes ud og benyttes som inspiration.

## Bilag 2 Observationsskema

Bilag 2 viser et observationsskema, som ligeledes kan printes ud og benyttes som inspiration.

# Adfærdsskema

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Dato Klokken	Type adfærd	Beskrivelse af situationen	Hvad gik forud for situationen?	Hvordan blev adfærden stoppet?	Hvem var adfærden rettet imod?	Evaluering





