

# Velkommen til Workshop om Demens

Ved afd.læge Vibeke Koch og  
sygeplejerske Winnie Jensen  
Fra Ældrepsykiatrien i Roskilde



**Demens**

# Hvad er demens?

Demens er en tilstand der er karakteriseret ved:

- Svækkelse af flere mentale funktioner i forhold til tidligere
- Forningelse af den praktiske funktionsevne i hverdagen
- Tilstanden skal have varet mindst 6 måneder.
- Diagnosen kræver bevaret bevidsthedklarhed!

# Mentale funktioner der ofte rammes ved demens er for eksempel:

- Hukommelse
- Initiativ og handlekraft
- Evnen til at finde ord og benævne ting
- Evnen til at finde rundt i tid og sted
- Regnefærdighed/koncentrationsevne
- Overblik og problemløsning
- Situationsfornemmelse
- Personligheden

# Tilstande der kan give mental svækkelse:

- Skader/sygdom i hjernen, herunder bl.a. egentlige demenssygdomme
- Mange fysiske sygdomme
- Mange psykiske sygdomme
- Vitaminmangel
- Misbrug af alkohol eller stoffer
- Forgiftninger
- Bivirkninger af medicin (!)
- Delir = Konfusion = Akut organisk psykosyndrom



# Blodprøvescreening for Pseudodemens (herunder delir)

- Hæmoglobin, MCV, folat, B12
- Leukocytter, CRP
- Natrium, kalium, kreatinin, calcium
- TSH
- Hæmoglobin A1c og blodsukker
- Kolesteroltal

# Øvrig screening for Pseudodemens (og delir):

Spørg ind til:

- Føde-/væskeindtag (vægttab?)
  - Forstoppelse/diarre
  - Urinvejsgener (infektion, retention)
  - Smerter
  - Nattesøvn
  - Depression/angst
  - Alkoholindtag
- Og se på medicinlisten!



# Typisk medicin der kan give Pseudodemens / delir:

- Medicamina med antikolinerg effekt som fx detrusitol, imodium, mange antipsykotica, tricykliske antidepressiva og midler mod parkinsonisme.
- Benzodiazepiner
- Morfika (også Tramadol!)
- Diuretika (via elektrolytforstyrrelser)
- Antidiabetika (via hypoglycæmi)

# ”Grundbehandling” af demens:

- Alzheimer-, Parkinson- og Lewy Body demens: Kolinesterasehæmmer (= ”kolinergica”), fx Donepezil; i senere faser: Memantin.
- Vaskulær demens: Optimering af forebyggende behandling mhp at modvirke forværring.
- Frontotemporal demens: Ingen kausal behandling mulig.

# Ved demens ses også BPSD: Behavioral and psychological symptoms of dementia

- Angst/depression
- Psykose
- Adfærdsforstyrrelser

BPSD ses hos 90% på et eller andet tidspunkt i forløbet.

# Angst/depression hos demente

- Meget almindeligt!
- Behandles principielt som hos alle andre; dog skal man være endnu mere tilbageholdende med benzodiazepin, og patienterne kan ofte ikke profiterer særligt godt af samtalebehandling.

# Psykososer hos demente

Hallucinationer og vrangforestillinger ses hos  
10 – 50%

De har en anden karakter end man f.eks. ser hos  
skizofrene

Forestillinger om at blive bestjålet er meget  
almindelige

Svært at skelne om det er en vrangforestilling  
eller blot en overlødig ide – f.eks. at de gør alt  
selv.

# Psykososer hos demente

Hallucinationer er oftest visuelle – mennesker eller dyr

Hørehallucinationer kan ses i de sene stadier, men kan være svært at vurdere

Ved Lewi Body og Parkinsondemens er synshallucinationer et kernesymptom og der er ofte andre psykiatriske symptomer

# Adfærdsforstyrrelser:

- Aggression
- Agitation
- Uro
- Råben
- Apati

# Somatiske årsager til BPSD-symptomer er ofte de samme som årsager til delir:

- Infektioner (fx. blærebetændelse)
- Væskemangel
- Elektrolytforstyrrelser
- For meget / for lidt / forkert medicin
- Smerter
- Søvnmangel
- Forstoppelse
- Alkohol – eller abstinenser (demente bliver ofte meget påvirkede af selv små doser)



# Andre årsager til aggression m.v.:

- Problemer med at overskue en situation
- Følelsesmæssig labilitet (led i demenssygdom)
- Depression
- Frygt eller ydmygelse
- Frustration over ikke at forstå eller blive forstået
- Manglende dømmekraft pga demenssygdom
- Manglende hæmninger – Emma Gad er væk.

# Medicinsk behandling af BPSD-symptomer:

- Optimering af somatisk behandling (fx mod smerter).
- Ved angst, depression, aggression, agitation, uro, søvnforstyrrelser: Fx mirtazapin 7,5 mg før sengetid; kan senere øges med 7,5 mg af gangen til optimal effekt; evt. fordelt over døgnet (obs: Høje doser kan give øget angst/agitation/aggression).
- Hjælp evt. til normal døgnrytme ved hjælp af melatonin eller et benzodiazepin med kort halveringstid til natten (fx zopiclone 3,75-7,5 mg)
- Ved særlige behov (fx ved betydelig aggression) kan evt. gives et antipsykotikum i lav dosering, helst kun i få dage (fx risperidon i doser på 0,25-1 mg (max 2-3 mg/dg)
- Obs! Antipsykotika har ofte dårlig effekt på hallucinationer og vrangforestillinger hos demente ældre, og behandling med antipsykotika medfører mange bivirkninger og signifikant øget dødelighed!

# Bivirkninger ved antipsykotisk behandling kan bl.a. være:

- Parkinsonistiske symptomer
- Sløvhed
- Gangforstyrrelser
- Fald
- Urinretention
- Forstoppelse
- Lunge – og urinvejsinfektioner
- Perifere ødemer
- Cerebrovaskulære hændelser
- Fald i kognitive funktioner
- Øget dødelighed som følge af bl.a. pneumoni, apoplexi og akutte kardiale arrytmier (sekundært til QTc-forlængelse)

# Psykofarmaka har ingen effekt på:

- Motorisk uro
- Råberadfærd
- Konfabulering
- Misidentifikation

## Psykofarmaka kan være indiceret ved:

- Betydelig aggressivitet
- Vedvarende vrangforestillinger
- Hallucinationer og tydelig forpintthed
- Vedvarende og tydelig emotionel anspændthed.

Men husk at behandlingen ikke må skade mere end den gavner!

## Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med antipsykotika til personer over 18 år:

- Plan for behandling
- Klar og entydig indikation
- Som minimum skal der være optaget en tilstrækkelig og grundig anamnese
- Være foretaget en objektiv undersøgelse
- Der skal opstilles en plan for behandlingen, der skal fremgå af patientjournal og epikrise

# Plan for behandling skal bl.a. indeholde:

- En kort og præcis indikation
- Beskrivelse af observationer og undersøgelser, der underbygger diagnosen
- Lægemidlets navn, styrke, dosis og doseringshyppighed
- Hvilken læge der er ansvarlig for den fortsatte medikamentelle behandling
- Forventet varighed, kontroller og evt seponeringsdato
- Forventede mål
- Plan for monitorering af effekt og mulige bivirkninger (basismonitorering) samt hvem der er ansvarlig for dette
- Tidspunkt for opfølgning og revision af planen

# Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile:

Hovedtræk:

- En læge eller tandlæge kan beslutte at tvangsbehandle en patient, som i ord eller handling modsætter sig en sundhedsfaglig behandling, jf. sundhedslovens § 5, som en værge, en nærmeste pårørende eller en fremtidsfuldmægtig har givet samtykke til efter § 18, stk. 1, i sundhedsloven, eller som en anden sundhedsperson med faglig indsigt på området eller Styrelsen for Patientsikkerhed har givet sin tilslutning til efter § 18, stk. 2 og 4, i sundhedsloven, hvis
  - 1) en undladelse af at behandle patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering vil føre til væsentlig forringelse af patientens helbred eller sundhedstilstand,
  - 2) behandlingen anses for nødvendig for at forhindre denne væsentlige forringelse og
  - 3) det efter en helhedsvurdering fremstår som den bedste løsning for patienten at gennemføre behandlingen.
- *Stk. 2.* Det er en betingelse for beslutninger om tvangsbehandling efter stk. 1, at patientens værge, nærmeste pårørende eller fremtidsfuldmægtig giver samtykke til, at behandlingen kan gennemføres ved tvang, eller at en anden læge eller tandlæge med faglig indsigt på området, som ikke tidligere har deltaget i eller skal deltage i behandlingen af den pågældende patient, giver sin tilslutning dertil.
- *Stk. 3.* Beslutninger om tvangsbehandling efter stk. 1 skal vedrøre en konkret og aktuel behandling. Beslutninger er gyldige i den periode, der er nødvendig for behandlingen, dog højst i 4 måneder.

- Læs selv den fulde lov/bekendtgørelse på [Retsinformation.dk](http://Retsinformation.dk)



# Om indlæggelse af demente..

- De fleste demente bliver mere forvirrede/dårlige af miljøskift. De skal derfor kun indlægges når det er ABSOLUT nødvendigt.
- Langt de fleste problemgivende tilstande hos demente er somatiske og bør derfor behandles på en somatisk afdeling – evt. som dobbeltindlæggelse under psykiatriloven, men med den nye lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile burde det sjældent være nødvendigt.

# Hvordan udreder vi for demens?

- Anamnese
- Objektiv undersøgelse
- Tests (fx MMSE, ACE, evt. neuropsykologisk us.)
- Blodprøver
- EKG
- CT- eller MR-Scanning af hjernen
- Evt. lumbalpunktur
- Evt. specialscanninger (FTG-PET, PET-PIB)

# Klinisk demensudredning

Er de diagnostiske kriterier for demens opfyldt?

- Svækkelse af flere mentale funktioner i forhold til tidligere
- Forringelse af den praktiske funktionsevne i hverdagen
- Varighed mindst 6 måneder

Samt UDELUKKELSE AF ANDRE ÅRSAGER!

(kommer forhåbentlig med i ICD-11)

## Forskelle mellem de 4 hyppigste demensformer

	<b>Alzheimer</b>	<b>Frontallap</b>	<b>Vaskulær</b>	<b>Lewy body</b>
<b>Stikord</b>	Opfattelsesdemens	Handledemens	Træghedsdemens	Deliragtig demens
<b>Hukom.-svæk.</b>	Udtalt	Let nedsat	Genkald.-problemer	Vekslende
<b>Handleevne</b>	Apraksi	Planløshed	Ofte apati	Vekslende
<b>Dømmekraft</b>	Rammes sent	Stærkt nedsat	Forskellig	Vekslende
<b>Personlighedsændring</b>	Sent	Tidligt	Kan ses	Mere træg

# Forskelle mellem de 4 hyppigste demensformer

	<b>Alzheimer</b>	<b>Frontallap</b>	<b>Vaskulær</b>	<b>Lewy body</b>
<b>Sprog</b>	Ordfindingsbesvær	Stereotypi mutisme	Ofte afasi eller dysartri	Ofte lavt og langsomt
<b>Gangforstyrrelser, fald, neurologi</b>	Meget sent	Sent	Ofte tidligt	Moderat tidligt
<b>Inkontinens</b>	Sent	Ret tidligt	Ofte tidligt	Moderat tidligt
<b>Legemlig svækkelse</b>	Sent	Sent	Tidligt	Moderat tidligt

## Differentialdiagnoser (i grove træk)

	Demens	Delir	Depression
Udvikling	Måneder	Timer til dage	Uger
Forløb	Gradvis	Fluktuerende	Gradvis
Emotioner	Indifferens, Evt trist/angst	Angst, vrede	Ulyst, trist, angst
Opmærksomhed	Naturlig	Fjernhed	Naturlig til "fjern"
Hallucinationer	Nogen gange	Hyppigt	Sjældent
Døgnrytme	Ofte normal	Ofte forstyrret	Bliver i seng om natten