

# Bedre behandling og pleje af mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer



En vejledning i god praksis for personale  
i sundhedssektoren og ældreplejen

2. udgave – juni 2017

# Indhold

|  |    |
|--|----|
| Om denne vejledning  | 3  |
| Indledning   | 4  |
| Brug af værktøjer  | 5  |
| Forløbsdiagram for personer der ikke får antipsykotisk medicin     | 6  |
| Forløbsdiagram for personer der allerede får antipsykotisk medicin | 7  |
| Forebyggelse   | 8  |
| Primære tiltag, løbende vurdering og opmærksom afventen            | 11 |
| Specifikke tiltag  | 15 |
| Ordination af antipsykotisk medicin                                | 21 |
| Ressourcer   | 24 |
| Bilag  | 25 |

# Om denne vejledning

---

**Denne vejledning i god praksis er udviklet af den britiske Alzheimerforening (*Alzheimer's Society*) i samarbejde med en engelsk ekspertgruppe af førende klinikere inden for demensområdet. Vejledningen har til formål at stille evidensbaseret støtte, rådgivning og redskaber til rådighed for et bredt udsnit af personale i sundhedssektoren og ældreplejen, som arbejder med mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Vejledningen er udformet som et praktisk og informativt redskab med vægt på alternativer til farmakologisk behandling.**

**Vejledningen er oversat og bearbejdet til dansk af Nationalt Videnscenter for Demens.**

Materialet i denne vejledning er tiltænkt alle personalegrupper undtagen ansatte i det akutte hospitalsmiljø. Vi håber, at det vil være til inspiration for praktikere i plejemiljøer, hvor dette aspekt af klinisk praksis vil få stadig mere opmærksomhed.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2013 en national klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens som led i den nationale handlingsplan for demensindsatsen. Som supplement hertil har Nationalt Videnscenter for Demens valgt at oversætte og tilpasse denne vejledning skrevet af britiske eksperter. Vurdering af den rette pleje og behandling til mennesker med demens skal altid tage udgangspunkt i den enkeltes behov, og ordination og seponering af medicin skal altid drøftes med lægen. Denne oversatte engelske vejledning er tænkt som inspiration.

'Korrekt ordination af medicin til personer med demens, som er en af de svageste grupper i samfundet, har afgørende klinisk betydning. En ordentlig vurdering og en grundig forståelse af betydningen af den vifte af tiltag, der er til rådighed for personer med demens, er afgørende for at give den korrekte og mest sikre behandling. Vi håber, at denne vejledning vil bidrage til at opnå dette'

**Professor Alistair Burns, *National Clinical Director for Dementia in England, Department of Health***

'De potentielt alvorlige bivirkninger og komplikationer, som er forbundet med antipsykotisk behandling ved demens, er blevet stadigt mere tydelige i løbet af det seneste årti. Det har været vanskeligt at ændre praksis vedrørende ordination af medicin på grund af de komplekse problemstillinger, som behandlingen af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens rejser. Det politiske krav om at mindske brugen af antipsykotisk medicin har været yderst vigtigt, men det er afgørende, at det sker inden for en ramme, som muliggør overordnet håndtering og behandling af symptomer såvel som ansvarlig og sikker ordination af antipsykotisk medicin og andre psykofarmaka, når der er indikation for det. *Alzheimer's Society* håber, at denne vejledning i god praksis udgør en praktisk, evidensbaseret ramme, som kan hjælpe personale i sundhedssektoren og ældreplejen til at yde den bedst mulige behandling og pleje af personer med demens.'

**Professor Clive Ballard, *Director of Research, Alzheimer's Society***

Ekspertgruppen blev anført af professor Alistair Burns og professor Clive Ballard. Dr Anne Corbett, research communications manager ved *Alzheimer's Society*, stod for udarbejdelsen af vejledningen i samarbejde med Alistair Burns og Clive Ballard på baggrund af ekspertgruppens anbefalinger og feed-back.

Ekspertgruppe: Clive Ballard, Sube Banerjee, Nina Barnett, Donald Brechin, Dawn Brooker, Alistair Burns, Peter Connelly, Anne Corbett, Jane Fossey, Clive Holmes, Julian Hughes, Gill Livingston, Deborah Sturdy og Simon Wright.

---

# Indledning

---

**Denne vejledning er udarbejdet med henblik på at støtte personale i sundhedssektoren og ældreplejen i valget af den bedst mulige behandling og pleje til mennesker med demens, som udviser adfærdsmæssige og psykiske symptomer.**

Det anslås, at der på nuværende tidspunkt (i 2017) er op imod 87.000 ældre med demens i Danmark, hvoraf mange bor i plejeboliger. Personer med demens oplever en lang række symptomer. Nogle symptomer kan påvirke deres adfærd, mens andre er personlige, indre oplevelser. Symptomerne omfatter uro, aggressivitet, hallucinationer og vrangforestillinger. Denne blandede gruppe af symptomer kan beskrives på mange måder. For klarhed og nemheds skyld er de i denne vejledning benævnt 'adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens' eller 'BPSD'. Forkortelsen BPSD er afledt af det engelske '*behavioural and psychological symptoms of dementia*', hvilket er en samlebetegnelse foreslået af *the International Psychogeriatric Association*.

Mere end 90 procent af personer med demens vil opleve BPSD som led i deres sygdom, og næsten to tredjedele af mennesker med demens i plejeboliger oplever disse symptomer på et eller andet tidspunkt. BPSD medfører lidelse hos den enkelte og øger belastningen af pårørende og pleje- og omsorgspersonale, og det kan resultere i alvorlige færemomenter for individet og andre. Mange af de personer, der oplever disse symptomer, har ikke myndighed til at tage informerede beslutninger om deres behandling. Gode praksisanbefalinger, såsom kliniske retningslinjer om demens fra Sundhedsstyrelsen og *the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, anbefaler psykosociale tiltag som primære tiltag og understreger vigtigheden af at vurdere helbredsproblemer og smerter, da disse ofte ligger til grund for udviklingen af BPSD. Det er også vigtigt ikke forhastet at igangsætte behandling, da mange personer med BPSD oplever væsentlig bedring eller ophør af symptomer i løbet af 4-6 uger.

I praksis bliver farmakologiske interventioner og særligt antipsykotisk medicin ofte brugt som den primære behandling. Selvom atypiske antipsykotika har en beskedent effekt ved behandling af aggression og psykoser gennem en 6-12 ugers periode, er de også forbundet med en række alvorlige bivirkninger og komplikationer som fx sløvhed, parkinsonisme, gangforstyrrelser, dehydrering, fald, lungebetændelse, forværring af kognitiv svækkelse, apopleksi og dødsfald.

Sundhedsdatastyrelsen har opgjort, at der i 2014 var godt 7.000 ældre med demens, der fik behandling med antipsykotika. Baseret på engelske erfaringer kan det anslås, at behandlingen med antipsykotika medfører ca. 117 ekstra tilfælde af cerebrovaskulær sygdom, heraf ca. 58 alvorlige, og ca. 70 ekstra dødsfald i løbet af 6-12 ugers behandling.

Selvom der i diverse kliniske vejledninger er beskrevet mange udmærkede principper for praksis, er disse dokumenter lange og mangler ofte de praktiske detaljer, som er nødvendige for, at de kan anvendes klinisk.

Formålet med denne vejledning er at opstille enkle og praktiske retningslinjer, som skal gøre det muligt at implementere principperne fra vejledninger i god praksis for behandling af BPSD i den kliniske hverdag. Den er beregnet til at blive anvendt som standardværktøj, hvor der er brug for det, men den er ikke beregnet til brug i det akutte hospitalsmiljø.

---




**90% af personer med demens vil opleve BPSD**

---

# Brug af værktøjer

---

Værktøjerne er baseret på en simpel trinvis model for plejen baseret på de farver, man kender fra et lyssignal. Farverne repræsenterer:

|   |   |  |
|---|---|--|
|    | <b>Grøn – Ingen symptomer</b><br>Simple forebyggende tiltag   | <b>Forebyggelse</b>  |
|    | <b>Orange – Lette eller moderate symptomer</b><br>Generelle tiltag med lav intensitet                 | <b>Opmærksom afventen</b>  |
|  | <b>Rød – Svære symptomer</b><br>Specifikke tiltag og retningslinjer for brug af antipsykotisk medicin | <b>Specifikke tiltag</b><br><b>Ordination af antipsykotisk medicin</b> |

Der er udarbejdet to enkle forløbsdiagrammer, som kan bruges afhængigt af, om personen med demens allerede får antipsykotisk medicin eller ej. Forløbsdiagrammerne skal bruges til at vælge den bedste pleje og behandling af personer med demens. Yderligere vejledninger, diagrammer og plejeplaner er farvekodede og nummererede til brug på hvert af de tilsvarende trin om nødvendigt.

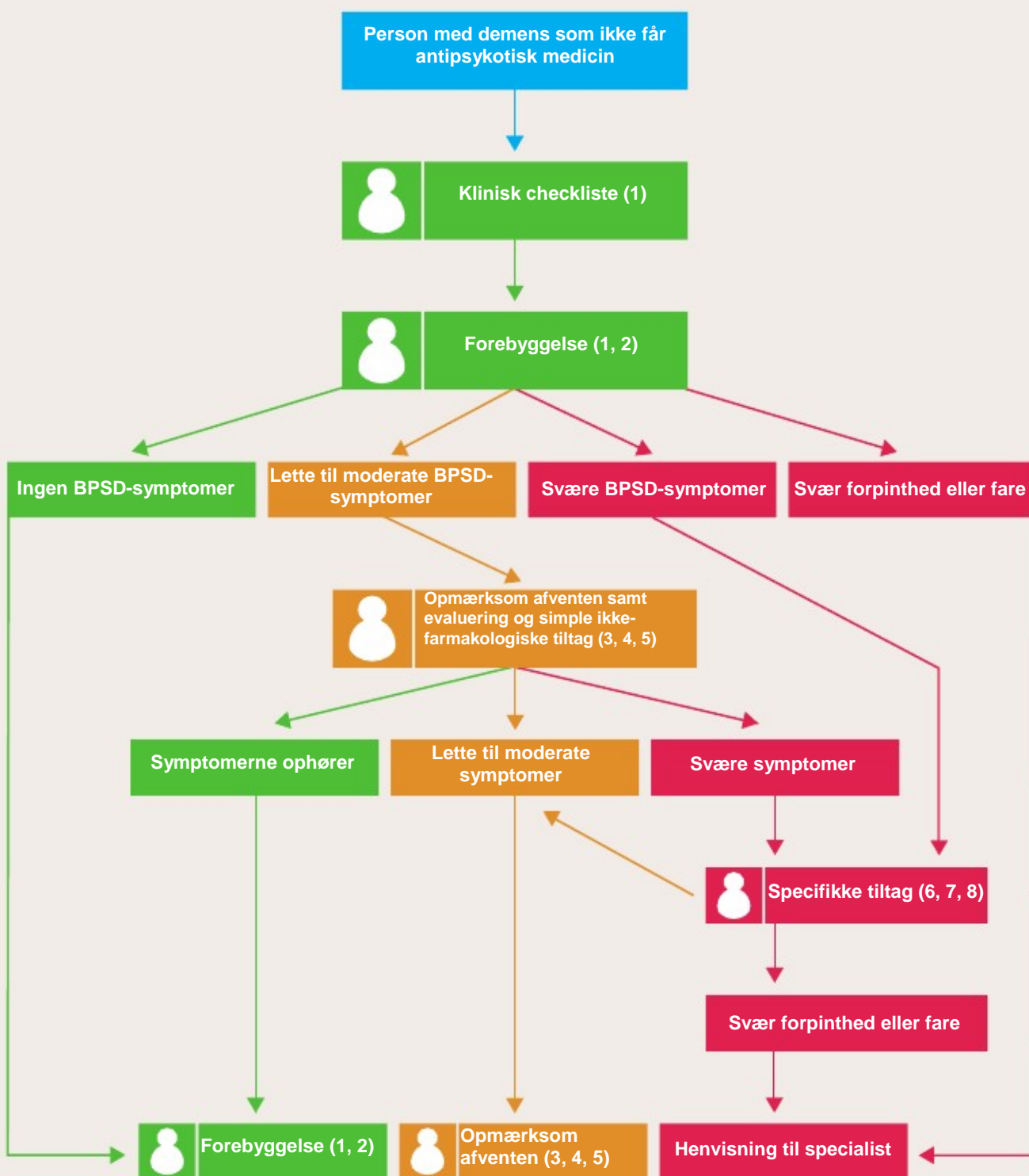
---

Ca. hver fjerde beboer i plejebolig får antipsykotisk medicin

---

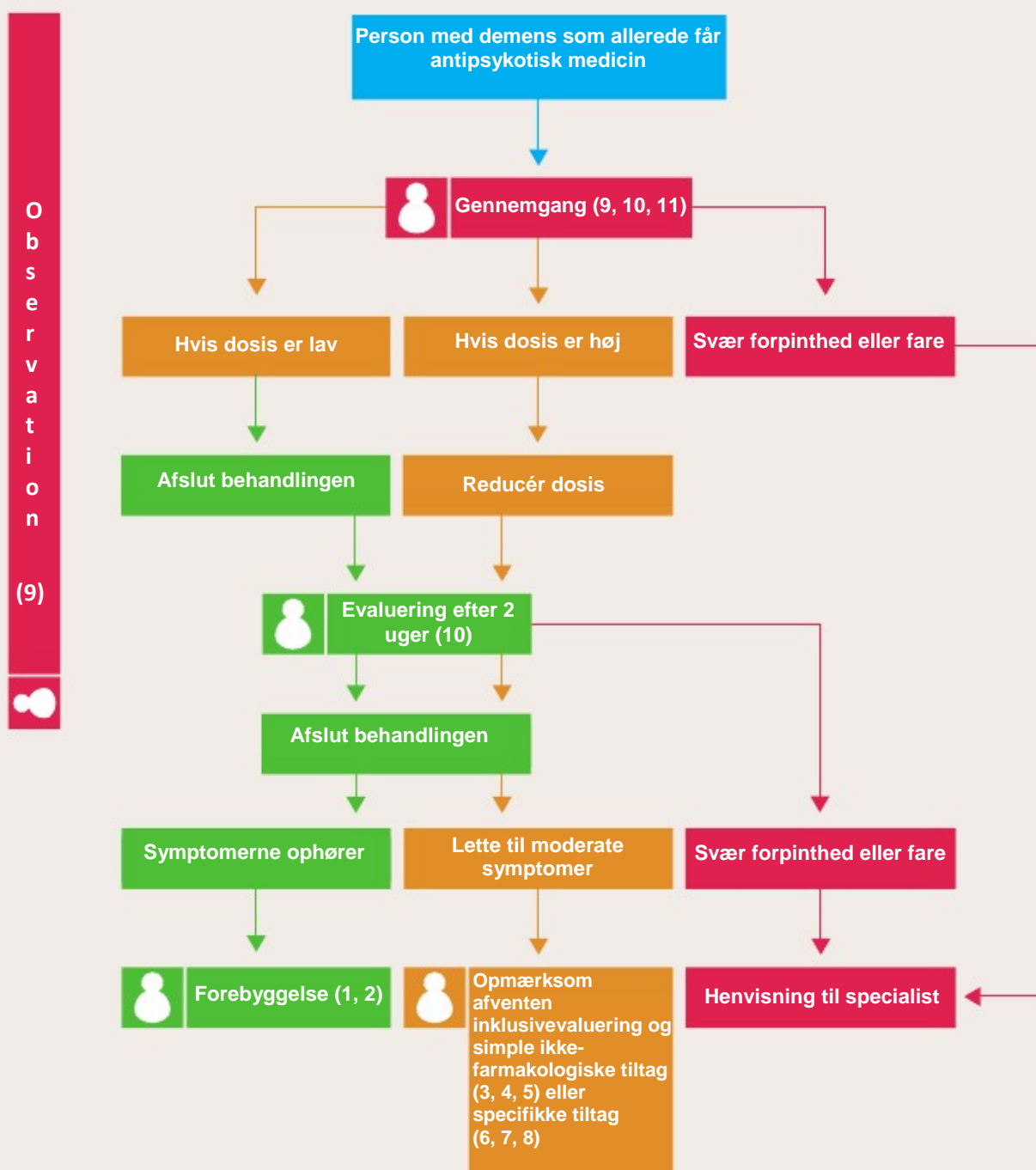
# Forløbsdiagram for personer der ikke får antipsykotisk medicin

Numrene i parentes henviser til de nummererede skemaer og værktøjer i denne vejledning.



# Forløbsdiagram for personer der allerede får antipsykotisk medicin

Numrene i parentes henviser til de nummererede skemaer og værktøjer i denne vejledning.





# Forebyggelse

## Klinisk checkliste

Denne checkliste skal udfyldes for hver person med demens og vedlægges journalen.

Navn:

Aktuel diagnose:

### Generelle adfærdsmæssige og psykiske symptomer

Inkluder kendte symptomer og oplysninger baseret på personcentreret pleje (se 2: Forebyggelse vejledning)

Eventuelt kan et globalt klinisk vurderingsinstrument som Gottfries-Bråne-Steen skalaen (GBS), Global Deterioration Scale (GDS), Clinical Dementia Rating (CDR) eller en Global Impression of Change (CGIC) skala anvendes.

### Andre symptomer :

Notér alle andre væsentlige symptomer i de relevante rubrikker. I enkelte rubrikker er anført relevante vurderingsinstrumenter.

**Smerte** (Instrument : Mobid Pain Scale)

**Depression** (Instrument: Cornell Scale for Depression in Dementia)

**Neuropsykiatriske symptomer** (Instrument: Neuropsychiatric Inventory)

**Delir og konfusion** (Instrument : Confusion Assessment Method)

**Andre relevante helbredsproblemer**

Underskrift:

Dato:





# Forebyggelse

## Vejledning

Personer med demens oplever ofte adfærdsmæssige og psykiske symptomer (BPSD), og mange personer får ordineret farlig antipsykotisk medicin. Nogle enkle tiltag kan imidlertid forbygge symptomernes udvikling, før det bliver nødvendigt at ordinere medicin.

Denne vejledning gennemgår de vigtigste skridt, man kan tage for aktivt at forebygge symptomer.

### Helbredsundersøgelse

En grundig helbredsundersøgelse er vigtig for at udelukke generelle helbredsproblemer, som kan have indflydelse på personen med demens' livskvalitet, velbefindende eller andre symptomer. Især smerter kan være en hovedårsag til uro og aggression. Infektioner (fx urinvejsinfektion) kan forværre en lang række BPSD-symptomer. Dehydrering, forstoppelse og fejlernæring kan også udløse BPSD. Registrér alle klinisk væsentlige adfærdssymptomer.

Følgende bør gennemføres for hver person med demens:

- En helbredsundersøgelse (herunder gennemgang af medicin)
- Udfyld checklisten over specifikke, klinisk væsentlige symptomer (se 1: Forebyggelse – Klinisk checkliste)

### Forståelse af demens

Det er vigtigt, at alt pleje- og omsorgspersonale er opmærksomme på og forstår pågældendes behov og har kendskab til personcentreret pleje. Demens påvirker personer på forskellig måde og medfører en bred vifte af symptomer. Det vil sige, at der ikke findes én fælles behandlings- og plejestrategi, som kan bruges på alle.

Forskellige former for demens kræver forskellige tilgange til behandling afhængigt af symptomerne og hvilke typer af medicin, der egner sig til pågældende demensform.

Det er også vigtigt at anerkende, at adfærdsmæssige og psykiske symptomer ikke er udtryk for "dårlig opførsel". Symptomerne er ofte forbundet med biokemiske forandringer i hjernen eller udløst af sociale og miljømæssige faktorer. Simple tilpasninger af miljøet og den sociale interaktion kan gøre en forskel.

### Afdækning af udløsende faktorer og tidlige tegn

Afdækning af udløsende faktorer og tidlige tegn, som går forud for adfærdsmæssige og psykiske symptomer, er afgørende. I de fleste tilfælde kan simple tiltag rettet mod de tidligste tegn forhindre udviklingen af symptomer. Særlige ting at lægge mærke til er:

- Smerter, utilpashed, fejlernæring, dehydrering, kedsomhed og somatisk sygdom – disse er almindelige udløsende faktorer, som ofte overses
- Stress, irritabilitet, humørsvingninger og mistænksomhed
- Personen med demens virker tiltagende forpint
- Tidlige tegn kan af og til observeres på bestemte tidspunkter af døgnet og kan pege på særlige udløsende faktorer
- Selvom det sjældent er en udløsende faktor, er det også vigtigt at være opmærksom på tegn på omsorgsvigt og overgreb.

### Farmakologisk behandling

Acetylcholinesterasehæmmere og Memantin er godkendt til henholdsvis let-moderat og moderat-svær Alzheimers sygdom. Der foreligger nogen evidens for, at begge typer af medicin kan forsinke udvikling af BPSD, hvilket er endnu en fordel ved at udnytte disse aktuelt tilgængelige behandlingsmuligheder.

---

**Smerte udgør en af de hyppigste årsager til BPSD**

---



# Forebyggelse

## Vejledning

### Personcentreret pleje

Denne tilgang til pleje er baseret på en forståelse af livshistorie og erfaringer (arbejde, privatliv, hobbyer, familie, miljø, religiøse overbevisning, holdninger), hvad han/hun kan lide og ikke kan lide, og at man sætter sig ind i vedkommendes syn på tingene. Det er også vigtigt at sørge for, at personen med demens har mulighed for menneskelig kontakt og nære relationer til andre. Vigtige spørgsmål er:

- Bliver personen med demens behandlet med værdighed og respekt?
- Har I kendskab til pågældendes livshistorie, livsstil, kultur og præferencer?
- Prøver plejepersonalet at se situationen fra den pågældendes perspektiv?
- Har den pågældende mulighed for at have samvær med andre?
- Har den pågældende mulighed for stimulation og meningsfulde oplevelser?
- Er familien eller omsorgspersonen taget med på råd?
- Afspejler plejeplanen den pågældendes behov og evner?

Mere detaljerede tilgange til personcentreret pleje er skitseret i **4: Vejledning i opmærksom afventen**.

Det kan være nyttigt at uddanne personalet i personcentreret pleje.

### Det fysiske miljø

Det er vigtigt at være opmærksom på, hvilket fysisk miljø personen befinder sig, og hvilken indvirkning det har. Centrale spørgsmål kan være:

- Er personen sengeliggende eller siddende, er vedkommende så tilpas og uden tryksår?
- Er TV eller radio stillet ind på en kanal, som pågældende kan forholde sig til og have glæde af?
- Hvis den pågældende er mobil, er der så mulighed for at bevæge sig frit omkring, og er der adgang til udendørs arealer?
- Oplever den pågældende omgivelserne som hjemlige? Er der ting, som hjælper vedkommende til at føle sig hjemme?
- Er der nogen hjælpemidler, der kunne bidrage til at øge graden af frihed eller sikkerhed?
- Har den pågældende briller, der passer, og er de pudsede?
- Er høreapparatet tændt, og virker det?
- Er det for varmt eller for koldt?
- Er den pågældende sulten? Nogle mennesker med demens glemmer at spise.

---

Pludseligt opstået BPSD har ofte en fysisk årsag. Gradvist indsættende BPSD kan være forbundet med depression

---



# Primære tiltag, løbende vurdering og opmærksom afventen

## Klinisk checkliste

Opmærksom afventen er en aktiv proces af 4 ugers varighed, hvor man dels foretager en løbende vurdering af de faktorer, der påvirker adfærden, og dels anvender nogle enkle ikke-farmakologiske behandlinger. Opmærksom afventen betyder ikke "at lade stå til". En stor del af de mennesker med demens, som har adfærdsmæssige og psykiske symptomer, oplever væsentlig bedring efter 4 uger uden nogen specifik behandling. Opmærksom afventen er den sikreste og mest effektive behandlingsmæssige tilgang, medmindre der foreligger en alvorlig risiko eller personen med demens er meget forpint. Denne checkliste giver dig nogle ideer til undersøgelsesredskaber og til ikke-farmakologiske behandlinger, som kan øge sandsynligheden for et godt resultat, mens den opmærksomme afventen står på.

Navn:

Aktuel diagnose:

### Generelle psykiske og adfærdsmæssige symptomer

Inkluder kendte symptomer og oplysninger baseret på personcentreret pleje  
(se 4: Vejledning i opmærksom afventen)

Eventuelt kan et globalt klinisk vurderingsinstrument som Gottfries-Bråne-Steen skalaen (GBS), Global Deterioration Scale (GDS), Clinical Dementia Rating (CDR) eller en Global Impression of Change (CGIC) skala anvendes.

### Andre symptomer

Notér alle andre væsentlige symptomer i de relevante rubrikker. I enkelte rubrikker er anført relevante vurderingsinstrumenter.

**Smerte** (Instrument : Mobid Pain Scale)

**Depression** (Instrument: Cornell Scale for Depression in Dementia)

**Neuropsykiatriske symptomer** (Instrument: Neuropsychiatric Inventory)

**Delir og konfusion** (Instrument : Confusion Assessment Method)

**Andre relevante helbredsproblemer**

Underskrift:

Dato:



# Primære tiltag, løbende vurdering og opmærksom afventen

Vejledning

## Helbredsundersøgelse

Enhver, som har begyndende BPSD, bør gennemgå en fuld helbredsundersøgelse.

Første skridt ved håndtering af adfærdsmæssige og psykiske symptomer er at udarbejde en enkel **klinisk plejeplan (5)** for enkle ikke-farmakologiske behandlinger baseret på personcentreret pleje. Det er vigtigt, at planen lægges ud fra personen med demens behov, evner og interesser. Vigtige overvejelser kan være:

- Forstår plejepersonalet, hvordan den pågældende har det? Er planerne baseret på den pågældendes syn på tingene?
- Hvilke præferencer og meninger har den pågældende?
- Overvej den pågældendes relationer til andre mennesker. Hvordan bliver der støttet op om disse?
- Hjælper plejepersonalet den pågældende til at føle sig socialt tryk og ikke alene?
- Hvordan bliver den pågældende inddraget i samtaler og plejen?
- Hvordan vises der respekt, varme og accept?
- Bliver den pågældendes bekymringer taget alvorligt og tages der hånd om dem?
- Hvordan er personens livshistorie, kultur og interesser?
- Har den pågældende problemer med sanserne (fx syn eller hørelse)?
- Er der problemer med at kommunikere?
- Har pågældende nogen fysiske behov eller problemer med at bevæge sig?
- Har plejepersonalet overvejet, om den pågældende kan hjælpes med problemer med forarbejdning af sanseindtryk eller hukommelse?

Det kan gøre en betydelig forskel, hvis udarbejdelsen af en specifik personcentreret pleje- og aktivitetsplan foregår i samarbejde med pårørende og/eller med plejepersonalet.

## Beroligende og kreative behandlinger

Selvom der ikke er sikker evidens for virkningen, kan aromaterapi og massage virke beroligende. Det samme gælder varme håndklæder, duft af mad, eller at få sit hår børstet eller modtage manicure. Musik kan hjælpe med til at bedre humøret. Musik fra personen med demens' fortid kan frembringe gode minder. Sang og dans kan give energi og løfte stemningen. Det kan være en hjælp at prøve disse ting, hvis det er muligt i plejemiljøet.

## Enkle ikke-farmakologiske behandlinger

Disse kan omfatte :

- at udarbejde en livshistorie (fx scrapbog)
- hyppige, korte samtaler (helt ned til 30 sekunder har vist sig at have effekt)
- at udnytte den personlige pleje som en mulighed for positiv social interaktion

## Søvnhygiejne

Det kan hjælpe at overveje at:

- nedsætte mængden af søvn om dagen
- øge mængden af aktiviteter i dagens løb
- opnå enighed om realistiske forventninger til varigheden af søvn

## Tag de pårørende med på råd

Det er vigtigt at drøfte symptomer og behandling med de pårørende. De kan ofte bidrage til at kaste lys over baggrunden for symptomerne og give forslag til aktivering og samvær med personen.

---

**De fleste tilfælde af BPSD ophører af sig selv efter fire uger uden farmakologisk behandling**

---



# Primære tiltag, vedvarende vurdering og opmærksom afventen

## Klinisk plejeplan (uge 0)

Dette skema skal udfyldes, når der opstår lette til moderate adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Skemaet skal bruges sammen med en helbredsundersøgelse og sammen med skema 4: Opmærksom afventen.

Navn:

Aktuel diagnose:

### Uge 0

#### Hvilke symptomer er der?

Hvor alvorlige er de?

Lette

Moderate

Svære

#### Hvilke faremomenter er der?:

For personen selv

For andre

#### Hvor forpint er personen?

Hvordan ville det hjælpe personen, at der blev gjort noget ved disse faremomenter ?

#### Hvilke værktøjer til opmærksom afventen findes i plejeplanen?

Evaluering af opmærksom afventen er udført  (skriv et kort resumé af resultatet af vurderingen)

Kort resumé af opmærksom afventen plejeplan (baseret på 4: [Vejledning til opmærksom afventen](#))

Hvad ville være et tegn på bedring hos denne person (skal bruges som evalueringsmål)?

Hvad er planen for yderligere vurdering og støtte?

Underskrift:

Dato:



# Primære tiltag, vedvarende vurdering og opmærksom afventen

Klinisk plejeplan (uge 1-4)

## Uge 1 - 4: Registrering af bedring

Dette felt bruges af plejepersonalet til at beskrive tiltag og forandringer i adfærd.

Uge 2 : Klinisk evaluering er udført

Underskrift:

Dato:

## Uge 4

Er der bedring af symptomerne? Har det været tegn på bedring vurderet ud fra evalueringsmålet (beskrevet i uge 0)?

Er der nogen faremomenter for personen eller andre? Er disse øget eller mindsket i perioden med opmærksom afventen ?

Er personen forpint ? Er dette blevet værre eller bedre i perioden med opmærksom afventen?

Hvad er den aktuelle plejeplan?

- Forebyggelse
- Henvisning til specialist
- Fortsætte med opmærksom afventen (anfør detaljer vedrørende planen)

Underskrift:

Dato:



# Specifikke tiltag

## Klinisk checkliste

Hvis de adfærdsmæssige og psykiske problemer ikke er bedret i løbet af perioden med opmærksom afventen, er det på tide at afprøve en specifik intervention skræddersyet til den enkelte. Denne kliniske checkliste bør udfyldes ved hjælp af vejledningen om specifikke tiltag (7) efterfulgt af udarbejdelse af en klinisk plejeplan (8).

Navn:

Aktuel diagnose:

### Generelle symptomer :

Inkluder kendte symptomer og oplysninger baseret på person-centreret pleje  
(Se 7: Vejledning til specifikke tiltag)

Resumé af faremomenter og forpinthed hos personen :

Eventuelt kan et globalt klinisk vurderingsinstrument som Gottfries-Bråne-Steen skalaen (GBS), Global Deterioration Scale (GDS), Clinical Dementia Rating (CDR) eller en Global Impression of Change (CGIC) skala anvendes.

### Andre symptomer

Notér alle andre væsentlige symptomer i de relevante rubrikker I enkelte rubrikker er anført relevante vurderingsinstrumenter.

**Smerte** (Instrument : Mobid Pain Scale)

**Depression** (Instrument: Cornell Scale for Depression in Dementia)

**Neuropsykiatriske symptomer** (Instrument: Neuropsychiatric Inventory)

**Delir og konfusion** (Instrument : Confusion Assessment Method)

**Andre væsentlige helbredsproblemer**

Underskrift:

Dato:





# Specifikke tiltag

## Vejledning

**Hvis symptomerne stadig er til stede efter perioden med opmærksom afventen, er det på tide at afprøve specifikke tiltag. Psykosociale tiltag skal forsøges før farmakologisk behandling anbefales.**

### Helbredsundersøgelse

Enhver som har vedvarende BPSD skal gennemgå en grundig helbredsundersøgelse.

### Psykosociale tiltag

Psykosociale tiltag er mere individuelt tilpassede, systematiske tilgange til personcentreret pleje end de tidligere omtalte under opmærksom afventen.

Følgende skridt bør tages for at udarbejde en **specifik interventionsplan (8)**:

- Grundig undersøgelse af fysisk og psykisk helbred inklusiv **6: Klinisk checkliste**
- Overvej alle aspekter af personcentreret pleje (se **4: vejledning til opmærksom afventen**)
- Tag de pårørende med på råd for at finde den bedste tilgang
- Lav specifikke tiltag (de korte og enkle tiltag, som er skitseret nedenfor, har vist sig at være effektive og kan udføres af plejepersonale med støtte fra en demenskyndig kliniker)
- Overvej om plejepersonalet har brug for særlig undervisning om demens (uddannelse af personalet i personcentreret pleje kan mindske brugen af antipsykotisk medicin og dæmpe uro).

### Bedring af social interaktion

Korte psykosociale tiltag går ud på at beskæftige personen med demens på nogle måder, som vedkommende synes er interessante og underholdende. Det bør generelt dreje sig om 10-30 minutter dagligt med samtaler på tomandshånd eller aktiviteter baseret på den pågældendes hobbyer, livshistorie og evner kombineret med feedback fra plejepersonalet eller pårørende.

### Fremme af positive aktiviteter og fysisk træning

Der er evidens for at fysisk træning og fremme af behagelige oplevelser forbedrer fysisk funktionsniveau, tænkning og humør. Som eksempler kan nævnes:

- fysisk træning - let udstrækning, styrketræning, balance- og udholdenhedstræning
- meningsfulde oplevelser – opbyg en forståelse af, hvad personen med demens kan lide og interesserer sig for, og brug det til at engagere pågældende i træning eller aktiviteter
- problemløsning – bed personen selv give forslag til, hvordan træningen kan blive mere fornøjelig eller effektiv.

### Individuelle aktiviteter

Lav en oversigt over meningsfulde aktiviteter, som er individuelt tilpasset, og som kan udføres sammen med plejepersonalet. Eksempelvis:

- Se på fotografier eller billeder fra den pågældendes liv
- Spille bestemte spil eller lægge puslespil
- Lave en udklipsbog eller lignende enkelt, kreativt projekt
- Gå en tur

---

**Mindst to tredjedele af beboerne i plejeboliger har en demenssygdom**

---





# Specifikke tiltag

## Vejledning (fortsat)

### Farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling kan forsøges ved særlige symptomer som beskrevet nedenfor (og baseret på **6: klinisk checkliste**).

#### Depression

Effekten af farmakologisk behandling af depression hos personer med demens er ikke dokumenteret. Der er evidens for, at positive oplevelser og fysisk træning er effektive mod let til moderat depression. Mod svær depression kan farmakologisk behandling være det rigtige.

#### Søvnforstyrrelser

Når søvnforstyrrelser udgør det største problem og tiltag vedrørende søvnhygiejne ikke virker, kan kortvarig (4 ugers) behandling med et hypnotikum. Behandlingen støttes imidlertid kun af anekdotisk evidens.

#### Uro, aggression og psykotiske symptomer

Hvis alle andre specifikke tiltag har været uden virkning, og symptomerne medfører udtalt forpinthed eller faremomenter, kan farmakologisk behandling målrettet adfærdsmæssige og psykiske symptomer forsøges. Der foreligger kun foreløbig evidens for effekten af smertestillende medicin og demenslægemidler, omend disse kan have en bedre sikkerhedsprofil end antipsykotisk medicin.

#### Analgetika

Behandling med analgetika bør tilrettelægges på basis af løbende smerteobservation.

#### Behandling med Alzheimermedicin

Der foreligger evidens for, at acetylkolinesterasehæmmere (donepezil, rivastigmin, galantamin) samt memantin kan forbedre det kognitive funktionsniveau hos mennesker med demens præget af uro. Evidensen peger i retning af, at acetylkolinesterasehæmmere ikke specifikt afhjælper uro.

### Antipsykotika

Antipsykotiske lægemidler er kendt for at være skadelige og kan have alvorlige bivirkninger hos patienter med demens.

I Danmark er ingen antipsykotika eller andre psykofarmaka indregistreret til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. En arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen gav i 2005 følgende vurderinger og anbefalinger<sup>1</sup> :

- Antipsykotika er uden effekt på adfærdsproblemer som rastløshed, motorisk uro, råbeadfærd, gåen ind til andre, bortgang fra plejehjem, natteuro, m.v.
- Antipsykotika kan evt. afdæmpe symptomer som angst, tristhed, irritabilitet og vrede, hallucinationer og vrangforestillinger, men har alvorlige bivirkninger som sedation, parkinsonisme, ortostatisme med risiko for fald og fraktur.
- Dosering af antipsykotika til ældre er - afhængig af præparat - mellem en tiendedel og halvdelen af de doser, der normalt benyttes ved skizofreni. Højdosispræparater, som fx levomepromazin, er kontraindicerede.
- Allerede ved start af behandlingen bør en seponeringsdato fastsættes. Behandlingsvarigheden bør almindeligvis ikke være længere end 1-2 uger.<sup>2</sup>

### Advarsel: antipsykotika bør ikke gives til patienter med Lewy body demens uden vejledning fra en specialist.

Behandling med f.eks. benzodiazepiner er uden dokumenteret effekt og kan øge risikoen for fald og andre bivirkninger.

1. Forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre. Rapport fra arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen (2005)

2. Se også Gulmann, N. C. (2006). Psykofarmaka til ældre med delir eller demens. Rationel Farmakoterapi [1], 1-4



# Specifikke tiltag

Klinisk plejeplan (Uge 0)

Navn:

Aktuel diagnose:

## Uge 0 :

**Hvad er symptomerne?**

**Hvilke faremomenter er der:**

For personen selv?

For andre?

**Hvor forpint er personen?**

**Hvorfor kræver denne grad af faremomenter og forpintehed en specifik behandling?**

**Hvordan ville det hjælpe personen, at der blev gjort noget ved disse faremomenter?**

Helbredsundersøgelse gennemført

Klinisk checkliste udført

Personcentreret pleje er evalueret

**Resumé resultatet af evalueringen af den personcentrerede pleje:**



# Specifikke tiltag

Klinisk plejeplan (uge 0 fortsat)

De vigtigste aspekter ved faremomenter og forpinthed :

Mål med plejeplanen (hvad ville et tegn på bedring være for denne person ?) :

Hvordan måles bedring?

Hvad er begrundelsen for valg af intervention (særligt psykosocial vs. farmakologisk)?

Hvilken form for observation af bivirkninger er iværksat ?

Underskrift:

Dato:

Hvis farmakologisk behandling er valgt henvises til

**9: Ordination af antipsykotika – vejledning i observation af bivirkninger.**



# Specifikke tiltag

Klinisk plejeplan (uge 6-12)

## Uge 6 –12

Er der bedring af symptomerne? Har det været tegn på bedring vurderet ud fra evalueringsmålet (beskrevet i uge 0)?

Er der nogen faremomenter for personen eller andre? Er disse øget eller mindsket i perioden med specifikke tiltag?

Er personen forpint ? Er dette blevet værre eller bedre i perioden med specifikke tiltag?

Hvad er den aktuelle plejeplan?

Opmærksom  
afventen

Henvi-  
sning til  
specialist

Fortsætte specifikke tiltag (anfør detaljer vedrørende planen) :

Underskrift:

Dato:

Hvis farmakologisk behandling er valgt henvises til

**9: Ordination af antipsykotika – vejledning i observation af bivirkninger.**



# Ordination af antipsykotisk medicin

## Vejledning i observation af bivirkninger og plan for observation

**Antipsykotiske lægemidler er kendt for at være skadelige og kan have alvorlige bivirkninger hos patienter med demens. Det er afgørende, at man holder systematisk øje med enhver, der behandles med sådanne lægemidler, med henblik på at registrere eventuelle bivirkninger samt følge udviklingen af symptomer. Nedenstående plan bør lægges for alle personer med demens, der får ordineret antipsykotisk medicin.**

### Bivirkninger ved antipsykotiske lægemidler

De væsentligste bivirkninger ved antipsykotisk medicin er parkinsonisme, fald, dehydrering, lungebetændelse, ankelødem, dyb venetrombose/blodprop i lungen, hjerterytmeforstyrrelse og apopleksi (risikoen er størst i de første fire uger af behandlingen).

Antipsykotisk medicin er også forbundet med øget dødelighed på længere sigt (ofte relateret til lungebetændelse og tromboemboliske episoder), hvilket kan være forårsaget af for stærk sedering og dehydrering.

Ugentlig observation af sedering, væskeindtag og tidlige tegn på lungebetændelse må stærkt anbefales.

**Advarsel: antipsykotika bør ikke gives til patienter med Lewy body demens uden vejledning fra en specialist.**

Navn:

Aktuel diagnose:

Aktuelle ordination:

Observation ved alment praktiserende læge / praksissygeplejerske:

Daglig observation ved plejepersonale:

Overordnet plan for observation og evaluering:

Underskrift:

Dato:



# Ordination af antipsykotisk medicin

## Vejledning i evaluering

**Alle ordinationer af antipsykotika bør evalueres efter et par uger. Seponering bør være reglen fraset i helt særlige tilfælde. Ordination og seponering af medicin skal drøftes med lægen. Denne vejledning kan anvendes ved evaluering af ordinationer og ved udfyldelse af evalueringsskemaet (11) på næste side.**

### Seponering af antipsykotisk behandling

**70 % af personer med demens får ikke forværring af symptomerne, når den antipsykotiske behandling afbrydes.**

For de personer, hvor symptomerne forværres, er de første fire uger de vanskeligste, men det håndteres ofte effektivt med opmærksom afventen, hvilket forebygger behovet for at genoptage den antipsykotiske behandling. Risikoen for at de adfærdsmæssige og psykiske symptomer blusser op igen er størst, hvis:

- seponering af behandlingen tidligere har medført opblussen af symptomer
- den pågældende aktuelt har svære symptomer.

**Hvis personen med demens er i behandling med en lav dosis**, så seponér behandlingen med det samme og påbegynd observation.

**Hvis personen med demens er i behandling med en højere dosis**, bør dosis nedtrappes i løbet af en måned

- Start med at halvere dosis i to uger
- Lægelig gennemgang efter to uger
- Afbryd behandlingen helt efter yderligere to uger

Med mindre der er en udtalt risiko, eller patienten er svært forpint, er den generelle anbefaling at seponere den antipsykotiske behandling og monitorere/evaluere tilstanden ved hjælp af opmærksom afventen eller specifikke tiltag (se vejledningen vedrørende opmærksom afventen/specifikke tiltag (3, 4, 5, 6, 7, 8)).

Hvis symptomerne fortsætter med at være alvorlige (med tilhørende alvorlig risiko og/eller forpint) og fortsat behandling med antipsykotisk medicin skønnes nødvendig, anbefales det at søge specialishjælp. Vedrørende fortsat observation af bivirkninger henvises til **9: Ordination af antipsykotisk medicin - Vejledning i observation af bivirkninger og plan for observation**

---

**Mindst 30 % af antipsykotiske behandlinger kan reduceres i dosis eller seponeres uden nogen skadelige virkninger**

---



# Ordination af antipsykotisk medicin

## Evalueringsskema

Dette skema bør udfyldes for alle patienter før seponering eller fortsat ordination af antipsykotisk medicin. Alle ordinationer bør evalueres efter et par uger.

Navn:

Aktuel diagnose:

Aktuelle ordinationer:

### Hvad er symptomerne?

Hvor alvorlige er de?    Lette     Moderate     Svære

### Hvilke færemomenter er der:

For personen selv?

For andre?

Hvor forpint er personen?

Hvordan ville det hjælpe personen, at der blev gjort noget ved disse færemomenter?

### Beslutning om behandling:

Seponér     Fortsæt ordination     Detaljer:

Hvad ville være et tegn på væsentlig bedring eller stabilisering hos denne person?

Hvad er planen for fremtidig evaluering?

Hvis antipsykotisk medicin seponeres, hvilken form for ekstra støtte er så nødvendig i de første fire uger efter seponering?

Underskrift:

Dato:

# Ressourcer

---

## Instrumenter til screening og vurdering

Et bredt udvalg af vurderings- og screeningsinstrumenter foreligger i Burns, A., Lawlor, B., & Craig, S. (2004). *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. (2nd ed.) London: Martin Dunitz, Taylor & Francis Group. Nogle af disse instrumenter kan findes gratis på internettet, men vi anbefaler, at forhold vedrørende copyright undersøges, før de tages i brug. Et udvalg af hyppigt anvendte vurderings- og screeningsinstrumenter i Danmark er beskrevet på National Videnscenter for Demens hjemmeside: [www.videnscenterfordemens.dk/vaerktoejer](http://www.videnscenterfordemens.dk/vaerktoejer)

## Vejledninger i best practice

Der foreligger en engelsk vejledning: *Dementia (CG42): Supporting people with dementia and their carers in health and social care (2006) National Institute for Health and Clinical Excellence*. Online-udgave: <http://egap.evidence.nhs.uk/CG42/>

*Good practice in prescribing medicines – guidance for doctors*. General Medical Council. Ligger online på: [www.gmc-uk.org/guidance/ethical\\_guidance/prescriptions\\_faqs.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/prescriptions_faqs.asp)  
*British National Formulary*. Online på: [www.bnf.org](http://www.bnf.org)

Den danske Sundhedsstyrelse har udgivet flere relevante rapporter, der kan downloades fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

1) *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens*. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.

2) *National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium*. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

3) Sørensen, L. V. (2010). *Demens: Ikke-farmakologiske interventioner - en kommenteret udenlandsk medicinsk teknologivurdering* (Rep. No. 3 (3)). København: Sundhedsstyrelsen. Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering : [www.sst.dk/publ/publ2008/MTV/demens/MTV\\_demens\\_rapport.pdf](http://www.sst.dk/publ/publ2008/MTV/demens/MTV_demens_rapport.pdf)

Institut for Rationel Farmakoterapi har udgivet et nummer om psykofarmaka til ældre med delir eller demens: Gulmann, N. C. (2006). Psykofarmaka til ældre med delir eller demens. *Rationel Farmakoterapi*, 1-4 : [www.irf.dk/download/pdf/rf/2006/rf012006.pdf](http://www.irf.dk/download/pdf/rf/2006/rf012006.pdf)

Der foreligger endvidere en dansk statusartikel om emnet :

Lolk A, Andersen K. Udredning og behandling af adfærdsforstyrrelser hos demente. *Ugeskrift for Læger*. 2017;179(12).

## Interventionsprotokoller for ikke-farmakologiske behandlinger

Seattle-protokollerne: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2518041/?to=ol=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2518041/?to=ol=pubmed)

*Simple Pleasures: A multilevel sensorimotor intervention for nursing home residents with dementia* (1999) Linda L. Buettner. Kan rekvireres via e-mail: [rth@uncg.edu](mailto:rth@uncg.edu)

Yderligere information om *the Simple Pleasures* intervention: [www.uncg.edu/rth/faculty/lindabuettner.html](http://www.uncg.edu/rth/faculty/lindabuettner.html)

*Focussed intervention for training of staff (FITS) programme manual: Evidence-based approaches for improving dementia care in care homes*. Jane Fossey og Ian James (2008). Kan rekvireres fra Alzheimer's Society via e-mail: [research@alzheimers.org.uk](mailto:research@alzheimers.org.uk)

Yderligere interventioner og nøglereferencer er anført i referencelisten på: [www.alzheimers.org.uk/bpsdguide](http://www.alzheimers.org.uk/bpsdguide)



# Bilag 1: Opmærksom afventen

## Hvornår optræder symptomerne?

### Observationsskema

---

Navn:

Aktuel diagnose:

Beskrivelse af symptomet/hændelsen (herunder tid på døgnet og personer tilstede):

Hvad kunne årsagen være?

Hvilket handlinger eller tiltag iværksættes?

Underskrift:

Dato:

Beskrivelse af symptomet/hændelsen (herunder tid på døgnet og personer tilstede)

Hvad kunne årsagen være?

Hvilket handlinger eller tiltag iværksættes?

Underskrift:

Dato:



*Nationalt Videnscenter for Demens* er et landsdækkende videnscenter, som støtter den faglige udvikling på demensområdet i Danmark. Formålet med videnscentret er dels at styrke og koordinere den sundhedsfaglige forskning i forhold til udviklingen af konkrete sundhedsfaglige behandlings- og plejetilbud på demensområdet, dels at sikre en fast forankret vidensspredning og formidling til regioner og kommuner, der i sidste ende kan gavne behandling, pleje og rådgivning af patienter og deres pårørende.

**Nationalt Videnscenter for Demens**

Rigshospitalet, afsnit 6922

Blegdamsvej 9

2100 København Ø

Tlf. 35 45 76 61

[vide@regionh.dk](mailto:vide@regionh.dk)

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

*Alzheimer's Society* er Storbritanniens førende støtte- og forskningsinstitution for mennesker med demens, deres familier og omsorgspersoner.

**Alzheimer's Society**

Devon House

58 St Katharine's Way

London E1W 1LB

Tlf. +44 020 7423 3500

Fax: +44 020 7423 3501

[info@alzheimers.org.uk](mailto:info@alzheimers.org.uk)

[www.alzheimers.org.uk](http://www.alzheimers.org.uk)

