

# Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinje for udredning og behandling af demens

Regional samarbejdsaftale

Lene Wermuth og Annette Lolk

Specialeansvarlige overlæger i

Neurologi og Psykiatri

Demenslinik OUH

2015



Region  
Syddanmark

OUH  
Odense Universitetshospital  
Svendborg Sygehus



# Kliniske manifestationer

- Hukommelsesproblemer
- Vanskeligheder med at udføre vante opgaver
- Sproglige problemer
- Usikker orientering i tid og sted
- Nedsat dømmekraft
- Problemer med abstrakt tænkning
- Ting bliver væk
- Forandringer i humør og adfærd
- Forandringer i personlighed
- Initiativløshed



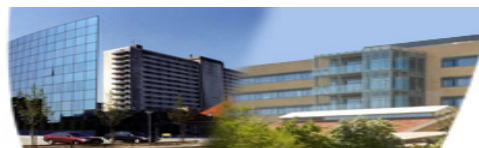
# Udredning og diagnostik i primærsektor

- Før den egentlige udredning:
- •Somatisk sygdom. Hvis der inden for de seneste 3 måneder har været somatisk sygdom, skal egen læge overveje muligheden for delir, og udredning kan med fordel udsættes til denne periode er gået.
- •Medicinforbrug; psykotrofe stoffer saneres, specielt vurdering af lægemidler med anticholinerg og/eller CNS-deprimerende effekt.
- •Depression skal overvejes. Eventuelt foretages psykometriske test (depressionsrating, GDS, MDI). Hvis der bekræftes depression, bør egen læge overveje behandling før udredning for en eventuel demens.
- •Alkoholforbrug kan have væsentlig påvirkning på ældre mennesker. Ved mistanke om for højt alkoholforbrug bør egen læge forsøge at få patienten til at nedsætte forbruget eller henvise til behandling/rådgivning inden udredning for demens.



# Særligt vedrørende alkohol og smertestillende medicin

- Vurdering af aktuelt medicinforbrug, herunder vurdering af lægemidler med CNS-påvirkning: morfica, anxiolytika og midler med anticholinerg effekt (tricykliske antidepressiva, 1. generations antipsykotika, baklofen, cimetidin, midler mod overaktiv blære/urgeinkontinens).
- Vurdering af alkoholforbrug; selv moderat forbrug af alkohol hos ældre kan give demenslignende symptomer.



# I udredning indgår

- Anamnese fra patient og pårørende
- Oplysninger om nærmeste pårørende/netværksperson, herunder navn, adresse, telefonnummer.
- Objektiv somatisk undersøgelse: Vægt, BT, syn og hørelse. Laboratorieprøver, U-Stix, ekg, BT, vægt, højde, synsprøve og høretest (kan laves i en selvstændig sygeplejerskekonsultation).
- Objektiv psykiatrisk undersøgelse: depression, delir
- Objektiv neurologisk undersøgelse: Gang, pareser, øjenbevægelse og bevægeforstyrrelser
- Psykometriske tests: MMSE- og evt. urskivetest



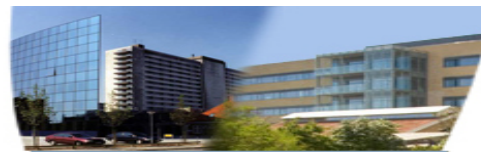
# Laboratorieprøver bør indeholde:

- Hæmoglobin
- Erythrocytter
- Leukocytter
- Trombocytter
- CRP
- Natrium
- Kalium
- Kreatinin
- Ioniseret-calcium
- ALAT
- GGT
- HbA1c
- B12-vitamin
- Folat
- TSH
- Ekg



# Konklusion af undersøgelserne

- Såfremt mistanken om demens bekræftes, og/eller demens er overvejende sandsynlig, henvises patienten til en demsenhed for udredning og eventuel igangsættelse af behandling. Der henvises sideløbende til CT-skanning. Egen læge angiver, at det er led i demensudredning, samt om der er mistanke til neurologisk lidelse
- Patienten vil først blive indkaldt i Demensenheden, når der er foretaget CT scanning.
- Ved de svære former for demens med samtidig meget dårligt almen tilstand kan det overvejes at undlade henvisning og alene indgå i et tæt samarbejde med den kommunale indsats over for patienten.
- Egen læge kan efter samtykke fra patienten, jævnfør gældende regler, sende en korrespondancemeddelelse til den kommunale demenskoordinatorfunktion med oplysning om konklusionen af undersøgelserne i praksis.
- Ved indkaldelse til undersøgelse på en af regionens lokale demsenheder fremsendes enten indkaldelsesbrev til både patient og pårørende eller kopi af indkaldelsesbrev til pårørende, såfremt denne er angivet på henvisningen.
- Ved sværere adfærdsforstyrrelser hvor der er behov for besøg i hjemmet kan der henvises til gerontopsykiatrisk team.



# Henvisningsfraser:

- Væsentlige somatiske sygdomme.
- Sociale forhold herunder pårørendes navn, adresse og telefonnummer, herunder også samtykke til at kunne kontakte både pårørende samt kommune
- Opdateret medicinliste f.eks. i FMK
- Alkoholforbrug samt brug af rusmidler
- Resumé af sygehistorie vedrørende demens.
- Beskrivelse af de intellektuelle dysfunktioner og ADL-funktion.
- Anføre om der er andre psykiske symptomer for eksempel adfærds- eller affektive symptomer.
- Diagnoseforslag.
- Hvad der er sagt til patienten og pårørende.
- Resultater af de laboratorieanalyser, der er udført i egen praksis.
- Kopi af ekg eller beskrivelse indeholdende rytme, frekvens og P-Q interval
- Resultater eller kopier af MMSE- og urskivetest.
- Dato for CT-skanning, så dette foreligger ved undersøgelsen på demensenheden.





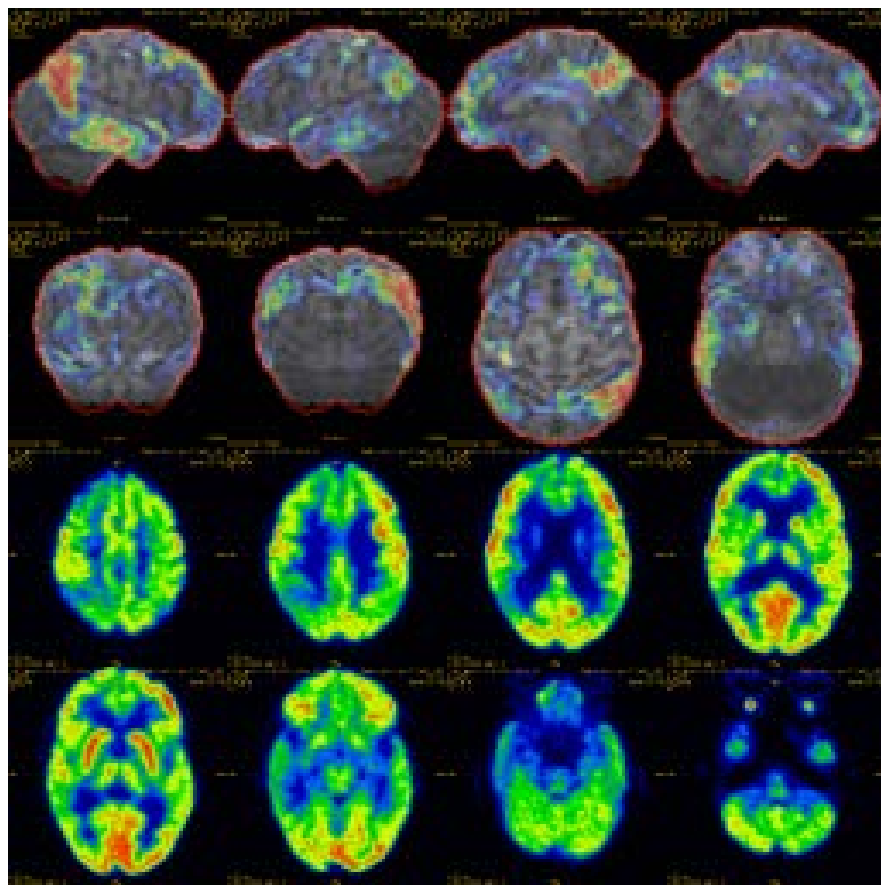
# Udredning af demens i demensenhed:

- Anamnese (patient og pårørende) inkl. medicin og alkohol
- Somatisk og neurologisk undersøgelse
- Psykiatrisk undersøgelse
- Struktureret kognitiv vurdering baseret på kognitiv testning fx. MMSE, urskivetest, Addenbrooke's Cognitive Examination(ACE) eller CAMCOG og ADASCOG
- Laboratorieundersøgelser incl EKG og urinundersøgelse foreligger sædvanligvis
- CT-scanning af cerebrum foreligger sædvanligvis
- Neuropsykologisk testning (ikke indiceret hos alle)
- andre undersøgelser: MR, lumbalpunktur (bl.a. Alzheimer markører: beta-amyloid, total tau og fosfor-tau), SPECT, PET, EEG.

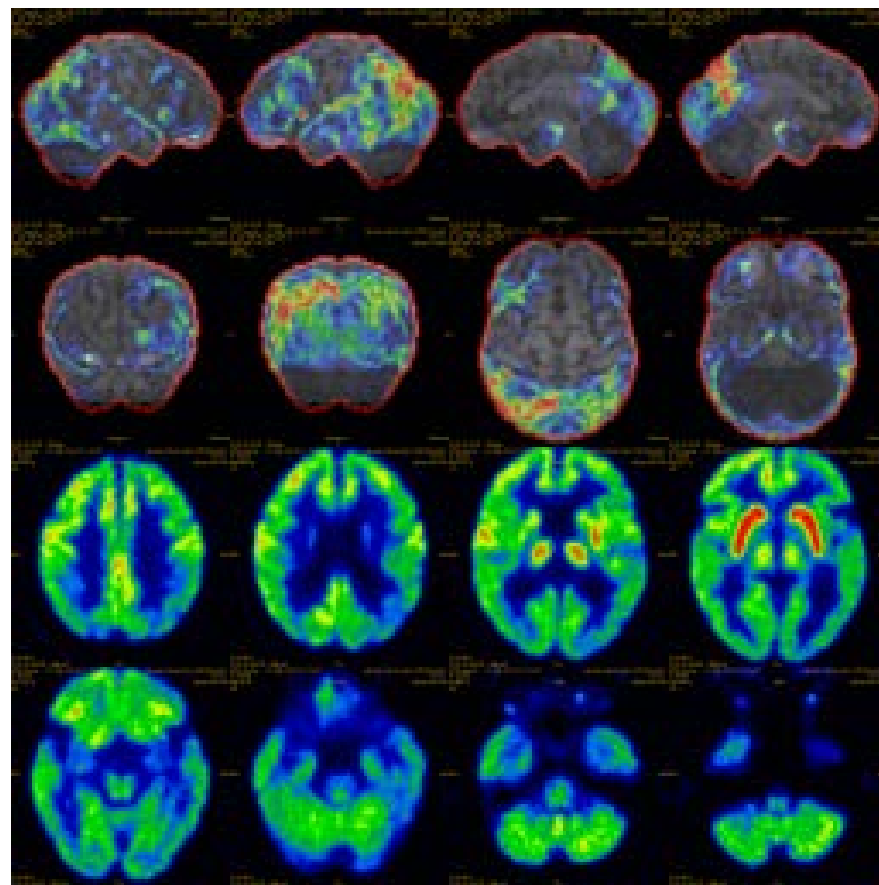


# Brain FDG-PET

## examples



Alzheimers Demens (AD)



Lewy Body Demens (DLB)

# Afslutning fra demensenheden til praksis

- Det skal tydeligt fremgå af epikrisen: At patienten er afsluttet og at patienten er overdraget til egen læge
- Hvilken medicin patienten behandles med (evt. henvisning til FMK)
- Hvornår der eventuelt skal genansøges om tilskud til antidemensmedicinen(exelondepotplaster).
- Det skal fremgå af epikrisen om patienten er henvist til kommunens demenskoordinator(dette gøres med mindre patienten ikke ønsker dette)



# Efterfølgende samarbejde:

- Når patienten er afsluttet i demensenheden er der mulighed for at genhenvise til demensenheden, ligesom det er muligt, at ringe til demensenheden og få rådgivning.
- Der kan korresponderes elektronisk med hver demensenhed. Ved en sådan henvendelse gives tilbagemelding om, at den er modtaget, samt om hvilken navngiven person der har forespørgslen.
- Hvis der er sværere adfærdsforstyrrelser hvor der er behov for hjemmebesøg kan egen læge henvise til gerontopsykiatrisk team.



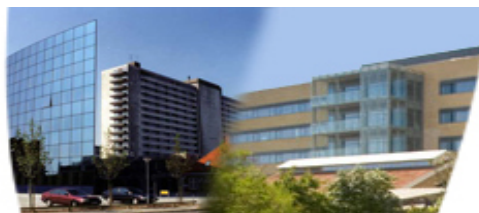
# Opfølgning i praksis:

- Almen praksis foretager opfølgning mindst en gang årligt efter afslutning fra demensenheden.
- Der indhentes ADL-funktionsbeskrivelse samt forløbet siden sidste opfølgning fra den kommunale demenskoordinatorfunktion/primærsygeplejersken.
- Herefter vurderes demensgrad og den fortsatte behandling.
- Endvidere bør der være opmærksomhed på anden somatisk sygdom og dennes behandling.
- Ved behandlingsændringer, behandlingsophør eller adfærdsforstyrrelser tilrådes rådgivning fra demensenheden/gerontopsykiatrisk team.



# Behandling ifølge retningslinjen

- Ikke-farmakologiske indsatser
  - Forventes primært varetaget af kommunerne
- Farmakologisk behandling
  - Behandling med demenslægemidler
  - Farmakologisk behandling af psykiske symptomer og adfærdsændringer (BPSD behavioural and psychological symptoms and signs of dementia)



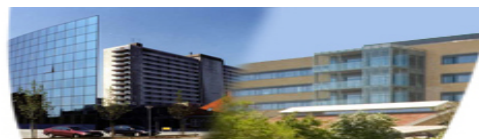
# Behandling af Alzheimers sygdom med demenslægemidler

- Det anbefales,
  - at patienter med Alzheimers sygdom i let til moderat grad tilbydes behandling med en kolinesterasehæmmer
    - Tablet behandling bør være 1. valg
    - Plasterbehandling, hvis tabletbehandling ikke tåles
- Det kan overvejes
  - at tilbyde behandling med donepezil ved Alzheimers sygdom i svær grad
- Det kan overvejes
  - at tilbyde patienter med Alzheimers sygdom i moderat til svær grad behandling med memantin



# Behandling af Lewy Body demens og demens ved Parkinsons sygdom med antidemensmidler

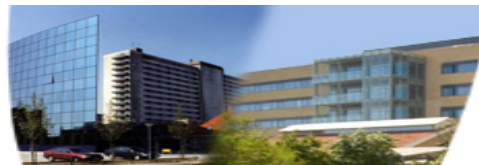
- Det anbefales,
  - at patienter med Lewy body demens i let til moderat grad tilbydes behandling med donepezil. Alternativt kan andre kolinesterasehæmmeere forsøges
  - At patienter med Parkinsons sygdom med demens i let til moderat grad tilbydes behandling med rivastigmin. Alternativt kan andre kolinesterasehæmmere forsøges
- Det kan overvejes
  - At tilbyde patienter med Lewy body demens eller Parkinsons sygdom med demens memantin såfremt kolinesterasehæmmere er forsøgt





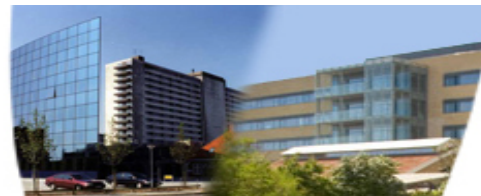
# Kombinationsbehandling

- Det kan ikke anbefales rutinemæssigt
  - at anvende kombinationsbehandling med en kolinesterasehæmmere og memantin til personer med demens for at svække sygdomsprogression m.h.t. kognitive funktioner, praktiske funktionsevne eller global funktion
  - Kombinationsbehandling vil være relevant ved behandling af psykiatriske symptomer og adfærdsforstyrrelser



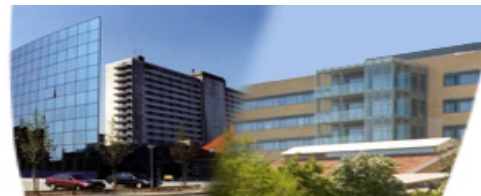
# Hvornår skal der ikke behandles med demenslægemidler?

- Det kan ikke anbefales
  - at tilbyde behandling med kolinesterasehæmmere eller memantin til personer med
    - kognitiv svækkelse uden demens
    - frontotemporal demens
    - Vaskulær demens



# Farmakologisk behandling af psykiske symptom og adfærdsændringer (BPSD)

- Det anbefales,
  - At ikke-farmakologisk behandling er førstevalg med BPSD
  - Det anbefales at kolinesterasehæmmere eller memantin er førstevalg til farmakologisk behandling af BPSD ved Alzheimers sygdom og Lewy body demens



# Behandling af BPSD med antipsykotika

- Det kan **ikke** anbefales
  - At anvende 1. generations antipsykotika på grund af hyppige og alvorlige bivirkninger
  - Rutinemæssigt at anvende 2. generationsantipsykotika til behandling af BPSD
- Behandling bør kun iværksættes hvis patienten på trods af anden behandling er
  - Svært forpint eller
  - Til betydelig gene eller fare for sig selv eller andre



# Behandling af BPSD med antipsykotika

- En dato for revurdering af evt. påbegyndt behandling med 2.generations antipsykotisk bør planlægges ved behandlingens start med henblik på aftrapning og seponering



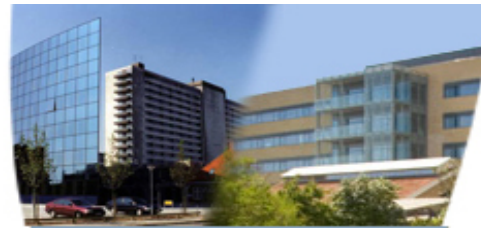
# Behandling med antidepressiva og antiepileptika

- Det kan **ikke** anbefales
  - At anvende tricykliske antidepressiva til behandling af depression
- Det kan overvejes
  - At anvende SSRI-præparater ved andre BPSD-symptomer end depression
- Det kan **ikke** anbefales
  - At anvende antiepileptika til behandling af BPSD



# Behandling med benzodiazepiner

- Det kan overvejes
  - At anvende benzodiazepiner med kort halveringstid i enkeltstående situationer til behandling af BPSD ( f.eks. Oxacepam 7,5 mg), herunder angst og uro, hvor andre lægemidler har været forsøgt
  - Behandlingen bør være kortvarig, og der skal være opmærksomhed på bivirkninger



# Nøglebudskaber:

- Den praktiserende læge er tovholder for patienter med mistanke om eller diagnosticeret demens
- Brug Visinfo – så henvisninger opfylder krav (hvis information er ok spares personaletid i klinik + praksis+ sparing af ventetid for patient+pårørende)
- Kommunens demenskoordinator kontaktes hvis der er behov for psykosocial indsats før udredning – efter udredning vil demensenheden altid orientere.





# Nøglebudskaber

- Antidemensmedicin skal fortsættes også selvom patienten progredierer
- Husk antipsykotica skal forsøges seponeret
- Kommunens demenskoordinator er nøgleperson for psykosocial indsats
- Ved problemer kontakt demensenheden/gerontopsykiatrisk team

