

Den sundhedsfaglige del

**SUNDHEDSAFTALE
FOR
PERSONER MED DEMENS**

Lommehåndbog
for personale på hospitaler, i kommuner og
praksissektoren

Region Midtjylland

Sundhedsaftalen er udarbejdet af en arbejdsgruppe med repræsentanter fra de somatiske hospitaler, regionspsykiatrien, kommunerne og de praktiserende læger.

December 2011

ISBN: **xxxxx**

Kontaktsted: Afdelingen for Nære Sundhedstilbud
Tina Bak-Møller, tlf.78 41 21 78
Regionshuset Viborg
Region Midtjylland

E-mail: Naere.Sundhedstilbud@rm.dk

Telefon: 78 41 22 00

Lommeåndbogen findes også på [hht://e-dok.rm.dk](http://e-dok.rm.dk)
under [Region Midtjylland Fælles](#), [Regionale dokumenter](#),
[Generelle patientforløbsrettede PRI](#), 2.22.
[Sundhedsaftaler Region Midtjylland](#) og på [Region Midtjyllands hjemmeside](#) www.sundhedsaftaler.rm.dk

Parterne **skal** melde ændringer i de forskellige kontaktoplysningsoversigter til Nære Sundhedstilbud, som opdaterer oversigterne.
(tlf. 78 41 22 00, E-mail: Naere.Sundhedstilbud@rm.dk)

Indledning

Formålet med sundhedsaftalen for personer med demens er at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorgrænser og at sikre ensartet kvalitet i demensindsatsen.

Desuden skal aftalen også sikre den specifikke indsats, som personer m. demens har brug for på grund af den specielle situation, som demenssygdommen bringer dem og deres pårørende i.

Den sundhedsfaglige del af sundhedsaftalen beskriver ansvars- og opgavedelingen mellem praktiserende læger, kommunernes hjemmepleje og de somatiske hospitaler samt regionspsykiatrien ved tidlig opsporing, udredning og opfølgning hos personer m. demens.

I sundhedsaftalen er også beskrevet de behandlings-, pleje-, omsorgs- og støttetilbud, som findes regionalt og kommunalt samt hos centrale myndigheder og frivillige organisationer.

Nye indsatsområder, som indgår i aftalen er tidlig opsporing af demens og fysiske symptomer og sygdomme hos personer m. demens. Dette er primært en opgave for sundhedspersonalet i kommunerne. Tidlig opsporing af demens er midlertidigt også en opgave for personalet i de somatiske afdelinger, ambulatorier på hospitalerne og personalet i lægehusene.

Desuden skal demensudredning fortrinsvis ske på specialistniveau og fremover af det speciale, som er relevant i forhold til de symptomer, som personen med mistanke om demens, udviser.

Demenskonsulenterne i kommunerne og demensnøglepersonerne i relevante kliniske somatiske afdelinger får en vigtig opgave i at være formidlere af sundhedsaftalen for personer m. demens og i den lokale demensindsats.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Målsætninger for demensindsatsen	7
2. Definition på begreber i demensindsatsen	9
2.1. Demens	9
2.2. Mild Cognitive Impairment (MCI)	9
2.3. Sundhedsfremme	10
2.4. Forebyggelse	10
2.5. Rehabilitering	11
2.6. Socialpædagogik	11
3. Målgruppen for aftalen	13
3.1. Demenskriterier	13
4. Symptomer på demens	14
4.1. 10 advarselssignaler ved begyndende demens	14
4.2. Forvekslingsdiagnose	14
5. Tidlig opsporing af demens	16
5.1. Opgavedeling ved tidlig opsporing	16
5.1.1. Kommunernes opgaver	16
5.1.2. Lægehusenes opgaver	17
5.1.3. Hospitaler – almindelige sengeafsnits opgaver	17
6. Udredning af demens	19
6.1. Undersøgelser i demensudredning	19
6.2. Opgavedeling ved demensudredning	19
6.2.1. Praktiserende læges opgaver	19
6.2.2. Den kommunale hjemmesygeplejes opgaver	20
6.2.3. Neurologi – Psykiatri – Geriatri - opgaver	21
6.3. Diagnoser og -kriterier for demens	23
6.4. Registrering af demensdiagnose	23
6.5. Information om udredningssvar	24
6.5.1. Information til patient og pårørende	24
6.5.2. Information til samarbejdspartnere	25
7. Opfølgning på demenssygdommen	26
7.1. Neurologi – Psykiatri – Geriatri - opgaver	26
7.2. Praktiserende læges opgaver	26
7.3. Den kommunale hjemmesygeplejes opgaver	26

8. Palliativ indsats til personer m. demens	27
8.1. Formål m. palliativ indsats og pleje	27
8.2. Tilbud om palliativ indsats til personer m. demens	
8.3. Ved og efter dødsfald	28
9. Regionale behandlings-, pleje-, omsorgs- og støttetilbud	29
9.1. Sundhedsfaglig kontaktperson	29
9.2. Sundhedsfremme- og egenomsorgstilbud	29
9.2.1. Patient- og pårørendeuddannelse	29
9.3. Medicinske behandlingstilbud	30
9.3.1. Specifik medicinsk behandling af demens	30
9.3.2. Behandling af psykiatriske symptomer	30
9.3.3. Medicinsk beh. af vaskulær demens	32
9.3.4. Medicinsk beh. af Fronto-temporal demens	32
9.4. Vejledning og rådgivning ved specialist	33
9.4.1. Neurolog	33
9.4.2. (Geronto)psykiatrisk team	33
9.4.3. Geriatrik team	33
9.5. Forebyggende tiltag	33
9.5.1. Kørekort til motorkøretøj	33
9.5.2. Jagttegn og våbentilladelse	34
9.6. Socialpsykiatiske botilbud	34
10. Kommunale behandlings-, pleje-, omsorgs- og støttetilbud	37
10.1. Sundhedsfaglig kontaktperson	37
10.2. Rådgivning og vejledning	37
10.2.1. Demenskonsulent	37
10.2.2. Visitator	37
10.3. Sundhedsfremmende og egenomsorgstilbud	38
10.3.1. Patient- og pårørende samtale- og støttegr.	38
10.3.2. Plejetestamente	38
10.3.3. Livstestamente	39
10.4. Rehabiliterende og forebyggende tilbud	40
10.4.1. Træning af færdigheder og motion	41
10.4.2. Måltider og ernæring	41
10.4.3. Tandsundhed	43
10.4.4. Forebyggelse og behandling af forstoppelse	44
10.4.5. Forebyggelse af tryksår	44
10.4.6. Aktivitetstilbud	45

10.4.7. Forebyggelse af fald	45
10.5. Pleje- og omsorgstilbud	47
10.5.1. Kommunikations- og psykologiske metoder	47
10.5.2. Praktisk hjælp og pleje samt madservice	49
10.5.3. Pleje og behandling af urininkontinens	49
10.5.4. Hjælpe midler, herunder teknologiske	50
10.5.5. Plejebolig	51
10.6. Kommunale socialpsykiatriske botilbud	52
10.7. Indsats over for pårørende	53
10.7.1. Støtte- og netværksgrupper for pårørende	53
10.7.2. Tilbud om frirum til pårørende (aflastning)	54
11. Tilbud hos centrale og private organisationer	
11.1. VISO	55
11.2. Frivillige organisationer	55
12. Specielle problemstillinger ved demens	
56	
12.1. Værgemål	56
12.2. Behandlingsbehov og manglende evne til informeret samtykke	57
12.3. Magtanvendelse	58
12.4. Tvang i psykiatrien	60
12.5. Somatiske sygdomme og delir	61
12.6. Smerter	65
12.7. Depression	67
12.8. Alkohol	68
13. Udvalgte grupper af demens	70
13.1. Yngre personer m. demens	70
13.2. Personer m. alkoholrelateret demens	71
13.3. Udviklingshæmmede m. demens	72
13.4. Personer m. Huntington's chorea sygdom	74
13.5. Flygtninge og indvandrere	78

1. Målsætninger for demensindsatsen

Den overordnede målsætning er at skabe sammenhæng i den tværsektorielle demensindsats og i det konkrete demensforløb og at sikre ensartet kvalitet på demensområdet.

Derudover retter målsætningerne sig mod den specifikke indsats, som personer med demens har brug for på grund af den specielle situation, som en demenssygdom bringer de ramte og deres pårørende i:

Personer med mistanke om demens:

- Sikres tidlig opsporing og relevant specialiseret lægefaglig udredning, diagnosticering og behandling, uanset bopæl og alder

Personer med demens:

- Sikres løbende information og rådgivning angående sygdommen, dens forløb og konsekvenser for fremtiden, samt information om hvilke hjælpe- og støttemuligheder, der benyttes for at kunne tage hensigtsmæssige beslutninger for fremtiden
- Får tildelt en sundhedsfaglig kontaktperson i kommunen og på hospitalet
- Sikres tilbud om træning, pleje og behandling, aktiviteter, støtte og omsorg samt palliativ indsats, som er tilpasset den type af demens, som personen har, samt demensens sværhedsgrad
- Får mulighed for at blive i eget hjem, så længe det ønskes, eller tilstanden gør det muligt
- Får mulighed for at fastholde den tætte kontakt til deres sociale netværk

Yngre personer m. demens:

- Får individuelle støtte- og aktivitetstilbud, som er tilpasset et familieliv med arbejde og børn, der evt. er mindreårige eller unge

Pårørende til personer med demens, både ægtefælle og børn:

- Får støtte til at kunne udøve egenomsorg og til at kunne drage omsorg for personen m. demens

2. Definition på begreber i demensindsatsen

2.1. Demens

Demens defineres som et syndrom karakteriseret ved udvikling af multiple kognitive funktionssvigt. De kognitive funktionssvigt skal være dokumenterede ved objektiv undersøgelse og skal repræsentere en reduktion i forhold til tidligere funktionsniveau. De skal desuden have en tilstrækkelig sværhedsgrad til at forårsage nedsat arbejdsevne eller nedsat socialt funktionsniveau i dagligdagen.

De kognitive funktionssvigt må ikke være til stede alene i en periode med bevidsthedssvækkelse eller delir og må ikke alene kunne relatere til psykisk sygdom.

Som årsag til de kognitive funktionssvigt skal der ud fra anamnese, klinisk undersøgelse eller parakliniske undersøgelser være holdepunkter for hjernesygdom eller for organisk hjernepåvirkning som følge af anden somatisk sygdom.

Betegnelsen demens forudsætter både hukommelses-svækkelse og mindst én anden kognitiv defekt¹.

2.2. Mild Cognitive Impairment (MCI)

Mild cognitive impairment er et beskrivende begreb, som ikke refererer til en selvstændig sygdomskategori. Det omfatter en gruppe af personer, der har let nedsat hukommelse, uden det nødvendigvis er starten på en demensudvikling.

Ved tidlig opsporing og udredning vil denne gruppe af patienter efter endt udredning ikke opfylde kriterierne for en demenssygdom, men de vil have en dokumenterbar hukommelsessvækkelse.

¹ Sundhedsstyrelsen. Udredning og behandling af demens – en medicinsk teknologivurdering. 2008.

Disse patienter har en betydelig øget risiko for at udvikle demens, ca. 15 % per år ift. ældre med normal hukommelse, hvor risikoen er ca. 1-2 % per år².

2.3. Sundhedsfremme

Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetence.³

I sundhedsfremmearbejdet er der fokus på begrebet "sund", hvor sund forstås som en stærk følelse af sammenhæng. Det vil sige, at den enkelte oplever tilværelsen som meningsfuld, begribelig og håndterbar. Der fokuseres på mobilisering af ressourcer, handlekompetencer og mestringsstrategier frem for risici.³

Sundhedsfremme ved demens er indsatser, som søger at skabe rammer og muligheder for, at de fornødne ressourcer og handlemuligheder kan mobiliseres hos personen m. demens og dennes pårørende, så de bedst muligt kan mestre tilværelsen m. demens.

2.4. Forebyggelse

Sundhedsrelateret aktivitet, som søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og derved fremme folkesundheden.³

Forebyggelse ved demens er indsatser, som søger at identificere risikofaktorer og risikoadfærd så tidligt som muligt. Hensigten er at begrænse følgetilstande, forhindre komplikationer og tilbagefald samt at opnå størst mulig sygdomsmestring og livskvalitet.

² Nationalt Videnscenter for Demens. Diagnosekriterier for demens og demensgivende sygdomme. 2009.

³ Sundhedsstyrelsen. Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005.

Forebyggelsen indeholder elementer af sundhedsfremme og rehabilitering og varetages af fagpersoner sammen med personen m. demens og dennes pårørende.

Der lægges vægt på, at valgmuligheder og ansvarlighed forbliver hos personen m. demens og dennes pårørende samt på empati, feedback og positive forventninger til personen m. demens.

I denne aftale er der fokus på den sekundære og tertiære forebyggelse.

2.5. Rehabilitering

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagpersoner.

Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i deres fysiske, psykiske og/eller sociale funktioner, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabiliteringen baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.⁴

Personer m. demens får undervejs i demensforløbet betydelige begrænsninger i sine fysiske, psykiske og sociale funktioner. Rehabilitering hos personer m. demens betyder, at de får hjælp og støtte til så længe som muligt at fastholde funktionsniveau og i at have et selvstændigt og meningsfyldt liv.

2.6. Socialpædagogik

Socialpædagogik handler om det enkelte menneskes forhold til samfundet. Socialpædagogikkens opgave består i at integrere individet i samfundet og forebygge, at

⁴Hvidbogen om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark. 2004.

vedkommende marginaliseres, og at den, der er marginaliseret, har adgang til samfundets ressourcer.

Integration forstås som en gensidig tilpasning mellem individet og samfundet. Integrationsopgaven består i at hjælpe det enkelte menneske med at opbygge, vedligeholde og udvikle ressourcer som identitet, solidaritet og mening. Disse ressourcer tilegner mennesker sig i deres livsverden.⁵

Formålet med den socialpædagogiske indsats er at skabe et velfungerende og meningsfyldt hverdagsliv for personen m. demens ved at hjælpe personen med at fastholde vedkommendes oplevelse af identitet, solidaritet og mening samt adgang til samfundets ressourcer.

⁵ Mette Borresen et al. Socialpædagogik og demens – det vanskelige omsorgsarbejde. Styrelsen for Social Service. 2004, s. 45-51.

3. Målgruppen for aftalen

Aftalen omfatter:

- Personer under mistanke for demens
- Personer med Mild Cognitive Impairment (MCI)
Se afsnit 2.2.
- Personer, der opfylder de generelle diagnostiske kriterier for demens

3.1. Demenskriterier

ICD-10²

I. a. Svækkelse af hukommelsen, især for nyere data

b. Svækkelse af andre kognitive/intellektuelle funktioner: abstraktion, dømmekraft, tænkning, planlægning.

Sværhedsgrad af demens:

Mild: Interfererer med normale dagliglivs aktiviteter

Moderat: Kan ikke klare sig uden hjælp fra andre

Svær: Kontinuerlig pleje og overvågning nødvendig

II Bevaret bevidsthedsklarhed i et omfang, som er tilstrækkelig til at kunne bedømme I a. og b.

III. Svækkelse af emotionel kontrol, motivation eller social adfærd med mindst 1 af følgende:

1. Emotionel labilitet
2. Irritabilitet
3. Apati
4. Forgrovet social adfærd

IV. Varighed \geq 6 måneder

Alle fire kriterier (I-V) skal være opfyldt.

4. Symptomer på demens

Demens kan skyldes forskellige sygdomme, og mange tilstande kan ligne demens. Derfor er det vigtigt, at personer med mistanke om demens bliver undersøgt og får vished mhp. valg af behandlingsstrategi.

4.1. 10 advarselssignaler ved begyndende demens⁶

Mennesker med demens glemmer ofte ting og kommer ikke til at huske på dem på et senere tidspunkt. Herved adskiller de sig fra kortvarigt hukommelsessvigt, som kan forekomme hos alle.

De 10 advarselstegn for Alzheimers sygdom er formuleret så bredt, at de også vil være gældende for de fleste andre demenssygdomme:

1. Hukommelsesproblemer, der påvirker funktionsevnen i hverdagen
2. Problemer med tilrettelæggelse eller løsning af opgaver
3. Vanskeligheder med at færdiggøre velkendte opgaver i hjemmet, på jobbet eller i fritiden
4. Forvirring vedrørende tid eller sted
5. Problemer med at forstå billeder eller rum og retning
6. Problemer med at finde ordene, når man taler eller skriver
7. Vanskeligheder med at finde sine ting
8. Svigtende eller mangelfuld dømmekraft
9. Tilbagetrækning fra arbejde eller sociale aktiviteter
10. Ændringer i humør og personlighed

4.2. Forvekslingsdiagnoser⁷

⁶ Nationalt Videnscenter for Demens. Den amerikanske Alzheimerforening (*Alzheimer's Association*).

⁷ Klinisk vejledning om demens. DSAM 2006 s.34.

Følgende kan på grund af symptomer forveksles med demens:

- Depression
- Delir
- Bivirkninger af lægemidler
- Alkoholafhængighedssyndrom
- Defekte sanser (hørelse og syn)

5. Tidlig opsporing af demens

Forbedrede diagnostiske metoder betyder mere sygdomsspecifikke diagnoser og mulighed for fastlæggelse af diagnosen på et tidligere tidspunkt i sygdomsforløbet. Dette giver bedre muligheder for at træffe de rigtige valg af behandling og støtte.

5.1. Opgavedeling ved tidlig opsporing

Det er vigtigt, at sundhedspersonalet medvirker til, at personer m. demens identificeres så tidligt som muligt i demensforløbet for, at der kan ske tidlig udredning og iværksættelse af behandling og tilbud.

5.1.1. Kommunens opgaver ved tidlig opsporing

Social og sundhedsfagligt personale

Alt social- og sundhedsfagligt personale skal som minimum:

- Have kendskab til de 10 advarselssignaler og forvekslingsdiagnoser (se afsnit 4.1. og 4.2.)
- Være orienteret om, hvor og til hvem de skal henvende sig ved mistanke om demenssygdom

Kommunens demenskonsulent⁸

Kommunens demenskonsulent /sundhedsfaglige kontaktperson er forløbskoordinator for personer m. demens.

Demenskonsulenten/den sundhedsfaglige kontaktperson:

- Foretager et uddybende og afklarende hjemmebesøg
- Indsamler observationer vedr. symptomer på demens og udfylder demensobservationskemaet

⁸ Demenskonsulentfunktionen har forskellig stillingsbetegnelse i de enkelte kommuner.

Link til skema: www.sundhedsaftaler.rm.dk og den enkelte kommunes hjemmeside

- Henviser til egen læge ved begrundet mistanke om demens
- Indhenter patientsamtykke til videregivelse af oplysninger og informationer til egen læge på den kommunal formular
- Kontakter egen læge mhp. videreformidling af observationer

5.1.2. Lægehuses opgaver ved tidlig opsporing

Praktiserende læger og personale i lægehuse skal:

- Være opmærksomme på borgere, der viser tegn på demens ved konsultation i lægehuset (se afsnit 4.1. og 4.2.)

Praktiserende læges opgaver ved mistanke om demens:

- Optager en anamnese, som indeholder spørgsmål indenfor følgende områder:
 - Hukommelse
 - Orientering
 - Adfærd, humør og søvn
 - Rutinesvigt
 - Sprogproblemer
 - Misbrug

Link: [Klinisk vejledning om demens. DSAM 2006 s. 14-16](#)

- Inddrager pårørende i anamnesen
- Henviser til kommunens demenskonsulentordning mhp. et hjemmebesøg ved behov for supplerende observationer og oplysninger i vante omgivelser
Link til telefonoversigt i kommunerne: Praksis.dk og den enkelte kommunes hjemmeside
- Foranstalter en udredningskonsultation, hvis mistanken begrundes

5.1.3. Hospitaler - almindelige sengeafsnits opgaver ved tidlig opsporing

Sundhedsfagligt personale i sengeafsnit

Personale på de somatiske ambulatorier, akutmodtage- og sengeafsnit skal:

- Være opmærksomme på om patienter, der kommer i akut modtageafsnit eller indlægges, udviser symptomer på demenssygdom eller forvekslingsdiagnoser (se afsnit 4.1. og 4.2.)

Patientens kontaktsygeplejerske og - læge

- Sikrer at observationerne videregives i epikrise ved udskrivelse

6. Udredning af demens

Pårørende anmodes om at ledsage personen m. (evt.) demens til udredningsundersøgelser.

6.1. Undersøgelser i demensudredning

Klinisk undersøgelse, som omfatter:

- Grundig anamnese suppleret med
- Oplysninger fra pårørende
- Almen somatisk og neurologisk undersøgelse
- Undersøgelse af kognitive og neuropsykiatriske symptomer
- Undersøgelse af funktionsniveau i dagligdagen
- Vurdering af pårørendebelastning

6.2. Opgavedeling ved demensudredning

6.2.1. Praktiserende læges opgaver ved udredning

Som supplerer til tidligere anamnetiske undersøgelser:

- Indhenter eller anvender oplysninger og observationer fra kommunal demenskonsulent
- Objektive undersøgelser:
 - Kognitiv vurdering v. *MMSE*
 - Psykisk vurdering v. Hamilton (HAM-D)
<http://www.videnscenterfordemens.dk/media/754021/ham-d.pdf>
 - Objektiv somatisk undersøgelse v. vægt, syn, hørelse, blodtryk, puls og neurologisk undersøgelse
 - Funktionsniveau v. IADL- vurdering
- Laboratorieundersøgelser
 - Hæmoglobin, erythrocytter, MCV, MCMC, leukocytter, thrombocytter, SR/CRP, creatinin, natrium, kalium, calcium, albumin, glukose, TSH, ALAT, lipidprofil, B₁₂-udredning, homocystein, urinundersøgelse, EKG

- Henvisning til CT-skanning
- Henvisning til MR-skanning
- Henvisning til specialist/demensklinik mhp. specifik diagnosticering og evt. behandling med antidemens-medicin. Henvisningskriterier til hospitalsudredning af demens: Se afsnit 6.2.3.
- Indhenter patientsamtykke. *Link:* <https://www.sundhed.dk/Soeg.aspx?SoegeOrd=patientsamtykke>
- Patienter med MMSE < 15 kan færdiggøres af egen læge med blodprøver og CT-scanning
- Ved overvejelse om behandling m. antidemens-medicin/ved behov for afklaring af andre demens-relaterede problemstillinger viderehenvises
- Afhængig af bekræftet mistanke/demensens sværhedsgrad inddrages demenskonsulenten sideløbende eller efterfølgende

6.2.2. Den kommunale hjemmesygeplejes opgaver ved udredning

Demenskonsulent/sundhedsfaglig kontaktperson

Ved mistanke om demens hos en person, observeret i hjemmeplejen eller efter henvisning fra egen læge vil demenskonsulenten/den sundhedsfaglige kontaktperson i samarbejde med visitationen:

- Indhente supplerende oplysninger om personens dagligdag via kortlægning af den aktuelle livssituation, andre sygdomme, medicinsk behandling, og evt. misbrug (brug demensobservations-skema) *Link til skema: www.sundhedsaftaler.rm.dk og den enkelte kommunes hjemmeside*
- Foretage supplerende observationer i personens eget hjem samt vurdere behovet for hjælp fra hjemmeplejen eller andre offentlige instanser
Indhenter patientsamtykke til videregivelse af oplysninger og informationer til egen læger
- Videreformidle konklusioner og observationer til egen læge

I hele udredningsperioden kan demenskonsulenten inddrages, hvis praktiserende læge har behov herfor.

6.2.3. Neurologi – psykiatri – geriatri - opgaver ved udredning

Det er personens symptombillede ved udredningstidspunktet og ikke alderen, som bestemmer hvilken specialist, der skal henvises til. Efterfølgende kan de øvrige specialister blive inddraget.

Inden udredningen påbegyndes, informeres patient og pårørende om den sygdom, der skal udredes for, hvilke demensformer, der findes, hvad sygdommen indebærer samt behandlingsmuligheder.

Link: Procedurer for udredning og behandling af demens findes på hospitalerne lokale e- Dok.

Neurologien – Demens-/Hukommelsesklunik

Henvisningskriterier

- Personer, der er tidligt i forløbet og uden svære adfærdsproblemer eller svær somatisk morbiditet
- Personer m. atypiske forløb
- Hos yngre overvejes altid neurologisk udredning

Kontaktform

- Konsultation

(Geronto)psykiatrien

Henvisningskriterier

- Personer, som på baggrund af demens/mulig demens frembyder svære adfærds- eller psykiatriske symptomer
- Personer m. mistanke om psykiatriske differentialdiagnoser (depression, delir)

Kontaktform

- Konsultation

Geriatrien**Henvisningskriterier**

- Ældre personer m. komplicerende svær somatisk sygdomsproblematik

Kontaktform

- Konsultation

6.3. Diagnoser og -kriterier for demens

De generelle diagnosekriterier for demens

- ICD-10 demenskriterier (se afsnit 3)

DMS-IV Demenskriterier²

Specifikke kriterier ved demenssygdomme

- Mild Cognitive Impairment (MCI)
- Alzheimers sygdom
- Vaskulær demens
- Blandet vaskulær demens og Alzheimers sygdom
- Fronto-temporal demens
- Lewy Body Demens

De specifikke kriterier kan findes på:

<http://www.videnscenterfordemens.dk/vaerktoejer/diagnosekriterier-for-demens>

6.4. Registrering af demensdiagnose

Følgende ICD-10 klassifikationer anvendes ved kodning af demenssygdom:

ICD- klassifikation af kognitiv dysfunktion

ICD-10 koder (F)	ICD-10 Koder (G/I)	Tekst
F00.0	G30.0	Alzheimers sygdom m. tidlig debut (<65 år)
F00.1	G30.1	Alzheimers sygdom m. sen debut (>65 år)
F00.2	G30.8	Alzheimers sygdom m. cerebrovaskulær sygdom
	G31.8E	Lewy Body demens
F02.3	G31.8	Demens v. Parkinsons sygdom
F01.0	I69.4	Vaskulær demens m. akut indsætten (efter apopleksi)
F01.1	I69.3	Vaskulær demens m. multiple infarkter

F01.2	G31.8	Vaskulær demens - subkortikal type
F01.3	G31.8	Vaskulær demens – blandet og kortikal og subkortikal
F02.0	G31.0B	Fronto-temporal demens
F03.9	G31.9	Uspecificeret demens (kun ætiologi er ukendt)

Ansvarlig for registrering af diagnose

Den læge, der konkluderer på undersøgelses-resultaterne.

6.5. Information om udredningsvar

6.5.1. Information til patient og pårørende

- Information om demenssygdommen, og hvad diagnosen betyder for vedkommende
- Information om den medicinske behandling, dens virkning og bivirkninger.
- Udlevering af recept og materiale om evt. ordineret medicinen
- Oplysning om ansøgning om tilskudsberettiget medicin i Lægemiddelstyrelsen
- Aftale om telefonisk kontrol efter 3-4 uger efter opstart på medicin og kontrolbesøg i klinikken 2-4. mdr. efter udredningskonsultationen
- Vurdering af selvmordrisiko efter regional retningslinje
Link: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_KvalKoor.NSF/0/75175BD3D007892DC12575BA00324C7F
- Tildeling af regional sundhedsfaglig kontaktperson. Se afsnit 8.1.
- Tilbud om regionens patient- og pårørende-uddannelse om demenssygdommen
Link til pjece: [Hospitalernes lokale e- Dok](#)
- Indhentning af patientsamtykke
Link: [regionhttp://e-dok.rm.dk/e-dok/e_600508.NSF/UI2/AFC7217BE44FB739C1257604003540A7?OpenDocumentIndhenterpatientsamtykke](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_600508.NSF/UI2/AFC7217BE44FB739C1257604003540A7?OpenDocumentIndhenterpatientsamtykke)

- Henvisning til kommunal demenskonsulent
[Link til oversigt: Praksis.dk](#)
- Information om, hvor der kan søges oplysninger om demenssygdommen og om kommunale og regionale behandlings- og støttetilbud til personer med demens og deres pårørende
[Link til kommunernes tilbud: den enkelte kommunes hjemmeside](#)

[Link: Procedurer for udredning og behandling af demens findes på hospitalerne lokale e- Dok](#)

6.5.2. Information til samarbejdspartnere

Information til praktiserende læge

- Hospitalet sender epikrise til egen læge via EPJ

Information til hjemmeplejen og kommunal demenskonsulent

- Hospitalet sender epikrise til den kommunale hjemmepleje og demenskonsulent via EPJ
[Link til oversigt over kommunale demenskonsulenter: Praksis.dk og den enkelte kommunes hjemmeside](#)
- Praktiserende læge henviser til den kommunale hjemmesygepleje/demenskonsulent, når de skal inddrages i demensindsatsen

7. Opfølgning på demenssygdommen

7.1. Hospitalets opgaver ved opfølgning - (Neurologi - (Geronto)psykiatri - Geriatri)

- Telefonisk kontakt v. kontaktsygeplejerske 3-4 uger efter udredningskonsultation og påbegyndelse af medicinbehandling
- Ambulant vurdering efter 2- 4 mdr. ved behov

7.2. Praktiserende læges opgaver ved opfølgning

- Hvor og hvor ofte opfølgningssamtale m. patient og pårørende skal ske aftales med demenskonsulenten/den kommunale sundhedsfaglige kontaktperson, dog minimum 1 x årligt
- Det er demenskonsulenten/den sundhedsfaglige kontaktperson der planlægger opfølgningssamtalen

7.3. Den kommunale hjemmesygeplejers opgaver ved opfølgning

Demenskonsulent/sundhedsfaglig kontaktperson:

- Aflægger besøg i hjemmet efter behov, som afstemmes mellem behovet hos personen m. demens og den faglige vurdering
- Minimum én årlig opfølgningssamtale i hjemmet, som foretages sammen m. praktiserende læge og, som demenskonsulenten/den sundhedsfaglige kontaktperson planlægger m. praktiserende læge
- Kontakter den kommunale visitation mhp. vurdering af behovet for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk bistand under forudsætning af, at personen eller pårørende ønsker det
- Sikrer, at tilbud om støtte- og netværksgruppe for patient og pårørende præsenteres
- Sikrer, at informationen om aflastningsmuligheder er kendte af både personen m. demens og pårørende

8. Palliativ indsats til personer m. demens

Demens er en livstruende sygdom, og personer m. demens har samme behov for palliativ indsats i livets slutfase, som alle andre, der har en livstruende sygdom.

8.1. Formål m. palliativ indsats og pleje

- At fremme livskvaliteten hos patienter og pårørende, der står over for de problemer, som er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykosocial og åndelig art⁹

Palliative problemer i livets slutfase hos personer m. demens er ofte smerter, lungebetændelse, angst og åndenød. Disse problemer skal opdages og behandles, som hos alle andre personer i palliativ behandling.

Vurdering af, hvorvidt personer m. demens har smerter, vanskeliggøres af kognitive forstyrrelser, som medfører problemer med at kommunikere smerter og ubehag til pårørende og plejepersonale. Se afsnit 12.4.

8.2. Tilbud om palliativ indsats til personer m. demens

Den palliative pleje af personer med demens er omfattet af aftalen om samarbejde om palliativ indsats i Region Midtjylland. Ifølge den kan der gives råd og vejledning om palliativ indsats ved det palliative team. Det kan ske efter henvisning fra praktiserende læge.

[Link aftalen om palliativ indsats: Regionens e- Dok og www.sundhedsaftaler.rm.dk](http://www.sundhedsaftaler.rm.dk)

OBS: Vær opmærksom på, om personen har udarbejdet et pleje- og/eller livstestamente. Se afsnit 10.3.

⁹ WHO's definition af palliativ indsats. 2002.

8.3. Ved og efter dødsfald

I kommunen findes en sundhedsfaglig instruks ved dødsfald. I aftalen om samarbejde om palliativ indsats er der beskrevet tilbud til efterladte efter et palliativ forløb.

9. Regionale behandlings-, pleje-, omsorgs- og støttetilbud

9.1. Sundhedsfaglig kontaktperson¹⁰

- I udredning, behandlings- og opfølgingsfaserne i hospitalsregi tildeles patient og pårørende en sundhedsfaglig kontaktperson
- Kontaktpersonkort udleveres, og patient og pårørende orienteres om brugen af dette

Den sundhedsfaglige kontaktpersons opgaver:

- At sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb
- At sikre koordinering af de sundhedsfaglige ydelser under indlæggelse og i ambulante forløb
- At sikre information til patient og pårørende om forløbet

Der foreligger retningslinjer, som beskriver den sundhedsfaglige kontaktpersons funktion, opgaver og ansvar.¹¹

[Link: Regionens e- Dok](#)

9.2. Sundhedsfremme- og egenomsorgstilbud

9.2.1. Patient- og pårørendeuddannelse

- Ved informationssamtale om udredningssvar informeres patient og pårørende om patientuddannelse om demenssygdommen, behandlings- og støttemuligheder, og om hvordan de via egenomsorg og brug af støttetilbud kan handle sundhedsfremmende og forebyggende

[Link til patientuddannelse: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_7016fa.nsf/SoegeView%20/5FDA8BE952739459C12577040036AFD6](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_7016fa.nsf/SoegeView%20/5FDA8BE952739459C12577040036AFD6)

¹⁰ Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse. 2.3.2. Sundhedsfaglig kontaktperson.

- Tilbud til børn og unge m. forældre m. psykisk sygdom. Se sundhedsaftale for 2011-14 – det psykiatriske område - lomme håndbogen – kap. 14.4.

9.3. Medicinske behandlingstilbud

9.3.1. Specifik medicinsk behandling af demens¹

Der findes godkendt specifik medicin med indikation til behandling af Alzheimers sygdom, Lewy body demens, demens af blandet type og demens ved Parkinsons sygdom.

Præparaterne udgør en symptombehandling og påvirker ikke den underliggende sygdomsproces. Medicinen helbreder ikke sygdommene, men giver en forsinkelse af symptomudviklingen.

Specifik antidemensbehandling:

- Kolinesterasehæmmere (donepezil, galantamin og rivastigmin) og
- NMDA-receptorantagonist (memantin).
- Ansøgning om tilskud til antidemens behandling
[Link: http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/L%C3%A6gefagligt/LAGEMIDLER/Tilskud_til_laegemidler](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/L%C3%A6gefagligt/LAGEMIDLER/Tilskud_til_laegemidler)

Andre typer af indiceret medicin v. demens-sygdom:

- Antidepressiva
- Antipsykotika

Link: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/pleje-omsorg-og-behandling/behandling/medicinsk-behandling-af-demens>

Ansvarlig læge

Den ordinerende speciallæge – se afsnit 7 om opfølgning.

9.3.2. Behandling af psykiatriske symptomer

Udgangspunktet er:

- Udredning af årsag(er) til symptomer eller udfordrende adfærd

- Somatisk udredning og medicingennemgang ved akutte psykiatriske symptomer hos ældre, herunder ældre personer m. demens, da udfordrende adfærd hos personer m. demens ofte skyldes somatisk lidelse
- Fokusering på forebyggelse eller afhjælpning af de problemer, som har udløst symptomerne

Før der ordineres psykofarmaka skal der være foretaget en grundig udredning og non-farmakologiske tiltag identificeres.

Non – farmakologisk behandling

Behandling af de fleste psykiatriske symptomer og adfærdsforstyrrelser ved demens:

- Miljøtilpasning

Medicinsk behandling af psykiatriske symptomer

Behandling m. psykofarmaka kan være relevant, hvis:

- Behandling uden lægemidler ikke har effekt
- Der foreligger en egentlig psykisk lidelse, som personen m. demens virker forpint af
- Personen m. demens er farlig for sig selv og/eller andre

Den demente hjerne reagerer ofte stærkere på lægemiddelbehandling end den raske ældre hjerne, og risikoen for overdosering og bivirkninger er stor. Desuden foregår omsætningen generelt langsommere hos ældre mennesker end hos yngre.

Ved medicinering

- Start forsigtigt op med en lav dosis og øg dosis ganske langsomt
- Undgå så vidt muligt pn ordinationer
- Identificer primærsymptomer, som ønskes lindret
- Sæt dato på, hvornår effekt vurderes
- Virkningen kan først vurderes efter uger eller måneder

Ved behandling af demente med psykofarmaka vurderes effekten løbende:

- Observation af evt. bivirkninger gennem en længere periode (obs. gangfunktion)
- Med mellemrum tages stilling til seponering af medicinen eller reduktion af dosis
Link: www.videnscenterfordemens.dk

Ansvarlig læge

Praktiserende læge – med mulighed for specialrådgivning hos (geronto)psykiater.

9.3.3. Medicinsk behandling af vaskulær demens^{1,11}

Ved vaskulær demens er effekten af kolinesterase-hæmmere og memantin af tvivlsom klinisk relevans.

Hvis demensen er forårsaget af blodpropper eller subkortikal småkarssygdom sigter behandlingen mod at reducere risikofaktorer for yderligere cerebrovaskulær sygdom ved fx:

- Blodtryksregulering
- Kolesterol-sænkende behandling
- Blodfortyndende medicin
- Behandling af evt. sukkersyge
- Rygestop
- Fysisk aktivitet og motion
- Reducering af overvægt

Ansvarlig læge

Praktiserende læge.

9.3.4. Medicinsk behandling af Fronto-temporal demens^{1,9}

Der er ingen specifik medicinsk behandling af Fronto-temporal.

SSRI- præparater (**S**elective **S**erotonin **R**euptake **I**nhibitor) kan anvendes mod depression og uhæmmet adfærd, men effekten på øvrige typer af adfærd-forstyrrelser er begrænset.

¹¹ Nationalt Videnscenter for Demens.

Behandling med antipsykotika har også begrænset effekt, og risikoen for bivirkninger er betydelig.

Ansvarlig læge

Praktiserende læge – evt. specialrådgivning hos gerontopsykiater.

9.4. Vejledning og rådgivning ved specialist

9.4.1. Neurolog

I udredningsfasen:

- Praktiserende læge kan ved telefonisk kontakt få specialvejledning ved neurolog

9.4.2. (Geronto)psykiatrisk team

I udrednings-, behandlings- og opfølgingsfasen:

- Kan praktiserende læge og demenskonsulent/sundhedsfaglig kontaktperson telefonisk få specialrådgivning ved (geronto)psykiatrisk team
- Kan efter henvisning foretage konsultation ved (geronto)psykiater og/eller (geronto)-psykiatrisk sygeplejerske

9.4.3. Geriatrisk team

- Som i afsnit 9.4.2.

9.5. Forebyggende tiltag

9.5.1. Kørekort til motorkøretøj

Fornyelse af kørekort hos praktiserende læge¹²

- Et kørekort udstedes med gyldighed til det 70. år
- Kørekortet fornyes med kortere og kortere åremål, jo ældre man bliver

¹² Sundhedsstyrelsen. Rapport fra arbejdsgruppen vedr. forslag til vurdering af kognitiv funktion ved lægeundersøgelse i forbindelse med kørekortsfornyelse fra det 70. år. 2003.

- Lægeerklæring skal foreligge, før politiet kan udstede kørekortet
- Lægeerklæringen skal sikre, at personer efter det 70. år ikke får kørekortet fornyet, hvis de ikke har de nødvendige kørefærdigheder, som skal til for at føre et motorkøretøj

Ved tvivl

- Lægen kan anbefale en vejledende praktisk prøve som følge af den undersøgte helbredsforhold
- Politiet udsteder et midlertidigt kørekort
- Inden det midlertidige kørekorts udløb skal pågældende indstille sig til en vejledende praktisk prøve
- Hvis vedkommende ikke indstiller sig eller består prøve, inddrages kørekortet permanent
Link: www.sst.dk

Diagnosticering af neurologisk sygdom¹³

- Lægen, der stiller diagnosen demens hos en person, skal foretage samme vurdering, som praktiserende læge gør ved kørekortfornyelse efter det 70. år, og det uanset patientens alder
Link: http://www.sst.dk/publ/Publ2008/Tilsyn/Koerekort/Vejl_neurosygd_kkort.pdf

Hvis personer m. demens fører motorkøretøj

- Hvis personale erfarer, at en person m. demens mangler evnen til at køre et motorkøretøj, henvises pårørende enten til praktiserende læge mhp. indkaldelse til kørekortsfornyelse eller til at kontakte politi
- Hvis personale erfarer, at en person m. demens er fører af et motorkøretøj trods inddraget kørekort, henvises pårørende til at kontakte politi eller, at personalet gør det

¹³ Sundhedsstyrelsen. Vejledning om neurologiske sygdomme og kørekort. 2008.

9.5.2. Jagttegn og våbentilladelse

En politiopgave, hvis der skønnes, at personer m. demens ikke er i stand til på forsvarlig vis at håndtere et våben.
Kontakt: Våbenkontoret i Midt- og Vestjyllands Politi.
Direkte tlf. 87 23 14 52.

9.6. Regionale socialpsykiatriske botilbud

Region Midtjylland driver socialpsykiatriske botilbud til personer m. svær demensproblematik, herunder fronto-temporal demens.

9.6.1. Gårdhaven i Viborg

Målgruppen

- Personer fra 50 år og derover med komplekse tilstande med problemskabende adfærd med baggrund i bl.a. demensdiagnoser, somatisk sygdom eller alkoholmisbrug

Opholdstyper

- Udredningsophold
- Midlertidige og længerevarende ophold

Link: www.gaardhaven.rm.dk

9.6.2. Pilebakken i Salten

Målgruppen

- Personer fra 50 år og derover m. bl.a. frontallapdemens m. udadreagerende og voldelig adfærd og demens kombineret med en psykiatrisk diagnose, hvor der er brug for en længerevarende, specialiseret indsats i et rummende, støttende og omsorgsgivende miljø

Opholdstyper

- Psykosocial udredning for personer m. bl.a. frontallapdemens under et 3 mdrs. Ophold

Omsorgen under opholdet omfatter dækning af moderate, fysiske plejebehov.

Link: www.pilebakken.rm.dk

Der findes også kommunale socialpsykiatriske botilbud til personer m. specielle demensproblematikker. Se afsnit 10.6.

Visitationsansvarlig

Det er kommunen, som visiterer til de regionale socialpsykiatriske botilbud.

10. Kommunale behandlings-, pleje-, omsorgs- og støttetilbud

10.1. Sundhedsfaglig kontaktperson

- Når en person med demens henvises til kommunale tilbud tildeles vedkommende og dennes pårørende en kommunal sundhedsfaglig kontaktperson. Vedkommende kan være demenskonsulent og er kommunens forløbskoordinator
- Samtidig udleveres kontaktoplysninger på den kommunale demenskonsulent (medarbejder med diplomuddannelse i demens)

Den sundhedsfaglige kontaktpersons opgaver

- At sikre information til patient og pårørende om demensindsatsen
- At sikre sammenhæng i den indsats, som personer m. demens modtager, når de befinder sig i hjemmet
- At sikre koordinering af de kommunale ydelser, som ydes i hjemmet og med regionale sundhedsydelser

Det anbefales jf. DDKM, at der i kommunen findes en sundhedsfaglig instruks, som beskriver den sundhedsfaglige kontaktpersons funktion, opgaver og ansvar.¹¹

10.2. Rådgivning og vejledning

10.2.1. Demenskonsulent

- Er et tilbud til personer m. demens og pårørende om råd og vejledning om hukommelsesbesvær og demens
- Har fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af demens
- Kan kontaktes af personer m. demens, pårørende, sundhedspersonalet og andre borgere i lokalsamfundet uden forudgående henvisning

10.2.2. Visitator

- Tilbud til personer m. demens og pårørende om kontakt ved behov for hjælp og støtte i dagligdagen

- Visitator vurderer sammen med personen m. demens og pårørende hvilken hjælp, der er behov for. Fx hjemmehjælp, aktiviteter eller botilbud

10.3. Sundhedsfremmende og egenomsorgstilbud

Kommunen skal tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer for at forebygge, at problemerne for den enkelte forværres og for at forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder.^{14 § 81}

10.3.1. Patient- og pårørende støtte- og samtale-grupper

- Tilbud til personer m. demens om deltagelse i demensgruppe eller individuelle samtaler
- Tilbud til pårørende om deltagelse i en demensnetværksgruppe

Det anbefales jf. DDKM, at der i kommunen findes en sundhedsfaglig instruks for individuelle forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgere m. demens.¹⁵

10.3.2. Plejetestamente

- Den sundhedsfaglige kontaktperson opfordrer personen m. demens og pårørende om at drøfte muligheden for oprettelse af et plejetestamente

Plejetestamentet giver den demente mulighed for at få indflydelse på sit fremtidige liv ved i god tid at udtrykke sine ønsker til den fremtidige omsorg, pleje og boligsituation.

¹⁴ Socialministeriet. Lovbekendtgørelse nr. 81 af 4. februar 2011.

¹⁵ Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandard for det kommunale sundhedsvæsen. Demens. 3.1.2. Individuelle forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (2/2).

Det betyder:

- Pårørende kan aflastes i forhold til at skulle træffe svære beslutninger, når disse allerede er drøftet i samråd med den demente
- Plejepersonalet kan give en bedre og mere værdig pleje, fordi de får kendskab til den dementes rutiner og vaner
- Det giver ro og tryghed og kan være med til at forebygge eller mindske brugen af magt

Et plejetestamente er vejledende og ikke et juridisk gyldigt dokument. Uanset plejetestamentets ordlyd skal de kommunale medarbejdere følge kommunens kvalitetsstandarder og serviceniveau. I samarbejde med evt. pårørende er det den/de medarbejdere, der varetager borgerens interesser, der i sidste instans afgør, hvilken pleje og omsorg, der imødekommer borgerens behov.^{12 § 83 stk. 2}

Et plejetestamente kan være nedskrevet, indtalt på bånd eller optaget på video/dvd og kræver ikke underskrift af en notar. Det originale plejetestamente opbevares hos borgeren, og det kan løbende ændres.

Link til Alzheimerforeningens skema til plejetestamente:
http://www.alzheimer.dk/?pk_menu=963&pk_knowledge=30

10.3.3. Livstestamente

- Den sundhedsfaglige kontaktperson opfordrer personen m. demens og pårørende om at drøfte muligheden for oprettelse af et livstestamente

Personer m. demens kan gennem et livstestamente udtrykke sine ønsker mht. behandling, når vedkommende kommer i en tilstand, hvor selv-bestemmelsesretten ikke længere kan udøves af personen selv.

Et livstestamente udtrykker

- Et ønske om ikke livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende

- Et ønske om ikke livsforlængende behandling, når demenssygdommen har medført så svær invaliditet, at testator ikke vil være i stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt
- Ved livsforlængende behandling forstås behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse

Krav til personen, der ønsker et livstestamente

- Skal være fyldt 18 år
- Må ikke være under værgemål, som omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold

Procedurer

- Oprettelse af et livstestamente i Livstestamente-registeret koster et gebyr på 50 kr. Opkræves af Rigshospitalet
- Formularen udfyldes manuelt og indsendes til Rigshospitalet eller formularen udfyldes elektronisk på internetadressen www.sundhed.dk
- Betaling af gebyr kan ske ved indbetalingskort og ved elektronisk oprettelse af et livstestamente kan betaling ske elektronisk via www.sundhed.dk¹⁶

Link til livstestamenteformular:

<https://www.sundhed.dk/Applikation.aspx?id=124.1>

10.4. Rehabiliterende og forebyggende tilbud

Rehabilitering hos personer m. fremadskridende sygdom ser ud til at have den positive effekt, at vedkommendes tab af funktioner sker langsommere end uden indsats.

Kommunen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig

¹⁶ Bekendtgørelse nr. 240 af 20. marts 2007 om livstestamenter.

nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.^{12 § 85}

10.4.1. Træning af færdigheder og motion

Fysisk træning, kognitiv rehabilitering og træning, realitetstræning, adfærdsterapi, reminiscens, sansestimulation og ADL- rehabiliterende pleje kan have positiv effekt på færdigheder og velbefindende hos personer m. mild til moderat demens samt på affektive symptomer¹⁷.

- Tilbud om træning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor pga. betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer¹⁸
- Tilbud om genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af demens og anden sygdom, som ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse¹⁸
- Tilbud om hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor¹⁸

10.4.2. Måltider og ernæring

Personer m. middelsvær demens kan have behov for hjælp til spisning. De kan have svært ved at tolke spisesituationen og forstå, hvad der skal spises, og hvordan der skal spises. Mund- og tandproblemer kan yderligere forværre situationen.

¹⁷ Sundhedsstyrelsen. Demens. Ikke-farmakologiske interventioner. Kommenteret Udenlandsk Medicinsk Teknologivurdering 2010;3(3).

¹⁸ Socialministeriet. Bekendtgørelse nr. 1096 af 21. september om lov om social service. § 85 og 86.

Vægttab og fejlernæring er nogle af de mest almindelige konsekvenser af demens. Sygdomsbetinget underernæring og vægttab har negativ indflydelse på sygdomsforløb og behandlingsresultater.

Følger af underernæring^{19, 20}

- Tab af muskelmasse og nedsat muskelkraft
- Nedsat immunforsvar, svækkelse af tarmvæg m. nedbrydning af barrieren mod de bakterier, som findes i tarmen
- Nedsat sårheling og risiko for tryksår
- Psykiske følger som træthed, apati, svækket hukommelse og depression

Risiko for underernæring kan vurderes ved hjælp af regelmæssig kontrol af vægt, BMI (body mass index), vægttab og vægtudvikling.

Link: www.sst.dk

Tiltag vedrørende måltider

En række tiltag kan bidrage til at forbedre livskvaliteten og nedsætte risikoen for vægttab, lavt kalorieindtag, underernæring og følgesygdomme:

- Skabe en atmosfære omkring måltidet som er tryghedsskabende
- Struktureret vurdering af evnen til at spise
- Individuelt tilpasset hjælp til spisning
- Tilstrækkelig tid til at spise i ro og mag
- Mindske sansestimuli i bomiljø og borddækning
- Hensyn til kulturelle og religiøse forhold
- Vurdering af risiko for underernæring
- Øgning af kalorieindtaget i tilfælde af underernæring

Link: <http://www.servicestyrelsen.dk/godmadgodtliv>

¹⁹ Sundhedsstyrelsen. Bedre mad til syge. Hvorfor? Hvordan?

²⁰ Sundhedsstyrelsen. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko.

10.4.3. Tandsundhed

Tandplejen er en af de dagligdagsrutiner, som for demente kan blive uoverskuelig eller glemt. Desuden nedsætter flere typer af medicin spytksekretionen, hvilket øger risikoen for mund- og tandsygdomme.

Personer m. demens har flere tandbelægninger, øget forekomst af paradentose, caries og infektioner i mundslimhinden samt nedsat spytksekretion på grund af gradvis tab af evnen til at udføre mundhygiejne og tandpleje.^{21,22, 23, 24}

Dårlig tandsundhed kan forværre tyggefunktionen, som er afgørende for fødeindtag, ernæring og fordøjelse samt påvirke personens adfærd og medføre ubehag og smerte.

Manglende mundhygiejne og tandpleje betyder ernærings- og adfærdsproblemer, systemiske infektioner og nedsat livskvalitet. Tandplejebehovet øges med udviklingen af demensen²³.

Adfærdsændringer, som kan skyldes problemer i mundhulen

- Appetitløshed eller spisevægring
- Nægter pludselig at få foretaget mundhygiejne
- Verbal og fysisk aggressivitet
- Gentagen berøring af ansigt og mund
- Tygning af læber, tunge eller hånd
- Tænderskæren
- Rastløshed, søvnløshed, råben
- Proteser, som ikke bruges

Forebyggende indsats

²¹ Ship & Puckett (1992, 1994).

²² Jones et al (1993).

²³ Chalmers et al (2002, 2003, 2005).

²⁴ Ellefsen et al (2008, 2009).

- Gode tandplejevaner – regelmæssigt og ofte
- Aftale mellem pårørende og personale om ansvar for mundhygiejne
- Regelmæssig omsorgstandpleje – offentligt eller privat praksis²⁵
- Løbende vurdering af tandplejemuligheder

Brug af elektrisk tandbørste kan forbedre tandhygiejnen og være en hjælp for personalet.

Link: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/pleje-omsorg-og-behandling/pleje-og-omsorg/fysisk-pleje-og-omsorg/mund-og-tandpleje>

10.4.4. Forebyggelse og behandling af forstoppelse

Risikoen for forstoppelse er højere for personer m. demens (60 %) mod den almene ældrebefolkning (15 %).

Tiltag mod forstoppelse

- Indtagelse af væske
- Fiberrig kost med samtidig øget væskeindtag
- Fysisk aktivitet
- Regelmæssige toiletvaner
- God mundhygiejne
- Evt. medicinsk behandling

Link: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/pleje-omsorg-og-behandling/pleje-og-omsorg/fysisk-pleje-og-omsorg/forebyggelse-og-behandling-af-forstoppelse-ikke-farmakologisk-behandling>

10.4.5. Forebyggelse af tryksår

Personer m. svær demens, der har vanskeligt ved at forflytte sig, har en højere risiko for at udvikle tryksår.

Konsekvenser af tryksår

²⁵ Sundhedsministeriet. Lov nr. 546 af 24. juni 2005 om sundhedsloven, § 131 om omsorgstandpleje.

- Megen lidelse i form af smerter
- Øget risiko for helbredsmæssige komplikationer
- For tidlig død

Personalevurdering af

- Almentilstanden
- Huden
- Mobilitet
- Fugtighed
- Inkontinens
- Ernæringstilstand
- Smerter

Vurderingen foregå løbende, og hyppigheden af revurderinger afhænger af forandringer i personens tilstand.

Link: <http://www.hmi.dk/ref.aspx?s=-300023&id=823&pageid=435>

10.4.6. Aktivitetstilbud

Ophold i dagtilbud kan udskyde behov for plejebolig, aflaste ægtefælle, og meningsfyldte aktiviteter (musik og danseinterventioner) kan mindske vandring og fald i agiteret adfærd samt forbedre nærvær, engagement og velbefindende. Desuden forbedres humør og adfærd ved sansestimulation.¹⁵

Kommunen skal tilbyde indsatser, som gennem kontakt, tilbud om socialt samvær og aktivitet forbedrer mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse.^{12 § 81}

10.4.7. Forebyggelse af fald

Personer med kognitiv dysfunktion/demens har større risiko for fald og for frakturer, herunder hoftefrakturer²⁶. Ni ud af ti personer m. demens, der hospitalsindlægges på grund af skader, har pådraget sig skaderne ved fald.

²⁶ Van Dijk PTM et al. Gerontologist 1993;33:2004

Tiltag

Vurdering af faldrisikoen hos personen m. demens m. identificering af risikofaktorer, hvori følgende overvejelser og forebyggende foranstaltninger indgår:

- Kost- og væskeindtag
- Påklædninger, herunder fodtøj
- Syn, briller og hørelse
- Ordineret medicin, herunder sovemedicin
- Svimmelhed og træningsmuligheder af styrke, balance, gang og forflytninger
- Mulighed for somatiske sygdomme
- Risikoforhold i boligen (tilpasning af belysning, gulvbelægning, dørtrin mm.)
- Brugen af hjælpemidler
- Brug af bukser m. hoftebeskyttere (kan dog øge risikoen for fald hos personer, der har svært ved at tage bukser af og på)
- Mængden af alkoholindtag

Link: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/pleje-omsorg-og-behandling/pleje-og-omsorg/fysisk-pleje-og-omsorg/forebyggelse-af-fald>

Link findes på E- Dok under RH Horsens, forløbsprogram for hoftenære frakturer og primær forebyggelse

Ved forekomst af fald

Ved forekomst af fald hos personer m. demens henvises til praktiserende læge mhp. basal udredning.

Basal faldudredning²⁷

- Almindelig klinisk undersøgelse
- BT- måling, herunder ortostatisk BT
- EKG
- Blodprøver: Hgb, L+D, væsketal, blodglucose

²⁷ Lægekredsforeningen og Århus Amt. Faldforebyggelse. Klinisk Info. Informationer til primær sektor og sygehuse. September 2006.

- Urinundersøgelse
 - Vurdering af funktionsstatus
- Link findes på E- Dok under RH Horsens, forløbsprogram for hoftenære frakturer og primær forebyggelse*

10.5. Pleje- og omsorgstilbud

10.5.1. Kommunikations- og psykologiske metoder

Reminiscens

Reminiscens: 'mindelse' eller 'genklang'

Formål: At styrke den dementes identitet, integritet og følelse af kontinuitet

Metode: At tale om livserfaringer, dele minder med andre mennesker og snakke om fortiden

Målgruppen: I alle faser af demensforløbet, både i grupper og individuelt

Valideringsterapi

Validering: 'gyldiggørelse'

Formål: At øge selvfølelsen, mindske stress, forbedre kommunikationsevnen og øge det almene velbefindende hos den demente

Metode: At imødekomme og ved hjælp af sproglig og ikke-sproglig kommunikation anerkende de følelser, som personer m. demens udtrykker, at adfærd bærer mening, og at fagpersonen anerkender værdien og gyldigheden af dennes oplevelser

Målgruppen: Ved middelsvær til svær demens

Realitetsorientering

Formål: At hjælpe personen m. demens med at orientere sig i hverdagen, bl.a. i tid, sted og egen situation

Metode: Personer m. demens modtager orienterende information (om tid, sted og personer) med det formål, at vedkommende får en bedre forståelse af sine omgivelser og muligvis også får øget sin følelse af kontrol og selvværd. Der benyttes for eksempel ure, kalendere, kort, plakater, materialer til at stimulere de fem sanser, orienterende diskussioner, repetition af orientering, madlavning, tegneøvelser, associationer til ord, navngivning af objekter, gymnastik m.m.

Målgruppen: Personer med let til middelsvær demens, både i grupper og individuelt

Effekt: En vis kortvarig effekt på kognition, adfærd og sproglige færdigheder hos personer m. let til middelsvær demens, men egner sig ikke til svær demens. Det kan opleves krænkende, hvis metoden anvendes mekanisk og uden respekt for personens integritet

Link: <http://www.sfi.dk/Default.aspx?ID=143>

Marte Meo

Marte Meo: latin for 'ved egen kraft'

Metode: Pædagogisk metode, som benytter sig af videooptagelser af det sociale samspil mellem fx. personen m. demens og personale eller indbyrdes mellem personer m. demens. Bygger på principper om kommunikation som støtte for udvikling

Musikstimulering

Der er gode erfaringer med musikstimulering af demente.

Socialpædagogiske metoder

Begrebet socialpædagogiske metoder dækker over en bred vifte af tiltag, der har vundet indpas indenfor pleje og omsorg ved demens. Socialpædagogiske metoder har bl.a. vist sig at kunne bidrage til at mindske magtanvendelse. Se afsnit 2.6.

Dementia Care Mapping (DCM): et vurderingsinstrument baseret på principperne om personcentreret pleje

Metode: Fokuserer på omsorgsrelationen mellem den demente og personalet og omfatter en systematisk observation og registrering af samspillet, og DCM fungerer samtidigt som en metode til at implementere personcentreret pleje.

Behandlingsmetodernes fordele for personale

- Opnår et bedre kendskab til personen m. demens
- Opnår en øget forståelse for dennes livssituation
- Bidrager til mere åbenhed, lydhørhed og forståelse over for personer m. demens
- Bedrer håndteringen af adfærdsproblemer

Link: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/pleje-omsorg-og-behandling/pleje-og-omsorg/metoder-til-pleje-og-omsorg>

10.5.2. Praktisk hjælp og pleje samt madservice

Pleje og omsorg overfor personer m. demens og deres pårørende er et væsentligt kommunalt tilbud, da personer i demensforløbet får brug for støtte og hjælp i hverdagen.

Kommunen skal ud fra en konkret individuel vurdering tilbyde:

- Personlig hjælp og pleje
- Hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet
- Madservice

Tilbuddene gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.^{12 § 83}

10.5.3. Pleje og behandling af urininkontinens

Personer m. demens har en større risiko for problemer med inkontinens (ufrivillig vandladning). Risikoen øges med graden af demens.

Udredning

- Lægelig udredning for at finde bagvedliggende årsager
- Traditionel udredning kan hos personer m. demens være kompliceret pga., at undersøgelsen kan virke skræmmende

Behandling

- Indøvning af toiletvaner, evt. skemalagte toiletbesøg
- Træning af opmærksomheden på tegn til vandladningstrang, både hos personen m. demens og hos personale
- Hvis muligt - træning af blære- og bækkenbund
- Brug af absorberende bleer i kortere og længere tid

OBS: Længerevarende brug af kateter á demeure øger risikoen for bl.a. blærebetændelse.

Link: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/pleje-omsorg-og-behandling/pleje-og-omsorg/fysisk-pleje-og-omsorg/ufrivillig-vandladning>

10.5.4. Hjælpemidler, herunder teknologiske

Formål m. hjælpemidler til personer m. demens

- At støtte og fremme dennes aktiviteter i hverdagen
- At fastholde funktionsniveau
- At kompensere for funktionsnedsættelse

Hjælpemidler kan hos personer m. demens bidrage til at:

- Opretholde selvstændighed og handlemuligheder
- Evt. medvirke til at udsætte indflytning i plejebolig
- Lette hverdagen
- Udvide mulighederne for at fortsætte sociale aktiviteter
- Færdes ude på egen hånd

Hjælpemidler kan hos pårørende bidrage til at:

- Mindske belastningen
- Skabe større tryghed, når den demente er alene hjemme

Fokus for hjælpemidler til demens er kognitive hjælpemidler, som kan afhjælpe eller kompensere for svækkelse af kognitive funktioner som fx hukommelse, stedsans eller orientering.

Typer af kognitive hjælpemidler til demens

Hjælpemidler for:

- Støtte af hukommelse og orientering i tid
- Telefoni og sporing
- Sikkerhed og tryghed

Behovet for teknologiske hjælpemidler afdækkes tidligt i samarbejdet mellem den kommunale myndighed, demenskonsulenten og borgeren, da tidlig anvendelse af teknologiske hjælpemidler er af stor betydning for personens udbytte af at anvende hjælpemidlet.

Kommunen yder støtte til hjælpemidler til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når hjælpemidlet i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne, lette den daglige tilværelse i hjemmet eller er nødvendigt for at den pågældende kan udføre et erhverv. ^{12 §§ 112,}

Link: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/pleje-omsorg-og-behandling/pleje-og-omsorg/teknologiske-hjaelpemidler>

Desuden henvises til Region Midtjyllands afklaringskatalog for hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Link: www.hjaelpemidler.rm.dk

10.5.5. Plejebolig

Personer med demens kan have særlige behov for:

- Struktur på døgnet
- Hjælp til at reagere hensigtsmæssigt i hverdags-situationer
- Tæt opfølgning af personale døgnet rundt
- Skærming eller hjælp til den sociale kontakt

Det betyder, at udover hjælp og støtte i hverdagen fra pårørende og/eller personale har personer m. demens brug for, at der stilles særlige krav til boligen.

Kommunen skal efter almenboligloven kunne tilbyde varige almene boliger til særlig udsatte grupper, som er særligt indrettet med henblik på lejernes behov.

Plejeboliger er almene boliger, hvor der til den samlede bebyggelse hører servicearealer for personer med behov for omfattende service og pleje efter lov om social service.²⁸

Disse boliger skal bl.a. have en teknologisk og sundhedsmæssig kvalitet, som understøtter hverdagen for personer m. betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.²⁴

Der er frit valg af ældrebolig, og kommunen har ansvaret for visitationen.

10.6. Kommunale socialpsykiatriske botilbud

10.6.1. DemensCentrum Aarhus

Målgruppen for DemensCentrum Aarhus:

- Et specialtilbud til mennesker med demens, hvor sygdommen er kendetegnet ved komplekse psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser
[Link:www.demenscentrum.dk](http://www.demenscentrum.dk)

10.6.2. Kær-huset i Lemvig

Målgruppen

- Personer m. forskellige demensformer, herunder frontallapsskader

²⁸ Socialministeriet. Lovbekendtgørelse nr. 103 af 11.02. 2001 om almene boliger. §§ 5 stk. 2, 5a, 6C

Indhold

- Længerevarende døgnbotilbud
- Specialafdeling med 13 pladser
- Udadgående specialistfunktion ift. personer m. demens og ansatte i kommunernes ældrepleje = Mobilt Instruktør Team

Lemvig Kommunes handicap- og psykiatrideling står for visitationen til Kær-huset.

Link: www.kær-huset.dk

10.7. Indsats over for pårørende

Omsorgen for hjemmeboende demente varetages meget ofte af pårørende. Disse udgør ikke kun ægtefæller, men også voksne børn, børnebørn, venner, naboer, m.v.

Det er psykisk belastende at yde omsorg for en dement. I takt med sygdommens udvikling udviser de pårørende i stigende grad tegn på bekymringer, tristhed, belastningsreaktioner og stress.

Depression forekommer 2-3 gange hyppigere end normalt. Pårørende til demente går ofte til lægen og tager mere receptpligtig medicin end normalt. Der er også øget risiko for at udvikle alvorlig somatisk sygdom, evt. med døden til følge.

Indsats i form af rådgivning, aflastning og målrettet støtte til de pårørende kan have en forebyggende effekt på deres sygelighed. Erfaringer viser, at pårørende, der modtager struktureret rådgivning tidligt i sygdomsforløbet, bliver bedre til at håndtere rollen som pårørende og bliver bedre forberedt til det kommende forløb.

Link: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/pleje-omsorg-og-behandling/pleje-og-omsorg/indsats-for-paaroerende>

10.7.1. Støtte- og netværksgrupper for pårørende

De enkelte kommuner har forskellige sundhedsfremmende - og egenomsorgstilbud til pårørende i form af støtte og netværksgrupper.

Tilbuddene kan være kommunale eller være tilbud, som varetages af frivillige organisationer. Se afsnit 11.2.

[Link til kommunale tilbud: De enkelte kommuners hjemmesider](#)

[Link til oversigt over de frivillige organisationers tilbud: \[www.sundhedsaftaler.rm.dk\]\(http://www.sundhedsaftaler.rm.dk\)](#)

10.7.2. Tilbud om frirum til pårørende (aflastning)

Da de pårørende yder en stor indsats i plejen og omsorgen for personen m. demens, kan de få behov for aflastning og frirum til at foretage sig andre ting end at være sammen med den demensramte.

Kommunen skal tilbyde:

- Afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
- Midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje.²⁹

Tilbuddene kan være kommunale eller være tilbud, som varetages af frivillige organisationer. Se afsnit 11.2.

[Link til kommunale tilbud: De enkelte kommuners hjemmesider](#)

[Link til oversigt over de frivillige organisationers tilbud: \[www.sundhedsaftaler.rm.dk\]\(http://www.sundhedsaftaler.rm.dk\)](#)

²⁹ Socialministeriet. Bekendtgørelse nr. 1096 af 21. september om lov om social service. § 84.

11. Tilbud hos centrale og private organisationer

11.1. VISO

VISO: Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation, som tilbyder gratis rådgivning fra særligt udvalgte specialister, når den rette ekspertise ikke findes i kommunen.

VISO rådgiver kommuner, borgere, institutioner.

Rådgivningsområder

- Rådgivning i konkrete sager om håndtering af livssituation, problemstillinger og handlemuligheder
- Problemudredning som er en helhedsorienteret og tværfaglig undersøgelse af situationen hos en person m. demens eller afdækning af undervisningsbehov hos personale. Henvendelse skal ske fra kommune.
- Rådgivning til kommuner eller specialtilbud i forhold til en afgrænset gruppe af personer m. demens m. samme problemstilling. Rådgivningen skal bidrage til at kvalificere kommunens eller tilbuddets videre arbejde med den konkrete problemstilling

Henvendelse til

Servicestyrelsen, Edisonsvej 18. 1., 5000 Odense C
tlf.: 72 42 37 00. E-mail: info@servicestyrelsen.dk

11.2. Frivillige organisationer

Private patient- og frivillige organisationer har specielle støtte og omsorgstilbud til personer m. demens og deres pårørende.

Der findes en oversigt over disse organisationer og forskellige tilbud i Region Midtjylland på:

[Link: www.sundhedsaftaler.rm.dk](http://www.sundhedsaftaler.rm.dk)

12. Specielle problemstillinger ved demens

12.1. Værgemål

Problemstilling

Personer m. demens kan pga. tab af kognitive funktioner komme i den situation, at de ikke længere kan varetage personlige og økonomiske anliggender. De kan få brug for en værge, som optræder på vegne af personen m. demens i retlige forhold og i forhold vedr. dennes økonomi.

Værgemål for voksne³⁰

Der kan iværksættes værgemål hos en person m. svær demens, hvis vedkommende ikke er i stand til at varetage personlige forhold og/eller er uegnet til at varetage økonomiske anliggender.

Personen m. demens kan selv anmode om værgemål, evt. gennem plejetestamente eller kan tilkendes dette.

Værgemålets omfang skal tilpasses efter den pågældendes behov og ikke være mere omfattende end nødvendigt. Personen er fortsat myndig.

En person m. demens kan fratages den retlige handleevne og umyndiggøres for at:

- Forhindre, at vedkommende udsætter formue, indkomst eller andre økonomisk interesser for fare for at forringes væsentligt
- Hindre at vedkommende udsættes for økonomisk udnyttelse

Link til ansøgning om værgemål:

<http://www.statsforvaltning.dk/site.aspx?p=5117>

³⁰ Justitsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1015 af 20.08. 2007 om værgemål.

12.2. Behandlingsbehov og manglende evne til informeret samtykke³¹

For en person m. demens, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende give informeret samtykke til behandling.

I de tilfælde, hvor patienten er under værgemål, som omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, kan informeret samtykke gives af værgen. Se afsnit 12.1.

Hos en person m. demens, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, og ingen nærmeste pårørende eller værge har:

- Kan sundhedspersonen gennemføre en påtænkt behandling, hvis en anden sundhedsperson, der har faglig indsigt på området, og som ikke tidligere har deltaget i eller skal deltage i behandlingen af den pågældende patient, giver sin tilslutning hertil
- Kan sundhedspersonen uden inddragelse af en anden sundhedsperson gennemføre en påtænkt behandling, hvis behandlingen er af mindre indgribende karakter mht. omfang og varighed

Hvis sundhedspersonen skønner, at de nærmeste pårørende eller værgen forvalter samtykket på en måde, som åbenbart vil skade personen m. demens eller behandlingsresultatet, kan sundhedspersonen gennemføre behandlingen, såfremt Sundhedsstyrelsen giver sin tilslutning hertil.

Ved øjeblikkeligt behandlingsbehov

Hvis en person m. demens, der mangler evnen til at give informeret samtykke, befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for:

³¹ Sundhedsministeriet. Sundhedsloven nr. 546 af 24.06. 2005. Patienters retsstilling §§ 18-21.

- Personens overlevelse
- På længere sigt at forbedre personens chance for overlevelse
- At få et væsentligt bedre resultat af behandlingen,

kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra personen m. demens, nærmeste pårørende eller værge.

Inddragelse af personen m. demens

En person m. demens, der ikke selv kan give informeret samtykke, skal informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen, i det omfang personen forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade personen. Personens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning.

Sundhedspersonens ansvar

Den sundhedsperson, der er ansvarlig for behandlingen over for en person m. demens, der ikke selv kan give informeret samtykke, er forpligtet til at drage omsorg for, at

- Informeret samtykke indhentes fra pårørende eller værge
- Der foreligger tilslutning fra en anden sundhedsperson eller Sundhedsstyrelsen, hvis dette er nødvendigt
- Personen m. demens informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen

12.3. Magtanvendelse

Problemstilling

Hos en person m. demens kan kognitive problemer, ændringer af psyken og/eller i den sociale adfærd give anledning til, at der anvendes fysisk magt og særlige sikkerhedsforanstaltninger. Det sker, når personale skal hjælpe med personlig pleje og skærme vedkommende eller andre for skader og ulykker.

Magtanvendelse over for voksne^{32, 33}

Over for en person m. demens kan der iværksættes magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten, særlige sikkerhedsforanstaltninger og modtagepligt i boformer, hvis situationen nødvendiggør dette.

Reglerne gælder kun på det sociale område. Dvs. for personer i eget hjem eller kommunalt botilbud, men ikke under indlæggelse på hospital. Se afsnit 12.2.

Før magtanvendelse iværksættes

- Magtanvendelse må aldrig erstatte omsorg, pleje og socialpædagogisk bistand
- Forskellige plejemæssige og/eller socialpædagogiske tiltag skal være afprøvet for at hjælpe personen m. demens
- Der skal foretages gentagne forsøg på at opnå personens frivillige medvirken til den påtænkte foranstaltning
- Dokumenteret demensudredning af den varige funktionsevnenedsættelse
- Overvejelse af rimeligheden i magtanvendelse ift. det, man gerne vil opnå, eller evt. kan klare med mindre indgribende foranstaltninger
- Magtanvendelse skal altid være det sidste, man overvejer og afprøver for at hjælpe den demente borger
- Der skal foreligge en godkendelse, før iværksættelse kan ske

Ved magtanvendelse

- Skal udøves så skånsomt og kortvarigt som muligt og med størst mulig hensyntagen til den pågældende og

³² Socialministeriet. Lovbekendtgørelse nr. 1096 af 21.09. 2010 om social service. §§ 124-137.

³³ Socialministeriet. Bekendtgørelse nr. 688 af 21.06. 2010 om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne.

- andre tilstedeværende, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulemper
- Indgreb forudsætter en individuel vurdering af indgrebet faglige forsvarlighed og nødvendighed samt af pågældendes helbredsstatus

I kommunen findes en sundhedsfaglig instruks/retningslinje om magtanvendelse.

Link til vejledning nr. 8 om magtanvendelse:

https://www.servicestyrelsen.dk/analyse_og_data/magtanvendelse-skemaer/skemaer

12.4. Tvang i psykiatrien³⁴

Frihedsberøvelse og anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold eller behandling på psykiatrisk afdeling forstås i psykiatriloven som anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke jf. sundhedsloven.³⁵

Disse foranstaltninger kræver, at personen er sindssyg eller i en tilstand, som kan sidestilles hermed. Tvangsforanstaltningen sker, når det er nødvendigt for at afværge, at en patient:

- udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred eller
- øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang

Demens er ikke en diagnose, der kan medføre tvangsindlæggelse. Dog kan personer m. demens og tilkommet delir tvangsindlægges såfremt, der lægeligt vurderes behov her.

³⁴ Indenrigs- og sundhedsministeriet. Lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010 om anvendelse af tvang i psykiatrien.

³⁵ Sundhedsministeriet. Lov nr. 546 af 24. juni 2005 om sundhedsloven, kapitel 5 om xx

Der findes en fælles psykiatrisk retningslinje for frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien:

Link: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_7016fa.nsf/SoegeView/43FD16DC20AA1BCBC12576C40041021A

12.5. Somatiske sygdomme og delir

Problemstilling

Risikoen for somatiske sygdomme stiger med alderen. Da personer m. demens hyppigst er over 65 år, vil forekomsten af somatiske lidelser også være øget hos denne patientgruppe.

Somatiske sygdomme overses hyppigt hos en person m. demens. Personen kan måske ikke verbalt give udtryk for manglende velbefindende. Desuden optræder de klassiske symptomer hos de enkelte somatiske sygdomme ofte i en anden form hos personer m. demens. Ændret adfærd er ofte det, personalet registrerer.

Somatisk sygdom hos personer m. demens viser sig ofte gennem en ændring af adfærden eller ved, at der akut opstår psykiatriske symptomer.

Kendetegn for ændret adfærd

- Øget uro, øget rastløshed og omkringvandring
- Apati, ændret aktivitetsniveau til det inaktive/sløve
- Ændring i den verbale udtryksform
- Øget irritabilitet, hidsighed
- Aggressive udbrud, både verbalt og motorisk
- Forfølgelsesforestillinger
- Ændret døgnrytme

Se afsnit 3 om demenskriterier – ICD-10 og forvekslingsdiagnoser.

Delir

Delir er en sygdom, som ofte medfører ændret adfærd, som beskrevet ovenfor.

Delir er en hyppig tilstand blandt ældre indlagt på medicinske afdelinger, ældre opereret for hoftefraktur og blandt beboere i plejeboliger. Ældre og personer med demens eller kognitiv svækkelse er i øget risiko for at udvikle delir.

Delir bliver betragtet som akut hjernelidelse, som kræver hurtig diagnosticering og behandling. Begrebet konfusion er et upræcist synonym for delir og bør ikke anvendes.

Definition på delir

- En akut indsættende, ofte forbigående lidelse præget af forstyrrelser i opmærksomheden og opfattelsen

De diagnostiske kriterier for delir ifølge ICD -10

- A. Bevidsthedsuklar: nedsat opfattelsesevne og svækket opmærksomhed med forstyrret evne til at opretholde eller skifte opmærksomhedsfokus
- B. Kognitive forstyrrelser
 - a. Svækket genkaldelse og korttidshukommelse
 - b. Desorientering
- C. Psykomotorisk forstyrrelse, mindst en af følgende:
 - a. Hastige skift mellem hypo- og hyperaktivitet
 - b. Øget reaktionstid
 - c. Talestrøm øget eller nedsat
 - d. Øget tendens til at fare sammen
- D. Påvisning af organisk årsag

Det indgår ikke i diagnosekriterierne, men personer med delir har også ofte synshallucinationer.

Årsager til delir

Legemlig sygdom:

- Feber
- Infektioner, især blære- og lungebetændelse
- Urinretention
- Væskemangel
- Obstipation
- Smerter
- Lav blodprocent
- Lavt blodtryk

- Lavt natrium
- Hjertesvigt
- Apopleksi
- Hypoxi (for lidt tilførsel af ilt i kroppens væv)

Medicinske bivirkninger, fx:

- Benzodiazepiner
- Morfin
- Parkinsonmedicin
- Tricykliske antidepressiva
- Betablokkere
- Antidiuretika
- NSAID
- Metoclopramid
- Steroider
- Blæreaflappende midler
- Højdosis antipsykotika
- Beta blokkere

Forgiftning

Abstinenser

Boligsift/indlæggelse

Vejledning af personale ved ændret adfærd

Personalet skal beskrive adfærden og herefter søge at finde årsager til den ændrede adfærd:

- Har personen fået for lidt væske?
- Er personen obstiperet?
- Har personens hørelse ændret sig? (vokspropper)
- Fungerer høreapparatet?
- Er personen lige flyttet til nuværende bolig?
- Har personen lige været på hospitalet?
- Er der sket medicinændringer inden for den sidste tid?
- Er der sket ændringer i personens omgivelser? (fravær af kendt person, dødsfald i familien e. lign.)
- Har personen tabt i vægt over kort tid

Overveje og undersøg følgende inden lægen kontaktes:

- Måle temperatur
- Urin-stix
- Måle blodtryk og puls

- Vurdere om:
 - Der er tegn på infektioner andre steder?
 - Der er der vejrtrækningsbesvær?
 - Er der smerter? Se afsnit 10.4.
 - Er der hjerteproblemer?
 - Er der tegn på TCI?

Ved afvigelser fra det normale kontaktes egen læge. I særlige situationer, hvor adfærden fortsat volder problemer, - selv om alle ovenstående forskrifter er fulgt, og personen er behandlet for årsagen til deliriet, - kan praktiserende læge tage telefonisk kontakt til det (geronto)psykiatriske team mhp. råd og vejledning, evt. aftales der tid til konsultation.

Sundhedsstyrelsen og Institut for rationel farmakoterapi har udarbejdet vejledningen "Ældre med demens, psykiatriske symptomer og urolig adfærd – 12 gode råd".

Link:

<http://www.irf.dk/download/pdf/psycadellicskaerm.pdf>

Der findes retningslinje for udredning af delir på Psykiatri og Social Fælles e- Dok:

Link: [http://e-dok.rm.dk/e-](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_7016FA.NSF/UI2/321910882AEB9D1DC125784F004DF966?OpenDocument)

[dok/e_7016FA.NSF/UI2/321910882AEB9D1DC125784F004DF966?OpenDocument](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_7016FA.NSF/UI2/321910882AEB9D1DC125784F004DF966?OpenDocument)

Behandling af delir

Der er tre hovedprincipper:

- 1) Sikring af delir pleje
- 2) Behandling af den udløsende årsag
- 3) I sjældne tilfælde kan det blive nødvendigt at behandle med antipsykotika

Der findes retningslinjer for behandling af delir/konfusion på Psykiatri og Social Fælles e- Dok

Opfølgning på delir

Alle ældre, der ikke er diagnosticeret med den demenssygdom, men som har haft delir, bør efter en

passende periode (3 – 6 måneder) undersøges for demens.

Ved komplekse patientsager

En sag med sammenblanding af mange faktorer, fx psykiatri, somatik, medicinsk behandling, bolig-, sociale- og omsorgs- og plejemæssige forhold.

Hvis én af de involverede parter opfatter en given patientsag for værende kompleks, iværksættes følgende:

- Den part, der opfatter situationen som kompleks, kontakter relevante parter i sagen mhp. fællesmøde om situationen (Egen læge, kommunalt plejepersonale, hospitalspersonale, (geronto)psykiatrisk team og/eller geriatrisk team)
- På fællesmødet udarbejdes en handleplan for det videre forløb og evaluering af handleplanen

Indlæggelse ved somatisk sygdom

Se afsnit 3 om indlæggelsesforløb i sundhedsaftalerne på det somatiske område.

[Link: Regionens e- Dok](#)

12.6. Smerter

På grund af de kognitive forstyrrelser hos personer m. demens har disse ofte vanskeligt ved at kommunikere smerter og ubehag til pårørende og personale. Derfor kan personale have svært ved at vurdere om eller overse, om en person m. demens har smerter.

Symptomer på smerter

Smerter medfører generelt en dårligere livskvalitet og kan påvirke den demente både psykisk og fysisk.

Konsekvenser af ubehandlede smerter kan være:

Fysiske

- Problemer m. at gå, agitation, dårlig appetit, dårlig søvn

Psykiske

- Depression, aggression, urolig adfærd, social isolation

Mulige årsager til smerter v. personer m. demens

- Fald/knoglebrud/knoglesammenfald
- Dårlig tandsundhed pga. manglende tandpleje (parodontose, caries/tandbyld, mundhuleinfektioner)
- Mavesmerter pga. obstipation
- Nyrebækkenbetændelse pga. uopdaget urinvejsinfektion
- Urinretention
- Tryksår mm.

Tiltag til vurdering af personer m. demens, der har ondt

- Optag en komplet smerteanamnese fra personen m. demens eller pårørende
- Tag selvrapporeret smerte alvorligt
- Spørg direkte og brug synonymmer for smerter – fx 'ømhed', 'ubehag', m.m.
- Giv personen tid til at svare
- Led efter mulige årsager til smerter
- Observér patienten for adfærd som kunne indikere smerter
- Revurder løbende efter behandling med smertestillende medicin, og hvis der sker ændringer

Vurdering af smerter hos personer m. demens og uden sprog

- Anvend Abbey's smerteskala - adfærds- og observationskema
- Ét skema udfyldes i hver vagt (dag, aften og nat) i 3 døgn
- Udfyldes af personalet i evt. samarbejde m. pårørende
Link: [http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_700312.nsf/\\$CXIV/ATTACH-RMAP-8DHC28/\\$FILE/Abbey%20smerte%20skala%20okt%20%202004.pdf](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_700312.nsf/$CXIV/ATTACH-RMAP-8DHC28/$FILE/Abbey%20smerte%20skala%20okt%20%202004.pdf)

12.7. Depression

Problemstilling

Demens og depression er to tilstande, som på mange måder ligner hinanden. Fx symptomer som dårlig nattesøvn, nedsat appetit og manglende lyst til socialt samvær samt mangel på initiativ, koncentrationsbesvær og glemsomhed. Risikoen for at overse en depression hos en person m. demens foreligger derfor, særligt en lettere depression.

Hyppeghed for depression hos personer m. demens

Depression forekommer hyppigt ifm. demens. Ca. 50 % af personer m. Alzheimers sygdom har haft symptomer på en depression, og i perioder har 20-30 % lettere depression. Hyppigheden for depression hos personer m. vaskulær demens er fra 6-45 %.

Symptomer på depression hos Alzheimers sygdom/ved demens

- Tydelig (klinisk signifikant) nedtrykthed
- (fx deprimeret, opgivende, modløs, grædende)
- Færre positive følelser eller nedsat glæde ved socialt samvær og sædvanlige aktiviteter
- Social isolation eller tilbagetrækning
- Forstyrret appetit
- Forstyrret søvn
- Psykomotoriske ændringer (fx agitation eller hæmning)
- Irritabilitet
- Træthed eller manglende energi
- Følelser af værdiløshed, håbløshed eller overdreven eller ubegrundet skyldfølelse

Behandling af depression hos personer m. demens

- Nyere antidepressiv medicin
- Samtale, evt. kombineret m. medicin v. lettere depression
- 2-12 uger inden virkning kan forventes
- Ved bivirkninger kan skiftes til andet præparat

- Ældre m. depression behandles længe, evt. resten af livet
- Yngre m. depression behandles i mindst 6-12 mdr., ved gentagne depressionsbehandling i flere år
- ½ times daglig speciel lysbehandling ved vinterdepression
- Motion har en vis virkning på depression, da der frigives stoffer i kroppen, som øger velværet og fremmer et bedre humør

Link: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/sygdomstegn-og-symptomer/psykiatriske-symptomer/depression-og-demens>

Handling

Henvielse til praktiserende læge, evt. viderehenvielse til gerontopsykiater.

12.8. Alkohol

Problemstilling

Et mangeårigt overforbrug eller misbrug af alkohol har en skadelig virkning på hjernen og kan medføre demens.³⁶ En af Sundhedsstyrelsens 7 udmeldinger om alkohol er, at hvis du "er ældre – vær særlig forsigtig med alkohol".³⁷

Alkoholmisbrug kan fungere som udløsende eller forværende faktor til demens og komplicerer samtidigt demensudredningen.²⁹

Langvarigt overforbrug af alkohol ledsages af en svækkelse af kognitive funktioner og kan derfor forveksles med demens. Ved ophør af misbruget ses ofte en delvis normalisering af det kognitive funktionsniveau.

³⁶ Nationalt Videnscenter for Demens. Demens og alkohol.

³⁷ Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens 7 udmeldinger om alkohol.

Personer m. demens kan pga. de kognitive problemer ikke altid styre deres alkoholforbrug og kan derfor utilsigtet få et stort forbrug, som forværrer demenstilstanden. Dette kan bl.a. forårsage øget faldtendens og faldulykker.

Desuden kan depression hos personer m. begyndende demens medføre et overforbrug af alkohol, som yderligere nedsætter det kognitive funktionsniveau og forværrer demensen.

Hos ældre med let kognitiv svækkelse (mild cognitive impairment/MCI) er forbruget af alkohol, selv i små mængder, forbundet med en øget risiko for demensudvikling.³⁸

Alkoholrelaterede demens. Se afsnit 10.2.

Handling

Henvi til praktiserende læge mhp. udredning og vurdering af alkoholproblemer³⁸ og demens.

Link:

<http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Alkohol.aspx>

Link:

<http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/Alkohol/Alkoholvaner.pdf>

³⁸ Sundhedsstyrelsen og DSAM. Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer. 2010.

13. Udvalgte grupper af demens

13.1. Yngre personer m. demens

Yngre personer m. demens defineres som under 65 år. Personer m. demens under 35 år forekommer sjældent. Årsagerne hertil er genetiske eller metaboliske sygdomme, hvoraf udviklingshæmmede udgør den største andel.

De yngre adskiller sig fra de ældre m. demens ved at:

- Have mindreårige eller unge børn
- Være i job eller førtidspensionist
- Have behov for individuelle støttetilbud, som er afpasset personens konkrete livssituation.
- Dvs. støtte til beskæftigelse og aktiviteter, som svarer til deres øvrige aktiviteter i fritid og hverdag kombineret med alternative input, som kan støtte og kompensere for evt. kognitive tab.

Fordeling af typer af demens

Ved følgende typer af demens er andelen større hos yngre m. demens:

Fronto-temporal demens

- Stor arvelighed (20-40 %) m. tidlig symptom-debut
- Dækker over en bred gruppe af sygdomme, som medfører degeneration af frontal- og temporal-lapperne
- Samme symptomer som hos ældre

Alkoholrelateret demens

- Tidligere alkoholmisbrug
- Alkoholmisbrug v. diagnosticeringstidspunkt
- Se afsnit 9.5. og 10.2.

Andre neurologiske sygdomme

Links:

<http://www.servicestyrelsen.dk/aeldre/demens/saerlige-malgrupper/yngre?searchterm=yngre+demente>

<http://shop.servicestyrelsen.dk/products/metodekatalog-inspiration-til-udvikling-af-tilbud-og-aktiviteter-til-yngre-personer-med-demens>
<http://www.videnscenterfordemens.dk>

13.2. Personer m. alkoholrelateret demens

Demens forårsaget af alkoholmisbrug udgør ikke nogen veldefineret sygdomstilstand. Der diskuteres, om den evt. skadevirkning af alkohol på hjernen er permanent eller forsvinder igen efter lang tids afholdenhed.

Det er også omdiskuteret, om det er alkohol (ethanol), som i sig selv har en toksisk effekt på hjernen, eller om skadevirkningen skyldes den usunde livsstil. Denne er ofte knyttet til alkoholmisbrug m. øget risiko for hovedtraumer, fejlernæring, vitaminmangel, leversygdom, manglende motion, rygning mm.

Inden for alkoholrelateret demens skelnes der mellem skadevirkninger, som er forbundet med indtagelse af ethanol (alkohol) og skadevirkninger forårsaget af mangel på thiamin (B1-vitamin).

Det tyder på, at skadevirkninger forårsaget af alkohol med årene kan normaliseres og hermed det kognitive funktionsniveau, forudsat misbruget ophører.

Ved skadevirkninger forårsaget af mangel på thiamin, også kaldet Wernicke-Korsakoffs syndrom, forventes der ikke normalisering af funktionsniveauet, men der kan måske undgås yderligere forværring, hvis alkoholmisbruget ophøre.

Demensdiagnose som følge af alkoholindtag er kompliceret og kræver abstinens i min. 6 mdr.

Handling

Efter udredning og vurdering af alkoholproblemer hos praktiserende læge henvises til udredning hos neurolog/demens-hukommelsesklinikk.

13.3. Udviklingshæmmede m. demens

Ældre udviklingshæmmede personer har øget risiko for at udvikle demenssygdomme. Da gennemsnits-alderen for udviklingshæmmede stiger, vil antallet af udviklingshæmmede m. demens øges i årene fremover.³⁹ Desuden udvikler mange udviklingshæmmede deres demens allerede i 40-50 års alderen.

Udviklingshæmmede m. Downs Syndrom:

- Alle over 40 år udvikler Alzheimers demens på et eller andet tidspunkt
- Demensdebuten indtræffer generelt tidligere end hos den øvrige befolkning
- Demensforløbet bliver ofte kortere og mere intenst, jo tidligere i livet sygdommen bryder ud

Botilbud

Udviklingshæmmede, der udvikler demens, har ofte boet på særlige bosteder for en stor del af deres liv. I takt med at den udviklingshæmmede m. demens mister færdigheder og ændre adfærd, kan det være vanskeligt at rumme dem i de bosteder og dagtilbud, hvor de allerede er tilknyttet.³¹

Visitation til et specielt botilbud er en kommunal myndighedsopgave, hvor der skal foreligge en demensudredning.

Særlige socialpsykiatriske botilbud til udviklingshæmmede m. demens:

³⁹ Servicestyrelsen og Rambøll Management. Rapport. Afdækning af efteruddannelsesbehov for personale, metoder og fremadrettede behov for arbejdet med udviklingshæmmede med demens. 2006.

Bygmarken i Hedensted

Regionalt bo- og aktivitetssted for voksne personer m. nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, hvor også udviklingshæmmede m. demens kan visiteres til.

Link: www.bo-hedensted.rm.dk

Udredning

Der er store udfordringer ift. udredning og diagnosticering af udviklingshæmmede, der udviser symptomer på demens.

De undersøgelser, som der normalt anvendes til at teste for demens, kan ofte ikke bruges, fordi udviklingshæmmede som udgangspunkt reagerer anderledes. Der kan sædvanligvis ikke anvendes CT-skanning og MMSE.³¹

Undtagelsesvis kræves der ikke CT-skanning hos personer m. Downs Syndrom for at få tilskud til antidemensmedicin.

Spørgeskema til identifikation af tegn på demens

- Udviklet af Center for Oligofrenipsykiatri i Risskov
- Anvendes generelt 1 x årligt v. det 50. fyldte år og fra 40 år v. Downs Syndrom

Link til spørgeskema:

<http://www.oligo.dk/Psykiatrisk%20behandling/Spørgeskema%20om%20demens.aspx?>

Udredningsundersøgelse og diagnosticering³¹

- Foretages af Center for Oligofrenipsykiatri i Risskov efter henvisning fra praktiserende læge
 - Beskrivelse af den udviklingshæmmedes funktionsevne og udvikling fra personale
- Link til spørgeskema:*
<http://www.oligo.dk/Psykiatrisk%20behandling/Spørgeskema%20om%20demens.aspx>
- Grundig helbredsundersøgelse og differentialdiagnosticering (fx depression, stofskiftesygdomme, forstyrrelser i hormonbalancen, bivirkninger v. medicin)

- EEG-undersøgelse, da epilepsi og udvikling af Alzheimers demens hænger sammen m. Downs Syndrom
- Se afsnit 4 om symptomer, afsnit 5 om tidlig opsporing og afsnit 6 om udredning af demens

Metoder og tilgange

- Brug af individuelt tilpassede metoder og tilgange til den enkelte udviklingshæmmede person m. demens
- Anvendelse af metoder, som generelt bruges på demensområdet:
 - Livshistorie
 - Mindeværksted
 - Fysioterapi, herunder sansestimulering
 - Terapeutisk musik
 - Tydelig kommunikation
 - Udvikling i afvikling
 - Etisk refleksion
 - Systematik i pædagogikken
 - Observation og dokumentation

Dokumenteret effekt i brug af metoderne over for udviklingshæmmede m. demens er begrænset.

Link: <http://www.videnscenterfordemens.dk>

Se afsnit 8 om behandlings-, pleje-, omsorgs- og støttetilbud.

I løbet af 2012 forventes der at foreligge en særlig aftale på oligofreniområdet.

13.4. Personer m. Huntington's chorea sygdom

Huntingtons chorea (HC) er en arvelig neurodegenerativ sygdom, som medfører neurologiske og psykiske symptomer, inkl. demens.

Symptomer og -forløb

Debutalder varierer fra tidlig barndom til sent i livet (5-80 år), men hovedparten debuterer i 30-40 års alderen.

Starter med:

- Lette ufrivillige bevægelser og/eller
- Diskrete psykiske ændringer, irriterabilitet, depression og/eller kognitive forandringer (planlægning, overblik)

Efterhånden ses:

- Karakteristiske uregelmæssige, kastende bevægelser af hoved, lemmer og krop
- Ustabil, bredsporet og undertiden danselignende gang m. øget faldtendens

Senere ses:

- Vridende bevægelser
- Fordrejede stillinger af lemmer, hoved og ansigt, der skyldes langsomme, langvarige sammentrækninger af musklerne (dystoni)
- Tale- og synkebesvær
- Vægttab
- Mere udtalte psykiske ændringer, evt. ledsaget af vrangforestillinger og depression
- Aggressivitet m. evt. voldsreaktion
- Svækkelse af kognitive funktioner som koncentration og hukommelse
- Udvikler sig til demens

Sent i forløbet

- Det psykiatriske symptombillede klinger af
- Tiltagende passivitet og apati
- Stor fysisk pleje- og omsorgsbehov

Gns. overlevelsestid: 15-20 år, men med stor variation.

Tidligt debuterende Huntingtons chorea

- Ca. 5 % udvikler symptomer før 20-års alderen
- Dominerende symptomer: muskelstivhed (rigiditet), besvær med koordination af bevægelser (ataksi), psykiske symptomer og kognitiv svækkelse, mens de ufrivillige bevægelser er mindre fremtrædende
- Hos børn og unge ledsages sygdommen ofte af epilepsi

Sent debuterende Huntingtons chorea

- 25 % debuterer efter 50 års alderen
- Dominerende symptomer: ufrivillige bevægelser
- Forløbet: ofte mildere og mere godartet med mindre udtalte psykiske symptomer og færre tilfælde af demens

Udredning

- Neurologisk udredning generelt
- Psykiatrisk udredning ved adfærdsproblemer

Behandling

- Ingen helbredende behandling – kun lindrende og symptomdæmpende, så som:
 - Antidepressiva v. affektive symptomer
 - Antipsykotisk medicin
 - Antidemensbehandling
 - Social og pædagogisk indsats
- Vedligeholdelsestræning i form af fysioterapi og talepædagogisk undervisning

Hyppe problemstillinger

- Vægttab
- Ofte psykotiske og paranoide perioder
- Manglende sygdomserkendelse
- Selvseponering af ordineret medicin
- Selvskadende adfærd m. fare for sig selv
- Voldsreaktioner m. fare for andre

Resultatet:

- Hurtige ind- og udskrivelser fra og fra psykiatrisk afdeling
- Hyppige tvangsindlæggelser

Tilbud og tiltag**Rådgivning og behandling til hjemmeboende**

Den kommunale hjemmepleje

- Én demenskonsulent, som også har kendskab til HC
- Evt. én m. speciale i HC, hvis der er mange m. HC i kommunen

Regionalt HC-team:

Teamet:

- Speciallæge m. specialiseret funktion på HC-området, neurologisk afd., Aarhus Universitets-hospital
- Neuropsykolog
- Psykiater fra Aarhus Universitetshospital, Risskov
- Demenskonsulent
- Fysioterapeut (forventes)
- Sygeplejersker (forventes)

Funktionen:

- Rådgivning og behandling af HC
- Konsultation i hjemmet v. mobilt team

Bo-enheder

- Tangkærcentret, Ørsted, Djursland (regionalt)
Link: www.tangkaer.rm.dk
- DemensCentrum Aarhus (kommunalt)
Link: www.demenscentrum.dk
- HC bofællesskabet, Lindegårdsvej 5, Herning (kommunalt)
 - Har et mobilt team til hjemmeboende patienter m. HC

Link:

<http://www.herning.dk/Borger/Aeldre/Demens/Huntingtons%20Chorea%20Tilbud%20til%20borgere%20med%20Huntingtons%20Choreas%20sygdom%20og%20til%20deres%20paarørende/Bofaellesskab%20for%20HC%20ere.aspx>

Samarbejde om forebyggelse af indlæggelse

Kommunalt i Aarhus

- Kontaktperson fra bo- enhederne kan kontakte demenskonsulenten eller en anden relevant person fra HC-teamet mhp. rådgivning og evt. møde

Regionalt

- Kontaktpersonen fra bo- enhederne kan kontakte demenskonsulenten i HC- teamet og via egen læge psykiatrisk/neurologisk afdeling

Se evt. også afsnit 14.2. om indlæggelse i sundhedsaftalerne på det psykiatriske område eller afsnit 3 på det somatiske område.

[Link: Regionens e-Dok](#)

Samarbejde ved udskrivelse

- Følger procedurer i afsnit 14.3. om udskrivelse fra sengeafsnit i sundhedsaftalerne på det psykiatriske område eller afsnit 4. på det somatiske område.

[Link: Regionens e-Dok](#)

- Der aftales opfølgingsplan ved udskrivelsesmødet

Ved meget komplicerede tilfælde

Klinisk Genetisk Afdeling,
Aarhus Universitetshospital, Skejby
Telefon: 78 45 55 10

- Genetisk rådgivning af personer med HC og deres familie

Neurologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital,
Nørrebrogade
Telefon: 89 49 32 76

- Neurologisk rådgivning af patienter med HC

Psykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Risskov
Kontaktordning er under oprettelse

13.5. Flygtninge og indvandrere

Video: Information til flygtninge og indvandrere om demens

Filmen tager udgangspunkt i den situation, som flygtning og indvandrere kommer i, når der optræder demens i familien.

Videoens indhold

- Symptomer, som kendetegner demenssygdomme
- Undersøgelser, som forekommer i tilknytning til udredning af demenssygdomme
- Kommunerne tilbud om støtte og hjælp til den enkelte familie

Foreligger på følgende sprog

Arabisk, Bosnisk, Dansk, Engelsk, Farsi, Somalisk, Tamilsk, Tyrkisk, Urdu og Vietnamesisk

Producent

KSS Development og AB-Video.

Udarbejdet for Videncenterheden i Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune og med økonomisk støtte fra Socialministeriet og Servicestyrelsen.