



Kliniske budskaber om behandling af demens Januar 2022

Medicinsk behandling af demens kan ikke stå alene, men udgør et supplement til pleje og omsorg, der er en kommunal opgave.

Udredning

Patienterne udredes i pakkeforløb, og behandling opstartes kun af speciallæger.

Medicin

De medicinske behandlingsmuligheder mod demens består af:

- Kolinesterasehæmmere (donepezil, rivastigmin, galantamin)
- Glutamat-receptorantagonister (memantin)

Lægemedlerne påvirker ikke de underliggende sygdomsprocesser, men er symptombehandling og har en stabiliserende midlertidig virkning på:

- Det kognitive funktionsniveau
- Den praktiske funktionsevne i hverdagen (ADL)
- På patientens generelle tilstand.

Både patient og pårørende bør ved behandlingens begyndelse informeres om den forventede, ofte beskedne, stabiliserende virkning og om mulige bivirkninger.

Søvn og uro

Demens påvirker søvncenteret, hvorfor sovemedicin ikke virker og derfor er uhensigtsmæssig behandling ved demens.

Uro kan være et symptom på smerte. Overvej paracetamol, som kan have lige så god effekt som risperidon. Er der behov for stærkere smertestillende, kan buprenorphin eller lavdosis Contalgin være et alternativ, da det kan ordineres i små doser. Obs obstipation.

Opfølgning i almen praksis

Opfølgning af den ukomplicerede demente patient kan foregå i almen praksis og kan indeholde følgende elementer:

1. Status vedrørende sygdomsforløb.
2. Forebyggelse, identifikation og behandling af eventuelle komplikationer og komorbiditet, fx depression, psykose, epilepsi, inkontinens, vægttab og fald.
3. Kontrol og justering af medicinsk behandling. Overvej seponering, compliance-problemer, bivirkninger, ansøgning om tilskud (kun relevant ved oral memantine, ellers er der klausuleret tilskud). Pausering af demensmedicin anbefales ikke længere.
4. Seponering af demensmedicin kan overvejes ved svær fremskreden demens. Ved klinisk forværring, herunder aftagende funktionsniveau, øget plejebehov eller ved øget forekomst af adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer, inden for 2-4 uger efter seponering, bør behandlingen genoptages. Det er essentielt at inddrage pårørende og plejepersonale i denne vurdering.
5. Vurdering af behov for social indsats og eventuel kontakt til kommunen.
6. Overveje værgemål og evt. fremtidsfuldmagt tidligt i forløbet.

BEHANDLING AF DEPRESSION OG ANGST HOS DEN ÆLDRE PATIENT

Depression og angst skal overvejes som differentialdiagnose hos ældre med hukommelsessvigt.

Medicin

1. valg: Sertralin i kombination med samtaleterapi.

2. valg: Skift evt. til venlafaxin ved manglende effekt. Mirtazapin kan overvejes ved søvnforstyrrelse.

Vægtøgning er sjældent en bivirkning hos de ældre.

EKG: Før behandling.

EKG og væsketal: 14 dage efter behandlingsstart.

- Hyponatriæmi er hyppigt forekommende og kan medføre svimmelhed med øget risiko for fald og knoglebrud som følge.
- Benzodiazepin er sjældent indiceret. Evt. EGO ved undersøgelser samt meget kortvarigt ved terminalt delir, indtil plejefaglige tiltag er iværksat. Vær opmærksom på risiko på reciprok virkning.

Kilder

[National klinisk retningslinje for demens og medicin](#)

[Videnscenter for demens: Demensmedicin](#)

[Dansk Selskab for Almen Medicin – 2006: Demens i almen praksis](#)

[Lægehåndbogen: Depression hos ældre](#)

KONTAKT

For mere information skriv til lme@rn.dk