

# Behandling af kroniske sygdomme hos patienter med demens

Hanne Pedersen<sup>1</sup>, Kristian Skikkild Klinkby<sup>1</sup> & Frans Borch Waldorff<sup>2</sup>

Det anslås, at der i Danmark er ca. 85.000 mennesker med demenssygdom, og som følge af den demografiske udvikling vil dette antal stige betragteligt i de næste årtier [1]. Demente patienter lider af samme kroniske sygdomme, som andre patienter, og andelen med flere samtidige sygdomme øges med alderen [2]. Som gruppe betragtet er demente patienter sårbare pga. nedsat evne til at varetage egenomsorg og et ofte i forvejen belastet netværk. Af denne grund har demente brug for en fokuseret og proaktiv sundhedsfaglig tilgang ved håndtering af kronisk sygdom.

I denne artikel vil vi beskrive udvalgte kroniske sygdomme og tilstande hos demente patienter, berøre polyfarmaci og forholde os til den palliative indsats, der bør forberedes i god tid.

## KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYGDOM

KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion) – herunder rygning og ledsagende inflammation – har betydning for udvikling af både vaskulær demens og Alzheimers demens [3]. Selvom kronisk obstruktiv lungesygd (KOL) forekommer hyppigt hos demente, er denne gruppe patienter ofte underbehandlet [4]. Det kan skyldes, at demente ikke reagerer adækvat på egne symptomer, ikke søger læge, er vanskelige at undersøge, har svært ved at oplyse om symptomer og har problemer med at administrere inhalationsmedicin [5]. Derfor er grundig og gentagen instruktion vigtig, og et studie har vist, at 95% af personerne i en gruppe demente med en score på 10-24 i minimentalundersøgelse (MMSE) efter tre instruktioner kunne lære at betjene en diskinalator [6]. I den kliniske hverdag vil mange demente dog have brug for hjælp til inhalationsbehandling, og *spacer*-behandling kan være hensigtsmæssig. Der er modstridende opfattelser af, om kolinerig behandling ved demenssygdomme forværrer KOL-status hos demente patienter [7]. Generelt anbefales forsigtighed ved moderat til svær KOL og samtidig kolinerig behandling. Der er ikke fundet studier, som tyder på kognitiv påvirkning ved lokal antikolinerig inhalationsbehandling.

## HJERTESYGDOM OG HYPERTENSION

Både vaskulær demens og Alzheimers demens har samme risikofaktorer som kardiovaskulær sygdom [8],

og både hypertension og iskæmisk hjertesygdom forekommer hyppigt hos demente. Ved hjertesvigt er god egenomsorg afgørende for et vellykket behandlingsforløb, og demente har derfor hyppigt behov for særlig støtte.

Velbehandlede patienter med hjertesvigt har ofte meget lavt blodtryk, og det må løbende vurderes, hvor intensiv hjertesvigtbehandlingen skal være, så der ikke kommer andre alvorlige bivirkninger. Noget tyder på, at et passende blodtryk hos ældre demente patienter er højere end angivet i de generelle anbefalinger [9].

Statinbehandling til de ældste patienter er omdiskuteret. Det ser dog ikke ud til, at statiner har en negativ effekt på den kognitive funktion hos demente [10]. Der kan være andre forhold, som gør, at det hos den enkelte patient kan være en rigtig beslutning at ophøre med statinbehandling.

Ved atrieflimren skal demente ligesom andre vurderes med CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-score og HAS-BLED-score, og blodfortyndende behandling bør – under forudsætning af at det kan lade sig gøre på forsvarlig vis – gennemføres hos demente patienter på samme vis som hos ikke-demente. Kolinerig behandling kan give bradykardi og må kun initieres efter ekg-vurdering. Der skal udvises særlig forsigtighed med relevante kontrolforanstaltninger, hvis patienten allerede inden behandlingsstart har atrioventrikulært blok eller bradykardi.

## STATUSARTIKEL

1) Medicinsk Afdeling, Geriatrisk Sektion, Amager Hvidovre Hospital, Glostrup Matriklen  
2) Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet

Ugeskr Læger  
2017;179:V10160767

## HOVEDBUDSKABER

- ▶ Patienter med demens har ofte samtidige kroniske sygdomme, som kan forværre demensforløbet.
- ▶ Ved håndtering af komorbiditet skal der anlægges en holistisk tilgang. KRAM-faktorer har betydning for både patogenesen og formentlig også udviklingen af demenssygdom og bør adresseres i tidlig til moderat fase af demens.
- ▶ Gruppen af demente er heterogen. Behandlingsmål bør fastlægges og

justeres i samarbejde med patient og netværk. Der skal foretages jævnlig medicingennemgange og løbende overvejes indikationer for undersøgelser og medicinsk behandling. *Advance care planning* skal iværksættes i tide og palliativ strategi ved fremskreden demens. En multidisciplinær tilgang er ofte nødvendig.

Patienter, der har samtidig hjertesygdom og demens, skal i takt med, at demenssygdommen udvikler sig, løbende vurderes, og der bør i stigende grad fokuseres på symptomkontrol snarere end forebyggende behandling.

### URININKONTINENS

Urininkontinens forekommer ofte ved demens og bør udredes, således at typen af inkontinens kan fastslås, og symptomerne bedst muligt afhjælpes. Især er det vigtigt at skelne mellem »ægte« inkontinens og inkontinens, der ikke er direkte relateret til dysfunktion af de fraførende urinveje.

Omfanget af udredning og interventioner fastlægges individuelt under hensyntagen til den samlede helbredstilstand. Udredningen bør tage udgangspunkt i almindelige kliniske vejledninger fra f.eks. Dansk Selskab for Almen Medicin [11]. Skemalagte toiletbesøg faciliteret af trænet personale nedsætter antallet af inkontinensepisoder [12], og bækkenbundstræning har formentlig samme gode effekt på stressinkontinens hos demente patienter som hos ikkedemente personer [13]. Ved udtalt *urge*-inkontinens kan medicinering overvejes, men på grund af den antikolinerge effekt tilrådes tilbageholdenhed [14], og præparater med lav antikolinerg effekt bør i så fald foretrækkes [15]. Virkning og bivirkninger bør nøje monitoreres, og behandlingen skal seponeres ved fravær af effekt.

### FALD

Demens er en selvstændig risikofaktor for fald [16], og demente falder hyppigere end baggrundsbefolkningen. Både gangusikkerhed, rum-retnings-forstyrrelser og eksekutiv dysfunktion er af betydning. Specielt patienter med *Lewy body*-demens har øget faldrisiko. Disse patienter er prægede af vekslende opmærksomhed, parkinsonisme og ortostatisk hypotension pga. autonom dysfunktion. Som hos andre ældre er baggrunden for fald ofte multifaktoriel, og demente med faldtendens bør gennemgå systematisk faldudredning med efterfølgende intervention [17] (**Tabel 1**). Ved markant kognitiv og/eller fysisk dysfunktion må udredningen tilpasses individuelt. Udredningen skal indeholde vurdering af distal sensibilitet samt syn, og en evt. synssvækkelse bør korrigeres optimalt. Muskelstyrke og balance bør vurderes. Ud fra ekg, hjertestetoskopi og ortostatisk blodtryk-måling vurderes synkopemistanke. Ved rutineblodprøver og almen helbreds-vurdering sikres det, at komorbiditet er optimalt behandlet. Frakturrisiko og osteoporosestatus skal overvejes. Ved medicingennemgang bør der særligt lægges vægt på præparater, der er associeret med fald, dvs. psykotrop og kardiovaskulær medicin. Rådgivning om passende fodtøj og hjemmets indretning evt. ved en kommunal ergoterapeut er relevant. I adskillige studier har man beskrevet effekten af fysisk træning på faldrisiko hos demente [18]. Det kræver dog supervision og støtte under træningen, specielt hvis risikoreduktionen skal fastholdes. Hoftebeskyttere virker, hvis de bruges, og kan med fordel anvendes hos faldtruede demente i plejebolig.

### SMERTER

Selvom der formentlig ved demens er neuropatologiske forandringer, som sammen med individuelle faktorer kan have betydning for smerteperceptionen, er der ikke grund til at antage, at demente har mindre intens smerteperception og færre smerter end ikkedemente. Dementede underrapporterer smerter [19] og behandles generelt med lavere analgetikadoseringer end jævnaldrende ikkedemente på trods af formodet identisk smerteintensitet [20]. Smerter hos demente er korreleret til adfærdsforstyrrelser, *behavioural and psychological symptoms of dementia* (BPSD), herunder depressive symptomer og agitation [21]. Smertevurdering og evt. forsøgsvis analgetisk behandling er derfor en del af BPSD-håndteringen. Guldstandard for smertevurdering er egne oplysninger, hvilket er vanskeligt at få hos svært demente, som sjældent kan beskrive smerteintensitet og -kvalitet. Vurderingen af smerter kræver derfor involvering af omsorgspersoner, som kan rapportere om ændringer i adfærd m.m. Der findes smertevurderingsredskaber, men ingen er valideret på dansk. Brugbar er den norskudviklede og validerede smerteskala MOBID2 [22]. I forhold til analgetikabehandling gæl-

**TABEL 1**

Tjekliste, der kan tjene til huskeseddel, ved vurdering af faldtendens eller balancebesvær hos demente. Omfang af udredning og intervention må tilrettelægges efter individuel vurdering, afhængig af den kognitive tilstand og generelle helbreds-tilstand.

Almen tilstand og ernæringstilstand
Grad af kognitiv dysfunktion, evt. demenstype
Emotionel funktion, angst/depression
Ekg
Mislyde over cor
Ortostatisk blodtryk-måling
Synsstyrke
Distal sensibilitet
Muskelstyrke, kan måles ved rejse-sætte-sig
Balance, kan måles ved tandemtest
Poly- og/ eller risikomedicin, psykotrop eller kardiovaskulær
Alkohol
Blodprøver
Fodstatus og fodtøj
Gennemgang af hjemmet ved ergoterapeut
Komorbiditet: optimalt håndteret?
Frakturrisiko og osteoporosevurdering
Afprøvning af hoftebeskyttere?

der huskereglene *start low go slow* også her – og som altid skal effekt og bivirkninger løbende vurderes. Opioidbehandling bør ledsages af laksantiabehandling, så obstipation undgås. I et nyligt publiceret dansk registerstudie beskrives et betydende opioidforbrug hos demente [23], hvilket understreger behovet for særlig opmærksomhed på analgetikabehandling hos denne gruppe.

### POLYFARMACI

Polyfarmaci defineres ofte som samtidig brug af mere end fem lægemidler. Ældre over 65 år udgør ca. 15% af befolkningen, men forbruger 40-50% af alt receptpligtigt medicin. Indtagelse af mange lægemidler giver risiko for bivirkninger og interaktioner, selvom de enkeltvis er velindicerede. Samtidig viser flere undersøgelser, at kompliance nedsættes ved behandling med mere end tre lægemidler. Herudover er der begrænset dokumentation for mange lægemidlers effekt hos ældre, blandt andet fordi alder hyppigt er en eksklusionsgrund i medicinstudier [24].

Som anført har ældre demente patienter ligesom ikkedemente personer kroniske sygdomme og får medicin for disse. Der knytter sig særlige udfordringer hertil, både fordi visse typer medicin kan forværre det kognitive funktionsniveau, og fordi demente er i risiko for ikke at anvende deres medicin korrekt. Det bør derfor sikres, at den ordinerede medicin bliver anvendt som ordineret. Oftest vil der være behov for, at pårørende eller andre ressourcepersoner hjælper til hermed. Demens er i et amerikansk studie fundet at være en risikofaktor for polyfarmaci [25], og antallet af præparater har vist sig at være den største risikofaktor for blandt andet indlæggelse forårsaget af medicineringsfejl. Derfor er der god grund til at foretage jævnlige medicinggennemgange hos patienter med demens.

Der er internationalt udarbejdet flere systematiske oversigter over uhensigtsmæssig medicin til ældre [26, 27]. I Danmark har Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) udarbejdet en række redskaber til gennemførelse af medicinggennemgang. Et af de anbefalede redskaber er rød-gul-grøn-listen, der kan anvendes til at revurdere indikation for en række lægemidler til ældre. Listen er opdelt i behandlingsgrupper og indeholder begrundelser for seponering eller reduktion samt forslag til ændringer. Listen er sidst blevet opdateret i april 2016. Ved enhver medicinggennemgang anbefaler IRF, at lægen stiller følgende fem spørgsmål: For hvad? For meget? For lidt? For-kert? For-ever?

### PALLIATION

Demens er en dødelig sygdom med terminale plagsomme symptomer som hos cancerpatienter. Allerede tidligt i et demensforløb bør *advance care planning* (ACP) drøftes [28]. Behandling af komorbiditet kan

have en central plads i denne drøftelse, hvor der som hovedregel er behov for en betydelig grad af pårøndeinddragelse. Ved fremskreden demens er apraksi, dysfagi og funktionssvækkelse med ultimativt tab af gangfunktion og tale obligate.

Ernæringsproblemer er ofte til stede, og sondeernæring kan blive genstand for drøftelse. Sondeernæring til terminale demente patienter har ingen sikker gavnlige effekt på hverken livskvalitet, livslængde, væggtab eller tryksår, hvorimod der er risiko for komplikationer i forbindelse med sondeanlæggelse, aspiration og hudproblemer ved brug af en PEG-sonde [29]. Det er af afgørende vigtighed, at denne viden formidles til både familie og plejepersonale. Frem for sondeernæring anbefales assisterede små hyppige måltider med fødeemner eller drikkevarer, som den demente foretrækker, og som sikrer fravær af tørst eller sult og muliggør deltagelse i den sociale aktivitet, som måltidet er [29]. Infektioner – primært pneumoni og urinvejsinfektion – er hyppigt forekommende ved svær demens. Dødeligheden er tæt korreleret hertil, således at prognosen ved infektion eller dysfagi er dårlig med meget begrænset forventet restlevetid [30]. Det er hensigtsmæssigt, hvis ACP er blevet drøftet og dokumenteret på et tidspunkt, hvor den demente ikke var akut syg, således at antibiotika og hospitalsindlæggelse nøje overvejes ved akut sygdom. Oftest vil en palliativ tilgang, hvor der fokuseres på lindring af plagsomme symptomer, være den rigtige løsning, når livets afslutning nærmer sig.

### KONKLUSION/AFSLUTNING

Demente bør behandles som andre patienter med kroniske sygdomme og i forbindelse hermed også have adgang til vurdering og behandling i specialambulatorier. Et vellykket behandlingsforløb er afhængigt af, at den dementes samlede helbreds mæssige kapacitet løbende vurderes, således at behandling og undersøgelser/tiltag kan planlægges og justeres under hensyntagen hertil. Almen praksis har som hovedregel ansvaret for den samlede håndtering af kroniske sygdomme, men der kan løbende være behov for tværspecialiseret indsats med inddragelse af flere specialer, f.eks. geriatri og neurologi.

**KORRESPONDANCE:** Hanne Pedersen.  
E-mail: hanne.pedersen.06@regionh.dk

**ANTAGET:** 6. februar 2017

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

Artiklen er baseret på en større litteraturgennemgang, som kan rekvireres hos forfatterne.

### LITTERATUR

1. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. Sundhedsstyrelsen, 2013.
2. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.
3. Lahousse L, Tiemeier H, Ikram MA et al. Chronic obstructive pulmonary disease and cerebrovascular disease: a comprehensive review. *Respir Med* 2015;109:1371-80.

4. Zarowitz BJ, O'Shea T. Chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, characteristics, and pharmacologic treatment in nursing home residents with cognitive impairment. *J Man Care Pharm* 2012;18:598-606.
5. Allen S, Yeung P, Janczewski M et al. Predicting inadequate spirometry technique and the use of FEV1/FEV3 as an alternative to FEV1/FVC for patients with mild cognitive impairment. *Clin Respir J* 2008;2:208-13.
6. Fraser M, Patel M, Norkus EP et al. The role of cognitive impairment in the use of the Diskus inhaler. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:390-3.
7. Stephenson A, Seitz DP, Fischer HD et al. Cholinesterase inhibitors and adverse pulmonary events in older people with chronic obstructive pulmonary disease and concomitant dementia: a population-based, cohort study. *Drugs Aging* 2012;29:213-23.
8. Kivipelto M, Solomon A, Ahtiluoto S et al. The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER): study design and progress. *Alzheimers Dement* 2013;9:657-65.
9. Peng J, Lu F, Wang Z et al. Excessive lowering of blood pressure is not beneficial for progression of brain white matter hyperintensive and cognitive impairment in elderly hypertensive patients: 4-year follow-up study. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15:904-10.
10. Chatterjee S, Krishnamoorthy P, Ranjan P et al. Statins and cognitive function: an updated review. *Curr Cardiol Rep* 2015;17:4.
11. Udredning og behandling af nedre urinvejssymptomer hos mænd og kvinder. Dansk Selskab for Almen Medicin, 2009.
12. Ostaszkiwicz J, Johnston L, Roe B. Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD002802.
13. Wallace SA, Roe B, Williams K et al. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD001308.
14. Orme S, Morris V, Gibson W et al. Managing urinary incontinence in patients with dementia: pharmacological treatment options and considerations. *Drugs Aging* 2015;32:559-67.
15. Pagoria D, O'Connor RC, Guralnick ML. Antimuscarinic drugs: review of the cognitive impact when used to treat overactive bladder in elderly patients. *Curr Urol Rep* 2011;12:351-7.
16. Amboni M, Barone P, Hausdorff JM. Cognitive contributions to gait and falls: evidence and implications. *Mov Disord* 2013;28:1520-33.
17. Håndbog om faldpatienter i den kliniske hverdag. Sundhedsstyrelsen, 2006.
18. Chan WC, Yeung JW, Wong CS et al. Efficacy of physical exercise in preventing falls in older adults with cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Direct Assoc* 2015;16:149-54.
19. Jensen-Dahm C, Vogel A, Waldorff FB et al. Discrepancy between self- and proxy-rated pain in Alzheimer's disease: results from the Danish Alzheimer Intervention Study. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1274-8.
20. Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH et al. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging* 2013;8:1471-82.
21. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R et al. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2011;343:d4065.
22. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R et al. Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:67-80.
23. Jensen-Dahm C, Gasse C, Astrup A et al. Frequent use of opioids in patients with dementia and nursing home residents: a study of the entire elderly population of Denmark. *Alzheimers Dement* 2015;11:691-9.
24. Zulman DM, Sussman JB, Chen X et al. Examining the evidence: a systematic review of the inclusion and analysis of older adults in randomized controlled trials. *J Gen Intern Med* 2011;26:783-90.
25. Schubert CC, Boustani M, Callahan CM et al. Comorbidity profile of dementia patients in primary care: are they sicker? *J Am Geriatr Soc* 2006;54:104-9.
26. American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2015;63:2227-46.
27. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015;44:213-8.
28. Merel SE, DeMers S, Vig E. Palliative care in advanced dementia. *Clin Geriatr Med* 2014;30:469-92.
29. Fulton AT, Rhodes-Kropf J, Corcoran AM et al. Palliative care for patients with dementia in long-term care. *Clin Geriatr Med* 2011;27:153-70.
30. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK et al. The clinical course of advanced dementia. *New Eng J Med* 2009;361:1529-38.

# Reminiscensterapi kan øge velvære hos personer med demens

Marie Kirk & Dorte Berntsen

## STATUSARTIKEL

Center for Selvbiografisk Hukommelsesforskning (CON AMORE), Psykologisk Institut, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger  
2017;179:V09160689

Demens er kendetegnet ved en række kognitive forstyrrelser, der typisk reducerer evnen til at genkalde selvoplevede, tids- og stedsbestemte situationer eller hændelser, dvs. selvbiografiske erindringer. Årtiers forskning har vist, hvordan den selvbiografiske hukommelse har flere væsentlige funktioner, der er afgørende for vores psykologiske trivsel [1-3], hvorfor selvbiografisk hukommelsessvækkelse også formodes at indvirke negativt på overordnet velvære. Foruden den kognitive svækkelse er demens forbundet med en væsentlig højere forekomst af depression og angst, end der ses hos raske, ældre personer [4-6], samt andre neuropsykia-

triske problemer såsom apati, agitation og motorisk uro [7, 8]. Ved reminiscensterapi, som er en populær psykosocial metode i demensplejen, forsøger man at vække erindringer med henblik på at øge velvære, herunder reducere depressive symptomer og stimulere social interaktion.

## ERINDRINGENS FUNKTION

Selvbiografisk hukommelse henviser til vores evne til at huske selvoplevede, tids- og stedsbestemte situationer eller hændelser, som f.eks. når vi genkalder os den første dag på studiet eller middagen i går med vores fami-