

Brobygning mellem patienterne og sundhedsvæsenet vil forbedre behandlingen af patienter med demens

LEDER

Frans Boch Waldorff

Ugeskr Læger
2017;179:V69164

Demens er på dagsordenen i denne tid – og med god grund. De 85.000 danskere, som i dag lider af demens, udgør et stort samfundsproblem. Samtidig er der dokumenteret store kvalitetsproblemer på området f.eks. i form af en stor variation i forbruget af psykofarmaka hos ældre demente patienter [1]. Både patienten og dennes netværk er belastet, og der er et øget ressourceforbrug til pleje og sundhed. Alene i Danmark udgør udgifterne til behandling og pleje ikke mindre end 24 mia. kr. om året, anslår Nationalt Videnscenter for Demens på baggrund af svenske tal. Dette tal vil stige voldsomt i de kommende år som følge af den forventede sociodemografi med flere ældre patienter. I dette temanummer om demens er der en række spændende artikler om forskellige temaer i forbindelse med demens. Men kommer al den viden i spil i den kliniske dagligdag?

Igenem de seneste mange år er der udgivet en lang række kliniske vejledninger, rammeplaner samt forløbsprogrammer om demens, og senest er en ny demensplan lanceret på Christiansborg i januar 2017. Planen indeholder ikke kun ord, men både politisk vilje og mange ressourcer til at løfte og forbedre indsatsen. Der er ikke tvivl om, at samarbejdet mellem patient, pårørende, kommune og udredningsenhed mange steder fungerer godt, men der er også eksempler på det modsatte. Den nyeste demensplan har specielt fokus på, at udredningskapaciteten skal øges, samtidig med at kvaliteten af udredningen skal forbedres. Det er naturligvis afgørende, at disse forhold er på plads, hvis indsatsen skal løftes, hvilket understreges af *Hasselbalchs* artikel i dette nummer af *Ugeskrift for Læger* [2]. Samtidig har demensplanen også et andet hovedfokus, som handler om at forbedre og understøtte den kommunale indsats. Der er særdeles gode argumenter for, at dette er et vigtigt fokusområde. Et specielt problem er uddannelsesniveauet og personalenormeringen på plejehjem. Personalenormeringen betyder meget for muligheden for at give en ordentlig pleje, og her halter planen noget, hvilket *Lolk & Andersen* berører i en artikel [3].

Men demente patienter lider ikke kun af demens. De lider af samme kroniske sygdomme, som andre patienter, og andelen med multisygdom øges med alderen. Samtidig er demens fundet at være en selvstændig risikofaktor for polyfarmaci [4]. Polyfarmaci

er i sig selv en vigtig risikofaktor for bl.a. indlæggelse og død. Derfor er det vigtigt at have fokus på samtidig kronisk sygdom og patientens medicin i forbindelse med behandlingen af demens. Som gruppe betragtet er demente patienter sårbare pga. nedsat evne til egenomsorg og et i forvejen ofte belastet netværk. Dette er nogle af grundene til, at der skal foretages en fokuseret og proaktiv sundhedsfaglig tilgang til demente patienter og deres pårørende. Men hvem skal varetage denne indsats?

I den nationale kliniske retningslinje for demens er almen praksis beskrevet som den helt centrale sundhedsfaglige figur i den samlede behandling af udredte patienter [5]. Patienternes multisygdom skal behandles ved løbende forebyggende konsultationer eller opsøgende hjemmebesøg. Almen praksis er tovholder og skal i samarbejde med forløbskoordinatorer varetage behandlingen. Desværre er netop fokus på almen praksis nedtonet i den nye demensplan 2025, hvilket i mine øjne er en skam.

Selvom mange dygtige praktiserende læger flot løfter opgaven, er der behov for at se på metoder til at evaluere og udvikle den sundhedsfaglige indsats i almen praksis. Det er vigtigt at inddrage patienterne og deres pårørende i denne proces og have en åben dialog om, hvilke fokusområder der skal prioriteres. At lave kvalitetsløft i sygehusvæsenet og i kommunerne uden samtidig at være indstillet på at have fokus på et tilsvarende kvalitetsløft i almen praksis er ikke proaktivt, og det slår skår i glæden over den nye demensplan.

Alle aktører i udredning og behandling af demente patienter og deres pårørende skal inddrages på lige fod for at få det maksimale ud af en mere målrettet indsats. Med andre ord skal vi også huske at bygge broer og ikke kun paladser, hvis vi ønsker en vedvarende forbedring af sundhedstilbuddet til denne gruppe patienter. Det fortjener de!

LITTERATUR

1. Zakarias JK, Jensen-Dahm C, Norgaard A et al. Geographical variation in antipsychotic drug use in elderly patients with dementia: a nationwide study. *J Alzheimers Dis* 2016;54:1183-92.
2. Hasselbalch SG. State of the art udredning af demens. *Ugeskr Læger* 2017;179:V09160696.
3. Lolk A, Andersen K. Udredning og behandling af adfærdsforstyrrelser hos demente. *Ugeskr Læger* 2017;179:V10160740.
4. 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.
5. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. Sundhedsstyrelsen, 2013.

KORRESPONDANCE:

Frans Boch Waldorff,
Forskningsenheden for
Almen Praksis,
Syddansk Universitet.
E-mail:
fwaldorff@health.sdu.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på *Ugeskriftet.dk*