



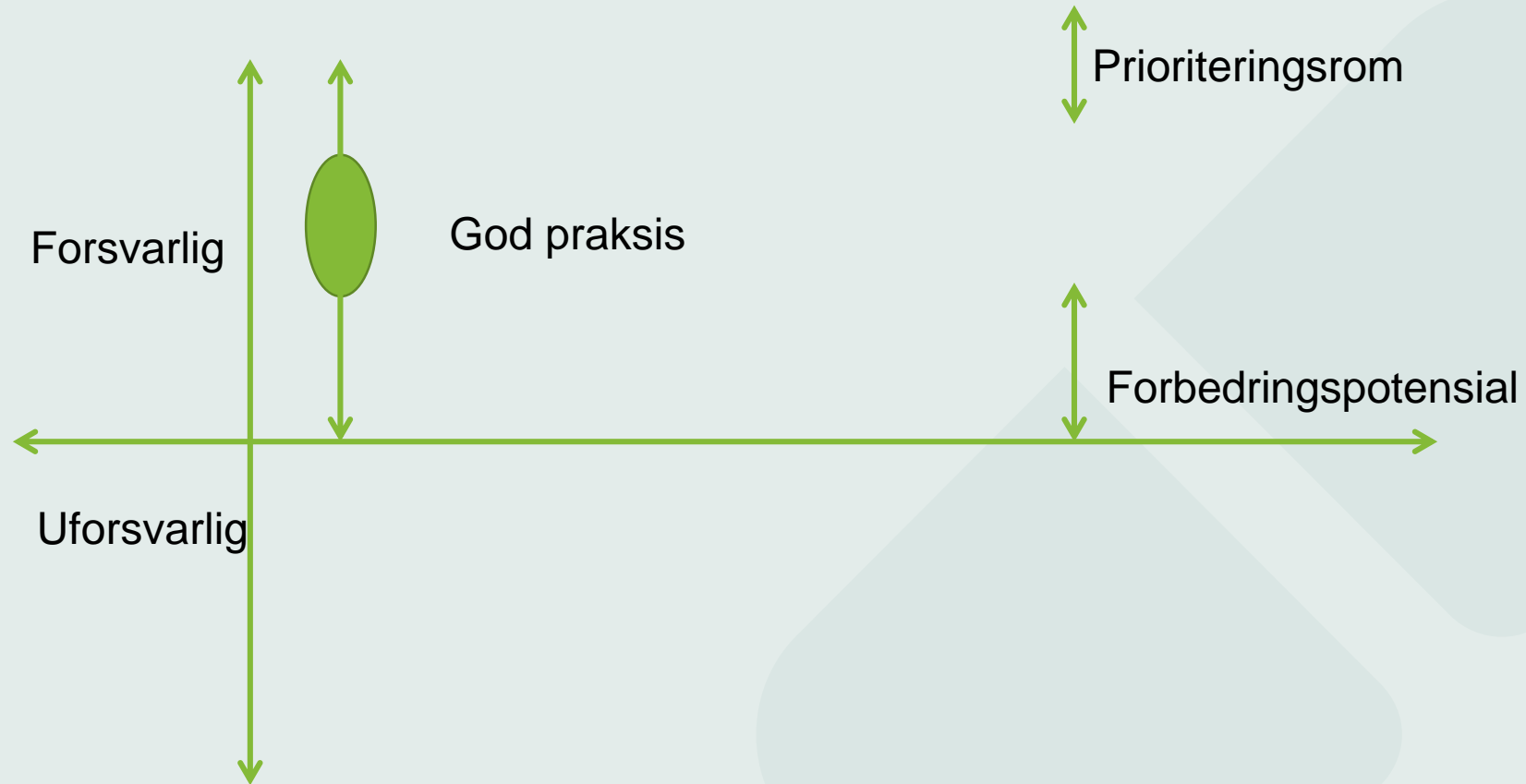
Nasjonalt faglig retningslinje om demens

**Hilde Heimli og Jørgen Wagle
Aldring og helse**

Nasjonalt faglig retningslinje om demens

- ◆ Utviklet av Helsedirektoratet
- ◆ Lansert på Demensdagene desember 2017
- ◆ Tilgjengelig på
 - ◆ www.helsedirektoratet.no
 - ◆ www.magicapp.org
- ◆ Sentrale temaer
 - ◆ Personsentrert omsorg
 - ◆ Utredning og diagnostikk
 - ◆ Miljørettede tiltak
 - ◆ Legemidler
 - ◆ Lindrende behandling
 - ◆ Pårørende

Hvor sikter en nasjonal faglig retningslinje?



SKAL, BØR ELLER KAN?

- ◆ Sterk anbefaling (**grønn** eller **rød**)
 - ◆ For
 - ◆ Mot
- ◆ Svak anbefaling (**gul**)
 - ◆ For
 - ◆ Mot
- ◆ Ikke-gradert krav (**brun**)

Hva er status for en nasjonal faglig retningslinje?

- ◆ Helsedirektoratet er eneste instans som kan utarbeide nasjonale faglige retningslinjer
- ◆ Beskriver god faglig praksis
- ◆ Beskriver hvordan relevant regelverk skal tolkes
- ◆ Ivaretar politiske prioriteringer
- ◆ Ikke rettslig bindende for tjenesteyterne
- ◆ Dersom anbefalinger fravikes, skal dette dokumenteres og begrunnes i journal

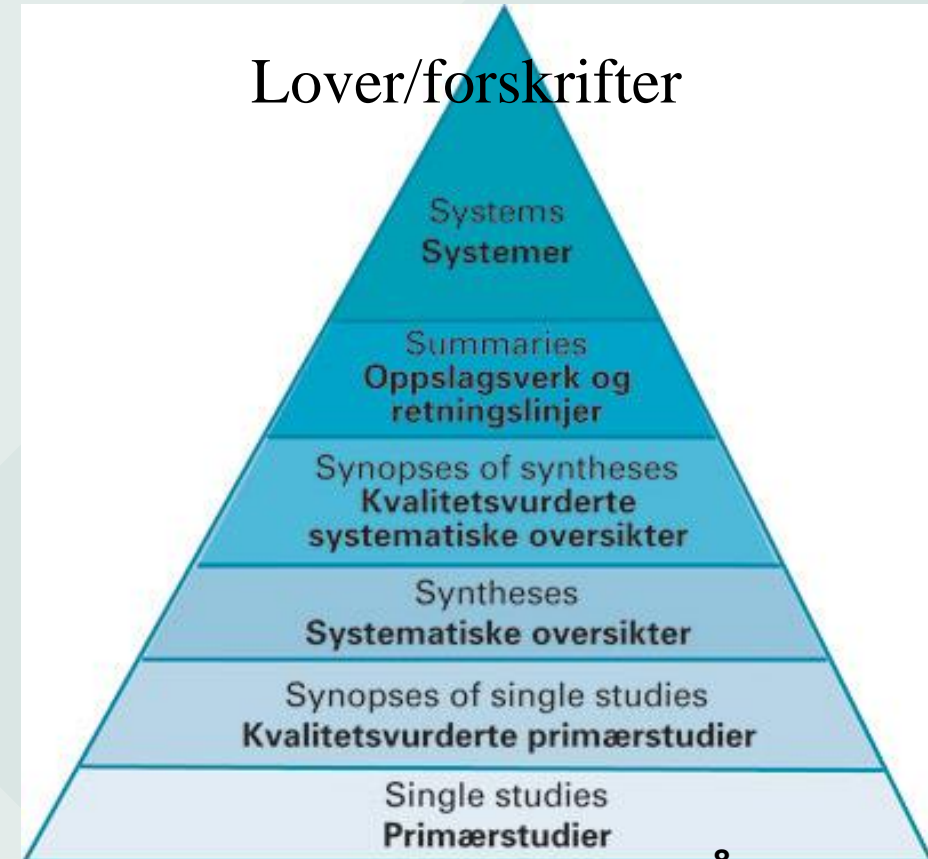
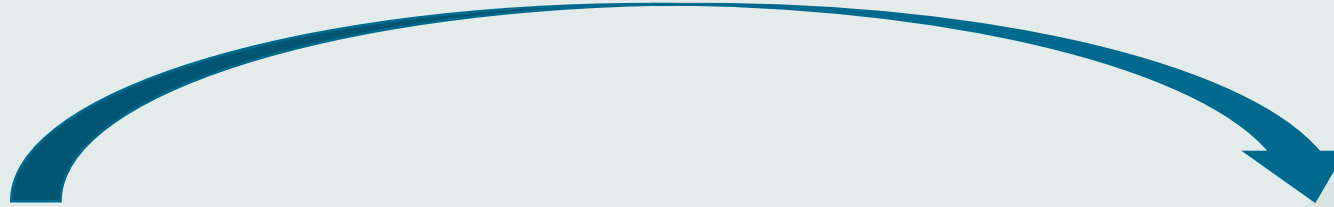
Hvorfor retningslinje om demens?

- ◆ Demens har store konsekvenser for den enkelte og familien
- ◆ Stor samfunnsøkonomisk betydning
- ◆ Mange aktører - behov for å tydeliggjøre ansvar og oppgaver og bedre samhandlingen
- ◆ Omfatter både kommune- og spesialisthelsetjenesten
- ◆ Tjenester med stor fare for avvik – avdekket av Helsetilsynet
- ◆ Personer med demens kan vanskelig ivareta egne interesser

Målgrupper

- ◆ Tjenesteytere og ledere i kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste
 - ◆ ansvar for utredning/diagnostisering
 - ◆ behandling og oppfølging av personer med demens og deres pårørende
- ◆ Politikere og beslutningstagere
 - ◆ dimensjonere og organisere demensomsorgen

Metodisk tilnærming



Arbeidsgrupper og andre bidragsytere

- **Faglig leder for retningslinjearbeidet:**
- Knut Engedal, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (NKAH)

- **Prosjektledere, Helsedirektoratet:**
Berit Kvalvaag Grønnestad
Hilde Heimli
Jørgen Wagle

- **Metodisk bistand:**
Kjetil Grundro Brurberg, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet

- **Medlemmer gruppe utredning og medisinsk behandling:**
- Anne Brækhus, Hukommelsesklinikken, Oslo universitetssykehus
- Anne Rita Øksengård, Nasjonalforeningen for folkehelsen (pårørende representant)
- Birgit Gjerstad Riise, Hukommelsesklinikken, Oslo universitetssykehus, Den norske legeforening
- Bjørn Lichtwarck, fastlege/sykehjemslege, Den norske legeforening
- Carsten Strobel, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Norsk psykologforening
- Dagfinn Green, St. Olavs hospital
- Geir Selbæk, NKAH
- Rebecca Setsaas, Kolbu legesenter
- Sabine Ruths, Universitetet i Bergen
- Tormod Fladby, Akershus universitetssykehus, Den norske legeforening

- **Medlemmer gruppe oppfølging av personer med demens og deres pårørende:**
- Allan Øvereng, Regionalt kompetansesenter eldre medisin og samhandling, SESAM
- Anne Kjersti Toft, brukerrepresentant, Nasjonalforeningen for folkehelsen, frem til høst 2015
- Anne Pernille Rudi, KS
- Anne-Margrethe Støback, Universitetet i Tromsø
- Anne-Marie Mork Rokstad, NKAH
- Arnfinn Eek, NKAH
- Bodil Skaar Olsen, Kløveråsen Utrednings- og Kompetansesenter
- Erling Bonde, pårørende representant, Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Eva Graziano, kommunenes arbeidsgiver-, interesse- og medlemsorganisasjon, KS
- Greta Irene Hanset, Fylkesmannen Møre og Romsdal
- Guro Hanevold Bjørkløf, NKAH
- Ingunn Sund Forbord, KS
- Janne Røsvik, NKAH
- Kari Midtbø Kristiansen, NKAH
- Liv Overaae, KS
- Siri Hov Eggen, brukerrepresentant, Nasjonalforeningen for folkehelsen, fra høst 2015
- Per Kristian Haugen, NKAH
- Peter Horndalsveen, Sykehuset Innlandet
- Vegard Vige, kommuneoverlege i Grimstad

- **Medlemmer i demensteamgruppe:**
- Hilde Fryberg Eilertsen, Sykepleierforbundet
- Ingunn Sund Forbord, KS
- Linda Kristin Svendsen, Ergoterapeutforbundet
- Liv Overaae, KS
- Mona Michelet, NKAH
- Per Kristian Haugen, NKAH
- Sverre Berg, Sykehuset Innlandet
- Vegard Vige, kommuneoverlege i Grimstad

- **Medlemmer i ressursgruppe spesielle områder:**
- Bettina Husebø, Universitetet i Bergen
- Corinna Vossius, Regionalt kompetansesenter eldre medisin og samhandling, SESAM
- Ellen Langballe, NKAH
- Frode Larsen, NKAH
- Frøydis Bruvik, Kavlistiftelsen
- Kari Eiken Espedal, brukerrepresentant, Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Kirsti Hotvedt, NKAH
- Liv Taranrød, NKAH
- Mona Beyer, Oslo universitetssykehus
- Per Kristian Haugen, NKAH
- Peter Bekkhus-Wetterberg, Hukommelsesklinikken, Oslo universitetssykehus
- Ragnhild Spilker, Nasjonal kompetansenhet for migrasjons- og minoritetshelse, Oslo universitetssykehus
- Runar Hals Bjelland, kommuneoverlege i Kautokeino
- Sigrid Aketun, Geriatrisk ressurscenter Oslo
- Steinar Madsen, Statens legemiddelverk
- Sverre Berg, Sykehuset Innlandet
- Torhild Holthe, NKAH

- **Juridisk bistand Helsedirektoratet:**
Knut Erlend Bergan
Trine Grøslie Stavns

- **MagicApp support:**
Linn Brandt

Formulate question
Select outcomes
Rate importance

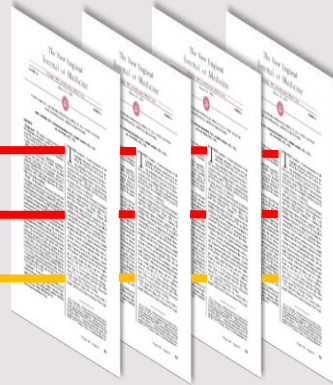
Outcomes across studies

Create evidence profile with GRADEpro

Rate quality of evidence for each outcome

P
I
C
O

Outcome Critical
Outcome Critical
Outcome Important
Outcome Not important



Quality assessment	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Overall quality of evidence	Relative risk of VTE	Risk with VKA	Risk difference with LMWH (95% CI)
Overall mortality (CRITICAL OUTCOME)	Low	No	No	Very imprecise	Unclear	MODERATE	99.00 (95% CI 1.0)	16 deaths per 1000 (Over 12 years to 21 years)	7 fewer deaths per 1000 (Over 12 years to 21 years)
Recurrent asymptomatic VTE (CRITICAL OUTCOME)	Low	No	No	Very imprecise	Unclear	MODERATE	99.00 (95% CI 1.0)	16 deaths per 1000 (Over 12 years to 21 years)	7 fewer deaths per 1000 (Over 12 years to 21 years)

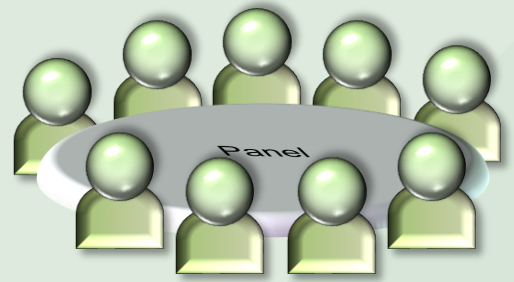
High
Moderate
Low
Very low

Summary of findings & estimate of effect for each outcome

Systematic review

Guideline development

Formulate recommendations:
•For or against (direction)
•Strong or weak/conditional (strength)



Grade overall quality of evidence across outcomes



By considering:
 Quality of evidence
 Balance benefits/harms
 Values and preferences
Revise if necessary by considering:
 Resource use (cost)

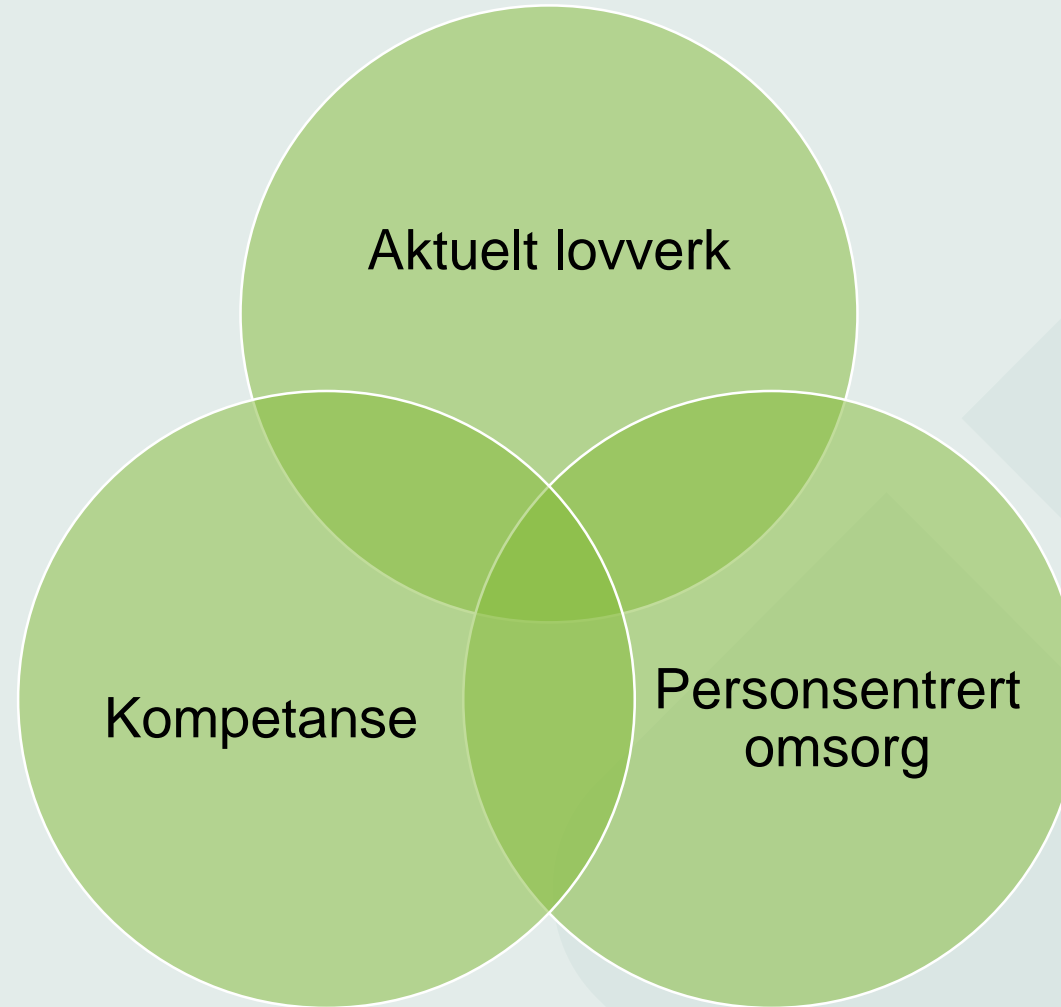


- “We recommend using...”
- “We suggest using...”
- “We recommend against using...”
- “We suggest against using...”

Hva er demenssykdom?

- ◆ Demens er et syndrom som er uttrykk for underliggende hjernesykdom
- ◆ De vanligste demenssykdommene:
 - ◆ Alzheimers demens (ca 60 %)
 - ◆ Vaskulær demens (15-20%)
 - ◆ Demens med lewylegemer (10-15 %)
 - ◆ Frontotemporal demens (ca 5%)

Tre grunnpilarer i denne retningslinjen



Organisering i kommunen





Innledning om demensretningslinjen

Aktuelt lovverk til demensretningslinjen

Krav til kompetanse om demens

Personsentrert omsorg og behandling ved demens

Etablering av tverrfaglig team / koordinator i kommunen

Basal utredning ved mistanke om demens og oppfølging etter diagnose

Grupper som kan ha særlige behov: Utredning og oppfølging ved demens

Miljørettede tiltak og aktiviteter ved demens

Ernæring og oral helse ved demens

Velferdsteknologi ved demens

Botilbud ved demens

Pårørende til personer med demens

Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang ved demens

Legemidler mot symptomer ved demens

Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

5 Etablering av tverrfaglig team / koordinator i kommunen

Etablering av tverrfaglig team / koordinator

Sterk anbefaling

Kommunens helse- og omsorgstjenester skal være helhetlige og koordinerte, dette gjelder også for personer med demens. Lege har et hovedansvar for å sikre utredning og medisinsk oppfølging. I tillegg kan kommunen organisere deler av tjenestene som tverrfaglig team / koordinator som bistår lege i utredning og legger til rette for at oppfølging i hjemmet tilbys etter demensdiagnose er satt.

Merknad:

Det varierer i dag om teamene er utformet med utgangspunkt i diagnose eller om de diagnoseuavhengige. Uavhengig av organiseringsform tilbyr team/koordinator oppfølging til personer med kognitiv svikt og/eller demens og deres pårørende.

Kommunen skal tilby koordinator til personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, dette gjelder også for personer med demens. Om tjenestemottaker ønsker det, skal en individuell plan utarbeides. Personer med demens uten behov for hjelp fra flere instanser over tid, og deres pårørende, bør også få tilbud om en fast koordinator med kompetanse om demens. Personen med demens og deres pårørende bør ha en fast kontaktperson samt tilbys oppfølging fra utredning/diagnostiseringstidspunkt og videre gjennom sykdomsforløpet til eventuell overgang til helseomsorg.

VIS MER INFORMASJON

6 Basal utredning ved mistanke om demens og oppfølging etter diagnose

6.1 Fastlege, basal demensutredning

Basal utredning av personer ved mistanke om demens

Sterk anbefaling

Basal utredning ved mistanke om demens bør vanligvis utføres av pasientens fastlege^{1,2}. Utredningen bør foregå i samarbeid med personell fra helse- og omsorgstjenesten, gjerne tverrfaglig team / -koordinator³, med kompetanse om

- Innledning om demensretningslinjen
- Aktuelt lovverk til demensretningslinjen
- Krav til kompetanse om demens
- Persontentrert omsorg og behandling ved demens
- Etablering av tverrfaglig team / koordinator i kommunen**
- Basal utredning ved mistanke om demens og oppfølging etter diagnose
- Grupper som kan ha særlige behov: Utredning og oppfølging ved demens
- Miljørettede tiltak og aktiviteter ved demens
- Ernæring og oral helse ved demens
- Velferdsteknologi ved demens
- Botilbud ved demens
- Pårørende til personer med demens
- Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang ved demens
- Legemidler mot symptomer ved demens
- Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

LUKK ^

Begrunnelse **Praktisk info** Referanser

Tverrfaglig team/koordinators oppgaver innen kartlegging/utredning og oppfølging av personer med demens og deres pårørende

Flertallet av kommunene har i dag etablert hukommelsesteam/-koordinator, eller andre tverrfaglige team, og praktisk informasjon gitt under tar utgangspunkt i dette. I de kommunene som ikke har etablert hukommelsesteam/-koordinator, må andre samarbeidsformer opprettes slik at kravet om helhetlige og koordinerte tjenester ivaretas.

Dersom kommunen har hukommelsesteam/-koordinator, må det etableres rutiner for samarbeid mellom fastlege og hukommelsesteam/-koordinator, eventuelt spesialisthelsetjeneste. Det vil variere mellom kommunene hvilke oppgaver hukommelsesteam/-koordinator kan tilby, og hva som er hensiktsmessig organisering. Under gis det forslag til oppgaver for kartlegging/utredning og oppfølging av personer med demens og deres pårørende.

Det er ikke ett fasitsvar på hvordan en kommune bør organisere sitt tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende, men et formalisert samarbeid mellom team/koordinator, leger og hjemmetjenesten er sentralt. Det er gjort erfaringer med ulike modeller for team/koordinator. Enkelte kommuner har hukommelsesteam med både lege og koordinator i teamet, mens andre har valgt kun å ha en koordinator. Det er også opprettet interkommunale hukommelsesteam.

Etablering og drift av hukommelsesteam/-koordinator er beskrevet i Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse sin håndbok for opprettelse og drift av hukommelsesteam, se "Håndbok: Etablering og drift av demensteam", som kan kjøpes via www.aldringoghelse.no.

Team/koordinators oppgaver ved utredning kan være å:

- bistå fastlegen, eventuelt spesialisthelsetjenesten, ved utredning ved mistanke om demenssykdom, primært ved å kartlegge funksjonsnivå (global, kognitiv, ADL og/eller atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens) og behov for aktivitet og bistand. Det kan være hensiktsmessig å avtale slik kartlegging med pasientens fastlege på forhånd for å unngå eventuell dobbel kartlegging.
- tilby råd og veiledning til personer som har mistanke om at de selv har demens
- tilby råd og veiledning til pårørende som er bekymret for om en i familien kan ha demens

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har utarbeidet [kartleggingsskjema](#) for bruk av hukommelsesteam/-koordinator og fastlege som tar utgangspunkt i et slikt tverrfaglig samarbeid.

Som hovedregel bør kartlegging/utredning gjennomført av hukommelsesteam/-koordinator skje hjemme hos personen for å ivareta vante og trygge omgivelser i en situasjon som kan oppleves som stressende. Det bør settes av god tid til samtale og observasjon av personens fungering. Det kan være godt for både pasient og pårørende å snakke om det som er vanskelig. Men enkelte pårørende kan oppleve at de vurderer det som en øye, og at det derfor kan være

Utredning ved mistanke om demens

Basal utredning

Hovedregel fastlege

Utvidet utredning:

Etappe 1

Etappe 2

Hovedregel spesialist

Basal demensutredning

- ◆ Basal utredning ved mistanke om demens bør vanligvis utføres av pasientens fastlege
- ◆ Utredningen bør foregå i samarbeid med personell fra helse- og omsorgstjenesten, gjerne tverrfaglig team / koordinator, med kompetanse om demens

Innholdet i en basal demensutredning

Første legetime:

- ◆ Somatisk undersøkelse
- ◆ Blodprøver
- ◆ Vurdering av delirium
- ◆ Vurdering av kognitive legemiddelbivirkninger
- ◆ Rekvirering av CT eller MR

Andre legetime:

- ◆ Intervju av pårørende
- ◆ Bruk av kognitive tester
- ◆ Vurdering av atferdsmessige og psykologiske symptomer
- ◆ Vurdering av kjøreevne, helsesertifikater, tilgang til våpen

Henviser videre til spesialisthelsetjenesten?

- ◆ kompliserte/atypiske tilfeller av kognitiv svikt
- ◆ yngre personer
- ◆ personer med utviklingshemning
- ◆ personer med minoritetsbakgrunn
- ◆ personer med samisk kulturbakgrunn
- ◆ personer med alvorlige atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens
- ◆ andre særlig kompliserte tilfeller

Hva når basal utredning ikke gir svar nok?

- Utvidet demensutredning er aktuelt å gjennomføre i de tilfeller der en basal utredning ikke har vært tilstrekkelig for å stille en diagnose
- Gjennomføres normalt i spesialisthelsetjenesten

Innholdet i en utvidet utredning

♦ Etappe 1

- Utvidet kognitiv undersøkelse
- Strukturell hjerneundersøkelse (MR)

Dersom fortsatt uavklart diagnose etter etappe 1:

♦ Etappe 2

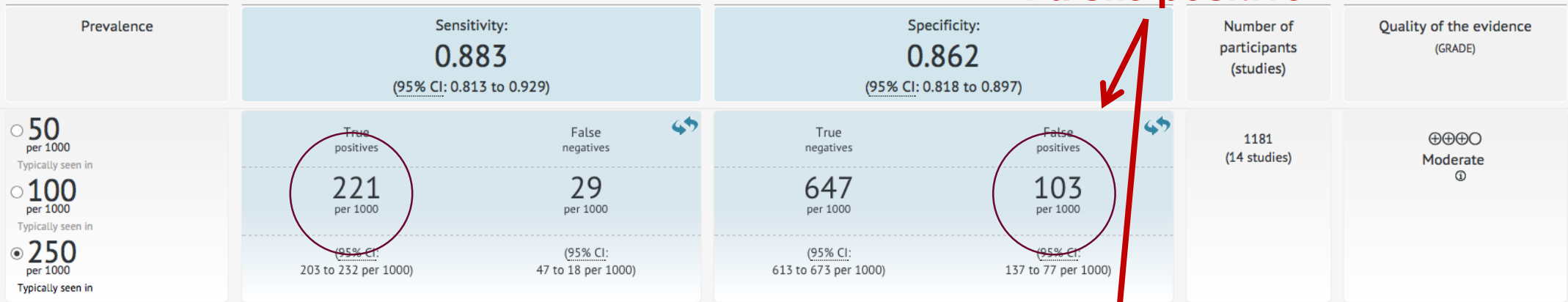
- Nevropsykologisk undersøkelse
- Funksjonelle hjerneundersøkelser (PET, EEG, DATscan)
- Spinalvæskeundersøkelse

Utvidet kognitiv undersøkelse – NorKog-batteriet

- Screening av generell intellektuell kapasitet
 - MMSE-NR3
 - Klokketest (KT-NR3)
 - Spørreskjema til pårørende (IQCODE), kortversjon
- Oppmerksomhet
 - Trail-Making-Test A og B, NR3
- Læring og hukommelse
 - Ti-ordstest
 - Figurkopiering, utsatt visuelt minne
 - (Kendrick Object Learning Test)
- Språkfunksjon
 - Ordflyt, fonemisk (F-A-S) og semantisk (dyr)
 - Boston Naming Test, kortversjon
 - Abstrakt tenkning (likheter)
- Visuokonstruktive evner
 - Figurkopiering (CERAD)

▼ Should MMSE be used to diagnose dementia in primary care?

Probabilities Positives / Negatives **Sensitivity / Specificity** **MMSE** Plain Language Summary

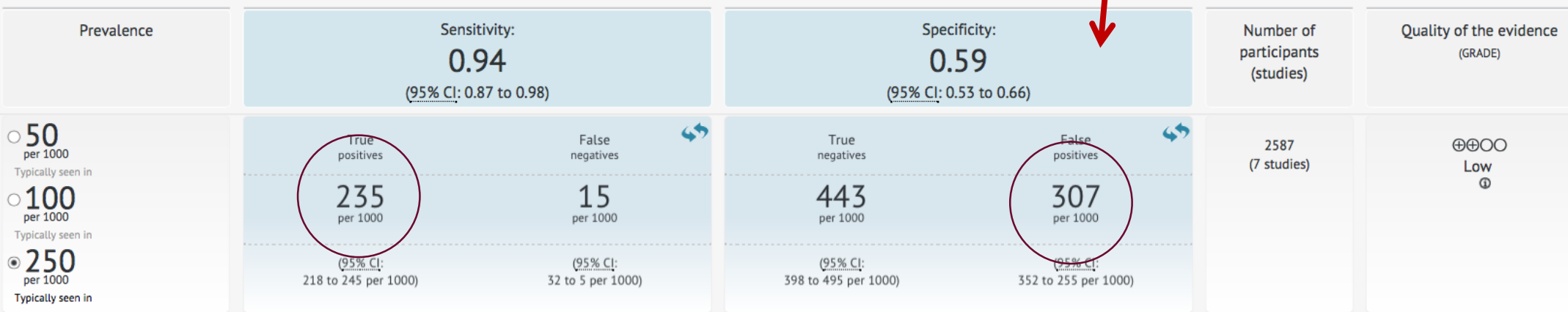


Falske positive



▼ Should MoCA be used to diagnose dementia in primary care?

Probabilities Positives / Negatives **Sensitivity / Specificity** **MoCA** Plain Language Summary



Utvidet utredning

Ved fortsatt uavklart diagnose etter at utvidet kognitiv testing og MR-undersøkelse er gjennomført foreslås det at pasienten tilbys:

- ◆ nevropsykologisk undersøkelse
- ◆ funksjonelle hjerneundersøkelser med:
 - ◆ FDG-PET
 - ◆ DATscan
 - ◆ **EEG**
- ◆ spinalvæskeundersøkelse

Merk at **SPECT-undersøkelse ikke** foreslås som del av en utvidet demensutredning.

Videre oppfølging av primærlege

- ◆ Primærlegen bør følge opp pasientens demenssykdom minst hver 6.-12. måned, og oftere ved behov
- ◆ Hensiktsmessig at en pårørende, hukommelsesteam/koordinator eller en fast kontakt i hjemmetjenesten er med ved konsultasjoner dersom pasienten ønsker det.

Grupper som kan ha særlige behov for tilrettelegging

- personer med minoritetsbakgrunn
- samisk urbefolkning
- yngre personer
- personer med utviklingshemning

Personer med minoritetsbakgrunn

Generelt

- ◆ Kommer senere til utredning
- ◆ Bruker færre legemidler
- ◆ Færre til sykehjem

Utredning

- Vurder bruk av tolk
- MMSE eventuelt RUDAS, avhengig av utdannelsesnivå

Samisk urbefolkning

Generelt

- ◆ Mellom 50 000 og 65 000 samer i Norge
- ◆ Bruker helsetjenestene i like stor grad som majoritetsbefolkningen, men er mindre tilfreds med tilbudet
- ◆ Betydning av kjennskap til kultur, nettverk, skikker

Utredning

- Vurder bruk av tolk
- MMSE eventuelt RUDAS avhengig av utdannelsesnivå



Yngre personer

- ◆ Utreddes i spesialisthelsetjenesten
- ◆ <65 år, kun veiledende aldersgrense
- ◆ Ca 4000 personer
- ◆ Andre typer utfordringer
 - ◆ Fortsatt i jobb
 - ◆ Økonomiske utfordringer
 - ◆ Mindreårige barn
 - ◆ Langvarig pårørendebelastning
 - ◆ Ikke tilpasset dagaktivitetstilbud



Personer med utviklingshemning

- ◆ Utredes i spesialisthelsetjenesten, gjerne habilitering
 - ◆ Særlige behov både på utredning og oppfølging
- ◆ Samlebetegnelse for ulike tilstander
- ◆ Varierende funksjonsnivå og behov for støtte
- ◆ Downs syndrom = Høy risiko for demens



Miljørettede tiltak og aktiviteter

- ◆ Personsentrert omsorg legger til rette for opprettholdelse av personlig autonomi gjennom demensforløpet
- ◆ Selv om nivået av selvbestemmelse reduseres - tilstrebe å finne løsninger som ivaretar muligheter for å utøve ønskede aktiviteter
- ◆ Pårørende, sosiale nettverk, frivillige og helse- og omsorgssektoren er sentrale aktører for at de psykososiale behovene ivaretas

Hvorfor tiltak og aktiviteter?

- ◆ Sosialt samvær og fysisk aktivitet:
 - ◆ positiv effekt på kognitiv funksjon
 - ◆ livskvalitet
 - ◆ positiv effekt på ADL-funksjon
- ◆ Dagaktivitetstilbud:
 - ◆ effekt av sosialt samvær og fysisk aktivitet - uproblematisk å overføre til dagsentertilbud!
 - ◆ ikke forbundet med bivirkninger, men husk personsentrert omsorg
 - ◆ avlastning for pårørende
 - ◆ kommunen får lovfestet plikt fra 2020

Ernæring og oral helse

- ◆ Oppfølging og tilrettelegging av kosthold, mat og måltider for å sikre ernæringsmessig status
- ◆ Tidlig intervensjon for forebygging og behandling av tannsykdommer kan bidra til bedre livskvalitet og redusere forverring av oral helse i senere stadier av demenssykdom

Velferdsteknologi

- Vurdering av teknologiens nytteverdi
- Tidlig kartlegging av behov og intervensjon
- Kartlegging av den enkeltes og pårørendes evne og mulighet til å ta teknologien i bruk
- Sikre ansvarsavklaring og gode rutiner
- Vurdere å tilpasse personens bolig
- Utfordring: Samtykkekompetanse

Pårørende

- ◆ Nøkkrolle
- ◆ Stor omsorgsbyrde
- ◆ Høy stressbelastning
- ◆ Helsedirektoratet har egen veileder om pårørende

Botilbud

- ◆ Kommunen skal ha botilbud som er utformet slik at personer med demens med behov for heldøgns omsorgstjenester får tilpassede omgivelser som gir mulighet for struktur, aktivitet, stimulering og kognitiv støtte.
- ◆ Botilbudet skal ivareta behovet for trygghet og i størst mulig grad autonomi og selvstendighet i dagliglivets aktiviteter.
- ◆ Botilbudene skal legges til rette for pårørendes besøk og deltakelse.

Hva er atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

- Atferdssymptomer, slik som aggresjon, agitasjon/uro, manglende hemning, irritabilitet og repetitiv atferd
- Psykotiske symptomer, det vil si hallusinasjoner og vrangforestillinger
- Affektive symptomer, slik som depresjon/dysfori, angst, oppstemthet/eufori og apati
- Vegetative symptomer, slik som endringer i appetitt og søvn

Miljømessige/psykososiale tiltak ved atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Sterk anbefaling

Virksomheten skal tilby miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg og behandling som førstevalg ved forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). Legemiddelbehandling bør først forsøkes ved alvorlig symptombelastning der psykososiale tiltak ikke er tilstrekkelig, eller dersom det foreligger en akutt risiko for skade, se anbefaling om legemiddelbehandling ved APSD.

APSD - utløsende og forebyggende faktorer

Utløsende faktorer individnivå:

- ◆ Kommunikasjonsvansker
- ◆ Manglende evne eller mulighet for å ivareta autonomi
- ◆ Mistrivsel og frustrasjon
- ◆ Reaksjon på manglende sosial støtte eller negativ/respektløs behandling fra omgivelsene
- ◆ Hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger
- ◆ Angst og/eller depresjon
- ◆ Somatisk sykdom og ubehag
- ◆ Delirium (somatikk/legemidler)

Forebyggende faktorer organisatorisk nivå:

- ◆ Personsentrert omsorg og behandling
- ◆ Kompetanse hos helse- og omsorgspersonell tverrfaglig samarbeid
- ◆ Tilrettelagt botilbud med plass for bevegelse og aktivitet inne og ute
- ◆ Tilgjengelige og tilrettelagte aktiviteter
- ◆ Oversiktlig miljø
- ◆ Mulighet for privatliv
- ◆ Krav og forventninger tilpasset personens ferdigheter og ressurser
- ◆ Tilbud til pårørende om veiledning

Lindrende behandling – tre anbefalinger

- ◆ Generell anbefaling om lindrende behandling, pleie og omsorg gjennom demensforløpet
- ◆ Utredning og behandling av smerte
- ◆ Lindrende behandling til døende personer

Legemiddelbehandling

- ◆ Alltid som del av en helhetlig behandlingstilnærming
- ◆ Individuell behandlingsplan
- ◆ Hva er forventede effekter og bivirkninger
- ◆ Grad og varighet av bivirkninger er individuelt ulikt og vil kunne tolereres og oppleves forskjellig
- ◆ Hensyn til pasientens verdier og preferanser
- ◆ Husk legemiddelgjennomganger

Legemidler mot kognitive symptomer ved demens

- ◆ Legemidler som i noen grad kan stabilisere/lindre symptombildet i en tidsbegrenset periode:
 - ◆ Kolinesterasehemmere (donepezil, galantamin, rivastigmin)
 - ◆ Memantin
- MEN bremser IKKE sykdomsforløpet
- ◆ Aktuelt ved:
 - ◆ Alzheimers demens
 - ◆ blandet Alzheimers demens og vaskulær demens
 - ◆ demens med lewylegemer
 - ◆ demens ved Parkinsons sykdom

Atypiske antipsykotika mot psykotiske symptomer og aggresjon

- ◆ Effekten er beskjeden og assosiert med bivirkninger, potensielt svært alvorlige.
- ◆ Alzheimers, blandet demens samt vaskulær demens: KAN brukes ved psykotiske symptomer og agitasjon av aggressiv karakter
- ◆ Foreslås kun **unntaksvis** ved:
 - ◆ demens ved Parkinsons sykdom
 - ◆ demens med lewylegemer,
- ◆ Foreslås ikke gitt ved frontotemporal demens og andre sjeldne demenssykdommer

Hva med søvn?

- ◆ Det anbefales svært restriktiv bruk av legemidler rettet mot søvnevansker ved demens
- ◆ Benzodiazepiner og z-hypnotika (slik som zopiklon og zolpidem) bør unngås
- ◆ Utfordring: Søvnforstyrrelser en del av sykdomsutviklingen

- ◆ **MEN:**
 - ◆ Er det prøvd miljøtiltak?
 - ◆ Sikker på at det ikke er smerter, angst mm?

Hva med depresjon?

- ◆ Depresjon er vanlig ved demens
- ◆ Mild og mild/moderat depresjon
 - ◆ Førstevalg: Psykososiale/psykoterapeutiske tiltak
 - ◆ Eventuelt antidepressiva (SSRI)
- ◆ Moderat og/eller alvorlig depresjon
 - ◆ Kombinasjon psykososiale/psykoterapeutiske tiltak og antidepressiva (SSRI)

Hva med alt det andre da?

- ◆ Gingko biloba
- ◆ Omega-3 fettsyrer
- ◆ Høydosevitaminer
- ◆ Statiner
- ◆ Betennelsesdempende legemidler
- ◆ +++++

TAKK FOR OSS!