

# Medicinsk behandling af komorbiditet ved demens

Da de fleste personer med demens er ældre, er der en høj forekomst af andre sygdomme.

Ældre med demens har omtrent samme kroniske sygdomme som andre ældre i form af bl.a.:

- Hjertekarsygdomme
- Type 2-diabetes
- Gigt og smerter i bevægeapparatet
- Lungesygdom
- Infektioner
- Depression

Ældre med demens udgør dog en særligt sårbar gruppe, idet de i mindre grad tager initiativ til at henvende sig til sundhedsvæsenet, og mange kan have svært ved at overholde aftaler og behandlingsplaner.

## Klinisk retningslinje

En arbejdsgruppe nedsat af *the European Academy of Neurology* udarbejdede i 2020 en klinisk retningslinje, der på baggrund af en systematisk gennemgang den videnskabelige evidens præsenterer en række anbefalinger for behandling af almindelige følgesygdomme til demens samt for systematisk lægelig opfølgning af patienterne.

- Det anbefales at foretage en systematisk monitorering og behandling af vaskulære risikofaktorer blandt personer med demens, idet forebyggelse af cerebrovaskulær sygdom kan have en dæmpende effekt på den fortsatte udvikling af demens (god praksis).
- Personer med demens og hjerterytmeforstyrrelser bør behandles med koagulationshæmmende lægemidler (svag anbefaling).
- Det bør overvejes at seponere behandling med opioider hvis patienten eksempelvis ikke længere udviser symptomer på smerte, hvis indikationen for behandling er uklar, eller hvis man mistænker bivirkninger (god praksis). For alle patienter, der behandles med opioider, bør der jævnligt foretages en individuel afvejning af risici versus fordele ved behandlingen.
- Adfærdssymptomer bør ikke behandles med svage smertestillende lægemidler (svag anbefaling).
- Alle patienter bør tilbydes regelmæssig, planlagt lægelig opfølgning. De konkrete betingelser for opfølgningen afhænger af den lokale organisering af sundhedsvæsenet, men bør som minimum involvere praktiserende læger, der har let adgang til at konferere med demensspecialister (god praksis).
- Patienter præget af agitation og/eller aggressiv adfærd bør primært behandles med ikke-farmakologiske indsatser. Kun hvis alle ikke-farmakologiske interventioner har vist sig virkningsløse, eller hvis patienten er til alvorlig fare for sig selv eller andre, bør behandling med 2. generations antipsykotiske lægemidler anvendes (svag anbefaling).
- Antipsykotiske lægemidler bør seponeres, når adfærdsforstyrrelserne ophører eller i tilfælde af bivirkninger (god praksis).



- Det bør overvejes at anvende nyere antiepileptiske lægemidler som 1. linjepræparat ved behandling af epilepsi (god praksis).

#### Kilder

Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. København; 2013. Anbefalingerne er ikke længere gældende.

[Sundhedsstyrelsen](#)

Frederiksen KS, Cooper C, Frisoni GB, Frolich L, Georges J, Kramberger MG, et al. A European Academy of Neurology guideline on medical management issues in dementia. Eur J Neurol. 2020;27(10):1805-20.

[PubMed](#)

National klinisk retningslinje for demens og medicin. København: Sundhedsstyrelsen; 2018. Anbefalingerne er ikke længere gældende.

[Sundhedsstyrelsen](#)

Senest opdateret: 20. marts 2023