

# Status på behandling af kroniske sygdomme ved demens

Kasper Jørgensen

De fleste ældre med demens har samtidige kroniske sygdomme, som forværrer tilstanden og komplicerer behandlingen. En dansk statusartikel gennemgår nogle af de hyppigste kroniske sygdomme ved demens og beskriver en multidisciplinær og holistisk tilgang til udredning og behandling af disse sygdomme.

Ældre med demens lider af samme kroniske sygdomme som ældre uden demens, men er generelt dårligere til at varetage egenomsorg, tager måske ikke initiativ til at søge læge og kan have svært ved at administrere deres egen medicin. Ældre med demens udgør således en sårbar gruppe, hvilket stiller særlige krav til udredning og behandling af kroniske sygdomme. Statusartiklen er skrevet af en geriater og to almenmedicinere.

## Kronisk obstruktiv lungesygdom

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), også kaldet rygerlunger er ofte underbehandlet hos ældre med demens. Det kræver en vis øvelse at anvende moderne medicininalatorer, men de fleste ældre med demens i let til middelsvær grad kan lære at anvende en diskinalator. Alternativt kan anvendes en inhalator med *spacer* (åndingsbeholder), der ikke stiller særlige krav til vejtrækningsteknik.

Der er mistanke om, at behandling med kolinesterasehæmmere (demensmedicin) kan forværre KOL hos ældre med demens. Forfatterne anbefaler derfor forsigtighed ved moderat til svær KOL og samtidig kolinerg behandling.

## Hjertekarsygdom

Mange ældre er i blodtrykssænkende behandling - ikke mindst patienter, der har haft hjertesvigt (hjereteinsufficiens). Man bør dog være opmærksom på, om blodtrykket bliver for lavt som følge af behandlingen, hvilket muligvis kan forværre det kognitive funktionsniveau hos de ældste. B

ehandling med kolinesterasehæmmere kan påvirke hjerterytmen og medføre bradykardi. Ekg (elektrokardiogram) tages derfor rutinemæssigt med henblik på at vurdere, om patienten kan tåle behandling med demensmedicin. Behandling med statiner (kolesterolssænkende medicin) menes ikke at påvirke det kognitive funktionsniveau hos ældre med demens.

## Urininkontinens

Urininkontinens forekommer især ved mere fremskreden demens. Udredning af årsagen til urininkontinens er vigtig blandt andet for at skelne mellem egentlig inkontinens og inkontinens, der skyldes kognitiv svækkelse. Mennesker med demens kan glemme at gå på toilettet i tide, har svært ved at tage initiativ til toiletbesøg, eller kan måske ikke finde toilettet.



I mange tilfælde kan antallet af 'uheld' mindskes ved at indføre skemalagte toiletbesøg med passende mellemrum. Stressinkontinens kan formentlig begrænses ved hjælp af bækkenbundstræning ('knibeøvelser'), uanset om man har demens eller ej. Visse lægemidler mod overaktiv blære har en antikolinerg virkning, hvilket kan forværre den kognitive svækkelse.

## Fald

Ældre med demens falder hyppigere end ældre uden demens, hvilket der er utallige årsager til.

Sundhedsstyrelsen håndbog om faldpatienter fra 2006 kan være en hjælp i forbindelse med udredning og intervention. Man bør blandt andet være opmærksom på, om personen er i behandling med psykofarmaka eller blodtryksregulerende medicin, der kan øge faldrisikoen. Hvis personen med demens er hjemmeboende, kan en kommunal ergoterapeut rådgive om indretning af hjemmet og valg af fodtøj.

## Smerter

Ældre med demens underrapporterer ofte smerter og underbehandles formentlig med smertestillende medicin. Samtidig er smerter en vigtig årsag til adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (BPSD). Smertevurdering ved demens er vanskelig, da pågældende kan have svært ved at beskrive smerternes intensitet og kvalitet.

Der foreligger ingen dansk validerede smertevurderingsredskaber, men forfatterne anbefaler at anvende MOBID2, der er udviklet og valideret i Norge.

## Polyfarmaci

Samtidig brug af mere end fem lægemidler kaldes polyfarmaci. Selvom der isoleret set er fornuftig indikation for hvert enkelt lægemiddel, kan polyfarmaci øge risikoen for interaktioner mellem lægemidlerne og bivirkninger. Især for ældre med demens kan behandling med mange lægemidler være svært at overskue, hvilket kan gå ud over kompliansen. Lægemidlerne bruges måske forkert, og der opstår medicineringsfejl.

Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) har udarbejdet den såkaldte *rød-gul-grøn liste*, der kan være en hjælp ved medicingennemgang. Listen, der senest blev opdateret i 2016 anvendes ved revurdering af indikationen for en række lægemidler til ældre.

## Palliation

Det kan være hensigtsmæssigt allerede tidligt i sygdomsforløbet ved demens, hvor åndsevnerne er nogenlunde i behold, at tage stilling til behandlingen i sygdomsforløbets slutfase (*advance care planning*).

Eventuelle pårørende bør inddrages i drøftelsen, hvor der blandt andet skal tages stilling til behandling med antibiotika og hospitalsindlæggelse ved akut sygdom. Forfatterne anfører, at en palliativ tilgang med fokus på lindring af smerter og andre plagsomme symptomer bør tænkes ind i sygdommens slutfase.

## BAGGRUND

[Pedersen H, Klinkby KS, Waldorff FB. Behandling af kroniske sygdomme hos patienter med demens. Ugeskrift for Læger. 2017;179\(12\).](#)

[Sundhedsstyrelsen. Håndbog om faldpatienter i den kliniske hverdag. København: 2006.](#)



[Husebo BS, Ostelo R, Strand LI. The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. Eur J Pain. 2014;18\(10\):1419-30.](#)

Oprettet: 18. april 2017