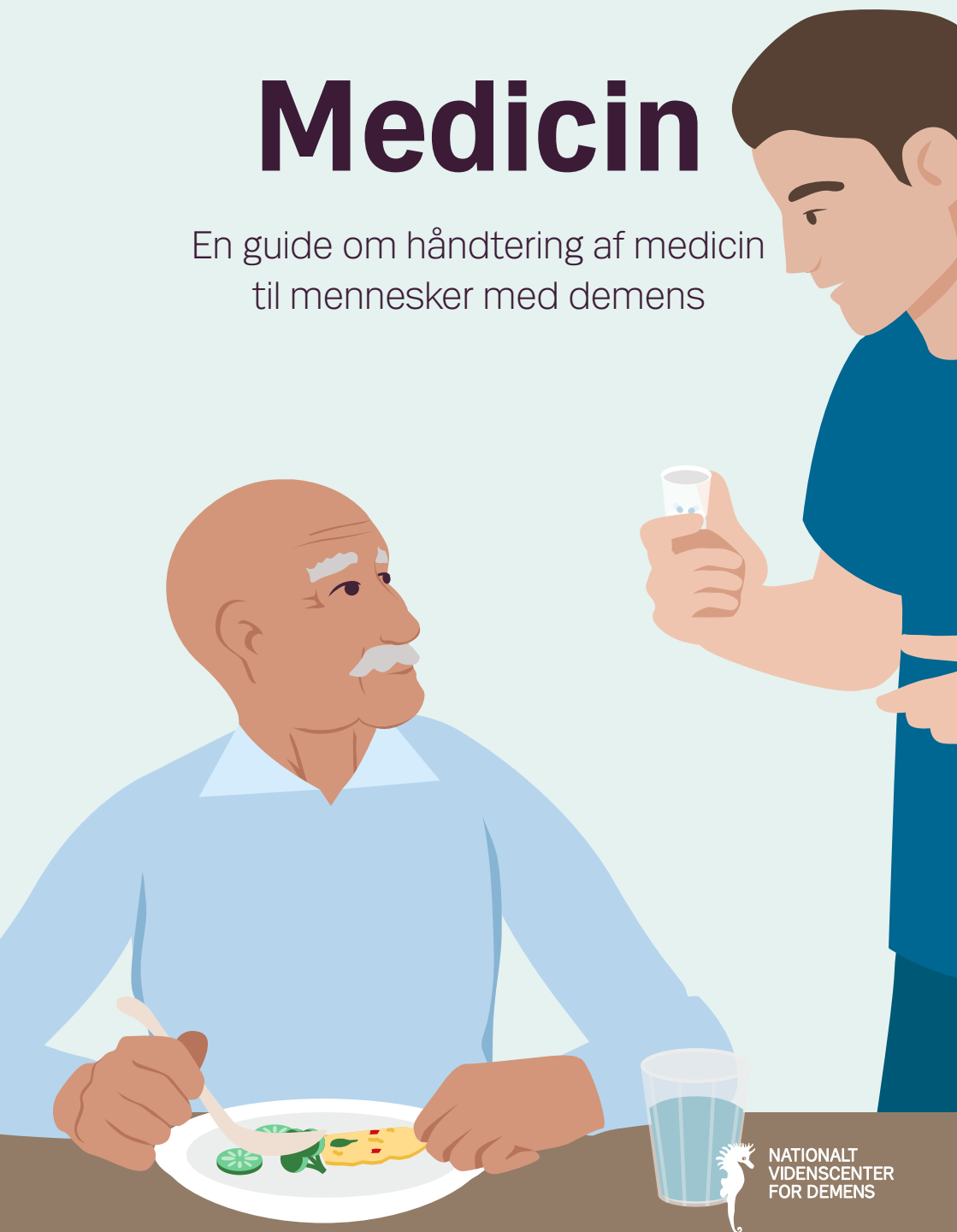


Medicin

En guide om håndtering af medicin
til mennesker med demens



NATIONALT
VIDENSCENTER
FOR DEMENS



HVORFOR EN GUIDE OM MEDICIN OG DEMENS?

I Danmark er næsten en kvart million borgere multisyge, og mennesker med demens har lige så ofte andre sygdomme som gennemsnitsbefolkningen (komorbiditet). Det betyder, at mennesker med demens ofte får meget medicin (polyfarmaci).

Man definerer ofte polyfarmaci som rutinemæssig brug af fem eller flere lægemidler, som inkluderer både receptpligtig medicin, håndkøbsmedicin og naturlægemidler. Blandt ældre med en demensdiagnose er forekomsten af polyfarmaci steget markant, og forekomsten af polyfarmaci er ca. 62 % hos personer med demens mod ca. 35% hos ældre uden demens, altså tæt på en fordobling.

Hos ældre medicinske patienter er polyfarmaci associeret med øget risiko for død og lægemiddelrelaterede hospitalsindlæggelser eller skadestuebesøg. Mennesker med demens tåler desuden medicin dårligere og får flere bivirkninger end ældre uden demens, og deres evne til at håndtere medicin og rapportere virkning og bivirkning er nedsat.

Korrekt og forsvarlig medicinsk behandling af ældre med demens, der har andre samtidige sygdomme, er udfordrende og kompleks. Bliver den medicinske behandling ikke håndteret ordentligt, kan det udgøre et problem for patientsikkerheden og nedsætte trivsel for den enkelte. Det kræver derfor et godt og tæt tværfagligt samarbejde mellem alle involverede sundhedsfaglige personer.

Formålet med denne guide er at øge viden om de udfordringer, der er, når personer med demens behandles med medicin. Den øgede viden skal gerne bidrage til at nedbringe uhensigtsmæssig medicinering for på den måde at øge trivsel og sundhed hos personer med demens.

Guiden er målrettet kommunale medarbejdere, som arbejder med omsorg for personer med demens, primært sygeplejersker, SOSU-assistenters og demenskonsulenter samt sygeplejersker og SOSU-assistenters på hospitalsafdelinger, hvor personer med demens bliver indlagt.

ÆLDRE OG MEDICIN

Aldring medfører fysiologiske ændringer i kroppen. Det betyder, at ældre patienter er mere følsomme for virkning og bivirkninger af medicin og lægemidler, herunder cremer og salver.

Polyfarmaci opstår ofte på baggrund af multisygdom og behandlingsprincipper, hvor hvert enkelt lægemiddel kan være velbegrundet inden for det enkelte sygdomsområde. Jo flere lægemidler, der gives, jo dårligere vil compliance dog være. Derudover kan lægemidlerne interagere med hinanden og have uønsket effekt.

Begreberne polyfarmaci og multisygdom er tæt forbundne. I Danmark har ældre fx ofte følgende kroniske sygdomme:

- Demens
- Hjertekarsygdomme og forhøjet BT
- Type 2-diabetes
- Artrose
- Rheumatoid arthrit
- Osteoporose
- KOL og andre lungesygdomme
- Stofskiftesygdomme
- Depression

Flere af de lægemidler, som normalt gives mod ovenstående sygdomme, kan have u hensigtsmæssige bivirkninger, bl.a. bivirkninger som hæmmer de kognitive evner hos personer med demens.

Ældre med demens udgør en særligt sårbar gruppe, når det gælder multisygdom, fordi de:

- ikke altid i stand til at tage vare på eget helbred og give udtryk for symptomer på en forståelig måde.
- i mindre grad tager initiativ til at henvende sig til sundhedsvæsenet.
- måske ikke tager medicinen korrekt eller ikke er i stand til at overholde sundhedsmæssige aftaler og behandlingsplaner.
- ikke altid er i stand til at rapportere virkning og bivirkning af medicinsk behandling.

Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle også inddrager pårørende, som kan være en vigtig kilde til observationer af både virkning og bivirkning efter ændringer i medicin.

SÆRLIGE UDFORDRINGER VED KOGNITIV SVÆKKELSE

Risikoen for at have flere kroniske sygdomme samtidig stiger med alderen ligesom risikoen for demens. Ældre med demens har derfor ofte flere kroniske sygdomme, og deres risiko for polyfarmaci er tilsvarende øget. Et nyere dansk studie (Lundby et al, 2020) viste, at plejehjemsbeboere i gennemsnit fik otte forskellige lægemidler.

På grund af den kognitive svækkelse har personer med demens øget risiko for at blive påvirket af polyfarmaci. De kan have mindre forståelse for og overblik over deres sygdomme og behandlinger og kan have svært ved at reagere på tegn på bivirkninger og interaktioner.

Psykisk sygdom kan give lignende udfordringer, da de også kan føre til kognitiv svækkelse og nedsat egenomsorg. Mange præparater til behandling af psykisk sygdom har bivirkninger som påvirker centralnervesystemet.

Mange lægemidler er ikke klinisk testede på ældre, særligt ikke på ældre, der er undervægtige eller har nedsat organfunktion. Derfor ved man ikke forskningsmæssigt så meget om virkningen på skrøbelige ældre. Det estimeres, at omkring 10% af indlæggelser af patienter over 65 år skyldes medicinbivirkninger.

Nogle af de hyppigste medicinbivirkninger hos ældre er:

- Konfusion/delirium
- Gastrointestinale symptomer, fx kvalme, nedsat appetit eller forstoppelse
- Fald/svimmelhed
- Træthed/sløvhed
- Påvirkning af nyrefunktion og/eller saltbalance
- Lavt blodsukker ved behandling for diabetes
- Blødning ved behandling med blodfortyndende



Samtidig kan følsomhed for medicin ændre sig med alderen. Det kan fx skyldes:

- Ændret optagelse af medicinen, fx på grund af nedsat spytsekretion, nedsat syreproduktion i mavesækken eller ændret tarmperistaltik.
- Ændringer/påvirkning af metabolisme/omdannelse, fx på grund af nedsat leverfunktion.
- Ændret udskillelse, hvilket oftest skyldes nedsat nyrefunktion.
- Ændret fordelingsvolumen, fx ved tab af muskelmasse og øget fedtmasse.
- Nedsat reservekapacitet i organer, hvilket giver øget følsomhed, særligt for kognitive bivirkninger hos personer med demens.

Personer med demens kan opleve flere bivirkninger fra centralnervesystemet, fx forvirring, hukommelsesbesvær, svimmelhed, faldtendens, søvnighed og uro. Da hjernen i forvejen er skrøbelig på grund af demenssygdommen, kan selv mindre doser medicin give symptomer.

Man bør være særlig opmærksom på følgende lægemidler:

- Antikolinerge lægemidler
- Stærk smertestillende medicin
- Benzodiazepiner og benzodiazepin-lignende lægemidler
- Antipsykotika
- Antiepileptika
- Antidepressiva

Listen er ikke udtømmende, og det anbefales, at man jævnligt (mindst en gang årligt) gennemgår hele medicinlisten og revurderer indikation, effekt og evt. bivirkninger (se afsnit om medicingennemgang).

Antikolinerge lægemidler

Antikolinerge bivirkninger er især problematiske for ældre, særligt personer med demens. Lægemidlerne i denne gruppe påvirker den kolinerge neurotransmission, som er involveret i regulering af kognitive funktioner. Antikolinerge lægemidler er fx tricykliske antidepressiva, antihistaminer, midler mod Parkinsons sygdom og midler mod overaktiv blære (urgeinkontinens).

(Institut for Rationel Farmakoterapi har udgivet en liste med antikolinerge lægemidler med forslag til alternativer.)

Centrale antikolinerge bivirkninger er fx:

- svimmelhed
- faldtendens
- hukommelsesbesvær
- konfusion
- delirsymptomer.

Perifere antikolinerge bivirkninger er fx:

- mundtørhed, kvalme, opkastning, obstipation
- urinretention
- arytmi og hjertebanken med ekstraslag
- ortostatisk hypotension
- uskarpt syn, forstørrede pupiller.

Seponering af medicin

Når man skal ophøre med (seponere) stærkt smertestillende midler, anti-psykotika, antiepileptika samt antidepressiva, er anbefalingen at nedtrappe medicinen – og kun ét præparat ad gangen. Ved alle medicinændringer, herunder op-/nedtrapping samt skift til andet præparat, er det særligt vigtigt at observere for bivirkninger, seponeringssymptomer og forværing i grundsygdommen. Da personer med demens kan have svært ved selv at være opmærksomme på dette, kræver medicinændringer god kommunikation og samarbejde mellem læge, plejepersonale og pårørende. Ved fremskreden sygdom og forventet kort restlevetid er medicin-gennemgang særligt vigtig. Her bør behandlingen i højere grad være rettet mod symptomer end forebyggelse af fremtidige komplikationer.

KORREKT HÅNDTERING AF MEDICIN

Styrelsen for patientsikkerhed har udgivet en pjece om korrekt håndtering af medicin, som du kan finde på www.stps.dk

Der gælder generelt en række principper for administration af medicin. Disse principper er ekstra vigtige, når det drejer sig om mennesker med kognitiv svækkelse, fordi de ofte ikke selv kan reagere, hvis de får forkert medicin, eller kan handle på virkning eller bivirkning.

Man skal:

- sikre, at medicinen gives til den rigtige patient på det rigtige tidspunkt.
- kontrollere, at det er patientens navn og personnummer samt det rigtige tidspunkt og den rigtige ugedag og/eller dato, der står på doseringsæsken og på dosisposen.
- kontrollere, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og i doseringsæskerne eller dosisposerne.
- kontrollere, hvordan medicinen skal gives, fx om den skal sprøjtes ind i musklen.
- kontrollere, om medicinen skal indtages sammen med et måltid eller mellem måltider.

- give al den medicin, som står på medicinlisten, dvs. tabletter i doseringsæsker, dosispakket medicin, salve, øjendråber og medicin efter skema, fx blodfortyndende medicin.
- dokumentere, at man har administreret ikke-dispenserbar medicin, og hvornår medicinen er givet.
- sikre, at patienten indtager medicinen.
- aftale med ordinerende læge, hvornår og hvordan der skal tages kontakt, hvis patienten ikke ønsker at tage sin medicin.
- kontakte den ordinerende læge eller vagtlæge, hvis patienten ikke kan tage medicinen eller får forkert medicin.
- kontrollere, at der ikke ligger glemt medicin i doseringsæsker og/eller dosisposer.
- kontakte den ordinerende læge, hvis patienten får alvorlige eller ikke forventede bivirkninger af medicinen.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har via projektet "I sikre hænder" sat fokus på, hvordan man nedsætter medicinfejl. Læs mere i Medicinpakken, som beskriver best practice ved medicin håndtering.

HJÆLP OG STØTTE TIL ADMINISTRATION OG INDTAGELSE AF MEDICIN

Personer med demens er kognitivt svækkede og vil derfor i varierende grad have vanskeligt ved at administrere deres medicin, afhængig af hvor fremskreden sygdommen er:

- Personer med let demens, som bor i eget hjem, kan have gavn af ugedosering, enten doseret af sundhedsprofessionelle eller fra apoteket og en elektronisk medicinhusker. Der findes flere forskellige udgaver – også som app på mobiltelefon – som kan alarmere, når det er tid til at tage sin medicin.
- Personer med moderat demens, som bor alene, har ofte brug for daglige besøg af sundhedsprofessionelle, som kan huske dem på at tage medicinen. Det er vigtigt, at medicinen opbevares samlet evt. i en kasse, så det er overskueligt. I nogle tilfælde kan det være nødvendigt at låse kassen, så borgeren ikke kommer til at tage medicinen i utide.

- Personer med demens i svær grad bor ofte i plejebolig og har brug for hjælp til at administrere og indtage medicin. Nogle har svært ved at synke medicinen, og her kan løsningen være, at medicinen ændres til en flydende udgave, eller at tabletter gives med synkegel, at kapsler deles, og tabletter evt. knuses. Man skal undersøge i Pro-medicin, om kapsler må deles, og om tabletter må knuses – og ellers spørge lægen.
- Personer med svært nedsatte kognitive funktioner kan have svært ved at forstå, hvorfor de skal indtage medicin og derfor have modvilje mod det. Her er det vigtigt at kende livshistorien, at samarbejde med pårørende og afprøve forskellige pædagogiske metoder.

LÆGEMIDLER MOD DEMENS

De medicinske behandlingsmuligheder mod demens består af kolinesterasehæmmere og memantin. Disse lægemidler er symptombehandlende og påvirker ikke de underliggende sygdomsprocesser. I stedet har lægemidlerne en stabiliserende, om end kun midlertidig, virkning på det kognitive funktionsniveau, den praktiske funktionsevne i hverdagen (ADL) og på patientens generelle tilstand.

Bivirkninger

Omkring 10 % af de patienter, der påbegynder en behandling med kolinesterasehæmmere, ophører igen på grund af bivirkninger. De hyppigste bivirkninger er kvalme, opkastninger og diarré (gastrointestinale gener). Også mareridt og lægkramper kan forekomme. Bivirkninger er dosisafhængige og optræder mest de første dage til uger efter, at behandlingen er startet. Langsom optrapning er forbundet med færre bivirkninger.

Bivirkninger ved behandling med memantin er relativt sjældne, hyppigst er de knyttet til centralnervesystemet med hovedpine, konfusion og undertiden hallucinationer.

Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle, som er tæt på personen med demens, vejleder vedkommende og de pårørende i startfasen af den medicinske behandling og tilpasser kommunikationen efter det nedsatte kognitive niveau. Man skal ofte gentage informationen om



virkning og bivirkninger løbende, og her er pårørende en vigtig samarbejdspartner, som kan hjælpe med at opfordre og motivere personen til at blive ved med at tage medicinen, indtil bivirkningerne klinger af. Hvis der fortsat er uacceptable bivirkninger efter flere ugers behandling, bør man opfordre eller hjælpe borgeren til at kontakte udredningsklinikken.

Varighed af behandlingen

Anbefalinger for varigheden af behandling med kolinesterasehæmmere er meget individuelle. Det afhænger blandt andet af, hvornår i sygdomsforløbet behandlingen indledes, og hvor hurtigt demenssygdommen udvikler sig hos den enkelte person.

Seponering

Man bør ophøre med brug af kolinesterasehæmmere, hvis personen har uacceptable bivirkninger, fx vedvarende madlede og vægttab. Det samme gælder, hvis der er tvivl om effekten af behandlingen. Beslutningen om seponering skal ske i samråd med personen, omsorgspersonale og læge og bør tage udgangspunkt i en samlet vurdering af personens funktionsniveau, både det kognitive funktionsniveau og ADL-funktioner.

Den kliniske effekt af demenslægemidler forsvinder få uger efter seponering. Opfølgning efter seponering bør derfor ske inden for ca. fire uger. Hvis personens praktiske funktionsevne aftager hurtigt, eller hvis der sker forværring af psykiske eller adfærdsmæssige symptomer, kan behandlingen evt. startes op igen.

	Donepezil	Rivastigmin	Galantamin	Memantin
Alzheimers sygdom, Lewy body demens, demens ved Parkinsons sygdom (alle i let til moderat grad)	x	x	x	
Alzheimers sygdom i moderat til svær grad				x

Godkendte indikationer for lægemidler mod demens

SMERTESTILLENDE BEHANDLING

Personer med demens har i gennemsnit lige så mange smerter som andre ældre. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på tegn på smerter hos denne gruppe.

Ved let til moderat demens kan personen ofte selv give udtryk for smerter, men kan have svært ved at konkretisere symptomerne. Når det gælder personer med svær demens, kan der være behov for, at omgivelserne er opmærksomme på fysiske og/eller adfærdsmæssige tegn på smerter. Det kan være uro, omkringvandren, agitation og aggression. Da disse symptomer er uspecifikke, er det vigtigt at forsøge at finde årsagen, inden man giver smertestillende medicin. Ved nyopståede smerter bør man undersøge, om personen er akut syg. Det kan være relevant at anvende et systematisk vurderingsredskab til smerter, fx MAI-10.

Forbruget af smertestillende, herunder opioider/stærkt smertestillende medicin er ifølge Sundhedsdatastyrelsen stigende med alder. Det kan skyldes, at flere lever længere med kroniske sygdomme og

smertefulde lidelser. Tal fra 2000-2015 viser en stigning i forbruget af opioider hos personer med demens.

Man bør udvise forsigtighed ved smertestillende behandling, da personer med demens kan være mere følsomme for bivirkninger. Selv mindre doser af opioider kan give forvirring/delirium, sløvhed og uro. Der er desuden øget faldrisiko og risiko for forstoppelse, påvirkning af vejrtrækning/respirationsdæmpning og urinretention, som alle kan føre til hospitalsindlæggelser og/eller funktionstab.

Oplevelsen af smerte er afhængig af både psykologiske, sociale og eksistentielle faktorer, og derfor anbefales det, at man tilbyder smertestillende omsorg og ikke-medicinsk behandling både før og under evt. medicinsk smertebehandling. Det indebærer, at man forsøger at dække basale fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle/åndelige behov.

Medicinsk smertestillende behandling

Konkret anbefales det at starte med såkaldt svage smertestillende midler som paracetamol. Særligt bør NSAID-behandling gives med forsigtighed til ældre samt personer med nyre/hjertesygdom og tidligere mavesår.

Hvis der er behov for stærke smertestillende midler, herunder opioider, anbefales det at starte med små doser med kort halveringstid for at sikre, at personen kan tåle behandlingen. Behandling med opioidplaster anbefales ikke, da det har lang halveringstid, og da dosis derfor er svær at justere. Der er desuden øget risiko for utilsigtede hændelser ved plasterbehandling sammenlignet med tabletbehandling. Personen med demens kan komme til at pille plastret af og fx spise det, eller man kan glemme at fjerne et gammelt plaster, så personen går med to plastre.

Ved såkaldte neuropatiske smerter (nervesmerter) kan man fx overveje antiepileptika, men disse typer af medicin kan ligesom opioider have kraftige bivirkninger. Behandlingen bør nøje overvåges og udtrappes, når der ikke er behov for behandling længere. Generelt anbefales

opioider ikke til kroniske non-maligne smerter, da man har sparsom evidens for effekten.

Se også guiden "Smerter – en guide til vurdering og håndtering af smerter hos mennesker med demens" på Nationalt Videnscenter for Demens' hjemmeside.

BEHANDLING MED ANTIPSYKOTIKA OG ANDEN PSYKOFARMAKA

Medicin, som går under betegnelsen psykofarmaka, er i denne guide antidepressiva, antipsykotika, anxiolytika og hypnotika.

At behandle psykiske symptomer og adfærdsændringer ved demens med psykofarmaka er ofte uden effekt og kan indebære betydelige bivirkninger. Antipsykotisk medicin har alvorlige bivirkninger, som personer med demens er særligt sårbare over for. Derfor skal antipsykotika betragtes som sidste udvej og ikke-farmakologisk behandling bør altid være førstevalg.

Den barske sandhed er, at brugen af antipsykotika hos mennesker med demens øger dødeligheden med 35 % inden for et halvt år. Hvis antipsykotisk medicin og benzodiazepiner kombineres fordobler det risikoen for død hos mennesker med demens.

Udgangspunktet bør derfor altid være at forsøge at afdække årsagen til symptomer eller adfærdsforstyrrelser og fokusere på at forebygge eller afhjælpe de problemer, der har udløst symptomerne. De hyppigste årsager til psykiske symptomer er somatisk sygdom, bivirkninger ved medicin, forandringer i nærmiljøet samt under- eller overstimulation. Personen med demens har måske utilfredsstillende basale behov, svært ved at udtrykke sig eller problemer med at forstå omgivelserne eller orientere sig i disse.

Mange psykiatriske symptomer er vanskelige eller umulige at behandle med medicin. Det er vigtigt at gøre sig klart, hvilke forventninger man har til effekten, og at medicinen skal seponeres igen. Den antipsykotiske

effekt af antipsykotika indtræder først efter flere ugers behandling, og det er derfor ofte den sederende (dæmpende) effekt (som er en bivirkning), man ser hos personer med demens.

Bivirkninger ved antipsykotika er parkinsonistiske symptomer (fx rysten, trippende gang, savlen, stive muskler og faldtendens), svær indre uro som gør det umuligt at sidde stille (akatesi), træthed, depression, blodtryksfald, mundtørhed, svedtendens, obstipation, urinretention, øget risiko for infektioner, risiko for påvirkning af hjerterytmie, øget risiko for blodpropper, sænkning af krampetærsklen, forværring af demenssymptomer og øget risiko for død.

Depression

Depression er hyppig hos personer med demens, både i starten af sygdommen og senere. Depression forekommer hos op imod halvdelen af patienterne med Alzheimers sygdom. Lettere depression ses periodisk hos 20-30 % af patienterne, mens mere udtalt depression forekommer periodisk hos 20-25 %.

Nogle personer med demens har en agiteret depression, hvor uro, rastløshed, irritabilitet og vredlædighed er mere fremtrædende end klassiske depressive symptomer som tristhed og nedtrykthed.

Depression er skyld i mange lidelser hos mennesker og også hos personer med demens. Lettere depression kan måske behandles med øget nærvær og omsorg. Ved sværere depression kan det være nødvendigt at behandle med antidepressiva.

Ældre skrøbelige mennesker tåler dårligt tricykliske antidepressiva, så derfor er førstevalget altid SSRI (serotoningenoptagshæmmere), fx citalopram eller sertraline. Hvis denne behandling ikke har tilstrækkelig effekt, får personen ofte ordineret NaSSA, som hæmmer genoptagelsen af noradrenalin, fx mirtazapin eller mianserin. De sidstnævnte præparater påvirker også søvnen og appetitten i positiv retning.



Bivirkninger ved antidepressiva:

Antidepressiva har også bivirkninger, som man må holde nøje øje med hos personer med demens.

Centrale antikolinerge bivirkninger omfatter svimmelhed, faldtendens, hukommelsesbesvær, konfusion og delirsymptomer.

Perifere antikolinerge bivirkninger er mundtørhed, kvalme, opkastning, obstipation, urinretention, palpitationer, evt. arytmier både tachycardi og bradykardi, ortostatisk hypotension, elektrolytforstyrrelser, uskarpt syn og forstørrede pupiller.

Ved mianserin og mirtazapin ses vægtøgning, ødemer, hypotension, sedation (som kan bruges terapeutisk).

Angst, uro og søvnforstyrrelser

Mennesker med demens lider ofte af angst, uro og udfordringer med nattesøvnen. Mere end hver anden plejehjemsbeboer i Danmark bliver medicineret mod angst og søvnproblemer viser en opgørelse fra Sundhedsdatastyrelsen. Hjernen hos en person med demens reagerer ofte

stærkere på angstdæmpende medicin end den raske ældre hjerne, og risikoen for overdosering og bivirkninger er stor.

Benzodiazepiner er uegnede til langtidsbehandling ved demens. Lægemidlerne er vanedannende, personen udvikler tolerans (hvorved virkningen aftager), og lægemidlernes muskelafslappende virkning kan give problemer med balance, gang eller andre bevægelser.

Benzodiazepiner kan være relevante til enkeltstående ad hoc behandling i forbindelse med fx tandlægebesøg eller andre undersøgelser, som personen med demens kan opleve som ubehagelige eller skræmmende. I den terminale fase kan benzodiazepiner også være relevant.

Da symptomer som angst og uro kan være relateret til depression, og da antidepressiva generelt giver færre bivirkninger end anxiolytika af benzodiazepintypen, kan man forsøge antidepressiv behandling, før man iværksætter angstdæmpende behandling.

Bivirkninger ved benzodiazepiner er faldtendens, sedation, paradoksreaktion (delirium), tilvænning, afhængighed. Benzodiazepiner svækker opmærksomhed, hukommelse og indlæring, nedsætter koncentrationen og giver forlænget reaktionsevne, hvilket forværrer det i forvejen nedsatte kognitive niveau.

Hypnotika (sovemedicin):

Sovemedicin er ofte af benzodiazepintypen og har derfor de samme bivirkninger. Det er ikke hensigtsmæssigt at give sovemedicin til personer med demens. Ved søvnproblemer kan man i stedet forsøge med melatonin, som er kroppens naturligt forekommende søvnregulerende hormon. Melatonin kan fås både som alm. tabletter og som depotpræparat.

MEDICINGENNEMGANG

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at den praktiserende læge gennemgår den samlede lægemiddelbehandling af sine patienter, fx minimum en gang om året. Medicingennemgang er en struktureret og kritisk gennemgang af patientens samlede lægemiddelbehandling.

Det er lægens beslutning, om der er medicin, der kan seponeres, men som sundhedsprofessionel har man også et ansvar.

Man kan:

- være omhyggelig med systematisk observation og dokumentation.
- være meget opmærksom på virkning og bivirkning af medicin.
- være proaktiv i samarbejde med læge ved ændringer i adfærd.
- opfordre til nøje at vurdere, om al medicin er nødvendig.
- tilegne sig viden om medicin, der kan være uhensigtsmæssig for personer med demens og dermed være opmærksom på om de borgere/patienter, som man har ansvar for, får uhensigtsmæssig medicin.
- tage initiativ til samtale med pårørende og læge om behandling hos borgere med svær demens og formodet kort restlevetid.

Den praktiserende læge kan bruge redskabet Seponeringslisten, som revideres og udgives hvert år af Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen fremhæver:

Alle sundhedsprofessionelle spiller en rolle i arbejdet med rationel farmakoterapi. Dette gælder især, når det kommer til behandlingen og plejen af personer med multisygdom og polyfarmaci, som ofte har komplekse forløb og kommer i berøring med alle sektorer i sundhedsvæsenet. For at sikre rationel farmakoterapi for denne gruppe kræver det en fælles indsats på tværs af sektorer, herunder blandt andet social- og sundhedspersonale, sygeplejersker, farmakonomer, farmaceuter og læger.

Lær om medicin i fire konkrete situationer
i e-learningen "ABC Demens – medicin"

Du finder e-learningen samt kilder og forskning her:
www.abcdemens.dk





NATIONALT
VIDENSCENTER
FOR DEMENS

www.videnscenterfordemens.dk