

Nationale kliniske anbefalinger for mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer

Strukturerede og målrettede interventioner samt brug af antipsykotika

Quick guide

Anbefalinger

Strukturerede og målrettede tiltag

- Anvend strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens.
- Overvej strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens samt adfærdsmæssige og psykiske symptomer.

Antipsykotisk medicin

- Anvend ikke antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, da der er risiko for alvorlige bivirkninger og ingen betydelige gavnlige effekter ved behandling.
- Overvej antipsykotika fremfor benzodiazepiner til kortvarig lindrende behandling i maksimalt fire uger af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, hvis de er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpint.



Resume

At arbejde systematisk med en personcentreret tilgang er grundlæggende for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

Ved en personcentreret tilgang til mennesker med demens sættes der fokus på personens ressourcer frem for demenssygdommen. Målet er at skabe størst mulig fysisk og psykologisk velbefindende, gennem en god og tillidsfuld relation, hvilket tillige understøtter et godt og tillidsfuldt samarbejde med personen med demens og dennes pårørende

Når adfærden ændrer sig hos mennesker med demens, er det vigtigt at plejepersonalet, via en systematisk årsagsanalyse af de 5 faktorer (biografi, personlige værdier og præferencer, helbred/ medicin, kognitive funktioner og ressourcer) at få afdækket både helbredsmæssige og socialpsykologiske behov. Ændret adfærd kan præsentere sig på mange måder, og til tider som svær uro, agitation, aggression og voldsomme episoder, hvilket for eksempel kan medføre en stigning i en adfærd som er svær at forstå og håndtere for både personale og pårørende. Konsekvensen kan være, at der fra personalets side opstår et ønske om at afhjælpe agitation og uro ved f.eks. at give antipsykotika. Det kan opleves som om at antipsykotika dæmper adfærden, men årsagen til adfærden, som både kan være somatisk sygdom eller tegn på mistro, er stadig til stede. Den sløvende effekt af medicinen, medfører, at personens mulighed for at kommunikere og udtrykke sine behov gennem adfærden tilsvarende bliver nedsat og personalet får svære ved at identificere årsagen til den ændrede adfærd.

Brug af antipsykotika gør det derved sværere at forstå de bagvedliggende årsager til adfærden og derfor også sværere at iværksætte den behandling, pleje og omsorg, der kan genoprette helbredsmæssig og psykologisk trivsel samt alment velbefindende hos mennesket med demens.

De nationale kliniske anbefalinger for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige symptomer ved demens indeholder fire anbefalinger, som overordnede går på, at mennesker med demens som udgangspunkt ikke bør behandles med antipsykotika, da der er ringe effekt og markant øget risiko for alvorlige bivirkninger og øget dødelighed. Det anbefales, at omsorgspersonalet i stedet arbejder struktureret og målrettet med non-farmakologiske interventioner og god kontakt i relationen, med henblik på at opfylde personens fysiske og psykiske behov på baggrund af en systematisk analyse af årsagerne til adfærden.

Anbefalingerne er understøttet af flere af Sundhedsstyrelsens øvrige udgivelser om demens og personcentreret omsorg og erfaringer fra praksis med, at strukturerede og målrettede interventioner med udgangspunkt i den personcentrede tilgang og omsorg kan reducere brugen af antipsykotisk medicin til mennesker med demens.

Anvend strukturerede og målrettede interventioner med fokus på aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse rettet mod mennesker med demens.

Stærk anbefaling for

Det primære fokus for de målrettede og strukturerede interventioner som anbefalingen omhandler er, at interventionen skal have en aktivt deltagende komponent samt have en personcentreret tilgang, for samtidig at fremme omsorg, nærvær og tryghed. Denne type interventioner kan både foregå i grupper eller individuelt under hensyn til den enkelte persons ressourcer og behov. Interventionerne kan således være specifikke interventioner såsom reminiscensterapi, musikterapi, kognitiv stimulationsterapi, men kan også være aktiviteter med fokus på tryghed og nærvær som f.eks. at sidde sammen og holde i hånd eller hverdagsaktiviteter, som mennesket med demens er inddraget i og som er tilpasset individets interesser og evner, fx spil, tøjvask, madlavning, gåture i haven mm.

Det er vigtigt, at interventionerne integreres som en del af hverdagen på lige fod med andre opgaver som varetages, samt at der kommer en struktur for hvordan, og hvornår interventionen udføres sammen med mennesket med demens. Dette gøres for at fremme den strukturerede og målrettede tilgang, som er vigtig i arbejdet med mennesker med demens. Denne anbefaling omhandler derfor en samlet gruppe af interventioner, som har fokus på aktiv deltagelse og individet, og fremhæver ikke en specifik type intervention frem for en anden.

Det er arbejdsgruppens anbefaling, på baggrund af klinisk erfaring, samt understøttet af den kvalitative evidens, at de specifikke målrettede og strukturerede interventioner varetages af personale som er uddannet eller oplært og derved har kvalifikationer indenfor den enkelte type intervention. Samtidig skal interventionen tilpasses i forhold til type, hyppighed og mængde ud fra en personcentreret tilgang og menneskets kognitive evner. Dette inkluderer også et hensyn til sværhedsgraden af demens hos den enkelte, hvor interventionen tilpasses alt efter, om der er tale om forebyggelse eller behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Både for mere aktiv deltagelse og specifikke interventioner samt hverdagsaktiviteter, er der behov for både omsorg, nærvær og tryghed i aktiviteten så relationsdannelse kommer i fokus. Den kvalitative evidens fremhæver at nedbringelse af forbruget af antipsykotika fremmes gennem en personcentreret tilgang med fokus på forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, og ved at ledelsen støtter tværfagligt samarbejde og personalets kompetenceudvikling.

For at sikre, at anbefalingen fokuserer på "aktivitet, deltagelse og interpersonel relationsdannelse" er det på forhånd besluttet, at den ikke omfatter interventioner som f.eks. at lave en spilleliste af musik som mennesket med demens lytter til alene, eller at udlevere et træningsprogram med hjemmetræningsøvelser, der skal udføres individuelt. Interventioner hvor mennesker med demens skal lave hukommelsesopgaver eller bruge hjælperedskaber til at huske ting, hører heller ikke til under denne anbefaling.

Rationale for anbefalingen

Anbefalingen er formuleret med vægt på, at interventionen har vist en potentiel effekt på flere parametre samt en klinisk relevant reduktion af medarbejdernes arbejdsbyrde blandt plejepersonale på plejehjem. For *adfærdsændringer* ses muligvis ingen eller en ubetydelig effekt. Det er dog værd at bemærke, at dette outcome ofte er afrapporteret som en samlet score for flere symptomer, og det kan derfor generelt være vanskeligt at påvise en effekt, da symptomerne omhandler alt fra hallucinationer til appetitændringer. Derved kan der være sket en forbedring på nogle parametre og en forværring på andre, så det samlede outcome er ingen ændring. Der er samtidig lagt vægt på, at anbefalingen bygger på data fra en betydelig mængde studier, hvor stort set alle indikerer en mulig effekt.

Samlet set er der lav tiltro til resultaterne. For alle outcome blev der nedgraderet for risiko for bias, hvilket også er at forvente ved denne type interventioner, hvor det ikke er muligt at blinde forsøgsdeltagere eller personale for, om de modtager interventionen eller ej.

Der er både i arbejdsgruppen og i brugerpanelet enighed om, at årsagsanalyse og personcentreret tilgang er grundlæggende for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens. Samtidig er der enighed om, at strukturerede og målrettede interventioner altid er førstevalg og altid skal afprøves forud for evt. medicinsk intervention. Den kvalitative evidens fremhæver, at nedbringelse af forbruget af antipsykotika fremmes gennem personcentreret tilgang med fokus på forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens og ved at ledelsen støtter tværfagligt samarbejde og personalets kompetenceudvikling.

Interventionernes fokus ligger på det interpersonelle arbejde, hvor individet er i centrum, og hvor aktivitet og deltagelse tilpasses det enkelte menneske med demens. Interventioner, der fremmer aktivitet, deltagelse og interpersonelle relationer, kan derfor gennemføres på forskellige måder, hvor der tages hensyn til sværhedsgraden af demens og hvor nærvær, omsorg og tryghed er en del af fokus. Afhængig af sværhedsgraden og fokus, kan interventionerne både forebygge og behandle BPSD. Arbejdsgruppen og brugerpanelet vurderer dog, at det er muligt at implementere interventionerne, så de understøtter grundprincipperne om individualisering og involvering af mennesket med demens. Der fremhæves ikke én specifik type intervention over en anden, da det essentielle i anbefalingen er, at interventionen fokuserer på relationsdannelse og individualisering.

Samtidig fremhæves det, at interventionen vil være acceptabel af både mennesker med demens, deres pårørende og sundhedspersoner, og at der umiddelbart ikke er nogle skadevirkninger ved interventionen.

På denne baggrund har arbejdsgruppen valgt at formulere en stærk anbefaling trods samlet set lav kvalitet af evidens på nuværende tidspunkt.

Anbefalingen er understøttet af flere af Sundhedsstyrelsens øvrige udgivelser om personcentreret omsorg og erfaringer fra praksis.

Overvej strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer rettet mod mennesker med demens.

Svag anbefaling for

Det primære fokus for de strukturerede og målrettede interventioner som anbefalingen omhandler er, at interventionen er af bagvedliggende og passiv karakter og foregår i omgivelser omkring personen med demens. Denne type intervention kan både foregå på plejehjem, på hospital og i egen bolig. Strukturerede og målrettede interventioner med fokus på omgivelsesfaktorer kan fx have fokus på indretningen såsom specifik arkitektonisk indretning af et plejehjem/plejebolig, indstilling af loftsbelysning, tilgang til udendørslys, farver på væggene, hjemlighed med personlige genstande, indretning af fælleslokaler samt specifikke sanserum der er tilgængelige til brug efter behov. Det kan også være tilgængelighed til udendørsareal, specifikke haver, passive huskeredskaber mm. Der er ved udarbejdelse af anbefalingen ikke lagt vægt på en enkelt type intervention.

Anbefalingen er primært henvendt til plejehjem og sygehus og ikke de personer, som bor hjemme. På plejehjem og sygehus er de fysiske rammer på mange måder allerede definerede, og man må så prøve at få skabt det optimale under de givne forudsætninger.

Anbefalingen er baseret på en systematisk oversigtsartikel af høj kvalitet, der havde inkluderet få randomiserede, kontrollerede studiedesign samt flere ikke-randomiserede studiedesign.

Baseret på klinisk erfaring samt den tilgængelige evidens, er det arbejdsgruppens anbefaling, at der bør tages hensyn til omgivelserne ved behandling af mennesker med demens, da disse kan have indvirkning på adfærdsmæssige og psykiske symptomer.

Denne anbefaling dækker ikke interventioner som f.eks. gruppeaktiviteter, hvor der lyttes til og synges med på musik, brætspil eller regelret lysterapi.

Rationale for anbefalingen

Arbejdsgruppen er grundlæggende enige om, at fysiske omgivelsesfaktorer er relevante at tage i betragtning i arbejdet med mennesker med demens, og der er erfaring med, at disse faktorer kan påvirke adfærdssymptomer.

Da evidensgennemgang er foretaget på baggrund af en systematisk oversigtsartikel af høj kvalitet, samt en vurdering af, at der formentlig ikke findes nyere studier af højere kvalitet som er modstridende med den fundne evidens, har arbejdsgruppen valgt at formulere en svag anbefaling for brugen af strukturerede og målrettede interventioner med fokus på fysiske omgivelsesfaktorer for mennesker med demens.

Dette valg er blandt andet baseret på, at der formentlig ikke er væsentlige skadevirkninger forbundet med interventionerne. Derudover foreligger en SBI-anvisning fra 2019 om indretning af boliger til mennesker med demens, som understreger relevansen af fysisk indretning. Det skal dog understreges, at når det er relevant at tage de fysiske omgivelsesfaktorer i betragtning, kan det, hvis brugt uhensigtsmæssigt, muligvis føre til uønskede virkninger. Der foreligger bl.a. et arbejde udført af VIVE fra 2018 om udadreagerende adfærd hos udviklingshæmmede, som kommer med otte beskyttende faktorer, hvor de fysiske omgivelser også nævnes. Da det på rimelig vis kan formodes, at der ikke foreligger nyere evidens af høj kvalitet, der modsiger gældende praksis, har arbejdsgruppen valgt at formulere den svage anbefaling.

Anvend ikke antipsykotika til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, da der er risiko for alvorlige bivirkninger og ingen betydelige gavnlige effekter ved behandling.

Stærk anbefaling imod

Denne anbefaling omfatter brugen af antipsykotika ved rutinemæssig behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens. Ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer bør der i stedet anvendes en personcentreret tilgang med brug af strukturerede og målrettede interventioner. Der bør gennemføres en grundig årsagsanalyse af adfærden hos mennesket med demens, med henblik på at afdække og udelukke reversible årsager til symptomerne såsom infektion, medicinbivirkninger, smerter eller uopfyldte fysiske behov fx søvn, madindtag og udskillelser. Herudover skal der fokuseres på om personen mødes med en tilgang, der er tilpasset det enkelte individ, herunder om niveauet af sansestimulation samt om de grundlæggende psykologiske behov er opfyldt (tilknytning, inklusion, identitet, trøst, og meningsfuld beskæftigelse).

Anbefalingen understøtter således, hvad der beskrives i "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsstyrrelser", hvor det angives, at mennesker med demens som udgangspunkt ikke skal behandles med antipsykotika, da der er en markant øget risiko for alvorlige bivirkninger.

Den kvalitative evidens understøtter og nuancerer nøgleinformationerne samt hvilke faktorer, der kan fremme og hindre implementeringen af anbefalingen. Samtidig fremhæver den kvalitative evidens, at brug af antipsykotika reduceres ved en personcentreret tilgang og individualiseret årsagsanalyse af adfærd. Accept af at nedbringe antipsykotika styrkes ved, at ledelsen støtter tværfagligt samarbejde, lytter til sundhedsprofessionelles observationer og understøtter deres kompetenceudvikling.

Et fåtal af mennesker med demens har svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer, og er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpinte. Mennesker med svær psykiatrisk lidelse og demens er som udgangspunkt ikke medtaget i denne anbefaling.

Rationale for anbefalingen

Arbejdsgruppen har baseret anbefalingen på, at den beskedne effekt af behandlingen med antipsykotika oftest ikke kan opvejes af den påviste risiko for alvorlige hændelser og mortalitet.

Der er i både arbejdsgruppen og brugerpanelet enighed om, at antipsykotika generelt ikke bør gives som behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens, hvilket understøttes af "*Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser*".

Samtidig fremhæves det, at tilgængeligheden af alternativer til medicin er vigtig. For at undgå brugen af antipsykotika, er det vigtigt at sørge for, at alternative behandlinger er tilgængelige. Det indebærer, at den generelle tilgang til behandlingen af mennesker med demens, tager udgangspunkt i en personcentreret tilgang med brug af systematik i form af for eksempel årsagsanalyse, samt at tilbyde strukturerede og målrettede interventioner som en kerneopgave. Både personale og pårørende skal være klædt på til denne opgave. Den lille effekt der muligvis er ved brugen af antipsykotika, sammenholdt med skadevirkningerne, har stor indflydelse på den endelige formulering af anbefalingen.

Overvej antipsykotika fremfor benzodiazepiner til kortvarig lindrende behandling i maksimalt fire uger af svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, hvis de er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpint.

Svag anbefaling for

Ved behandling af mennesker med demens som oplever adfærdsmæssige og psykiske symptomer er det en forudsætning, at der tages en personcentreret tilgang, og at mulige underliggende årsag til symptomerne undersøges ved brug af en grundig, systematisk årsagsanalyse. Det indebærer, at somatiske årsager til symptomerne skal være relevant udredt. Med baggrund i analysen, tilrettelægges omsorg, pleje og behandling inkl. strukturerede og målrettede interventioner, der kan medvirke til at afhjælpe symptomerne, hvilket er førstevalgsbehandling ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens. Antipsykotika bør derfor ikke bruges som førstevalgsbehandling eller til vanlig behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

Der kan dog, i meget få tilfælde, opstå situationer, hvor en person med demens oplever svære adfærdsmæssige og/eller psykiske symptomer, hvilket kan lede til voldsomme episoder, hvor der er akut risiko for at mennesket med demens er til fare for sig selv eller andre, eller er svært psykisk forpint. Svært psykisk forpint er en verbal, som nonverbal, tilstand hvor personen fremtræder angst med fysisk eller psykisk uro, fx utrøstelig grædende, har skræmmende og pinefulde synshallucinationer, er højlydt klagende eller råbende, og hvor det ikke er muligt trods faglige indsatser at aflede eller give trøst. Denne anbefaling omhandler derfor det fåtal af mennesker, hvor der i disse situationer, opstår et behov for en hurtig intervention med et lægemiddel. I sådan en situation kan man overveje, kortvarig lindrende behandling med et antipsykotikum i så lav dosis som muligt i op til fire uger. Inden medicinen gives, anbefales det, at der skal foretages en struktureret vurdering af symptomerne, fx med redskabet Neuropsychiatric Inventory (NPI) eller lignende.

Risperidon bør som udgangspunkt foretrækkes, da det aktuelt er det eneste 2. generationsantipsykotikum, der er godkendt til mennesker med demens. Lindrende behandling med andre antipsykotika betragtes som off-label og indikationen kan derfor ikke genfindes i indlægssedlen. 1. generationsantipsykotika bør ikke anvendes til mennesker med demens. Ved valg af præparat bør man være opmærksom på, at forskellige præparater kan have forskellig bivirkningsprofil. Til mennesker med Lewy-Body demens eller Parkinsonsdemens, bør der udvises ekstra påpasselighed, da kun Clozapin er godkendt til behandling af Parkinsonsdemens og anden behandling vil være off-label. Initiering af evt. lindrende behandling til mennesker med disse to demensformer, bør derfor altid forestås af eller i samråd med speciallæger i psykiatri.

(forsættes på næste side)

Den lindrende behandling inkl. dosering og monitorering skal følge "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser". Dette inkluderer, at der skal gives så lav en dosis som muligt, i så kort tid som muligt op til fire uger. Dosisøgning bør ske langsomt. For Risperidon kan startes med 0,25 mg en til to gange om dagen. Egen læge kan initiere den akutte, lindrende behandling, hvis behandlingsvarigheden forventes at være under fire uger. Ved behandlingsvarighed over fire uger anbefales det at konferere med en læge ansat i psykiatrien eller en læge med særlige kompetencer.

Forud for enhver opstart af behandling, skal der sikres informeret samtykke fra enten personen med demens, eller såfremt denne er varig inhabil, skal der indhentes stedfortrædende samtykke fra patientens nærmeste pårørende, personlige værge eller fremtidsfuldmægtige. Vurderes situationen at kræve akut behandling indenfor rammerne af Sundhedsloven §19, kan behandlingen iværksættes uden samtykke efter konference med anden, ikke-behandlingsansvarlig læge. Opstartes behandling uden samtykke, bør dette videreformidles så hurtigt som muligt til stedfortræder og pårørende.

Ved opstart af lindrende behandling med antipsykotika skal lægen fastsætte en dato for revurdering eller seponering af behandlingen, hvilket bør ligge efter en til to uger. I behandlingsplanen bør der indgå en beskrivelse af, hvilken virkning og lindring, der ønskes opnået, samt hvilke bivirkninger, personalet skal være opmærksomme på under behandlingsperioden. Samtidig skal der i samarbejde med de primære ansvarspersoner, udarbejdes en individuel plan for hvilke strukturerede og målrettede interventioner, der skal afprøves/fortsættes for at skabe en højere grad af trivsel og med henblik på fremtidig seponering af medicinen. Lægen skal jævnligt revurdere (min. hver anden uge), om der er grundlag for at fortsætte medicinen, samt overveje en ny struktureret årsagsanalyse i samarbejde med primære ansvarspersoner, hvor overvejelser om delirium også indgår.

Ved stop af den lindrende behandling, lægges en individualiseret plan for aftrapning/seponering. Ved revurderingen skal der fortsat lægges vægt på, hvilke strukturerede og målrettede tiltag, der gøres for at nedtrappe og evt. helt seponere medicinen, samt vanlig lægefaglig vurdering.

Hvis der i stedet behandles med benzodiazepiner skal det følge samme principper for dosering og monitorering beskrevet i "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser". Benzodiazepiner skal primært bruges som supplement til anden behandling og bør ikke stå alene. Behandlingen inkluderer så lav dosis som mulig, i så kort tid som muligt op til fire uger. For mennesker med demens skal der udvises ekstra påpasselighed. For Lorazepam gives 0,5 mg en til to gange om dagen. Revurderingen skal foregå under samme principper såfremt den akutte behandling er startet op i andet regi (hospital/psykiatri)

Rationale for anbefalingen

Ved formuleringen af anbefalingen er der lagt vægt på, at der er en kendt øget mortalitet ved brug af antipsykotika til mennesker med demens. Der er desuden en velkendt øget risiko for, at brug af benzodiazepiner kan udløse delirium, især hos ældre. Det er uvist, om der er en øget mortalitet ved brugen af benzodiazepiner hos mennesker med demens, men arbejdsgruppen lægger vægt på, at der generelt er kendt forgiftningsrisiko ved brug af benzodiazepiner. Der er ingen kendt risiko for frakturer som følge af fald ved brug af antipsykotika, i modsætning til den kendte for fald ved brug af benzodiazepin. Dog er ekstrapyramidale bivirkninger velkendt ved brug af antipsykotika, som kan medføre øget risiko for fald. For antipsykotika er der sandsynligvis ingen eller ubetydelig effekt på hverken agitation eller adfærdssymptomer sammenlignet med benzodiazepiner. Øvrige kendte bivirkninger ved benzodiazepiner er dysfagi, somnolens og tryksår.

Samlet set kan der således ikke påvises en forskel i hverken gavnlige eller skadelige effekter mellem de to typer lindrende behandling.

Baseret på den nuværende evidens fra dette kapitel samt kapitel 6, hvor der også lægges vægt på kendte skadelige virkninger, vurderer arbejdsgruppen, at der ikke er grundlag for at antage, at benzodiazepiner har mindre skadelig virkning end antipsykotika. Derfor er der ikke tilstrækkelig evidens til at ændre på gældende klinisk praksis, hvor antipsykotika typisk anvendes i akutte situationer.

Der er både i arbejdsgruppen og i brugerpanelet enighed om, at antipsykotika generelt ikke bør gives til behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens, hvilket understøttes af "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser".

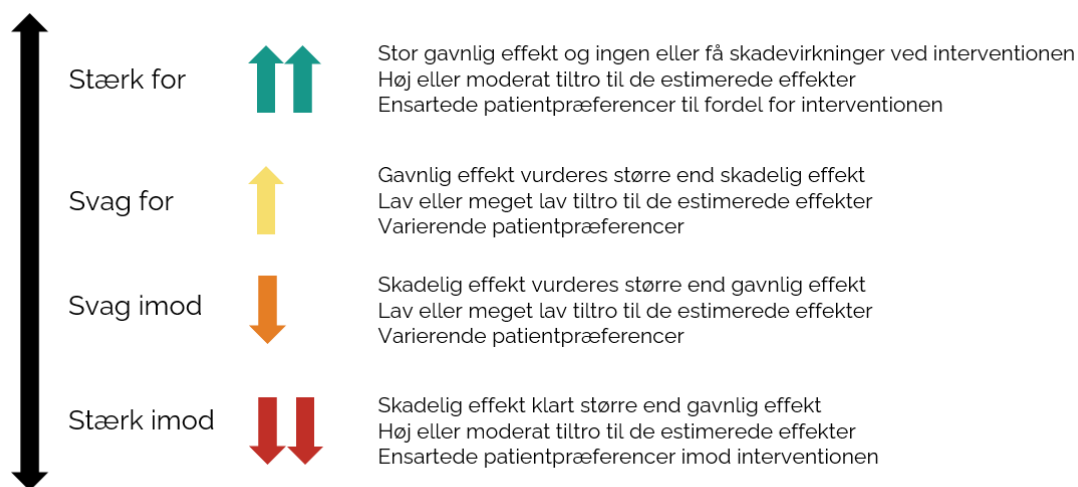
Det anerkendes, at der kan opstå situationer, hvor mennesker med demens oplever svære adfærdsmæssige og psykiske symptomer, hvor de kan være til fare for sig selv eller andre, eller svært psykisk forpinte. I sådanne situationer kan der være behov for farmakologisk behandling for at lindre symptomer, og i disse situationer fremhæver arbejdsgruppen, at antipsykotika aktuelt er hyppigst brugt i klinisk praksis.

Afgrænsning

Anbefalingerne bygger på evidens for mennesker med en demensdiagnose, er formentlig overførbare til mennesker med symptomer forenelige med en demenssygdom. Anbefalingerne forholder sig til demens og forholder sig ikke direkte til sværhedsgrader, da evidensen i de fleste tilfælde ikke har skelnet mellem sværhedsgrader af demens.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk) kan man tilgå den fulde version af de nationale kliniske anbefalinger inklusiv en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens for anbefalingerne.

Hvad betyder en svag eller stærk anbefaling?



Hvad er en national klinisk anbefaling?

En national klinisk anbefaling er afgrænset til en specifik problemstilling i patientforløbet, hvorfor en national klinisk anbefaling ikke kan stå alene, men komplementeres og suppleres af andre retningslinjer og behandlingsvejledninger. Det kan f.eks. være tværfaglige- og tværsektorielle retningslinjer for andre dele af patientforløbet eller andre patientpopulationer, retningslinjer udarbejdet (monofagligt) af selskaber og faglige organisationer, samt regionale og kommunale retningslinjer, vejledninger og instrukser.

Nationale kliniske anbefalinger klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge anbefalingerne. De nationale kliniske anbefalinger er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse.

Samarbejde

Anbefalingerne er lavet i samarbejde med en arbejdsgruppe med repræsentanter fra:

- Anett Borg Kristensen, udpeget af Dansk Selskab for Geriatri
- Christina Mogensen, udpeget af FOA
- Elsebeth Glistrup, udpeget af Nationalt Videnscenter for Demens
- Janne Unkerskov, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Kasper Jørgensen, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Marlene Jul Houmann, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- Mette Foldager, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Steen Gregers Hasselbalch, udpeget af Dansk Neurologisk Selskab
- Stefí Olesen, udpeget af Det Ergoterapi Faglige Selskab for Geriatri og Gerontologi
- Susanne Bollerup Overgaard, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Flemming Mørkeberg Nilsson, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Tinna Klingberg, udpeget af Demenskoordinatorer i Danmark
- Trine Holt Clemmensen, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi

Læs mere

Sundhedsstyrelsen har udgivet en række håndbøger til at arbejde struktureret med et fokus på personcentreret omsorg samt evalueringer af erfaringer med nedbringelse af antipsykotisk medicin:

- Demenshåndbøgerne: <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sygdomme-lidelser-og-behandling/Demens/Demenshaandboeger>
- Erfaringsopsamling: Nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin: <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sygdomme-lidelser-og-behandling/Demens/Demens-og-antipsykotisk-medicin/Erfaringsopsamling>
- Evaluering af Demensrejsehold med fokus på nedbringelse af antipsykotisk medicin <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2024/Evaluering-af-Demensrejsehold>