

Akutteam for demente – en del af Ældrepsykiatrien ved Psykiatrisk afdeling Odense, Universitetsfunktion

Helle Akselbo, ambulantsygeplejerske, cand.phil., Akutteam for demente

BPSD

Denne artikel omhandler de adfærdsændringer, der kan forekomme hos patienter med demens, og hvordan udekørende teams oprettet i Psykiatrien i Region Syddanmark varetager opgaver i forbindelse med de problemer, der ofte opstår, når et menneske udvikler demens.



Lokalpsykiatrien i Odense har to teams til behandling af adfærdsforstyrrelser ved patienter med demens. Kroniske adfærdsforstyrrelser varetages i Ældrepsykiatrisk team, mens nyopståede adfærdsforstyrrelser varetages i Akutteam for demente med psykiatriske symptomer eller adfærdsforstyrrelser (her kaldet Akutteam for demente). Akutteam for demente er hjemmehørende i Lokalpsykiatrien i Odense og dækker det meste af Fyn og øerne.

Som beskrevet i Den Nationale Demenshandlingsplan 2025 - [find den her](#) - er det tværsektorielle samarbejde med overgange og overleveringer af vigtige informationer afgørende for det gode forløb for mennesker med demens. Denne artikel har fokus på arbejdet i Akutteam for demente og herunder samarbejdet med demenskoordinatorerne.

Akutteam for demente

Akutteam for demente er et ældrepsykiatrisk specialteam, som varetager behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD) hos ældre med moderat til svær demens. Målgruppen er patienter med en demensdiagnose, som har akut opståede adfærdsforstyrrelser. BPSD består af ikke-kognitive symptomer og inkluderer blandt andet apati, agitation, aggression, angst, hallucinationer og vrangforestillinger.

Intentionen er, at Akutteam for demente kan medvirke til, at brugen af magtanvendelse reduceres. Hurtig og specialiseret behandling kan føre til, at voldsomme reaktioner hos patienten begrænses og formentlig også til et fald i antallet af indlæggelser i psykiatrisk afdeling. Målet med indsatsen er, at patienten får mere ro og forhåbentlig ikke længere er forpint af sine BPSD-symptomer.

Akutteamet for demente vil indenfor 48 timer kunne yde en hurtig indsats i situationer, hvor en borger med demens reagerer voldsomt over for omgivelserne.

Arbejdet i Akutteam for demente

Visitation

Et forløb i Akutteam for demente starter med modtagelse af en henvisning fra patientens egen læge, når der hos patienten forekommer behandlingskrævende BPSD-symptomer, som lægen ikke selv kan behandle. Henvisningerne visiteres på teamets konference, hvor det beslutes, om patienten skal ind-visiteres, samt hvor hurtig indsatsen skal være. En hurtig indsats kræver, at der foreligger en grundig udredning hos egen læge, hvor det er vigtigt, at patienten har været somatisk undersøgt, og der foreligger blodprøver samt EKG.

Første besøg

Første besøg foregår i patientens eget hjem (ofte plejehjem). Patienten undersøges af en speciallæge i psykiatri og en erfaren sygeplejerske, hvor der optages en grundig sygdomshistorie. I den forbindelse er personale fra teamet afhængig af, at der er pårørende og plejepersonale til stede, således at der kan komme supplerende oplysninger under samtalen. Patientens sygdomshistorik og aktuelle helbredsforhold belyses og vurderes i forhold til den aktuelle situation. De sociale forhold afdækkes, herunder liv og samliv samt tidligere interessefelter. Ved behov suppleres der med kognitiv testning (MMSE) samt struktureret indspørgen til BPSD ved brug af Neuro-psychiatric Inventory (NPI).

Samtalen sigter mod at afklare adfærdsforstyrrelser, som er pinefulde for patienten, og i hvilken grad de påvirker pårørende og personale, samt afklare hvilke behandlingsmuligheder der findes.

Ved plejehjemsbeboere får plejepersonalet til opgave at registrere patientens tilstand på et ugeregistreringsskema, observere for virkninger og bivirkninger ved evt. medicinændringer eller nonfarmakologiske tiltag samt notere evt. pn-medicin. Denne opgave kan være en udfordring ved patienter, som stadig bor i eget hjem med ægtefælle, hvor det ofte er ægtefællen, som varetager opgaver i relation til patientens medicinindtag. Det kan i en del tilfælde være en fordel, at hjemmeplejen tilknyttes hjemmet og hjælper med dette.

Opfølgende besøg

De efterfølgende besøg foretages som oftest af sygeplejersken alene, hvor der følges op på patientens tilstand og personalets og/eller de pårørendes observationer. Under samtale med patient, pårørende og personale analyseres og vurderes patientens tilstand, og der vejledes i forhold til non-farmakologisk

behandling/socialpædagogiske tiltag. Ved overvejelser om medicinændringer inddrages de pårørende i videst muligt omfang, specielt i de tilfælde hvor patienten vurderes som inhabil. Efter besøget konfererer teamets sygeplejerske og læge om patientens tilstand, og der vurderes på ny, om der skal ændres på den medicinske behandling.

Den somatiske tilstand skal altid være en del af observationerne og vurderingerne, og der er særlig opmærksomhed på urinvejsinfektioner og smerter. Er der ved teamets besøg vurderet, at der er helbreds-mæssige tiltag, som hører under egen læge, vil denne behandling varetages af egen læge efter henvendelse fra plejepersonalet eller Akutteam for demente ("shared care").

Et andet vigtigt element i samarbejde med patient, plejepersonale og pårørende er den understøttende og empatisk rummende funktion. Indfølelighed og timing kan være afgørende for samarbejdet. Opmuntring, ros, anerkendelse, sparring og understøttelse af indsatsen skal gå hånd i hånd med vejledning, opstramning og til tider mere undervisningsprægede samtaler. Både læge og sygeplejerske i teamet møder mennesker i en svær livssituation. For patienten med demens kan det f.eks. være oplevelsen af at miste sig selv og den dermed følgende angst. For den pårørende kan det være sorgen og bekymringen over gradvist at se sin kære forsvinde, men ofte også en udmattelse efter et langvarigt sygdomsforløb. Ligeledes ses det at personalet trods erfaring og uddannelse bliver udtrættede af langvarige BPSD-symptomer hos en dement beboer, som f.eks. er uroligt vandrende og råbende og forpint.

En patient, en yngre kvinde i 50'erne, som har fået en tidlig Alzheimers sygdom, har boet på et plejehjem i ca. tre år. Plejepersonalet på plejehjemmet er for manges vedkommende samme alder som patienten.

BPSD er reglen snarere end undtagelsen ved demenssygdom, og op mod 80 % af beboere på plejehjem har klinisk signifikant BPSD.

Der kan typisk være tale om aggressiv, ophidset og urolig adfærd, irritabilitet, angst, depression, manglende initiativ og motivation samt psykotiske symptomer som hallucinationer og vrangforestillinger.

Depression forekommer hyppigt i forbindelse med demens. Op imod 50% af personer med Alzheimers sygdom får symptomer på en depression på et eller andet tidspunkt.

I alt vil 80 til 97% af patienter med Alzheimer sygdom blive ramt af et symptom fra BPSD i løbet af deres sygdomsforløb. (Kilde:2)

De typiske symptomer er/ kan være: forstyrret døgnrytme, natteuro, søvnforstyrrelser, angst, vrede, hallucinationer og vrangforestillinger, depressive symptomer, angst, emotionel labilitet, apati, eufori, agitation (verbal eller motorisk hyperaktivitet der kan udtrykkes i en ustoppelig talestrøm, syngen, råben og andre former for mere eller mindre meningsløse aktiviteter, der kan gentages i timevis.), verbal og fysisk aggressivitet, irritabilitet, ambulering /bortgåen fra bolig, formålsløs vandren rundt, hæmningsløshed, formålsløs adfærd hele tiden i opposition, samt spise- og appetitændringer.

ten. Efterhånden som patientens demens udvikler sig, og patienten mister funktioner, mødes personalet af hendes fortvivlelse og afmagt over at miste sig selv. Dette gør et meget stort indtryk på personalet, som føler sig magtesløse og samtidig skal rumme patientens sorg. Her er det vigtigt, at teamet, ud over selve behandlingen og vejledningen, kan rumme såvel patientens, de pårørendes og plejepersonalets afmagt. Ud over dette er supervision en afgørende indsats for, at plejepersonalet kan komme helskindet igennem et sådant forløb.

Udredning og Behandling af BPSD

Hos Akutteam for demente er udgangspunktet at forsøge at afdække årsagen til symptomer eller adfærdforstyrrelser samt fokusere på at forebygge eller afhjælpe de problemer, der har udløst symptomerne. Behandling af BPSD ved demens foregår almindeligvis bedst ved at tilpasse miljøet (nonfarmakologisk behandling). Mange psykiatriske symptomer er vanskelige eller umulige at behandle med medicin, som i værste fald kan have alvorlige bivirkninger og konsekvenser for den demensramte. [Læs de nationale kliniske retningslinjer om forebyggelse af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens her.](#)

BPSD-symptomerne diagnosticeres og analyseres på basis af observation af patienten og interviews med patient og pårørende/omsorgsperson.

BPSD-symptomer vil oftest vise sig som en fluktuerende tilstand (altså svingende tilstand hvor symptomernes intensitet varierer over tid). Symptomerne kan være til stede allerede fra det tidspunkt, demensdiagnosen stilles, men forekommer hyppigst ved

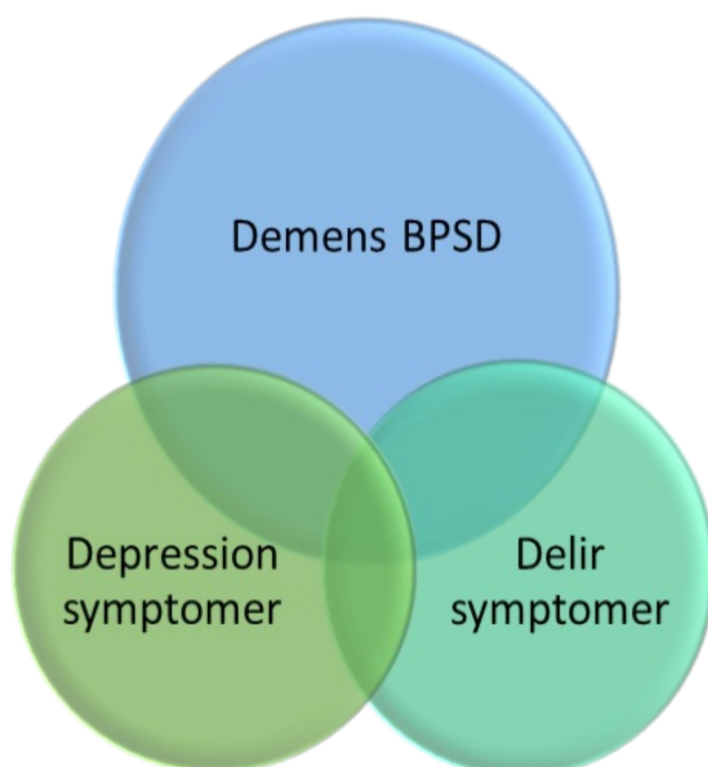
svær demenssygdom. Undertiden forstærkes den urolige adfærd hen under aftenen (også kaldet *sun-downing*).

Årsager til BPSD

Både biologiske, psykologiske og miljømæssige faktorer spiller ind i forhold til udvikling af BPSD. De neurobiologiske forandringer i hjernen, miljømæssige forhold (flytning, ændringer i miljø, familierelationer mm) samt somatisk sygdom og medicinforbrug er eksempler på dette.

Selvstændige diagnoser som depression og delir forekommer hyppigt hos personer med demens og kan bidrage til symptombilledet af BPSD.

Delir er en tilstand, der kan udvise stort set alle psykiatriske symptomer, men som næsten altid skyldes en somatisk årsag eller medicin. Patienten har svingende bevidsthed og er konfus i modsætningen til ved en psykiatrisk lidelse, hvor patienten er vågen og klar. Tilstanden står oftest på i dage til uger. Ældre mennesker og mennesker med demens har øget risiko for delir, som både kan udløses af svær sygdom som mere "simple" tilstande, såsom hudinfektioner, blærebetændelser, smerter eller søvnmangel (note 1). Udredning af den fysiske årsag og behandling af denne medfører oftest normalisering af tilstanden i løbet af en kortere periode. Af og til kan det kræve antipsykotisk behandling i en kort periode.



Depression forekommer hyppigt i forbindelse med demens. Op imod halvdelen af personer med Alzheimers sygdom får symptomer på en depression på et eller andet tidspunkt. (kilde1).

Vores erfaringer i Akutteam for demente er, at der ofte er flere forskellige forklaringer og årsager til BPSD. Det kan kræve et længere forløb at få afklaret årsagerne. Nogle gange, når én årsag er afdækket og måske løst, kan der dukke en anden problematik frem. En problematik, som har været overskygget af et andet problem. En anden årsag kan være, at patientens demens udvikler sig løbende i kontaktforløbet.

Ved tilbagevendende problemer, kan det være godt givet ud at fokusere på tilgangen til patienter. Det kræver et tæt og konstruktiv tværsektorielt samarbejde med involvering af både demenskoordinator, plejehjemsleder og personale. Akutteam for demente kan i begrænset omfang facilitere processen ved supervision af personalegruppen.

Non-farmakologisk behandling og farmakologisk behandling ved BPSD

Sundhedsstyrelsen har udgivet en national klinisk retningslinje omkring behandling af BPSD-symptomer, [find den her](#).

I retningslinjen er det en klar anbefaling, at der forsøges non-farmakologisk behandling af BPSD-symptomer forud for medicinsk behandling, da evidensen, for at medicinsk behandling afhjælper BPSD, er begrænset, mens bivirkningerne kan være alvorlige.

Non-farmakologisk behandling

Non-farmakologisk behandling /vejledning gives som regel allerede ved første kontakt ud fra den enkelte patients problemstillinger og muligheder. Som oftest har man i samarbejde med egen læge eller demenskoordinator forsøgt flere tiltag inden første besøg. Det er vigtigt at undersøge, om der kan være underliggende problemstillinger i forhold til tilgangen til patienten i dennes umiddelbare miljø. Dette være sig om patienten bor sammen med ægtefælle, alene eller på plejehjem.

Jeg nævner her en række forskellige Nonfarmakologiske tiltag, som f.eks. kan anvendes i vejledningen:

- Faste rammer og struktur
- Personcentreret omsorg
- Demensvenlig kommunikation
- Validering
- Low arousal - tilgang
- Optimal stimulation / Skærmning
- Sanseintegration
- Afslappende musik / genkendelig musik
- Fysisk aktivitet (ofte gåture)
- Massage (Gerne B-BAUM massage)
- Lysterapi og aroma terapi
- Sanering af støj, stærkt lys samt inventar i boligen (nips, billeder mv).
- Registrering af og optimering af søvnmønster
- Tyngdedyner, -forklæder, - stole, - pud
- Demensdukker, tøjdyr, robotter o. lign.
- Tangles, puslespil o.lign.
- Reminiscensarbejde, fotos m.v.
- Besøgshunde o.lign.
- Supervision

Der kan forekomme overlapning i forhold til demenskoordinatorernes/-konsulenternes arbejde.

Denne overlapning varetages ideelt set i samarbejde. Ved nogle patienter kan vi have en del møder fælles til stor gavn for patienten. Opgavefordeling er her en rigtig god mulighed.

Forskellen i vores indsats er bl.a., at teamet typisk er tilknyttet patienten i en kortere periode (dog af og til op til år), hvor demenskoordinatoren kan være tilknyttet i en længere årrække. Desuden er teamets indsats en behandlende indsats, selvom der er socialpædagogiske elementer i arbejdet, som vil være overlappende med demenskoordinatorens arbejde. I teamets arbejde er langt de fleste af borgerne flyttet på plejehjem, hvor demenskoordinatorerne oftest har deres funktion, mens borgeren stadig bor i deres "egen bolig". Dette vil være lidt forskelligt fra kommuner til kommune.

En af fordelene ved at have en demenskoordinator inde i billedet er i vores arbejde, at der ofte på forhånd er etableret en god kontakt, tillid og fortrolighed ind i familien / til den demente, som for teamet kan have stor betydning for et givende samarbejde med den demente og de pårørende!

Men træerne vokser ikke ind i himlen, og da vi ofte kan vurdere patienten hurtigere end demenskoordi-

natoren, er der ikke altid den ønskede mulighed for tæt samarbejde. Tidsperspektivet kan her være en hindring såvel som kapacitet i antal af demenskoordinatorer, som ikke i alle kommuner syntes berammet til også at varetage vejledningen af plejecentrene.

Farmakologisk behandling

Mulighederne for farmakologisk behandling afhænger af diagnosen. I de tilfælde, at der kan anvendes antidementielle præparater, er dette førstevalget.

Når Akutteam for demente påbegynder behandlingen af en patient, er den medicinske behandling ofte allerede påbegyndt af egen læge eller speciallæge/afdeling.

Antidemensmedicin

Antidemensmedicin kan have en stabiliserende virkning på det kognitive funktionsniveau, den praktiske funktionsevne i hverdagen (ADL) og patientens generelle tilstand. Denne medicin er førstevalg i den medicinske behandling, da det er den mest skånsomme behandling med de færreste bivirkninger. Ud over patienter med Alzheimers sygdom gives denne medicin også til patienter med Lewy Body demens og demens ved Parkinsons sygdom.

De to typer medicin er:

- Acetylcholinesterasehæmmer: Donepezil, galantamin, rivastigmin. Anvendes fra diagnosens tidlige start.
- NMDA-receptorantagonist: Memantin. Anvendes, når sygdommen er nået moderat til svær grad.

I teamets arbejde med BPSD-symptomer er der en del ordinationer og efterreguleringer af patientens antidemensbehandling. Vores erfaringer er, at der

når som helst i behandlingsforløbet kan opstå bivirkninger eller behov for mindre doser. Ordination af antidemensmedicin eller reduktion evt. seponering af denne kan have stor effekt i behandling af BPSD. Antidemensmedicin kan hjælpe bredt på adfærdsstyrrelserne, om end den nationale retningslinje ikke har fundet evidens for at den generelle virkning er stor, og behandling med antidemensmedicin ikke bør være begrundet alene i behandling af BPSD.

Antidepressiva

SSRI bør kun anvendes ved alvorlig BPSD, ved nøje overvejelser og efter non-farmakologiske tiltag. Medicinen er ikke vanedannende og medfører sjældent bivirkninger. Akutteam for demente anvender oftest Sertralin, som ud over en antidepressiv effekt desuden kan have en dæmpende effekt på frontale symptomer. Ved døgnrytmeforstyrrelser anvendes Mirtazapin, som kan medvirke til en god nattesøvn.

Antipsykotika

Ifølge de nationale retningslinjer bør antipsykotika ikke anvendes og kun ved svær forpinthed eller fare for patienten selv eller omgivelser. Medicinen kan anvendes ved psykotiske symptomer, uro, aggression og andre adfærdssændringer hos personer med demens. De psykotiske symptomer skal være ledsaget af betydelig forpinthed.

Før der træffes beslutning om behandling med antipsykotika, bør mulige fordele og risici ved behandlingen drøftes med pårørende samt patienten, hvis pågældende skønnes i stand til at kunne tage stilling. Der er stor risiko for bivirkninger og forhøjet dødelighed, hvorfor stor forsigtighed tilrådes.

Ved opstart skal man altid planlægge et forsøg på gradvis seponering (senest 3 mdr. efter opstart).



Særlige forhold kan gøre, at lægen vælger at fortsætte en behandling.

Benzodiazpiner

De nationale retningslinjer siger følgende:

”Det kan overvejes at anvende benzodiazepiner med kort halveringstid i enkeltstående situationer til behandling af BPSD, herunder angst og uro, hvor andre lægemidler har været forsøgt. Behandlingen bør være kortvarig, og der skal være opmærksomhed på bivirkninger ”

Der anvendes typisk Oxapax i små doser. Der kan være god gavn af dette f.eks. ved uro og i forhold til angst, og ofte vil ordinationen være efter behov.

Generelt om psykofarmaka er anbefalingerne, at vi så vidt muligt efter en periode på typisk 3-6 måneder skal forsøge en ned-og aftrapning. Det vil altid være vigtigt, at der holdes nøje øje med patientens tilstand i denne nedtrapningstid. Og det kan være nødvendigt at reetablere behandlingen og evt. bibeholde den, hos nogle af de dårligste patienter, hvor teamet typisk er involveret.

Vores erfaringer i Akutteam for demente er, at det kan være meget forskelligt, om patienterne kan tåle den ordinerede medicin. Nogle skal have mindre doser end andre, og andre kan ikke tåle præparatet. Dette kræver en tæt opfølgning, og et tæt samarbejde med personale og patientens pårørende.

Søvnforstyrrelser

Personer med Alzheimers sygdom sover ofte dårligere end raske ældre. Søvnproblemer og Alzheimers sygdom menes at indgå i en ond cirkel og forstærker måske hinanden. Også hos personer med andre demenstyper ser vi ofte søvnforstyrrelser. Ofte er grunden BPSD-problematikker og søvnen retter sig ofte, hvis vi kan afhjælpe disse. Andre gange må vi forsøge at afhjælpe søvnproblematikken sideløbende. Som tidligere skrevet kan anvendes Mirtazapin (antidepressiva), men vi ser også ofte effekt af det naturlige hormon Melatonin.

Afsluttende

Vores arbejde med medicinændringer går hånd i hånd med anbefalinger om nonfarmakologiske tiltag i en fælles indsats for at bedre tilstanden og tilværelsen for vores demente patienter.

Vores mål med indsatsen er, at patienten har fået mere ro og forhåbentlig ikke længere er forpint af sine BPSD-symptomer. I nogle tilfælde er symptomerne helt forsvundet, i andre tilfælde er de tilbagevendende men i mindre grad og uden forpinthed hos patienten.

Arbejdet i Akutteam for demente er et specialområde, som kræver erfaring og viden, sparring og konferencer, men i høj grad også en ydmyghed i forhold til, hvad den demente og de pårørende ønsker i forhold til indsatsen og behandlingsniveau.

I forbindelse med COVID-19 pandemien har der selvfølgelig været en del bekymrede pårørende, som ikke har kunnet besøge deres kære. Der har været demente beboere, som har savnet deres pårørende og deres daglige / ugentlige aktiviteter og er blevet opgivende og deprimerede. De har betalt en høj pris for den tid, vi er i.

Samtidig har vi erfaret, at der er en gruppe af demente med svære adfærdsforstyrrelser, som lader til at profitere af den ro, der indfandt sig på plejehjemmene i forbindelse med besøgsrestriktionerne. Der var ikke besøg af pårørende, ej heller til de øvrige beboere, og mange steder har man f.eks. spist i mindre grupper end tidligere. Personalet har haft lidt bedre tid, da mange møder har været aflyst. Måske dette kan give stof til eftertanke i tiden efter pandemien.

Henv./ kilder:

- 1) Nationalt Videnscenter for Demens
- 2) Sundhed.dk , samt SST.dk, Nationalt Videnscenter for Demens
- 3) [Nationale Kliniske Retningslinjer forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens](#)

Note 1

Delir: Symptomerne opstår akut, er ofte vekslende i intensitet og dramatiske og skræmmende.

De typiske symptomer er: Konfusion, desorientering, paranoia, forstyrret døgnrytme, natteuro / søvnforstyrrelser, angst, vrede, dramatiske hallucinationer, vrangforestillinger, motorisk uro, fjernhed (stille delir), sort tale, rodende, dørsøgende, sengeflygtig etc.