



ABC Demens 2017

Peter Bekkhus-Wetterberg

Spesialist i geriatri

Overlege, Hukommelsesklinikken



Demens

Betydning og definisjon

Demens



- Demens er ikke én sykdom
- Mange sykdommer kan føre til demens
 - (Alzheimer, Lewylegemesykdom, Pannellappsdemens... etc)
- Demenssykdom er at hjerneceller dør, hvilket fører til skader i hjernen
- Ved ulike typer av demenssykdommer blir det skader i ulike deler av hjernen

Definisjon på demens

- Varig svikt i mentale («kognitive») funksjoner på grunn av sykdom i hjernen
 - Flere funksjoner, ikke bare hukommelse
- I en slik grad at det påvirker evnen til å
 - klare seg selvstendig
 - arbeide
 - opprettholde sosiale relasjoner
- Opptrer hos en person som er
 - våken
 - ved normal bevissthet



«Kognitiv svikt», hva er det?

- Hukommelsessvikt
- Svikt i orientering i omgivelsene
- Svikt i oppfatning og tolkning av sanseinntrykk
 - Syn, hørsel, følelsessans
- Språksvikt
 - Tale, forståelse, lesing, skriving
- Svikt i enkel problemløsning
- Atferdsforstyrrelser
 - Vite hvordan man skal opptre i ulike situasjoner

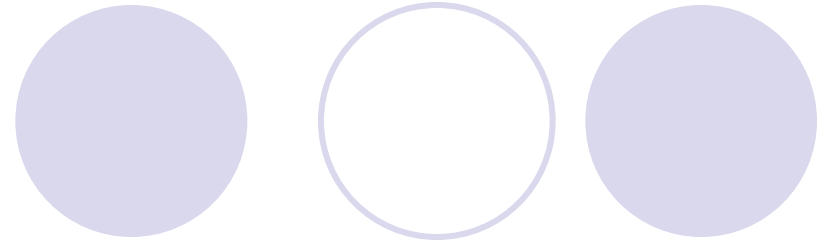
Andre årsaker til kognitiv svikt enn demenssykdom

- Skader etter blodpropper eller blødninger i hjernen (vaskulær demens)
- Skader etter ulykker med slag mot hodet
- Hjernesvulster, ondartede og godartede
- Normaltrykkshydrocefalus
- Epilepsi
- Allmenn sykdom
 - Leversvikt, hypercalcemi, hypotyreose...
- Infeksjoner i hjernen
- etc...

Demens av ulik grad



Grader av demens



- Meget mild (MCI)
- Mild
- Moderat
- Alvorlig

Meget lett demens, lett kognitiv svikt

Hukommelse	Lett glemsomhet; husker delvis ting som har skjedd
Orientering	Helt orientert unntatt lette problemer med tidsbegreper
Dømmekraft og problemløsning	Lette vansker med problemløsning, likheter og forskjeller
Aktiviteter i og utenfor hjemmet	Lette problemer med aktiviteter i hjemmet, hobbyer og intellektuelle aktiviteter
Evne til å stelle seg selv	Fullt kapabel å stelle seg selv

Lett demens

Hukommelse	Moderat hukommelsessvikt; mer uttalt for nylige hendelser; svikten forstyrrer daglige aktiviteter
Orientering	Moderate vansker med tidsbegreper; orientert til sted ved undersøkelse; kan være desorientert andre steder
Dømmekraft og problemløsning	Moderate vansker med problemløsning, likheter og forskjeller. Sosial dømmekraft vanligvis bevart
Aktiviteter i og utenfor hjemmet	Kan ikke fungere helt selvstendig i aktiviteter. Virker normal ved overflatisk kontakt. Lett, men helt klar svikt i funksjon i hjemmet. Sluttet med vanskeligere oppgaver, hobbyer og interesser.
Evne til å stelle seg selv	Trenger påminnelse og igangsetting

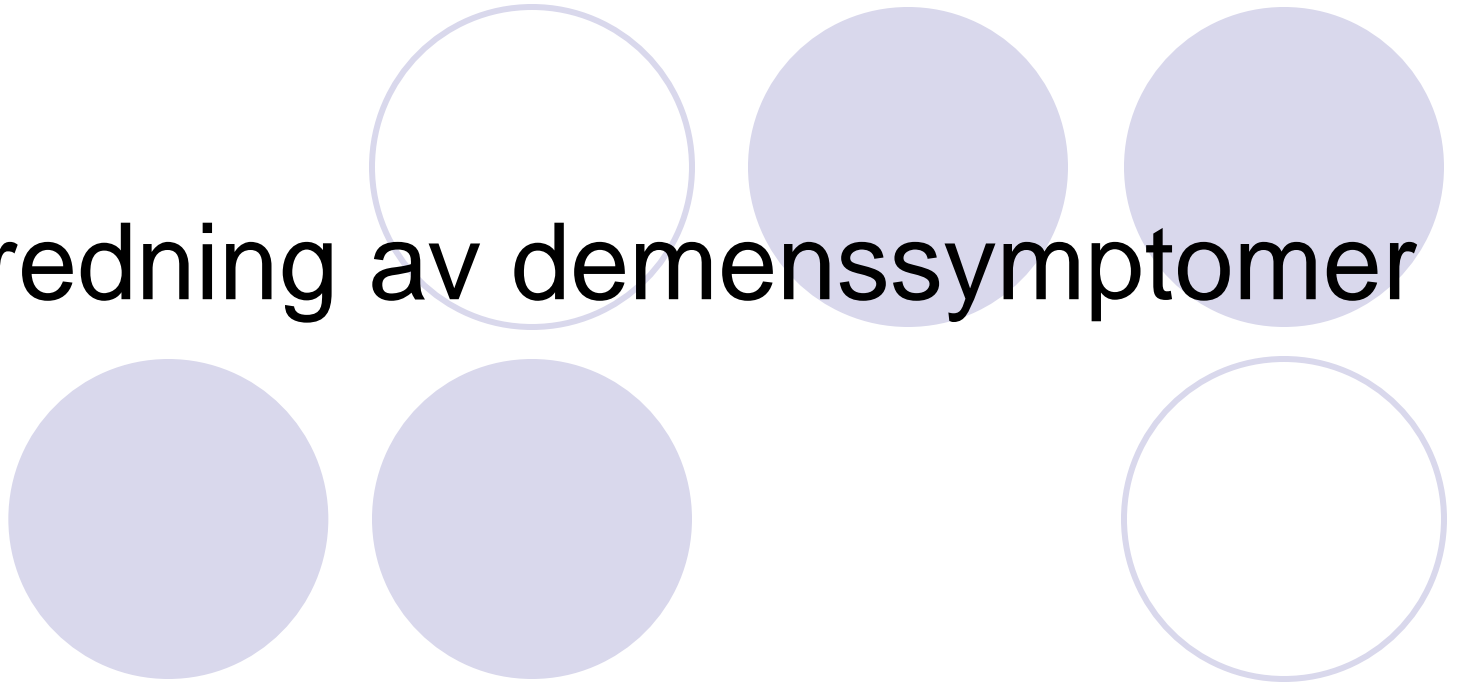
Moderat demens

Hukommelse	Alvorlig svikt. Kun godt innlærte ting bevart. Nye ting forsvinner raskt.
Orientering	Alvorlige problemer med tidsbegreper. Vanligvis desorientert til tid, ofte til sted.
Dømmekraft og problemløsning	Alvorlig svikt i problemløsningsevne, vurdering av likheter og forskjeller. Sosial dømmekraft vanligvis svekket.
Aktiviteter i og utenfor hjemmet	Kan ikke fungere selvstendig utenfor hjemmet. Virker frisk nok til å tas med til arrangement utenfor familiens hjem. Klarer kun enkle oppgaver i hjemmet. Begrensede interesser som ikke vedlikeholdes
Evne til å stelle seg selv	Trenger hjelp med å kle seg, med hygiene og med personlige eiendeler

Alvorlig demens

Hukommelse	Alvorlig hukommelsessvikt. Kun brokker bevert.
Orientering	Kun orientert til person
Dømmekraft og problemløsning	Kan ikke gjøre vurderinger eller løse problemer
Aktiviteter i og utenfor hjemmet	Kan ikke fungere selvstendig utenfor hjemmet. Virker altfor syk til å tas med til arrangement utenfor familiens hjem. Ingen funksjon i hjemmet.
Evne til å stelle seg selv	Trenger mye hjelp med personlig stell. Ofte inkontinent.

Utredning av demenssymptomer



Hvorfor utrede?



- Behandlings- og intervensjonsmuligheter finnes
 - Anti-demenslegemidler bremser symptomutvikling
 - Psykofarmakabehandling kan bedre livskvalitet
 - Psykososial intervensjon bedrer livskvalitet
 - Pårørendearbeid utsetter sykehjemsinnleggelse
- Tilpasse legemiddelbehandling for å unngå akutt konfusjon
- Vurdering av legeattest for førerkort
- De tre klassiske spørsmålene besvares: "Hva feiler det meg, hva kan gjøres og hvordan vil det gå?"

Hvorfor diagnostisere?

- Ulemper med udiagnostisert demens:
 - Feilbruk av medikamenter.
 - Bruk av medikament som er ugunstige for demente.
 - Dårlig medisinsk behandling: inadekvate eller unødvendige prøver, undersøkelser og behandlinger.
 - Manglende oppmøte til legetimer.
 - ”Doktor shopping”.



Hvorfor diagnostisere?

forts. Ulemper med udiagnostisert demens...

- Sterkt økt risiko for akutt konfusjon (delir).
- Ødelagt personlig økonomi.
- Trafikkulykker.
- Ulykker i hjemmet.

Hvorfor diagnostisere?



forts. Ulemper med udiagnostisert demens...

- Feiltagelser, pinlige situasjoner, ulykker i arbeidet.
- Relasjonsproblem pga. demensrelaterte symptom (irritabilitet, vrangforestillinger, aggressivitet, sykkelig sjalusi).
- Dårlig planlegging for fremtidige behov for bolig og pleie.
- Dårligere livskvalitet enn hos pasienter som fått diagnose og adekvate tiltak for sin demens.

Hvorfor diagnostisere?

Fem vanlige argumenter mot å diagnostisere demens:

- ”De fleste demenstyper kan vi ikke kurere, og derfor er der ingenting vi kan gjøre.”
- ”Det er bedre for pasientene å ikke vite.”
- ”Demens er så vanlig hos eldre at det er en forventet del av aldringsprosessen.”
- ”Demensens årsak, spesielt Alzheimer, er ikke mulig å fastslå sikkert.”
- ”Det er ikke rett å skremme pasient og pårørende med en Alzheimerdiagnose om vi ikke er sikre.”

Hvorfor diagnostisere?

- ”De fleste demenstyper kan vi ikke kurere, og derfor er der ingenting vi kan gjøre”
 - De fleste store sykdomsgrupper kan ikke kureres, men behandles og symptomlindres.
 - Det finnes i dag muligheter for behandling og symptomlindring ved de vanligste demenstypene.

Hvorfor diagnostisere?

- ”Det er bedre for pasientene å ikke vite.”
 - Alzheimerpasienter har oftest innsikt tidlig i forløpet.
 - Diagnosen er en hjelp til å bearbeide det som skjer.
 - Gir en sjanse til å være med på å planlegge sin framtid.

Hvorfor diagnostisere?

- ”Demens er så vanlig hos eldre at det er en forventet del av aldringsprosessen.”
 - 70% av 85-åringer har **ikke** demens
 - Demens kan da neppe sies å være en del av normal aldring.

Hvorfor diagnostisere?



- ”Demensens årsak, spesielt Alzheimer, er ikke mulig å fastslå sikkert”
 - Man kan stille rett diagnose hos 80-90% av pasientene uten avanserte utredninger

Hvorfor diagnostisere?

- ”Det er ikke rett å skremme pasient og pårørende med en Alzheimerdiagnose om vi ikke er sikre.”
 - Etisk tvilsomt å la være å informere om en diagnose som er 80-90% sikker.
 - Sykdomsdiagnostikk ofte langt mer usikker

Demens forblir ofte udiagnostisert

- Tross at den syke har vært til lege eller vært innlagt i sykehus
- Mer enn tre fjerdedeler av dem med helt klar demens er udiagnostiserte.
- Ikke unikt for Norge, lignende i de fleste land
- En vanlig legeundersøkelse avdekker ikke demens
- En person med moderat demens kan klare et vanlig legebesøk uten å "avsløres".

Mål med utredning



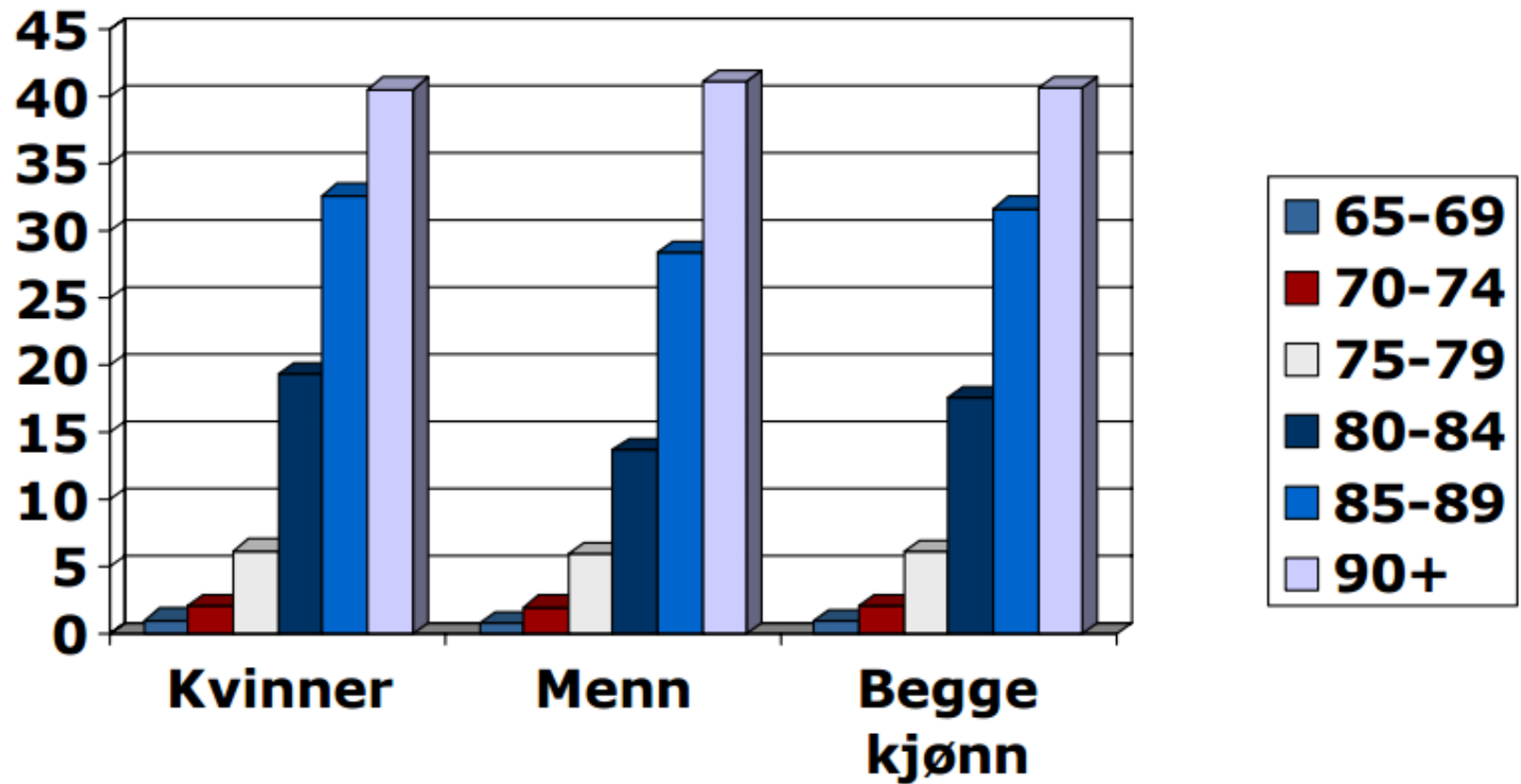
- Finne ut av om det er demenssykdom eller en annen årsak til kognitiv svikt
- Diagnostisere en spesifikk årsak til demens
- Vurdere grad av demens og behandlings- og omsorgstiltak

Metoder for utredning av demens - alle som finnes

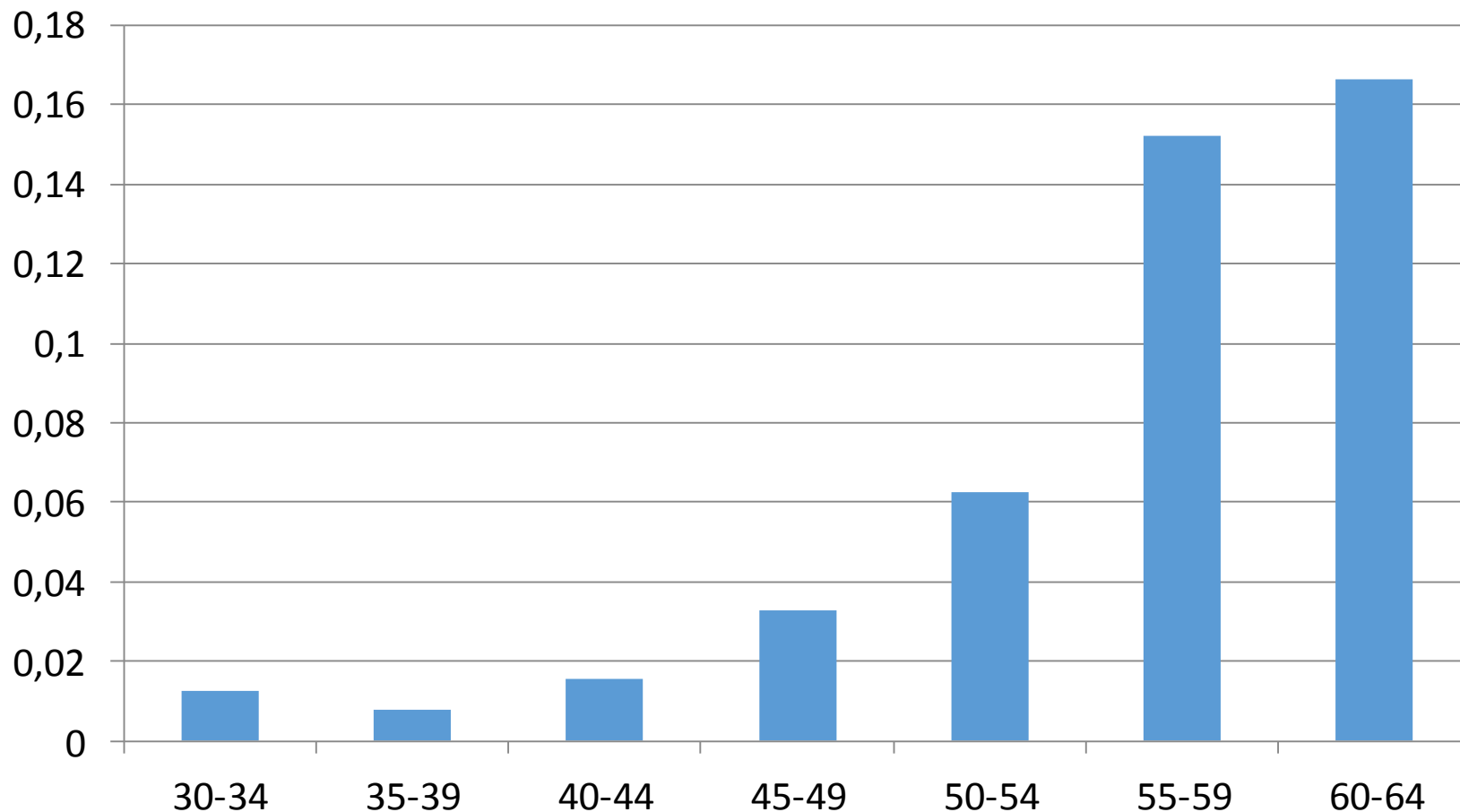
- Sykehistorie fra pasient og pårørende
- Kartlegging av kognitiv funksjon (nåtid vs fortid)
- Kartlegging av evt psykisk sykdom (depresjon)
- Somatisk undersøkelse (kardiovaskulær/nevrologisk)
- Blodundersøkelser (TSH, T4, homocystein etc.)
- Bildediagnostikk av hjernen (CT, MR, SPECT, PET)
- Genetisk diagnostikk (ApoE, mutasjoner)
- Spinalvæskeundersøkelse (tau og betaamyloid)

Prevalens av demens

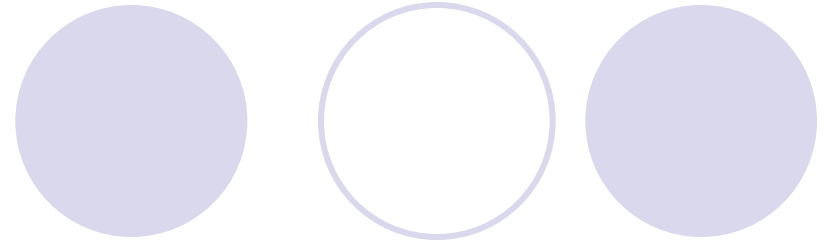
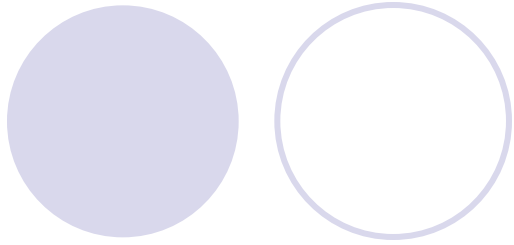
Prosent etter aldersgrupper



Forekomst av demens i prosent hos personer yngre enn 65 år



Harvey et al, 2003.



Ulike demenssykdommer

Demenssykdommer



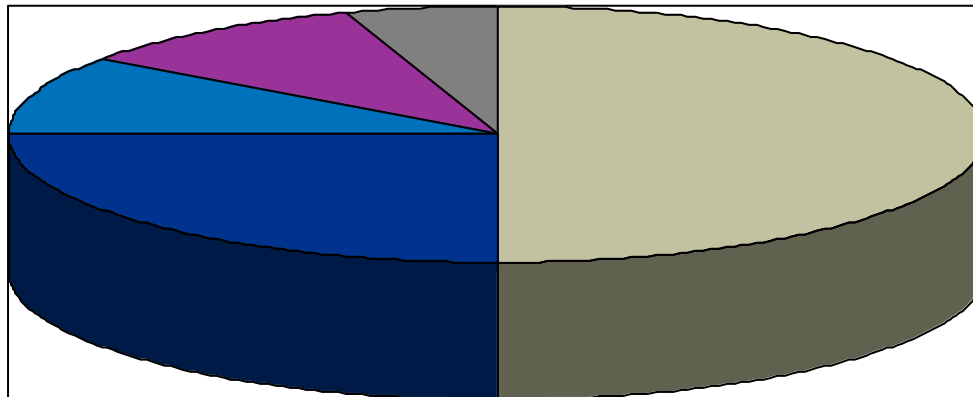
- De vanligste

- Alzheimers sykdom, typisk
- Demens med Lewy-legemer
- Vaskulær demens
- Frontotemporal demens, atferdsvarianten

- Mer uvanlige

- Parkinsons sykdom med demens
- Posterior kortikal atrofi
- Primær progressiv afasi
- Alkoholdemens

Fordeling av ulike demenstyper



■ Alzheimer

■ Vaskulær demens

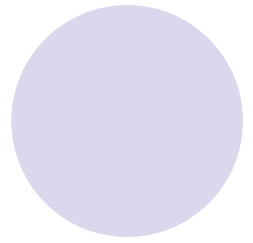
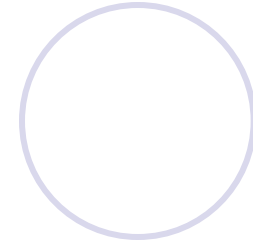
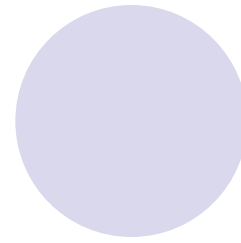
■ Pannelappsdemens

■ Demens med Lewy-legemer

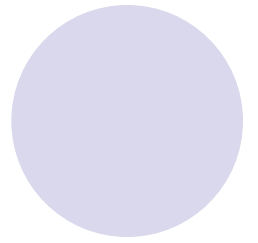
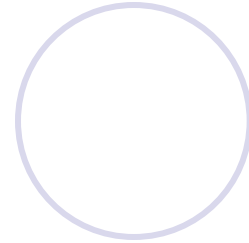
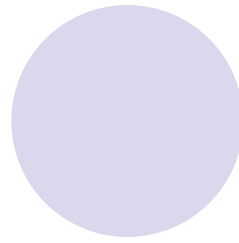
■ Annet



Alzheimers sykdom



Dr. Aloysius "Alois" Alzheimer
1864 - 1915



Alzheimers sykdom



- Sykdomsbildet og hjerneforandringene ble beskrevet av Alzheimer i 1906.

Hva er typisk for Alzheimers sykdom?

1. Snikende debut over måneder – år
2. Gradvis forverring over tid
3. Blir vanligere med alderen, særlig over 75 års alder
4. Forekommer også fra 40 års alder

Hvordan begynner Alzheimers sykdom?



- Begynner typisk med svikt i hukommelse
 - Svikt i innlæring og i gjenkalling av nylig innlært informasjon.
- Etter hvert tilkommer
 - Språkproblemer: Svikt i ordfinning mest fremtredende
 - Sviktende orientering i omgivelsene
 - Synsproblemer: Svikt i synsforståelse, gjenkjenning av ting og ansikter, bildetolking, lesing
 - Svikt i organisering, planlegging, initiative (eksekutiv funksjon)

Yngre og eldre



- Hos yngre pasienter er ofte ikke hukommelsessvikt det dominerende symptomet til å begynne med
 - De har gjerne mer synsproblemer og problemer med organisasjon tidlig i forløpet
- Eldre pasienter har ofte uttalt hukommelsessvikt, men relativt god funksjon i kjent miljø

Hva er årsaken til Alzheimers sykdom?



- Vi vet ikke den utløsende årsaken
- Vi vet svært mye om hva som skjer i hjernen ved sykdommen

Hva er årsaken til Alzheimers sykdom?

- APP = *amyloid precursor protein* er et naturlig protein som kan brytes ned på flere ulike måter
- Én av disse måtene gir et uløselig sluttprodukt: *A β 42*
- Ved Alzheimer dominerer denne produksjonen
- A β 42 opplagres som *beta-amyloid* i *senile plakk*
- I tillegg forandres *tau-protein* ved "hyperfosforylering" og ødelegges
- Nervecellene i hjernen dør
- Hippocampus-området rammes først

Risikofaktorer for Alzheimers sykdom

- Sikre risikofaktorer
 - Alder
 - Arv
 - Downs syndrom
- Sannsynlige risikofaktorer
 - Røyking
 - Høyt blodtrykk
 - Høyt kolesterol
 - Overvekt
 - Lav fysisk aktivitet
 - Diabetes

Alzheimers sykdom



- I dag krever man ofte noen form for funn på en teknisk undersøkelse for sikker diagnose
 - CT-røntgen av hjerne
 - MR-røntgen av hjerne
 - SPECT, FDG-PET, Amyloid-PET av hjernen
 - Spinalvæskeundersøkelse (tauprotein, hyperfosforylert tauprotein, A β 42-peptid)

En typisk Alzheimerpasient ved diagnosetidspunktet

- 2-5 års sykehistorie
- Ingen nevrologiske symptomer
 - Lammelser, balanseproblemer, synsforstyrrelser
- Hallusinasjoner eller vrangforestillinger er uvanlige
- Hukommelsesproblemer som gir praktiske vansker i hverdagen dominerer symptom bildet
- Tydelige vansker med innlæring og gjenkalling ved testing
- Kan i tillegg ha lette tegn til andre typer av kognitiv svikt
- Sykdomsinnsikt, men bagatelliserende

Alzheimers sykdom - behandling

To hovedtyper av medisiner

- Kolinesterasehemmere

- Øker mengden av acetylkolin ved å hemme nedbrytingen av det
- Acetylkolin er et stimulerende signalstoff i hjernen

- NMDA-reseptorblokker

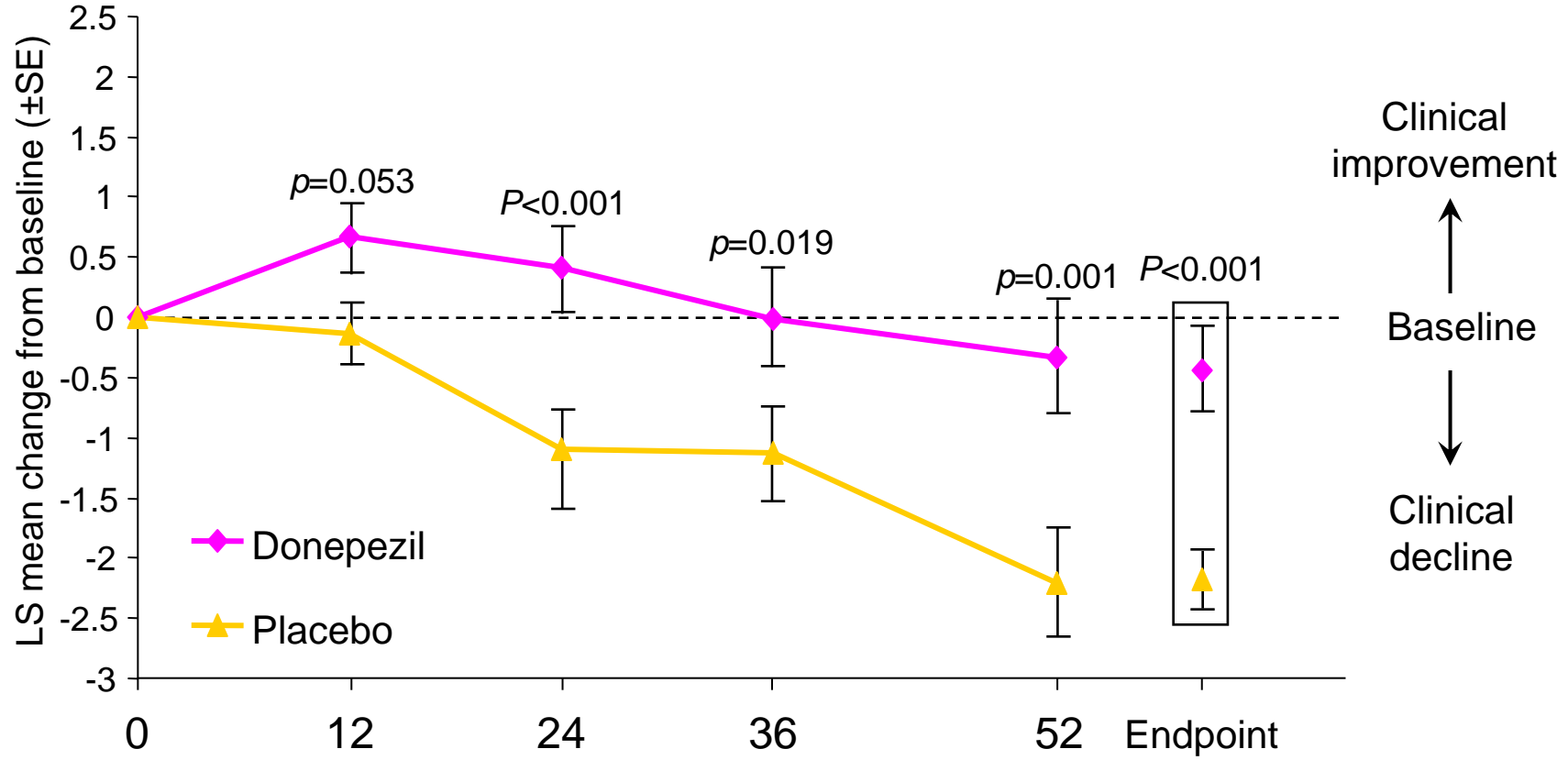
- Styrer effekten av glutamat, et annet stimulerende signalstoff i hjernen, ved delvis å blokkere det

Alzheimers sykdom - behandling

- Kolinesterasehemmere
 - donepezil (Aricept)
 - rivastigmin (Exelon)
 - galantamin (Reminyl)
- NMDA-reseptorblokker
 - memantin (Ebixa)

Eksempel på effekt på MMS

(fra Nordic Family Impact Study)



N = 286 pasienter

Effekt av memantin (Ebixa)



- Effekt på kognitiv funksjon og praktisk funksjon i hverdagen
- Noe effekt på irritabilitet – aggressivitet?

Demens med Lewy-legemer



Dr Friedrich Heinrich Lewy (1885-1950)





Demens med Lewy-legemer

- Lewy var elev av Alzheimer
- Beskrev celleforandringer (små runde «legemer») i hjernen ved Parkinsons sykdom
- Demens med Lewy-legemer er en demenssykdom med gradvis forverring, parkinsonlignende symptomer og hallusinasjoner



Demens med Lewy-legemer

- Ligner den formen av demens man ser ved Parkinsons sykdom
- Hvis man har hatt bevegelsessymptomer i mer enn ett år før man får kognitiv svikt, kaller man det «demens ved Parkinsons sykdom»

Demens med Lewy-legemer

1. Mentale symptomer

- Typisk med gjentatte episoder med akutt forvirring mot et bakteppe av gradvis forverring
- Oppmerksomhetsproblemer, treghet og uttalte romlige problemer
 - Forskjell fra Alzheimers sykdom
 - Bedre hukommelse, men tregere og tegner en dårligere klokke enn Alzheimerpasienter
- Svingninger i våkenhet og oppmerksomhet i løpet av minutter, timer eller dager er vanlig

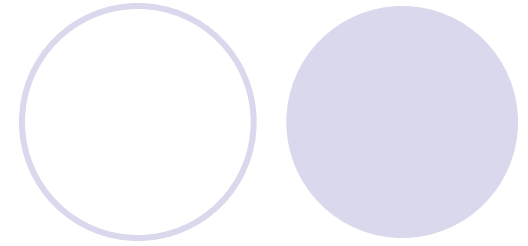
Demens med Lewylegemer

2. Psykiatriske symptomer

- Synshallusinasjoner, vrangforestillinger, apati og angst er vanlig
- Til stede tidlig i sykdommen, stabile over tid
- Hallusinasjonene er naturtro, tredimensjonale og vanligvis stumme bilder av mennesker eller dyr

Demens med Lewylegemer

3. Nevrologiske symptomer



- 25–50% av pasientene har parkinsonlignende tegn ved diagnosetidspunktet
 - De fleste, men ikke alle, utvikler slike tegn i løpet av sykdommen
- Ustøhet, gangvansker og ansiktsstivhet dominerer, men man ser lite skjelving

Demens med Lewylegemer

4. Søvn

- Livlige og skremmende drømmer, forbundet med bevegelser under drømmesøvnen (REM-søvn)
- I tillegg ofte uttalt, plutselig påkommende søvnighet på dagtid

Demens med Lewylegemer

5. Kroppslige symptomer

- Blodtrykksfall og hjerterytmeforstyrrelser er vanligere ved DLB enn ved Alzheimer
- Ofte “svimmelhet”, besvimelser og fall

Typisk bilde ved DLB



- Svingende mental funksjon og våkenhet
- Synshallusinasjoner
- Parkinsonlignende symptomer

- I tillegg ofte
 - REM-søvnstøtforstyrrelse
 - Uttalt følsomhet for nevroleptika
 - Patologisk DaTSCAN (spesiell bildeundersøkelse av hjernen)

Andre ting man kan se ved DLB

- Gjentatte fall og besvimelser
- Forbigående, uforklarlige bevissthetstap
- Andre typer av hallusinasjoner
- Vrangforestillinger
- Depresjon

Behandling



- Man kan prøve parkinsonmidler for å bedre bevegeligheten
 - Men ofte dårlig effekt og bivirkninger
- Antipsykotika kan gi alvorlige reaksjoner hos opp til 50% av DLB-pasienter
 - To-tre ganger øket dødelighet
- Noen moderne antipsykotika er sikrere, men også de bør brukes med stor forsiktighet

Behandling

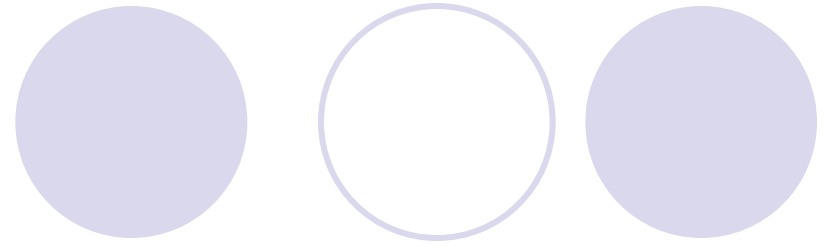


- Gode holdepunkter for at demensmedisiner er mer effektive ved DLB enn ved Alzheimer
 - of eks Exelon og Aricept
- Våkenhet, hallusinasjoner, apati, angst og søvnforstyrrelser bedres i betydelig grad ved behandling

The image features six light purple circles arranged in two rows. The top row contains three circles, and the bottom row contains three circles. The text is centered over the top row of circles.

Vaskulær kognitiv svikt
Vaskulær demens

Vaskulær demens



- Vaskulær = som har med blodkarene å gjøre
- Demens som følge av sykdom i hjernens blodkar
 - Hjerneslag eller hjerneblødning
- Vaskulær demens kan ha alle mulige slags symptomer

Vaskulære hjernesykdommer

- Hjerneslag

- Stopp i blodtilførselen til en del av hjernen pga blodpropp eller veggforandringer i blodkarene
- Den delen av hjernen dør, s.k. hjerneinfarkt

- Hjerneblødning

- Finnes flere typer
 - Sentral hjerneblødning
 - Subduralhematom
 - Subarachnoidalblødning

Typer av vaskulær demens



- **Strategisk infarktdemens**

- Ett infarkt som er så strategisk plassert at det alene gir demens

- **Multi-infarktdemens**

- Flere infarkt som til sammen gir demens

- **Subkortikal demens**

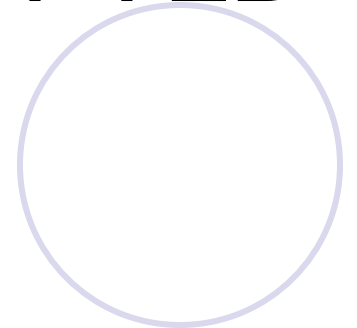
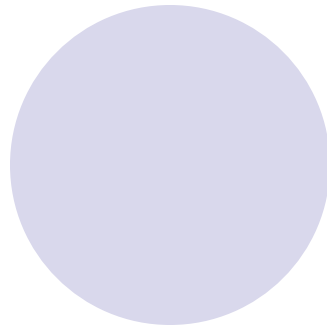
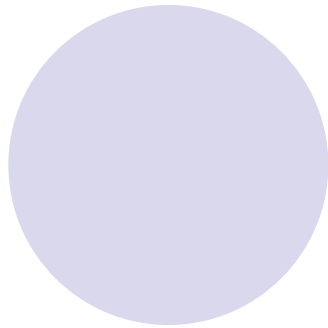
- Vaskulære skader i små blodkar med hvitsubstans- og basale ganglieskader

- **Vaskulær demens pga skader etter hjerneblødning**

Behandling av vaskulær demens

- Forebygging av nye hjerneslag
 - Blodtrykk, kolesterol, blodfortynnende medisiner
- Medisiner som brukes ved Alzheimers sykdom kan også ha positiv effekt
- Depresjonsbehandling

Frontotemporal demens, atferdsvarianten bv-FTLD



Frontotemporal demens



- Rundt 10-15% av alle med demens
- Frontal = pannen
- Temporal = tinningen

Frontotemporal demens



- Mange ulike bakenforliggende hjernesykdommer
 - Frontotemporal demens m/u ALS
 - Picks sykdom
 - FTLD med MAPT-mutasjon
 - FTP-17
 - Sporadisk tauopati med demens
 - Argyrophilic grain disease
 - Neurofibrillary tangle dementia
 - PSP / CBD
- Det går ikke å skille disse fra hverandre på symptomene



Atferdsvarianten av frontotemporal demens

- Begynner ofte med passivitet og manglende interesse, kan forveksles med depresjon
- Kan også forveksles med mani dersom manglende hemninger dominerer

Typiske atferdsforandringer

- «Barnslig atferd», upassende seksuelle bemerkninger eller vitser
- Skjødesløs bilkjøring
- Overdreven pengebruk, eller hamstring
- Tvangspregede, faste rutiner
- Tvangsmessig vandring
- Tvangspregede matvaner
- Manglende hygiene
- Manglende interesse for nærmeste pårørende, barn, barnebarn, husdyr

Emosjonelle symptomer



- Tap av primære emosjoner
 - Glede, sorg, frykt, sinne, overraskelse, avsky
- Tap av sosiale emosjoner
 - Sjenanse, skyldfølelse, sympati, empati, medfølelse, omsorg



Testresultater ved frontotemporal demens

- Vanlige enkle tester kan være normale i tidlige stadier (MMSE, klokketest etc)
- Orienteringsevne og hukommelse oftest relativt vel bevarte, men hukommelsesvansker forekommer



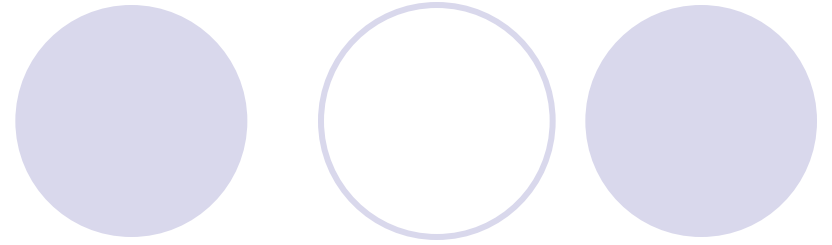
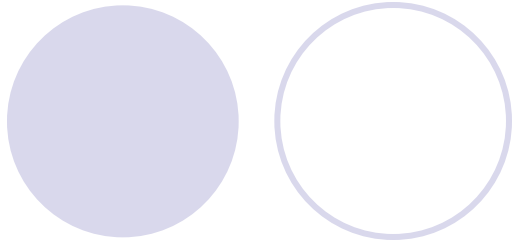
Atferd i testsituasjonen ved atferdsvarianten

- Impulsivitet
- Hemningsløshet
- Gjentakende atferd (perseverasjon)
- Hermeatferd
- Brukeratferd

Behandling av frontotemporal demens



- Vanlige demensmedikamenter har ingen effekt
- Miljøtiltak
 - Oftest fungerer strikte, firkantede regler best
 - Tydelig grensesetting



Posterior kortikal atrofi

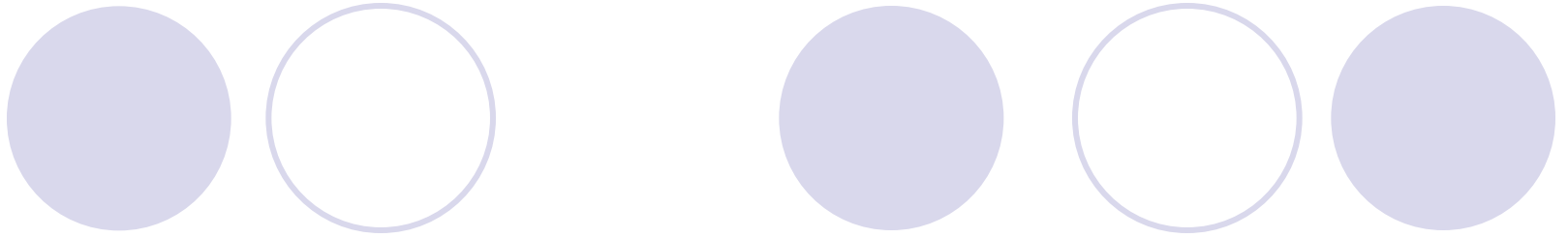


Posterior kortikal atrofi, PCA

- Posterior = bakre
- Kortikal = i hjernebarken
- Atrofi = svinn

Posterior kortikal atrofi, PCA

- Beskrevet av Benson 1988
- Svinn (= celledød) i bakre deler av hjernen
- Gradvis tiltakende svikt i evnen til å tolke synsinntrykk, å lese og å utføre praktiske handlinger
- Vanligvis er det en underliggende Alzheimers sykdom, men det forekommer også ved demens med Lewy-legemer



- Begynner ofte ved 50-65 års alder
- Ofte sein diagnose pga at det ikke er «typiske demenssymptomer»
- Er ofte først hos optiker og øyelege

Symptomer



- Problemer med å gjenkjenne gjenstander på bilder, spesielt hvis bildene er tatt fra uvanlige vinkler
- Problemer med å gjenkjenne ansikter
- Dårligere evne til å bedømme avstand og hastighet.
 - vansker med å strekke seg etter og ta noe med hånden
 - vansker med å trykke på telefontastene
 - problemer med å gå nedover en trapp
 - problemer med å bedømme hastigheten i trafikken.
 - stillestående gjenstander kan synes å bevege seg.

Lesevansker



- Vansker med å flytte fra slutten av en linje til begynnelsen av neste
- Ordene eller bokstavene virker å bevege seg eller legge seg oppå hverandre
- Vanskeligheter med visse typer tekst (f eks stor skrift eller håndskrift)
- Økt følsomhet for sterkt lys eller skinnende overflater.
- Opplevelse av dobbeltsyn eller at øynene hopper rundt
- Vansker med å se ved dårlige lysforhold.

Andre typiske symptomer



- Vanskeligheter med håndskrift, for eksempel med å stave eller med å huske utseende eller navn på bestemte bokstaver eller tall.
- Hoderegningsvansker
- Problemer med å håndtere penger
- Apraktiske symptomer; klarer ikke å gjøre enkle bevegelser (f eks vinke eller gi tommelen opp) og å bruke redskaper (f eks bestikk, saks eller briller).
- Problemer med å sette seg på en stol, eller at man prøver å sette seg på feil sete i en bil.

Vanligste funn ved testing



- Vansker med alle oppgaver der man skal se og forstå ting
- Vansker med å lese
- Ser bare detaljer i bilder, ikke helheten
- Vansker med enkel hoderegning
- Vansker med høyre og venstre
- Ofte påfallende godt bevart hukommelse og språk (tale og forståelse) tidlig i sykdommen



Primær Progressiv afasi

Gorno-Tempini et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology* 2011;76:1006–

1014



Primær progressiv afasi

- Uvanlige demensformer der språklige vansker er det tydeligste symptomet og det som gir vansker i dagliglivet
- Hukommelse, orienteringsevne og atferd lite påvirket

Primær progressiv afasi

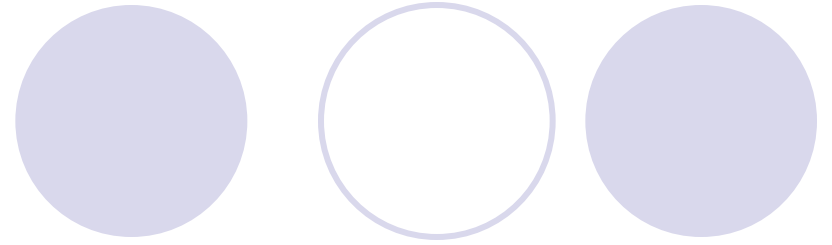
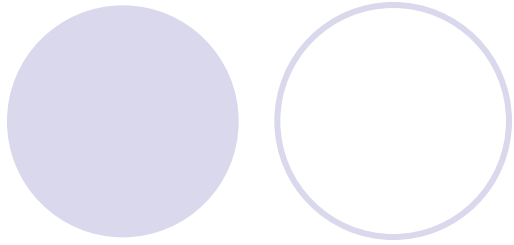


- Tre typer beskrevet
 - Ordfattig (logopen) variant
 - Oftest underliggende Alzheimer
 - Ikke-flytende variant
 - Omtrent 50/50 Alzheimer/Pannelappsdemens
 - Semantisk variant
 - Oftest underliggende pannelappsdemens

Primær progressiv afasi



- Ordfattig (logopen) variant
 - Vansker med å finne riktig ord
 - Vansker med å gjenta setninger
 - Feiluttale av ord
 - Men god ordforståelse
- Ikke-flytende variant
 - Møysommelig, haltende og langsom tale med uttalefeil
 - Gjør grammatiske feil, og har vansker med å forstå setninger, men forstår enkeltord
- Semantisk variant
 - Nedsatt ordforståelse og benevning
 - Skriver lydenlig og leser ord som de staves (overflateagrafi/aleksi)
 - Klarer å gjenta setninger



Alkoholdemens

Alkoholdemens



Krav for diagnosen

- Tungt alkoholmisbruk i minst 5 år
- Diagnosen kan først stilles minst 60 dager etter siste inntak av alkohol
 - Typisk at pasienten blir gradvis bedre fungerende når alkoholinntaket opphører

Typiske symptomer ved alkoholdemens



- Problem med innlæring og gjenkalling av nytt materiale
- Emosjonell avflating, nedsatt dømmekraft
- Abstraksjonsproblemer



Ikke typisk for alkoholdemens

- Språkproblemer
- Problemer med synsopfatning

Alkoholdemens



- I tillegg ofte motoriske symptomer fra lillehjernen med gangforstyrrelse og dårlig balanse
- Nerveskader i bein og armer er også vanlig



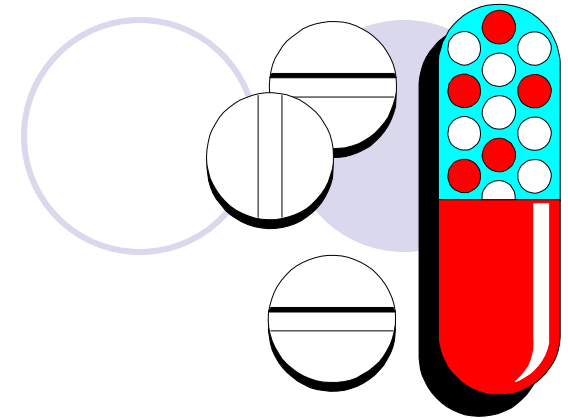
Legemidler og demens

Medisiner og demens



- Noen medisiner gir forverrede symptom ved demens
 - Hemmer hukommelses-funksjoner
 - Gir forvirring og hallusinasjoner

Typiske risikomedisiner



- Atropin (gis ved operasjoner)
- Skopolamin (Scopoderm plaster)
- Eldre typer antidepressiva (Sinequan, Sarotex, Surmontil, Noritren)
- Midler mot inkontinens (Kentera depotplaster, Detrusitol, Vesicare, Emselex)
- Nevroleptika (Stemetil, Trilafon, Cisordinol)
- Antihistaminer (Vallergan, Phenergan)

Medisiner og demens



- Følgende typer av medisiner gir også dårligere hukommelse:
 - Sterke smertestillende (Pinex forte, Paralgin forte, morfinlignende midler)
 - Vanlige beroligende, av typen Vival, Valium, Rohypnol, Mogadon etc.
 - Tyngre psykofarmaka

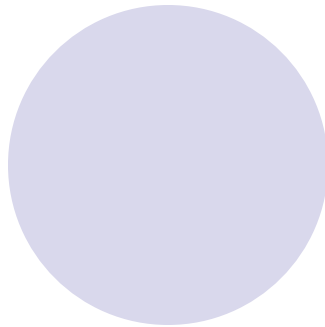
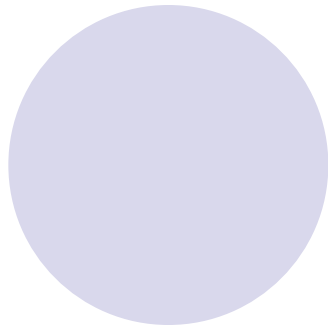
Medisiner og demens



- **Tommelfingerregler:**
 - Unngå risikomedisiner
 - Gi så få medisiner som mulig
 - Bruk psykofarmaka kun kortvarig ved alvorlige psykiatriske symptomer
 - Bruk beroligende midler med forsiktighet



Bilddiagnostikk og laboratorieundersøkelser



Hensikt med tekniske undersøkelser

- Finne årsaken til symptomene
 - Behandlingsbare årsaker
 - Spesifikke sykdomsdiagnoser
- Finne "beviser" for organisk sykdom

Andre årsaker til kognitiv svikt enn demenssykdom

- Skader etter blodpropper (hjerneslag) eller blødninger
- Skader etter ulykker med slag mot hodet
- Svulster, maligne og benigne
- Normaltrykkshydrocefalus
- Epilepsi
- Allmenn sykdom
 - Leversvikt, hypercalcemi, hypotyreose...
- Infeksjoner i hjernen
- etc...

Vanlige tekniske undersøkelser

- Blodprøver av ulike slag
- CT av hjernen
- MR av hjernen
- SPECT av hjernen
- PET av hjernen
- DaT-SCAN av hjernen
- Spinalpunksjon
- EEG

Vanlige tekniske undersøkelser

- **Blodprøver av ulike slag**
- CT av hjernen
- MR av hjernen
- SPECT
- PET
- DaT-SCAN
- Spinalpunksjon
- EEG

Blodprøver



- Generelle, vanlige prøver som hemoglobin, senkning, enkle prøver for nyre- og leverfunksjon, ulike salter i blodet
- Stoffskifteprøver
- Vitaminer: B12, folat, D
- Eventuelt serologi for HIV, syfilis, Borrelia etc.

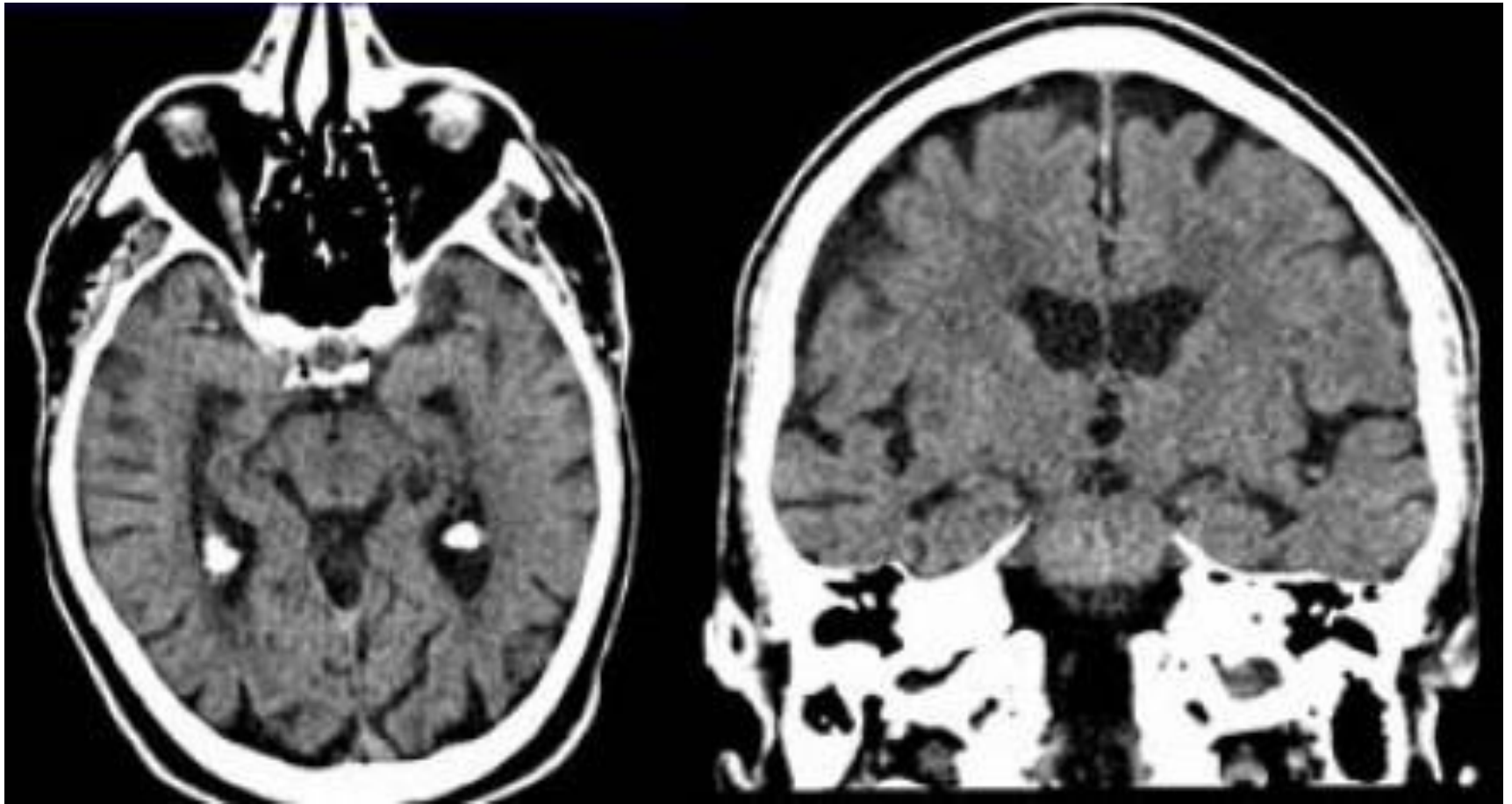
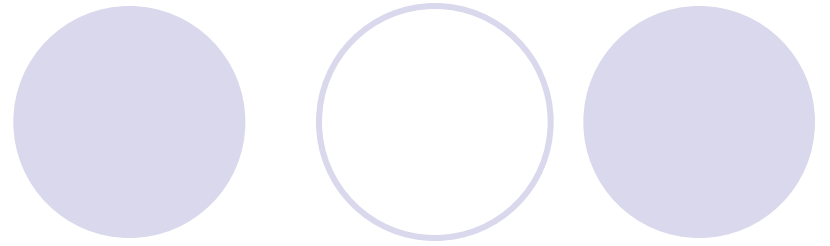
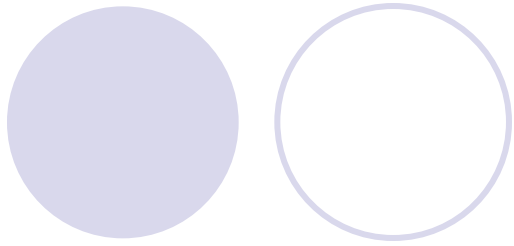
Vanlige tekniske undersøkelser

- Blodprøver av ulike slag
- CT av hjernen
- MR av hjernen
- SPECT
- PET
- DaT-SCAN
- Spinalpunksjon
- EEG

CT av hjernen

Computerized tomography

- Enkel og rask undersøkelse i dag
- Godt egnet for å finne (ferske) blødninger, svulster, hjerneslag
- Kan også gjøres som angiografi, dvs undersøkelse av blodkarene
- Gir ikke veldig detaljerte bilder
 - Ikke millimeterpresisjon

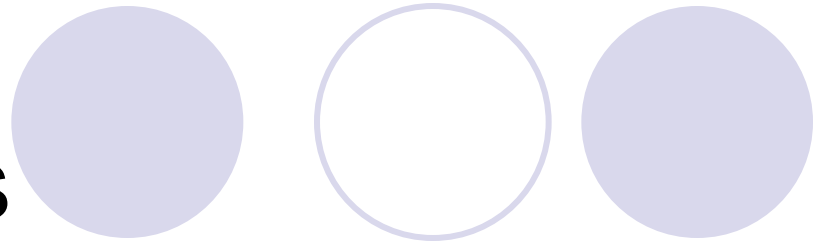


Vanlige tekniske undersøkelser

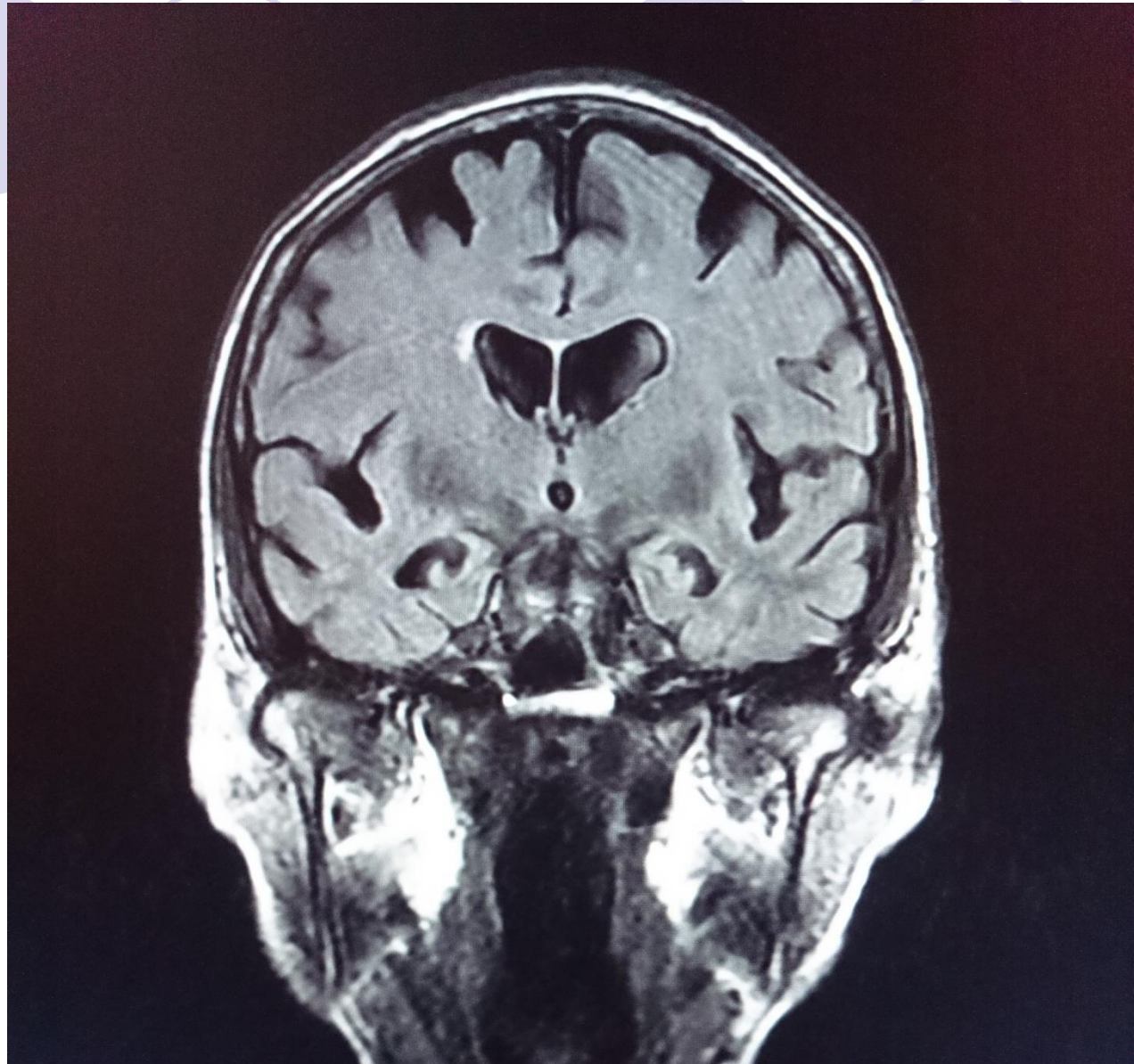
- Blodprøver av ulike slag
- CT av hjernen
- MR av hjernen
- SPECT
- PET
- DaT-SCAN
- Spinalpunksjon
- EEG

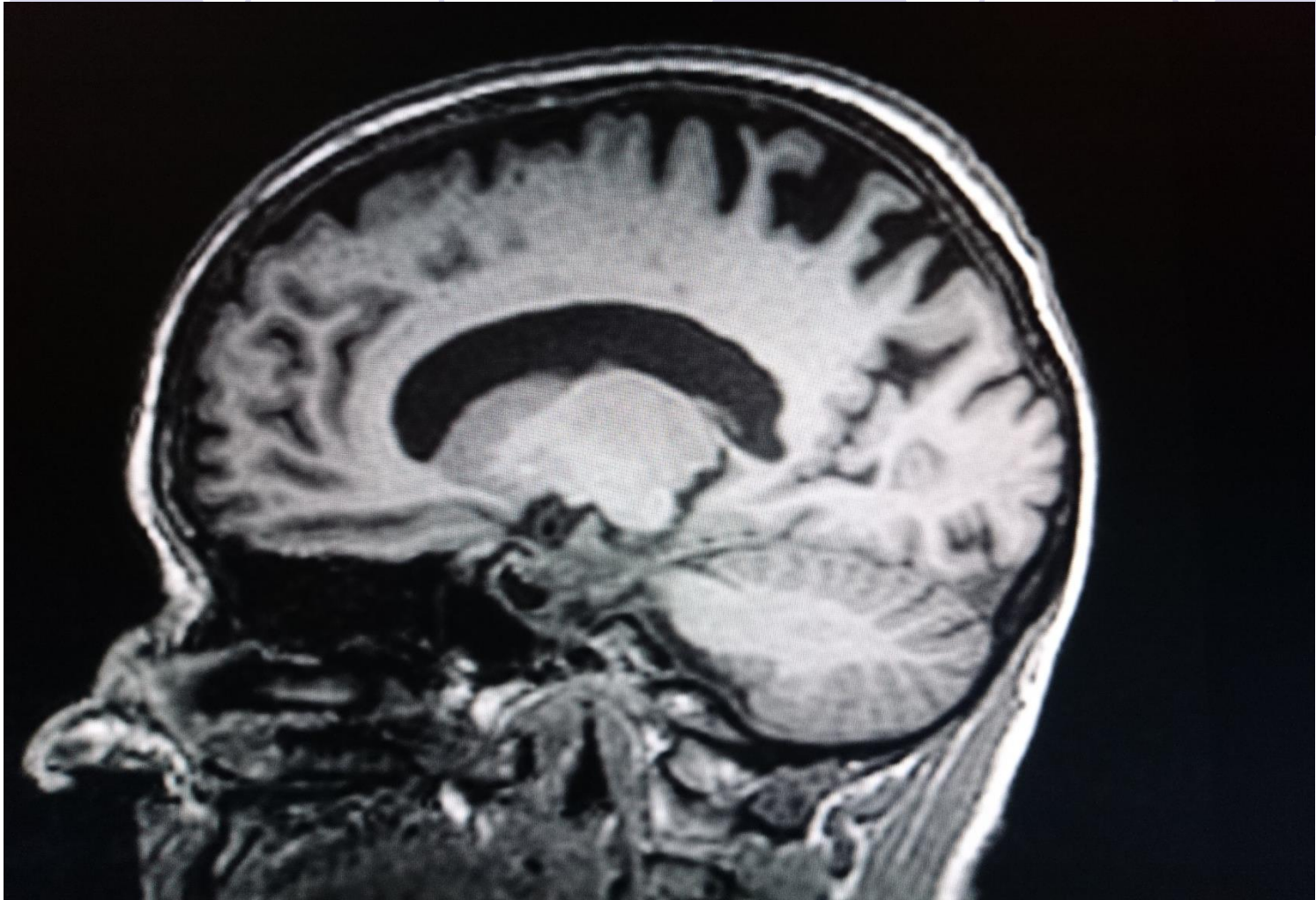
MR av hjernen

Magnetisk resonans



- Gir svært detaljerte og skarpe bilder av hjernen
- Lett å måle tykkelse av ulike strukturer
- Kan "vektes" på ulike måter for å vise ulike typer av forandringer
- Kan også utføres som angiografi





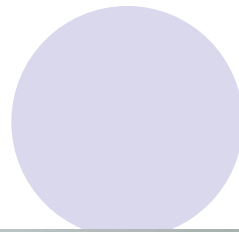
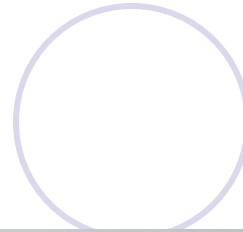
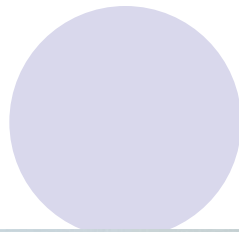
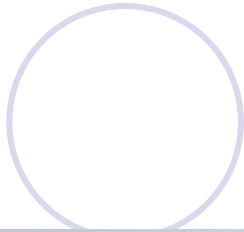
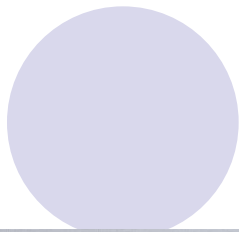
Vanlige tekniske undersøkelser

- Blodprøver av ulike slag
- CT av hjernen
- MR av hjernen
- **SPECT**
- PET
- DaT-SCAN
- Spinalpunksjon
- EEG

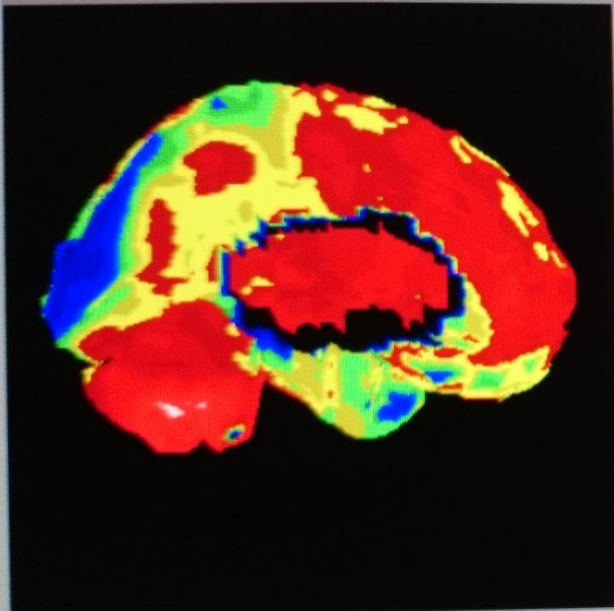
SPECT



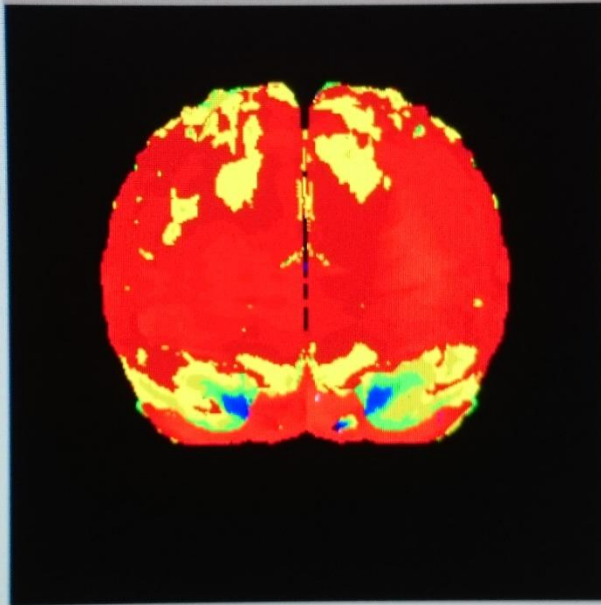
- Single photon emission computerized tomography
- Gir et bilde av aktiviteten i ulike deler av hjernen
- Aktivitetsmønsteret styres av blodgjennomstrømmingen
- SPECT kan vise nedsatt aktivitet i deler av hjernen også ved f eks depresjon



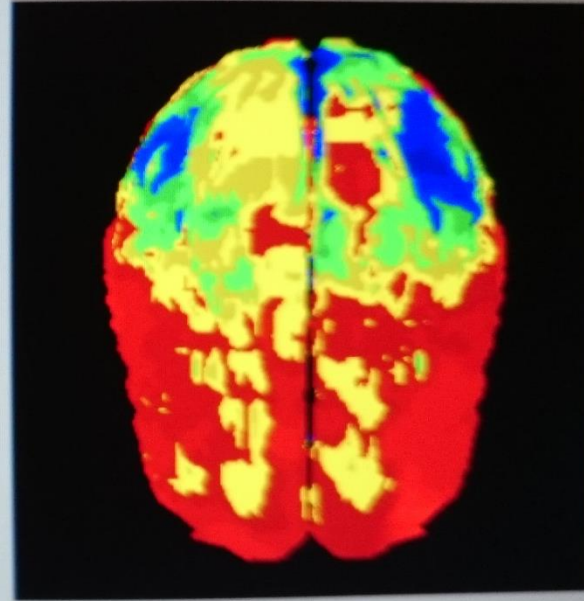
Left Medial View



Anterior View



Superior View



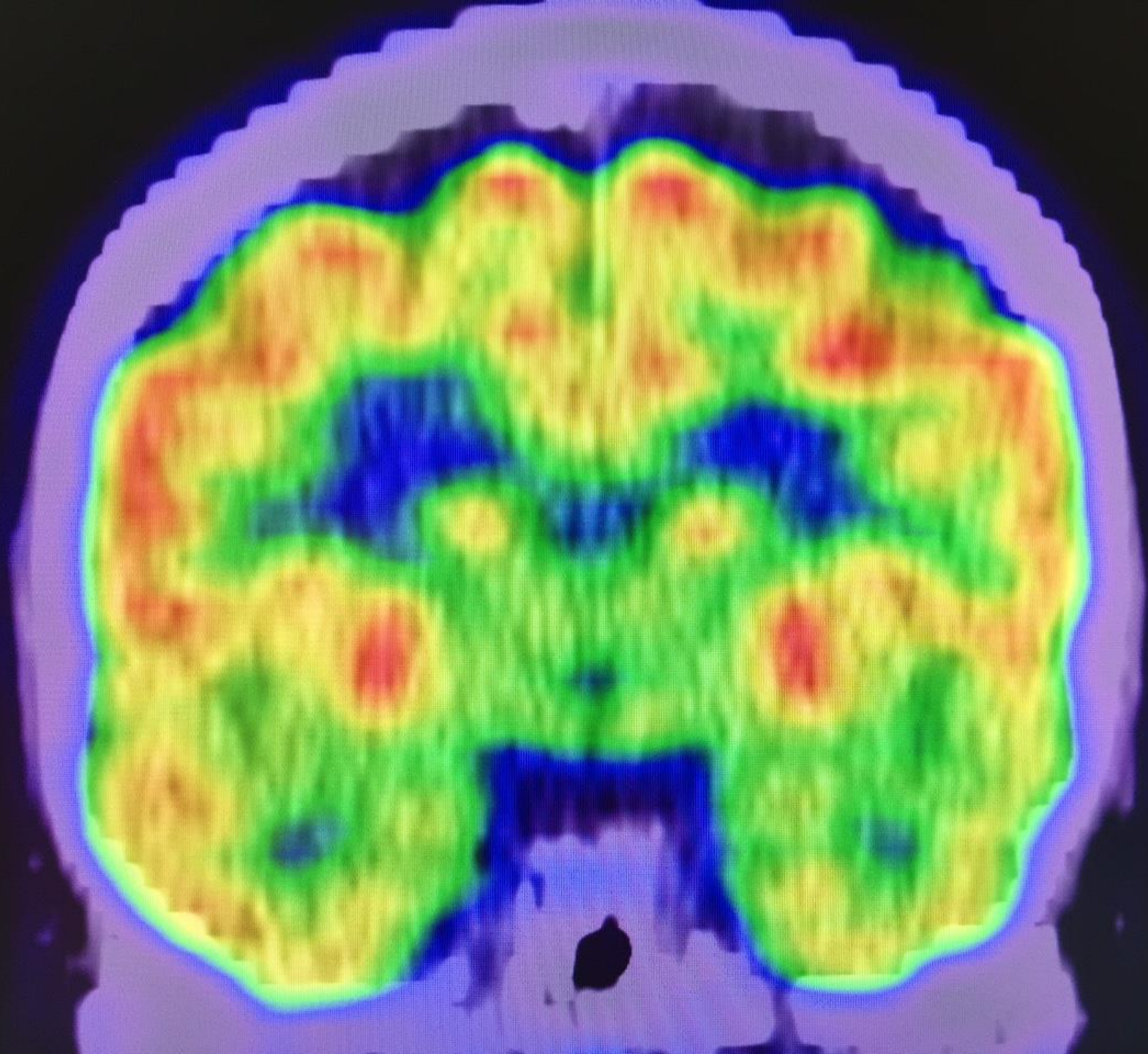
Vanlige tekniske undersøkelser

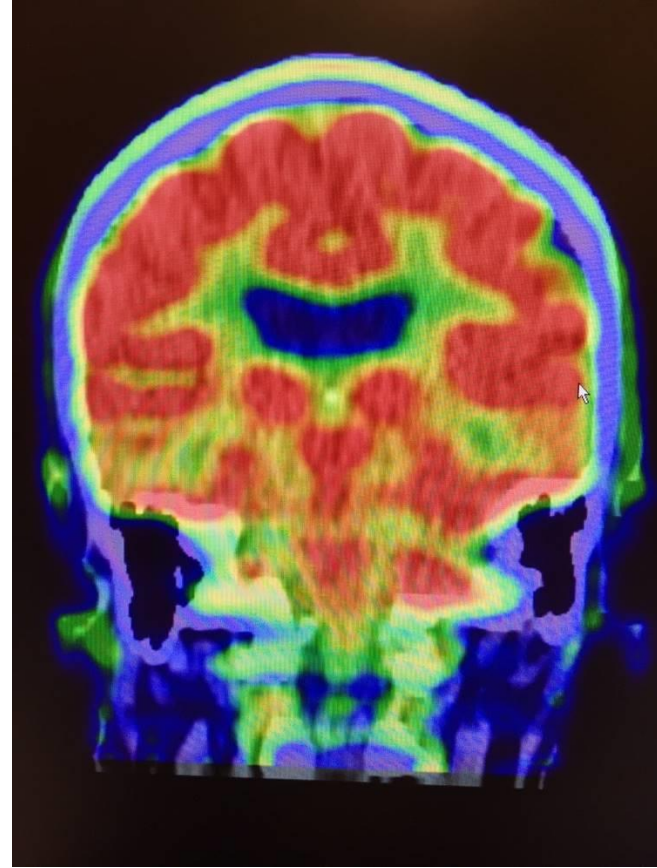
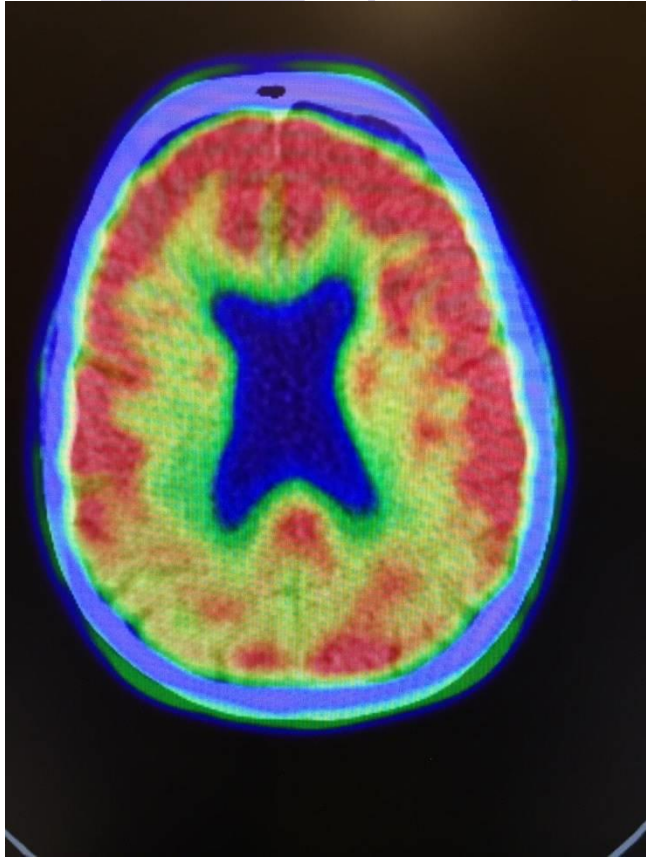
- Blodprøver av ulike slag
- CT av hjernen
- MR av hjernen
- SPECT
- PET
- DaT-SCAN
- Spinalpunksjon
- EEG

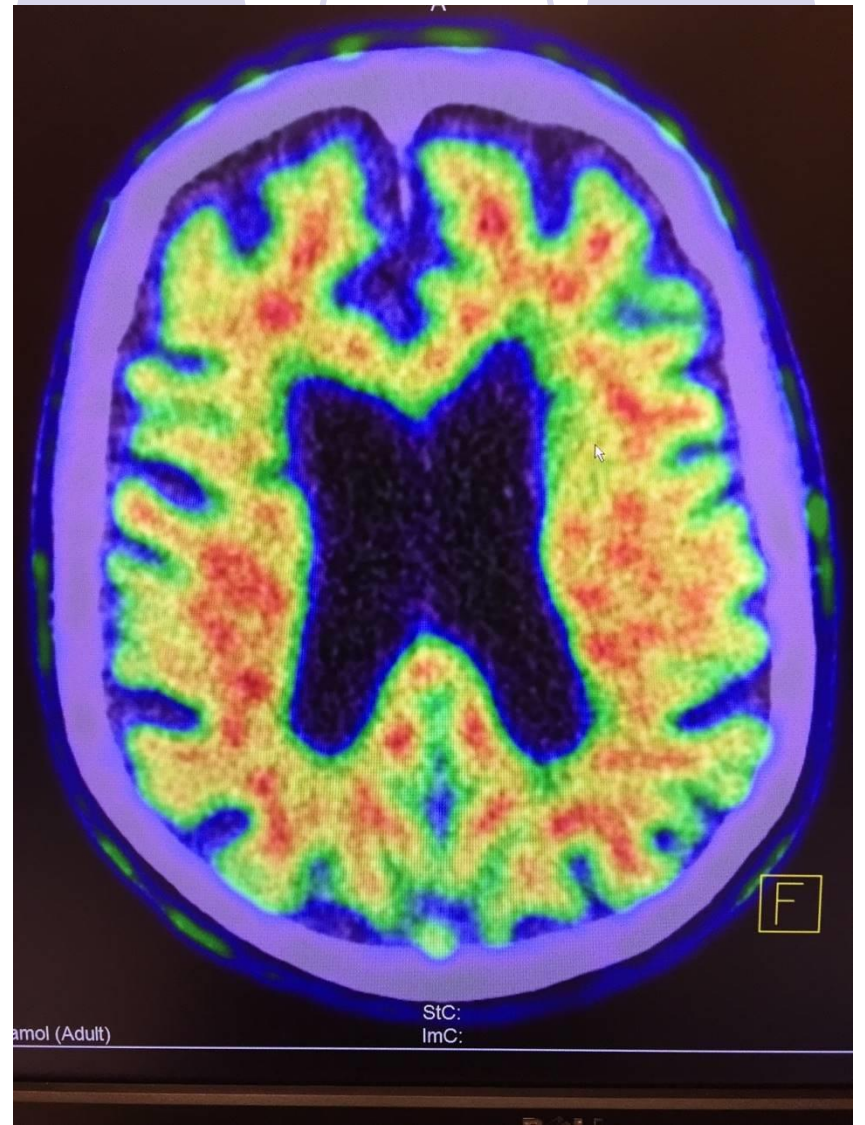
PET



- Positron emission tomography
- Kan utføres med glukose (FDG) eller med andre markører, f eks flutemetamol (amyloid)
- Viser enten glukoseforbruk eller forekomst av det stoffet man merker
- FDG-PET påvirkes også av mentale prosesser







Vanlige tekniske undersøkelser

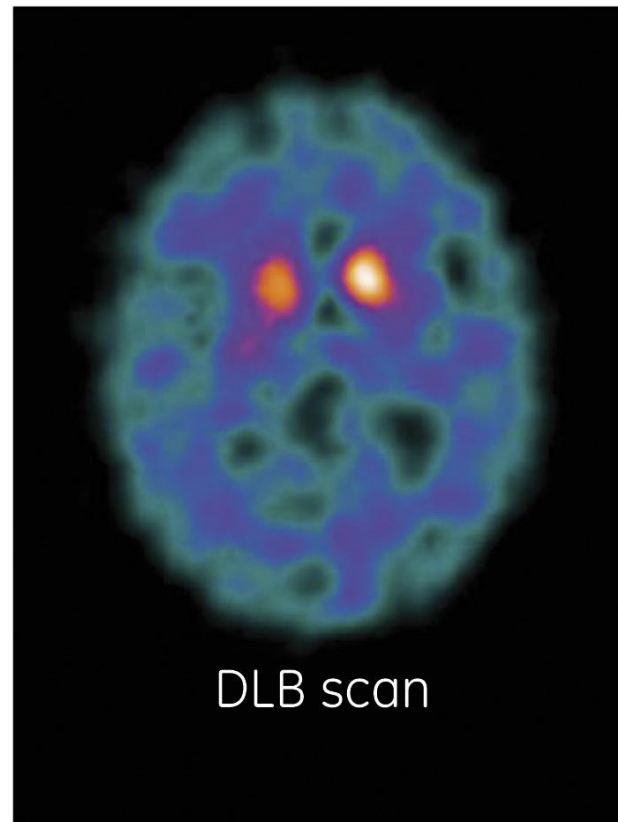
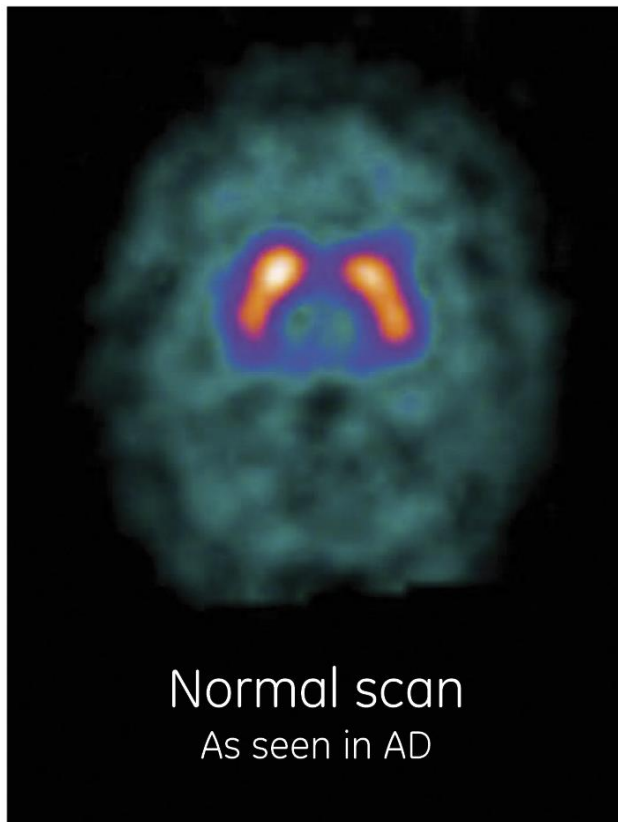
- Blodprøver av ulike slag
- CT av hjernen
- MR av hjernen
- SPECT
- PET
- DaT-SCAN
- Spinalpunksjon
- EEG

DaT-SCAN



- Dopamintransporter – SPECT
- Spesiell markør som brukes med SPECT-teknikk
- Viser opptak i basalgangliene, dvs nucleus caudatus og globus pallidus
- Nedsatt opptak typisk for Parkinsons sykdom og Demens med Lewy-legemer

DaTSCAN



Images courtesy of Southampton General hospital

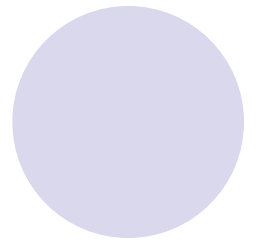
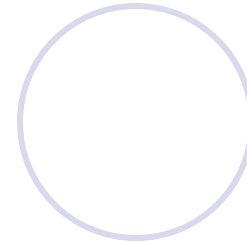
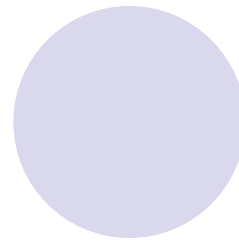
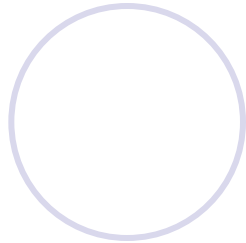
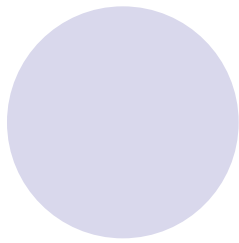
Vanlige tekniske undersøkelser

- Blodprøver av ulike slag
- CT av hjernen
- MR av hjernen
- SPECT
- PET
- DaT-SCAN
- Spinalpunksjon
- EEG

Spinalpunksjon



- Enkel undersøkelse med lite bivirkninger
- Analyse av proteinmønster med mer kan påvise betennelsetilstander og infeksjoner
- Analyse av nevronskade- eller Alzheimer-assosierte stoffer kan gi støtte for diagnoser, alternativt svekke sannsynligheten for diagnoser.



	Resultat verdi	Referanse- intervall / Res.kommentar	
# β -amyloid i spinalvæske	412*	>550	
#Total-tau i spinalvæske	485*	0-450	
#Fosfo-tau i spinalvæske	55	<80	

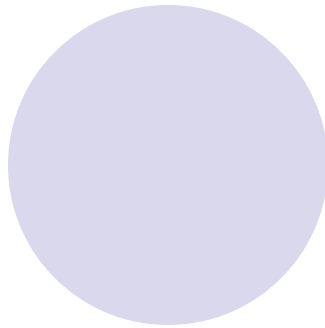
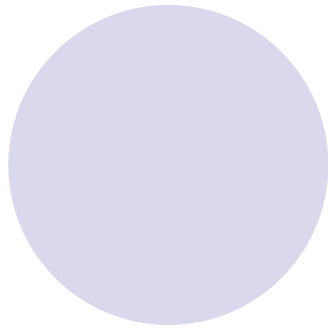


Kognitive tester

Hvorfor gjør man kognitive tester?

- Er det objektivt påvisbar svikt?
 - Eller bare «vanlig glemsomhet»?
- Hvilken type av svikt er det?
 - Tyder det på skader i en bestemt del av hjernen?
 - Tyder det på depresjon?
- Hvilke konsekvenser har svikten?
 - Hva slags råd skal man gi til pasienten og familien?
(Arbeid, aktiviteter etc.)
- Ved oppfølging:
 - Er pasienten blitt bedre av behandling?

Noen eksempler på hvordan
en testing kan gå til





Mini Mental Status

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR.

Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.

J Psychiatr Res 1975;12:189198

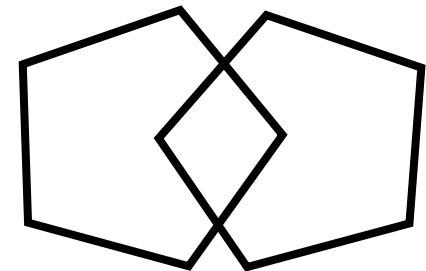
Mini Mental Status



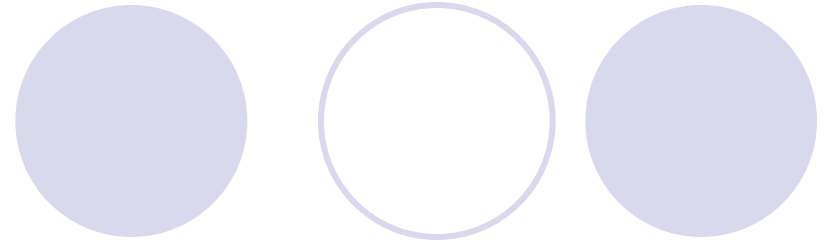
- Enkelt screeningtest for kognitiv svikt
- Språkavhengig
 - Språkproblemer gir svært lave poeng
- Utdanning influerer resultatet mer enn alder
 - Lite eller ingen utdanning gir lave poeng
 - Høy utdanning gir bra poeng tross kognitiv svikt
- Ikke følsom for eksekutiv svikt

Spørsmålene i Mini Mental Status

1. Dag og dato
2. Hvor er vi nå?
3. Gjenta tre ord som du skal huske
4. Trekk 7 fra 80, fem ganger
5. Tell baklengs fra 100 i 30 sekunder
6. Hvilke tre ord skulle du huske?
7. Benevn en blyant og et armbåndsur
8. Gjenta «Aldri annet enn om og men»
9. Brett et papir på midten
10. Les og følg en oppfordring (Lukk øynene dine)
11. Skriv en setning
12. Kopier en enkel figur



Mini mental status



- Man kan få 30 poeng
- De fleste friske bommer bare på ett eller to poeng

The image features five light purple circles arranged in two rows. The top row contains three circles, and the bottom row contains two circles. The text 'Hukommelsestesting' is centered horizontally between the two rows of circles.

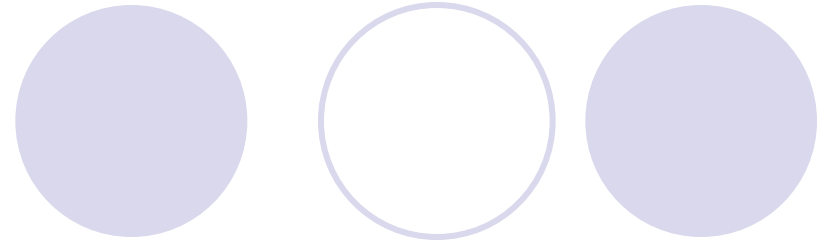
Hukommelsestesting

Episodisk hukommelse



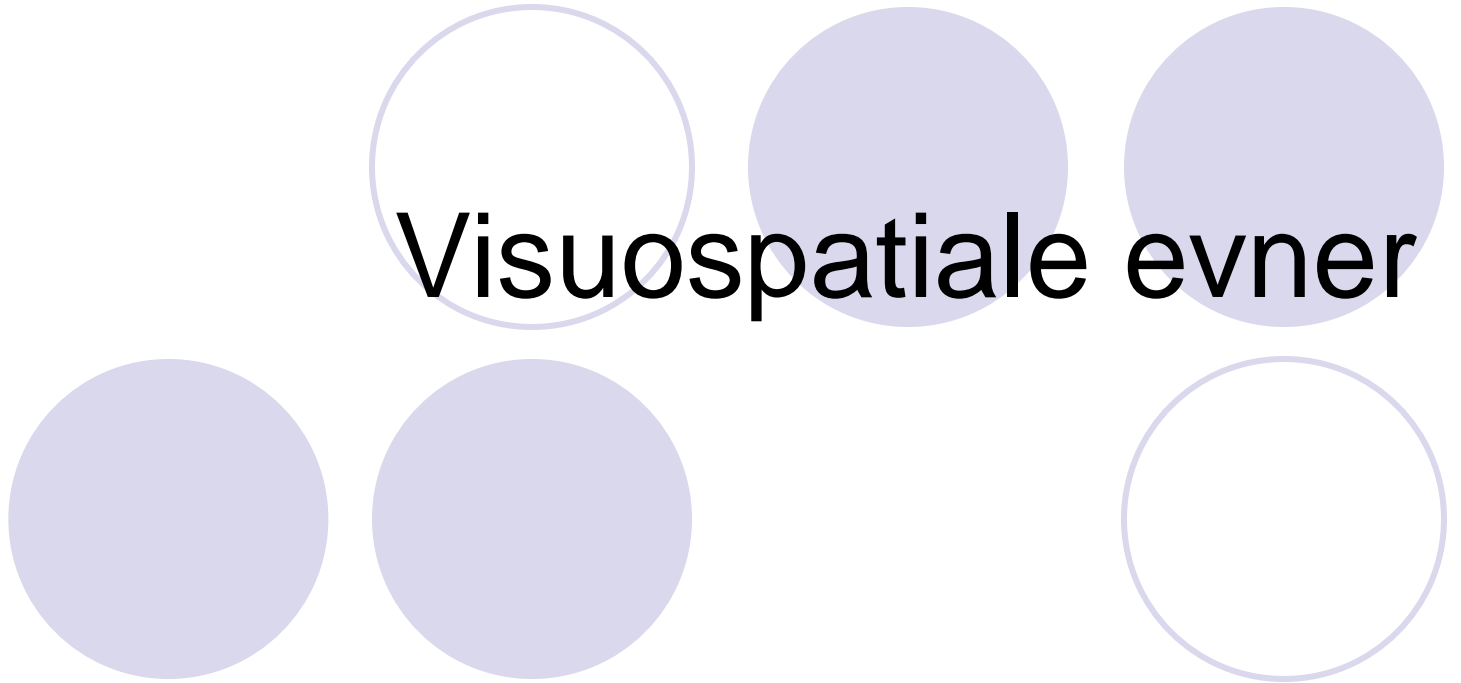
- Verbal hukommelse enklest å teste og måle
- Vanligste metoden er testing med ordliste
- Gir bra informasjon om
 - Innlæringsevne
 - Utsatt gjenkalling
 - Gjenkjenning

«Tiordstest»



1. Smør
2. Arm
3. Strand
4. Brev
5. Maskin
6. Hytte
7. Dronning
8. Gress
9. Stav
10. Billett

Visuospatiale evner





Hva er «visuospatiale evner»

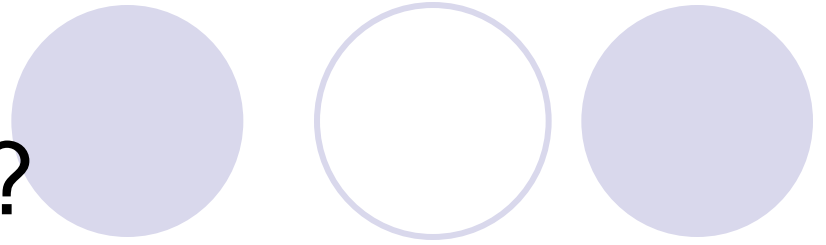
- Evnen til å forstå hva man ser, og tolke hvordan ting er plassert i forhold til hverandre
- Sterkt knyttet til retningssans

Vansker ved svikt i visuospatiale evner



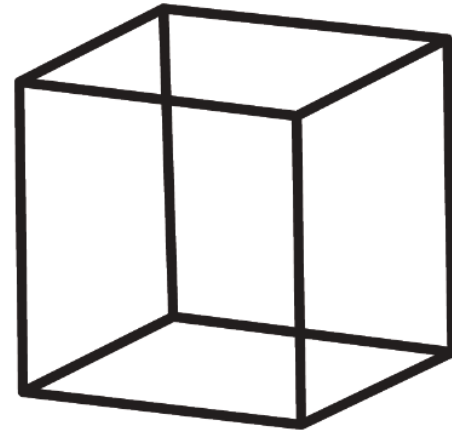
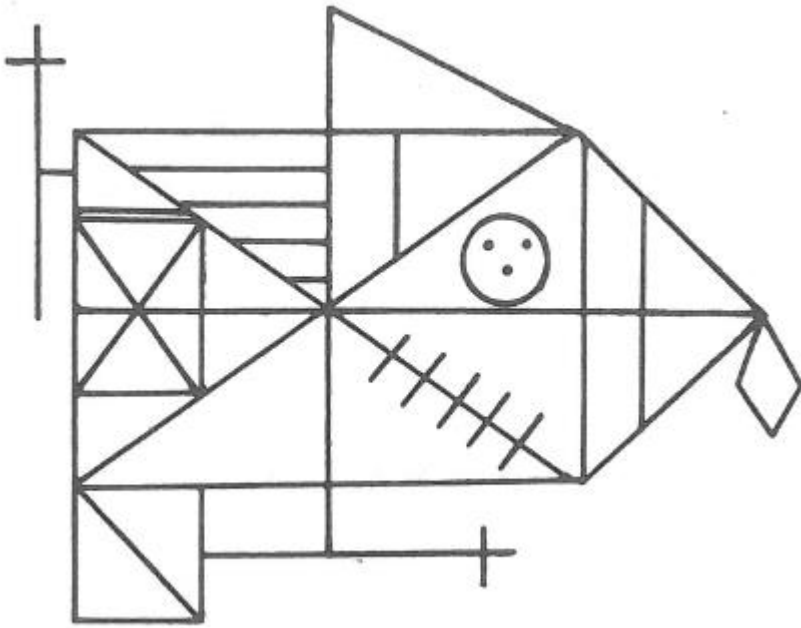
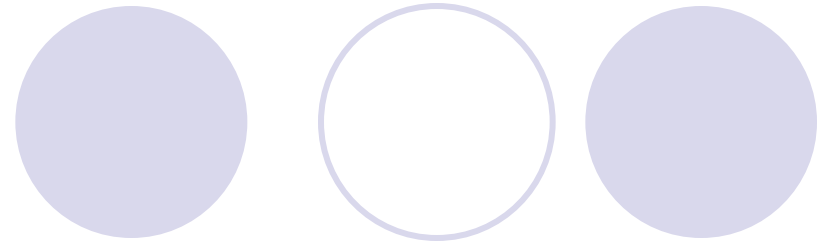
- Problemer med å gjenkjenne gjenstander på bilder, spesielt hvis bildene er tatt fra uvanlige vinkler
- Problemer med å gjenkjenne ansikter
- Dårligere evne til å bedømme avstand og hastighet
- Vansker med å forstå klokka
- Vansker med hoderegning

Hvordan tester man visuospatiale evner?



- Figurkopiering
- Klokketest
- Poppelreuterfigurer
- Figurdiskriminering
- Inkomplette figurer

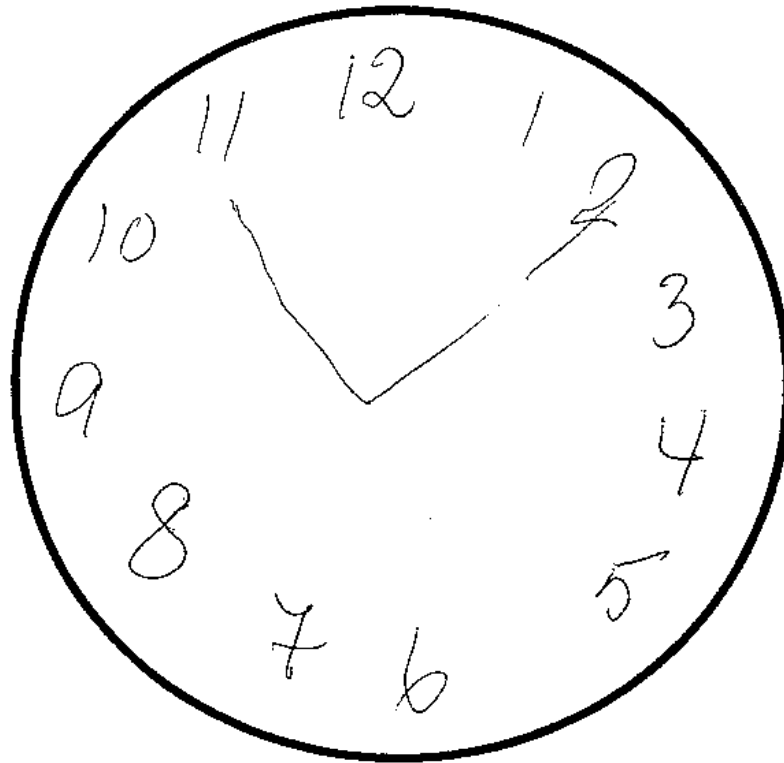
Figurkopiering

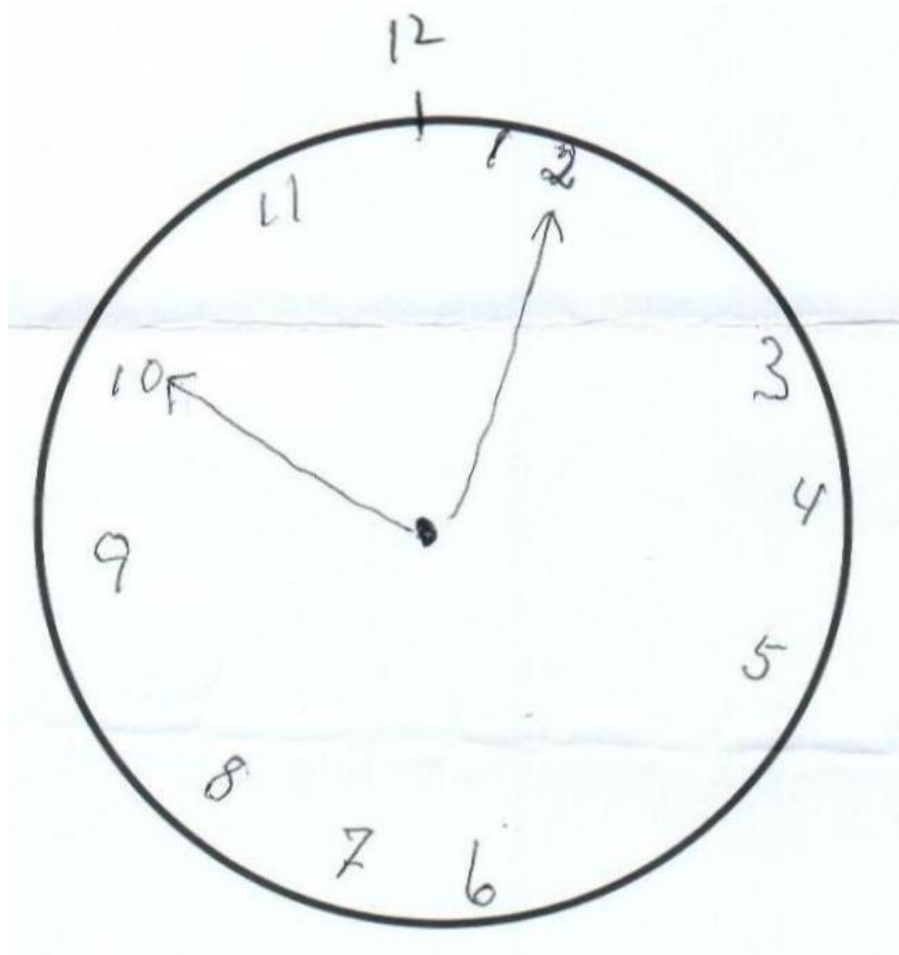
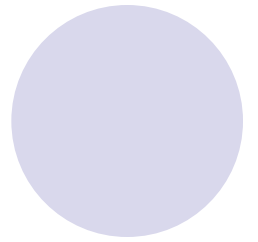
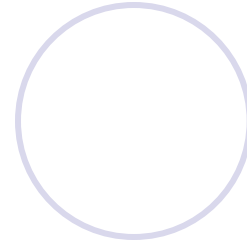
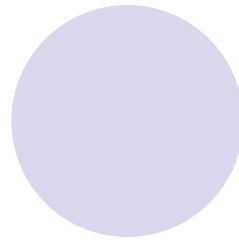
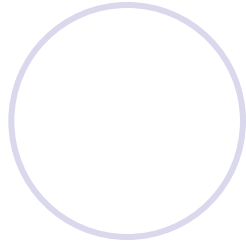
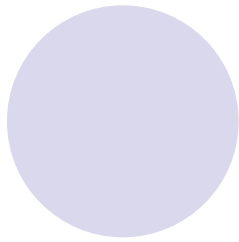


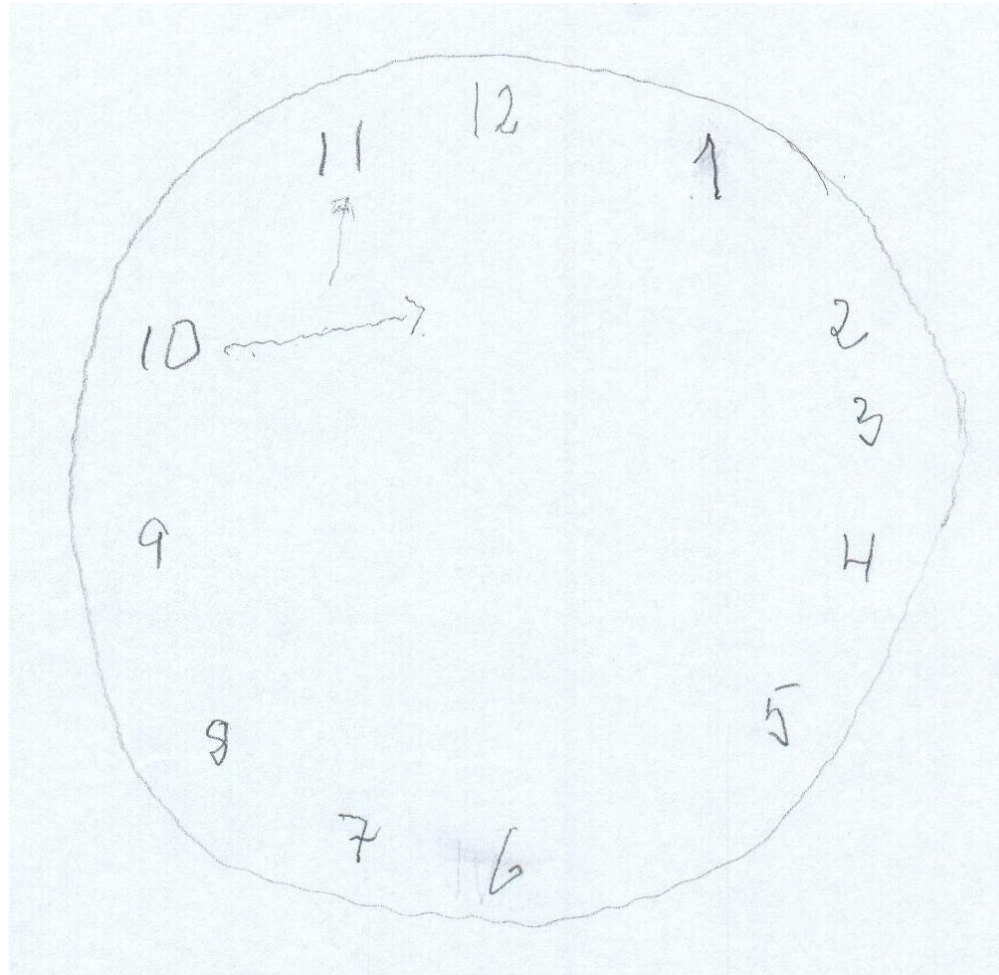
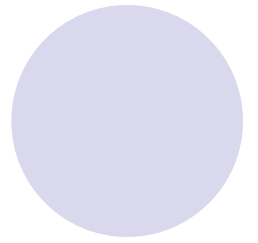
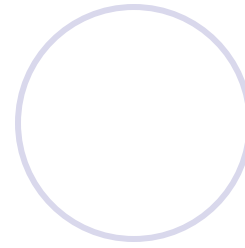
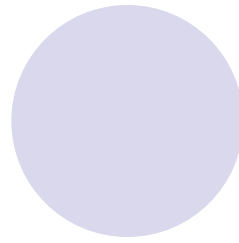
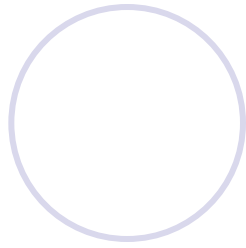
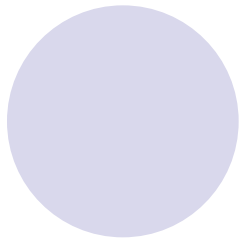
Klokketest

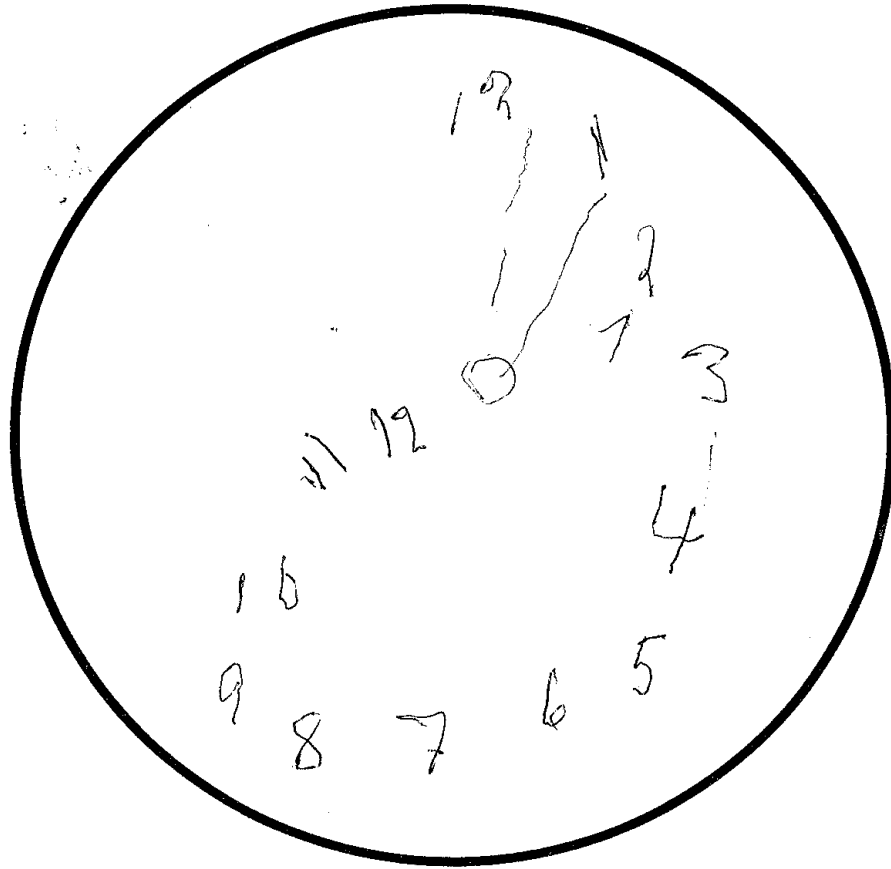
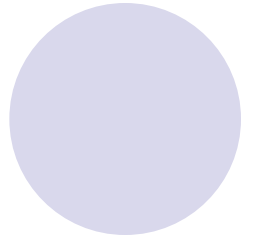
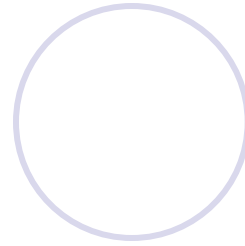
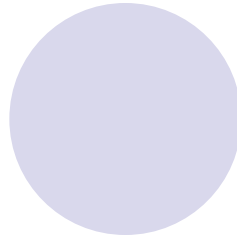
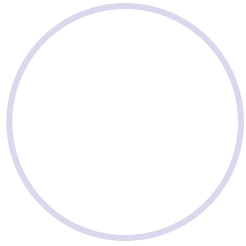
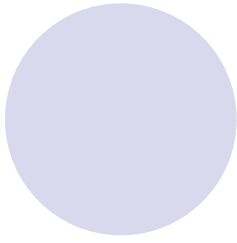
- Pasienten får et papir med en trykt sirkel
 - (7-10 cm diameter)
- Instruksjon: Skriv inn tall slik at det blir til en klokke
- Fordelen er at sirkelen er ganske stor, planlegging får betydning

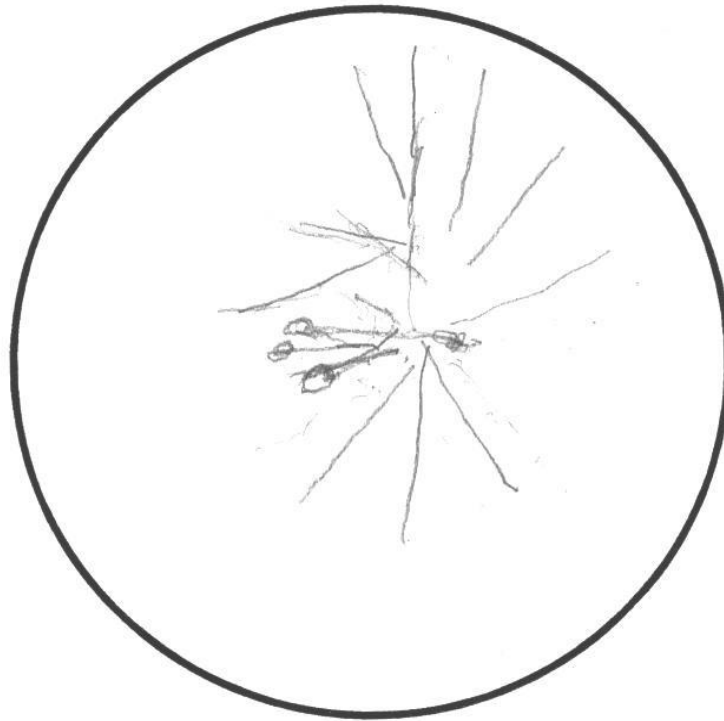
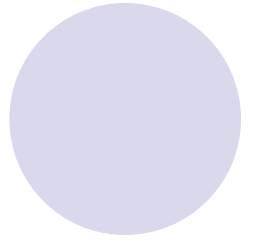
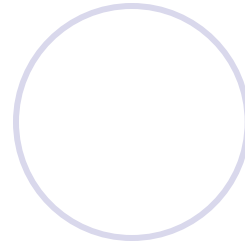
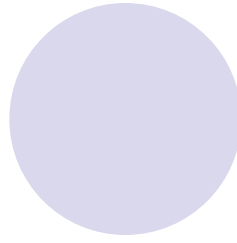
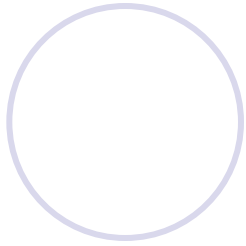
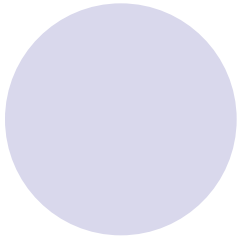
Normal klokke

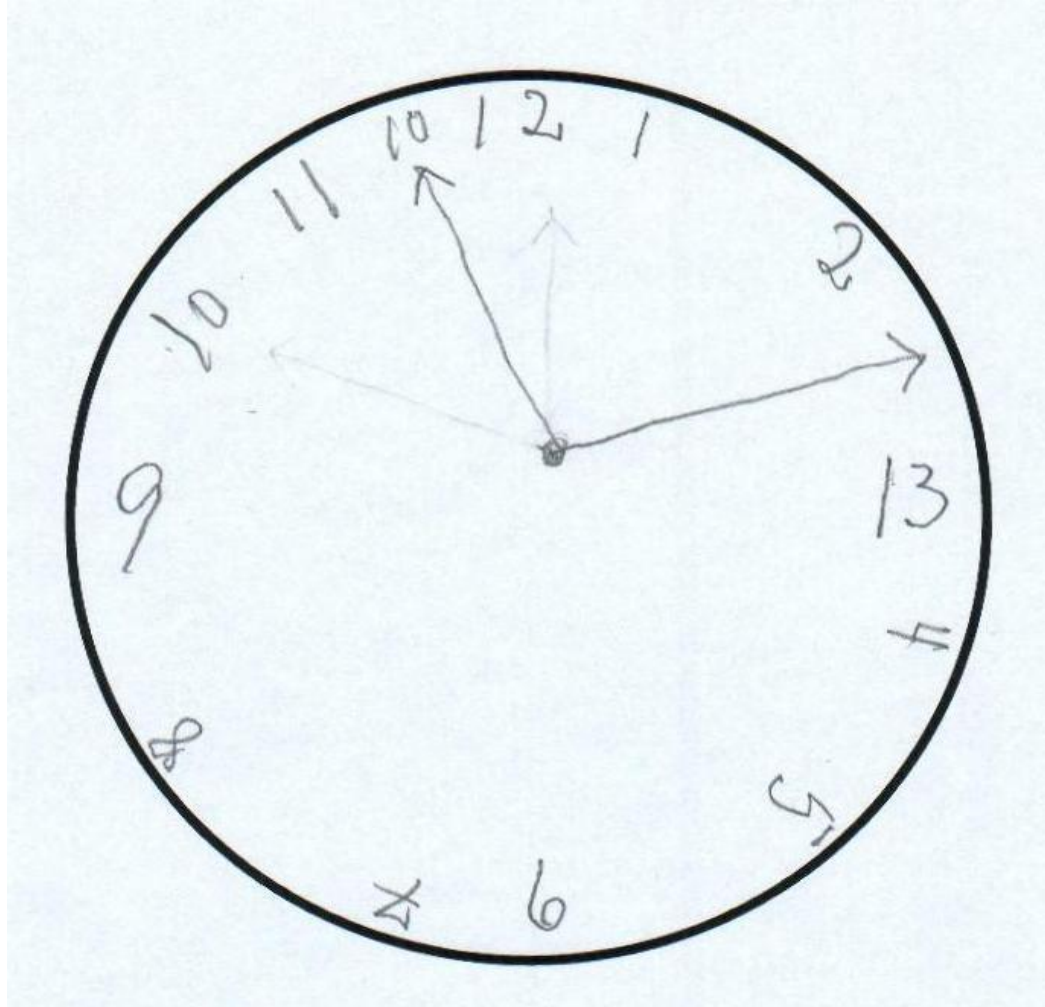
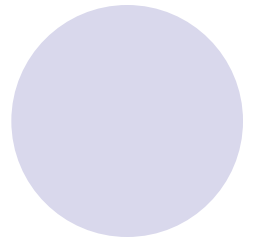
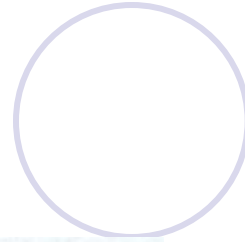
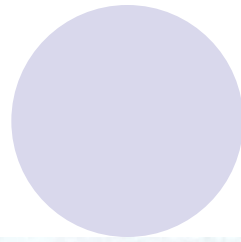
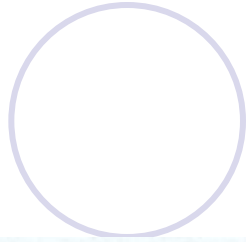


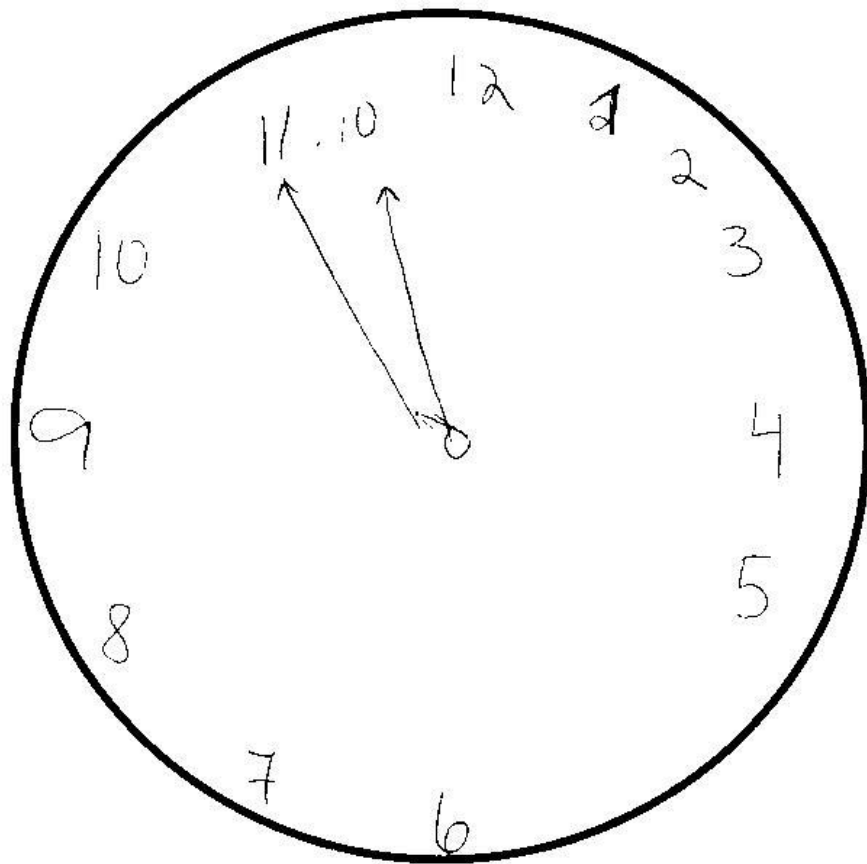
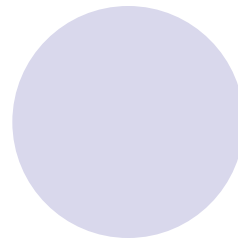
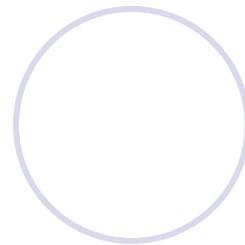
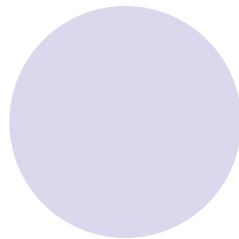
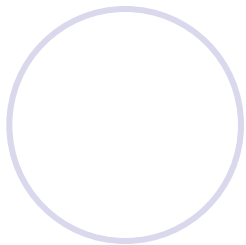
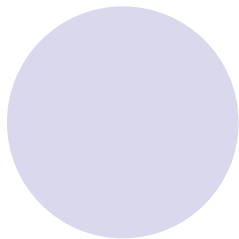


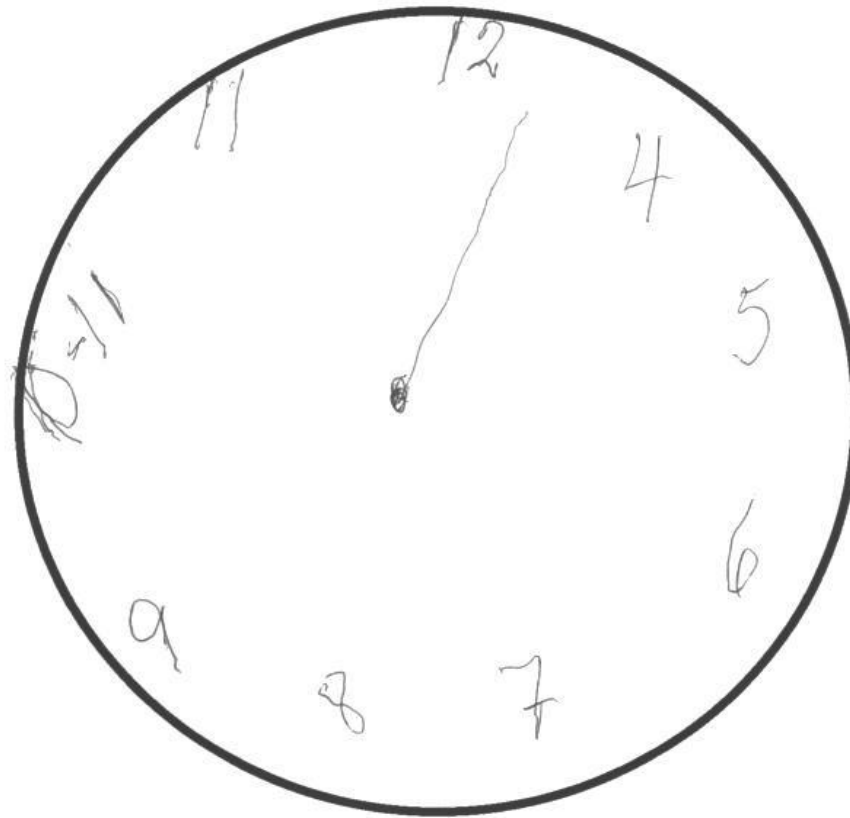
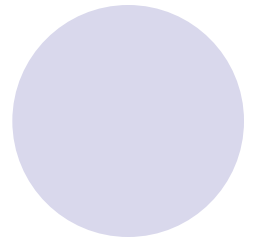
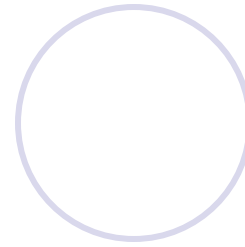
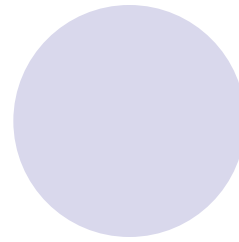
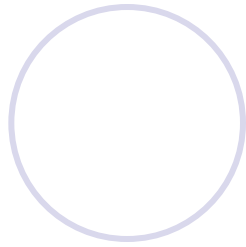
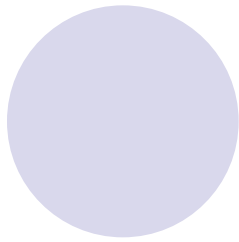


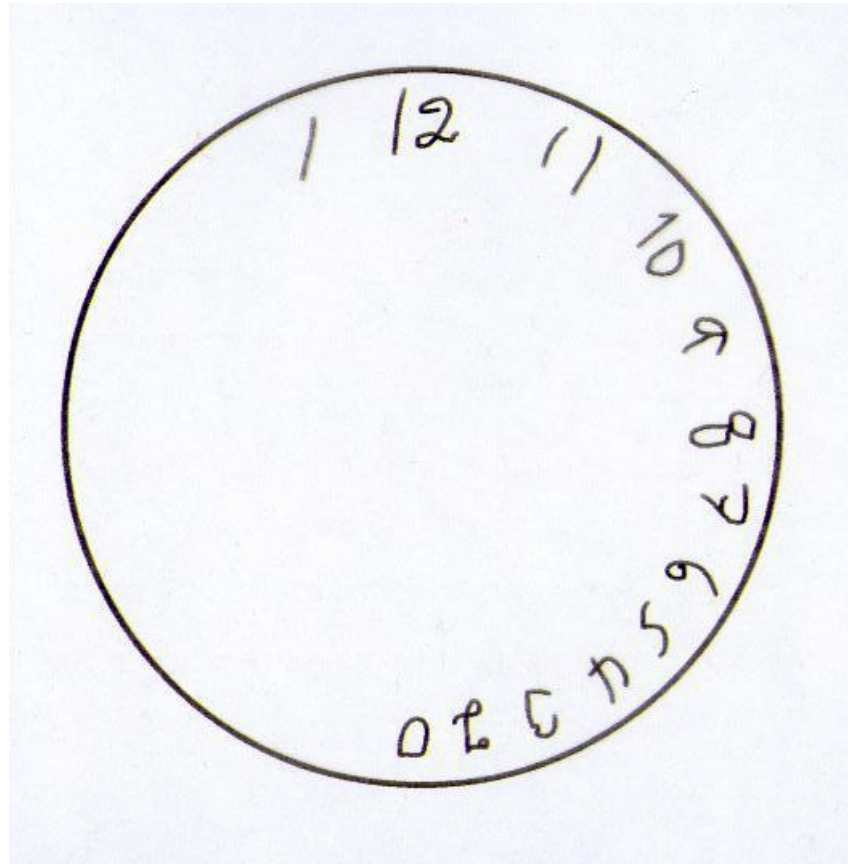
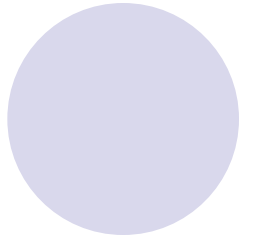
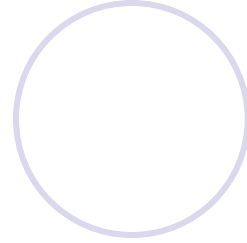
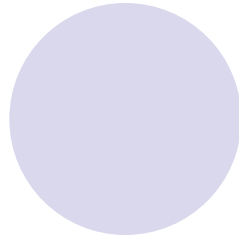
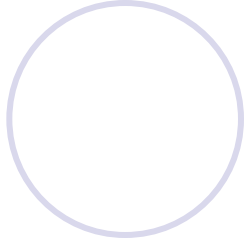
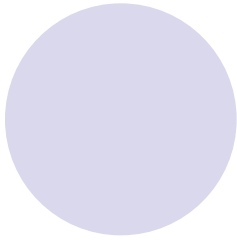


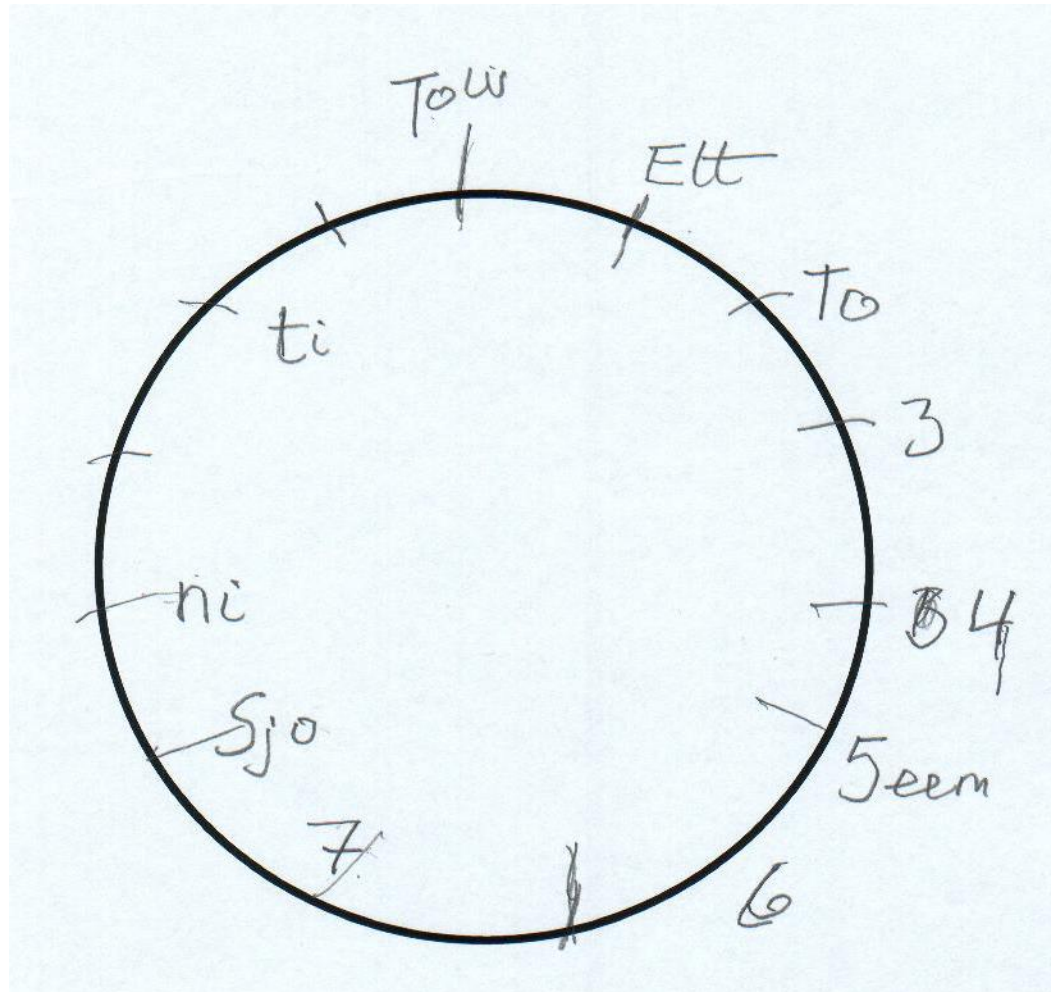
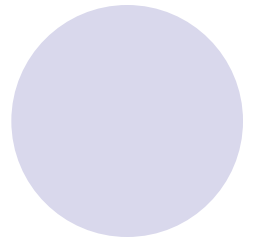
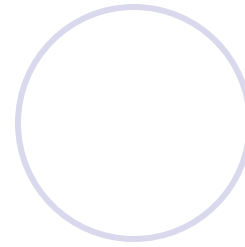
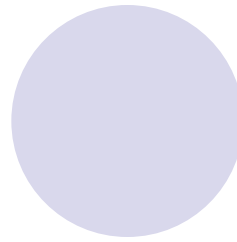
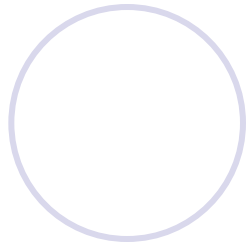
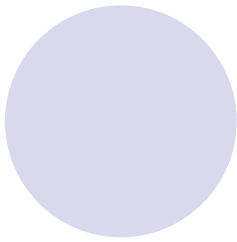


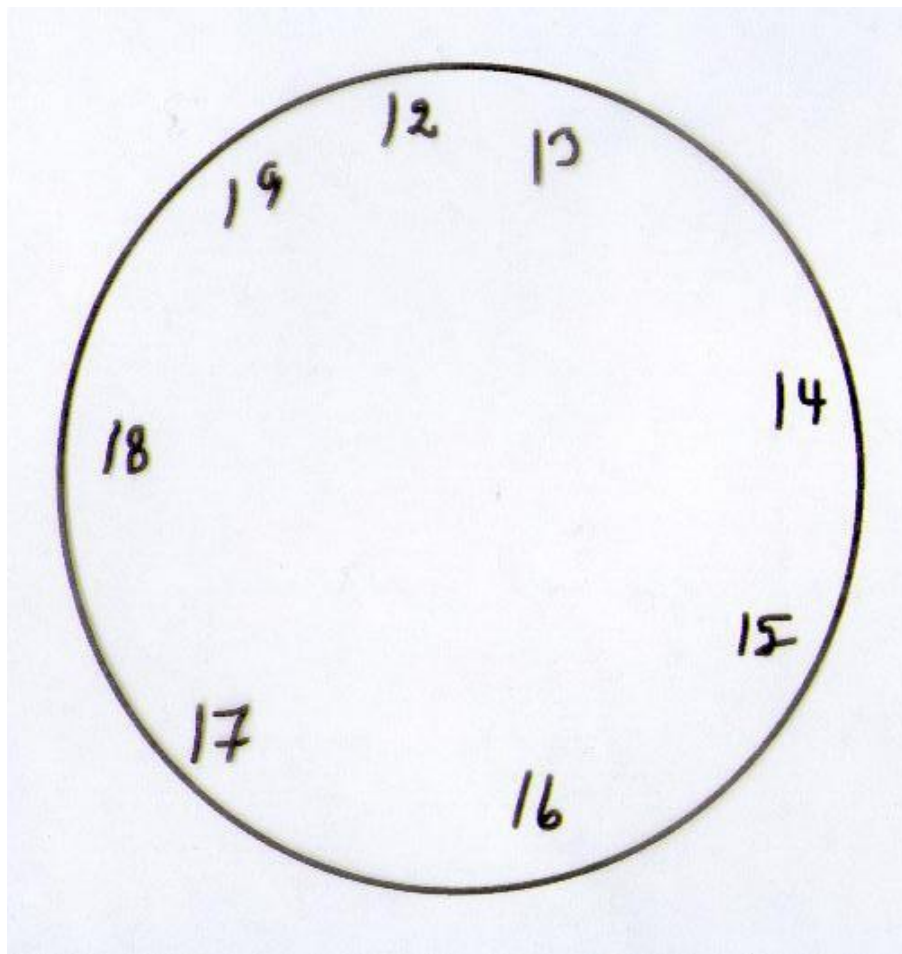
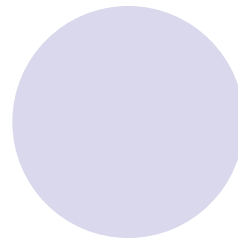
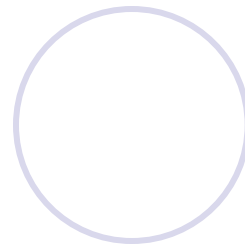
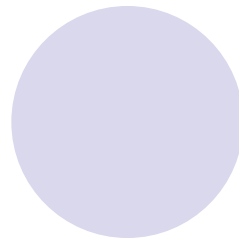
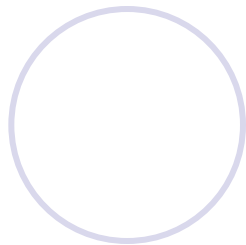
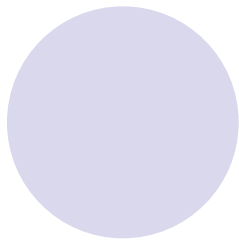


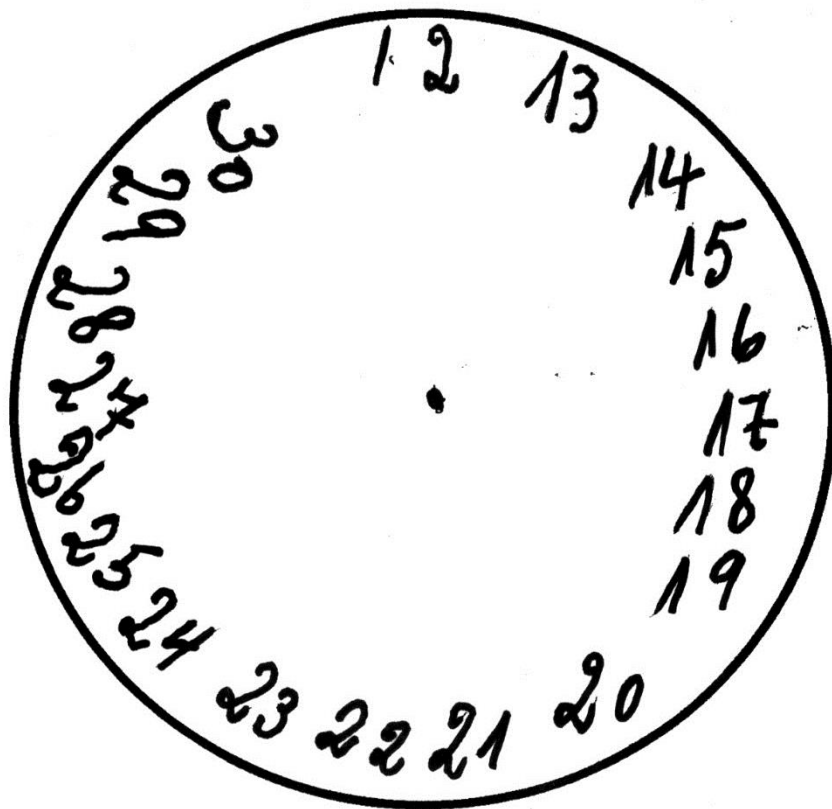
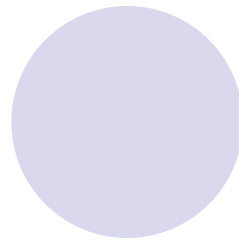
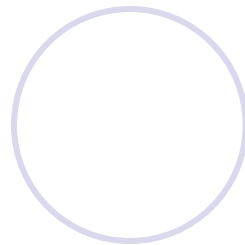
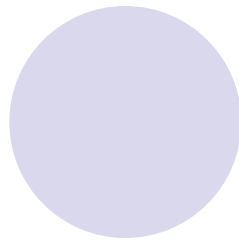
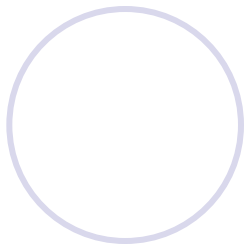
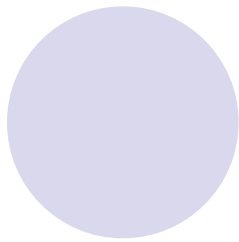


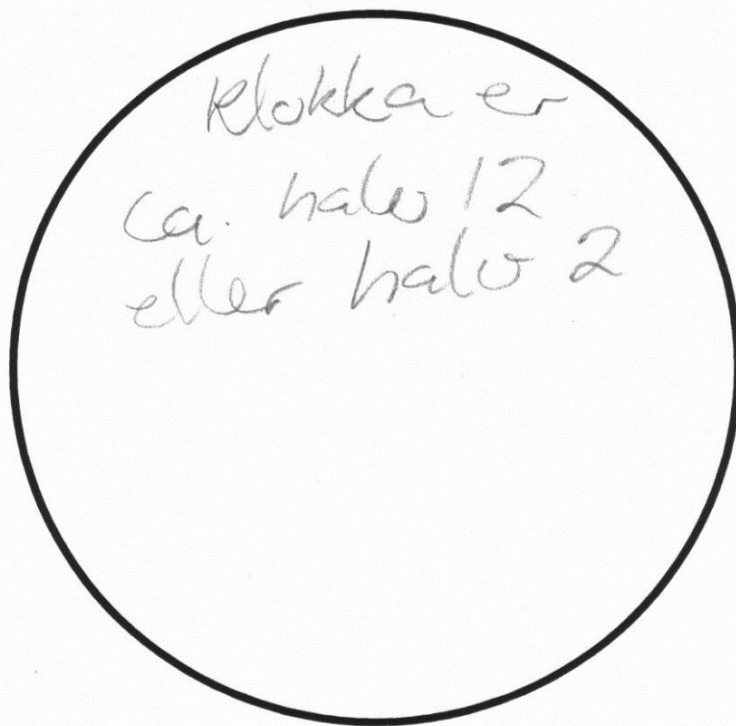
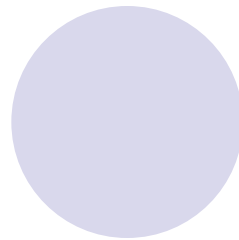
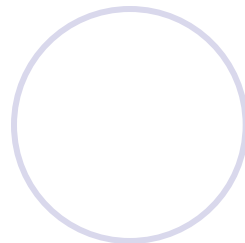
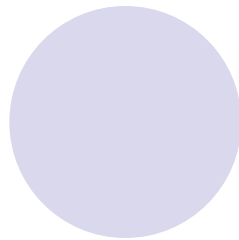
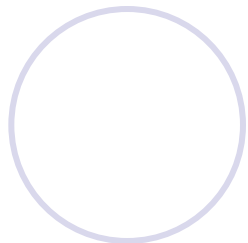
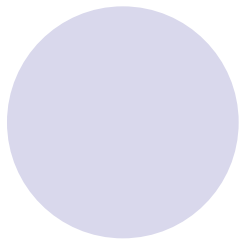






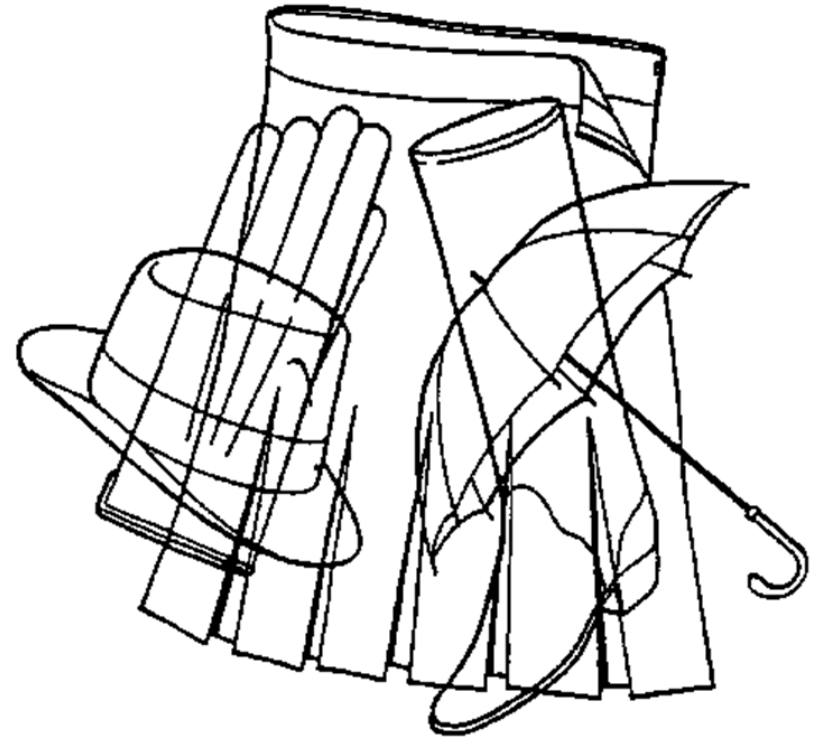
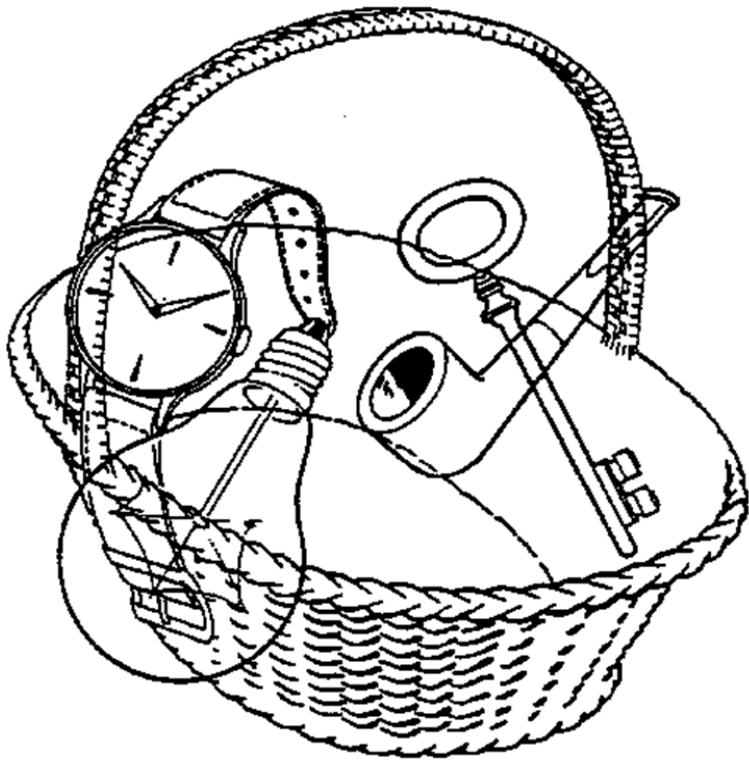




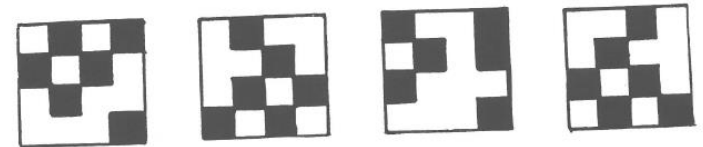
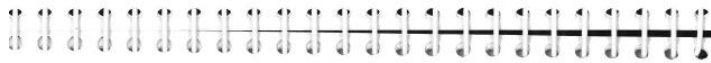
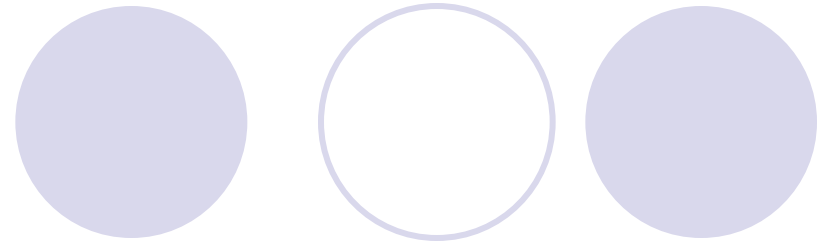


Klokka er
ca. halv 12
eller halv 2

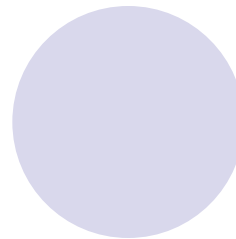
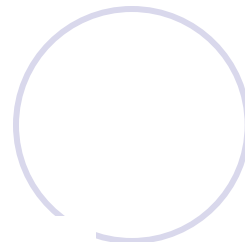
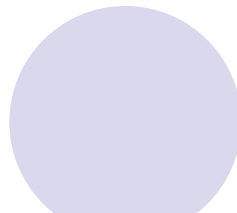
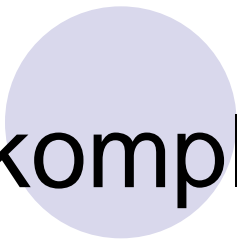
Poppelreuterfigurer



Figurdiskriminering

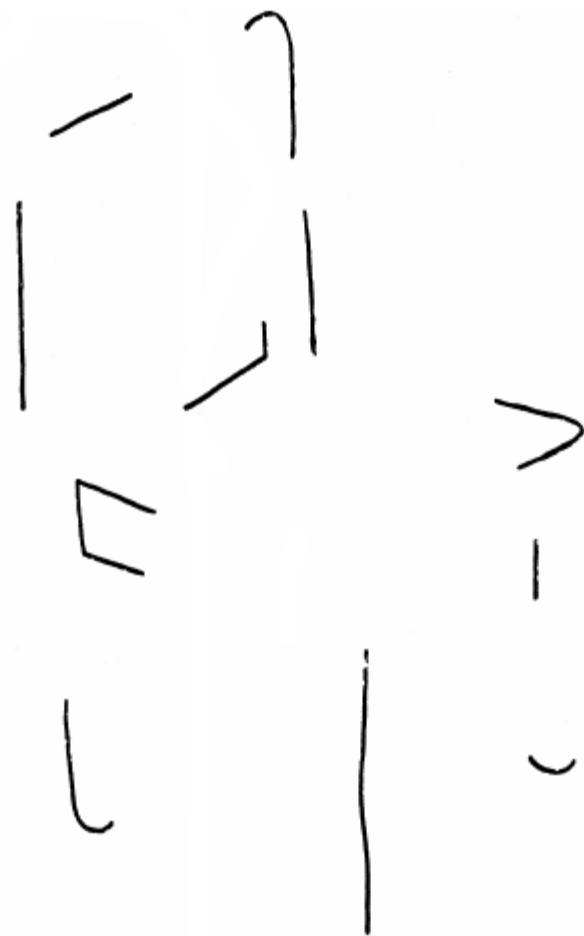


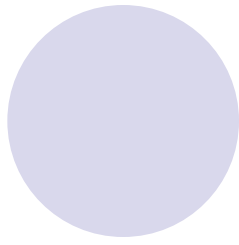
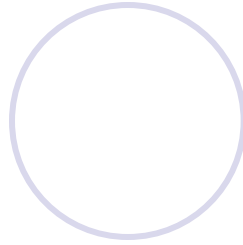
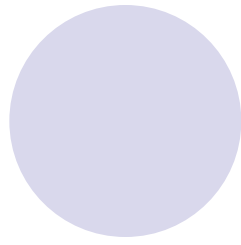
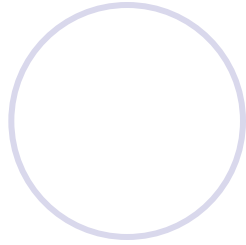
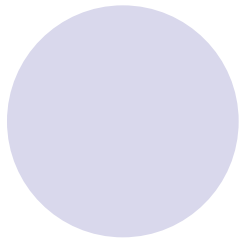
Inkomplette figurer



fra Addenbrooke's Cognitive Test Battery

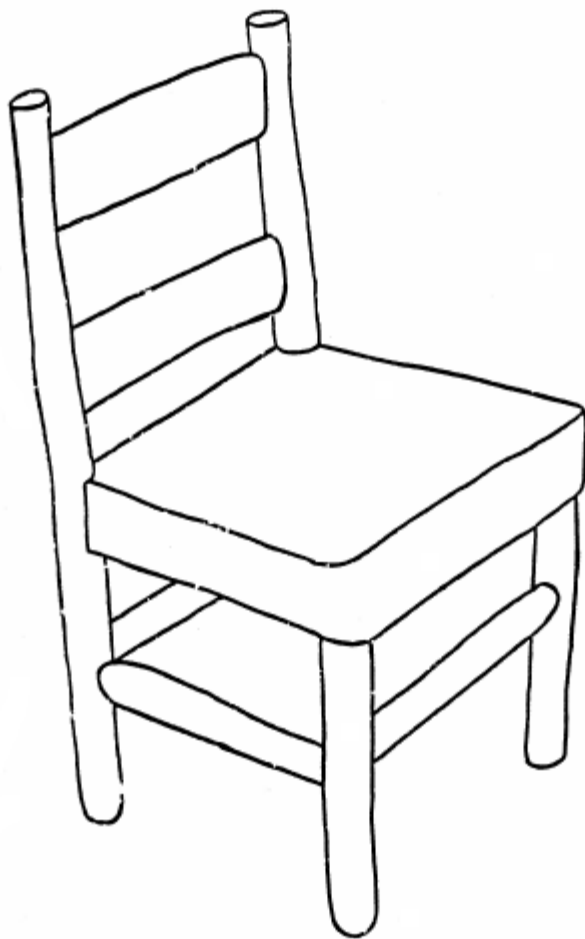
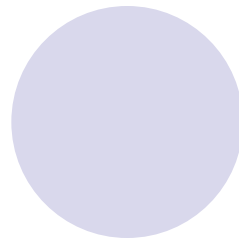
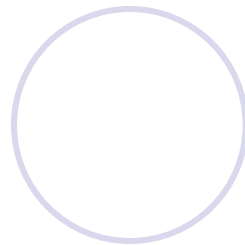
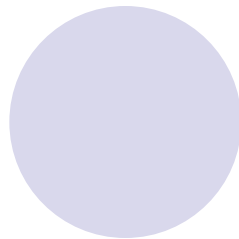
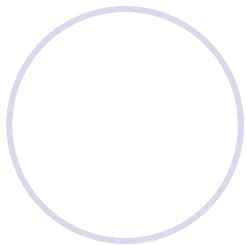
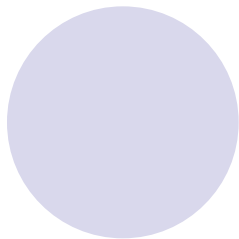
Inkomplette figurer (Gollin)





1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100

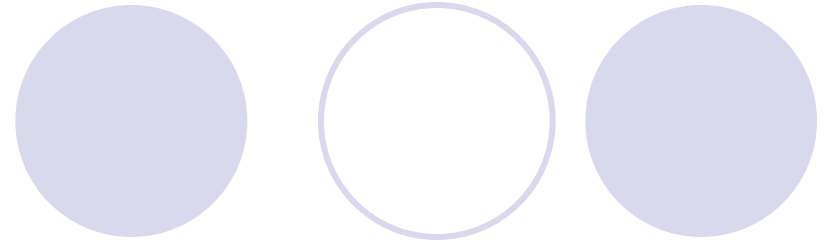
1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100



The page features six light purple circles arranged in two rows. The top row contains three circles, and the bottom row contains three circles. The text 'Undersøkelse av språk' is centered between the two rows.

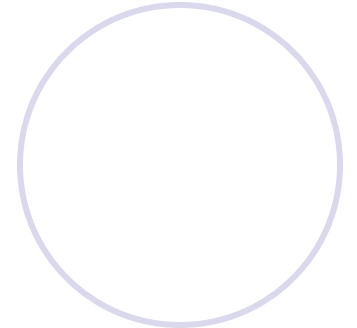
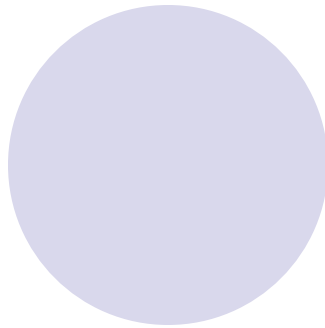
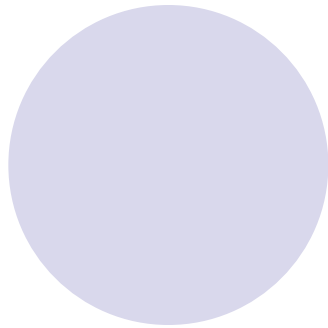
Undersøkelse av språk

Vurdering av språk



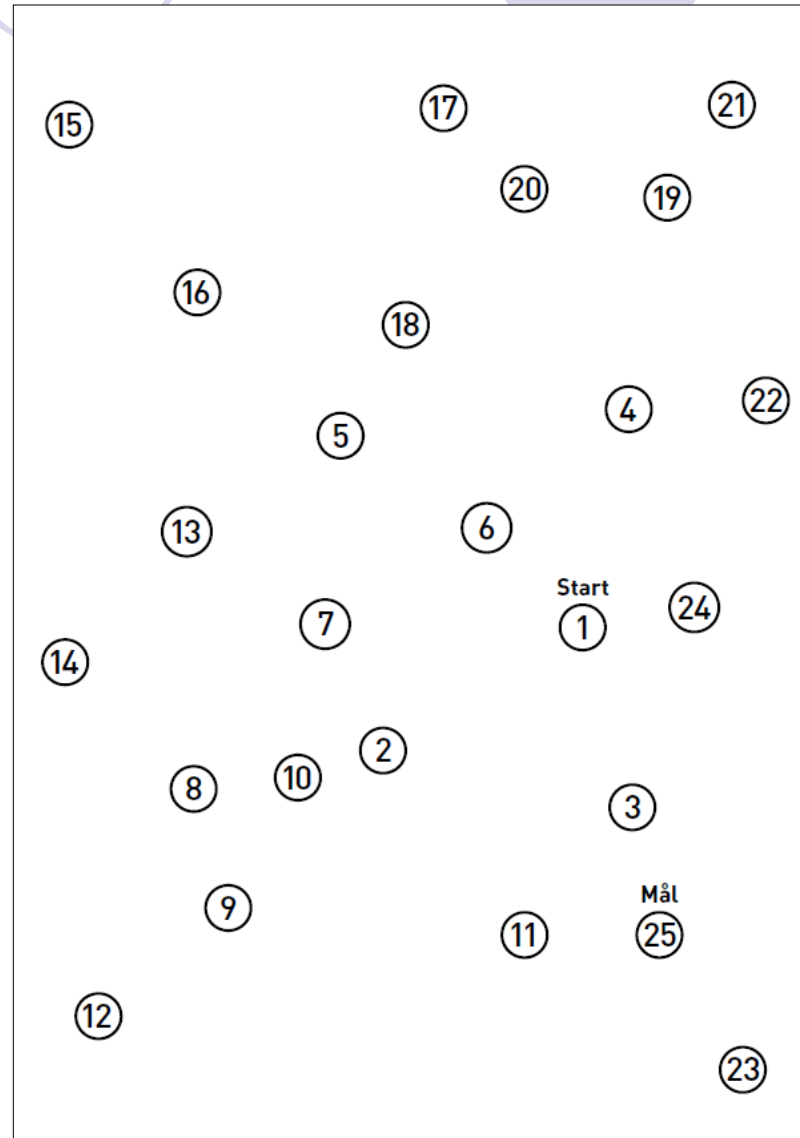
- Grammatikk
- Språkmotorikk
- Benevning
- Repetisjon
- Setningsforståelse
- Ordforståelse
- Objektmatching
- Lesing og staving

Vurdering av oppmerksomhet og mental hastighet

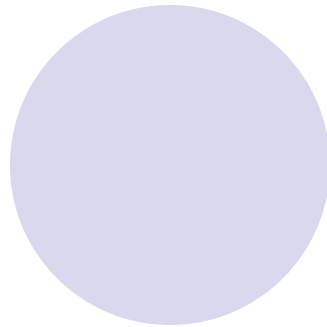
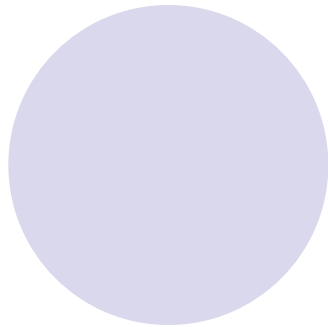


Trail-making test

Del A



Vurdering av eksekutiv funksjon



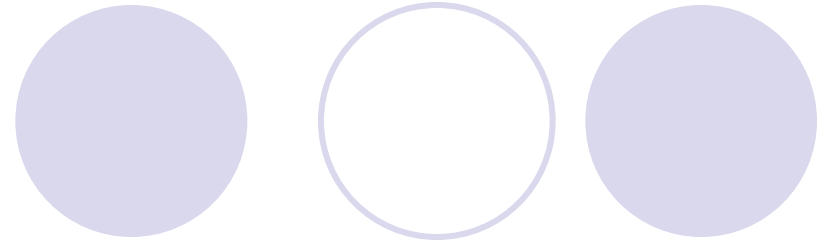
Eksekutiv kognitiv aktivitet



”Evnen til å generere situasjonsadekvat adaptiv atferd, uavhengig av ytre instruksjon, støtte eller veiledning”*

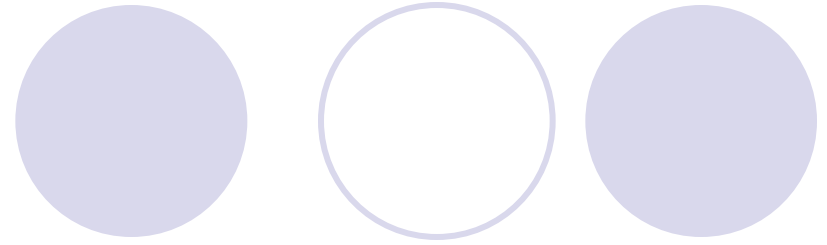
*Koziol & Budding. Subcortical structures and cognition, Springer 2009.

Eksekutiv funksjon



- Evnen til å utføre sammensatte handlinger
 - Ta initiativ
 - Planlegge
 - Gjennomføre
 - Korrigere feil
 - Avslutte

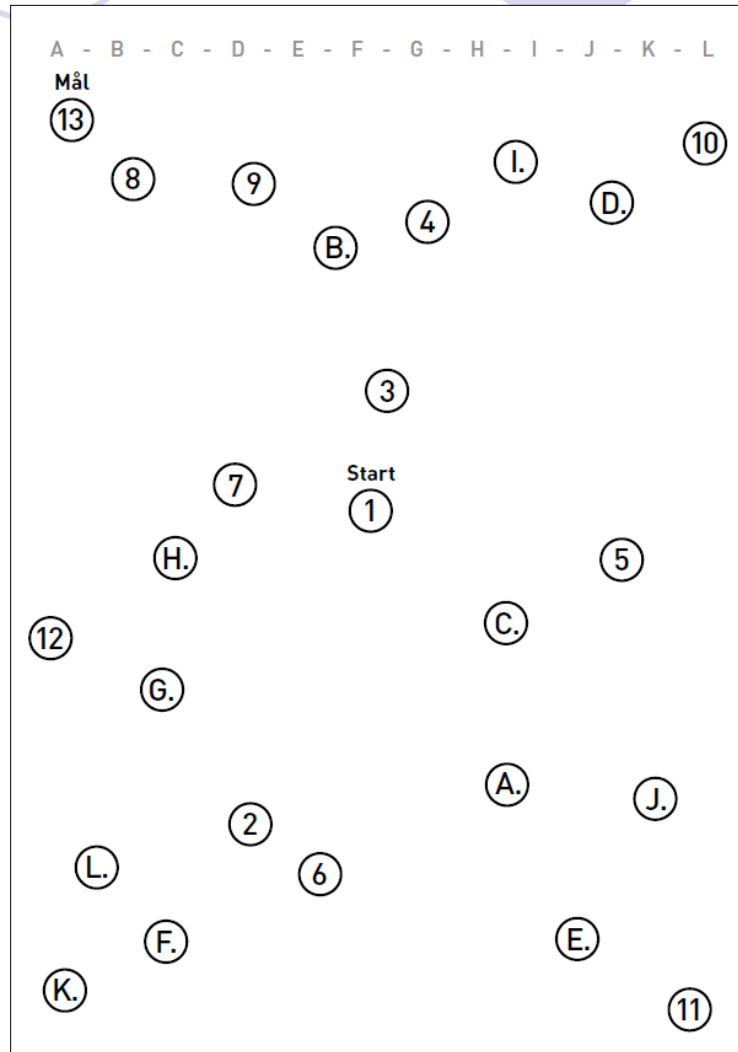
Eksekutiv funksjon



- Vurderes ofte på tester der pasienten blir ”sluppet fri” og enten
 - Må følge regler, f eks
 - Klokketest
 - Trailmaking test
 - Kodningstester
 - Eller klare seg selv, f eks
 - Brixton spatial anticipation test

Trail-making test

Del B



Eksempel på kodningstest

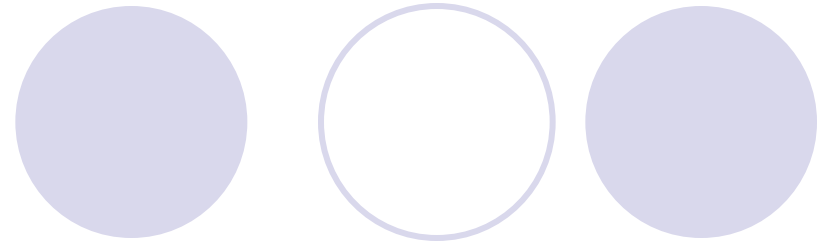
B

▷	┘	^	└	◁	┌	=	√	+
1	2	3	4	5	6	7	8	9

SAMPLE _____

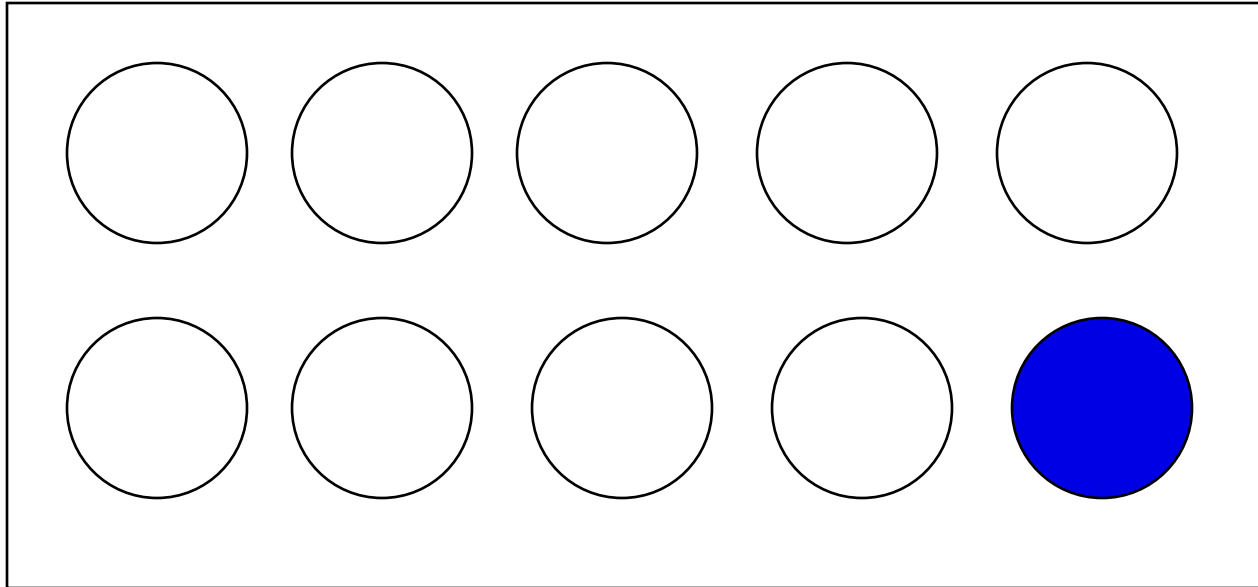
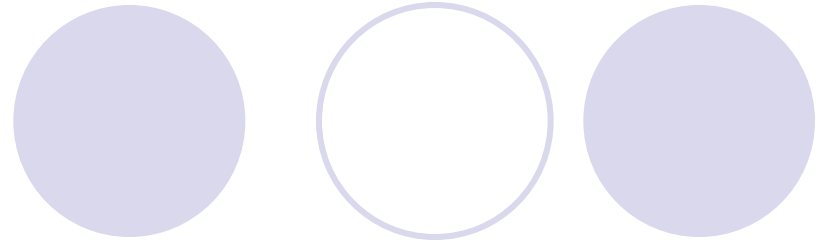
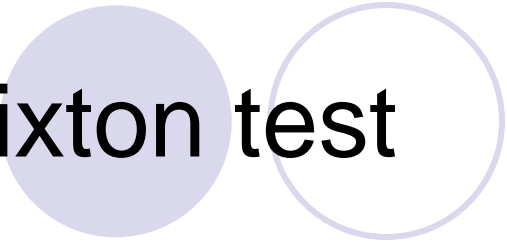
=	┌	◁	^	+	┘	└	▷	√	=	┌	^	▷	+
└	▷	√	┌	=	^	◁	+	┘	^	└	◁	+	┘
▷	┌	^	=	√	◁	┘	+	└	=	▷	^	┌	◁

Brixton test

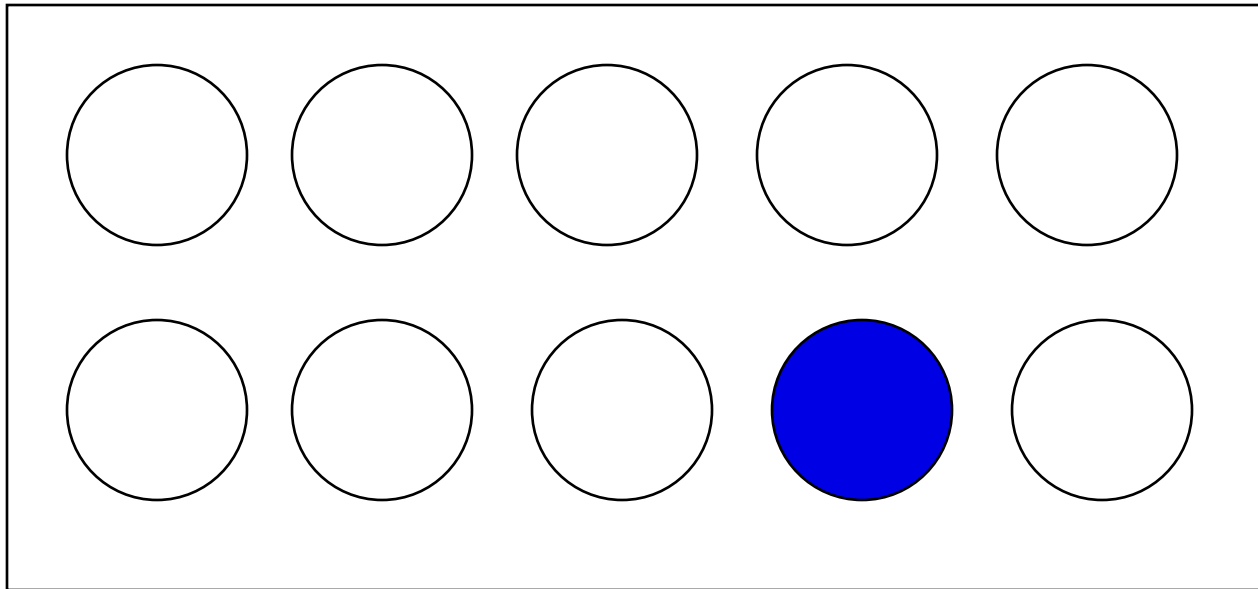
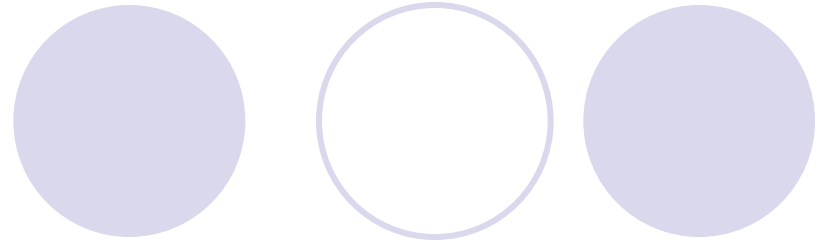
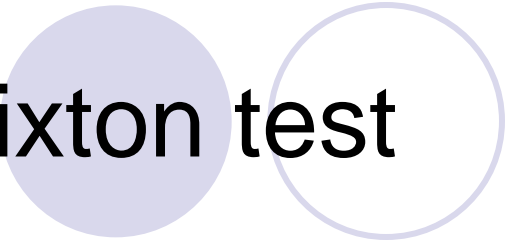


- Å oppdage mønstre i en rekke av stimuli

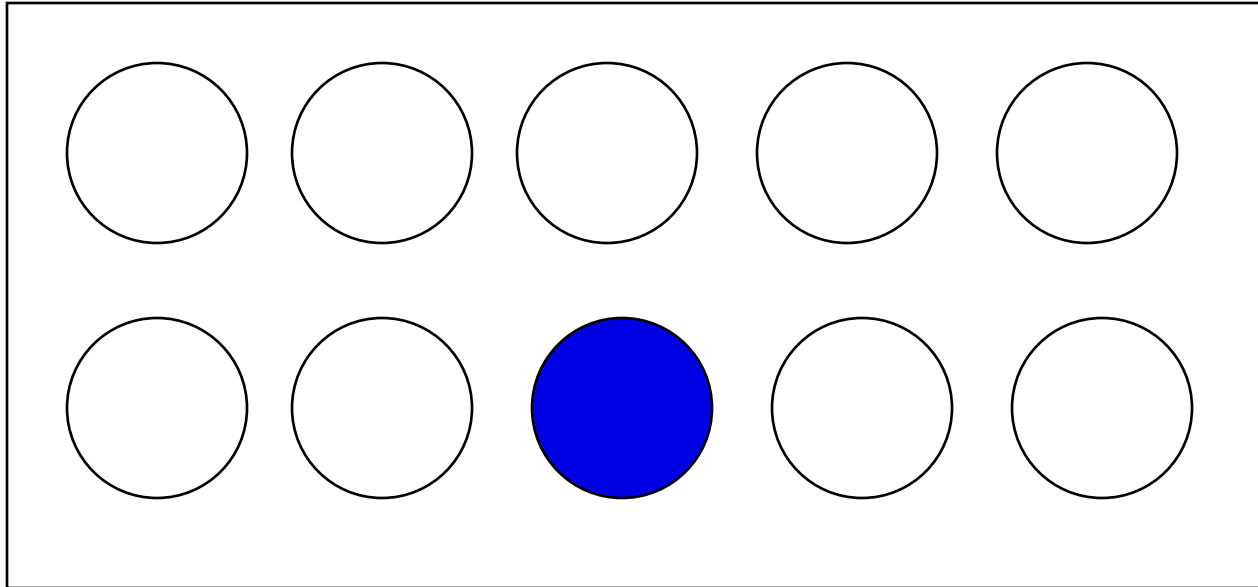
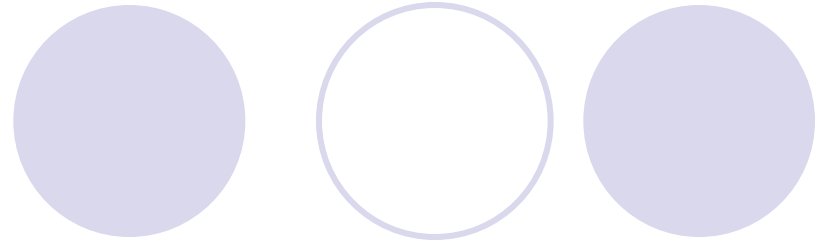
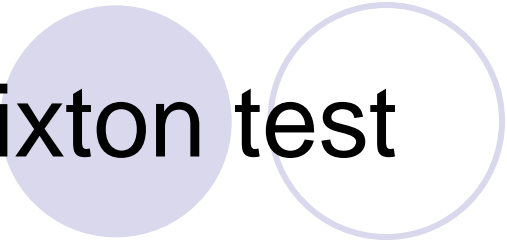
Brixton test



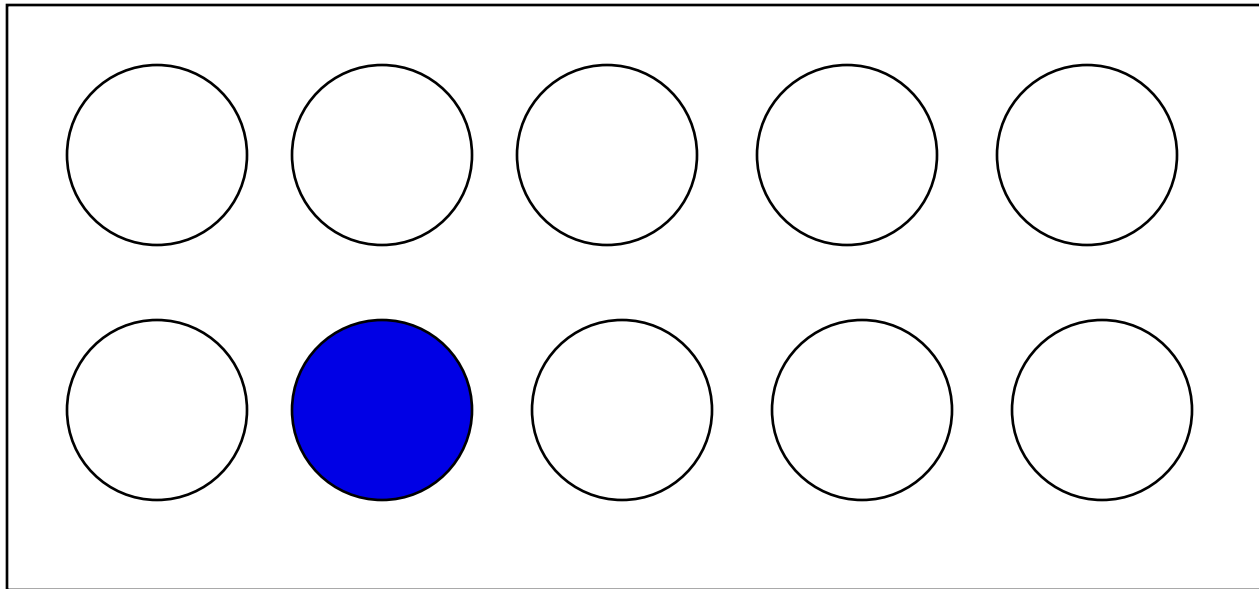
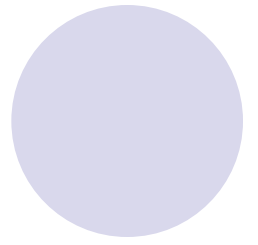
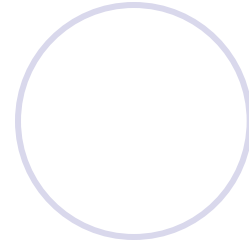
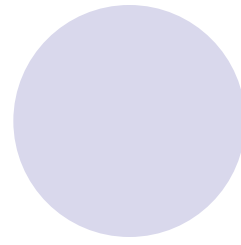
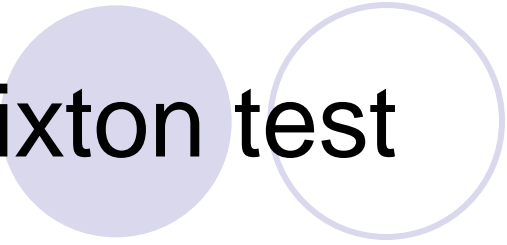
Brixton test



Brixton test



Brixton test





Utfordrende atferd ved demenssykdommer



APSD

- Atferdsproblemer og psykiske symptomer ved demens
- Norsk oversettelse av BPSD =
"Behavioural and psychological symptoms of dementia"
- Amerikansk litteratur bruker ofte
"agitation", som er én del av APSD

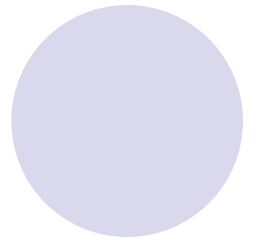
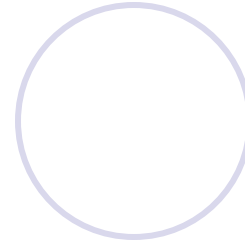
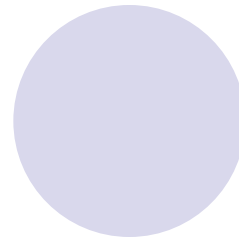
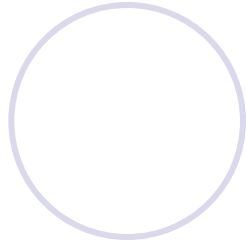
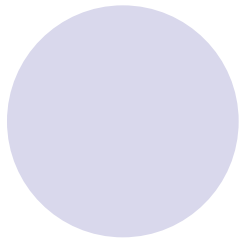
Hva inngår i begrepet APSD?

1. Vrangforestillinger
2. Hallusinasjoner
3. Agitasjon/aggresjon
4. Depresjon/dysfori
5. Angst
6. Oppstemthet/eufori
7. Apati/Likegyldighet
8. Manglende hemninger
9. Irritabilitet/Labilitet
10. Avvikende motorisk atferd
11. Søvnforstyrrelser
12. Problemer med appetitt og spiseatferd

Inndeling fra Neuropsychiatric Inventory, NPI

Forskjell mellom APSD og andre symptomer ved demens

- Svikt i intellektuelle funksjoner utvikles som regel likt for alle pasienter
- Atferdsproblemer opptrer i ulik grad i ulike stadier, og hos ulike pasienter
- En del får aldri atferdsproblemer



Strategi ved håndtering av APSD

APSD: Strategi ved håndtering

Trinn 1

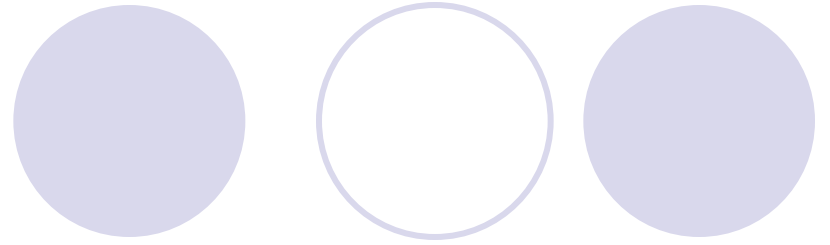
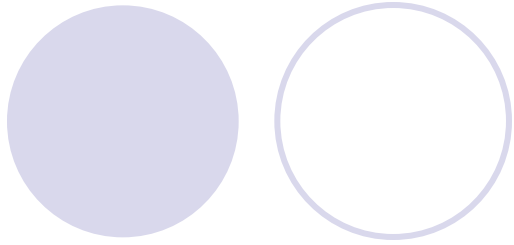
Utelukk somatiske årsaker først

- Vanligste årsak er smerte eller ubehag
 - Vanlige vondter, ryggvondt, hodepine
 - Urinveis- og andre infeksjoner
 - Forstoppelse
 - Leddsmerter
 - Frakturer
 - Angina
 - etc.

APSD: Strategi ved håndtering

Trinn 2

- Beskriv og mål de symptomer som man ønsker å behandle
- Prøv behandling
- Kontrollere eventuell effekt på symptomene
- *Prøv ikke-farmakologiske tiltak først.*



APSD

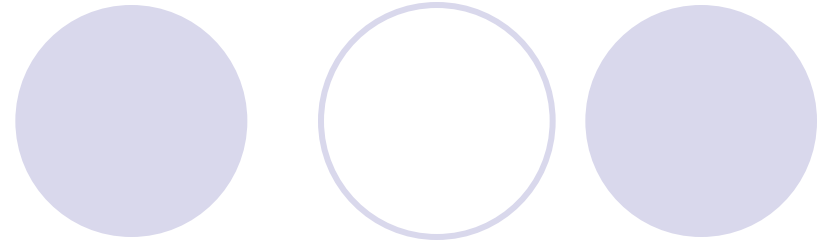
Ikke-medikamentell behandling

Å forstå atferden til personer med demens



- Hvordan er det å ha alvorlig demens?
- Verden er vanskelig å forstå
 - Du vet ikke hvor du er
 - Alt er ukjent
 - Det folk sier er ubegripelig
 - Du blir ikke forstått selv

”Jeg vil gå hjem”



- Der vet jeg hvor jeg er
- Der er alt kjent
- Der forstår jeg hva folk sier
- Der blir jeg selv forstått



Hvordan forholde seg
til personer med demens

Kontakt

- Ta tydelig, men forsiktig kontakt
- Presentér deg – ikke spør ”kjenner du meg?”
- Optimal kommunikasjon
 - Rene briller
 - Høreapparat med batteri, uten voks

Høflig samtale

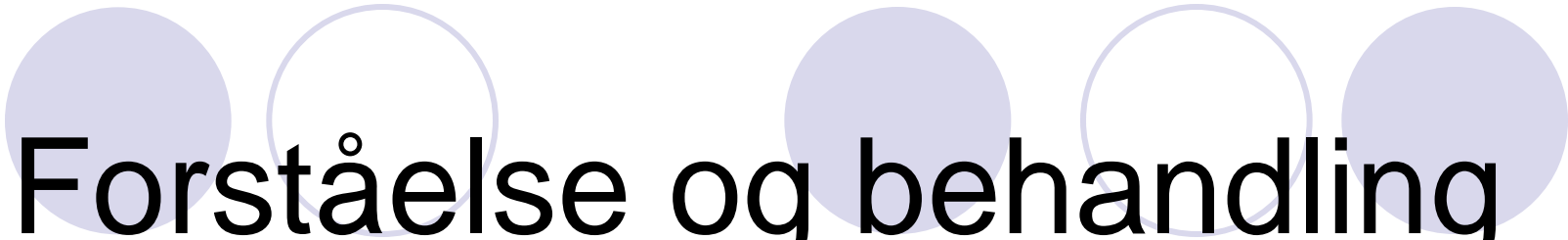


- Ikke korrigere – åpne for samtale
- Ikke argumentere om fakta
- Ved konflikt – skift tema eller gå ut



Personer med demens er ikke barn

- De kan ikke lære
- De kan ikke oppdras
- De blir ikke flinkere med tiden



Forståelse og behandling av atferdsproblemer ved demens

Basert på Jiska Cohen-Mansfields
arbeider og modeller

Atferdstyper



- Tre hovedtyper
 1. Fysisk ikke-aggressiv
 2. Fysisk aggressiv
 3. Verbal/vokal
 - Ikke-aggressiv
 - Aggressiv
- Delirium, vrangforestillinger, hallusinasjoner, angst og depresjon er relaterte, men separate begreper

Utilfredsstilte behov

- Personer med demens har normale behov
- Også sterkt reduserte individer har "høyere" behov
 - Sosial kontakt
 - Stimulanse

Eksempel på utilfredsstilte behov

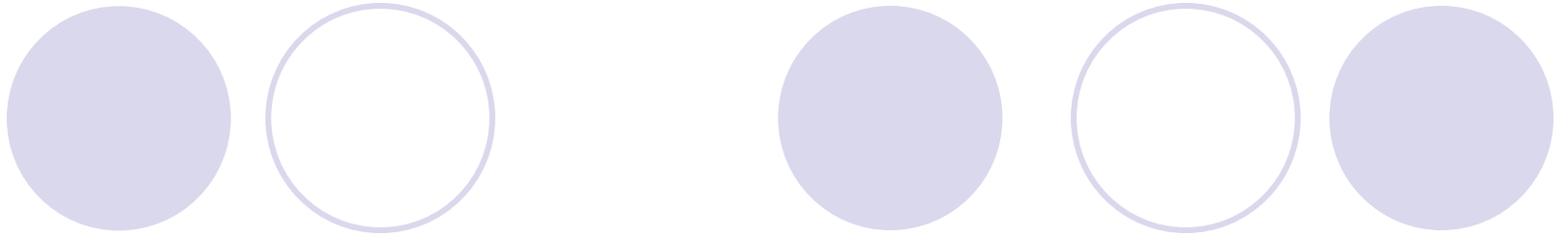
- Smerte og fysisk ubehag
- Psykisk ubehag
- Behov for sosial kontakt
- Behov for annet fysisk miljø
- Feilaktig nivå av stimulering (for høy / for lav)

Kobling mellom atferdstype og behov

- Verbal atferd
 - Fysisk ubehag, ensomhet, lidelse
- Fysisk ikke-aggressiv atferd
 - Ikke relatert til lidelse.
 - Adaptiv atferd for å få stimulanse
 - Koblet til bedre helse og bedre appetitt
- Aggressiv atferd
 - Vanskeligst å forklare
 - Noen ganger fysisk ubehag, forsøk å kommunisere



Mulige årsaker og tiltak for ulike typer agitasjon



1. Verbal/vokal atferd

Verbal agitasjon

Smerte,
ubehag?

Behov for sosial
kontakt?

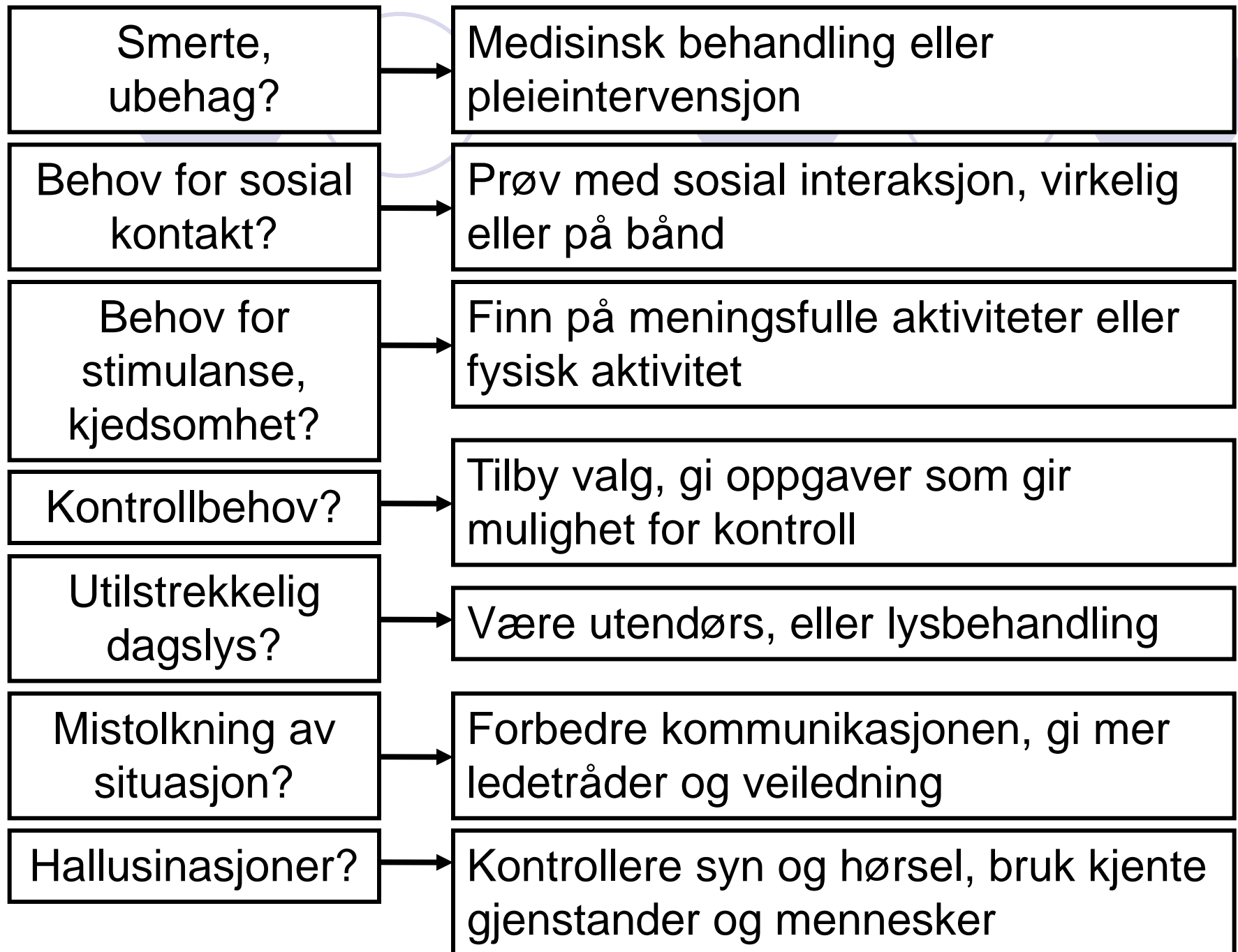
Behov for
stimulanse,
kjedsomhet?

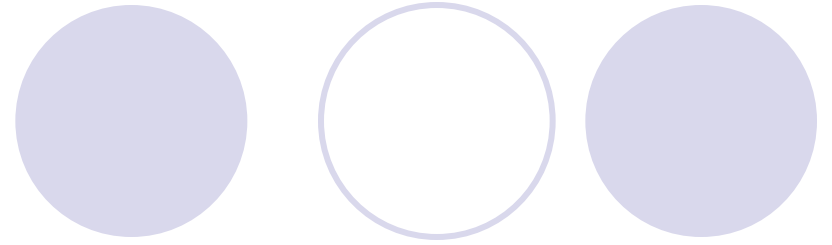
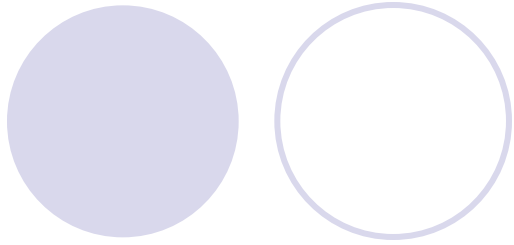
Kontrollbehov?

Utilstrekkelig
dagslys?

Mistolkning av
situasjon?

Hallusinasjoner?





2. Aggressivitet

Aggressivitet

Smerte,
ubehag?

Hallusinasjoner,
vrangforestillinger?

Følelse av at den
personlige sfære blir
invadert?

Blir personen
plaget av en
annen beboer?

Prøver å nekte
personlig stell?

Aggressivitet

```
graph TD; A[Aggressivitet] --> B[Prøver å formidle ubehag?]; A --> C[Hallusinasjoner, vrangforestillinger?]; A --> D[Følelse av at den personlige sfære blir invadert?]; A --> E[Blir personen plaget av en annen beboer?]; A --> F[Prøver å nekte personlig stell?]; B --> B1[Prøv å forandre omgivelsene til å bli mer behagelige]; C --> C1[Kontrollere syn, hørsel og andre grunner til misforståelser]; D --> D1[Prøv andre måter å tilnærme seg personen]; E --> E1[Forsøk å skille personer som utløser atferden, fra hverandre]; F --> F1[Forsøk andre måter eller tidspunkter å utføre stell];
```

Prøver å formidle ubehag?

Prøv å forandre omgivelsene til å bli mer behagelige

Hallusinasjoner, vrangforestillinger?

Kontrollere syn, hørsel og andre grunner til misforståelser

Følelse av at den personlige sfære blir invadert?

Prøv andre måter å tilnærme seg personen

Blir personen plaget av en annen beboer?

Forsøk å skille personer som utløser atferden, fra hverandre

Prøver å nekte personlig stell?

Forsøk andre måter eller tidspunkter å utføre stell



3. Fysisk ikke-aggressiv atferd

```
graph TD; A[Fysisk ikke-aggressiv atferd] --- B[Akatisi?]; A --- C[Er atferden forstyrrende for andre?]; A --- D[Virker pasienten bekymret, opprørt?]; A --- E[Trenger pas stimulering, aktivitet?];
```

Fysisk ikke-aggressiv atferd

Akatisi?

Er atferden forstyrrende
for andre?

Virker pasienten
bekymret, opprørt?

Trenger pas
stimulering, aktivitet?



Fysisk ikke-aggressiv atferd

Akatisi?

Forandre medisineringen

Virker
pasienten
bekymret,
opprørt?

Leter pasienten etter et
hjem?

Skap hjemligt
miljø

Er personen rastløs, virker
han å lete etter noe?

Gi menings-
full aktivitet

Opplever personen
ubehag?

Prøv å fjerne
ubehaget

Fysisk ikke-aggressiv atferd

Trenger pas
stimulering, aktivitet?

Bekymring for personens
sikkerhet?

Store lukkede
områder,
sikkerhetstiltak,
kamouflerte dører

Går pas inn til og
forstyrrer andre?

Prøv å skape
andre områder der
pas kan vandre

Er atferden
forstyrrende for
andre?

Prøv å forandre
personalets attityder, eller
kanalisere atferden på
andre måter



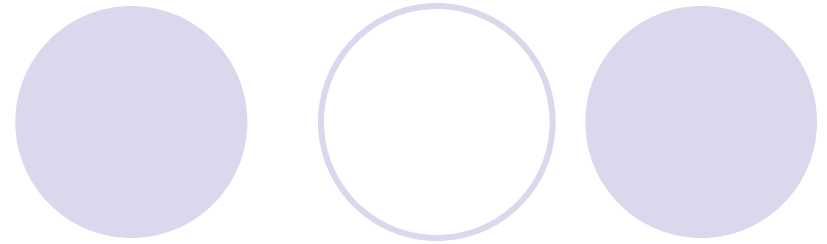
Eksempel på tiltak



DVD-filmer

- Langsomme naturprogram
- Gamle spillefilmer
- Stumfilmer
- (Lokal-)historiske filmer
- Akvarium

Simulert nærvær



- Ved moderat – svær demens
 - Video- eller lydbåndopptak av samtale om hendelser fra fortiden med pauser for respons fra pasienten.
 - Pasientene lytter gjerne til opptakene mange ganger uten å miste interessen.

Legg til rette for atferden

- Minimere risiko
- Kamuflere dører
- Aktivitetsforkle eller duk

Fysisk trening



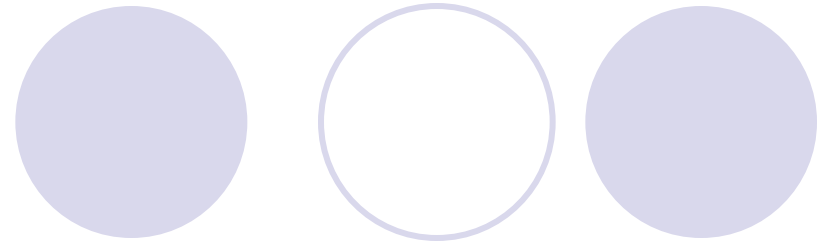
- Fra enkle stretchøvelser til turer og mosjonssykling.
- Minsker uro og gir bedre søvn.

Miljøtiltak

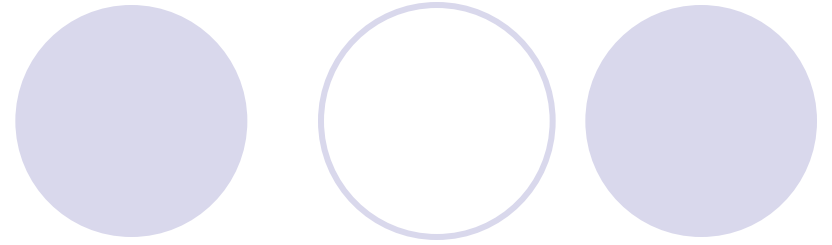
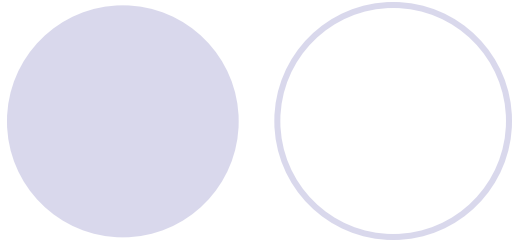


- Beroligende lyd: Rennende bekk, bølger, fuglesang
 - Det finnes CD-er med bakgrunnslyder
- Kjæledyr, akvarier
- Unngå over- eller understimulerende miljø

Sammenfatning



- Empati og forståelse av personens verden er viktig
- Man kommer langt med vanlig høflighet
- Behandlingen skal baseres på at personen med demens har det bra her og nå



**Medikamentell
behandlung**

Indikasjoner for psykofarmakabehandling ved demens

- Depresjon
- Vrangforestillinger og hallusinasjoner
- Aggresjon
- Agitasjon, uro og angst
- Søvnforstyrrelser

Ikke indikasjon for psykofarmakabehandling ved demens

- Roping uten påvisbar fysisk årsak
- Vandring
- Upassende atferd, f eks avkledning
- Psykotiske symptomer uten subjektive plager

Nevroleptika



- Nevroleptika mot agitasjon og uro ved demens er dårlig dokumentert og har lite effekt sammenlignet med placebo
- Ved psykotiske syndromer, overvei risperidon, ellers skal disse unngås