

## **RF Demens med svær adfærdsforstyrrelse, skizofreni og skizofrenilignende tilstande hos ældre, affektiv lidelse hos ældre samt angst- og tvangslidelser hos ældre**

### **Indledning**

Patienter udredes og behandles som udgangspunkt først på hovedfunktionsniveau.

Udredning og behandling på hovedfunktionsniveau er for en række sygdomme beskrevet i de [Nationale pakkeforløb](#).

Hovedfunktionen henviser til regionsfunktionen, når udredning og behandling på hovedfunktionsniveau ikke er tilstrækkelig, og det vurderes, at patienten har behov for en yderligere specialiseret indsats.

Patienten kan henvises tilbage til hovedfunktionen, når dette vurderes relevant (hvis der er opnået sufficient effekt af behandling, eller hvis regionsfunktionen ikke vurderer, at patienten drager nytte af regionsfunktionens behandling). Dette beror på en faglig vurdering og aftale mellem hovedfunktionen og regionsfunktionen.

I særlige tilfælde kan regionsfunktionen henvise patienten til højt specialiseret funktion.

Indenfor de fagområder, hvor der både er hovedfunktion og regionsfunktion, gives der ved behov rådgivning/vejledning fra regionsfunktionen til hovedfunktionen.

I den følgende tekst beskrives alene den indsats, der er særlig og kendetegnende for regionsfunktionen.

Yderligere information og materiale er at finde på Psykiatriens hjemmeside vedr. [Specialeplanlægning](#).

<b>Funktionens målgruppe:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Demens med svære adfærdsforstyrrelser eller andre psykiatriske symptomer, f.eks. progredierende kognitiv svækkelse ledsaget af personfarlig aggressivitet, svære psykotiske symptomer, svær behandelig afmagt/depression/angst (BPSD).</li><li>• Skizofreni og andre psykotiske tilstande hos ældre, hvor der er differentialdiagnostiske vanskeligheder i forhold til kognitiv funktion (demens/kognitiv påvirkning med baggrund i mangeårig psykiatrisk sygdom) eller svær somatisk komorbiditet, hvor der er behov for ældrepsykiatriske kompetencer.</li><li>• F30-31.9 hvor der er differentialdiagnostiske vanskeligheder i forhold til kognitiv funktion (demens/kognitiv påvirkning med baggrund i mangeårig psykiatrisk sygdom), vanskeligheder i forhold til kognitiv funktion (demens/kognitiv påvirkning med baggrund i mangeårig psykiatrisk sygdom) eller svær somatisk komorbiditet, hvor der er behov for ældrepsykiatrisk vurdering.</li><li>• F32-F39 med debut af sygdom efter patienten er fyldt 75 år, hvor de affektive symptomer er kompliceret af at være svært behandlelige, idet forløbene er kroniske eller med hyppige recidiver trods tilsyneladende sufficient behandling med f.eks. antidepressiv og stemningsstabiliserende medicin med forskellige receptorprofiler samt ECT-behandling.</li></ul>
<b>Hoveddiagnose:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Demens kompliceret af psykiatriske symptomer (BPSD)</li><li>• +75-årige med nyidentificeret psykisk lidelse</li><li>• +80-årige med alle psykiske lidelser, hvis det vurderes at, patienten har behov for ældrepsykiatrisk tilbud.</li></ul>
<b>Bidiagnose:</b> <p>Patienterne vil ofte have psykiatriske symptomer svarende til flere psykiatriske sygdomme (f.eks. depressive eller psykotiske symptomer ved demenslidelse).</p>

Patienterne har en høj grad af somatisk komorbiditet.

**Kompliceret differentialdiagnostik:**

- Differentialdiagnostiske vanskeligheder efter udredning i hovedfunktion.
- Patienter med demens med differentialdiagnostiske problemer overfor andre psykiske lidelser.
- Betydelig somatisk komorbiditet medførende differentialdiagnostiske problemer.
- Patienter med mistanke om demens og samtidigt misbrug.
- Patienter med anden etnisk baggrund, og hvor det grundet sprogvanskeligheder kan være vanskeligt at behandle.

**Svær komorbiditet:**

- Patienter med komplicerende somatisk komorbiditet
- Patienter som behandles med polyfarmaci med stor interaktionsrisiko og delirrisiko til følge.

**Behandlingsresistens:**

- Manglende behandlingseffekt på hovedfunktionsniveau
- Patienter med svær behandlelig sindslidelse, der kan profitere af specialiseret ældrepsykiatrisk udredning og behandling.

**Risikopatienter:**

- Patienter med psykofarmakologisk polyfarmaci
- Patienter med misbrug
- Patienter med alvorlig somatisk komorbiditet herunder patienter med kompliceret somatisk medicinering med stor risiko for interaktioner.

**Særlige patientgrupper:**

- Komplicerede transkulturelle patienter
- Selvmordstruede ældre
- Patienter med senhjerneskader, kompliceret af demens med psykiatriske komplikationer.

**Henvissende instanser samt henvisningskriterier**

**Henvissende instanser:**

Patienterne henvises til ældrepsykiatrien af primær eller sekundær sektor uden stillingtagen til funktionsniveau. Ved forvisitation/under indlæggelse tages stilling til, om der er tale om hovedfunktionsniveau eller regionsfunktionsniveau.

**Henvisningskriterier:**

Jf. [Ældrepsykiatrien \(rn.dk\)](#)

Patienterne henvises til regionsfunktionsniveau på baggrund af diagnoser og sværhedsgrad, jf. beskrivelsen i afsnittet "Funktionens målgruppe", og hvor behandling på hovedfunktionsniveau ikke er tilstrækkelig, jf. afsnittet "Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion".

Patienter kan udelukkende henvises fra hovedfunktionsniveau efter forudgående aftale med overlægen tilknyttet regionsfunktionen, hvorefter der henvises direkte til aftalte ambulatorium.

**Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:**

	<b>Indhold</b>
<b>Udredning og diagnostik</b>	<p><u>Demens F00–F09</u> Udredning foregår i demensenheden</p> <p><u>Skizofreni F20-29:</u> Som udgangspunkt er patienter udredt tidligere. Med hensyn til differentialdiagnostiske overvejelser, især i forhold til demenssygdom, lægges der vægt på anamnese og klinisk indtryk, relevante undersøgelser, herunder scanninger samt evt. relevant somatisk komorbiditet og medicinske bivirkninger og interaktioner.</p> <p><u>Affektiv lidelse F30-31.9:</u> Som udgangspunkt er patienter udredt tidligere. Med hensyn til differentialdiagnostiske overvejelser, især i forhold til demenssygdom, lægges der vægt på anamnese og klinisk indtryk, relevante undersøgelser, herunder scanninger samt evt. relevant somatisk komorbiditet og medicinske bivirkninger og interaktioner.</p> <p><u>Affektiv lidelse F32-39:</u> Anamnese og klinisk vurdering, med særlig fokus på evt. relevant somatisk komorbiditet samt medicinske bivirkninger og interaktioner, der kan have indflydelse på den kliniske vurdering. Desuden er der særlig fokus på atypiske symptomer på depression, som hyppigt ses hos ældre.</p>
<b>KRAM og somatisk undersøgelse</b>	<p>Ved indlagte patienter er der fokus på at sikre tilstrækkelig ernæring og væskeindtagelse.</p> <p>Der er skærpet fokus på behov for blodprøver i forbindelse med behandling.</p>
<b>Behandling</b>	<p>Der udarbejdes en individuel behandlingsplan. Behandlingen er tværfaglig og i den ambulante del som oftest tværsektoriel med tæt samarbejde med primær sektor. Behandlingen vil ofte være medikamentelle tiltag, evt. ECT kombineret med sygeplejefaglige tiltag. Der er særlig opmærksomhed på medicin, herunder bivirkninger og interaktioner, og herunder muligheden for ikke-medikamentelle tiltag. For alle patientgrupper gælder det, at der kan være behov for tæt samarbejde med somatiske specialer, specielt geriatri og neurologi, herunder Demensenheden. I forhold til F20-F29 og F30-F39 kan der være behov for samarbejde med relevante almenpsykiatriske afdelinger/enheder på regionsfunktionsniveau.</p>

	<b>Indhold</b>
<b>Psykoedukation</b>	<p><u>Vedr. F00-F09:</u> Psykoedukation retter sig for denne målgruppe fortrinsvis mod pårørende og plejepersonale.</p> <p><u>Vedr. F20-29 og F30-39:</u> Patienten inkluderes som udgangspunkt i tilbuddet om psykoedukation.</p>
<b>Afslutning og evaluering</b>	<p><u>Vedr. F00-F09:</u> Ved stabilitet i tilstanden. Patienter afsluttes ofte til demensfagpersoner i kommunen.</p> <p>Evaluering ved NPI.</p> <p><u>Vedr. F20-29 og F30-39:</u> Ved stabilitet i tilstanden vil der, hvor det er relevant, være mulighed for inddragelse af pårørende.</p>
<b>Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion</b>	<p>Der henvises til beskrivelsen under funktionens målgruppe og i øvrigt kriterier for at henvise fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau - jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller</li> <li>2) Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning og/eller</li> <li>3) Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt og/eller</li> <li>4) Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau</li> </ol>

Senest opdateret den 5. marts 2024.