

*Nr. 2 2001*

## Identifikation og udredning af demens og demenslignende tilstande i almen praksis



*Dansk selskab for almen medicin*

Arbejdsgruppen bestod af:  
Jens M. Rubak, Århus (formand)  
Flemming Bro, Skanderborg  
Ole Dinesen, Næstved  
Lars Rytter Poulsen, Albertslund  
Mikkel Vass, Præstø  
Asmus Thun Bisgaard, København (DSAM)

DSAM har modtaget økonomisk støtte fra:  
Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering  
Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegering

## INDHOLD

<b>Forord</b>	<b>1</b>
<b>Indledning</b>	<b>2</b>
Hvad er demens?	2
De ni bud vedrørende demenssyndrom	2
Hvorfor en vejledning om identifikation og udredning af demens?	2
Kan praktiserende læger diagnosticere demens?	2
<b>Forekomst</b>	<b>3</b>
<b>Årsager</b>	<b>3</b>
»Vejen« til diagnosen	3
Mistanke om demens	3
<b>Første konsultation – Identifikation</b>	<b>3</b>
Oplysninger fra pårørende	4
<b>Anden konsultation – Udredning</b>	<b>4</b>
MMSE-test	4
Objektiv undersøgelse	4
CT	6
Differentialdiagnoser	6
Demens af Alzheimers type	7
Vaskulær demens	7
<b>Tredje konsultation – Afklaring</b>	<b>7</b>
Demens udelukket med rimelig sikkerhed	7
Måske demens	7
Demens overvejende sandsynlig	7
<b>Samarbejdet og henvisningskriterier</b>	<b>7</b>
Eksempel på henvisning fra Århus Amt	8
Henvisningen	8
<b>Pårørende</b>	<b>8</b>
<b>Samtykke/værge/retsstilling</b>	<b>8</b>
<b>Kørekort</b>	<b>9</b>
Urskivetesten	10
<b>Behandling</b>	<b>10</b>
<b>Evaluerings</b>	<b>11</b>
<b>Afslutning</b>	<b>11</b>
<b>Litteratur</b>	<b>11</b>
<b>Telefon- og adresseliste</b>	<b>12</b>

## FORORD

### *Formanden for DSAM*

DSAM ønsker at lave evidensbaserede vejledninger, men har også bestemt, at de enkelte arbejdsgrupper selv tilrettelægger deres arbejde. Den foreliggende vejledning er ikke en regelret evidensbaseret vejledning, men hviler på god dokumentation. Arbejdsgruppen bag denne demensvejledning besluttede at tage udgangspunkt i nyligt udkomne ekspertvejledninger, som arbejdsgruppen skønnede på relevant vis gennemgik og vægtede verdenslitteraturen. Arbejdsgruppen inddrog derfor ikke andre specialer i udarbejdelsen af denne vejledning. Arbejdsgruppen har forelagt den udarbejdede vejledning for andre selskaber. Deres udtalelser, som hilses velkommen, er trykt nedenfor.

Arbejdsgruppen har udarbejdet et godt dokument, som vil være med til at udvikle faget almen medicin. Dokumentet er et hjælperedskab til påvisning og udredning af demens og demenslignende tilstande i almen praksis. Kunsten bliver nu at implementere og evaluere denne kliniske vejledning. Jeg håber, at vejledningen i denne sammenhæng vil få samme positive opbakning lokalt som vejledningen om forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis. Jeg håber også, at overenskomstpakterne – P.L.O. og Sygesikringen – vil tage imod denne vejledning på samme positive måde, som vejledningen om forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom.

Jeg ønsker at takke arbejdsgruppen for et godt arbejde og et meget brugbart resultat. Jeg ønsker alle god fornøjelse med læsningen og implementeringen.

DSAM har påbegyndt en proces med det mål at udarbejde regelrette evidensbaserede vejledninger. Med de erfaringer, vi indhøster, er jeg overbevist om, at vi med tiden når dette mål.

TORSTEN LAURITZEN, *Tidligere formand for Dansk selskab for almen medicin*

### *Formanden for Dansk Neurologisk Selskab*

Kun et mindretal af patienter tilbydes udredning for demens. For at de mange kan få tilbuddet må de praktiserende læger med i opsporingen og behandlingen. Den foreliggende kliniske vejledning synes at være et godt værktøj til at løse denne opgave.

Det er vigtigt, at de demensudredningsprogrammer, som nu iværksættes i Danmark, bliver evalueret i de kommende år. Selv om det skulle vise sig, at udredningsprogrammerne kunne forbedres, kan der ikke herske tvivl om, at den indsats, som nu vil blive gjort af de praktiserende læger, vil betyde et stort fremskridt for patienterne i forhold til tidligere tilbud.

Denne kliniske vejledning betoner samarbejdet med sekundærsektoren ved udredning af let til moderat demens. Undervisning, udvikling og forskning er ligeledes områder, hvor praktiserende læger fremover må arbejde sammen med gerontopsykiatere, geriatere og neurologer, hvis patienterne skal have glæde af den hastige internationale udvikling, som allerede er i gang.

JOHANNES JAKOBSSEN, *Formand for Dansk Neurologisk Selskab*

Denne vejledning har været forelagt Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Geriatri, Gerontopsykiatrisk Interessesgruppe, der kan tilslutte sig *Johannes Jakobsens* udtalelse.

BENT ROSENBAUM, *Formand for DPS*  
KIRSTEN DAMGAARD PEDERSEN, *Formand for DSG*  
KIRSTEN ABELSKOV, *Formand for GI*

## INDLEDNING

Formålet med denne vejledning er at forbedre kvaliteten ved identifikation og udredning af patienter med tegn på demens i almen praksis.

I din travle hverdag er det vanskeligt at finde overskud til at indføre nye procedurer, men prøv at se, om de to sider på plastarket kan lette dig i din hverdag, når du møder en patient, som muligvis er dement. På de efterfølgende sider følger en lidt bredere begrundelse for de »stikord«, som kan indgå i dine overvejelser, når du står over for udredning af demens.

Arbejdsgruppen har valgt ikke selvstændigt at gennemgå al faglitteratur, men har i stedet taget udgangspunkt i nyligt udarbejdede *guidelines*, hvor den tilgængelige videnskabelige litteratur er gennemgået og vægtet på en måde, som vi finder troværdig. Med udgangspunkt heri har arbejdsgruppen uddraget den viden, der er relevant for denne vejledning, idet det har været intentionen at præsentere den på en let tilgængelig måde for den danske, praktiserende læge.

### Hvad er demens?

Vi definerer demens med anvendelse af diagnosesystemet ICD-10. Demens er betegnelsen for en samling af symptomer (et syndrom) på svækkelse af hjernens funktion: Svigt af hukommelse, koncentration, sprog, orienteringsevne og andre kognitive funktioner, evt. ledsaget af adfærdforstyrrelser, personlighedsændringer og emotionelle forstyrrelser. Demenstilstande berører åndsevnerne, heriblandt evnen til at huske, læse, koncentrere sig, til at opfatte, tænke, vurdere, tale og regne. Vel vidende at der er forskellige opfattelser af, hvad begrebet »kognitiv« dækker, har vi i denne vejledning valgt at anvende »intellektuel« i stedet (Fig. 1).

### De ni bud vedrørende demenssyndrom

1. Vis, at du tager alle henvendelser om hukommelsesproblemer og ændret adfærd alvorligt
2. Tal altid med pårørende eller netværksperson
3. Identificer vanskeligheder ved at lære nyt
4. Udeluk somatisk sygdom
5. Udeluk depression og delirium
6. Vurdér droger og druk
7. Vurdér systematisk den intellektuelle funktion med MMSE
8. Udeluk demens eller aftal kontrol
9. Husk lokale muligheder for henvisning

- |     |   |
|-----|---|
| I   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Svækkelse af hukommelsen, især for nye data.</li> <li>2. Svækkelse af andre intellektuelle funktioner, dvs. abstraktion, tænkning, planlægning og dømmekraft.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Let demens: Interfererer med normale dagligdags aktiviteter.</li> <li>b. Moderat demens: Kan ikke klare sig uden hjælp fra andre.</li> <li>c. Svær demens: Kontinuerlig pleje og overvågning nødvendig.</li> </ol> |
| II  | Bevaret bevidsthedsklarhed i et omfang tilstrækkelig til at bedømme punkt I.  |
| III | <p>Svækkelse af emotionel kontrol, motivation eller social adfærd med mindst to af følgende symptomer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. emotionel labilitet</li> <li>2. irritabilitet</li> <li>3. apati</li> <li>4. forgrovet social adfærd.</li> </ol>  |
| IV  | Varighed over seks måneder.   |

Fig. 1. Demens defineres i Danmark i henhold til WHO's ICD-10-kriterier, hvor alle kriterier skal være opfyldt.

### Hvorfor en vejledning om identifikation og udredning af demens?

Over 90% af de praktiserende læger har for nylig efterspurgt en vejledning om udredning af demens.

Den praktiserende læge vil i de kommende år møde flere mennesker, som udvikler demens, fordi flere bliver ældre. Krav om optimal udredning stiger, også fordi der nu er kommet medicinske behandlingsmuligheder. Desuden er det vigtigt at finde demenslignende tilstande med baggrund i sygdomme, der kan behandles. Tidlig identifikation og udredning af demens er vigtig for en evt. tilrettelæggelse af sociale foranstaltninger. Den lidt tøvende holdning til udredning med begrundelsen: »Til hvad nytte?« – er i dag forkert.

### Kan praktiserende læger diagnosticere demens?

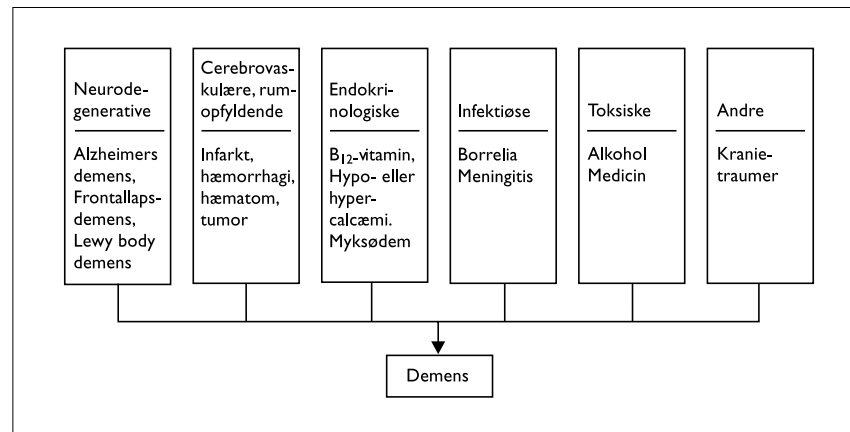
Ja! Diagnostik af demens er at sammenligne med diagnostik af alle andre sygdomme i almen praksis. En del af patienterne kan afklares diagnostisk hos den praktiserende læge, mens andre kræver samarbejde med sekundærsektoren. I de foreliggende internationale *guidelines* foreslås, at primærsektoren foretager det, vi anbefaler i denne vejledning, før der henvises til yderligere specialiseret udredning.

Vi har valgt at koncentrere os om at identificere en demenstilstand og at foreslå de tommefingerregler og håndgreb, der skal til ved en udredning. Den interesserede læser kan hente yderligere inspiration i litteraturlisten.

God læselyst!

JENS M. RUBAK, *Århus (formand)*  
FLEMMING BRO, *Skanderborg*  
OLE DINESEN, *Næstved*  
LARS RYTTER, *Albertslund*  
MIKKEL VASS, *Præstø*  
ASMUS THUN BISGAARD, *København (DSAM)*

Fig. 2. Årsager til demens.



### FOREKOMST

Demens kan opstå i alle aldre, men incidensen øges med alderen. Der skønnes i dag at være ca. 100.000 demente i Danmark. Man regner med ca. 10.000 nye tilfælde hvert år. Hver praktiserende læge vil stilles over for spørgsmålet om demens mindst ti gange årligt og i gennemsnit møde tre nye patienter med demens om året. Problemets omfang er dog langt større, idet praksis møder adskillige flere med hukommelsessvækkelse og reduceret intellektuel funktionsevne af anden årsag, fx patienter med depression, delirium eller følger efter apopleksi.

### ÅRSAGER

Demens af Alzheimers type og vaskulær demens, samt blandingstilstande af de to, udgør tilsammen 75-90% af samtlige tilfælde (Fig. 2). De eneste dokumenterede risikofaktorer for Alzheimers demens er familiær disposition og tilstedeværelsen af Downs syndrom.

### »VEJEN« TIL DIAGNOSEN

#### Mistanke om demens

Tegn på demens fremtræder tydeligere hos yngre end hos ældre. Påvisningen af demens i tidlige stadier er meget vanskelig, og den kan ofte kun afsløres ved følsomme neuropsykologiske test. For den praktiserende læge er det et problem, at der ikke er noget mønster at få øje på, da symptomerne er subtile og snigende. Patienter med demens bevarer sociale færdigheder, deltager i almindelig konversation og færdes i kendte omgivelser, uden at nogen vil bemærke, at noget er galt. Den demente anvender ofte floskelsvar og afglidende teknikker for at maskere sin manglende viden. Det er vanskeligt at tale med naboer og bekendte om demens. Mange pårørende søger at beskytte den demente ved at undgå at tale om de problemer, der er opstået, eller ved at undgå at bringe den demente i situationer, hvor problemerne afdækkes. Det udskyder tidspunktet for identifikation af demens.

Identifikation af demens i tidlige stadier er meget vanskelig og kan ofte kun afsløres i følsomme neuropsykologiske test.

### Vær opmærksom på uspecifikke tegn på demens

Vær opmærksom ved henvendelse fra pårørende om følgende helt uspecifikke iagttagelser: Øget træthed, uoplagthed, social isolation, besvær med at formulere sætninger, ændring af personlighed i retning af øget irritation, gråtdens eller det modsatte, tilbagetrukkethed, initiativløshed og apati.

Når en person eller pårørende henvender sig pga. hukommelsesproblemer eller adfærdsmæssige vanskeligheder, er det lægens opgave at forholde sig til en række differentialdiagnostiske muligheder, inden demensdiagnosen stilles i henhold til ICD-10-kriterierne (Fig. 1).

Dersom lægen får mistanke om begyndende demens i forbindelse med konsultation eller i forbindelse med kørekortattest, hvor undersøgelse for intellektuelle funktioner er relevant, melder der sig et etisk problem. Ikke alle er interesserede i at få blotlagt en intellektuel reduktion og vil måske have sig frabedt, at man presser et udredningsprogram igennem. I tidlige faser kan en bagatellisering og fornægtelse af et påvist problem tale for, at det drejer sig om en begyndende demens. En empatisk og udramatisk samtale om de intellektuelle færdigheder ved en senere lejlighed kan ofte være løsningen.

### FØRSTE KONSULTATION – IDENTIFIKATION

Konsultationen vil ofte være præget af forudgående oplysninger fra enten personen selv eller de pårørende. Den indledende samtale om almene ting, somatiske klager, eventuelle smerter, træthed, svimmelhed, melankoli og søvn-

Vær opmærksom ved henvendelse fra pårørende om følgende helt uspecifikke iagttagelser:

- øget træthed
- uoplagthed
- social isolation
- besvær med at formulere sætninger
- irritation
- lettere gråtdens eller det modsatte
- apati og initiativløshed.

forstyrrelser. Ved forsigtig udspørgen skal man forsøge at kortlægge dagligdagen.

Er rutinen begyndt at svigte? Hvorledes klarer personen dagligdagen? Er døgnrytmen påvirket? Er der nedsat initiativ, færre interesser, mindre samvær med bekendte og familie?

#### Spørgsmål til patienten:

Er det blevet sværere

- At lære nyt?
- At holde rede på pengesager, købe ind eller at anvende offentlige transportmidler?
- At bruge telefonen?
- At huske navne?
- At finde rundt i nye omgivelser?

Vores ofte mangeårige kendskab til patienten og familien kan her være en stor hjælp til i samråd med familien at afgøre, om en udredning skal gennemføres.

Allerede nu er det vigtigt at være opmærksom på andre sygdomme og tage stilling til eventuelle undersøgelser.

Tænk på depression, delirium, droger, druk.

#### Oplysninger fra pårørende

Det tilrådes så vidt muligt, at man nu eller inden næste konsultation skaffer sig oplysninger fra pårørende. I denne samtale er det væsentligt at fokusere på hukommelse, sprog, orientering og ændringer af psykisk eller social adfærd.

#### Spørgsmål til pårørende:

- Hvor længe har problemerne stået på?
- Har der været problemer med hukommelsen, tabes tråden fx ofte i en samtale?
- Har der været begyndende psykiske symptomer som angst, uro eller tristhed?
- Har der været episoder, hvor patienten har været irriteret eller vred uden speciel grund?
- Er tidligere interesser, hobby, læsning eller debat opgivet?
- Er dagligdagen ændret mht. indkøb, brug af telefon, madlavning, deltagelse i det sociale liv, brug for hjælp til ting, som før var selvfolgelige?

#### ANDEN KONSULTATION – UDREDNING

Ved denne samtale, hvor en pårørende meget gerne må være til stede, er det nødvendigt at søge mere direkte efter tegn på demens.

Vær under samtalens forløb opmærksom på:

#### Den praktiserende læges observationer:

- Er der hukommelsesproblemer?
- Er der *Head Turning Sign* (se tekstboks)?
- Er patienten diffus i sine oplysninger?

»Head Turning Sign« er det fænomen, at den demente ser på den pårørende ved spørgsmål fra lægen.

Fejlkilder til MMSE: apopleksi, tumores, depression, alder, skolegang og situationsnervøsitet.

- Bagatelliserer patienten sine symptomer?
- Kommer patienten ikke på eget initiativ?
- Er der ordmobiliseringsbesvær?

Ved denne lejlighed er det væsentligt også at tale alene med patienten, bl.a. når MMSE udføres.

MMSE og urskivetest er demensscreeningstest.

Betingelsen for at kunne stille demensdiagnosen er påvisning af ICD-10-kriterierne for demens (Fig. 1).

#### MMSE-test

*Mini Mental State Examination* er et instrument, der ofte anvendes ved undersøgelse for reduktion af den intellektuelle funktion og eventuelt også til at følge udviklingen med (Fig. 3). Vær opmærksom på ikke at overfortolke resultatet.

Af fejkilder bør man være opmærksom på, at fx apopleksi, tumorer og psykiske sygdomme kan resultere i en nedsat score. Ligeledes vil alder og skolegang påvirke præsentationen på MMSE-testen. Man kan have gode og dårlige dage, og en vis situationsnervøsitet i lægens lokaler kan man heller ikke se bort fra. Imidlertid giver testen et groft skøn over den intellektuelle funktionsevne. Den kan aldrig erstatte, men kun supplere resultatet af en grundig anamnese, en god klinisk undersøgelse og diverse parakliniske undersøgelser.

Demens er en klinisk diagnose.

MMSE kan ikke bruges til at stille diagnosen demens og slet ikke sige noget om årsagen. Inden den formelle undersøgelse med MMSE er det nødvendigt, at der er etableret en god kontakt til patienten. Med almindelige ord forklares formålet med undersøgelsen. Det vil oftest være en god idé at forklare, at testen er opbygget således, at dele af den er meget lette, men at der også er dele, der kan være svære.

Patienten skal sikres optimale arbejdsbetingelser, ordentligt lys, eventuelt høreapparat og briller skal være til stede (Fig. 4).

#### Urskivetest

Som supplement til MMSE-testen kan urskivetesten evt. anvendes. Den er udførligt beskrevet under afsnittet om kørekort (Fig. 10, side 10).

#### Objektiv undersøgelse

En almindelig lægeundersøgelse, en neurologisk under-

Orientering  
Opmærksomhed  
Regnefærdighed  
Hukommelse  
Sprog  
Praksis  
Visuel konstruktion

Fig. 3. Informationer, som vurderes via MMSE.

### MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Navn:

Cpr-nr:

Dato: Læge:

Patienten skal være dansksproget og have mindst syv års skolegang, for at man kan bruge testen som en screeningstest for demens. Det er vigtigt, at der er etableret god kontakt til deltageren. Tiltaleformen De eller du skal være afklaret. Undersøgeren har sikret at høreapparat og briller er til stede, og lysforholdene er i orden, samt at scoringsark, blyant og ur er ved hånden. Desuden skal lægen have et stykke papir, hvor der står med store bogstaver: »Luk øjnene«. Inden man går i gang siger man:

Jeg vil nu stille dig nogle opgaver, som du skal prøve at besvare så godt du kan. Nogle opgaver er svære og nogle er lette.

Hvis patienten ikke svarer på et spørgsmål eller er urimelig lang tid om det (mere end 10 sek.) skal man spørge:

Kan du svare på spørgsmålet?

Hvis patienten siger »Nej«, går man videre til næste spørgsmål. Man må ikke gentage spørgsmålene, ej heller rette patienten. Man skal bare sige »Ja« til alle svar. Et rigtigt svar samt point er vist i teksten. Dersom patienten retter en fejl, gives der point.

#### ORIENTERING

Max.  
point Point

1.  
Hvilket år/årstal har vi? 1 \_\_\_\_  
Hvilken årstid har vi? 1 \_\_\_\_

Korrekt svar er fx marts for vinter/forår, juni for forår/sommer, september for sommer/efterår og november for efterår/vinter.

Hvilken dato har vi? 1 \_\_\_\_

Korrekt svar accepteres med afvigelse på en dag

Hvilken ugedag har vi? 1 \_\_\_\_  
Hvilken måned har vi? 1 \_\_\_\_

2.  
Hvilket land er vi i? 1 \_\_\_\_  
Hvilket amt er vi i? 1 \_\_\_\_

– I København og Frederiksberg spørges: »Hvilken landsdel er vi i? Korrekt svar er også Sjælland.

Hvilken by er vi i? 1 \_\_\_\_  
Hvad er din adresse? (gade/vej, nr. og by) 1 \_\_\_\_  
Hvilken sal/etage er vi på? 1 \_\_\_\_

#### REGISTRERING

3.  
Jeg vil nu sige navnet på tre forskellige genstande. Når jeg har nævnt dem alle tre, vil jeg bede dig om at gentage dem og huske på dem, da jeg vil spørge dig om lidt: æble, bord og mønt. 3 \_\_\_\_

– Hvis patienten ikke kan gentage ordene, gentages de indtil patienten kan alle tre ord, dog højst seks forsøg i alt. Antal af korrekt angivne ord i første forsøg afgør patientens point.

#### OPMÆRKSOMHED OG REGNING

4.  
Jeg vil bede dig om at trække syv fra hundrede og blive ved med at trække syv fra det tal du når til, indtil jeg siger stop. 5 \_\_\_\_

– Under noteringen af svarene gives et point for hver gang forskellen er syv, også selvom et tidligere svar er forkert.

– Hvis patienten ikke kan eller vil regne, beder man patienten om at stave spand bagfra. Det er tillads at stave ordet forlæns først. Der gives point for antallet af korrekt placerede bogstaver, fx DNASP giver tre point.

#### GENKALDELSE

5.  
Hvad var de tre genstande jeg bad dig om at huske før? 3 \_\_\_\_

– Giv et point for hver rigtig genstand.

Point denne del (max 21)

#### SPROG, PRAKSIS OG KONSTRUKTION

6.  
– Vis patienten et armbåndsur og spørg:  
Hvad er det? 1 \_\_\_\_

– Korrekt svar er ur, armbåndsur og digitalur.

– Vis patienten en blyant og spørg:  
Hvad er det? 1 \_\_\_\_

– Korrekt svar er blyant.

7.  
– Giv patienten følgende instruktion:  
Du skal gentage den sætning jeg siger nu:  
»ingen over, under eller ved siden af«. 1 \_\_\_\_

– Korrekt svar er, at sætningen gentages ordret.

8.  
– Giv nu patienten følgende instruktion:  
Tag papiret med højre hånd, fold det på midten med begge hænder og læg det på gulvet. 3 \_\_\_\_

– Der gives et point for rigtigt udført trin.

9.  
– Vis patienten et stykke papir med teksten:  
»Luk øjnene«, og sig:  
Læs dette og gør som det står. 1 \_\_\_\_

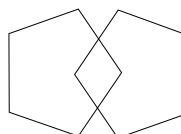
– Der gives et point, hvis patienten lukker øjnene.

10.  
Skriv en hel sætning. 1 \_\_\_\_

– Kun sætninger med udsagnsled og grundled giver et point.

– Der ses bort fra korrekt grammatik, stavning og tegnsætning.

11.



Tegn denne tegning, så det ligner mest muligt. 1 \_\_\_\_

– Der gives kun et point hvis patienten tegner to femkanter med spidse vinkler og en overlappende firkant. Der ses bort fra rysten og evt. rotering af tegningen. Patienten må gerne se figuren.

Point i alt (maks. 30)

Fig. 4. Mini Mental State Examination (MMSE).

Den neurologiske undersøgelse omfatter vurdering af gangfunktion, ansigtsmimik, ekstremitetskraft, Romberg, tonus og reflekser, herunder Babinski. Bemærk især de asymmetriske fund.

søgelse, samt blodprøver, ekg, røntgen af thorax og CT af cerebrum efter individuelt skøn gennemføres for at afklare typen af demens.

Da det ofte er uspecifikke symptomer, der fører patienten til læge, bør der foretages en objektiv undersøgelse med vurdering af vægttab, syn, hørelse, puls, blodtryk og med stetoskopi af hjerte og lunger samt en neurologisk undersøgelse. Den neurologiske undersøgelse omfatter vurdering af gangfunktion, ansigtsmimik, ekstremitetskraft, Romberg, tonus og reflekser, herunder Babinski. Bemærk især de asymmetriske fund.

#### Laboratorieundersøgelser

Hæmoglobin, erythrocytter, MCV, MCHC, leukocytter, trombocytter, SR eller CRP, kreatinin, natrium, kalium, calcium, albumin, glukose, TSH, ALAT og B<sub>12</sub> eller methylmalonat. Ekg og urinundersøgelser.

Røntgen af thorax/ekkokardiografi foretages ved mistanke om kardial inkompenstation.

#### CT

Afhængigt af konsultationens forløb samt undersøgelser tages stilling til CT af cerebrum. I de kommende år forventes en stigende mulighed for, at praktiserende læger direkte kan henvise til CT. I skrivende stund foretages rutinemæssigt CT ved udredning i sygehusregi.

	Ja	Nej
1. Er du nogenlunde tilfreds med livet?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Har du opgivet mange af dine aktiviteter og interesser?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Føler du et stort tomrum i dit liv?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Keder du dig ofte?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Er du oftest i godt humør?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Er du bange for, at der skal ske dig noget?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Er du for det meste glad?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Føler du dig ofte hjælpeløs?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Foretrækker du at blive hjemme snarere end at komme ud og opleve nyt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tror du, at du har et større problem med hukommelsen end de fleste?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Synes du livet er spændende?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Føler du dig værdiløs?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Har du masser af energi?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Synes du, din situation er håbløs?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tror du de fleste mennesker har det bedre end dig?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultat: (antal depressive svar)	—	

Fig. 5. *Geriatric Depression Scale (GDS) – den korte form.* Depressive svar er angivet ved afkrydsning. Depression sandsynlig ved over 6 depressive svar.

De to væsentligste årsager til at foretage CT:

1. Udelukkelse af normaltrykshydrocephalus, tumor og blødning (subduralt hæmatom).
2. Typebestemmelse af demens, fx vaskulær demens med infarktdannelse.

#### Differentialdiagnoser

##### Depression

Den hyppigste differentialdiagnose er depression. Tanken om depression bør opstå, hvor der er tale om følgende symptomer: Nedtrykthed, nedsat lyst eller interesse, nedsat energi, øget træthed, nedsat selvtillid eller selvfølelse, selvbekjæmpelser, tanker om død eller selvmord, koncentrationsbesvær, søvnforstyrrelser, nedsat appetit eller vægtændring. En god støtte kan hentes i *Geriatric Depression Scale* (se Fig. 5).

Både depression og demens kan præsentere sig på samme måde og være til stede samtidig. Som grov tommelfingerregel kan man sige: Hvis pårørende siger, at patienten ikke kan huske, tyder det på demens. Hvis patienten siger, at han ikke kan huske, tyder det på depression. Det er derfor vigtigt at vurdere en patient med nedsatte intellektuelle funktioner med henblik på eventuel depression. Forekomsten af samtidig depression i et demensforløb er 30% (Fig. 6).

##### Delirium

Ved delirium forstås en bevidsthedsplumring opstået akut eller subakut som følge af legemlig sygdom, fx urinvejsinfektion, feber, pneumoni, forstyrret væskebalance, hjerteinsufficiens, apopleksi, medicin- og alkoholindtagelse. Delirium vil typisk være af væsentlig kortere varighed end de seks måneder, som ICD-10-kriterierne kræver for diagnosen demens (Fig. 7).

##### Droger

En række lægemidler kan påvirke det mentale funktionsniveau fx anxiolytika, neuroleptika, antiparkinsonmidler, antikolinergika, antiepileptika, stærke analgetika, antihypertensiva, hjertemedicin, kortikosteroider, ulcusmidler.

Nogle lægemidler som kan påvirke det mentale funktionsniveau, fx

- anxiolytika
- neuroleptika
- antiparkinsonmidler
- antikolinergika
- antiepileptika
- stærke analgetika
- antihypertensiva
- hjertemedicin
- kortikosteroider
- ulcusmidler

Fig. 6. *Differentialdiagnoser mellem demens, delirium og depression.*

	Demensyndrom	Delirium	Depression
Debut	gradvis	akut	gradvis
Udvikling af symptomer	måneder (gradvis)	timer (fluktuerende)	uger (gradvis)
Forløbsvarighed	år	timer-dage-uger	måneder
Bevidsthed	klar	ændret/varierende	klar
Døgnrytme	ofte normal	forstyrret	ofte normal
Hukommelse	nedsat	nedsat	oftest normal
Emotioner	angst, tristhed, vrede	angst, vrede	angst, tristhed
Hallucinationer	sjældne	hyppige	yderst sjældne
Vrangforestillinger	sjældne	kortvarige/usystematiske	sjældne

#### *Druk (alkohol)*

Hos alkoholikere ses en lettere intellektuel reduktion hos 50-70%, en tilstand der i mange tilfælde er reversibel efter ophør af misbrug. Omkring 10% af alkoholmisbrugere har en egentlig demenstilstand. Alkohol menes at spille en væsentlig rolle i 5-7% af alle demenstilfælde.

#### **Demens af Alzheimers type**

50-60% af alle demente har Alzheimers sygdom. Diagnosen stilles, når patienten opfylder kriterierne i ICD-10, og der ikke er andre tegn på sygdom ved den kliniske undersøgelse, blodprøvetagning og CT. Ud over hukommelsesdeficit forekommer afasi, apraksi og agnosi.

#### **Vaskulær demens**

Vaskulær demens er betegnelsen for demens som følge af blodprop, blødning eller karsygdom i hjernen. Den intellektuelle dysfunktion vil ofte begynde akut evt. i tilslutning til en apopleksi, og forløbet er ofte skiftende eller springvis. Ofte er der fokale neurologiske udfald, og evt. infarkt kan ses ved CT af hjernen.

#### **TREDJE KONSULTATION – AFKLARING**

Afhængigt af de foregående konsultationer og undersøgelsesresultaterne er det vigtigt at overveje, om de pårørende skal være til stede også ved denne konsultation. Lægen må have gjort sig klart, hvordan den eventuelle demensdiagnose skal forelægges for patient og pårørende, og taget stilling til eventuel viderehenvisning.

Konsultationen vil indebære tre muligheder:

#### **Demens udelukket med rimelig sikkerhed**

Dersom der ikke over tre til seks måneder er påvist tab af intellektuelle evner eller er påvirkning af daglige færdigheder, og de anførte undersøgelser og test ikke giver mistanke om demensyndrom, kan konsultationen munde ud i en beroligende/vejledende samtale med patient og pårørende. Som i mange andre kliniske situationer kan tilbud om en senere ny vurdering af tilstanden fremsættes.

#### **Måske demens**

I denne situation har den kliniske vurdering, sammenholdt med de anførte undersøgelser, givet anledning til en mistanke om, at der foreligger mulighed for demensyndrom. Den vejledende samtale med patient og pårørende må her munde ud i en ny vurdering hos egen læge efter tre til seks

måneder, eller der må henvises til yderligere vurdering afhængigt af lokale forhold. I denne samtale inddrages også vurdering af patientens eventuelle andre sygdomme, alder, sociale situation samt de pårørendes indstilling.

#### **Demens overvejende sandsynlig**

Det er vigtigt, at patientens og de pårørendes behov og ønsker drøftes, hvis demens er overvejende sandsynlig. Ønskes en medicinsk behandling, henvises til speciallæger i neurologi, psykiatri (med klinisk erfaring i gerontopsykiatri) eller geriatri, afhængigt af lokale forhold. Ikke alle er interesseret i yderligere undersøgelser end sigte behandling. Manglende sygdomsindsigt sætter lægen i et dilemma, hvis patienten ikke ønsker undersøgelser, mens den pårørende gerne ser henvisning til yderligere udredning.

#### *Formidling af diagnosen*

Den praktiserende læges kendskab til familien er af stor betydning. Under samtalen tages hensyn til såvel den demente som den pårørendes ønske eller behov for afklaring. Dersom den demente efter samtale »passivt« går med til yderligere udredning, kan det være indirekte accept.

Der er i disse samtaler stor brug for indfølgelse i hele familiens situation. Samtalen om prognose, hjælpemuligheder og psykologisk støtte skal være støttende uden »katastrofepræg« Der er ingen forskel på at informere om demens eller andre alvorlige sygdomme. På grund af hukommelsessvækkelsen kan lægen følge samtalen op med udlevering af skriftligt informationsmateriale om sygdommen eller tilbud om fornyet drøftelse.

Som en opsummering kan man bede patienten om at fortælle, hvad han/hun vil sige til resten af familien om samtalen i dag.

#### **SAMARBEJDET OG HENVISNINGSKRITERIER**

Henvisningsmulighederne vil variere fra amt til amt, men det tilrådes at udvide samarbejdet mellem de forskellige instanser således, at patienten ved henvisning kun skal vurderes ét

Den praktiserende læges kendskab til familien er af stor betydning. Under samtalen tages hensyn til såvel den demente som den pårørendes ønske eller behov for afklaring.

sted. Et tværfagligt team med neurolog, gerontopsykiater, geriater samt neuropsykolog vil oftest være en god løsning. I mange amter bruges også privatpraktiserende speciallæger med interesse inden for demensområdet.

Tidspunkt og mulighed for viderehenvisning af patienten vil ud over de lokale muligheder naturligvis afhænge af egen læges viden og interesse for området, lige som i andre kliniske situationer.

Vi foreslår, at man planlægger samarbejdet mellem den praktiserende læge og speciallægerne i sygesektoren ud fra fastlagte kriterier, fx anvendelse af MMSE-score, med henblik på, hvilke patienter der kan vurderes og følges i almen praksis, og hvilke patienter der foreslås henvist til supplerende vurdering. Disse retningslinjer vil i hvert enkelt amt kunne udarbejdes med baggrund i aftaler om indhold i anamnese, resultat af MMSE og urskivetest.

### Eksempel på henvisning fra Århus Amt

#### *MMSE-score på eller under 15*

Patienter med MMSE-score på eller under 15, med påvirket kortidshukommelse og mindst en anden intellektuel svækkelse, og som i øvrigt opfylder ICD-10-kriterierne, kan udredes af lægen med CT og blodprøver. I tvivlstilfælde kan der foretages henvisning til videre udredning.

Er der klare holdepunkter for demens af Alzheimers type eller vaskulær demens, og MMSE-score er på 10-15, kan behandling tilbydes med acetylcholinesterase i samarbejde med sygehus.

#### *MMSE-score mellem 15 og 27*

Patienter med MMSE-score mellem 15 og 27 foreslås henvist til neuropsykologisk, gerontopsykiatrisk og/eller neurologisk udredning.

Under tiden kan henvisning være mindre hensigtsmæssig for denne gruppe med anden svær sygdom. Patienterne kan afsluttes hos den praktiserende læge med CT, blodprøver og eventuel behandling med acetylcholinesterase-hæmmere i samarbejde med sygehus.

#### *MMSE-score på eller over 27*

Patienter med MMSE-score på eller over 27, hos hvem lægen ikke har mistanke om demens, kan afsluttes uden CT eventuelt efter blodprøvetagning.

Hvis lægen fortsat har mistanke om demenssyndrom, bør der henvises til neuropsykolog eller kontrolleres hos egen læge efter tre til seks måneder med fornyet MMSE.

### Henvisningen

Der foreslås etableret lokale aftaler om indhold af henvisning, for eksempel:

- Resumeret sygehistorie
- Beskrivelse af de intellektuelle dysfunktioner
- Blodprøvesvar
- Fast medicin
- Svar på CT
- Resultat af MMSE og evt. urskivetest

Endvidere anføres, om man ønsker nærmere rådgivning eller patienten indkaldt til vurdering. Tilsvarende bør epikrisen indeholde behandlingstiltag og plan for opfølgning.

#### *Henvisning til neuro- eller gerontopsykolog*

Henvisning til neuro- eller gerontopsykolog er normalt ikke mulig fra almen praksis. Følgende patientgrupper vil kunne profitere af denne ekspertise:

- MMSE er nedsat, dvs. under 27, men vurderingen af den daglige/arbejds-mæssige funktion er normal.
- Når pårørende udtrykker bekymring om demens, men MMSE er normal, og patienten enten er højtuddannet eller har et arbejde, som indikerer høj præmorbid intelligens.
- Når MMSE er nedsat, patienten er uddannet eller der er tegn på længerevarende nedsat intelligens, patienten ikke mestrer dansk og/eller tilhører en minoritet.
- Mistanke om pseudodemens (især patienter under 65 år)

Neuropsykologisk vurdering af mild demens giver:

- Information om stærke og svage sider i de intellektuelle funktioner.
- Hjælp til en diagnose, især ved let demens og præmorbid høje intellektuelle evner.
- Bidrag til anbefalinger for behandling og håndtering af adfærdsmæssige problemer.
- En grundvurdering af behandlingens effekt og sygdommens progression.

### PÅRØRENDE

Der er altid brug for konsultationer, hvor den praktiserende læge er alene med ægtefællen. Det vil naturligvis rumme en etisk problematik, som vi må tage stilling til i henhold til gældende lovgivning. Den pårørende har ofte gennem en lang periode (af og til flere år) levet med en fornemmelse af og usikkerhed om diagnosen demens. Mange rutiner i dagligdagen kan være ændret efter den syges behov ofte med det resultat, at ægtefællen, uden at være klar over det, har udsat sig for et stort såvel psykisk som fysisk pres. Det er væsentligt, at vi med vores kendskab til familien vejleder om den udvikling, der kan forventes i fremtiden.

Konkrete, aflastende initiativer over for den raske ægtefælle skal have i mente. Det er meget belastende og stressfremkaldende at give omsorg til demente, også i de tidlige stadier. Konkrete aftaler om fast hjemmehjælp, faste ugentlige dage med besøg på daghjem eller lignende bør indarbejdes løbende. Korte aflastningsophold, hvor den omsorgsgivende kan få fri, kan også være en god idé.

### SAMTYKKE/VÆRGE/RETSSTILLING

Det at få stillet diagnosen demenssyndrom er ikke ensbetydende med, at den pågældende mister sin selvbestemmelsesret. Den demente har fortsat mulighed for at sige ja eller nej til ønsker om udredning. Samtykke fra en habil dement patient kan godt være stiltiende. For at der kan være tale om samtykke og ikke tvang, må den demente have en vis forståelse for, hvad samtalen drejer sig om, og tillid

både til lægen og den pårørende, der er med til samtalen. Er den demente uden forståelse af samtykke, skal der efter gældende regler være samtykke fra en personlig værge.

Den nye værgemålslov giver lettere adgang til værgemål til begrænsede formål, uden at den demente fratages sin selvbestemmelsesret. Den personlige værge er en beslutningstager med opgaver af retslig art på det personlige område, fx kan værgen træffe bestemmelse om flytning til plejehjem. Den personlige værge kan dog ikke træffe beslutning om opholdssted, dersom den demente modsætter sig fysisk eller verbalt.

Socialministeriet forbereder fremsættelse af lovforslag om iværksættelse af tvangsforanstaltninger uden for psykiatriens område, herunder behandles også spørgsmålet om tvungen flytning af demente. Sundhedsministeriet forbereder fremsættelse af et lovforslag om patienters retsstilling, der blandt andet omhandler pårørendes og personlig værges adgang til at give stedfortrædende samtykke til pleje og behandling af den inhabile demente.

Patienter, der kommer til demensudredning hos lægen, er meget forskellige juridisk set. Det betyder, at nogle patienter med indsigt i egen situation kan udøve selvbestemmelse vedrørende undersøgelser, behandling og sociale forhold, mens andre er helt hjælpeløse og afhængige af, hvad der beslutes for dem.

Læger, der beskæftiger sig med demente, skal varetage patienternes rettigheder og samarbejde med pårørende, så familien får information og mulighed for at planlægge fremtiden bedst muligt.

Læger, der beskæftiger sig med demente, skal varetage patienternes rettigheder og samarbejde med pårørende, så familien får information og mulighed for at planlægge fremtiden bedst muligt.

Læger, der beskæftiger sig med demente, skal varetage patienternes rettigheder og samarbejde med pårørende, så familien får information og mulighed for at planlægge fremtiden bedst muligt.

I værgemålsloven (Lov nr. 388 af 14. juni 1995) omtales tre typiske værgemålsformer:

- Lovens §7: Samværgemål, hvor begge handler i forening (stadig myndig).
- Lovens §5: Egentligt værgemål, hvor værgen handler, men den værgede kan også handle (stadig myndig).
- Lovens §6: Fratagelse af den retslige handleevne (ud over brug af §5), kun værgen kan handle (umyndig).

Disse bestemmelser omfatter mennesker, der pga. sindssygdom, herunder demens, er ude af stand til at varetage egne anliggender.

Anmodning om værgemål kan fremsættes af den demente, dennes ægtefælle, børn, forældre og søskende samt kommunalbestyrelsen, amtsrådet og politimesteren. Anmodningen sendes til Statsamtet i det pågældende amt og skal indeholde forslag til værgemålets karakter og omfang. Statsamtet kan indhente lægeerklæring om den pågældendes helbred til sagens oplysning.

## KØREKORT

Hvor mange »promiller« demens vil man tillade en person at køre med?

I Sverige er man i 1994 nået til følgende konsensus baseret på international dokumentation. Den forøgede viden om at demente er skyld i eller indblandede i alvorlige trafikulykker, sætter fokus på lægeundersøgelsen mhp. udstedelse af motorattest fra 70-års-alderen også i relation til tidlig identifikation af demens (Fig. 7).

I 1997 er en ny motorattest til helbredsundersøgelse introduceret, hvor vi skal tage stilling til behovet for en vejledende praktisk prøve. Det er måske kun et spørgsmål om tid, før vi systematisk skal undersøge orienteringsevne, hukommelse og koncentrationsevne. De mange helbredsoplysninger, vi umiddelbart har i kraft af et ofte mangeårigt kendskab til personen, giver dog muligheder for en helhedsvurdering. De intellektuelle funktioner kan objektiviseres og følges over en periode. En målelig forværring i forhold til tidligere er væsentlig ved stillingtagen, om en vejledende praktisk prøve bør udføres (Fig. 8).

En hurtig test for intellektuel funktion, hvor resultaterne kan gemmes i journalen til senere sammenligning:

1. Tidsorientering: Tre spørgsmål undervejs i samtalen skal klart bekræfte, om personen ved, hvilken ugedag, måned og årstid det er. (Hvis første side af motorattesten er udfyldt korrekt »uden hjælp«, kan orientering anses for at være i orden).

1. Personer med moderat til svær demens skal ikke køre.
2. Personer med mild demens, som viser tegn på forværring i funktionsevne især i kombination med andre funktionsbegrænsninger skal vurderes af specialkyndige (vejledende køreprøve).
3. Personer med mild demens, som ikke viser tegn på funktionsbegrænsninger i relation til kørehabilitet, skal vurderes på en individualiseret måde og med faste tidsintervaller.

Fig. 7.

»Kommer en læge i sin virksomhed til kundskab om, at en person lider af sådanne sygdomme eller mangler i legemelig eller sjælelig henseende, at han i betragtning af de forhold, hvorunder han lever eller arbejder, udsætter andres liv eller helbred for nærliggende fare, er lægen forpligtet til at søge faren afbødet ved henvendelse til vedkommende selv, om fornødent ved anmeldelse til pågældende embedslægeinstitution eller Sundhedsstyrelsen«.

Fig. 8. Lægelovens §12.

2. Rumorientering: Urskive-tegning med klokkeslæt 11:10, (se Fig. 10).
3. Korttidshukommelsen: »Det har vist sig vigtigt for at kunne køre sikkert, at man kan huske. Derfor vil jeg bede dig huske tre ord, fx æble, bord, mønt«. Personen skal lære dem alle og kunne gentage dem alle umiddelbart. Derefter foretages en afledning med 100-7-subtraktionsprøven. Fem svar noteres, idet man fortsætter fra det tal, man er kommet til, fx giver 93, 84, 77, 70, 63 en fejl. Hvis dette er helt umuligt, kan patienten prøve at stave spand bagfra. Derefter skal de tre ord genkaldes. Hvis patienten ikke kan huske mere end et ord, kan man udføre hele MMSE.

Testen forudsætter tillid mellem patient og læge og vil give et væsentlig bidrag til en vurdering af, om en vejledende køreprøve skal foreslås, evt. ved næste kørekortfornyelse.

De bedste prædiktorer for kørefærdighed er:

1. Den nære pårørendes angivelse af kørehabilitet.
2. Den nære pårørendes angivelse af personens funktion i dagligdagen.

### Urskivetesten

Urskivetesten giver mulighed for at vurdere tegn på rum/retningsforstyrrelse (Fig. 9).

Måden, opgaven gribes an på, kan give gode oplysninger om den intellektuelle funktion. Urskivetesten er valideret, acceptabel og let at gennemføre (Fig. 10).

Er cirklen tegnet i forvejen, kan undersøgelsen gøres hurtigere, uden at væsentlig information går tabt. Hvis man vælger at bede personen tegne urskiven, skal man samtidig sige: »Tegn en urskive og lav cirklen tilstrækkelig stor«.

Efter at personen har indtegnet tallene, er det ikke lige gyldigt, hvilket tidspunkt man vælger. Hvis der er usikkerhed ved opfattelsen af »10 minutter over«, vil patienten ofte

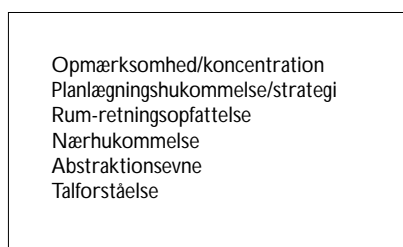


Fig. 9. Informationer, som vurderes via urskivetesten.

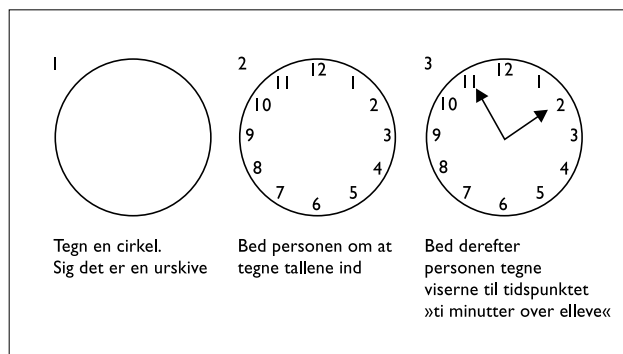


Fig. 10. Urskivetest.

længe forsøge at placere den store viser på tallet 10, altså tæt ved den lille viser på 11. Man bliver hurtigt fortrolig med, hvordan urskivetesten udføres, og hvilke fejlmønstre som går igen. Til gengæld vil man tit blive overrasket over, hvordan denne enkle opgave kan volde vanskeligheder. Er »12« på toppen? Er der 12 tal på skiven? Er der en stor og lille viser?

At anvende samme tidspunkt hver gang giver mulighed for at sammenligne urskivetesten gennem en længere periode.

### BEHANDLING

Ud over eventuel medikamental behandling er det værd at være opmærksom på følgende forhold:

- Etablering af faste rutiner i dagligdagen, idet den demente ofte ikke kan lære nyt.
- Hvis hjælp udefra er nødvendig, skal det så vidt muligt være samme hjemmehjælper.
- Daghjemsordninger for demente skal etableres tidligt, også for at aflaste evt. ægtefælle.
- Aflastning af ægtefælle skal tidligt have in mente, frivillig besøgsordning, aflastningsplads.
- Dannelse af samværsgrupper omkring madlavning, musik og dans.
- Boformer til demente.
- Overvej tilbud om psykolog til familien og evt. diskussion af økonomiske forhold og selvbestemmelse.
- Pårørendegrupper, hvor temaet er uddannelse og information.

#### Organisation

Informationsmateriale udarbejdet. Kommunikationsprocedure etableret mellem praksis og specialafdeling. Mulighed for direkte telefonforespørgsel fra almen praksis til sygehus.

#### Viden/personale

Patienter, pårørende, læger og hjemmeplejen.

#### Tekniske aspekter

Uddannelsesaktiviteter  
Henvisning (antal og kvalitet)  
Epikrise (antal og kvalitet)  
CT (antal og resultat)  
Blodprøver (antal og resultat)  
MMSE-test udført (antal og resultat).

#### Tilfredshed

Personale, patienter, pårørende.

#### Målopfyldelse

Stikprøveundersøgelse blandt personer over 65 år.  
Stikprøveundersøgelse blandt plejehjemsbeboere.  
Personer med lav score ved MMSE der genundersøges inden for et år.

#### Økonomi

Direkte omkostninger til speciallæge og almen praksis.  
Forbrug af ydelser hos MMSE-testede. Lægemedelforbrug.

Fig. 11. Områder der kan indgå i evalueringen af demensudredning i et amt.

- En stigende viden blandt sygeplejersker og ergoterapeuter om non-farmakologisk behandling.

Hertil kommer, at demente i tidlig fase ofte er skrøbelige og får mange følgesygdomme, som kan og skal behandles.

Forskningen inden for den medicinske behandling af demens har foreløbig resulteret i behandling af Alzheimers sygdom med donepezil og rivastigmin. Der ventes i fremtiden adgang til propentofyllin, som både skal have en virkning på vaskulær demens og Alzheimers sygdom. Stofferne har få bivirkninger, men giver kun en midlertidig bedring i den intellektuelle funktion, som forsinker sygdommens udvikling i ca. et halvt år. Indtil videre kan den praktiserende læge ikke udskrive disse stoffer, men denne situation kan forventes ændret inden for de kommende år.

Patienter med konstateret vaskulær demens bør i overensstemmelse med gældende retningslinjer behandles med acetylsalicylsyre for at reducere risikoen for nye infarkter, dersom patienten er normotensiv eller har velbehandlet hypertension, dvs. blodtryk lavere end 160/95.

Sundhedsstyrelsen har i 1998 nedsat en tværfaglig gruppe, som skal udarbejde detaljerede retningslinier for den samlede behandling af demens. Praktiserende læger er repræsenteret med to medlemmer. Resultatet af dette arbejde vil blive indarbejdet ved opdatering af denne vejledning.

## EVALUERING

I forbindelse med at der lokalt i de enkelte amter udarbejdes retningslinjer for udredning og identifikation af demens, må det tilrådes, at der opstilles mål for indsatsen, udvikles indikatorer for målopfyldelse og gennemføres evalueringer af, om målene opnås. I Fig. 11 er angivet eksempler på områder, der kan inddrages i en evaluering.

## AFSLUTNING

DSAM opfordrer til, at der i hvert amt tages initiativ til dannelse af et tværfagligt team med henblik på at sikre:

- Opdatering af amtslige retningslinjer for udredning/behandling af demens.
- Implementering af kliniske vejledninger.
- Planlægning af samarbejde mellem kommunale myndigheder, hjemmepleje og praktiserende læger.
- Initiativ til fortsat undervisning af såvel hjemmeplejepersonale som praktiserende læger.
- Åbne muligheder for direkte, daglig telefonisk kontakt mellem praksissektor og specialafdeling med ekspertise om demens.
- Kvalitetsvurdering af igangsatte aktiviteter.

## LITTERATUR

*Referenceprogrammer og guidelines om udredning af demens (ordnet efter udgivelsesår, nationale først)*

Demens - en vejledning til praktiserende læger. Hjerneårets demensarbejdsgruppe 1997. Referenceprogram for demensudredning. København: Dansk Neurologisk Selskab, 1998.

Demens, delrapport I 1999. Udkast til faglig konsensus vedrørende diagnostisk udredning. Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende den frem-

tidige tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets indsats vedrørende udredning og behandling af demens. København: Sundhedsstyrelsen, 1999.

Guidelines for comprehensive services to elderly persons with psychiatric disorders. Ottawa, Ont.: Health and Welfare Canada, 1990.

De Bruyne GA, Meyboom-de Jong B, Muskens JB, Veltman MTM, Weijters JTNM, Wind AW. NHG-Standard Dementia Syndroom. Ned Huisarts Genootschap 1991; 34: 598-607.

Malmöhus Läns Landsting. Vårdprogram: demenstillstånd. Lund: Malmöhus Läns Landsting, 1994.

Recognition and initial assessment of Alzheimer's Disease and related dementias. Clinical practice guideline no 19, 1996. Rockville, Md.: US. Department of Health and Human Services, 1996.

Er det demens? Utredning av demens i primær- og spesialisthelsetjenesten. Sosial- og Helsedepartementets utviklingsprogram om aldersdemens. Oslo: INFO-banken, 1997.

Falk W. Approach to the patient with memory problems or dementia. 7: MGH guide to psychiatry in primary care. Stern T, Herman JB, Slavin PL, eds. New York: McGraw-Hill, Health Professions Division, 1998.

Eccles M, Clarke J, Livingstone M, Freemantle N, Mason J. North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia. BMJ 1998; 317: 802-8.

### Videnskabelige artikler (ordnet alfabetisk efter forfatter)

Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP. The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. J Geriatr Psychiatry Neurol 1991; 4: 173-8.

Christensen P. Demenssygdomme. Månedsskr Prakt Lægegern 1998; 76: 461-75.

D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. Fam Pract 1994; 11: 260-6.

Dinesen O, Frijs-Madsen B, Almbjerg F, Fromholt P, Torpdahl P. Demensdiagnostik i almen praksis. Ugeskr Læger 1997; 159: 5795-9.

Stähelin HB, Monsch AU, Spiegel R. Early diagnosis of dementia via a two-step screening and diagnostic procedure. Int Psychogeriatr 1997; 9 (suppl 1): 123-30.

Fleming KC, Adams AC, Petersen RC. Dementia: diagnosis and evaluation. Mayo Clin Proc 1995; 70: 1093-107.

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: 189-98.

Gauthier S. Managing expectations in the long-term treatment of Alzheimer's disease. Gerontology 1999; 45 (suppl 1): 33-8.

Johannsen P, Ehlers L, Abelskov K, Gulmann NC, Christensen T, Gjedde A et al. Klinik for demensudredning. 110 konsekutive patienter. Ugeskr Læger 1997; 159: 1246-51.

Johansson K. Older automobile drivers: medical aspects [disp]. Stockholm: Karolinska Institutet, 1997.

Larsen JT, Kragh-Sørensen P. Farmakologisk behandling af Alzheimers sygdom. Månedsskr Prakt Lægegern 1998; 76: 1109-22.

Lauritzen LUF, Körner EA. Forekomsten af demens og depression i en dansk ældrebefolkning. Ugeskr Læger 1996; 158: 5453-6.

Lepeleire JA, Heyrman J, Baro F, Buntinx F, Lasuy C. How do general practitioners diagnose dementia? Fam Pract 1994; 11: 148-52.

Maguire CP, Kirby M, Coen R, Lawlor BA, O'Neill D. Family members' attitudes towards telling the patient with Alzheimer's disease their diagnosis. BMJ 1996; 313: 529-30.

Mogensen F. GDS-Geriatrik Depressionsskala. Månedsskr Prakt Lægegern 1995; 73: 633-6.

Monsch AU, Thalman B, Ermini-Fünfschilling D, Stähelin HB, Spiegel R. A combination of the Clock Drawing Test (CDT) and the Mini Mental State Examination (MMSE) helps to improve the screening for dementia. Memory Clinic Kantonspital, Basel, Switzerland (monsch@ubaclu.unibas.ch).

O'Neill D. Dementia and driving: screening, assessment, and advice. Lancet 1996; 348: 1114.

Schultz-Larsen K, Lomholt RK, Hanning S. Brug af MMSE-test ved demensdiagnostik. Gerontol Samf 1998; 14: 52-4.

Schultz-Larsen K. Tidlig opsporing af demens blandt ældre. Månedsskr Prakt Lægegern 1998; 76: 881-6.

Skausig OB. Subkortikal demens. Månedsskr Prakt Lægegern 1997; 75: 669-71.

Small B, Viitanen M, Bäckman L. Mini-Mental State Examination item scores as predictors of Alzheimer's disease: incidence data from the Kungsholmen Project, Stockholm. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1997; 52: 299-304.

- Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 922-35.
- Vass M, Gade S, Hagens G, Hvas L, Jensen PB, Møller N, Hendriksen C. Forebyggende lægebesøg hos ældre mennesker. KLAP/Storstrøms amt og P.L.O./DSAM's forebyggelsesudvalg, 1994.
- Vass M. Udredning af demenstilstande. *Leder. Ugeskr Læger* 1997; 159: 1225.
- Waldemar G. Demens. Statusartikel. *Ugeskr Læger* 1997; 159: 2987-9.
- Waldorf F. Spørgeskemaundersøgelse blandt danske praktiserende læger 1998. Personlig meddelelse.
- Watson YI, Arfken CL, Birge SJ. Clock completion: an objective screening test for dementia. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 1225-40.
- Wind AV, Van Staveren G, Scholten RP, Jonker C, Van Eijk JT. Limitations of the Mini-Mental State Examination in diagnosing dementia in general practice. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12: 101-8.

### *Anden faglitteratur (ordnet alfabetisk efter forfatter)*

- Gauthier S, ed. *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease*. London: Martin Dunitz, 1996.
- Brækhus A. Demens og bilkjøring. Dagens situation og praksis vedrørende helseattest for førerkort. Norge: INFO-banken, 1998.
- Engedal K, Haugen PK. Aldersdemens. Fakta og udfordringer. En lærebok. Norge: INFO-banken, 1996.
- Sletvold O, Engedal K, Tilvis R, Jobsson A, Schroll M, Schultz-Larsen K et al. Geriatrisk udredning i Norden. Nordiske retningslinier for geriatrisk udredning. København: Dansk Selskab for Geriatri, 1997.
- Gulmann NC. Praktisk gerontopsykiatri. København: Hans Reitzel, 1990.
- Iliffe S, Patterson L, Gould MM. Health Care for Older People. Screening in general practice. *Psychiatric Morbidity*. BMJ Books, 1998; 105-12.
- Kirk H, Swane CE. Demens i familien. København: Frydenlund Grafisk, 1994.
- Graversen H, Gunner-Svensson F, Jensen K. Sindslidelser hos gamle. 4. udgave. Frederikshavn: Dafolo, 1996.
- Melin E, Olsen RB. Håndbog i demens. København: Omsorgsorganisationernes Samråd, 1997.
- Swane CE. Hverdagen med demens. København: Munksgaard, 1996.
- Ulholm NB. Der er noget galt. København: Hans Reitzel, 1991.
- Ældre dementes vilkår. Det Etske Råd 1998. [www.etiskraad.dk](http://www.etiskraad.dk)

## TELEFON- OG ADRESSELISTE

### Alzheimerforeningen

Sankt Lukasvej 13  
2900 Hellerup  
Tlf. 39 40 04 88  
Fax 39 16 66 69

Træffetid: mandag-onsdag 10-14 og torsdag 16-18.

Alzheimerforeningen er en patientforening med lokalforeninger i alle amter. Foreningen udgiver et medlemsblad »Nyt fra Alzheimerforeningen«, som udkommer fire gange årligt. Adresse og tlf.nr. på lokalforeninger fås på ovenstående tlf.nr.

### Demenslinien

Tlf. 39 62 29 19

Telefonisk rådgivning til privatpersoner og fagfolk i alle spørgsmål, der har med demens at gøre. Demenslinien drives af Alzheimerforeningen med støtte fra Socialministeriet.

### Formidlingscenter Nord

Tlf. 98 13 22 11  
Fax 98 13 22 77  
E-mail: [fcnord@post10.tele.dk](mailto:fcnord@post10.tele.dk)

Formidlingscenter Nord er en selvejende institution, oprettet og finansieret af Socialministeriet. Centret udgiver »Demensnyt«, som udkommer seks gange årligt, og har oprettet »Demensdatabasen«, der har til formål at indsamle og formidle viden på demensområdet i Danmark.

© Den Almindelige Danske Lægeforening

ISSN: 1398-1560

### Løssalg af Klaringsrapporter

kr. 40,00 + porto  
Lægeforeningens forlag  
Esplanaden 8A  
1263 København K  
Telefon 35 44 83 01  
E-post [forlaget@dadl.dk](mailto:forlaget@dadl.dk)

### Produktion

Lægeforeningens forlag, København

### Tryk

Scanprint a/s, Viby J.