



Klinisk vejledning

Demens i almen praksis

Udredning – Diagnostik
Behandling – Opfølgning



2. udgave

Dansk Selskab for Almen Medicin – 2006



Demens i almen praksis

Udredning – diagnostik – behandling – opfølgning

Denne vejledning er en opdatering af DSAM's kliniske vejledning »Identifikation og udredning af demens og demenslignende tilstande i almen praksis« fra 1999.

Vejledningen er udarbejdet af

Jens M. Rubak, alment praktiserende læge (formand)

Flemming Bro, alment praktiserende læge

Ole Dinesen, alment praktiserende læge

Lars Rytter, alment praktiserende læge

Mikkel Vass, alment praktiserende læge

Frans Boch Waldorff, alment praktiserende læge

Jørgen Peter Ærthøj, alment praktiserende læge

Sekretariatsbistand

Sekretær Anette Lindblad

Vejledningen er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet med midler fra puljen »efteruddannelse af praktiserende læger i udredning og behandling af demens«.

Udgivet af: Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med Fonden for tidsskrift for praktisk lægegerning.

Sats og grafisk tilrettelæggelse: Lægeforeningens forlag

Tryk: Islev Tryk A/S

Oplag: 6.500

ISBN: 87-91244-06-4

2. udgave

1. oplag

© DSAM 2006

Vejledningen kan ses og bestilles hos www.dsam.dk eller hos Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, www.mpl.dk, tlf. 3526 6785.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Forord ved DSAM's formand	4
Forord ved Dansk Neurologisk Selskabs formand	5
Indledning	7
Hvad er demens?	7
Diagnostiske kriterier for demens (ICD-10)	7
De fem bud ved udredning af demens	8
De fem bud ved opfølgning af demens	8
Kan praktiserende læger håndtere demens?	8
Forekomst	9
Baggrund	9
Demens af Alzheimers type	10
Typisk udvikling af symptomer, motorik og adfærd	10
Vaskulær demens	10
Lewy Body-demens	11
Frontotemporal demens (frontallapdemens)	11
Mistanke om demens	12
Mild Cognitive Impairment (MCI)	12
De ti advarselstegn ved Alzheimers sygdom	13
Første konsultation – Identifikation	14
Oplysninger fra patient	14
Supplerende oplysninger	15
Oplysninger fra pårørende	15
Spørgsmål til pårørende	16
Anden konsultation – Udredning	17
Undersøgelser	17
Laboratorieundersøgelser	17
Differentialdiagnoser	18
Depression	18
Delir	18
Droger	19
Druk (alkohol)	19
Tredje konsultation – Afklaring	20
Demens udelukket med rimelig sikkerhed	20
Måske demens	20
Demens overvejende sandsynlig	20

Opfølgning	22
Behandling	22
Ikke-medicinsk behandling af demens	22
Medicinsk behandling af Alzheimers sygdom	23
Hvordan vurderes virkningen?	23
Ophør med behandling	24
Tilskud til behandling	24
Medicinsk behandling af vaskulær demens	25
Medicinsk behandling af Lewy Body-demens	25
Medicinsk behandling af frontotemporal demens	25
 Behandling af adfærdsforstyrrelser hos demente (BPSD)	26
 Belastning hos pårørende	27
 Kørekort	28
Motorattest	28
 Henvisning og epikrise	29
 Appendiks	31
 Kriterier	32
Kliniske kriterier for Mild Cognitiv Impairment (MCI)	32
Kliniske kriterier for demens ved Alzheimers sygdom ifølge ICD-10 ..	32
Kliniske kriterier for vaskulær demens ifølge ICD-10	32
Kliniske kriterier for blandet vaskulær demens og	
Alzheimers sygdom ifølge ICD-10	32
Kliniske kriterier for demens af Lewy Body-typen	33
Kliniske kriterier for frontotemporal demens	33
Kriterier for delir ifølge ICD-10	34
Delir-udredning	34
Arvelig demens	35
 Test	36
Mini Mental State Examination (MMSE)	36
MMSE's opbygning	36
Sådan udføres MMSE	36
Scoring og tolkning	36
Urskivetesten	37
Tolkning	37

Geriatrisk Depressionsskala (GDS) – 15 items version	37
Sådan udføres testen	38
Geriatric Depression Scale – 15 items	38
Scoring og tolkning	38
Aktiviteter i dagligdagen (ADL)	38
Basale ADL	39
Instrumentelle ADL (IADL)	39
Medicin der påvirker kognition	40
Enkelttilskud til symptomatisk medicin mod Alzheimers sygdom	40
Jura	43
Lov om patienters retsstilling	43
Tavshedspligt	43
Lov om værgemål	44
Lov om social service	45
Sundhedsstyrelsens retningslinjer til undersøgelse for kognitiv funktion ved kørekortundersøgelse	46
Nyttige adresser og telefonnumre	49
Evaluerings	50
E-learning	50
Ordliste	50
Ydelser vedrørende psykometrisk test og opfølgende demenskonsultation	51
Psykometrisk test (ydelse 2149)	51
Aftalt forebyggelseskonsultation (ydelser 0106, 2304, 2305)	51
Litteraturliste	52

FORORD ved DSAM's formand

DSAM tilstræber, at selskabets vejledninger hviler på et veldokumenteret grundlag. I 1999 udgav DSAM vejledningen »Identifikation og udredning af demens og demenslignende tilstande i almen praksis«. Da Indenrigs- og Sundhedsministeriet tilbød at finansiere en opdatering af denne vejledning med puljemidler, blev det besluttet at fastholde princippet med at præsentere ny viden baseret på nyeste guidelines og samtidig beskrive ændringer i praktiske forhold, som fx ordinations- og overenskomstforhold. Dette mål synes jeg bestemt, skrivegruppen har nået. En stor tak for indsatsen skal lyde fra kollegerne – og fra DSAM!

Mange læger vil savne MMSE-skemaet som plastark vedlagt vejledningen. Der er usikkerhed om de ophavsretlige forhold i USA, hvor der er trusler om sagsanlæg mod organisationer og enkeltpersoner, der har offentliggjort MMSE-skemaet på internettet. DSAM har derfor valgt at undgå risikoen for et eventuelt sagsanlæg ved ikke at vedlægge skemaet. I vejledningen henvises til, hvor skemaet kan findes.

Det er mit indtryk, at den foreliggende opdatering af vejledningen om demens vil være et solidt fundament for den praktiserende læges centrale rolle i udredning og opfølgning af patienter med demens.

Roar Maagaard

FORORD ved Dansk Neurologisk Selskabs formand

Opmærksomheden på patienter med demenssymptomer er stigende. Der er flere steder i landet processer i gang for at sikre, at samarbejdet mellem sektorerne, herunder de enkelte aktører i sektorerne, foregår bedst muligt. En fællesnævner for arbejdet synes at være, at man skal sikre en høj tværspecialiseret faglighed og enkle veje mellem de kommunale og amtskommunale/regionale samarbejdspartnere. Enkelhed og overskuelighed for såvel patienter som aktører er i den forbindelse af største nødvendighed.

Fundamentet for, at netværket kan fungere, er at fagligheden hos de enkelte er i orden, og at værktøjskassen er parat til de problemer, der skal løses.

Den nye udgave af »Demens i almen praksis. Udredning, diagnostik, behandling og opfølgning« er en videreudvikling af første udgave, og den synes at kunne ruste den alment praktiserende læge til at tage sin centrale plads i netværket omkring den demensramte.

Allan Andersen

Denne vejledning har været forelagt Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Geriatri og Gerontopsykiatrisk Interessegruppe, der alle kan tilslutte sig Allan Andersens udtalelse.

Dorte Sestoft
Formand for DPS

Finn Rønholt Hansen
Formand for DSG

Marcus Fink
Formand for GI

INDLEDNING

Formålet med denne reviderede vejledning er at medvirke til god kvalitet ved udredning, diagnostik, behandling og opfølgning af patienter med demens i almen praksis.

Arbejdsgruppen har valgt at revidere vejledningen fra 1999 af flere grunde: Et ønske fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, ændringen i ordinationsretten til den symptomatiske medicin mod Alzheimers sygdom, behovet for øget viden om generel behandling af demente og om kommunikation med de pårørende samt den ændrede arbejdsfordeling mellem sygehussektoren og almen praksis på dette område. Den nye overenskomst fra 2006 understøtter ligeledes de praktiserende lægers arbejde med demente patienter.

Der er nye afsnit om bl.a. typebestemmelse af demenssygdom, opfølgende konsultationer, medicin og adfærdsforstyrrelser. Vi har valgt at fastholde de tre konsultationer for at strukturere indholdet i demensudredningen, men man kan naturligvis tilpasse indholdet i forløbet af en demensudredning.

Vejledningen er udarbejdet af en gruppe praktiserende læger med interesse for demens og bygger ikke på selvstændig gennemgang af al faglitteratur, men har taget udgangspunkt i tidligere og nyligt udarbejdede guidelines til praktiserende læger (1-3).

Hvad er demens?

Ifølge WHO's diagnosesystem ICD-10 er demens et syndrom, som opstår på baggrund af svækkelse af hjernens funktioner. Det kan dreje sig om svigtende hukommelse, nedsat koncentration, påvirket sprog eller orienteringsevne. Andre kognitive forstyrrelser samt adfærdsforstyrrelser, personlighedsændringer og emotionelle forstyrrelser kan også indgå i syndromet.

Demensstilstande berører de intellektuelle funktioner, heriblandt evnen til at

Diagnostiske kriterier for demens (ICD-10)

- A.** 1. Hukommelsessvækkelse, især for nye data
2. Svækkelse af andre kognitive (intellektuelle) funktioner: abstraktion, tænkning, planlægning og dømmekraft.

Let demens: Interfererer med normale dagliglivsaktiviteter

Moderat demens: Kan ikke klare sig uden hjælp fra andre

Svær demens: Kontinuerlig pleje og overvågning nødvendig

- B.** Bevaret bevidsthedsklarhed i et omfang til at bedømme A
C. Forstyrrelser af emotionel kontrol, motivation eller social adfærd med mindst ét af følgende symptomer:
1. Emotionel labilitet
2. Irritabilitet
3. Apati
4. Forgrovet social adfærd.
D. Varighed i mindst seks måneder

huske, læse, koncentrere sig, opfatte, tænke, vurdere, tale og regne. Vi ligestiller her »kognitive« funktioner med »intellektuelle« funktioner og anvender begreberne synonymt.

De fem bud ved udredning af demens

1. Tag altid henvendelser om hukommelsesproblemer og ændret adfærd alvorligt.
2. Tal altid med pårørende, netværksperson eller hjemmepleje.
3. Vurder systematisk den intellektuelle funktion.
4. Tænk på differentialdiagnoser (somatisk sygdom, depression, delir, droger, druk og defekte sanser).
5. Overvej hvilken type demenssygdom, der er tale om, eventuelt i samarbejde med specialist.

De fem bud ved opfølgning af demens

1. Demens udvikler sig og kræver regelmæssig opfølgning, aftal derfor kontrol.
2. Hjælp pårørende med belastningsreaktioner.
3. Tænk på kommunale og private tilbud, besøgsordninger og Alzheimerforeningen, og involver hjemmeplejen.
4. Vær tilbageholdende med adfærdsregulerende medicin.
5. Husk, at mange demente er sårbare.

Kan praktiserende læger håndtere demens?

Diagnostik og opfølgning af demens er som diagnostik og opfølgning af alle andre sygdomme i almen praksis. Det gælder om at foretage en helhedsvurdering og foretage relevant visitation. Symptomer på mental svækkelse kan være forårsaget af mange tilstande, som ikke er demens. Det er den praktiserende læges opgave at foretage denne skelnen. I visse tilfælde kan vi stille en præcis demensdiagnose, men i andre situationer er det kliniske billede ukarakteristisk, og det kan være en fordel at samarbejde med sekundærsektoren.

Vi kender den travle dagligdag i almen praksis og har derfor bestræbt os på at udarbejde en kort og overskuelig vejledning. Men området er komplekst og spændende, så yderligere information er samlet i et nyt appendiks. Den interesserede læser kan hente yderligere inspiration i litteraturlisten. Som et nyt, spændende initiativ introduceres et e-learningprogram, som kan understøtte tilegnelsen af viden fra denne vejledning. Klik ind på www.laeger.dk og se nærmere.

God læselyst!

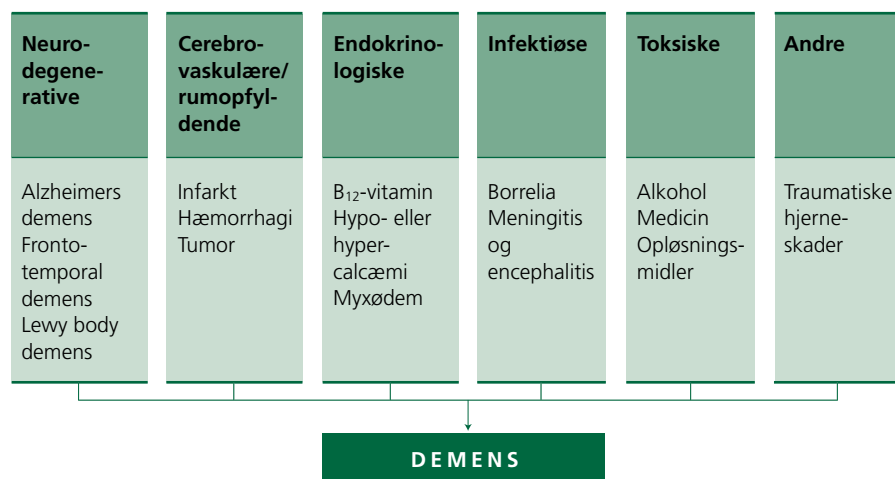
Jens M. Rubak, Århus (formand); Flemming Bro, Skanderborg; Ole Dinesen, Næstved; Lars Rytter, Albertslund; Mikkel Vass, Præstø; Frans Boch Waldorff, Lyngby; Jørgen Peter Ærthøj, Svenstrup.

FOREKOMST

Demens kan opstå i alle aldre, men incidensen øges med alderen. I alt skønnes der at være omkring 80.000 demente danskere, og yderligere 19.000 bliver demente hvert år. I gennemsnit svarer dette til, at hver praktiserende læge vil møde 5-6 nye patienter om året (4). Den praktiserende læge vil dog hyppigere møde patienter med hukommelsessvækkelse eller reduceret intellektuel funktion på grund af depression, følger efter apopleksi eller defekte sanser. Herudover får almen praksis en voksende opgave med opfølgende kontrol af demente i medicinsk behandling.

BAGGRUND

Lidt over halvdelen af demente patienter lider af Alzheimers sygdom. De vigtigste andre demensformer er vaskulær demens (15-20%), Lewy Body-demens (15-30%) og frontotemporal demens (5%). De resterende demensformer udgør omkring 5-15%.



Figur 1. Eksempler på årsager til demens eller demenslignende symptomer

De forskellige demenssygdomme har forskellige karakteristika, prognose og behandling. Derfor er det vigtigt at klassificere. Vær opmærksom på blandingstilstande. Specifikke kriterier for de enkelte demenssygdomme kan ses i appendiks side 32.

Demens af Alzheimers type

50-60% af alle demente har Alzheimers sygdom. Diagnosen stilles, når patienten opfylder kriterierne i ICD-10 (se side 7), og der ikke er tegn på andre sygdomme ved klinisk undersøgelse, blodprøver eller CT, samt et gradvist progredierende forløb. Udover amnesi (hukommelsesproblemer) kan der forekomme afasi (sprogforstyrrelse), apraksi (manglende evne til at udføre formålsbestemte handlinger), agnosi (manglende evne til at identificere genstande) samt adfærdsforstyrrelser.

Et af de karakteristiske træk ved Alzheimers sygdom er påvirkning af orientering i tid (ofte tidligt i forløb) og sted (ofte senere i forløbet).

Kun i sjældne tilfælde er Alzheimers sygdom arvelig (appendiks side 35).

Sygdommen er progredierende, men der kan være lange stabile faser. Kolinesterasehæmmere og lignende præparater kan have en positiv effekt på forløbet (se side 23).

Typisk udvikling af symptomer, motorik og adfærd ved demens af Alzheimers type

Mennesker mestrer hverdagen på forskellig vis, og det kliniske billede ved udvikling af demens vil derfor være forskelligt fra menneske til menneske. Efterhånden som demenstilstanden progredierer, vil det kliniske billede blive mere ensartet. Nogle kliniske tegn er centrale i den tidlige fase – det gælder fx reduceret hukommelse for hændelser i nær fortid (kognitive svigt). De fleste patienter ændrer sig med hensyn til adfærd og personkarakteristika. Depression, angst, tilbagetrækning og passivitet står ofte centralt i startfasen af demens (humør). Vrangforestillinger og hallucinationer optræder hyppigere på et senere tidspunkt, hvor patienten mister kontrollen over handlings- og vurderingsevnen (adfærd/BPSD).

Motoriske svigt med nedsat koordineringsevne, tab af balance med fald samt inkontinens er oftest sene symptomer i demensudviklingen (motorik).

Vaskulær demens

Vaskulær demens er betegnelsen for demens som følge af blodpropper, blødning eller anden karsygdom i hjernen. Den intellektuelle dysfunktion kan begynde akut, fx i tilslutning til apopleksi, og forløbet kan komme i spring, men der kan også være et gradvist progredierende forløb. Der kan være fokale neurologiske udfald, svær apati og cerebrovaskulære forandringer, som ses ved CT af hjernen.

Vaskulær demens forårsaget af blodpropper behandles med antitrombotika og ved at reducere risikofaktorer. Kolinesterasehæmmere har en vis effekt ved vaskulær demens. Det er aktuelt ikke muligt at få tilskud fra Lægemiddelstyrelsen på denne indikation på grund af sparsom dokumentation (5).

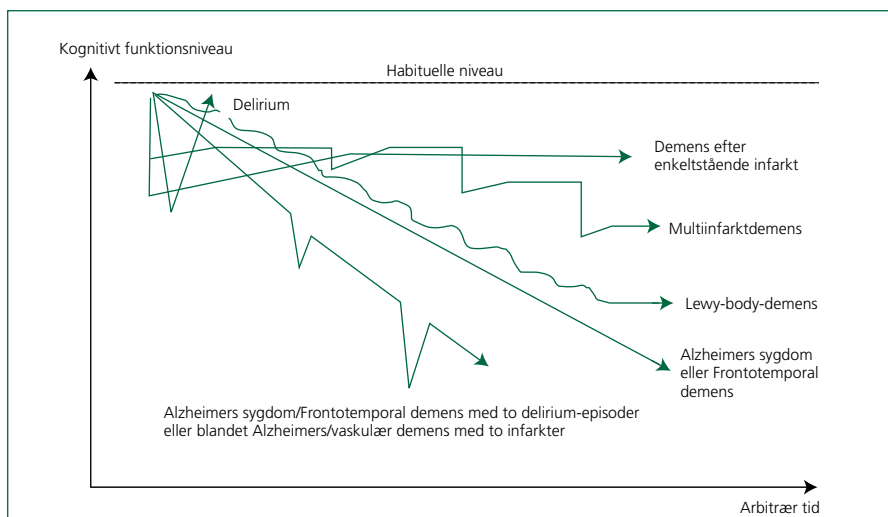
Lewy Body-demens

Lewy Body refererer til inklusionslegemer, der specielt findes i occipital- og parietallapperne og er karakteriseret ved: Synshallucinationer, ændringer i motorikken med stive bevægelser og faldtendens (parkinsonistiske symptomer), svingende tilstand med gode og dårlige perioder (6). Sygdommen er sædvanligvis ikke arvelig. Sygdommen er progredierende med et typisk forløb, der strækker sig over flere år. Kolinesterasehæmmere og lignende præparater kan have en positiv effekt på forløbet.

Disse patienter er specielt følsomme over for antipsykotika. Derfor må disse kun bruges på absolut tvingende indikation og under tæt kontrol.

Frontotemporal demens (frontallapsdemens)

Frontotemporal demens er karakteriseret ved gradvis ændret adfærd og/eller personlighed (7). Patienten mister sociale færdigheder med svigtende situationsfornemmelse, ændring i væremåde og mangelfuld selvkritik eller bliver apatisk eller stillestående. Hukommelsen er ofte bevaret initialt i forløbet. Sygdommen er progredierende med et typisk forløb over flere år. Op til 25% af tilfældene er arvelige.



Figur 2. Figurforløb over tid for hyppigste demenstyper. (Optrøkt med tilladelse fra H:S Koordinationgruppen for demens og overlæge *Claus Moe*, H:S Bispebjerg Hospital).

Antidepressiv medicin kan virke stemningsstabiliserende. Frontotemporal demens kan ikke behandles med kolinesterasehæmmere. Behandlingen er non-farmakologisk med en omhyggelig støtte i patientens dagligdag som det mest effektive til at afhjælpe adfærdsforstyrrelser.

Mistanke om demens

Forud for lægekontakt på mistanke om demens er der ofte gået en længere periode, hvor patienten eller omgivelserne har været foruroliget over ændringer i funktion eller adfærd.

Diagnosen bygger i høj grad på ændringer i funktionsniveau i forhold til tidligere. Derfor er det en stor hjælp at indhente oplysninger fra pårørende, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker og andre, der er tæt på patienten. Identifikation af demens i tidlige stadier kan være vanskelig, da symptomerne er vage og ofte kommer snigende. Patienter med demens bevarer mange sociale færdigheder – de kan fx deltage i almindelig konversation og færdes i kendte omgivelser, uden at fremmede bemærker, at noget er galt. Men brug af floskel-svar og afglidende teknikker for at maskere manglende viden bør vække mistanke om demens.

Når patienten eller en pårørende henvender sig pga. hukommelsesproblemer eller adfærdsmæssige vanskeligheder, er det lægens opgave at forholde sig til en række differentialdiagnostiske muligheder, herunder om patienten opfylder ICD-10-kriterierne for demens.

Får lægen selv mistanke om begyndende demens i forbindelse med konsultation eller måske i forbindelse med kørekortsattest, kan der opstå et etisk problem. Patienten og/eller de pårørende kan være uinteresserede i at få blotlagt en intellektuel reduktion og vil måske have sig frabedt, at man presser et udredningsprogram igennem. En empatisk og udramatisk samtale om de intellektuelle færdigheder ved en senere lejlighed kan være en mulighed.

De pårørende er ofte de bedste til at hjælpe lægen med at finde ud af, om tidlige humørsvingninger, kognitive symptomer eller færdighedstab skal ses som led i et begyndende demensforløb.

Mild Cognitive Impairment (MCI)

Nogle af de patienter, der mistænkes for demens på grund af nedsat hukommelse, opfylder ikke kriterierne for demens. Omkring 30% af den ældre del af befolkningen har subjektiv hukommelsessvækkelse, og 5% af de ældre har MCI (8).

MCI er en fællesbetegnelse for patienter med dokumenterbar hukommelsessvækkelse, men normal ADL-funktion. Blandt disse vil 5-15% hvert år udvikle demens. Derfor bør det overvejes at tilbyde disse patienter årlig kontrol.

De ti advarselstegn ved Alzheimers sygdom¹

Hvad er normalt, og hvad er unormalt?

1. Hukommelsesproblemer

Det er normalt at glemme navne på bekendte eller kolleger, aftaler eller telefonnumre på samarbejdspartnere – og så senere komme i tanke om det korrekte navn eller nummer. Patienter med Alzheimers sygdom glemmer ofte aftaler, navne og ting – men det dukker ikke op senere.

2. Vanskeligheder med at udføre vante opgaver

Travle mennesker kan blive så distræte, at de glemmer en gryde gulerødder på komfuret og først husker at servere dem i slutningen af måltidet. Men patienter med Alzheimers sygdom kan tilberede et måltid og glemme ikke alene at servere maden, men også at de selv tilberedte den.

3. Sproglige problemer

Alle kan have problemer med at finde det rigtige ord af og til. Patienter med Alzheimers sygdom kan glemme simple ord eller erstatte med forkerte ord, så sætninger bliver svære at forstå.

4. Usikker orientering i tid og sted

Det er normalt at glemme, hvilken ugedag det er, eller hvor man er på vej hen i et kort øjeblik. Patienter med Alzheimers sygdom kan fare vild i vante omgivelser, uden at vide hvor de er, hvordan de kom der, og hvordan de kommer hjem.

5. Nedsat dømmekraft

Vi kan alle blive så fordybede i en aktivitet, at vi et ganske kort øjeblik glemmer fx et barn, som vi passer. Patienter med Alzheimers sygdom kan helt glemme det barn, som de har ansvaret for. De kan have svært ved at bedømme, hvordan man skal klæde sig på, tager fx flere trøjer på i varmt vejr og for lidt tøj på i koldt vejr.

6. Problemer med abstrakt tænkning

At holde regnskab med en privat konto kan være svært for alle, når det er mere kompliceret end vanligt. Patienter med Alzheimers sygdom kan helt glemme, hvad tallene betyder, og hvad de skal bruges til.

7. Ting bliver væk

Alle kan et kort øjeblik komme til at forlægge nøgle eller pung. Patienter med Alzheimers sygdom kan lægge ting på helt forkerte steder, fx et strygejern i fryseren eller et armbåndsur i sukkerskålen.

8. Forandringer i humør og adfærd

Alle kan være bekymrede eller have skiftende humør fra tid til anden. Patienter med Alzheimers sygdom kan få hurtige stemningssvingninger, fra ro til uro og fra tårer til vrede, tilsyneladende uden grund.

9. Forandringer i personlighed

Personligheden ændrer sig normalt lidt med alderen. Patienter med Alzheimers sygdom kan forandre sig drastisk og blive forvirrede, mistænksomme eller frygtsomme.

10. Initiativløshed

Det er normalt at blive træt af husligt arbejde, arbejdsaktiviteter og sociale forpligtelser i perioder, men hos raske kommer initiativet tilbage igen. Patienter med Alzheimers sygdom kan blive meget passive og involverer sig ikke uden påskyndelse eller hjælp til igangsætning.

1) Bearbejdet til dansk fra »10 warning signs of Alzheimer's disease« (offentliggjort med tilladelse fra Alzheimerforeningen).

FØRSTE KONSULTATION – IDENTIFIKATION

Hensigten med denne konsultation er at få oplysninger fra patienten selv og de pårørende. Det er derfor klogt, at man på forhånd sikrer sig, at patienten og de pårørende har en forståelse af betydningen af udredningsforløbet. Udover at berøre almene forhold, somatiske klager og psykiske symptomer skal den indledende samtale forsøge at kortlægge dagligdagen.

Ved tvivlsom demens, ved demens i meget tidlig fase, ved sprogproblemer eller ved ukarakteristiske forløb og symptomer kan der være behov for at konferere/henvise til kollegerne i sekundærsektoren.

Vær under samtalen især opmærksom på forandringer i forhold til tidligere.

Oplysninger fra patient

Spørg, hvorledes patienten oplever følgende områder:

»Oplever du, at«:

Hukommelse

- Det er blevet sværere at huske telefonnumre?
- Ting bliver væk?
- Du glemmer aftaler?

Orientering

- Du har sværere ved at orientere dig, fx på fremmede steder?

Adfærd, humør og søvn

- Dit humør og din måde at være på er ændret?
- Du ser mindre til bekendte og familie?
- Det er sværere at tage initiativ til aktiviteter?
- Din nattesøvn er ændret?

Rutinesvigt

- Du har sværere ved at køre bil?
- Det er sværere at håndtere pengesager?
- Det er sværere at klare personlig hygiejne og påklædning?
- Det er sværere at anvende offentlige transportmidler?

Sprogproblemer

- Det er sværere at finde ordene frem?
- Det er vanskeligt at beskrive ting eller steder, du kender?

Supplerende oplysninger

Aktuel medicin

- Især antipsykotika, sedativa, Parkinsonmedicin, NSAID, medicin med anticholinerg effekt (fx tricykliske antidepressiva, antacida og inkontinensmidler)
- Håndkøbsmedicin, især NSAID
- Ved tvivl om medicin, kontakt pårørende eller hjemmepleje.

Sociale forhold

- Uddannelse
- Erhverv, eksponeret for toksiske produkter
- Ægteskabelig status.

Alkoholforbrug

- Vær opmærksom på, at selv et moderat forbrug kan påvirke de kognitive funktioner.

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.

Husk differentialdiagnoser:

De 5 D'er

Depression

Delir

Droger

Druk

Defekte sanser

Ofte er flere af disse tilstande til stede samtidig.

Oplysninger fra pårørende

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

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 – fx ved håndtering af pengesager, brug af offentlige transportmidler, indkøb, brug af telefon, madlavning, deltagelse i det sociale liv, personlig hygiejne?
- Kan patienten være alene?
- Er patienten blevet mere mistroisk?
- Er der problemer med bilkørsel?

Blodprøveordination kan overvejes på dette tidspunkt.

ANDEN KONSULTATION – UDREDNING

Hensigten med denne konsultation er at supplere de anamnesticke oplysninger med objektive undersøgelser.

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

Undersøgelser

Kognitiv vurdering

- Vær systematisk med kognitive test, fx MMSE, urskivetest (se appendiks side 36-38).
- Vurder, om patienten har indsigt i sin situation og/eller bagatelliserer symptomerne.
- Vurder, om der er »Head Turning Sign« og besvær med at mobilisere (navne) ord.

Vær opmærksom på fejlkilder ved vurderingen af MMSE

- Testen er kun vejledende, og den kan ikke bruges til at diagnosticere demens.
- Defekte sanser og sproglige forstyrrelser kan forringe resultatet.
- Alder, uddannelsesniveau og kulturel baggrund påvirker scoren.
- Situationsnervøsitet kan påvirke resultatet.
- Testen er mindre følsom ved let og meget svær demens.

Psykisk vurdering

- Depression? (se appendiks GDS-15 side 37)
- Hallucinationer?
- Adfærdsforstyrrelser?

Objektiv somatisk undersøgelse

- Vægt, syn, hørelse, blodtryk og puls
- Neurologisk undersøgelse: Vær specielt opmærksom på øjenbevægelser, pareser, ufrivillige bevægelser, Parkinson-tegn og gangfunktion.

Funktionsniveau

- Vurdering af af- og påklædning
- IADL-vurdering (se appendiks side 38-39)

Laboratorieundersøgelser (obs. patienten skal være fastende)

Hæmoglobin, erythrocytter, MCV, MCHC, leukocyter, trombocytter, SR eller CRP,

creatinin, natrium, kalium, calcium, albumin, glukose, TSH, ALAT, lipidprofil, B₁₂-udredning, homocystein, urinundersøgelse, EKG.

CT af cerebrum

Hvis der er mistanke om, at patienten er dement, skal CT som hovedregel udføres for at:

- Identificere eventuelt normaltrykshydrocephalus, tumor og blødning (subduralt hæmatom)
- Identificere andre forandringer, som kan være årsag til eller bidrage til symptomerne.

Lokale aftaler bestemmer, hvorledes henvisning til undersøgelsen foregår.

Differentialdiagnoser

Depression

Den hyppigste differentialdiagnose er depression. Depression og demens kan have mange lighedspunkter og kan være til stede samtidig. Depression hos ældre kan have en varierende symptomatologi og overses dermed lettere. Hos ældre kan både dårlig hukommelse, hypokondri, angst, vrede eller tristhed være træk ved en depression (9).

Man kan have gavn af Geriatric Depression Scale (GDS) som screeningsredskab for depression blandt kognitivt intakte og let til moderat kognitivt dysfunktionerende ældre (10).

Delir

Delir er en akut eller subakut indsættende tilstand præget af påvirket bevidsthed, forstyrret opmærksomhed, tænkning, opfattelsesevne, koncentration og søvn. Tilstanden er hyppig.

Tilstanden er ofte svingende i intensitet og kan udvikle sig og ophøre inden for minutter/timer/dage. Symptomerne forekommer hyppigst i aften/nattetimerne og kan være til stede i kortere eller længere tid. Tilstanden overses ofte, både i hjemmet, på plejehjem og under indlæggelse. Delir skal mistænkes ved pludselig psykisk ændring hos ældre. Delir er en reversibel tilstand, hvis den bliver opdaget og behandlet i tide. Nogle af symptomerne kan vare ved op til 2-3 uger efter behandlingsstart.

De vigtigste årsager til udvikling af delir er somatiske sygdomme (UVI, pneumoni og andre infektionssygdomme, dehydrering, anæmi, hypotension, hypoksi ved obstruktiv lungelidelse m.fl.) eller medicinpåvirkning (og abstinens).

Supplerende læsning vedrørende udredning af delir findes i appendiks side 34 og i litteraturlisten.

Droger

En række lægemidler kan påvirke det mentale funktionsniveau. Overvej indikation for medicin. Forsøg at seponere eller reducere dosis af medicin, og vær opmærksom på polyfarmaci og især medikamina med anticholinerg virkning (11). Næsten al medicin kan give kognitive bivirkninger (se appendiks side 40).

Druk (alkohol)

Hos alkoholafhængige kan ses en lettere intellektuel reduktion, der i mange tilfælde er reversibel, hvis misbruget ophører. Tænk på alkohol som en udløsende eller forværende faktor til symptomer på demens. Grænsen for, hvor meget man kan tåle, er nedsat hos ældre mennesker. Spørg altid til alkohol; forbruget bliver ofte undervurderet, også hos ældre patienter. Demente har formentlig øget følsomhed over for alkohol (12).

TREDJE KONSULTATION – AFKLARING

Efter udredning for somatisk sygdom (delir) og psykisk sygdom (depression) er hensigten nu at afklare, om der foreligger en demenstilstand i henhold til ICD-10 kriterierne (side 7), at finde årsagen til den kognitive dysfunktion (typebestemmelse) samt at graduere demenstilstanden. Til sidst afgøres, hvilke initiativer der kan iværksættes.

Der foreligger tre muligheder:

1) Demens udelukket med rimelig sikkerhed

Patienten opfylder ikke ICD-10 kriterierne, enten fordi det drejer sig om aldersbetinget godartet glemsomhed, MCI, depression, delir eller partiel reversibel tilstand. Hertil kommer, at nogle af vores patienter søger læge alene pga. bekymring. Hvad der er normalt for alderen, findes omtalt på side 13. Med alderen ses en let reduktion af opmærksomhed og indlæring, men når kognitive svigt medfører problemer i hverdagen, er der ikke tale om normale forandringer.

Dersom der ikke ved de anførte undersøgelser og test er mistanke om demenssygdom, kan konsultationen munde ud i en beroligende/vejledende samtale med patienten og de pårørende. Eventuelt kan tilbud om en senere ny vurdering fremsættes.

2) Måske demens

I gråzonen mellem normal aldersbetinget svækkelse, MCI og let demens findes nogle af vores ældre patienter. Hvis lægen er i tvivl om patientens kognitive funktionsevne, eller hvis der ikke er et karakteristisk mønster for en demenssygdom, kan lægen henvise til videre udredning.

I nogle tilfælde kan den praktiserende læge foretage en ny vurdering 3-6 måneder senere for at vurdere, om personen har ændret sig intellektuelt. Ved sikre kognitive forstyrrelser bør henvisning til supplerende udredning overvejes.

3) Demens overvejende sandsynlig

Det er vigtigt, at patientens og de pårørendes behov og ønsker drøftes i relation til, hvilken type demens der er tale om. Alzheimers sygdom er den hyppigste demenstype og begynder ofte snigende med en langsom, jævn udvikling over en årrække. Sygdomsbilledet er et eksempel på kortikal demens og refererer til den kortikale topografi. Klinikken er karakteristisk med de 5 A'er: Amnesi, afasi, agnosi, apraksi og adfærdsforstyrrelser. Normalt rammes begge hjernehalvdele symmetrisk. Hvis venstre hjernehalvdel er mest ramt, påvirkes de sproglige funktioner som læse- og skrivefærdigheder samt evnen til at regne. Hvis det er højre side, er det orienteringsevnen og praksis, det går ud over. Det er ikke muligt at differentiere mellem de forskellige demenssygdomme alene på baggrund af de kognitive symptomer. Ved vaskulær demens vil debuten af den kognitive dys-

funktion ofte være akut i tilslutning til en apopleksi, og forløbet ofte springvis. Ved subkortikal demens kan progressionen være langsom og gradvis og uden neurologiske udfald. CT eller MR-skanning er afgørende for diagnosen. Ved frontotemporal demens kan tilstanden minde om Alzheimers sygdom pga. fællesskab med sproglige symptomer og frontalt betinget apraksi, men hukommelsesforstyrrelsen er af begrænset omfang, og der er ikke rum/retningsforstyrrelser. Ved frontotemporal demens er der ofte svækkelse af de eksekutive funktioner samt emotionelle og adfærdsmæssige ændringer. Lewy Body-demens kan være vanskelig at skelne fra Alzheimers sygdom, men Lewy Body-demens er mere præget af eksekutive dysfunktioner, visuelle forstyrrelser og fluktuerende bevidsthedsniveau. Parkinsonisme optræder ved begge sygdomme ofte i form af rigiditet og bradykinisi, men ved Alzheimers sygdom oftest sent i forløbet.

I appendiks side 32 findes kriterierne for de hyppigste demenstyper, der ligeledes er beskrevet på side 10-12. Et eksempel på, hvordan man vurderer sværhedsgraden af demens, findes i Tabel 1.

Der er tilstande, som ligner, men som gør Alzheimers sygdom mindre sandsynlig: tilstande efter apopleksi, tilstande med fokale neurologiske fund, gangforstyrrelser eller tilstande med hallucinationer.

Tidlig hukommelsessvækkelse er et kardinalsymptom, når Alzheimers sygdom skal skelnes fra frontotemporal demens og Lewy Body-demens med snigende forløb.

Husk at udarbejde en plan for pleje og videre behandling. Tag eventuelt kontakt til den kommunale demenskoordinator, og henvis eventuelt til speciallæge for yderligere udredning eller medicinsk behandling.

Angående spørgsmål om arvelighed kan der i specielle tilfælde tilbydes genetisk rådgivning (se appendiks side 35).

Tabel 1. Stadienddeling af Alzheimers sygdom.

Let demens	Moderat demens	Svær demens
Klarer sig uden hjælp med basale ADL-funktioner (spisning, påklædning og personlig hyggeje).	Klarer sig ikke uden en vis hjælp fra andre. Kan sjældent lades alene.	Helt afhængig af pleje og omsorg. Overvågning nødvendig.
Vejledende MMSE-score (20-30)	Vejledende MMSE-score (10-20)	Vejledende MMSE-score (0-10)

Kilde: Rationel Farmakoterapi [13].

OPFØLGNING

Den demente har løbende behov for opfølgning ligesom andre med kronisk sygdom. De opfølgende konsultationer kan vurdere både psykosociale og fysiske forhold.

Kognitive forhold

- MMSE og samtale med de pårørende og patienten om ADL-funktion for at vurdere demensgraden
- Eventuelt fortsat behandling med antidemensmedicin (se side 23).

Somatiske forhold

- Andre sygdomme eller symptomer
- Medicinsanering og -justering, overvej behov for eventuel justering af medicin til patienter med Alzheimers sygdom (se appendiks side 40)
- Eventuelle adfærdsforstyrrelser med fokus på non-farmakologiske tiltag.

Psykosociale og juridiske forhold

- Hvis hjælp udefra er nødvendig, skal det så vidt muligt være samme hjemmehjælper.
- Overvej behov for kontakt til demenskoordinator i kommunen.
- Overvej behov for aflastning af ægtefælle/omsorgsperson, frivillig besøgsordning, aflastningsplads.
- Overvej behov for boligskit.
- Overvej tilbud om psykolog til familien.
- Tilbyd henvisning til undervisning og rådgivning af pårørende.
- Diskuter økonomiske forhold og selvbestemmelse (se appendiks side 43).
- Hvis patienten kører bil, skal det overvejes, om der skal henvises til en vejledende helbredsmæssig køretest, eller om der skal udstedes kørselsforbud.
- Henvisning til undervisning og rådgivning af pårørende kan eventuelt foregå via Alzheimerforeningen.

Behandling

Ikke-medicinsk behandling af demens

Hovedindsatsen i demensbehandlingen er ikke-medicinsk. Vished om diagnosen, kendskab til prognosen og en løbende støtte afpasset patientens og de pårørendes behov giver, trods den alvorlige lidelse, ofte ro i familien. Indsatsen bør rumme tilbud om aktivering, løbende information om sygdommen, mulighed for aflastning af de pårørende og faste aftaler om opfølgning. Der kan med fordel være en fast kommunal kontaktperson, ligesom støtten i hjemmet så vidt muligt skal ydes af ganske få personer, der kender patienten og familien.

Løbende støtte til svære etiske og juridiske spørgsmål indgår som en væsent-

lig del af behandlingen. Fremkommer der i forløbet sekundære psykiatriske symptomer, er hovedindsatsen ligeledes en non-farmakologisk justering af støtten.

Medicinsk behandling af Alzheimers sygdom

Som ved andre progredierende sygdomme (fx cancersygdomme og dissemineret sclerose) er det svært at vurdere behandlingseffekten på individniveau. Der foregår i øjeblikket løbende diskussion om strategier for opstart, monitorering og afslutning af medikamentel behandling af Alzheimers sygdom. De følgende afsnit er det for øjeblikket bedste pragmatiske bud på håndteringen af en medikamentel behandling.

Der findes i dag fire lægemidler mod demens: tre kolinesterasehæmmere, registreret til symptomatisk behandling af Alzheimers sygdom i let til moderat (middelsvær) grad, og memantine til symptomatisk behandling af Alzheimers sygdom i moderat til svær grad. Den praktiserende læge vil i stigende omfang være den læge, der skal tage stilling til fortsat behandling med disse præparater, og såfremt den medicinske behandling fortsat vurderes indiceret, skal den praktiserende læge ligeledes ansøge om enkelttilskud hos Lægemiddelstyrelsen, i øjeblikket hver 15. måned.

Præparaterne hjælper ca. to tredjedele af patienterne med Alzheimers sygdom ved en stabilisering i op til 6-12 måneder, hvorefter der sker en progression pga. den videre degenerative udvikling af sygdommen. Det er ikke muligt på forhånd at udpege de patienter, der vil have gavn af behandlingen. De hyppigste bivirkninger ved behandling med kolinesterasehæmmere er kvalme, opkastninger og diaré, som forekommer med en hyppighed på op til 10%.

Memantine er nu godkendt til moderat til svær Alzheimers sygdom (svarer til en MMSE under 20).

Kombinationsbehandling med såvel kolinesterasehæmmer og memantine kan gives til patienter med demens af moderat sværhedsgrad. Kombinationsbehandling bør foregå i samarbejde med lokale specialister inden for demensområdet og vurderes løbende i forhold til, hvornår kolinesterasebehandlingen eventuelt skal seponeres i forløbet.

Hvordan vurderes virkningen?

Virkningen vurderes først og fremmest ved en samtale med patienten og en pårørende eller anden omsorgsgiver. Det anbefales at evaluere effekten efter tre måneder første gang og senere hvert halve/hele år, afhængig af situationen. Følgende vurderes:

- Kognitive funktioner: benyt MMSE ved opfølgning
- Psykiske funktioner: psykiatriske symptomer og adfærdsforstyrrelser

-
- ADL-funktioner: behov for hjælp, problemer i dagligdagen og belastningen for de pårørende.

Et uændret niveau i disse funktioner tyder på, at medicinen har haft en stabiliserende effekt, hvorefter selv en effektiv behandling kan forventes at følges af en faldende funktion.

Ophør med behandling

I lighed med andre medicinske behandlinger i almen praksis skal effekten af behandlingen følges/vurderes. Behandlingen påbegyndes af en speciallæge i neurologi, psykiatri eller geriatri. I nogle lokalområder følges patienten i op til 1 år hos speciallægerne, hvorefter kontrollen overgår til egen læge. Dersom man efter 6 til 12 måneder i samråd med de pårørende ikke finder nogen effekt af den medicinske behandling, bør man overveje seponeringsforsøg. Der pauseres med medicinen i 14 dage. Kommer der ikke nogen forværring af symptomerne, kan man i samråd med de pårørende overveje at seponere den medicinske behandling.

Optræder der forværring, må det i samråd med de pårørende vurderes, om behandling skal genoptages.

Er patienten svært dement, permanent sengeliggende og uden kommunikation, bør behandlingen seponeres.

Der er fortsat forskellige holdninger til disse spørgsmål, hvorfor det ved skift eller ophør med medicin anbefales at konferere med den speciallæge, der har iværksat behandlingen.

Tilskud til behandling

Der kan søges om individuelt tilskud til medicinsk behandling med disse præparater i Lægemiddelstyrelsen (se appendiks side 40). Tilskuddet skal fornys hver 15. måned.

Den videnskabeligt dokumenterede omkostningseffektivitet af demensmedicin er beskeden (NICE, januar 2006, www.nice.org.uk/pdf/2006_001_Alz_Press_release_AD_App_Jan_06.pdf).

Selv om der i visse situationer ikke bevilges tilskud, kan nogle have gavn af medicinen og bør gives information om, at denne mulighed er tilgængelig for egne midler, eventuelt i samråd med de lokale demensspecialister.

For at kunne søge om individuelt tilskud skal graden af demens være fastlagt, idet de forskellige præparater har indikationer til forskellige sværhedsgrader af Alzheimers sygdom. Graden vurderes ved hjælp af en samtale med de pårørende og/eller plejepersonalet, jf. ovennævnte. Vær opmærksom på, at plejhjemsanbringelse ikke i sig selv medfører, at sværhedsgraden af demenssygdommen ændres.

Medicinsk behandling af vaskulær demens

Det anbefales, at patienter med infarkter i hjernen dels skal udredes nærmere for årsag og risikofaktorer, dels skal have forebyggende behandling efter samme princip som apopleksipatienter. Imidlertid findes der kun sparsom dokumentation for effekten af acetylsalicylsyre på forløbet af vaskulær demens.

Primært anbefales kombinationsbehandling med acetylsalicylsyre, 75 mg, og dipyramidol (Persantin®), 200 mg × 2.

Det fås også som kombinationspræparat: Asasantin ® (dipyramidol 200 mg + ASA 25 mg), 1 tabl. × 2.

Ved overfølsomhed/intolerance over for ASA eller dipyramidol skiftes til clopidogrel (Plavix®), 75 mg.

Hyperkolesterolemie og forhøjet BT behandles i henhold til gældende anbefalinger.

Kolinesterasehæmmere har en vis effekt ved vaskulær demens, men det er aktuelt ikke muligt at få tilskud.

Medicinsk behandling af Lewy Body-demens

Kolinesterasehæmmere har effekt ved Lewy Body-demens nogenlunde som ved Alzheimers sygdom, og især vrangforestillinger og hallucinationer kan svinde ved behandlingen.

Cave antipsykotika.

Medicinsk behandling af frontotemporal demens

Der findes ingen specifik behandling, og kolinesterasehæmmere er uegnede. SSRI- præparater kan forsøges ved emotionel labilitet. Behandlingen er primært psykosocial.

BEHANDLING AF ADFÆRDSFORSTYRRELSER HOS DEMENTE (BPSD)

Det første trin i behandlingen af Besværlige Psykiske Symptomer ved Demens (BPSD: Behavioural Psycho Social Disorders) er en vurdering af årsagen til psykiatriske symptomer og uhensigtsmæssig adfærd (14). Her undersøges somatiske, psykiske og sociale forhold samt »triggere« i omgivelserne. Det er BPSD, som er mest belastende for både familien, plejepersonalet og den praktiserende læge, og som ofte bliver afgørende for, om anbringelse i plejebolig er nødvendig.

Tabel 2. Psykiatriske symptomer og adfærdsforstyrrelser [15].

Ofte behandleligt	Ofte ubehandleligt
Depressive symptomer	Rastløshed
Angst	Handletrang
Hallucinationer	Omkringvandren
Vrangforestillinger	Gåen ind til andre
Fysisk aggressivitet	Råben
Søvnforstyrrelser	Natteuro

Ved svære psykiatriske symptomer og adfærdsforstyrrelser, som påvirker hverdagen for den demente og de pårørende, kan medicinsk behandling forsøges sammen med non-farmakologisk intervention, det vil sige adfærdsterapi, ændring af omgivelser og af aktiviteter.

Inden medicinsk behandling påbegyndes, bør somatisk sygdom være udelukket, og lægen bør skabe sig overblik over, om der er tale om omsorgssvigt eller under/overstimulering.

Når medikamentel behandling overvejes, bør man huske, at:

- Hos ældre patienter med demens skal medicindosis være lavere end hos yngre. Start med lille dosis og øg langsomt. Compliance skal sikres, bivirkninger skal kontrolleres, dato for opfølgning bør aftales. Benzodiazepiner og sovemedicin bør så vidt muligt undgås.
- Der har været diskussion om brugen af nyere antipsykotika til demente pga. meddelelser om øget dødelighed og øget sygelighed hos denne gruppe. (16).
Da området er præget af forskellige holdninger, foreslår vi, at du konfererer dette med lokale specialister inden for området.
- SSRI-præparater kan give hyponatriæmi.
- Neuroleptika kun må anvendes til patienter med Lewy Body -demens med yderste forsigtighed.

- Psykofarmaka har anticholinerge, antihistaminerge og antidopaminerge virkninger, som giver bivirkninger i form af sløvhed, sengeleje, parkinsonisme, balanceforstyrrelser og fald.

Tabel 3. Medikamentel behandling

Depression	SSRI, SNRI
Hallucinationer, vrangforestillinger	Antipsykotika
Angst, tristhed og iritabilitet	SSRI. Benzodiazepiner bør undgås
Aggressivitet (fysisk)	Antipsykotika, antikrampeslægtninge
Søvnforstyrrelser	Zolpidem, Zopiclon (begrænses mest muligt)

BELASTNING HOS PÅRØRENDE

Den pårørende har ofte gennem en lang periode levet med en fornemmelse af og usikkerhed omkring diagnosen demens. Det er meget belastende og stressfremkaldende at give omsorg til demente, også i de tidlige stadier.

Belastningen består dels af det ekstra plejearbejde, der er forbundet med at drage omsorg for en dement, fx hjælp til fødeindtagelse, hygiejne, påklædning og toiletbesøg, og dels en følelsesmæssig belastning i form af stress, depression, øget sygelighed og eventuelt øget medicinforbrug. Faktorer, som forværrer situationen, er social isolation, mangel på information, manglende evne til at håndtere situationen, skyld og et dårligt ægteskab. Omvendt vil et godt socialt netværk, en god kontakt til professionelle og evnen til at håndtere vanskelige situationer være forhold, der mindsker belastningen.

Spørg derfor til eventuelle belastningsreaktioner, og informer om hjælp til praktisk bistand (demenskoordinator, hjemmeplejen), dagaflastning, døgnaflastning, aflastning i eget hjem og pårørendekurser. Mange kommuner råder over aflastningspladser eller dagtilbud specielt for demente. Dette er under stadig udbygning mange steder.

Pårørende vil kunne hente støtte hos den lokale Alzheimerforening, www.alzheimer.dk eller Alzheimerforeningens telefonrådgivning (Demenslinjens telefon: 5850 5850).

Pårørende til demente kan henvises til psykolog med sygesikringstilskud på 60% (pårørende til alvorligt psykisk syge personer).

KØREKORT

I forbindelse med kørekortfornyelse fra 70-års alderen skal lægen tage stilling til evnen til at føre motorkøretøj. Med stigende alder øges risikoen for at udvikle sygdomme, der kan påvirke køreevnen og dermed trafiksikkerheden. Demenssygdomme kan allerede på et tidligt stadium påvirke hjernens funktioner og medføre vanskeligheder ved at føre motorkøretøj. Det kan blandt andet skyldes nedsat reaktionsevne, forringet rum- og retningssans, dårlig hukommelse og koncentration samt svigtende overblik og planlægning. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på kognitive symptomer og eventuel demens. Til alle demente bør der stilles spørgsmål om transport og eventuel bilkørsel.

Læger er ifølge Lægelovens § 12 forpligtigede til at gribe ind ved oplagte tilfælde af svære kognitive svigt. Lægen bør hensynsfuldt forklare patienten, hvorfor bilkørsel findes uforsvarligt, og derpå opfordre patienten til at afholde sig fra fremtidig bilkørsel. I tilfælde af at opfordringen ikke overholdes, skal lægen rette henvendelse til embedslægen om sagen.

Personer med meget lette kognitive problemer behøver ikke nødvendigvis at køre med øget risiko for ulykker, så længe den pågældende kan kompensere og tilpasse kørslen til situationen og egen kapacitet. Hos demente, som selv fører motorkøretøj, skal der løbende foregå opfølgning af den kognitive funktion i forhold til kørefærdighed.

Der er problemer med bedømmelsen af kørefærdigheden i gråzonen mellem disse yderpunkter. Der findes ikke én test for kognitive funktioner, der med sikkerhed kan udpege de personer, som udgør en risiko i trafikken.

Bedømmelsen af de intellektuelle funktioner skal bygge på en klinisk helbreds vurdering, hvor den ansøgende dels skal udfylde ansøgningskemaets forside korrekt uden hjælp, dels udføre urskivetesten og indlære tre ord, som skal gentages efter afledning.

De bedste prædiktorer for nedsat kørefærdighed er

- Den nære pårørendes angivelse af køreabilitet
- Den nære pårørendes angivelse af personens funktion i dagligdagen

Motorattest

Alle personer på 70 år og derover skal under punkt G udfylde følgende to spørgsmål:

G 1. Har De eller har De haft psykiske sygdomme? Ja/Nej

G 2. Har De problemer med at huske eller orientere Dem? Ja/Nej

Lægen skal under lægedelens punkt G udfylde følgende punkter:

G 1. Psykisk sygdom? Ja/nej

G 1. Mental svækkelse eller kognitive problemer? Ja/Nej

Såfremt G1 eller G2 besvares bekræftende, skal følgende besvares:

- G 1.** a) Diagnosen
b) Sygehistorien (kortfattet fremstillet)
c) Undersøgtes nuværende tilstand samt art og dosis af eventuel medicinsk behandling.
- G 2.** a) Er undersøgte orienteret i tid og egne data?
b) Hvordan udføres urskivetesten med tidsangivelse kl. 11.10 eller kl. 16.40?
– er tallene tilstede og korrekt placeret?
– er viserne tilstede og korrekt placeret?
c) Hvor mange af tre indlærte ord huskes efter afledning?
d) Er der bevaret dømmekraft og indsigt i egen situation?

Der **skal** henvises til vejledende helbredsmæssig køretest, hvis der foreligger sværere intellektuel svækkelse, og der **kan** henvises, især hvis der er mistanke om manglende dømmekraft og sygdomserkendelse (se nærmere Sundhedsstyrelsens retningslinjer i appendiks side 46).

HENVISNING OG EPIKRISER

Tidspunktet og muligheden for henvisning vil udover lokale muligheder naturligvis afhænge af egen læges viden og interesse for demens, ligesom i andre kliniske situationer.

For demens vil der ofte være tale om at få afklaret diagnosen, få en »second opinion«, at udnytte andre diagnostiske muligheder (fx neuropsykologisk vurdering) samt at iværksætte en behandlingsplan.

Det foreslås at der udforme lokale aftaler om indhold af henvisning, fx:

- Resumeret sygehistorie med varighed
- Tidligere sygdom inklusive psykiatri
- Beskrivelse af de intellektuelle dysfunktioner
- Blodprøvesvar
- Fast medicin/alkohol
- Svar på CT (hvis foretaget)
- Resultat af MMSE eller lignende test og eventuelt urskive-test
- Forslag til diagnose.

Endvidere anføres, om man ønsker nærmere rådgivning, eller om patienten ønskes indkaldt til vurdering. Nogle amter/regioner bruger MMSE som en del af vejledningen for henvisningstidspunktet.

Epikrisen bør indeholde en beskrivelse af intellektuelle funktioner, undersøgelsesresultater, diagnose, behandling, eventuelt ansøgning om tilskud til antidemensmedicin, plan for opfølgning, beslutninger vedrørende bilkørsel og hvilken information, der er givet til patient og pårørende.

APPENDIKS

KRITERIER

Kliniske kriterier for Mild Cognitiv Impairment (MCI)

Der findes ingen ICD-10 kriterier for MCI, derfor har vi valgt den mest udbredte definition (17). Kriterierne er følgende:

1. Subjektive hukommelsesproblemer (rapporteret af patient eller pårørende)
2. Reduceret hukommelsesfunktion (i forhold til alder og uddannelsesniveau) ved neuropsykologisk testning
3. Normal funktion i andre kognitive områder
4. Normal basal ADL-funktionsevne. Eventuelt mindre problemer med mere komplekse ADL-funktioner
5. Kliniske demenskriterier (ICD-10) ikke opfyldt.

Kliniske kriterier for demens ved Alzheimers sygdom ifølge ICD-10

Alzheimers sygdom er en primær degenerativ cerebral lidelse med karakteristiske neuropatologiske og neurokemiske forandringer. Sygdommens begyndelse er sædvanligvis snigende med langsom og jævn udvikling over en periode på adskillige år. Kriterierne er følgende:

1. Generelle demenskriterier opfyldt (se side 7)
2. Anden hjerneorganisk eller psykoaktiv stofbetinget ætiologi udelukkes.

Kliniske kriterier for vaskulær demens ifølge ICD-10

Vaskulær demens skyldes infarkter i hjernen på grund af en vaskulær lidelse, herunder hypertensiv cerebrovaskulær lidelse. Infarkterne er ofte små, men kumulative i deres virkning. Tilstanden udvikler sig sædvanligvis først i en høj alder.

- I. Generelle demenskriterier opfyldt (se side 7)
- II. Kognitive deficits ujævnt fordelt
- III. Evidens for fokal hjernelidelse med mindst ét af følgende:
 - Spastisk hemiparese
 - Ensidig refleksovervægt
 - Ekstensiv plantarrefleks på den ene side
 - Pseudobulbær parese.
- IV. Evidens for cerebrovaskulær lidelse.

Kliniske kriterier for blandet vaskulær demens og Alzheimers sygdom ifølge ICD-10

Blandet vaskulær demens og Alzheimers sygdom er betegnelsen for tilstande, hvor der er:

-
- Forløb som ved Alzheimers sygdom, men hvor der også er
 - Fokale neurologiske udfald eller anamnese, som tyder på tidligere apopleksi eller
 - Radiologisk evidens på vaskulær sygdom, som kunne bidrage til demenstilstanden.

Kliniske kriterier for demens af Lewy Body-typen

Der findes ingen ICD-10 kriterier for demens af Lewy Body-typen. Men denne type demens er beskrevet som et selvstændigt sygdomsbillede (6), som viser sig på følgende måde:

- Demenskriterierne skal være opfyldt
- Mindst et af følgende karakteristiske symptomer:
 - Fluktuerende forløb
 - Gentagne visuelle hallucinationer
 - Parkinsonsymptomer (bradykinesi, rigiditet eller tremor).

Følgende støtter diagnosen Lewy Body-demens:

- Parkinsonsymptomerne er til stede allerede inden for det første år af sygdommen
- Gentagne faldeepisoder, synkope, forbigående bevidsthedssvækkelse, neuroleptisk sensitivitet, systematiske vrangforestillinger og hallucinationer.

Kliniske kriterier for frontotemporal demens

Samlet defineres frontotemporal demens som et syndrom karakteriseret ved:

- I. Adfærdsmæssige eller kognitive deficit, som viser sig ved enten
 - Tidlig og progredierende ændring af personlighed, medførende upassende eller uhensigtsmæssige reaktioner og aktiviteter eller
 - Tidlig og progredierende ændring af sprogfunktion, karakteriseret ved vanskeligheder ved at finde ord eller forstå betydningen af disse.
- II. Svækkelsen skal være af en sådan sværhedsgrad, at den påvirker socialt liv og/eller erhvervsevne.
- III. Forløbet er karakteriseret ved en snigende debut og en jævn progression.
- IV. Svækkelsen skyldes ikke anden sygdom i hjernen, psykiatrisk sygdom, system-sygdom, misbrug eller delir.

Kriterier for delir ifølge ICD-10

A. Bevidsthedsuklar

Nedsat opfattelsesevne og svækket opmærksomhed med forstyrret evne til at opretholde eller skifte opmærksomhedsfokus

B. Kognitive forstyrrelser

- 1) Svækket genkaldelse og korttidshukommelse
- 2) Desorientering

C. Psykomotorisk forstyrrelse – mindst én af følgende:

- 1) Hastige skift mellem hypo- og hyperaktivitet
- 2) Øget reaktionstid
- 3) Talestrøm øget eller nedsat
- 4) Øget tendens til at fare sammen

D. Påvisning af organisk årsag.

Delir-udredning

Cam (Confusion Assessment Method) kan anvendes ved screening for delir (18).

Diagnosen delir forudsætter tilstedeværelsen af fire symptomer:

1. Akut begyndelse og fluktuerende forløb
2. Uopmærksomhed
3. Uorganiseret tankegang
4. Ændret bevidsthedsniveau.

Anamnese: væskeindtagelse, vægtændring, ny medicin/polyfarmaci.

Undersøgelser: BT (obs. ortostatisk hypotension), puls, stetoskopi og temperatur, urinundersøgelse

Hb, væsketal, CRP, blodsukker, S-calcium, albumin

ALAT, TSH, S-alkohol.

Tænk på ved delir:

1. Somatisk sygdom
2. Lægemedler
3. Overbehandlet hypertension
4. Svære depressive tilstande
5. Abstinens.

Som hovedregel er delir udløst af en somatisk sygdom, indtil det modsatte er bevist. Delir forekommer hyppigt hos demente.

Arvelig demens

Det er relevant at udrede for arvelig demens, hvis et familiemedlem er bekymret på baggrund af 2-3 eller flere demente i lige linje i familien, hvor symptomerne er nogenlunde de samme. Udredningen foregår i dag kun på H:S Rigshospitalet, Hukommelsesklinikken (lands-landsdelsfunktion). Udredningen vil fokusere på følgende forhold:

- Er der tale om samme demenssygdom hos de syge?
- Kan der foretages DNA-analyse? Der kendes på nuværende tidspunkt fem arveanlæg for Alzheimer-lignende sygdom. Undersøgelse for disse kræver en blodprøve på en syg person fra familien. Der kan gå op til 3-4 måneder, før der er svar på disse analyser.

På baggrund af ovennævnte tilbydes individuel rådgivning om det videre forløb. Personer under 18 år kan ikke blive testet.

TEST

Mini Mental State Examination (MMSE)

MMSE er anvendelig ved screening for moderat demens, hvorimod dens evne til at identificere let eller frontotemporal demens er mindre god. Testen er ikke velegnet til personer med udtalt afasi og kan ikke anvendes til døve og blinde personer. En MMSE-score er en del af demensudredningen i almen praksis, men kan aldrig stå alene. Kontakt DSAM's sekretariat vedr. MMSE-skemaet.

MMSE's opbygning

MMSE består af 19 spørgsmål, der omfatter en række kognitive funktioner: Orientering i tid (5 point), orientering i sted (5 point), gentagelse af tre ord (3 point), opmærksomhed og regning (5 point), genkaldelse af tre ord (3 point), sprogfunktion (8 point) og visuospatial konstruktionsevne (1 point). Der angives sædvanligvis en sumscore, hvor maksimum er 30 point og minimum 0 point. Patienter, som ikke taler eller forstår dansk, vil ikke kunne udføre den dansk-sprogede MMSE-test.

Sådan udføres MMSE

Der skal være etableret god kontakt med patienten, og pårørende må ikke være til stede. Patienten skal have eventuel høreapparat og briller på. Husk at have scoringsark, blyant, ur, blankt papir og papir med teksten »Luk øjnene« med store bogstaver parat.

Testen kan introduceres på følgende måde:

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

Hvis patienten undervejs ikke svarer på et spørgsmål eller er mere end 10 sek. om det, skal man spørge: »Kan du svare på spørgsmålet?« Hvis patienten svarer »Nej«, går man videre til næste spørgsmål.

Man må ikke gentage spørgsmålene, og man skal sige »Ja« til alle svar. Man må ikke rette patienten. Retter patienten til et rigtigt svar, giver det point. Ved forkerte eller manglende svar scores 0 point.

Scoring og tolkning

MMSE-scoren kan ikke diagnosticere demens, men kan bruges til at give et fingerpeg. Scoren kan ligeledes bruges som en grov rettesnor til at stadieinddele demensgraden.

Vær blandt andet opmærksom på, at veluddannede personer har højere MMSE-score end andre, og at scoren falder med alderen. Defekte sanser, ordblindhed og depression nedsætter ligeledes scoren.

En anden let anvendelig test, som er udviklet til primærsektoren de senere år, er MOCA-testen, som gratis kan hentes på www.mocatest.org. Den er endnu ikke oversat til dansk.

Urskivetesten

Urskivetesten anvendes ofte som et supplement til MMSE og indgår i Sundhedsstyrelsens forslag til kørekortsfornyelse fra det 70. år. Testen kræver bl.a. sprogforståelse, planlægning, visuel hukommelse, abstrakt tænkning og visuospatiale evner.

Urskivetesten er let at gennemføre og accepteres ofte af patienten. At anvende samme tidspunkt hver gang giver mulighed for at sammenligne over tid.

Patienten skal selv tegne urskiven, eller den kan tegnes af lægen

Testen kan introduceres på følgende måde: »Tegn en urskive og lav den så stor, at tallene kan sættes ind«.

Derefter skal personen angive klokkeslættet »10 minutter over 11«.

Hvis der spørges, om det skal ske med viserne, svares ja; ellers kan man hjælpe ved at sige: »Kan du vise 10 minutter over 11 med viserne?«. Er der usikkerhed, kan man yderligere vurdere, hvordan patienten reagerer på spørgsmålet: »Hvad ville klokken være, hvis du bytter om på viserne?«.

Tolkning

Det vigtigste ved vurderingen af den kognitive funktion, her urskivetesten, er at observere, hvorledes patienten opfatter, planlægger og udfører opgaven.

Sundhedsstyrelsens retningslinjer til kørekortsfornyelse, herunder scoring af urskivetesten, findes i appendiks side 46.

Interesserede kan finde andre måder at score urskivetesten på i referencerne (19-21).

Geriatrisk Depressionsskala (GDS) – 15 items version

Depression er en væsentlig differentialdiagnose til demens. GDS er meget brugt som et screeningsinstrument for depression. I versionen med 15 spørgsmål tyder en score på mere end 5 på mulig depression. Det er vigtigt også at udspørge de pårørende om depressive symptomer hos patienten, da nogle patienter med depression underrapporterer symptomerne. Hvis lægen diagnosticerer en depression, tilbydes behandling. Den kognitive funktion revurderes, når patientens depression er velbehandlet, og patienten har været uden depressive symptomer i nogle måneder.

Sådan udføres testen

Sørg for at forklare patienten baggrunden for, at du ønsker at udføre testen. Skab en tryk atmosfære. Marker de enkelte svar med en cirkel omkring patientens svar.

Geriatric Depression Scale – 15 items

1. Er du stort set tilfreds med livet? **Ja/Nej**
 2. Har du opgivet mange af dine aktiviteter og interesser? **Ja/Nej**
 3. Føler du et stort tomrum i dit liv? **Ja/Nej**
 4. Keder du dig ofte? **Ja/Nej**
 5. Er du for det meste i godt humør? **Ja/Nej**
 6. Er du bange for, at der skal ske dig noget alvorligt? **Ja/Nej**
 7. Føler du dig glad og tilfreds? **Ja/ Nej**
 8. Føler du dig ofte hjælpeløs? **Ja/Nej**
 9. Vil du hellere blive hjemme end ud og opleve noget nyt? **Ja/Nej**
 10. Tror du, at din hukommelse er dårligere end de fleste andres? **Ja/Nej**
 11. Er du lykkelig ved livet lige nu? **Ja/ Nej**
 12. Føler du dig værdiløs? **Ja/Nej**
 13. Har du masser af energi? **Ja/Nej**
 14. Synes du, at din situation er håbløs? **Ja/Nej**
 15. Tror du, at de fleste mennesker har det bedre end dig? **Ja/Nej**
-

Scoring og tolkning

Depressivt farvede svar, fremhævet med FEDE bogstaver, scorer 1 point.

Tolkning

- 0-4 point: Normal scoring
5-7 point: Mulig depression
>8 point: Sandsynligvis depression.

Aktiviteter i dagligdagen (ADL)

I forbindelse med demensudredning er det relevant at klargøre den enkelte patients funktionsniveau. Man taler om basale funktioner (fx spise selv, tage tøj på, renlighed) og mere avancerede færdigheder (fx håndtering af pengesager, skrive breve, rejse alene). De basale funktioner betegnes som ADL-funktioner, mens de mere avancerede færdigheder betegnes som Instrumentelle ADL-funktioner (IADL).

Følgende spørgsmål kan anvendes ved udredning og opfølgning:

Basale ADL

- Spise selv* Bruges der både kniv og gaffel, bruges der kun gaffel, kan der kun spises »håndmadder«, kan der spises med hjælp, skal der mades?
- Tage tøj på* Kan patienten klæde sig på uden hjælp?
- Soignere sig* Kan patienten soignere sig selv uden støtte fra andre?
- Bade selv* Kan patienten betjene armatur?
- Gå på toilettet* Kan patienten tørre sig og skylle ud efter toiletbesøg?

Instrumentelle ADL (IADL)

- Erhvervsevne* Spørg til problemer i forbindelse med omstruktureringer eller nye arbejdsfunktioner, om det er arbejdsgiver/foresatte, der har beklaget sig over, at patienten ikke længere kan udføre sit job, om patienten er blevet flyttet til anden (og lettere) arbejdsfunktion, fordi den tidligere ikke blev udført tilfredsstillende korrekt.
- Invitere gæster* Spørg til selskabelighed. Ofte stopper selskabelighed langsomt, eventuelt begrundet med, at de mennesker ikke længere var interessante, mens ægtefællen kan berette, at patienten ikke længere kunne planlægge indkøb, håndtere borddækning og madlavning.
- Pengesager* Spørg, om patienten stadig håndterer hjemlig økonomi (betaler regninger til tiden).
- Holde aftaler* Glemmer patienten vigtige aftaler?
- Skrive breve* Kan patienten skrive selve brevet, komme det i konvolut, placere frimærket og adressere det korrekt?
- Rejse alene* Kan patienten finde rundt i fremmede omgivelser?
- Betjene husholdningsmaskiner, telefon mv.* Specielt er oplysninger om telefonanvendelse af betydning: Ringer patienten selv op efter at have fundet et nummer i telefonbogen, ringer han kun op til personer, han kender, bruger han kun kortnummervalg til få personer, ringer han ikke længere op selv, men tager kun telefonen, kan han give en telefonbesked videre, tager han ikke længere telefonen?
- Fastholde hobbyer* Er patienten fx stoppet med at spille kort, eller passer han ikke længere haven?
- Vælge tøj* Kan der vælges tøj, der passer sammen, og som passer til lejligheden (havearbejde eller fest) og årstiden?

Medicin der påvirker kognition

En lang række præparater kan give demenslignende symptomer. Nedenfor kan du se eksempler på disse lægemidler. Ældre påvirkes kraftigere af medicin end yngre.

Tabel 4. Udvalgte lægemidler, som kan give demenslignende symptomer*.

Lægemiddelgruppe	Lægemiddeltype
Analgetika	Stærke og svage opioider NSAID og COX2-hæmmere
Psykofarmaka	Benzodiazepiner Tricykliske antidepressiva Antipsykotika
Anxiolytika	Benzodiazepiner Buspiron
Hypnotika	Benzodiazepiner Cyclopyrroloner (f.eks. Imovane) Imidazopyridiner (f.eks. Zolpidem)
Antiparkinsonmidler	Dopaminerge midler og antikolinergika
Midler mod inkontinens	Antikolinergika
Epilepsimedicin	Alle
Mavesårsmedicin	H ₂ -receptor-antagonister
Hjertemedicin	Glykoside Beta-blokker

*) Præparater hvor hukommelseproblemer/koncentrationsbesvær er beskrevet som en almindelig bivirkning i Lægemiddelkataloget.

Enkelttilskud til symptomatisk medicin mod Alzheimers sygdom

De vejledende kriterier er:

For kolinesterasehæmmere

Patienten har let til moderat (middelsvær) Alzheimer-demens. Diagnosen skal være stillet af en speciallæge i psykiatri, neurologi og/eller geriatri, og andre demenssygdomme (specielt reversible demenstilstande) skal være udelukkede, bl.a. ved CT.

For memantine:

Patienten har moderat til svær Alzheimer-demens. Diagnosen skal være stillet af en speciallæge i psykiatri, neurologi og/eller geriatri, og andre demenssygdomme (specielt reversible demenstilstande) skal være udelukkede. (Der kræves ikke CT af patienter med svær Alzheimer-demens).

Bevilling til enkelttilskud tidsbegrænses til 15 måneder, fra den sendes til patienten.

Ved eventuel genansøgning til kolinesterasehæmmere skal sværhedsgraden af patientens Alzheimer-demens på ansøgningstidspunktet oplyses, og patienten kan være testet af alment praktiserende læge eller speciallæge.

Ved eventuel genansøgning af tilskud til memantine skal effekten af behandlingen vurderes af en alment praktiserende læge eller speciallæge.

Kriterierne kan også ses på:

<http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/1024/visLSArtikel.asp?artikelID=928>

Herfra er der link til Læger.dk (laeger.dk → Lægefagligt → Lægemedler → Tilskud til lægemidler), hvor der kan hentes særligt udformede ansøgningskemaer.

Institut for Rationel Farmakoterapi har i februar 2003 beskrevet principper for medikamentel behandling af Alzheimers sygdom. Disse kan ses på:

http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel_farmakoterapi/maanedsblad/2003/medikamental_behandling_af_alzheimers_demens.htm

Lægemiddelstyrelsen anvender ICD-10-kriterierne for beskrivelse af sværhedsgrader af demens:

- **Let demens** – den kognitive dysfunktion påvirker dagligdagsaktiviteter, men ikke i en grad der forhindrer, at patienten kan leve uden hjælp fra andre. Oftest er nyindlæring mest påvirket. Patienten har problemer med at registrere, indlære og genkalde episoder og materiale fra dagligdagen, fx hvor ejendele er lagt, nylige eller planlagte sociale arrangementer og information fra familiemedlemmer. Mere komplicerede dagligdags- og fritidsaktiviteter kan ikke længere gennemføres.
- **Moderat demens** – den kognitive dysfunktion udgør en alvorlig hindring for en uafhængig tilværelse. Kun overindlært materiale huskes, nyt materiale huskes kun sporadisk eller kortvarigt. Patienten kan ikke huske basale detaljer omkring eget lokalområde, hvad han/hun har lavet for nylig eller navne på selv nære venner. Patienten kan ikke klare sig uden hjælp fra andre, i hjemmet kan kun simple dagligdagsaktiviteter udføres, og patienten skal have hjælp til fx indkøb og økonomiske forhold. Aktiviteter bliver tiltagende indskrænkede og vanskelige at opretholde. Den svære ende af det moderate stadie betegnes undertiden »moderat svær«.
- **Svær demens** – den kognitive dysfunktion gør, at patienten er fuldstændig afhængig af hjælp fra andre. Patienten er ude af stand til at indlære nyt, gammel viden huskes kun fragmentarisk, selv nære familiemedlemmer kan ikke genkendes. Tilstanden er præget af et komplet – eller næsten komplet – fravær af forståelig tankevirksomhed.

Ved genansøgning om enkelttilskud til Aricept/Reminyl/Exelon skal der udføres en global vurdering af den nuværende sværhedsgrad af patientens AD, som

anføres i genansøgningen. Ved genansøgning om tilskud til Ebixa skal effekten af behandlingen vurderes, og der bevilliges tilskud, så længe lægen anser behandlingen for effektiv.

En vurdering af globalt funktionsniveau omfatter vurdering af følgende:

- Intellektuelle funktioner: MMSE og almindelig observation indgår sammen med oplysninger fra pårørende.
- Dagligdags funktionsniveau (ADL-funktioner): oplysninger fra pårørende og/eller plejepersoner.
- Adfærdsmæssige/psykiske forstyrrelser: oplysninger fra pårørende/plejepersoner, eventuelt suppleret med en simpel test for depression.

På side 21 ses et forslag til stadietildeling af Alzheimers sygdom.

JURA

Lov om patienters retsstilling

Alle er omfattet af lov om patienters retsstilling. For patienter med demenssygdom er det vigtigt at skelne mellem, om patienten har forståelse for sit helbred eller har mistet forståelsen.

Patienter med forståelse for eget helbred

Ved undersøgelse og behandling af patienter med demens skal lægen informere patienten og indhente samtykke til den påtænkte undersøgelse og behandling. Ønsker patienten ikke informationen eller behandlingen, skal dette respekteres.

Det er tilstrækkeligt at indhente mundtligt samtykke, som noteres i journalen. Stiltiende samtykke kan efter omstændighederne være tilstrækkeligt, hvis lægen sikrer sig, at accepten ikke skyldes manglende evne til at forstå informationen.

Patienter uden forståelse for eget helbred

Har den demente patient varigt mistet forståelsen for sit helbred, skal den nærmeste pårørende informeres og give samtykke til den påtænkte behandling. Har patienten en personlig værge med kompetence i helbredsforhold, kan værgeren informeres og give samtykke.

Har patienten hverken pårørende eller værge, kan lægen gennemføre en påtænkt behandling, hvis en anden kompetent og objektiv sundhedsperson giver sin tilslutning dertil.

Modsætter patienten sig den behandling, som pårørende eller værge har givet accept til, kan lægen ikke gennemføre behandlingen med tvang, medmindre psykiatrilovens betingelser for anvendelse af tvang er opfyldt.

Hvis der er akut fare for liv eller helbred, kan lægen uden samtykke fra pårørende eller værge iværksætte en behandling.

Tavshedspligt

Demente patienter har ligesom andre patienter krav på, at tavshedspligten vedrørende helbredsoplysninger overholdes.

Information kan videregives uden samtykke til andre sundhedspersoner i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb. Hvis patienten ikke ønsker det, må lægen respektere denne beslutning.

Lovgivningen åbner mulighed for, at lægen kan viderebringe sundhedsoplysninger til andre end sundhedspersoner uden samtykke i det omfang, det er nødvendigt for at varetage offentlige interesser (fx til politi og anklagemyndighed) eller af væsentlige hensyn til patienten og andre. Anvendelsesområdet er dog her yderst begrænset.

Lov om værgemål

Personligt værgemål

En personlig værge er en beskikket person, der kan varetage retlige opgaver for den demente patient. Værgen har altså juridisk adgang til at træffe afgørelser på vegne af den person, som er under værgemål, men værgens beslutninger kan ikke gennemtvinges over for den demente patient, hvis personen ikke er umyndiggjort.

Siden 2003 har det været muligt for en personlig værge at give samtykke til at flytte en dement person i plejebolig, hvis vedkommende ikke har forståelse for spørgsmålet om flytning og ikke protesterer mod at flytte.

Anmodningsskema og vejledning kan hentes på: www.statsamt.dk
(pr. 01.01.07: www.statsforvaltning.dk).

Økonomisk værgemål

Et økonomisk værgemål kan beskikkes med og uden samtidig umyndiggørelse eller i form af samværgemål.

Forudsætningen er, at den demente person enten har behov for hjælp til varetagelse af sin økonomi, bliver økonomisk udnyttet af sine omgivelser eller selv udsætter sin økonomi for væsentlig forringelse.

Anmodningsskema og vejledning kan hentes på ovenstående hjemmeside.

Forskellige former for værgemål

§ 5-værgemål omfatter personlige eller økonomiske værgemål. Værgemålet kan »skræddersyes« til den enkeltes behov for hjælp. Personen er stadig myndig. Værgen er en hjælpeperson.

§ 6-værgemål omfatter kun økonomiske forhold og gælder altid hele økonomien.

§ 6-værgemål er for personer, der enten selv misbruger deres penge til skade for dem selv eller udnyttes af deres omgivelser. Personen er umyndig.

Anmodning om § 6-værgemål skal sendes til byretten i den kommune, hvor personen bor. Der er obligatorisk advokatbeskikkelse for den pågældende.

§ 7-værgemål (samværgemål) omfatter kun økonomiske forhold. Det er personen selv, der skal anmode om dette værgemål, og derfor må vedkommende have handleevnen i behold, dvs. at § 7 kun er aktuel for personer med let demens eller personer med afasi. Værgen er en hjælpeperson.

Anmodning om § 5 og 7 sker til statsamtet/statsforvaltningen.

Behandling af sager om § 5-værgemål

Statsamtet/statsforvaltningen skal indhente en lægeerklæring, oftest hos den praktiserende læge.

Erklæringen skal så vidt muligt i følge bekendtgørelse nr. 1075 § 2 indeholde oplysninger om:

-
- Hvorvidt den pågældende befinder sig i en tilstand omfattet af værgemålsloven § 5, stk. 1 eller 2.
 - Hvorvidt tilstanden må anses for varig eller forbigående.
 - Hvilken betydning tilstanden skønnes at have for den pågældendes evne til at varetage egne anliggender.
 - Hvorvidt den pågældende med nytte kan udtale sig om et eventuelt værgemål, herunder om den pågældende har tilkendegivet sin mening herom.
 - Grundlaget for udarbejdelsen af lægeerklæringen, herunder om lægens kendskab til den pågældende.

Lov om social service

Kommuner og amter/regioner har pligt til at hjælpe deres demente borgere, også selv om de ikke længere selv kan anmode om hjælp eller give samtykke til at få hjælpen. Denne pligt indebærer en aktiv indsats fra kommunen og amtet/regionen for at undgå omsorgssvigt. Der er ikke adgang til at gennemføre hjælpen med tvang.

Lovændring om plejetestamente, som trådte i kraft 1. januar 2005

»Kommunen skal i videst muligt omfang respektere tilkendegivelser fra en person med en demensdiagnose om fremtidige ønsker og behov for pleje og omsorg mv. (plejetestamenter).

Formålet med forslaget er dels at understøtte muligheden for, at personer med en demensdiagnose kan tage ansvar for eget liv og tilkendegive ønsker for den fremtidige pleje og omsorg, mens de endnu er i stand til det, dels at hjælpe plejepersonalet til at give en værdig pleje, der så vidt muligt er i overensstemmelse med den dementes ønsker og den måde, den demente hidtil har levet sit liv på. Plejetestamentet kan være et vigtigt supplement til plejeplanerne. Formålet er endvidere at aflaste de pårørende, i og med at tilkendegivelserne fra den dementtramte kan hjælpe og understøtte en eventuel ægtefælle, når denne skal træffe forskellige – og ofte svære – valg på den dementes vegne.«

Lovteksten med bemærkninger kan bl.a. ses på Socialministeriets hjemmeside www.social.dk under lovstof.

Magtanvendelse

Demente personer kan i særlige situationer udsættes for indgreb i deres selvbestemmelsesret. Det drejer sig fx om personer, som forsøger at gå ud på egen hånd, og som med overvejende sandsynlighed ikke finder hjem igen, eller om personer, der ikke vil i bad, skifte tøj, ikke vil tage deres medicin, ikke kan klare sig i eget hjem, og ikke vil flytte til plejebolig.

Efter 2003 kan der undtagelsesvis gives adgang til:

- Anvendelse af pejlealarmsystemer eller opsætning af særlige døråbnere ved yderdøre
- Anvendelse af beskyttelsesmidler for at hindre fald
- Fastholdelse i hygiejnesituationer.

De to første punkter skal anmeldes til det sociale nævn for godkendelse, mens fastholdelse i hygiejnesituationer skal håndteres af kommunen.

Endelig kan det sociale nævn træffe afgørelse om tvungen flytning til plejebolig af en dement person.

Før magtanvendelse kan finde sted, skal der foreligge en diagnose samt dokumentation for en betydelig og varig nedsat psykisk funktionsevne.

SUNDHEDSSTYRELSENS RETNINGSLINJER TIL UNDERSØGELSE FOR KOGNITIV FUNKTION VED KØREKORTUNDERSØGELSE

I forbindelse med den obligatoriske kørekortfornyelse fra det 70. år skal ansøgeren – ud over helbreds spørgsmål – besvare spørgsmålet:

»Har De problemer med at huske eller orientere Dem?« (ja/nej)

Ved at stille et spørgsmål om, hvorvidt der er problemer med hukommelse eller orientering, gives der mulighed for en naturlig dialog om, hvordan hverdagen fungerer, også i relation til trafiksikkerhed og kørselsrutine. Lægen vil senere kunne sammenholde de objektive fund med de afgivne svar og begrundelser og lade dette indgå i den samlede vurdering. Dømmekraft og indsigt i egen situation er afgørende faktorer for kørefærdighed, og vurderingen bør fokusere på disse forhold.

Forsiden på helbredsattesten – orientering

Lægen selv eller klinikpersonale skal sikre sig, at udfyldelsen finder sted uden hjælp.

Navn: Personen skal kunne skrive (evt. oplyse) sit fulde navn.

Fødselsdato: Hvis personen ikke kender det fulde CPR-nummer, accepteres fødselsdatoen.

Adresse: Personen skal kunne skrive (evt. oplyse) sin fulde, nuværende adresse med gadenummer, etage, by og postnummer.

Aktuel dato: Hvis personen ikke kender den præcise dato, accepteres angivelse af måned (+/- 1 dag). Årstal skal angives korrekt.

Vurderingen

Man er ikke orienteret, hvis man har to eller flere fejl ud af ovenstående fem punkter (navn, fødselsdag, adresse, måned og år).

Er det fx den 1. juni, vil 31. maj accepteres som korrekt, fordi det er måneden, som er i fokus, jf. standardiseret scoring af kognitive skalaer.

Urskivetesten – visuo-konstruktive funktioner

Vurderingen fokuserer på rumopfattelse, koncentration, planlægning og psyko-motorisk tempo.

Tal: Alle tal mellem 1 og 12 skal angives, ikke flere eller færre. Tallene skal være i korrekt rækkefølge og uden gentagelser. Tallene skal være placeret inden for cirkelns kant og jævnt fordelt, så 12, 3, 6 og 9 er korrekt placeret på urskiven.

Visere: Der skal være to visere af forskellig længde. Den korte viser skal være placeret ved 11 og den lange ved 2 (11.10).

Vurdering

Der er tydeligt forringet funktion ved urskiveprøven, hvis der er fejl ved både tal, visere og deres placering.

Indlæring og genkaldelse af tre ord – hukommelse

Ord: Antal ord, der huskes efter afledning, registreres.

Vurdering

Hukommelsen er tydeligt forringet, når kun et eller ingen af de tre ord kan huskes.

Afledningen foretages ved anvendelse af »100-7 prøven«, hvor man skal trække 7 fra 100 og fortsætte med at trække 7 fra det tal, man får, i alt 5 gange. Det er ikke afgørende, om subtraktionen er korrekt, og personen opfordres til at gennemføre afledningen uanset tidligere regnefærdigheder. Er det helt umuligt, skal personen stave »SPAND« bagfra. Selve afledningen vil i sig selv give informationer om den kognitive funktion. Den kan supplere den helhedsvurdering, som foretages. Vurdering af selve afledningen indgår ikke i de tolkningskriterier, som arbejdsgruppen anbefaler for viderehenvielse til vejledende helbredsmæssig køretest.

Den samlede vurdering

Den samlede vurdering vil typisk falde i fire kategorier:

1. Intet kognitivt abnormt
2. Let kognitiv svækkelse
3. Moderat kognitiv svækkelse
4. Svær kognitiv svækkelse

Ad 1. Intet kognitivt abnormt

Personen er fuldt orienteret, har upåfaldende funktion i urskiveprøven og husker tre ord efter afledning.

Ad 2. Let kognitiv svækkelse

Personen kan enten være delvist orienteret eller have en lettere forringet funktion i urskiveprøven eller i hukommelse for tre ord efter afledning. De øvrige to opgaver skal klares upåfaldende.

Ad 3. Moderat kognitiv svækkelse

Personen kan være delvist orienteret og have en forringet funktion i urskiveprøven eller i hukommelse for tre ord efter afledning.

Ad 4. Svær kognitiv svækkelse

Personen er ikke orienteret og har en tydeligt forringet funktion i urskiveprøven og genkaldelse af tre ord.

Hele rapporten kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

www.sst.dk/publ/Publ2003/koerekort.pdf

NYTTIGE ADRESSER OG TELEFONNUMRE

Alzheimerforeningen

Sankt Lukas Vej 6
2900 Hellerup
Tlf. 3940 0488
www.alzheimer.dk

Demenslinien

Tlf. 5850 5850

Styrelsen for Social Service

Skibhusvej 52A, 3.
5000 Odense C
Tlf. 6548 4000
www.servicestyrelsen.dk

Ældre Sagen

Nørregade 49
1165 København V
Tlf. 3396 8686
www.aeldresagen.dk

Videnscenter på Ældreområdet

Aurehøjvej 24
2900 Hellerup
Tlf. 3940 1010
www.aeldreviden.dk

Demenskoordinatorer i Danmark (DKDK)

Jernbane Allé 54, 3.
2720 Vanløse
Tlf. 3877 0738

EVALUERING

Vi foreslår, at der lokalt foretages en løbende evaluering af indsatsen over for demente. Denne vejledning kan danne baggrund for en evaluering af de praktiserende lægers indsats på området.

E-LEARNING

Som noget nyt lanceres et e-learningprogram i forbindelse med denne vejledning.

1. Klik ind på www.laeger.dk
2. Log dig ind med brugernavn og password
3. Herefter kan du finde kurset under Uddannelse – E-læringsportalen.

Hvis du ikke kender dit brugernavn og password, kan du skrive en mail til webmaster@dadl.dk eller få telefonisk support på tlf. 3544 8355 mandag-fredag mellem kl. 9-12.

Ordliste

- ADL: (Activity of Daily Living) Almindelig Daglig Levevis
- MMSE: (Mini Mental State Examination) Psykometrisk test, som undersøger den kognitive funktion
- GDS: (Geriatric Depression Scale) Geriatrisk depressionsskala
- IADL : (Instrumental Activities Daily Living) Udadvendte aktiviteter i dagligdagen som husholdning, reparationer, indkøb og transport
- BPSD: (Behavioural Psycho Social Disorders) Besværlige Psykiske Symptomer ved Demens

YDELSER VEDRØRENDE PSYKOMETRISK TEST OG OPFØLGENDE DEMENSKONSULTATION

Psykometrisk test (ydelse 2149)

Denne tillægsydelse kan anvendes til diagnosticering og monitorering af demens og depression.

Indtil nye anbefalinger er fremkommet fra de almenmedicinske faglige miljøer, vil MMSE-testen vedrørende demens, ICD-10 og Hamilton kunne anvendes. Desuden vil Geriatric Depression Scale og urskivetesten kunne anvendes. Ydelsen kan anvendes sammen med en 0101-konsultation og en aftalt forebyggelseskonsultation (0106). Ydelsen kan anvendes højst to gange pr. konsultation, selv om der anvendes flere end to test. Ydelsen kan udføres ved hjælpepersonale. Der henvises til nærmere beskrivelse af ydelsen i vejledningen til overenskomstydelse.

Aftalt forebyggelseskonsultation (ydelse 0106)

En forebyggelseskonsultation skal være aftalt på forhånd, og det skal være aftalt, hvilket forebyggelsessigte konsultationen forventes at have. Det kan dreje sig om en dement patient, hvor det i forvejen er aftalt med patient og pårørende, at det er den dementes situation, det drejer sig om. Der foretages kontrol af tilstand, medicin og lignende. Der henvises til nærmere beskrivelse i vejledningen til overenskomsten.

Til en »Aftalt forebyggelseskonsultation« er der knyttet to nye tillægsydelser, som kun kan forekomme sammen med den »Aftalte forebyggelseskonsultation«.

Tillægsydelsen »*Supplerende specifik forebyggelsesindsats*« (2304) kan anvendes, når lægen foretager en systematisk risikovurdering efter godkendte kliniske vejledninger og anbefalinger. Opfølgende demensamtaler med tværfaglig koordineret indsats vil fremover være honoreret med denne ydelse (maks. to gange pr. år pr. dement patient) sammen med aftalt forebyggelseskonsultation.

Tillægsydelsen »*Opsøgende hjemmebesøg*« (2305) kan sammen med *forebyggelseskonsultationen* (0106) anvendes, når lægen udfører en forebyggende helbredsundersøgelse hos en skrøbelig ældre (fx en dement patient) i dennes hjem/plejehjem. Besøget skal på forhånd være aftalt og skal ske i forståelse med patienten. Tillægsydelsens indhold, som bl.a. omfatter en medicingennemgang, er beskrevet i en besøgsguide, jf. vejledningen. Udføres maksimalt en gang pr. år pr. patient. Desuden honoreres kørselsgodtgørelse og tidsforbrug i henhold til §§ 76 og 56.

LITTERATURLISTE

1. Care of Patients with Dementia in General Practice. 2003. Sydney, NSW Department of Health (pjece).
2. Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, Hewett L et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. Assessment. *Am Fam Physician* 2002; 65 (11): 2263-72.
3. 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 (7161): 802-8.
4. Andersen K, Lolk A, Nielsen H, Kragh-Sørensen P. Prævalens og incidens i Danmark. Odense-undersøgelsen. *Ugeskr Læger* 2000; 162 (33): 4386-90.
5. Malouf R, Birks J. Donepezil for vascular cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1): CD004395.
6. Madsen AM, Lomholt RK, Djernes JK. Diagnostik og behandling af Lewy body demens. *Ugeskr Læger* 2002; 164 (18): 2383-86.
7. Stokholm J, Waldemar G. Frontotemporal demens – ny viden om Picks sygdom. *Ugeskr Læger* 2003; 165 (6): 553-6.
8. Hanninen T, Hallikainen M, Tuomainen S, Vanhanen M, Soininen H. Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study in elderly subjects. *Acta Neurol Scand* 2002; 106 (3): 148-54.
9. Djernes JK, Gulmann NC, Abelskov KE, Juul-Nielsen S, Sørensen LU. Symptomprofil ved indlæggelseskrævende depression hos ældre, relateret til kliniske undergrupper. En genvej til forbedret diagnostik. *Ugeskr Læger* 1998; 160 (47): 6820-3.
10. Djernes JK, Kvist E, Olesen F, Munk-Jørgensen P, Gulmann NC. Validering af dansk oversættelse af Geriatric Depression Scale-15 som screeningsredskab for depression blandt hjemmeboende svage ældre. *Ugeskr Læger* 2004; 166 (10): 905-9.
11. Ancelin ML, Artero S, Portet F, Dupuy AM, Touchon J, Ritchie K. Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: longitudinal cohort study. *BMJ* 2006; 332 (7539): 455-9.
12. Wiscott R, Kopera-Frye K, Seifert L. Possible consequences of social drinking in the early stages of Alzheimer disease. *Geriatr Nurs* 2001; 22 (2): 100-4.
13. Medikamentel behandling af Alzheimers-demens. Nr. 2. 1-2-2003. København, Rationel Farmakoterapi, Institut for Rationel Farmakoterapi.
14. Psykofarmaka til ældre med delir eller demens. No 1. Rationel Farmakoterapi. 1-1-2006. København, Institut for Rationel Farmakoterapi.
15. Gulmann N C. Praktisk Gerontopsykiatri. 3 udg. ed. København: Hans Reitzel, 2001.

16. Nyere antipsykotika og nye bivirkninger. Nr. 6. 2004. København, Rationel Farmakoterapi, Institut for Rationel Farmakoterapi.
17. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56 (9): 1133-42.
18. Djernes JK. Delirium I. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 2, 191-200. 2005. København.
19. Shulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15 (6): 548-61.
20. Brodaty H, Moore CM. The Clock Drawing Test for dementia of the Alzheimer's type: a comparison of three scoring methods in a memory disorders clinic. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12 (6): 619-27.
21. Richardson HE, Glass JN. A comparison of scoring protocols on the Clock Drawing Test in relation to ease of use, diagnostic group, and correlations with Mini-Mental State Examination. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50 (1): 169-73.

EGNE NOTATER

EGNE NOTATER

EGNE NOTATER

DE FEM BUD VED UDREDNING AF DEMENS

1. Tag altid henvendelser om hukommelsesproblemer og ændret adfærd alvorligt.
2. Tal altid med pårørende, netværksperson eller hjemmepleje.
3. Vurder systematisk den intellektuelle funktion.
4. Tænk på differentialdiagnoser (somatiske sygdomme, depression, delir, droger, druk og defekte sanser).
5. Overvej hvilken type demens.

FØRSTE KONSULTATION – IDENTIFIKATION (0101)

Vær under samtalen især opmærksom på forandringer i forhold til tidligere.

Oplysninger fra patient og pårørende

Spørg hvordan patienten oplever følgende områder:

Hukommelse

- fx glemmer aftaler?

Orientering

- fx har sværere ved at orientere sig på fremmede steder?

Adfærd og humør

- fx ser mindre til bekendte og familie?

Rutinesvigt

- fx har sværere ved at klare personlig pleje?

Sprogproblemer

- fx har sværere ved at finde ordene frem?

Supplerende oplysninger

Aktuel medicin, sociale forhold, alkoholforbrug.

Husk de 5 D'er (se anden side).

TREDJE KONSULTATION – AFKLARING (0101)

Demens ikke sandsynlig

Patienten opfylder ikke ICD 10-kriterierne.

Evt. aftale tid til kontrol.

Mulig demens

Tvivlstilfælde om patientens kognitive funktionsevne, eller ukarakteristisk mønster for en demenssygdom.

Overvej henvisning eller kontrol 3-6 måneder.

Demens overvejende sandsynlig

Det er vigtigt, at patientens og de pårørendes behov og ønsker drøftes i relation til, hvilken type demens og sværhedsgrad der er tale om. Husk plan for pleje og behandling samt evt. henvisning til yderligere udredning eller medicinsk behandling.

ANDEN KONSULTATION – UDREDNING (0101+2149)

Undersøgelser

Kognitiv vurdering

MMSE, urskivetest (se appendiks). Indsigt eller bagatellisering af symptomer.

Psykisk vurdering

Depression, hallucinationer, adfærdsforstyrrelser.

Objektiv somatisk undersøgelse

Vægt, syn og hørelse. Neurologisk undersøgelse: Vær specielt opmærksom på øjenbevægelser, pareser, ufrivillige bevægelser, Parkinson-tegn og gangfunktion. Vurder, om der er »Head Turning Sign« og besvær med at mobilisere (navne)ord.

Laboratorieundersøgelser (fastende)

Hæmoglobin, erythrocytter, MCV, MCHC, leukocytter, thrombocytter, SR eller CRP, creatinin, natrium, kalium, calcium, albumin, glukose, TSH, ALAT, lipidprofil, B₁₂-udredning, homocystein, urinundersøgelse; EKG og CT efter skøn.

Husk de 5 D'er (se anden side).

KRITERIER FOR DEMENS (ICD-10)

1. Hukommessvækkelse, især for nye data.
 2. Svækkelse af andre kognitive (intellektuelle) funktioner: abstraktion, tænkning, planlægning og dømmekraft.
- B.** Bevaret bevidsthedsklarhed i et omfang til at bedømme A.
- C.** Forstyrrelser af emotionel kontrol, motivation eller social adfærd med mindst et af følgende symptomer:
1. Emotionel labilitet
 2. Irritabilitet
 3. Apati
 4. Forgrovet social adfærd.
- D.** Varighed i mindst 6 måneder.

Let demens: Interfererer med normale dagliglivsaktiviteter.

Moderat demens: Kan ikke klare sig uden hjælp fra andre.

Svær demens: Kontinuerlig pleje og overvågning nødvendig.

DE FEM BUD VED OPFØLGNING AF DEMENS

1. Demens udvikler sig og kræver regelmæssig opfølgning, aftal kontrol.
2. Hjælp pårørende med belastningsreaktioner.
3. Tænk på kommunale tilbud og patientforeninger, involver hjemmeplejen.
4. Vær tilbageholdende med adfærdsregulerende medicin.
5. Husk, at demente er sårbare.

OPFØLGENDE KONSULTATION (0106+2304+2149)

Den demente har løbende behov for opfølgning ligesom andre med kronisk sygdom.

Kognitive forhold

- MMSE og samtale med den pårørende og patienten om ADL-funktion for at vurdere demensgraden.
- Eventuel fortsat behandling med antidemensmedicin.

Somatiske forhold

- Andre sygdomme eller symptomer.
- Medicinsanering og justering, behov for evt. justering af medicin til patienter med Alzheimers sygdom (se appendiks).
- Eventuelle adfærdsforstyrrelser med fokus på non-farmakologiske tiltag.

Psykosociale og juridiske forhold

- Behov for kontakt til demenskoordinator i kommunen?
- Behov for aflastning, rådgivning, undervisning af ægtefælle/omsorgsperson?
- Behov for boligskift?
- Overvej tilbud om psykolog til familien.
- Diskussion af økonomiske forhold og selvbestemmelse.
- Bilkørsel og transportmuligheder.
- Kontakt til Alzheimerforeningen?

**Vær tilbageholdende med psykofarmaka.
Husk ringe effekt af psykofarmaka mod:**

- Rastløshed
- Handletrang
- Omkringvandren
- Gåen ind til andre
- Råben
- Natteuro.

Husk differentialdiagnoserne

De 5 D'er

- Depression
- Delir
- Droger
- Druk
- Defekte sanser.

Ofte er flere af disse tilstande til stede samtidig.

STADIEINDELING AF ALZHEIMERS SYGDOM

Let demens	Moderat demens	Svær demens
Klarer sig uden hjælp med basale ADL-funktioner (spisning, påklædning og personlig hygiejne).	Klarer sig ikke uden en vis hjælp fra andre. Kan sjældent lades alene.	Helt afhængig af pleje og omsorg. Overvågning nødvendig.
Vejledende MMSE-score (20-30)	Vejledende MMSE-score (10-20)	Vejledende MMSE-score (0-10)