

DEMENSUDREDNING I EN GERIATRISK KLINIK

Claus Moe, Corinna Jensen

Demensudredning har mange facetter. Begrebet kognitiv dysfunktion er en god indfaldsvinkel til afklaring af, om der foreligger en demenssygdom, eller om der er tale om anden sygdom. Artiklen beskriver og argumenterer for udnyttelse af geriatriens tradition for en holistisk patientopfattelse, som passer godt til løsning af de komplekse problemstillinger, patienter med demenssygdom har i form af fysisk sygdom, funktions- og socialmedicinske problemer.

Forfatterne er Claus Moe, ph.d., afdelingslæge og Corinna Jensen som er fungerende overlæge, begge på Bispebjerg Hospital. Begge er speciallæger i geriatri og intern medicin og har gennem de seneste to år etableret Hukommelsesenheden i geriatrisk klinik Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) Bispebjerg, der skal udvikle og varetage udredning og behandling af demens.

Gerontologi og samfund 2002, 18; 4: 88-90.

88

FREMTIDIG DEMENSINDSATS I H:S

Rundt om i landet er et tiltagende antal initiativer på demensområdet i gang inden for specialerne neurologi, psykiatri og geriatri. I henhold til handlingsplan for »Diagnostik og behandling af demens i H:S-området«¹ har geriatrisk klinik på H:S Bispebjerg oprettet en Hukommelsesenhed, som skal udvikle og varetage udredning af demens. Ifølge H:S Direktionens forslag til fremtidig demensindsats er det planen, at udredning og behandling af demens skal finde sted på tre niveauer:

1. Alment praktiserende speciallæger.
2. Lokale Hukommelsesenheder med speciallægebemanding i geriatri, neurologi og/eller psykiatri.
3. Rigshospitalets Hukommelseskliniker.

KOGNITIV DYSFUNKTION

Fagligt set ville den mest dækkende betegnelse for Hukommelsesenhedens arbejde være »Enhed til udredning af kognitive dys-

funktioner«, men det er jo ikke et særligt brugervenligt navn. Ved kognitiv dysfunktion forstås nedsat funktion inden for områder som indlæring, hukommelse, strukturering, problemløsning, sprog og tænkning. Det er et udtryk for, at de psykiske processer, som forløber mellem opfattelsen af en situation og reaktionen herpå, er læderede².

HUKOMMELSEN

For at undgå den negative ladning, ordet *demens* trods alt stadig har i befolkningen, har vi bevidst fravalgt at kalde enheden for en demensklíník eller en demensenhed, men i stedet anvendt en terminologi indeholdende ordet *hukommelse*. Det giver ofte en bedre indfaldsvinkel til den ret store gruppe af patienter, som søger enheden, fordi de bekymrer sig over, at de har problemer netop med hukommelsen. Det er tillige naturligt at komme ind på hukommelsen hos de patienter, som ikke har indsigt i egen situation, og som ikke ved, hvorfor de kommer til undersøgelse.

DEN SYGES BEHOV

Alle demente mennesker skal ikke for enhver pris udredes. Før der iværksættes udredning, må det så vidt muligt sikres, at det er patientens behov, som tilgodeses. Der bør være en overensstemmelse mellem patientens ønsker og indsigt i egen kognitive dysfunktion og det apparat af diagnostik og intervention, som tilbydes. Det er ikke muligt at opstille enkle retningslinier for, hvornår udredning bør finde sted, men det er vigtigt, at man er bevidst om de etiske dilemmaer, som er refereret i Sundhedsstyrelsens redegørelse for den fremtidige demensudredning³.

ORGANISERING

Hukommelsesenheden modtog de første patienter i år 2000. Formålet med nærværende artikel er at beskrive, hvorledes vi har tilrettelagt arbejdet organisatorisk og fagligt. Med grundlag i hidtidige erfaringer drages konklusioner for, hvad vi mener, der har betydning for at opnå gode resultater.

Hukommelsesenheden er normeret med speciallæger i geriatri 37 timer per uge fordelt mellem overlæge og afdelingslæge, to fuldtidsansatte sygeplejersker, neuropsykolog 18,5 timer og sekretær 30 timer per uge.

Patienter fra Bispebjerg og Rigshospitalets optageområder henvises af praktiseren-

de læger til Rigshospitalets Hukommelsesklíník, som i fællesskab med geriatrisk klíník og gerontopsykiatrisk afdeling på Bispebjerg hospital visiterer de henviste patienter til de tre klinikker. Hukommelsesenheden modtager overvejende ældre patienter, som hyppigt har sygdomme i flere organsystemer medførende tab af funktionsevne og dermed socialmedicinske problemstillinger.

Afdelinger i medicinsk center på Bispebjerg hospital kan ved ønske om udredning og behandling af demens rekvirere tilsyn fra geriatrisk klíník. Ved tilsynet vurderer en geriatrisk speciallæge, om der er kognitive dysfunktioner, som kræver udredning eller behandling. Er det tilfældet, vil patienten typisk blive indkaldt til Hukommelsesenheden, efter at hun eller han er udskrevet fra medicinsk center.

SAMARBEJDE

Da Hukommelsesenheden er ét af flere funktionsområder i geriatrisk klíník, har det været praktisk at udarbejde retningslinier for, hvordan geriatrisk klíníks sengeafsnit, ambulatorium og daghospital samarbejder med Hukommelsesenhedens personale. Her anvendes de samme tre niveauer, som H:S har benyttet til planlægning af den samlede demensindsats¹, som det er omtalt i artiklens indledning:

Niveau 1 Personale i sengeafsnit, ambulatorium og daghospital foretager demensudredning svarende til udredning i almen praksis.

Niveau 2 Foretages af Hukommelsesenheden, som medinddrages i følgende tilfælde:

- Ved tvivl om demensdiagnose eller demenstype.
- Ved ønske om vurdering af indikation for behandling med anti-demensmedicin eller ved mistanke om bivirkning til igangværende behandling.
- Ved behov for ambulans opfølgning i Hukommelsesenheden, hvis yderligere udredning sker mere optimalt, når patienten er stabiliseret efter et akut sygdomsforløb og tillige opholder sig i vante omgivelser.

Niveau 3 Hukommelsesenheden kan om nødvendigt konsultere eller henvise patienter til Rigshospitalets Hukommelsesklíník.

Claus Moe, ph.d.
Bispebjerg Hospital
Geriatrisk Klíník
Bispebjerg Bakke 23
2400 København NV
CM05@bbh.hosp.dk

»...allerede fra første konsultation er det vigtigt at have fokus på patientens daglige sociale situation«

UDREDNING

Patienter, som henvises til demensudredning, har efter den henvisende læges opfattelse en kognitiv dysfunktion (se figur 1).

Allerførst er det nødvendigt at danne sig et indtryk af patientens egen opfattelse af problemet. Herefter drejer det sig om ved hjælp af sygehistorien at klarlægge den kognitive dysfunktion – kvalitativt og kvantitativt.

Hvis der foreligger en kognitiv dysfunktion, bliver næste skridt at finde ud af, om den er betinget af demens. For at kunne gøre det, skal alt, som kan sløre billedet eller ligne demens så vidt muligt elimineres eller »skrælles bort«, så man populært udtrykt når ind til »sagens kerne«. Det gøres mest optimalt, når patienten befinder sig i vante omgivelser – og altså ikke eksempelvis under en sygehusindlæggelse.

Sygdomme, der kan give demenslignende symptomer, bør udelukkes: Fx stofskiftesygdomme, blodmangel, B-vitaminmangel, forstyrrelser i kalkstofskifte og væske/saltbalance samt uregelmæssig hjerterytme. Blødninger eller svulster i hjernen bør også udelukkes. Geriatrike patienter er kendetegnet ved at have sygdomme i flere organsystemer, hvorfor de hyppigt får mange forskellige slags medicin. Det kan i sig selv kræve udredning og behandling, før videreudredning af de kognitive funktioner kan finde sted.

Udredningen indbefatter ud over sygehistorien en fysisk undersøgelse, blodprøver, elektrokardiogram, røntgenundersøgelse af hjernen (CT-skanning,) samt kognitive tests (MMSE og urskive-test, som indeholder spørgsmål og tests inden for orientering, registrering, opmærksomhed/regning, kort-tidshukommelse, sprog og konstruktion). Denne del af udredningsprogrammet følger gængse retningslinier^{4,5}. Ud over selve scoringen ved MMSE er også måden, patienten samarbejder på, vigtig i vurderingen af den kognitive funktion. Røntgenundersøgelsen af hjernen udføres dels for at afsløre tilstande, hvor der er behov for neurokirurgisk operation, og dels som et bidrag til den senere typeinddeling af den mistænkte demenssygdom, hvis diagnosen i øvrigt viser sig at kunne stilles.

Ved mistanke om depression eller psykotiske tilstande rekvireres gerontopsykiatrisk undersøgelse og behandling. Herved opnås det, at patienten bliver behandlet for de

mistænkte sygdomme og ydermere, at den del af den kognitive dysfunktion, som er betinget af demens, træder mere »rent« frem.

Først når alt, som kan sløre billedet eller ligne demens, er diagnosticeret og behandlet, kan en nedsat score ved de kognitive tests tages som udtryk for demens, hvorfor det på det tidspunkt kan være nødvendigt at gentage testene. Det er også forklaringen på, at fx MMSE hyppigt ikke kan anvendes som diagnostisk demenstest, når patienter er indlagt på sygehus af anden årsag. Man kan ved nedsat score blot konstatere, at der på det pågældende tidspunkt er en kognitiv dysfunktion, men intet om årsagen hertil.

SYGEHISTORIEN

Det vigtigste ved demensdiagnostik er, at der bruges tid til at indhente en detaljeret sygehistorie med beskrivelse af den kognitive dysfunktion. Sygehistorien danner basis for hele udredningen og er i sidste ende afgørende for, om demensdiagnosen kan stilles eller ikke stilles. Det er væsentligt, at en person, som kender patienten godt og gerne gennem lang tid, deltager i konsultationen.

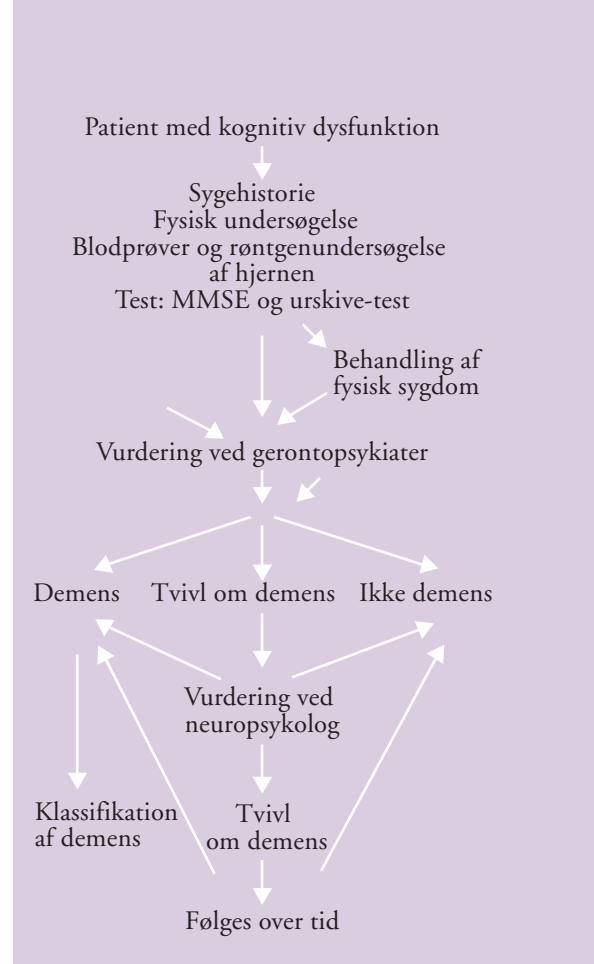
Ved optagelsen af sygehistorien er det hensigtsmæssigt at begynde med det, som optager patienten eller måske den pårørende mest. Hvis det fx er nedsat hukommelse, kan man begynde at spørge til det. Hvis det er nedsat orienteringsevne, som er det mest generende, tages det op først. I løbet af samtalen afdækkes efterfølgende samtlige kognitive områder, som indgår i demensdiagnostikken. De centrale områder er hukommelse, sprog, orientering, planlægning/dømmekraft og emotionelle/karaktermæssige forhold.

En nøje udspejlingen om, hvordan hverdagen fungerer, og hvordan patienten klarer de forskellige daglige aktiviteter, er en god indfaldsvinkel til at belyse patientens kognitive funktionsevne.

Til første konsultation er der afsat to timer, som afsluttes med, at der med patient og pårørende lægges en plan for det videre forløb.

DEMENS – IKKE DEMENS

Hvis der efter ovenstående udredningsprogram er tvivl om diagnosen demens, kan der foretages en *neuropsykologisk* undersøgelse. Det er navnlig i de tidlige stadier af sygdommen, der kan være tvivl om demensdiagnose

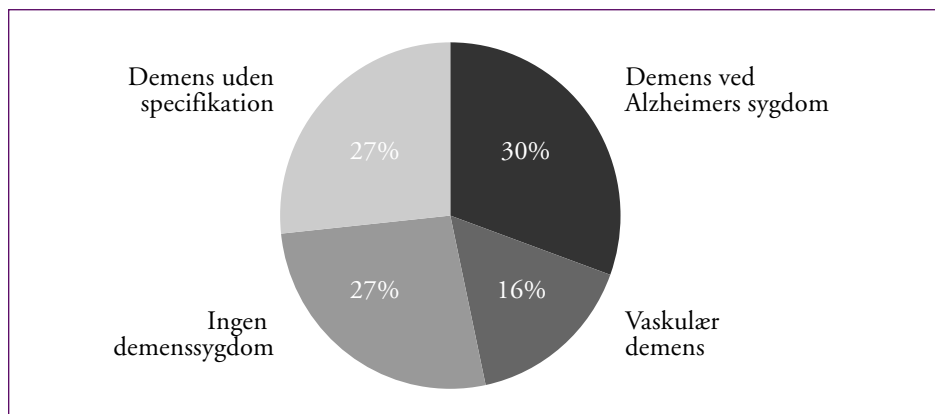


Figur 1. Udredningsforløb af patient med kognitiv dysfunktion.

sen, og en neuropsykologisk undersøgelse er vigtig i tilfælde, hvor en mistænkt demenssygdom kan afkræftes, eller hvis der er ønske om vurdering af sværhedsgraden af en demenssygdom. Hvis der efter endt neuropsykologisk vurdering fortsat er tvivl om, hvorvidt patienten opfylder kriterierne for en demensdiagnose, må udviklingen over tid medtages som parameter. Det gøres ved at undersøge patienten igen efter et passende tidsrum, typisk et halvt til ét år. Fordelen herved er, at man får to punkter på kurven for den kognitive funktionsevne, hvor man fx ved Alzheimers demens vil forvente et fald.

Generelle krav om demensdiagnostik tidligt i sygdomsforløbet øger risikoen for fejldiagnoser. Det er vigtigt, at man søger at opnå den største mulige sikkerhed for, at diagnosen stilles korrekt, da det selvfølgelig er en skelsættende diagnose for både den syge og familien.

Demens er udelukkende en *klinisk* diagnose, som hviler på kriterier i henhold til ICD-10^{4,6}. De hyppigste former for demens er demens af Alzheimers type og vaskulær demens. Af andre demenstyper kan nævnes fronto-temporal demens og Lewy bodydemens. Ved tvivl om typeinddeling af en stillet demensdiagnose kan der også her



Figur 2. Fordelingen af diagnoser på 105 patienter udredt for kognitiv dysfunktion.

drages nytte af en neuropsykologisk undersøgelse. Der findes ingen blodprøve, test eller skanning, hvis resultat i sig selv giver diagnosen. Den kan som nævnt heller ikke stilles ud fra en MMSE score alene. En patient, som scorer 30/30, kan være dement, og en patient, som scorer 0/30, behøver ikke at være det.

VURDERINGER I HUKOMMELSESENHEDEN

Inden for en 12 måneders periode er 219 patienter blevet vurderet. Heraf 105 i selve Hukommelseseenheden og 114 ved tilsyn i sengeafsnit, ambulatorium eller daghospital. Af de 105 udredninger i Hukommelseseenheden blev diagnosen demens stillet i 77 tilfælde (73%) (minimumstal, da enkelte af patienterne ikke var afsluttet ved opgørelsen). Det vil sige, at i omkring 27% af udredningerne kunne den kognitive dysfunktion ikke tilskrives en demenssygdom. Fordelingen af diagnoser på de 105 patienter, der er udredt for kognitiv dysfunktion, fremgår af figur 2.

DEMENSDIAGNOSENS KONSEKVENNS

Da demente mennesker ofte ikke har indsigt i egen funktionsevne, må der ved formidling af diagnosen tages særsigt hensyn, så man ikke »presser diagnosen ned over hovedet på patienten« og på den måde giver anledning til unødigt bekymring. Dermed være ikke sagt, at patienten ikke skal informeres, men det kan i nogle tilfælde være hensigtsmæssigt at give en differentieret information til patienten, pårørende og hjemmepleje. Man må i hvert enkelt tilfælde afveje sin sprogbug.

Det er ofte af ganske stor betydning for pårørende og hjemmepleje at få sat en faglig beskrivelse på de kognitive dysfunktioner i form af en diagnose. Så ved de pågældende, hvad de kan forlange og ikke forlange af vedkommende og noget om prognosen. På den måde bevares respekten for den demen-

te person. Der kan være tale om mennesker, som førhen blev stemplet som »senildement«, fordi de var gamle, forvirrede og måske ikke kunne finde vej eller ikke var gode til at huske. Synet på og hjælpen til den gamle, glemsomme og desorienterede person bliver ændret, når det slås fast, at det drejer sig om en sygdom. Man bliver som bekendt ikke nødvendigvis dement, blot fordi man bliver gammel.

Gennem information ved konsultationerne og ved udlevering af skriftligt materiale om demenssygdomme får pårørende endvidere en større viden om demens og bliver derved mere kvalificerede hjælpere.

HJÆLP I HVERDAGEN

Allerede fra første konsultation er det vigtigt at have fokus på patientens daglige sociale situation, med kontakt til hjemmeplejen og hjemmesygeplejen for at få etableret den hjælp, der fra starten synes nødvendig, for at dagligdagen kan hænge sammen.

Patienter, som har fået stillet diagnosen demens, følges ambulant i Hukommelseseenheden, indtil de sociale foranstaltninger er iværksat, som man har fundet nødvendige. Det kan fx være etablering af netværk i form af hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, daghjem, dagcenter, eller at der er lagt plan for et boligskift. Endvidere følges patienten af personalet i Hukommelseseenheden, indtil den pårørende kan overskue situationen og dermed genvinder ressourcer til at kunne yde omsorg. På den måde kommer patienten sammen med pårørende ind i en mere positiv spiral.

Drejer det sig efter al sandsynlighed om Alzheimers demens i let eller moderat grad, overvejes behandling med anti-demensmedicin. Ved behandling hermed anmodes hjemmesygeplejerske om at observere, om medicinen bliver taget som ordineret, og om den har bivirkninger.

Patienten afsluttes i Hukommelseseenheden, når diagnosen demens er be- eller afkræftet, en stillet demensdiagnose er type-

inddelt, og patienten er »socialmedicinsk på skinner«. Dog følges indtil videre alle patienter, som påbegynder behandling med anti-demensmedicin. ■

KONKLUSIONER

- Demens er en klinisk diagnose, hvilket betyder, at der ikke er nogen blodprøve, test eller skanning, hvis resultat i sig selv giver diagnosen.
- Enhed eller klinik til udredning af kognitive dysfunktioner ville fagligt set være en dækkende betegnelse for team, som udreder og behandler demens.
- For at opnå en optimal udnyttelse af tildelte ressourcer er det væsentligt med en entydig tilrettelagt struktur for visitation, udredning og behandling.
- Patienter med kognitive dysfunktioner udredes og behandles mest optimalt, når de er i vante omgivelser.
- Et tæt samarbejde med gerontopsykiater er af betydning for optimering af diagnostik og behandling af psykiske symptomer, som ellers kan sløre demensdiagnostikken.
- Mulighed for en neuropsykologisk undersøgelse er vigtig, hvis der er tvivl om diagnosen demens eller ved tvivl om typeinddelingen.
- Det har betydning for pårørende og hjemmepleje at få sat ord på den kognitive dysfunktion i form af en diagnose, men den skal ikke stilles for enhver pris.
- Den socialmedicinske indsats ved etablering af hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, daghjem og evt. plan for boligskift har stor betydning. Sammen med pårørende skabes herved et bedre netværk.

LITTERATUR

- 1 H:S Direktionen. Forslag til fremtidig demensindsats i H:S området. København 2001.
- 2 Hansen FR, Moe C, Schroll M. Geriatri, basisbog. København: Munksgaard Danmark 2002.
- 3 Demens – den fremtidige tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets indsats vedrørende diagnostik og behandling. Sundhedsstyrelsen 2001.
- 4 Waldemar G, Bruhn P, Dam AM et al. Referenceprogram for demensudredning. København: Dansk neurologisk selskab 1998.
- 5 Rubak JM, Bro F, Dinesen O et al. Identifikation og udredning af demens og demenslignende tilstande i almen praksis. Dansk selskab for almen medicin, klaringsrapport, 2001.
- 6 Schiøler G, Mosbech J. Klassifikation af sygdomme 10. revision. København: Sundhedsstyrelsen og Munksgaard 1993.