

Er det så viktig med tidlig diagn

Allmennpraktiserende leger svikter sin oppgave

AV HARALD A. NYGAARD

Innledning

Aldersdemens er en folkesykdom. Høy alder er den viktigste risikofaktor for å utvikle en demenssykdom. Blant eldre over 90 år er en tredel rammet (1). Folkesykdommer er vanligvis et område hvor allmennpraktiserende leger har store interesser, men engasjementet er ikke fullt så imponerende når det gjelder å ta hånd om diagnostisering av aldersdemens. Det kan synes som om det er et generelt fenomen innen primærhelsetjenesten å sky disse problemstillingene. Situasjonen er nemlig ikke enestående for norske forhold. Både i USA, Sverige, Storbritannia og Norge synes det som om dette er et nedprioritert arbeidsfelt (2–6). Nylig gjennomgikk jeg 100 henvisninger til geriatrik poliklinikk for utredning av demens i den hensikt å se nøyer på hvilke konkrete diagnose-relaterte opplysninger de inneholdt. Henvisning til spesialisthelsetjenesten bør jo konkretisere en problemstilling basert på forutgående egenvurdering. Førtiseks prosent av søknadene inneholdt omtrent ingen opplysninger som reflekterte at henvisende lege hadde foretatt noen faglig vurdering. Tjueen prosent var godt eller meget godt fundert. Selv om Mini Mental Status Examination (MMSE) ikke sier all verden, gir den i et hvert fall en grov pekepinn på vedkommendes kognitive funksjoner. MMSE var angitt i 20 prosent av henvisningene. (MMSE var heller ikke et krav for at henvisningen ble oppfattet som god). Omtrent like mange var ledsaget av opplysninger om relevante laboratorieprøver. Min fortolkning er at allmennpraktikeren i mange tilfeller ikke hadde gjort det minste forsøk på å komme til en diagnostisk avklaring før henvisning til spesialisthelsetjenesten fant sted.

Jeg har ofte fundert på hvorfor allmennpraktikeren er så fraværende i denne sammenhengen. Allmennpraktikere vil jo, enten de liker det eller ei, sitte med ansvaret for disse pasientene. Hva skjer når disse personene skal undersøkes og behandles for andre sykdommer? Hvor gode er de anamnesticke opplysninger man bygger sin vurdering på? Er dette ensbetydende med at en person er mentalt intakt dersom hun/han svarer «rimelig greit» for seg?

Det skal medgis at det ikke alltid er enkelt å stille en demensdiagnose. Én ting er de differensialdiagnostiske av-



Harald A. Nygaard

Professor dr. med.
Universitetet i Bergen
Seksjon for geriatri
Institutt for samfunns-
medisinske fag og
Geriatrisk seksjon
Haraldsplass
Diakonale Sykehus
Ulriksdal 8 c
5009 Bergen

grensningene som må finne sted. Men demens er en klinisk diagnose og baseres i stor grad på intervju med pasient og pårørende. Dette kan stundom være en tidkrevende øvelse.

Det er min oppfatning at den vesentlige del av demensdiagnostikken og behandlingen skal finne sted i primærhelsetjenesten. Det er flere forhold som taler for at allmennpraktikeren har fordeler som spesialisthelsetjenesten ikke er i besittelse av. Ifølge målbeskrivelsen for allmennmedisin¹ er allmennmedisin den generelle, forebyggende og behandlende medisin. Videre heter det: «Et karakteristisk trekk for allmennmedisin er bl.a. også det kontinuerlige arbeid med pasienter. Den er individ-, familie- eller grupperettet. ... og har kontakt over tid med individ, familie, ... kunnskap om samspill mellom individene i familie og miljø og har et bredt medisinsk ansvar for individets helsemessige og sosiale situasjon...». Allmennpraktikeren sitter derfor midt i smørøyet hva gjelder forutsetninger for å stille en demensdiagnose.

Demensdiagnosen – jo senere den stilles jo bedre?

Man kan saktens finne argumenter for at det ikke er så preserende med tidlig diagnose. For det første har vi ingen *virkelig god* medikamentell behandling å tilby. Man kan ikke se bort fra at dersom diagnosen stilles i et tidlig stadium vil dette kunne medføre en psykisk belastning både for vedkommende selv og for familien, med depressive reaksjoner (som må behandles) som en alvorlig konsekvens. For enkelte kan det sogar få yrkesmessige konsekvenser. Ved-

¹ www.legeforeningen.no/index.db2?id=1130

ostisering av aldersdemens?

kommende kan føle seg stigmatisert. Dessuten er utredningen er tidkrevende og man føler seg muligens ikke kompetent. På toppen av det hele kommer at det kanskje er ubehagelig for legen. Diagnosen kan for legen medføre ringvirkninger av sjelesørgerisk og informasjonsmessig karakter ikke bare overfor pasienten.

Forhold som taler for diagnostisering av tidlig demens

Demens er etter min mening å sammenlikne med en malign lidelse: Årsaken er ikke kjent, det finnes ingen kausal behandling, den kan ikke helbredes, behandlingen er i prinsippet av palliativ natur og sykdommen er dødelig. Vanligvis er man av den oppfatning at det er viktig å stille en malign diagnose så tidlig som mulig, og at pasienten har krav på å vite om egen helsetilstand.

Tidlig diagnose gir pasienten mulighet til å treffe viktige disposisjoner. Det finnes en del eldre som post mortem ikke har fått sitt testamente «godkjent» fordi en arving har anfektet testamentets gyldighet. Hva med å opprette sitt livstestamente? Tidlig diagnose gir mulighet til informasjon til pårørende på et tidspunkt hvor de har mulighet for å anvende informasjonen. Kunnskap hos pårørende fører til bedret forståelse, toleranse og mestring og øker muligheten for å bli boende lenger i eget hjem (7). Men pårørende trenger stundom hjelp til å ta det første skritt.

Det er mulig at eldres dårlige renommé som bilførere til dels har sammenheng med at leger ikke er påpasselige når det gjelder å utstede helbredsattest til bilførere over 70 år (8). Den senere tids diskusjon om at retten til å utstede helbredsattest i forbindelse med kjøretillatelse for eldre skal forbeholdes et begrenset antall leger, må sees på denne bakgrunn.

To innfallsvinkler til demensutredning

Det er et karakteristisk trekk at mange personer med demens ikke har innsikt i sin egen situasjon. De kan kokettere med sin glemsomhet, men dersom de blir konfrontert med konsekvensene av lidelsen (f.eks. inndraging av sertifikat), blir de overrasket, stiller seg uforstående og har mange argumenter for at legen tar feil. Oftest er det familien som bringer spørsmålet på banen og som tar initiativet til en utredning.

DEMENSTEAMET

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har utarbeidet en pakke for utredning av demens i primærhelsetjenesten². Det anbefales at man lokalt etablerer demensteam hvor forskjellige aktører ivaretar spesielle oppgaver og hvor teamet blir enig om hvorledes pasienten og pårørende i fremtiden skal følges opp. Legen har en viktig rolle i dette teamet, og den endelige diagnosen stilles på bakgrunn av innspill fra hele teamet. Opplegget har vært utprøvd i noen kommuner. Erfaringene har vært gode, bortsett fra at det ofte er vanskelig å få legen på banen. Den nye fastlegeordningen burde gjøre det lettere å etablere en slik ordning. Men dette systemet trer jo først i kraft når sykdommen har ført til synlige symptomer og ofte sosiale konsekvenser. Refusjonsordningen sikrer at legen ikke går bankerott³ grunnet arbeid med demens (10).

² Skjema med tester kan bestilles hos Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, postboks 65, 3107 Sem

³ Følgende takster kan komme til anvendelse ved utredning av demens (10) 1f 2ad, 2cd, 2dd, 11e, 612a, 615, 616, 617a, 701. I tillegg kommer laboratorieprøver og EKG

CASE FINDING

Demens slik som den er definert i ICD-10, er en klinisk diagnose. (Se faktarute). Kognitive tester (f.eks. MMSE – Mini Mental State Examination) er strengt tatt ingen forutsetning, men de kan være en hjelp og gode å ha som dokumentasjon. Men hva er i veien for at man benytter de anledningene som byr seg til å *vurdere* en mulig kognitiv svikt? Dersom allmennpraktikerens målsetting skal tas på alvor er jo de eldre nettopp den pasientgruppen hvor man kan ta i bruk de fortrinn som allmennpraktikeren er utstyrt med.

Jeg mener ikke at man skal overfalle alle eldre med en kognitiv test i håp om å knipe flest mulig tilfeller av demens i tidlig stadium. Under forutsetning av at det over lengre tid har funnet sted en kommunikasjon mellom lege og pasient, vil man kunne registrere endringer i «kvaliteten» på konsultasjonen. Det finnes også situasjoner hvor det ikke kan være problematisk å informere en pasient om at f.eks. depressive symptomer, angst, mistanke om lavt stoffskifte, tilstand etter hjerneslag eller annen akutt alvorlig sykdom kan ledsages av kognitiv svikt og at man gjerne vil ta en slik test. Ved utstedelse av legeerklæring for førerkort går man også god for at vedkommende er mentalt intakt. Det kan ikke være vanskelig å flette en kognitiv test inn i denne sammenheng.

Nettopp fordi tidsfaktoren er avgjørende i allmennpraksis har man i lengre tid forsøkt å utarbeide stadig kortere screeningtester. De har alle sine svakheter, og nettopp når det gjelder tidlig demens risikerer man at mange faller utenfor. En kompleks diagnose som aldersdemens kan ikke stilles på et blunk, men hvem skal man vie mer tid? Her burde allmennpraktikerens tidligere kunnskap om pasienten virkelig komme til sin rett. MMSE er velkjent, men åpenbart relativt lite brukt. Enkelte har anbefalt klokke tegning⁴, men meningene om hva den presterer som eneste screeninginstrument er delte. Borson og medarbeidere har konstruert et instrument kalt Min-Cog (10). Den benytter seg av ett spørsmål fra MMSE (huske tre ord) og klokke tegning. Dette enkle settet som kun tar et par minutter å utføre, er vist å være like god som MMSE. Jeg har kun prøvet den i et par tilfeller hvor MMSE var innen referanseområdet. Svaret på Mini-Cog var imidlertid patologisk. Det kunne vært en oppgave for allmennpraktikere å sette i gang med en prospektiv undersøkelse om dette var en enkel og likevel brukbar metode.

Medikamentell behandling av Alzheimers sykdom

Nåværende legemiddelbehandling er kun symptomatisk. Den er ingen erstatning for ikke-medikamentelle tiltak for å stimulere og å opprettholde kognitiv og generell fungering lengst mulig. (Kfr. den gode effekt i placebogruppen i kon-

trollerte forsøk med kolinesterasehemmere (KEH)). Ut fra tankegangen at nevronene fungerer best jo mindre skadet de er, er det en generell oppfatning at behandlingen bør starte så tidlig som mulig etter at diagnosen Alzheimers sykdom er stillet. Men jo mindre de kognitive funksjonene er ramponert, dess mindre vil også den målbare behandlingseffekten være. Det er ikke dokumentert at man kan oppnå en slik protrahtert effekt med KEH. Teoretisk er muligheten for en slik effekt muligens større med den nye typen antidebensmedisin (ADM) memantin, en NMDA antagonist.

Siden demensdiagnosen i vesentlig grad er knyttet til kognitiv svikt var det naturlig at den initiale utprøvingen av ADM fokuserte på endringer i kognitive funksjoner. Dersom man legger relativt strenge kriterier til grunn for effekten av behandlingen (både kognitive testing og global vurdering) vil man i gjennomsnitt oppnå en forskyvning av sykdomsforløpet med ca. ett år. «Numbers needed to treat» er da fem til seks (11). Etter hvert har man erfart at det er andre symptomer hos personer med demens som kan være vel så viktige med hensyn til å fungere i dagliglivet. Ifølge pårørende er bedre oppmerksomhet, og at pasienten er «mer tilstede» endringer som er mer påfallende enn en eventuell bedring av hukommelsesfunksjonene. Det er også påvist bedring av evnen til å planlegge og å gjennomføre praktiske daglige oppgaver. I en undersøkelse fant man at pasienter som fikk aktiv behandling trengte nesten én time mindre tilsyn daglig sammenliknet med placebogruppen (12). Undersøkelser har også vist at KEH også kan påvirke atferdssymptomer i gunstig retning (13). Det er sjelden at disse endringene oppleves som «revolusjonerende». Men ofte representerer de positive opplevelser i forbindelse med en sykdomsutvikling som ellers utelukkende kjennetegnes av negative erfaringer.

Det finnes ingen allment aksepterte retningslinjer for når man skal starte, hvorledes pasientene skal følges opp og når behandlingen skal stoppes. Når diagnosen Alzheimers sykdom av lett (MMSE over 15 poeng) eller moderat (MMSE 10–14 poeng) grad er stillet, bør behandling overveies. Etter min mening bør alle som oppfyller de diagnostiske kriteriene *vurderes* med henblikk på behandling. Men først må man forvisse seg om at muligheten for å etterleve doseringsforskriftene er tilstede. Det er ikke akseptabelt at en pårørende eller hjemmesykepleier gjør i stand en ukedose, og at den demente selv ellers administrerer behandlingen. Pasienter som vanligvis nekter å ta medikamenter er ikke egnet for behandling. Det må med andre ord være et nettverk omkring pasienten. De første ukene er det toleransen som må overvåkes. Gastrointestinale plager er vanligste bivirkninger. Mange demente er ikke i stand til å gi uttrykk for subjektive plager. Appetitten må overvåkes.

⁴ F.eks. tegn en klokke med alle tallene og med visere som angir et bestemt klokkeslett, for eksempel 11.25.

Kriterier for demens (ICD 10)

- I. (1) Svekket hukommelse, især for nyere data
(2) Svekkelse av andre kognitive funksjoner (f.eks. abstraksjon, dømmekraft, tenkning, planlegging (svikt i én funksjon er tilstrekkelig).
Den kognitive svikten må influere på dagliglivets funksjoner:
Mild: påvirker normale daglige aktiviteter.
Moderat: kan ikke klare seg uten hjelp av andre.
Alvorlig: Nødvendig med kontinuerlig pleie og overvåkning.
- II. Bevart bevissthet tilstrekkelig til at pkt I kan bedømmes
- III. Svekket emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd med en eller flere av følgende:
(1) Emosjonell labilitet
(2) Irritabilitet
(3) Apati
(4) Unyansert atferd
- IV. Varighet i minst 6 måneder.

Kriterier for Alzheimers sykdom (ICD 10)

- A. Generelle demenskriterier oppfylt. B. Annen hjerneorganisk eller psykoaktiv stoffbeting etiologi utelukket
- Tidlig debut:** A. Alder under 65 år.
B. Én eller flere av følgende:
(1) Hurtig start og progresjon; (2) Multiple kortikale forstyrrelser (afasi, apraksi, agrafi, akalkuli, aleksi).
- Sen debut:** A. Alder 65 år eller eldre
B. Én eller flere av følgende: (1) Langsom snikende start og progresjon (2) Hukommelsesforstyrrelsene er mest fremtredende

Kriterier for vaskulær demens (ICD 10)

- A. Generelle demenskriterier oppfylt
B. Den kognitive svikten er ujevnt fordelt
C. Bevis for fokal hjernelidelse med én eller flere av følgende: (1) Spastisk hemiparese. (2) Ensidig refleksovervekt. (3) Patologisk patellarrefleks på en side. (4) Pseudobulbær parese
D. Bevis for cerebrovaskulær lidelse

Pårørende må observere endringer i oppmerksomhet, interesse for omgivelsene, atferd, sosial atferd og interaksjon og kognitiv fungering. Man må avvente fire til seks måneder før man avgjør om behandlingen har hatt noen effekt. MMSE skal følges, men nytten må vurderes på bakgrunn av en global vurdering. Det skal innrømmes at det kan være vanskelig å vurdere behandlingseffekten. For den enkelte pasient kan det være så store variasjoner mht til poengsummen på MMSE, at testen ikke anses som brukbar som *eneste* effektparameter. Det er bare å beklage at Legemiddelverket *baserer* effektvurderingen utelukkende på MMS. Stabil eller bedret MMSE over tid er ett mål på at behandlingen har effekt. Hos ubehandlede pasienter regner man med at MMSE i *gjennomsnitt* taper seg med ca. fire poeng pr. år.

Det finnes heller ikke klare kriterier for hvor lenge den medikamentelle behandling bør/skal pågå. Man må tilstrebe en helhetlig vurdering når man overveier å seponere behandlingen. Personlig har jeg ofte benyttet meg av en prøveseponering. (Det kan være aktuelt selv om MMSE er over 10–12.) I løpet av 7–12 dager vil man se om det inntreffer en brå endring i pasientens tilstand. Hos noen pasienter har dette ført til at behandlingen har blitt re-instituert.

Avsluttende kommentarer

Den samlede årlige estimerte insidens av demens i Norge er ca. 8300. Fordelt på landets allmennpraktiserende leger (2255 iflg. legestatistikken) skulle utredningen samlet sett ikke representere en urovekkende belastning. Jeg mener ikke at allmenn praksis skal fungere som et veldedighetstiltak. Men som enhver forretningsdrivende må også allmennpraktikeren regne med at ikke alle ekspedisjoner gir like god avkastning.

Litteratur

1. Hofman A, Rocca W, Brayne C, et al The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980–1990 findings. *Int J Epidemiol* 1991;20:736–48.
2. Valcour V, Masaki K, Curb D, Blanchette P. The detection of dementia in primary care setting. *Arch Int Med* 2000;160:2964–8.
3. Olafsdóttir M, Foldevi M, Marcusson J. Dementia in primary care: why the low detection rate? *Scand J Prim Health Care* 2001;19:194–8.
4. Renshaw J, Scurfield P, Clokum L, Orrell M. General practitioners' view on early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract* 2001;51:37–8.
5. Engedal K. Organisation of dementia assessment teams in primary and specialist health care services. *Review Series Dementia*. 2002(1):2–7, 23.
6. Nygaard H, Ruths S. Missing the diagnosis: senile dementia in patients admitted to nursing homes. *Scand J Prim Health Care* 2003. (in press)
7. Mittelman M, Ferris S, Shulman E et al. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *JAMA* 1996;276:1725–32.
8. Viitanen M, Johansson K, Bogdanovic N et al. Alzheimer changes are common in aged drivers killed in single car crashes and at intersections. *Forensic Sci Int*. 1998;96:115–127.
9. Brækhus A. Behov for «demenstakster». *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:2994.
10. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naïve raters. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:216–22.
11. Livingston G, Katona C. How useful are cholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer's disease? A number needed to treat analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:203–7.
12. Feldman H, Gauthier S, Hecker J et al. Efficacy of donepezil on maintenance of activities of daily living in patients with moderate to severe Alzheimer's disease and the effect on caregiver burden. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:737–44.
13. Cummings J, Anand R, Koumaras B et al. Rivastigmine provides behavioral benefits to Alzheimer's disease patients residing in a nursing home: findings from a 26-week trial. *Neurology* 2000; 54 (Suppl 3): A 468.