

DEMENS DAGENE 2003

– ettertanker

AV MARI KRISTIN JOHANSEN

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens arrangerte sin fagmønstring for syvende gang 4.–5. desember 2003. Oslo kongressenter var fylt til randen, av forelesere fra hele Norden, ca. 600 deltagere og utstillere. Årets tema var «Nytvinninger og kvalitet i diagnostikk og behandling av demenssykdommer». Halvt om halvt med plenumsesjoner og parallelle symposier begge dager. Det var mye å lære.

I kursnotatene finner jeg følgende, – og kanskje for noen tankevekkende utsagn:

- «vi vet ikke stort mer om tauprotein og nevrofibrillære floker i dag enn da dr. Alzheimer beskrev disse forandringerne i fru Augustes hjerne i 1907.»
- «Tap av acetylcholin ser ut til å være en 'fellesnevner' for alle typer demens, med unntak av frontallappsdemens. AC-hemmere ('bromsmedisin' på svensk) har effekt på både Alzheimer, vaskulær demens, Lewy Legeme sykdom og demens ved Parkinson.»

- «Intervensjon overfor pårørende kan utsette behov for institusjonsplass i nesten ett år, og redusere antall depresjoner hos pårørende. Dag-sentertilbud er en viktig del av slik intervensjon.»

(Knut Engedal, Oslo)



Mari Kristin Johansen

f. 1955

Eksamen fra Universitetet i Trondheim 1981. Spesialist i allmenntilmedisin 1991. Allmennlege/avdelingslege ved kommunal rehabiliteringsavdeling.

Eksiltrønder i Bodø på 21. året. Gift, 2 barn

- «Det er 'tøv' å sette *en* demensdiagnose. Som regel foreligger en blanding, og det er umulig å si hvilken som betyr mest for symptom bildet.»

(Ingmar Skoog, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg)

- «Legemidler må alltid vurderes som mulig utløsende årsak ved nyoppståtte atferdsforstyrrelser hos eldre»

(Harald Nygaard, Bergen)

- «Det brukes like mye penger på demensomsorg i Sverige som hele det svenske forsvarsbudsjettet.»

(Kerstin Lundström, Socialstyrelsen i Sverige)

- Kvalitetsmeldinga for pleie- og omsorgstjenester i kommunene skal behandles til våren. Blant prioriterte tiltak er styrking av legetjenesten.»

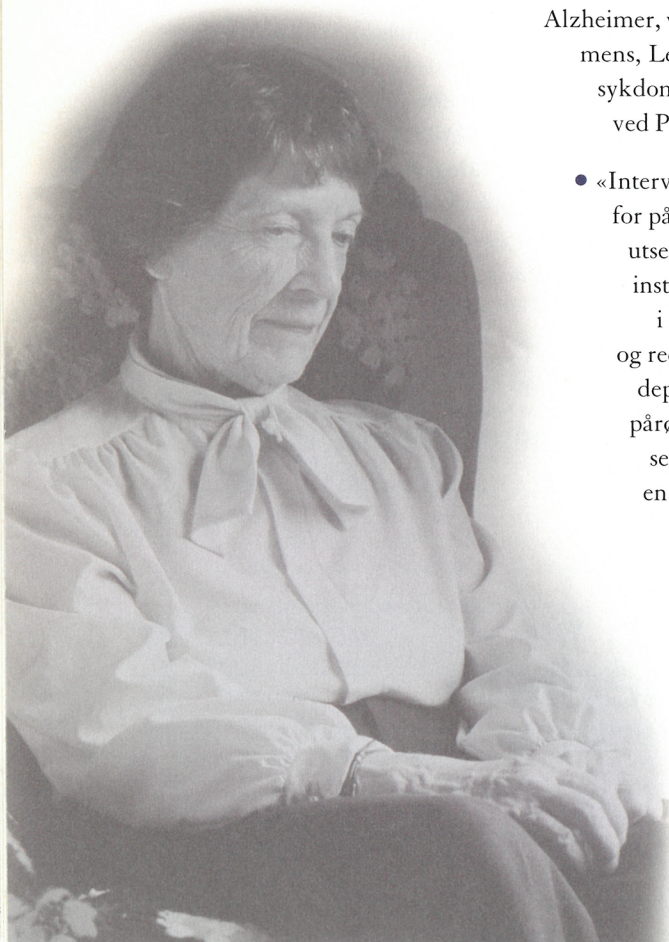
(Marit G. Blom, Sosial- og helsedirektoratet)

Noen av disse utsagn avstedkom funderinger.

Det kom for eksempel ingen kritiske kommentarer til behandlingssivern for AC-hemmere og andre demenslegemidler. Budskapet var at så snart diagnose er satt, skal medikamentell behandling tilbys.

Hva er det vi tilbyr?

En medisin som har påvisbar effekt hos bare ti prosent av de som får den foreskrevet, og da slik at den forsinker den kognitive svekkelse med gjennomsnittlig seks måneder. Doseøkning fra fem til ti mg gir ingen tilleggseffekt, bare mer bivirkninger. (1) Det foreligger ingen dokumenterte retningslinjer for varighet av behandling. Samtidig vil én av 16 få så alvorlige bivirkninger under behandling at den må stoppes. (2).



ILLUSTRASJONSFOTO

Hvilken annen medisin hadde gått gjennom Statens legemiddelkontroll med slike tall? En ting er forebyggende medikasjon, det være seg statiner, ASA eller bifosfonat. Da vet vi i utgangspunktet at dette ikke forhindrer alle infarkt, hjerneslag eller kompresjonsfrakturer. Slik er det med alle forebyggende tiltak. Med «bromsmedisinerna» er situasjonen en annen. Vi foreskriver en medisin mot en allerede påvist sykdom, og det forventes at dette skal hjelpe. Som når vi tar penicillin mot en streptokokkinfeksjon. Hvordan presentere dette for pasient og pårørende?

Tre måneders behandling med donepezilhydroclorid fem mg koster samfunnet kr 2673,60. Økes dosen til ti mg blir prisen 3182,30.(3) Hvis vi gir donepezil fem mg daglig til 12 personer i ett år, vil ca 120 000 kr være brukt til ingen nytte. Hvor mange flere demente og deres familier ville hatt nytte av samtalegrupper for pårørende, avlastning i hjemmet og dagsentertilbud? En prospektiv, randomisert studie publisert i JAMA (4) viser at Alzheimer pasienter som får et tilbud om fysisk aktivitet i kombinasjon med opplæring av pårørende klarer seg bedre fysisk og er mindre depressive både etter tre måneder og etter to år, sammenlignet med en kontrollgruppe

Til tross for at psykososiale tiltak overfor demente har en godt dokumentert effekt, er fortsatt dagsentervirksomhet en salderingspost i mange kommunebudsjett. Det er ikke en lovpålagt kommunal tjeneste, og dermed lettere å fjerne når sparekniven må fram.

Sjefpsykiolog Kjersti Wogn-Henriksen, alderspsykiatrisk poliklinikk, Molde sykehus viste som avslutning på sitt plenumsforedrag et vakkert foto med følgende tekst: «når forstanden svikter, er det vel ingenting igjen –» Det samme sa min far. Den verste skjebne han kunne tenke seg, var å miste forstanden. Så var det akkurat det som skjedde!

I disse dager er det et år siden han døde. Han gikk ut av tiden med et ti-talls funksjonshemmende sykdommer. Inklusive en vaskulær demens/ hjerneskode med kognitiv svekkelse etter gjentatte hjerneslag og mangeårig hjertekarsykdom.

Det siste 3/4 året var han på sykehjem. Han befant seg i entilstand skiftende fra akutt delir til en noe lettere konfusjon. Men det var også glimt av klarsyn, der han var seg sin situasjon bevisst, og der han ga uttrykk for hvor smertelig dette var.

Jeg tror man skal trå varsomt i det å bedrive screening på demens. Vi skal være lydhøre når spørsmålene melder seg fra pasient, pårørende eller samarbeidspartnere i helsevesenet, men å finne det gyldne øyeblikk for å informere om en uheldelig sykdom, fortsatt forbundet med både skam og tap av verdighet, krever legekunst.

Jeg dro fra Demensdagene 2003 med mange kurver og tall i hodet. Men også med en liten bok fra kompetansesenterets mini-bibliotek. En samling dikt og tekster om demens. Fra denne (5) tillater jeg meg å referere et dikt av Halldis Moren Vesaas, som sier det meste i tre fortattede vers:

Nei, tapper?

Venner seier til meg: «Du er tapper som kan vise slik styrke og ro no når han så nyleg er død» – Nei tapper? Det kan berast, det eg gjennomlever no.

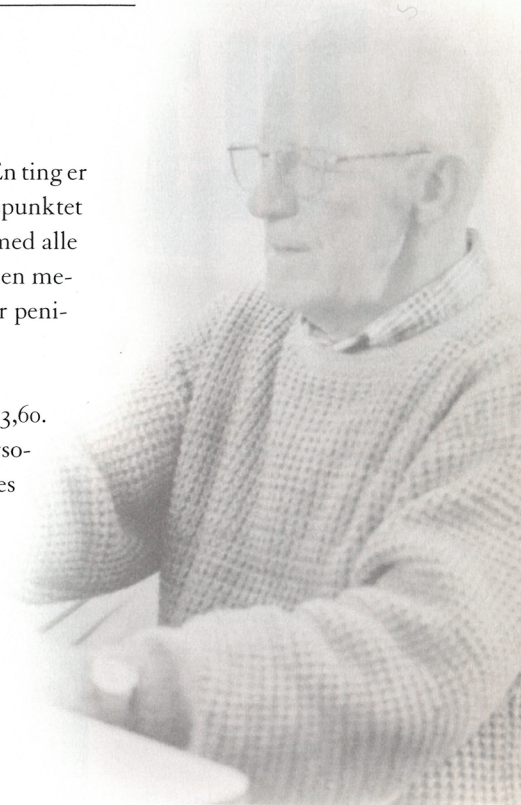
Det tyngste er tilbaketilagt. Det tyngste var å måtte sjå korleis han tok til å miste seg sjølv og gli vekkt inn i eit veglaust og skoddefylt land.

Visst er tomrommet der, og kuldene, avmaktskjensla framfor stengd port. Men det kan berast så sant ein kan tru at for den ein har mist var det godt å gå bort.

Litteratur

1. Ur Prescrire International Dec 2003/Vol 12 No 68/ Anders Hernborg Eyr
2. Lancot KL, Herrman N, Yau KK, et al. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: a meta-analysis. CMAJ 2003;169:557-64
3. Linda Teri et al. Exercise Plus Behavioral Management in Patients With Alzheimer Disease. JAMA 2003; 290: 2015-22.
4. Felleskatalogen 2003
5. Her – og langt borte Demens sett med dikterens øyne Samlet og redigert av Eva Anfinnsen ISBN: 82-8061-025-1

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@c2i.net



ILLUSTRASJONSFOTO