

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



ANNE BRÆKHUS



ANNE ØKSENGÅRD

Demensutredning i allmennpraksis — for hvem, av hvem og hvorfor?

AV ANNE BRÆKHUS OG ANNE ØKSENGÅRD

Anne Brækhus, Nevrologisk avd, Rikshospitalet 0027 Oslo. E-post: anne.brakhus@rikshospitalet.no

Anna Rita Øksengård, Geriatriska Kliniken, Huddinge, Karolinska Universitetssjukhuset, 141 86 Stockholm, Sverige. E-post: anne.oksengard@karolinska.se

Demensutredning kan by på utfordringer, både av praktisk og diagnostisk art. Vi gir her en kortfattet oversikt over sykdommen og rutiner som kan benyttes ved utredning av demens hos pasienter i allmennpraksis. En kasuistikk illustrerer flere aspekter ved mistanke om demens som kan være vanskelige å håndtere.

Hva er mental svikt / demens ?

Demens er et begrep som brukes om ulike hjernesykdommer (*tabell 1*) der hovedsymptomet er reduksjon av kognitive funksjoner. Demens av Alzheimers type og vaskulær demens regnes som de to hyppigste formene for demens. Noen demenssykdommer forekommer hyppigere hos yngre, mens andre ses oftere hos gamle. Eksempelvis ses frontotemoral demens (FTLTD) hyppigere hos relative unge pasienter (40–60 år), mens blandingstilstanden demens

av Alzheimers type og vaskulær demens ses fortrinnsvis i høy alder. Begrepet aldersdemens brukes hyppig idet mer enn 98 prosent av demenspasientene er 65 år eller eldre.

Man regner med at ca 20 prosent av alle over 80 år har en demenssykdom. Det er en sjelden sykdom hos yngre, man regner med drøyt 100 nye tilfeller pr år i Norge hos personer under 65 år.

Symptomene på demens utvikles vanligvis over måneder og år. Hvilke symptomer demenstilstanden debuterer med er avhengig av hvilke områder i hjernen som først affiseres, noe som varierer avhengig av hvilken demenssykdom det dreier seg om. Ved kortikal demens som ved f.eks ren Alzheimers sykdom med debut i hippocampus eller hippocampusnære strukturer, ser man i startfasen progredierende hukommelsesreduksjon i nærhukommelsesminne som det tidligste symptom ledsaget etterfulgt av mer omfattende hukommessvikt, desorientering, handlingssvikt, språkvansker og personlighetsendringer. Hos pasienter med FTLTD sees ofte initialt først en endring av personligheten før typiske demenssymptomer som hukommelsesreduksjon og språkproblemer kommer på et senere tidspunkt. I tillegg til svikt i intellektuelle funksjoner og manglende

sykdomsinnsikt ser man ved FTLTD i betydelig grad person- og adferdsendring som f.eks svikt i kontrollstyring led-saget av manglende impuls kontroll (f.eks overspising og/eller ekstremt pengeforbruk), utagering, rastløshet og aggresjon som ikke sjelden kan samvarierte med apati og tiltaksløshet.

Det er høy frekvens av sekundære symptomer som depresjon og apati ved alle former for demens. Ved sykdomsprogresjon ses økende forekomst av atferds- og emosjonelle endringer som for eksempel mistenksomhet, aggresjon, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Yngre personer har oftere en raskere progresjon av Alzheimers sykdom enn eldre. Ved subkortikal demens, ofte årsaket av patologi i subkortikale små blodkar, er startfasen ofte preget av symptomer som redusert evne til å utføre eksekutive funksjoner med nedsatt tempo i tankegang og motorikk. Ved ren vaskulær demens gjenspeiles symptombildet av hvor i hjernen den (de) vaskulære lesjonen(e) sitter. Parkinsons sykdom med demens og Lewy Body legeme demens (LBD) er uttrykk for lesjoner i hjernens basalganglier med parkinsonistiske symptomer (av varierende varighet), fluktuerende konfusjon, kognitiv svikt med relativt intakt nærhukommelse, ortostatisme og urininkontinens (LBD). Ved multipel sklerose (MS) har ca. 50 prosent av pasientene en viss kognitiv svikt selv om relativt få pasienter har en så uttalt svikt at det fyller kriteriene for en demenssykdom.

TABELL 1. *Eksempler på demenssykdommer*

Vanlige:
Demens av Alzheimers type (DAT)
Vaskulær demens (VaD)
Blandingstilstand, DAT og VaD
Mindre vanlige:
Frontotemporalappdemens (FTLD)
Demens ved Parkinsons sykdom /Lewy Body demens
Multipel sklerose

For å stille diagnosen demens i henhold til ICD-10 kriteriene, må det påvises reduksjon i hukommelsesevnen samt svekkelse av to andre kognitive funksjoner. Det er obligat at symptomene, uavhengig av årsak, skal ha vart i minimum seks måneder før demensdiagnosen kan stilles (tabell 2 øverst på neste spalte).

Mild kognitiv svikt / Mild cognitive impairment (MCI)

En rekke begreper og diagnostiske kriterer for mild kognitiv svikt har vært lansert opp igjennom årene. MCI (mild kognitiv impairment) er det begrepet som benyttes mest. Det ble innført av Peterson og medarbeidere ved MAYO klinikken i 1999. Disse diagnostiske kriteriene passer godt

- I (1) Svekket hukommelse
- (2) Svekkelse av andre kognitive funksjoner (for eks. abstraksjon, dømmekraft, tenkning, planlegging).
Den kognitive svikten må influere på dagliglivets funksjoner:
Mild: Påvirker daglige aktiviteter
Moderat: Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre
Alvorlig: Nødvendig med kontinuerlig pleie og overvåking
- II Bevarer bevissthet tilstrekkelig til å bedømme pkt. I
- III Svekket emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd med en eller flere av følgende:
 - (1) Emosjonell labilitet
 - (2) Irritabilitet
 - (3) Apati
 - (4) Unyansert sosial atferd
- IV Varighet: 6 måneder eller mer

TABELL 2. *Demens kriterier i hht ICD-10*

sammen med Fo6.7 i ICD-10 systemet. Diagnosen MCI skal brukes der pasienten har subjektiv hukommelsessvikt som bekreftes av en komparent, men der forandringene ikke er så uttalte at de påvirker funksjonsevnen i dagliglivet. Enkelte longitudinelle studier har vist så mange som 40–60 prosent av personer med mild kognitiv svikt utvikler demens innen 1–2 år, avhengig av komorbiditet og hvilke kriterier som er lagt til grunn for å stille diagnosen MCI.

Kan det være demens, doktor?

Ulf er 62 år og jobber på det kommunale tannlegekontor som stedets tannlege der du jobber som kommunelege. Du har kjent ham i fem til seks år som en arbeidsplasskollega idet dere deler spiserom, men dere har ingen privat omgang. Hans kone ber deg observere Ulf idet hun synes han har blitt så rar det siste halvåret. Hun synes han virker forvirret og hun er redd han begynner å miste grepet på arbeidet idet det går rykter på bygda om at pasientene bare får «overflatebehandling» og at han henviser mer og mer til andre. Han har også gjort flere merkelige innkjøp i det siste, blant annet kjøpt inn mengder av dyrt verktøy som han aldri har satt igang å bruke. Å få ham til å søke deg på egen hånd er utenkelig. I løpet av den neste måneden observerer du følgende: Ulf spiser eller rettere sagt sluker kun hvete-boller eller andre søtsaker i lunsjen. Han virker sjuskete – bytter han aldri klær? Hukommelsen virker intakt, men det er stadig gamle jakthistorier som gjentar seg i spisepausen og enkelte ganger bommer han på ord – noe som flere oppfatter som morsomt og som han høster stor applaus for. Han er punktlig, men kom på jobb 1. mai da du hadde vakt uten tilsynelatende å vite at det er en fridag? Du har av og til bedt ham om hjelp med gjennomlysning ved mistanke om småfrakturer i kjeve/hånd/fot, men nå virker han nærmest «klossete og uvøren» på røntgenlabben og skjeller på pasienten.

Tar du affære? I så fall hvorfor bør du utrede?

Hvorfor bør mental svikt/ demens utredes?

Flertallet av de som utreder demenssykdommer er nok tilhengere av at utredningen skal skje på et tidlig stadium i sykdommen. Det finnes uten tvil mange grunner til å utrede tidlig, se tabell 3 øverst på neste side.

- Utelukke andre, reversible årsaker til mental svikt, eks tumor og somatisk sykdom
- Avdekke funksjonssvikt, slik at spesifikk hjelp kan iverksettes
- Informasjon om sykdommen til pasienten. Bør gjøres på et tidlig stadium
- Pårørende ønsker diagnose og informasjon som letter omsorgsoppgaven betydelig
- Spesifikk behandling av demenssykdommen
- Behandle tilleggssymptomer ved demens (angst, depresjon)
- Praktiske hjelpemidler må iverksettes tidlig, ellers liten effekt
- Førerkortvurdering
- Inngangsbillett til offentlige tjenester (hjemmehjelp, hjemmesykepleie, sykehjem)

TABELL 3. Grunner til å utrede symptomer forenelig med mental svikt.

På den annen side, utredning bør ikke skje for enhver pris. Det er helt klart at noen, både pasienter og pårørende helst ser at det ikke settes ord på problemene. Det er noe som skjer, og det er greit sånn. Hva som er riktig i det enkelte tilfelle er ikke alltid lett å vite, her må det brukes takt og vurdering! Men én ting er sikkert, dersom pasienter og pårørende klager over redusert hukommelse eller annet som kan tyde på en begynnende kognitiv svikt *skal* man ta tak i det. Det samme gjelder symptomer hos yngre der det gjerne har betydning for funksjon i arbeidslivet.

Organisering av demensutredning

I regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens foregikk det i perioden 1998 til 2002 et utviklingsprosjekt med formål å utprøve ulike modeller for utredning av demens. Den såkalte sentraliserte modell fungerte som en slags halvannenlinjetjeneste der en lege og en sykepleier utgjorde kommunens demensteam og utredet alle pasientene i kommunen. Fordelen er at personene i demensteamet raskt tilegner seg høy kompetanse om demens, mens ulempen er sårbarhet dersom teamdeltakerne går over i ny jobb. I modell nr 2 utredet pasientens fastlege pasienten sammen med et demensteam bestående av sykepleiere, mens i den siste modellen, «den desentraliserte», var det fastlegen og hjemmesykepleiere som utredet. Ulempen ved sistnevnte modell er at det tar lang tid å opparbeide kompetanse, og det kan bli et «ork» å starte med hver ny utredning.

Triggere for å påvise forekomst av mental svikt

Demenssykdommer utvikler seg langsomt, ofte over flere år, og symptomene kan i starten være uspesifikke. Det kan derfor være vanskelig, for pårørende, men ikke minst for helsepersonell som ikke ser pasienten så ofte å registrere de endringene som skjer. Det blir da av og til stilt spørsmål om man burde screene alle gamle, evt alle over en viss alder. Man vet lite om hvor effektiv en slik screening er. Det finnes derimot en del triggere man kan benytte seg av.

- Endring i dagliglivets funksjon (problemer med medisinerer)
- Hukommelsessvikt mtp nye hendelser
- Endring i atferd
- Desorientering
- Bekymringsmelding fra pårørende
- Uteblivelse fra legetimer
- Diffus gjengivelse av sykehistorie

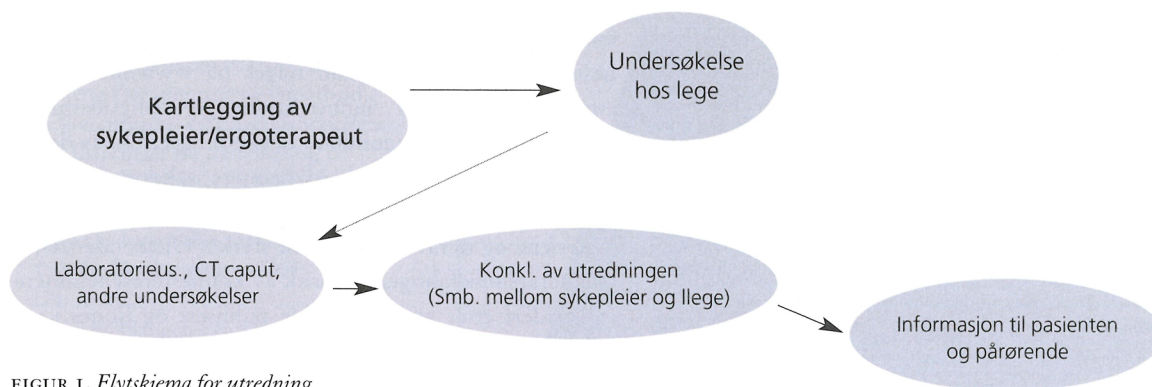
TABELL 4. Triggere for påvisning av mental svikt

Gang i utredningen

Innen demensdiagnostikk (som i all diagnostikk forøvrig) er det rom for tolkning selv om man følger diagnostiske kriterier. Begrepet «daglig funksjonsevne» betyr ikke nødvendigvis det samme for en yrkesaktiv, sosialt utadrettet person som for en mindre aktiv person med snevrere aksjonsradius. Tidligere studier viser imidlertid at demensdiagnosen ofte ikke blir stilt før sent i forløpet av sykdommen når symptomene har fått alvorlig innvirkning på primære funksjoner som evnen til å lage og få i seg mat, opprettholde hygiene og klare seg på toalettet.

Et viktig aspekt som gjelder all demensdiagnostikk uansett helsetjenestenivå er nødvendigheten av å innhente opplysninger om endring i pasientens ferdigheter enten fra en nær slektning eller en annen som har kjent pasienten over tid. I følge et tidligere leserinnlegg i *Utposten* i 2004 vil mange allmennleger kve seg nettopp for denne oppgaven i forhold til å komme i konflikt med taushetsplikten. Flere studier viser imidlertid at de aller fleste demenspasienter ønsker en åpenhet om sin sykdom. Som behandlende lege kan man lære seg å håndtere dette ved å konsekvent be om aksept for å kontakte pasientens pårørende.

Utredning og oppfølging av demens er en tverrfaglig oppgave, ikke minst i primærhelsetjenesten. *Figur 1* på neste side viser gangen i utredningen. Det er mye informasjon som skal innhentes før en evt. diagnose stilles og de fleste pasienter trenger regelmessig oppfølging over lang tid. Mange av disse oppgavene kan ivaretas av andre yrkesgrupper (som kanskje gjør en vel så god jobb med det som doktor'n). Men et viktig poeng er at noe er legearbeid. Utføres ikke dette blir det i beste fall en halvgod utredning, og det stilles vanligvis ingen diagnose. Så, legearbeidet i denne sammenheng kan minimeres, men ikke fjernes helt. *Tabell 5* på neste side viser hva legearbeidet bør omfatte. Mye av anamnesen av pårørende kan overlates til sykepleiere, som innhenter opplysninger via spørreskjemaer, se *tabell 6* på neste side. Noen foretrekker også å la sykepleiere utføre de kognitive testene. Etter vår oppfatning er dette en helt klar legeoppgave. Testene som anbefales brukt i primærhelsetjenesten er MMS, klokketest, Trail making A og B. Disse



FIGUR 1. Flytskjema for utredning

testene er relativt enkle å lære å utføre / tolke og tar ikke lang tid å gjennomføre. (For bruksanvisning og veiledning se: <http://www.nordemens.no/skalaindex.htm>).

... du beslutter å konfrontere Ulf med dine observasjoner og konas bekymring. Han går med på å la seg undersøke med CT av hjernen og bli testet. Svaret på CT'en negativt. På MMS-testen skårer han 26/30 poeng der han kun husker et av de tre ordene, taper to poeng på regneoppgaven og klarer ikke å kopiere fem-kantene. Ved utføring av klokketesten bruker han romertall idet han kikker på sin egen klokke, men likevel blir det feil. Han markerer heller ingen størrelsesforskjell på viserlengdene og markerer unøyaktig tidsangivelse. Du lar ham gjøre Trail making test A som går raskt uten problemer, men han klarer ikke å gjennomføre Trail making test B og gir opp når han skjønner at han ikke får det til.

Nevropsykologiske tester kan *vanligvis* ikke skille mellom ulike former for demens, men trender i skåringsprofilen kan gjenspeile funksjonsnivået av spesifikke hjerneområder. Eksempelet over kan gjenspeile at Ulf har patologi i tempoparietallappen (e) (svikt i nærhukommelsen og visospatial evne) og eventuelt i hjernens frontale og subkortikale strukturer som vises ved hans eksekutive dysfunksjon (store problemer med klokketesten og Trail making test B).

Mange av pasientene skårer innenfor det såkalte normalområde for kognitiv svikt og da er det andre symptomer man må legge vekt på. Disse symptomene må komme frem

TABELL 5. Legens oppgaver

- Anamnese av pasient og pårørende
- Somatisk undersøkelse
- Testing av kognitiv funksjon (MMS, klokketest, Trail making A og B)
- Vurdering av depresjon og atferd (MADRS, Cornell)
- Blodprøver og CT caput, evt MR cerebrum hos yngre personer
- Stille diagnose
- Diagnose
- Informasjon (Diagnose, økonomi, hjelpeverge, førerkort, våpentillatelse, testament)
- Oppfølging

ved observasjon og oppfølging av pasienten, og innhentes vanligvis fra komparentopplysninger eller ved egen observasjon.

Hos Ulf har kona sett en forandring over tid (> seks mnd) og du har ved dine observasjoner lagt spesielt merke til endret adferdsmønster. Hans spisevaner med tendens til overspising av søtsaker og i behandlingssituasjoner der han skjeller ut pasientene kan gi mistanke om frontallappspatologi.

Et viktig aspekt som gjelder all diagnostikk og utredning av mental svikt uansett helsetjenestenivå er nødvendigheten av å innhente opplysninger om endring/reduksjon i pasientens ferdigheter enten fra en nær slektning eller en annen som kjenner pasienten over tid.

Dersom man er i tvil bør pasienten henvises til spesialist. Pasientene skal henvises til CT caput for å utelukke andre hjerneorganiske årsaker til symptomene. Hos yngre (som Ulf) anbefales MR. Rutineblodprøver bør innebefatte TSH og T4. Fastlegen bør som hovedregel avsette 40 minutter til konsultasjon, evt to konsultasjoner à 20 minutter.

Når skal pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten?

Flertallet av pasientene med symptomer forenlig med mental svikt kan og bør utredes i primærhelsetjenesten. Hvilke pasienter som skal henvises videre til spesialisttjenesten er

TABELL 6. Sykepleiers oppgaver

- Vurdering av dagliglivets aktiviteter,
- Atferdsendring og pårørende belastning
- Kartlegging av pasient og pårørendes ressurser og behov for hjelp bolig/nettverk
- Koordinering
- Informasjon
- Oppfølging

- Diagnostisk usikkerhet
- Demens i tidlig fase (MMS >24)
- Mistanke om demens, men kriteriene er ikke oppfylt
- Unge (< 65 år)
- Raskt sykdomsforløp
- Uvanlige symptomer
- Spesifikk medikamentell beh. (start / seponering) og/eller ved tvil om behandling
- Forekomst av alvorlig depresjon, spes. ved manglende behandlingsrespons
- Atferdsproblemer
- Førerkortvurdering

TABELL 7. Faktorer som krever henvisning til spesialist

avhengig av primærlegens og hjemmesykepleiers erfaring på området, men det er klart at en del problemstillinger håndteres lettere i spesialisthelsetjenesten enn i primærhelsetjenesten, se *tabell 7*. Med spesialisthelsetjenesten menes i denne sammenheng spesialisister innen geriatri eller psykiatri. Nevrologisk ekspertise er vanligvis mest aktuell hos yngre pasienter, der det er helt atypiske symptomer eller et uvanlig raskt forløp. Avhengig av kompetansen på stedet kan ovenstående pasienter / problemstillinger henvises til spesialist (se tabell over).¹

Du velger å henvise Ulf til en spesialistkollega for videre utredning, behandling og oppfølging. I henvisningen er det viktig å be om vurdering av hans våpentillatelse.

Bruk av kolinesterasehemmere og memantine

Ved Alzheimers sykdom utvikles en progredierende nevrodegenerativ prosess som gir forstyrrelse i kolinerge-, glutamingerge- og monoamingerge nevrotransmittersystemer. I henhold til informasjon fra Legemiddelverket er det registrert to legemiddelgrupper med indikasjon symptomatisk behandling av Alzheimers sykdom; kolinesterasehemmere og memantine. Kolinesterasehemmere (tre generiske preparater) til bruk ved mild til moderat Alzheimers demens har som hovedvirkning å hemme enzymet acetylcholinesterase, som bryter ned signalsubstansen acetylcholin, hvorpå en økt kolinerg aktivitet oppnås. Memantine (ett preparat) er registrert til bruk ved mer langtkommen sykdom, og er en ikke-kompetitiv NMDA-antagonist som ved sin virkning kan stimulere hukommelsesfunksjonen.

Internasjonale retningslinjer og anbefalinger for hvilke pasienter som vil kunne ha nytte av kolinesterasehemmere er publisert. To norske naturalistiske studier, dog med enkelte metodiske begrensninger, viser at kolinesterasehemmere er nyttige i klinisk praksis. Flere studier tyder på at indikationsområdet også bør omfatte andre demensformer slik som Parkinsons demens / Lewy legeme demens og blandede former av vaskulær og Alzheimer demens. I Storbri-

tania pågår en revisjon av retningslinjene for bruk av kolinesterasehemmere som kan følges på www.nice.org.uk etter at én britisk industriuavhengig langtidsstudie, AD2000, ikke viste signifikant behandlingseffekt av donepezil hos pasienter med Alzheimers sykdom. Studien hadde et komplisert design og en stor svakhet i seleksjonskriteriene og derav lav statistisk styrke. Gjeldende nasjonale terapianbefalinger for bruk av kolinesterasehemmere er revidert etter at AD2000 ble publisert og finnes i sin helhet på www.legemiddelverket.no.

For legemiddelet memantine vises det til én Cochrane-rapport med lovende effekt hos moderat til alvorlig demente pasienter. I henhold til www.nice.org.uk bør tilsvarende kontrollerte langtidsstudier som for kolinesterasehemmere avsluttes før terapianbefalinger for memantine kan revideres. Ikke-medikamentelle tiltak som å legge til rette for sosial kontakt (f.eks dagsenter), stimuli samt informasjon og opplæring av pårørende gjelder uansett om det startes medikamentell behandling mot demens eller ei.

Oppfølging

Pasienter med en demenssykdom trenger oppfølging gjennom hele sykdomsprosessen og her har primærhelsetjenesten en stor og viktig oppgave. Oppfølging av demenspasientene krever at det utarbeides en individuell tiltaksplan. Ved progresjon av sykdomsprosessen er selvsagte legeoppgaver å vurdere seponering av kolinesterasehemmere samt behandling av depressive plager, vrangforestillinger og hallusinasjoner.

Konklusjon

Ulf blir utredet videre hos en spesialist med lang erfaring innen demensdiagnostikk. Man stiller diagnosen FTLD på bakgrunn av anamnese, testprofilen på en utvidet nevropsykologisk utredning med tilleggsopplysninger fra enfotonstomografi (SPECT) og lumbalpunksjon. Han mister jaktlisensen, våpenløyvet og førerkortet. Han får førtidspensjon. Over tid ser man progresjon av hans humkommelsesvikt, men det er hans adferdssymptomer som er mest fremtredende. Hans stemningsleie er svingende og man gjør behandlingsforsøk med ulike anxiolytika og antidepressiva som kun har kortvarig, forbigående effekt. Hans adferdssymptomer gjør det etterhvert umulig for hans kone å ha ham boende hjemme og han flytter til en skjermet enhet med spesialkompetanse på FTLD.

For få pasienter utrededes i dag for symptomer på mental svikt. Det er nok flere årsaker til dette, blant annet manglende kjennskap til utredningsprosedyrer, men også en oppfatning om at det tar (for) mye tid. Vi håper at ved bruk av den minimusutredningen som Nasjonalt kompetansesenter har utviklet, kan flere utredes. Aktiv deltakelse fra helsevesenet både når det gjelder diagnostikk og oppfølging bidrar i betydelig grad til å øke livskvaliteten både for pasienter og pårørende.

Legekontorets komplette servicepakke

Litteraturliste

- Brækhus A, Lillesveen B. Utredning av demens. Organisering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra tre fylker og 17 kommuner. Aldring og helse, 2005.
- Engedal K, Brækhus A, Gjerstad L. Effekt av legemidler mot demens. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1641-2.
- Engedal K, Haugen PK. Demens – fakta og utfordringer. Oslo/Tønsberg, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens 2004.
- Geslani DM, Tierney MC, Herrmann N, Szalai JP. Mild Cognitive Impairment: An Operational Definition and Its Conversion Rate to Alzheimer's Disease. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 2005; 19:383-389.
- Holm M. 70-årig kvinne med depressive symptomer og personlighetsendring. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 181-3.
- Luis CA, Barker WW, Loewenstein DA, Crum TA, Rogaeva E, Kawarai T, St. George-Hyslop P, Duara R. Conversion to Dementia among Two Groups with Cognitive Impairment. Dement Geriatr Cogn Disord 2004;18:307-313.
- Nygaard, H: Er det så viktig med tidlig diagnostisering av aldersdemens. Utposten 2003;6:32-5.
- Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol. 1999 Mar;56(3):303-8
- Perfect TJ, Maylor EA, eds. Models of cognitive aging. Debates in psychology. Oxford: Oxford University Press, 2000. X, 310s. ISBN: 0-19-852438-2.
- Rena BH. Synspunkter på diagnostisering av aldersdemens. Utposten, 2004;1:15
- Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, Keady J, O'Carroll R. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. Age Ageing 2004; 33:461-7
- Årslund D, Engedal K, Nygaard H, Louhija J, Ulstein I, Holm M. Bruk av kolinesteraschemmer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1500-3.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirer deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Petter Brelin. Kontakt ham på brelin@c2i.net



1 Køfri SMS timebestilling

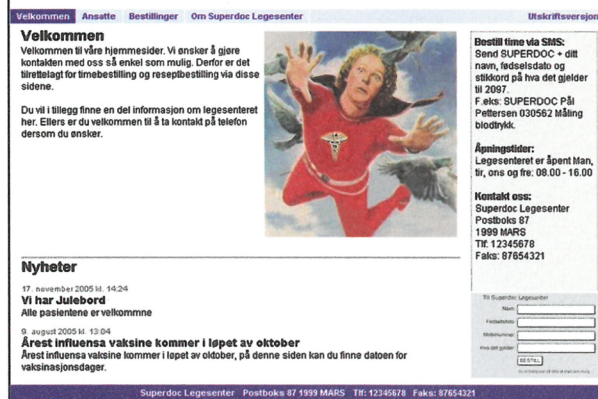
HelseRespons løser tilgjengeligheten på en enkel, effektiv og rimelig måte. Bestillingssystem for timer og faste medisiner på SMS gir pasienter og helsepersonell en lettere og bedre hverdag. Brukes 24t i døgnet, tusenvis av fornøyde pasienter. Kryptert sikker tilkobling i.h.t. retningslinjer Datatilsynet via Internett/ADSL eller Helsenett. Kombineres med alle journalsystemer.

Pris: 99,- pr mnd for hele kontoret.

2 Hjemmeside Superdoc Legesente

Få egen praktisk hjemmeside for legekontoret som dere enkelt redigerer selv og med utskrift som handout.

Pris: 99,- pr mnd.



3 Online booking

Til Superdoc Legesenter

Navn:

Fødselsdato:

Mobilnummer:

Hva det gjelder:

Sikker bestilling av time og faste medisiner via hjemmesiden. Valgfri modul. Bestillingene strømmer inn i HelseRespons, sammen med SMS bestillingene.

Pris: 99,- pr. mnd -eller gratis ut året ved bestilling før 15. mars.

Totalpris kr. 198,- pr.mnd

Ved best. før 15. mars og gjelder ut 2006 for hele legekontoret. Ordinær pris 297,- Alle priser eks mva.



Ta kontakt med vår markedsansvarlig

Trond Nordby tlf: 93 00 83 69 Sentralbord: 73 53 20 97, E-post: salg@waptheweb.no
FOR UTFYLLENDE INFORMASJON OM VÅRE PRODUKTER: www.helserespons.no

☐ Jeg bestiller ☐ Kontakt oss ☐ Fax til: 72 56 34 66

Navn: Adresse: Mob.nr:
..... Telefon: