



Demensomsorg i Norden

# Utredning av demens i Norden



Knut Engedal  
Geir Selbæk  
Jon Snædal  
Jan Strömqvist  
Per Kragh-Sørensen  
Lars-Olof Wahlund  
Frans Boch Waldorff

# Utredning av demens i Norden

Knut Engedal  
Geir Selbæk  
Jon Snædal  
Jan Strömqvist  
Per Kragh-Sørensen  
Lars-Olof Wahlund  
Frans Boch Waldorff



Forlaget Aldring og helse  
2006

© Forlaget Aldring og helse 2006  
Sats/layout: Forlaget Aldring og helse  
Trykk: Copyshop  
ISBN-13 978-82-8061-059-1  
ISBN-10 82-8061-059-6

Rapporten er utarbeidet i prosjektet  
Demensomsorg i Norden  
2003-2006

Mer om prosjektet på  
[www.nordiskdemens.org](http://www.nordiskdemens.org)



### Sosial- og helsedirektoratet

Prosjektledelse  
Sosial- og helsedirektoratet  
Postboks 7000  
St. Olavs plass  
N-0130 Oslo



**Nasjonalt  
kompetansesenter for aldersdemens**  
*utvikling formidling forskning*

Sekretariat:  
Nasjonalt kompetansesenter  
for aldersdemens  
Postboks 2136,  
N-3103 Tønsberg, Norge  
Telefon: +47 33 34 19 50  
E-post: [nordisk@nordemens.no](mailto:nordisk@nordemens.no)

Heftet kan bestilles fra:



### **Aldring og helse**

Forlaget Aldring og helse  
Postboks 2136  
N 3103 Tønsberg  
Telefon + 47 33 34 19 50  
Faks + 47 33 33 21 53  
E-post: [post@nordemens.no](mailto:post@nordemens.no)

# Demensomsorg i Norden

## Om rapporten

Denne rapporten er utarbeidet i prosjektet Demensomsorg i Norden. Prosjektet er finansiert av Nordisk Ministerråd i samarbeid med Danmark, Norge og Sverige. Finland har bl.a. av språklige hensyn valgt å ikke delta. Island deltar med fagpersoner i noen av arbeidsgruppene.

Prosjektets målsetting er å utvikle en felles nordisk satsing der en kan dele kunnskap med hverandre på tvers av landegrensene. Det fokuseres spesielt på områdene: diagnostisering, demens og minoritetsetniske grupper, tvang og rettighetsbegrensninger, demens hos yngre personer, pårørende til personer med demens og bolig og omsorgstilbud for personer med demens. Innenfor hver av disse områdene er det opprettet arbeidsgrupper med to deltakere fra hvert land. Disse gruppene har som oppgave å skaffe oversikt over hva som foregår innen sine områder i de nordiske land. Spørsmål som for eksempel: Hvordan organiseres tilbud, hvordan ivaretas pasientens rettssikkerhet, hvilke erfaringer har man gjort i forhold til demens i minoritetsetniske grupper, hvordan er tilbudet

til de yngre med demens organisert og hvordan sikres tilfredsstillende diagnostikk og utredning, skal belyses nærmere. Det er etablert en egen hjemmeside for prosjektet der informasjonen formidles.

Forvaltningsorgan for prosjektet er Sosial- og helsedirektoratet i Norge. Det er nedsatt en arbeidsgruppe med deltakelse fra tilsvarende myndigheter i Danmark og Sverige. Et sekretariat er knyttet til Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens i Norge.

Denne rapporten er et av resultatene fra arbeidet i gruppen som har hatt som mål å skaffe en oversikt over organisering og praksis på området diagnostikk og utredning av demens.

Gruppen har bestått av: Per Kragh-Sørensen, Danmark; Frans Boch Waldorff, Danmark; Jon Snædal, Island; Knut Engedal, Norge (leder); Geir Selbæk, Norge; Lars-Olof Wahlund, Sverige; Jan Strömqvist, Sverige.

## Innhold

Forekomst av demens .....	5
Offentlige dokumenter som påbyr at utredning av demens skal utføres .....	5
Utredning av demens i primærhelsetjenesten/primærsektoren .....	6
Utredning av demens i spesialisthelsetjenesten .....	9
Regler for bruk av antidemens legemidler .....	11
Salg av antidemens legemidler .....	13
Salg av antipsykotiske legemidler til pasienter i sykehjem/pleiehjem .....	15
Oppfølging av legemiddelbehandling .....	16
Aktuelle og pågående utredningsprosjekter .....	17
Utredning av demens – utfordringer .....	18
Utredning av demens – forslag til felles nordiske prosjekter.....	19
Konklusjon .....	21

# Utredning av demens i Norden

## Forekomst av demens

Basert på pålitelige epidemiologiske studier av demens har vi kalkulert prevalens (total forekomst) og insidens (antall nye tilfeller per år) av demens i de fire nordiske land (tabell 1). Fordi antall eldre over 75 år, og spesielt de eldste over 80 år, vil stige i antall de neste ti-årene, kan man regne med at antall personer med demens i de nordiske land vil doubles i løpet av en periode på 30-40 år. Ifølge Rotterdamundersøkelsen har om lag 70 prosent av personene demens på grunn av Alzheimers sykdom.

*Tabell 1. Prevalens og insidens av demens i fire nordiske land*

Land	Prevalens 2005	Årlig insidens 2005
Danmark 1	78.921	13.000
Island 2	2.500	400
Norge 3	65.000	9.000
Sverige 4	139.000	24.000

1. Lolk og Andersen. Ugeskr.Læg. 2004; 14:1314-1316
2. Basert på AGES studien i Reykjavik, upublicerat
3. Engedal og Haugen. Int J Geriatr Psychiatry
4. DS 2003:47 På våg mot en god demensvård

## Offentlige dokumenter som påbyr at utredning av demens skal utføres

Det finnes ingen styrende dokumenter, påbud eller retningslinjer som sier at demensutredning skal utføres for tildeling av omsorgstjenester i de fire nordiske land. I øyeblikket er det i Sverige satt ned en arbeidsgruppe i Sosialstyrelsen med oppdrag å foreslå "nationella guidelines" for demens. I dette dokumentet inngår guidelines om utredning.

For refusjon av antidemens legemidler finnes styrende dokumenter og påbud, se avsnittet om antidemens legemidler.

## Utredning av demens i primærhelsetjenesten/ primærsektoren

### Danmark

#### *Diagnostisk utredning*

En arbeidsgruppe i regi av Sundhedsstyrelsen har utarbeidet en oversikt over tilretteleggelsen av helsevesenets innsats når det gjelder diagnostikk og behandling av demens. (Sundhedsstyrelsen 2001.) Av oversikten går det fram at utredning bør foregå dels i allmennpraksis, dels i sykehus/ spesialisthelsetjenesten.

Den primære utredningen bør foregå i *allmennpraksis*. Siden 1999 har danske allmennpraktiserende leger hatt en veileder utarbeidet av Dansk Selskab for Almen Medicin ([www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)). I veilederen legges det opp til at alle med mistanke om demens skal tilbys utredning. Utredningen i allmennpraksis foregår i prinsippet over tre konsultasjoner:

#### *Konsultasjon 1: Identifikasjon*

I denne konsultasjonen innhentes sykehistorien med fokus på forandringer i forhold til tidligere. Det anbefales at det også innhentes opplysninger fra pårørende.

#### *Konsultasjon 2: Utredning*

I denne konsultasjonen foretas en kognitiv vurdering ved hjelp av MMS og/eller klokke testen. Det foretas en vurdering av psykisk helse med tanke på depresjon, hallusinasjoner, atferdsforstyrrelser. Samtidig foretas en somatisk undersøkelse, og det tas blodprøver. Vurdering av pasientens innsikt

foretas og det utføres laboratorieundersøkelser. I flere fylker (amt) kan leger i allmennpraksis henvise til CT-undersøkelse av hjernen.

#### *Konsultasjon 3: Avklaring*

Legen skal forholde seg til følgende utsagn: Demens ikke sannsynlig, mulig demens og demens overveiende sannsynlig. Avhengig av dette kan legen vurdere om det er nødvendig med ytterligere undersøkelser. Ofte vil legen foreta en henvisning til videre utredning, eller legen kan velge å se det an i samråd med pasienten og pårørende.

Det er generelt lett for allmennpraktiserende leger å viderehenvise pasienter hvor det foreligger mistanke om demens. Men det er regionale forskjeller på hvordan dette fungerer, og hvor lang ventetiden er på å bli innkalt til undersøkelse i spesialisthelsetjenesten.

Veilederen fra 1999 er under revisjon og en ny versjon forventes å foreligge våren 2006. I forhold til veilederen fra 1999 er det i den nye revisjonen lagt til avsnitt om blant annet typebestemmelse av demens, oppfølgende konsultasjoner med utredede pasienter, medisin håndtering, atferdsforstyrrelser og et utvidet avsnitt om juridiske aspekter ved fullmakt og tvangsbruk.

Som utgangspunkt betraktes diagnostikk og oppfølging av demens på lik linje med diagnostikk og oppfølging av alle andre kroniske sykdommer i allmennpraksis. Det gjelder å foreta en helhetsvurdering og å foreta relevant undersøkelse. Symptomer på mental svekkelse kan være forårsaket av forskjellige tilstander som ikke er demens. Det er den allmennpraktiserende leges oppgave å vurdere dette. I visse tilfeller kan en lege i allmennpraksis stille en presis demensdiagnose, men hvis det kliniske bildet er ukarakteristisk, er

det nødvendig å samarbeide med spesialister i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Det pågår i store deler av landet et arbeid for å sikre at samarbeidet mellom sektorene – herunder de enkelte aktører i sektorene – blir best mulig. En fellesnevner for arbeidet er at man skal sikre høy tverrspesialisert faglighet og enkle veier mellom de kommunale og fylkes- (amts) kommunale/regionale samarbeidspartnerne. Enkelhet og overskuelighet for både pasienter og aktører er i den forbindelse viktig.

Socialministeriet har i samarbeid med Sundhedsministeriet utviklet en "Model for tværsektorielt samarbejde", med henblikk på å sikre et sammenhengende pasient- og pleieforløp. Det er angitt en klar og entydig ansvars- og rollefordeling mellom de forskjellige instanser og fagpersoner som personer med demens kommer i kontakt med. Modellen søkes integrert i alle fylker (amt). (Eksempel, se: [www.demensfyn.dk/demens](http://www.demensfyn.dk/demens)). I visse kommuner er det etablert demensteam, som ledes av demenskoordinator/sykepleier.

En har ikke oversikt over hvor mange pasienter som utredes i allmennpraksis årlig.

### *BPSD-utredning (Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia)*

På norsk kalles dette Atferds- og psykologiske symptomer ved demens (APSD). Det er ikke mulig å gi en fullstendig oversikt over hvordan dette fungerer i praksis. Som hovedregel foregår denne utredningen fra allmennpraksis og i alderspsykiatrisk regi (team eller under sykehusinnleggelse), eller som ledd i utredning og oppfølging av pasienter med demenssykdommer i hukommelsesklinikker ved nevrologisk, geriatrik eller psykiatrisk avdeling.

Langtidsbehandling med antipsykotika bør ifølge Retningslinier fra Sundhedsstyrelsen (2000) kun foregå i samarbeid med alderspsykiatrisk ekspertise. Derfor henvises ofte disse pasientene til alderspsykiatrisk team eller alderspsykiatrisk avdeling, til praktiserende psykiater eller til hukommelsesklinikker med tilknyttet psykiater.

En har ikke oversikt over hvordan organisering og gjennomføring er tilrettelagt i detaljer.

## **Island**

### *Diagnostisk utredning*

Det finnes ingen kliniske anbefalinger for utredning av demens i primærhelsetjenesten. Siden initiering av behandling med kolinesterasehemmere bare kan gjøres av spesialisthelsetjenesten, henvises flertallet av pasienter for utredning dit. Andelen pasienter med demens som ikke blir diagnostisert, er sannsynligvis minst en tredel, og større blant de eldste.

### *BPSD utredning (Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia)*

Det finnes ingen oversikt. Flertallet av de tyngre tilfellene befinner seg på sykehjem. Problematikken er blitt diskutert på møter og konferanser, og skriftlig materiale er distribuert i sammenheng med diskusjonene. Registrering av BPSD finnes i noen grad innenfor RAI- arbeidet (Resident Assessment Instrument).



## Norge

### *Diagnostisk utredning*

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens tok i 1998 et initiativ til å utarbeide en veileder for utredning av demens både i primær- og spesialisthelsetjenesten. En gruppe leger, sykepleiere og ergoterapeuter fra spesialist- og primærhelsetjenesten utarbeidet en veileder, som ble publisert av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens i 1999. Den finnes både på norsk (Er det demens?) og engelsk (It is dementia?).

Et utredningsinstrument til bruk for leger, ergoterapeuter og sykepleiere i primærhelsetjenesten ble utprøvd i et utviklingsprosjekt i 17 norske kommuner i 2000-2002. Dette instrumentet er revidert og ble løpet av 2005 distribuert gratis til alle landets kommuner i regi av Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Instrumentet er delt i to, et skjema som brukes av lege og et for hjemmetjenesten. Pasientens lege utfører testing med MMS og klokketest, gjør en somatisk og psykiatrisk vurdering, tar blodprøver og henviser til CT caput. Hjemmetjenesten (sykepleier/ergoterapeut) kartlegger pasientens hjemmesituasjon, intervjuer pasient og pårørende og utfører kartlegging med MMS og klokketest, dersom dette er avtalt med pasientens lege. Skjemaene med veileder er tilgjengelig på hjemmesiden: [www/nordemens.no/skalaindex.htm](http://www.nordemens.no/skalaindex.htm).

Vi vet ikke hvor mange pasienter som blir utredet i primærhelsetjenesten, og heller ikke hvor mange som bruker det anbefalte instrumentet. En spørreundersøkelse utført i 2004/05 blant alle landets 434 kommuner viste at 99 kommuner har et demensteam som er involvert i utredning, og 296 kommuner angir at de har en systematisk

tilnærming til utredning. Vi vet ikke hva dette innebærer.

### *BPSD-utredning (Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia)*

Utredning av atferds- og psykiatriske symptomer ved demens (BPSD) foregår i sykehjem, men vi kjenner ikke til hvorvidt dette gjøres systematisk i norske sykehjem. Registrering av BPSD skjer vanligvis med hjelp OBS-demens og Neuropsychiatric Inventory (NPI), eller rett og slett ved rapportering av atferdsvansker gjennom døgnet.

## Sverige

### *Diagnostisk utredning*

I de fleste lokale retningslinjer for omsorg og behandling av personer med demens som finnes i Sverige, forutsettes det at hoveddelen av demensutredningene skal gjennomføres i primærhelsetjenesten. Det er visse unntak, som for eksempel yngre personer med demens, som fortrinnsvis bør utredes på en spesialistenhet. Det samme gjelder kompliserte demensformer og arvelige varianter av demens. Det varierer hvordan disse utredningene gjennomføres i primærhelsetjenesten. Det savnes nasjonale retningslinjer, derfor skjer utredningen sannsynligvis i henhold til de lokale retningslinjene for omsorg og behandling som eksisterer.

For tiden pågår det en sammenstilling av innholdet i de ulike retningslinjer. Trolig er de nokså enhetlig bygget opp i sin struktur og har samme retningslinjer. Forekomsten av demensteam og hvordan demensomsorgen for øvrig er organisert, varierer på landsbasis. Det finnes "gode eksempler" som Kalmarmodellen, som er blitt implementert i flere landsting.

Innenfor primærhelsetjenesten (basert på anslag fra et mindre antall landsting) gjøres drøyt 3.500 utredninger årlig.

### *BPSD-utredning (Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia)*

Når det gjelder utredninger av BPSD foreligger ingen oversikt eller statistikk, og på hvilken måte BPSD-utredninger gjennomføres, styres av de respektive läns retningslinjer for omsorg og behandling av personer med demens.

## Utredning av demens i spesialisthelsetjenesten

### **Danmark**

#### Diagnostisk utredning

Organiseringen av utredning i spesialisthelsetjenesten er under oppbygging og er på nåværende tidspunkt forskjellig fra fylke til fylke (amt til amt). Sundhedsstyrelsen har i retningslinjene fra 2001 anbefalt at hvert fylke (amt) oppretter en spesialisert tverrfaglig demensenhet. Bare i fylker (amt) med universitetssykehusfunksjon (Århus, København og Odense) er anbefalingene effektivt fullt ut. I øvrige fylker (amt) skjer henvisningen fortrinnsvis til geriatriske team og poliklinikker, alderspsykiatriske team, nevrologiske avdelinger eller praktiserende spesialleger ([www.sundhed.dk/info/demens](http://www.sundhed.dk/info/demens)).

Utredningsprosedyren bør bestå av konsultasjoner (spesialleger, neuropsykologer) og tverrfaglige konferanser, samt polikliniske undersøkelser.

Disse har til formål å stille en eksakt demensdiagnose og vurdere behovet for eventuelle spesialundersøkelser, samt tilrettelegge det videre behandlingsforløpet. Ved de spesialiserte demens- og hukommelsesklinikkene anbefales det at utredningsteamet består av spesialleger i geriatri, nevrologi, gerontopsykiatri og neuropsykologi. Videre bør teamet bestå av spesialutdannede sykepleiere. Utredningsprogrammet består av et grunnleggende utredningsprogram og et spesialisert utredningsprogram. Ved konsultasjonene deltar pasient, pårørende eller pleiepersonale. Oppfølgingen skjer alltid i tett samarbeid med den allmennpraktiserende lege.

Det finnes ingen oversikt over hvor mange pasienter som utredes i spesialisthelsetjenesten i landets fylker (amt) årlig.

### *BPSD-utredning (Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia)*

Det er ikke mulig å gi en fullstendig oversikt over hvordan dette fungerer i praksis.

Utredningen skjer i allmennpraksis og i alderspsykiatriske enheter (team eller under sykehusinnleggelse), eller som ledd i utredning og oppfølging av pasienter med demenssykdommer i hukommelsesklinikker ved nevrologisk, geriatrisk eller psykiatrisk avdeling. Langtidsbehandling med antipsykotika bør ifølge Retningslinier fra Sundhedsstyrelsen (2000) kun foregå i samarbeid med alderspsykiatrisk ekspertise. Derfor henvises oftest disse pasientene til alderspsykiatrisk team eller alderspsykiatrisk avdeling, til praktiserende psykiater eller til Hukommelsesklinikker med tilknyttet psykiater.

En har ikke oversikt over hvordan organisering og gjennomføring er tilrettelagt.

## Island

### *Diagnostisk utredning*

En ekspertgruppe på Geriatrisk klinikk på Landspítalinn i Reykjavík har utarbeidet kliniske retningslinjer for utredning av demens. Disse sier mest om hvordan demens skal utredes, men ikke spesifikt av hvem eller hvor utredningen skal utføres. I praksis skjer dette for det meste på sykehusets Hukommelsesklinikk. Her utredes ca 300 pasienter årlig, drøyt halvparten får en demensdiagnose. I mindre utstrekning utredes pasienter i den private helsetjenesten av nevrologer, dette utgjør sannsynligvis mindre enn 10 prosent av det totale antall utredninger.

Et mindre antall pasienter utredes utenfor Reykjavík, de fleste på en geriatrisk poliklinikk i Akureyri. Disse blir ikke registrert ut over det som finnes i den enkelte leges journalnotater. Det antas at 60-70 prosent av samtlige nye pasienter med demens kommer til en vurdering på grunn av sin kognitive svikt.

### *BPSD-utredning (Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia)*

BPSD-symptomer evalueres dels poliklinisk, dels på sykehjem, og dels på den eneste psykogeriatriske avdelingen som finnes på Island, Geriatrisk klinikk, Landspítalinn i Reykjavík. Klinikken har retningslinjer angående utredning og behandling, men ikke på nasjonalt nivå. Så vel NPI (Neuropsychiatric Inventory) som Behave-AD er oversatt til islandsk, validert, og brukes ved spesielle tilfeller.

## Norge

### *Diagnostisk utredning*

Det finnes ingen anbefalinger, ”bør”-dokumenter eller enhetlig praksis på hvordan utredningen bør eller skal skje i spesialisthelsetjenesten, heller ikke hvilke spesialavdelinger som bør utføre utredningen. Det vil variere fra fylke til fylke om det er geriatrisk, alderspsykiatrisk eller nevrologisk spesialisthelsetjeneste som har denne oppgaven. I noen fylker vil ulike avdelinger ha tilbud til ulike grupper, for eksempel vil nevrologiske avdelinger i første rekke utrede yngre pasienter. Utredning ved mistanke om demens skjer i de aller fleste tilfellene poliklinisk.

En spørreundersøkelse utført i 2005 viste at alle 20 alderspsykiatriske avdelinger i Norge utredet pasienter med mistanke om demens. I 2004 ble i alt 3.500 pasienter utredet; 860 ved innleggelse i sykehus og de øvrige poliklinisk. Seks av poliklinikkene var organisert som Hukommelsesklinikker. Femten av avdelingene fulgte pasientene opp i 6 til 24 måneder.

I samme tidsrom ble omtrent 4.000 pasienter utredet i 25 geriatiske enheter, 1.000 ved innleggelse og de øvrige poliklinisk. Tre av avdelingene hadde organisert Hukommelsesklinikker. Oppfølging av pasienter skjer i ulik grad fra de enkelte avdelingene.

To nevrologiske avdelinger hadde organisert Hukommelsesklinikker og utredet til sammen 200 pasienter årlig. Det antas at ytterligere 200-300 pasienter utredes i andre nevrologiske poliklinikker/avdelinger.

### *BPSD-utredning*

I henhold til dokumentet "Er det demens?" og senere anbefalinger fra en nasjonal "state of the art-konferanse" om demens i 2000 bør BPSD utredes i alderspsykiatriske avdelinger, helst ved innleggelse på døgnbasis, eller med ambulerende team til pasienter i sykehjem. Dette er nedfelt i dokumentet "På gamle veier og nye stier", utgitt av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2001 (post@nordemens.no).

En spørreundersøkelse fra 2005 blant landets 20 alderspsykiatriske avdelinger, viser at 19 av dem utreder og behandler pasienter med BPSD. Til sammen blir om lag 1.500 pasienter utredet og behandlet per år. De fleste kommer fra sykehjem. Av de 19 avdelingene hadde mer enn 15 regelmessig veiledning av personalet på sykehjem. Den samme spørreundersøkelsen viste at BPSD sjelden blir utredet i geriatriiske avdelinger, kun 150 pasienter per år.

### **Sverige**

#### *Diagnostisk utredning*

Ifølge statistikk for 2002 gjennomføres totalt 17.000 utredninger per år, ca 2.500 av disse gjelder pasienter under 65 år. Utredninger skjer innenfor:

- |  |        |
|--|--------|
| 1. spesialklinikker (hukommelsesklinikk) | 9.000  |
| 2. geriatri                              | 4.000  |
| 3. medisin og psykiatri                  | <1.000 |

### *BPSD-utredning*

Når det gjelder utredning av BPSD, finnes ingen oversikt og statistikk, og gjennomføringen av

BPSD-utredninger blir styrt av de respektive retningslinjer som finnes for omsorg og behandling av personer med demens.

## Regler for bruk av antidemens legemidler

### **Danmark**

1. Pasienter med Alzheimers sykdom, lett og moderat grad, tilbys medikamentell behandling (acetylkolinesterasehemmere). Leger med spesialistkompetanse i geriatri, nevrologi og psykiatri søker om at pasienten får dekket utgifter til medisiner når diagnosen er stilt. Viderebehandlingen kan foregå fra allmennpraksis. Tilskuddsordningen gjelder for ett år, og neste gang kan man søke fra allmennpraksis eller fra spesiallege til Lægemedelstyrelsen ifølge fastlagte regler ([www.irf.dk/demens](http://www.irf.dk/demens)). Det skal søkes om tilskudd hvert år.
2. Memantin er registrert til behandling av Alzheimers sykdom av alvorlig grad (MMSE<15). Søknad om tilskudd for å dekke utgifter til medisin sendes til Lægemedelstyrelsen for ett år om gangen. Søknad kan sendes fra allmennpraksis eller spesiallege etter fastlagte regler ([www.irf.dk/demens](http://www.irf.dk/demens)).

**Island**

1. Behandlende lege må søke om tilskudd fra Forsikringskassen.
2. I begynnelsen av en behandling kan kun lege med spesialistkompetanse i geriatri, nevrologi eller psykiatri søke om tilskudd. Pasienten skal være utredet for sin tilstand. Kolinesterasehemmere kan gis til pasienter med diagnostisert Alzheimers demens, demens med Lewy-legemer og Parkinsons sykdom. Tillatelsen gjelder for ett år. Ved fortsatt behandling kan pasientens lege søke om tilskudd uansett hvilken kompetanse han har. Fortsatt tillatelse gjelder også i ett år.
3. Memantin skal bare brukes når pasienten har moderat alvorlig grad av demens, som i Forsikringskassens regler betyr at pasienten må være minst på stadium 5 på Global Deterioration Scale. De samme reglene om spesialistkompetanse gjelder her som for kolinesterasehemmere.

**Norge**

1. Pasienter med lett til moderat grad av Alzheimers demens, tilsvarende MMS 12 poeng eller over kan få tilbud om behandling med kolinesterasehemmerne, Aricept, Exelon og Reminyl. Alle leger med erfaring og kunnskap i utredning og oppfølging av personer med demens kan forskrive legemidlene. Legemidlene faller inn under "blåreseptordningen", det vil si at utgiftene bæres av trykkesystemet og ikke pasientene. Pasienten skal være utredet for å få disse legemidlene. Statens legemiddelverk har utarbeidet retningslinjer for bruk av kolinesterasehemmere, [www/legemiddelverket.no](http://www/legemiddelverket.no)

2. Indikasjonsområdet for memantin (Ebixa) er Alzheimers demens av moderat alvorlig til alvorlig grad. Alle leger kan forskrive legemiddelet, som ikke faller inn under blåreseptordningen. Det betyr at pasientene må betale legemiddelet selv. Imidlertid kan legen søke om refusjon for om lag 2/3 av kostnadene ved det lokale trygdekontor.

**Sverige**

Når det gjelder kolinesterasehemmere kan disse forskrives fritt av alle autoriserte leger i Sverige. Det finnes ingen andre regler enn at en følger Läkemedelsverkets retningslinjer for indikasjonen som er "lett til moderat demens av Alzheimers type". Det samme gjelder memantin, der indikasjonen er "alvorlig demens av Alzheimers type". En viss styring skjer allikevel via de lokale legemiddelkomiteene som årlig går igjennom "Kloka listen". Spesielt innenfor primærhelsetjenesten, men også innen spesialisthelsetjenesten, anbefales det at man følger denne listen. Det varierer om antidemens legemidler er med på denne listen. I noen landsting finnes ikke antidemens legemidler på listen, og dette påvirker etter all sannsynlighet forskrivningen av disse legemidlene. Utgifter til legemidler dekkes av det offentlige.

## Salg av antidemens legemidler

### Danmark

Ifølge Lægemiddelstyrelsen ([www.laegemiddelstyrelsen.dk](http://www.laegemiddelstyrelsen.dk)) ble det i 2004 solgt legemidler for demens for 116.337.000 DKK (N06D), Apotekenes utsalgspris (AUP) (vedlegg 1-4). Av vedlegget fremgår salget av de fire antidemens legemidlene (Aricept, Exelon, Reminyl og Memantin) omregnet til DDD/1000 innbyggere/døgn. Omregnet betyr det at 11.059 pasienter begynte med legemiddelbehandling mot demens, 9.875 pasienter med antikolinesterasebehandling og 1.673 pasienter med memantinbehandling i 2004. Av tabeller og figurer fremgår videre hvor mange pasienter som ble behandlet i ett år med de enkelte preparatene, et tall som er vesentlig lavere (7.916 pasienter).

Med bakgrunn i Lægemiddelstyrelsens strenge anbefalinger gis det kun tilskudd til pasienter med Alzheimers sykdom og til pasienter med en blanding av Alzheimers sykdom og vaskulær demens. En har ikke oversikt over hvor mange pasienter som mottar antidemens legemidler uten tilskudd. Heller ikke har man oversikt over hvor mange som mottar behandling med både kolinesterasehemmere og memantin. Man forstår at kun et mindre antall pasienter tilhører disse to gruppene. Et forsiktig anslag er derfor at ca. 19 prosent av de i alt 55.000 danskene med demens av Alzheimers type begynte antidemensbehandling i 2004.

Ut fra danske epidemiologiske data (populasjonsbaserte) antas det at to tredeler av Alzhei-

merpasientene har sykdommen i lett og moderat grad, dvs. 36.666 pasienter. Det antas at alle disse pasientene behandles med acetylkolinesteraselegemidler. Det vil si at ca 27 prosent av pasienter med lett og moderat demens av Alzheimers type mottar behandling. Det skal bemerkes at det fra fylke til fylke (amt til amt) er konstatert store forskjeller når det gjelder antall pasienter med demens av Alzheimers type, som behandles med antidemenslegemidler.

### Island

Ifølge Sosialdirektoratets (Tryggingastofnun Ríkisins) opplysninger ble det i 2004 solgt 161.707 DDD av acetylkolinesterasehemmere/AChEh), og 11.473 DDD av memantin. Dette vil i gjennomsnitt si at 443 pasienter brukte AChEh og 32 memantin i et helt år. Disse tallene gjelder kun legemidler til hjemmeboende pasienter. Det savnes opplysninger om bruk av antidemenslegemidler til pasienter på sykehjem og aldershjem. Det er forutsatt at hver pasient har vært i behandling hele året. Det er ikke urimelig å anta at det totale antallet pasienter som får et antidemenslegemiddel, enten gjennom hele eller deler av året, i alle fall er 20 prosent. Det kan tilsi at drøyt 500 pasienter får AChEh behandling i Island.

Antallet personer over 64 år i Island var den 1. desember 2004 34.5912. Om vi antar at fem prosent av disse har Alzheimers sykdom, utgjør det 1.725 personer. Av disse vet vi at ca 50 prosent bor på alders- eller sykehjem, det vil si ca 800-900 personer. En kan derfor anta at ca 60 prosent av alle hjemmeboende pasienter med Alzheimers sykdom får behandling med et antidemenslegemiddel. Antallet pasienter med

Tabell 2. Salg av antidemens legemidler i de nordiske land, 2004

Land	Kolinesterasehemmere DDD/1000 innb/døgn	Memantin DDD/1000 innb/døgn	Andel AD pasienter som behandles (%)*
Danmark	1,7	0,2	19%
Island	1,5	0,1	30%
Norge	3,0	0,25	30%
Sverige	3,1	0,35	35%

DDD = definerte døgndoser, AD= Alzheimers demens.

\* Antatt at 70 % av alle personer med demens har Alzheimers demens

Alzheimers sykdom på sykehjem som får behandling er lavt, og derfor blir det totale antallet som får behandling ikke høyere enn 30 prosent til enhver tid (tabell 2).

### Norge

Ifølge offentlig statistikk ([www/fhi.no](http://www/fhi.no)) ble det i 2004 solgt legemidler mot demens (N06D) for 157 mill NOK. Salget har økt hvert år siden kolinesterasehemmere ble registrert. I 2004 ble det solgt 3,0 DDD/10000 innbygger/døgn, hvorav Aricept stod for 2,3 DDD, Exelon 0,17 DDD, Reminyl 0,27 DDD og memantin 0,25 DDD. Omregnet betyr dette at dersom alle dosene er tatt, ble 13.5000 pasienter behandlet med antidemens legemidler i 2004, 11.375 med kolinesterasehemmere og 1.125 med memantin. Antall behandlede pasienter er noe lavere enn de stipulerte tallene, fordi noen pasienter behandles både med en kolinesterasehemmer og memantin.

Om 70 prosent av alle personer med demens har Alzheimers demens, betyr det at nær opptil 30 prosent av disse pasientene får behandling

med et antidemens legemiddel. Tabell 2 viser sammenlignende tall fra de nordiske land.

### Sverige

Opplysninger om salg av antidemens legemidler i Sverige er vist i tabell 2. Salget er høyest for kolinesterasehemmerne, 3,1 DDD per 1000 innbyggere per døgn, mens salget for memantin er 0,35 DDD per 1000 innbyggere per døgn. Når man sammenstiller salgstallene med antall personer med Alzheimers demens, betyr det at 35 prosent av alle med Alzheimers demens får behandling med et antidemens legemiddel.

## Salg av antipsykotiske legemidler til pasienter i sykehjem/pleiehjem

### Danmark

Registreringen av det totale salget av antipsykotiske legemidler skjer i allmennpraksis og sykehusavdelinger (overveiende psykiatriske avdelinger).

Lægemiddelstyrelsen gjennomførte i 2005 en undersøkelse av forbruket av antipsykotiske legemidler blant eldre i Danmark: "Forbruget af antipsykotiske lægemidler blandt ældre" ([www.sst.dk](http://www.sst.dk)). En arbeidsgruppe vurderte i denne rapporten forbruket av antipsykotika blant eldre, og kom med forslag til å minske det påviste overforbruket (Vedlegg 5). Følgende viktige konklusjoner skal fremheves

- at antipsykotiske legemidler anvendes uhen-siktsmessig. Alt for mange eldre, spesielt sykehjem-beboere, behandles med antipsykotiske legemidler. Det brukes for store doser, og det medisineres i for lang tid.
- at de foreliggende faglige retningslinjer (for eksempel Sundhedsstyrelsens "Vejledning om behandling med antipsykotika, 2000") utgjør en dekkende og relevant beskrivelse av forhold som bør tas med ved behandling med antipsykotiske legemidler, herunder behandling av eldre, men at disse retningslinjene ikke følges når det iverksettes behandlinger av sykehjemsbeboere.

Rapporten inneholder forslag til blant annet:

1. Formidling av de faglige retningslinjene.
2. Revurdering av formidlingsstrategi.
3. Organisatoriske overveielser.
4. God legefaglig praksis.
5. Anvendelse av sentrale legemiddelregistre.

Som en overordnet konklusjon "finner arbeidsgruppen det ikke vesentlig å bruke ressurser på å estimere et eksakt overforbruk, da det allerede på det foreliggende grunnlaget kan konstateres at det er et overforbruk". Arbeidsgruppen har derfor lagt vekt på å foreslå ovennevnte initiativer til å minske forbruket.

### Island

Det finnes ingen pålitelige opplysninger.

### Norge

Det er ikke mulig å få pålitelig informasjon om dette, men ifølge to representative undersøkelser i store sykehjemsmaterialer utført de siste fem årene, brukte 26 prosent av pasientene antipsykotiske legemidler. Om vi bare tar med pasienter med demens, får en tredel antipsykotiske legemidler daglig.

### Sverige

Opplysninger kan ikke fremskaffes separat for særskilte boformer.



## Oppfølging av legemiddelbehandling

### Danmark

Oppfølgingen foregår dels i primær- og dels i spesialisthelsetjenesten. I varierende grad har spesialistavdelingene anledning til å følge opp pasientenes behandling. I noen spesialistavdelinger skjer denne oppfølgingen kontinuerlig, i noen avsluttes oppfølgingen etter diagnosen demens av Alzheimers type er stilt, og søknaden om tilskudd er sendt til Lægemedelstyrelsen. I andre tilfeller avsluttes oppfølgingen av pasientene etter tre måneder, etter et halvt år, ett år, to år, eller tidspunktet hvor pasientens sykdomsgrad diagnostiseres som "alvorlig demens", eller først når pasienten dør.

Oppfølging av behandling med antipsykotika bør skje i samarbeide mellom allmennpraksis og alderspsykiatriske team, psykiatriske avdelinger eller hukommelsesklinikk med tilknyttet psykiater. I hvor høy grad dette skjer, vites ikke.

### Island

Oppfølging av behandling med antidemens legemidler skjer delvis i spesialisthelsetjenesten (Hukommelsesklinikken) og delvis i primærhelsetjenesten. Det finnes ikke opplysninger om hva som er vanlig behandlingstid, men som en tommelfingerregel behandles pasienter til de kommer inn på sykehjem, og deretter gjøres seponeringsforsøk. Et forslag om å bruke MMS for å avgjøre hvor lenge behandlingen skal pågå, slik de er utformet i følge de engelske NICE reglene, har vært oppe, men ble avslått etter protester fra eksperter.

### Norge

Oppfølging av behandling med antidemens legemidler skjer både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I varierende grad har spesialistavdelinger anledning til å følge opp pasientenes behandling. I noen spesialistavdelinger skjer dette ikke i det hele tatt, i noen et halvt år, i andre ett, eller maksimalt to år. Mange pasienter vil bli fulgt opp av egen fastlege.

Oppfølging av behandling med antipsykotiske legemidler er i stor grad overlatt til fastlegene.

### Sverige

Oppfølging skjer lokalt ifølge retningslinjene som finnes i lokale pleie- og omsorgsprogram. Det er imidlertid klart at legemiddelbehandling skal følges opp med en første kontakt etter ca tre måneder, deretter skal det skje en oppfølging etter seks eller tolv måneder, noe som varierer rundt i landet. Som en første kontakt kan det holde med telefon-samtale eller besøk av sykepleier. En kontinuerlig vurdering av effekt anbefales.

## Aktuelle og pågående utredningsprosjekter

### Danmark

1. Det arbeides på landsplan med å utvikle en felles demensportal, hvor elektronisk demensinformasjon fra hvert fylke (amt) skal fremkomme, blant annet program om utredning skal fremgå.
2. Modellen for tverrsektorielt samarbeid forsøkes implementert i flere fylker (amt).
3. Klinisk dataregistrering er innført i enkelte klinikker. En felles klinisk database for hele landet er forsøkt opprettet, men hittil uten resultat. Den første kvalitetsdatabase for demens er etablert per 1. januar 2006.
4. Ved universitetsklinikken pågår forskning angående MCI (Mild Cognitive Impairment), brain imaging, CSF-målinger, helseøkonomi, mm. En samlet oversikt over forsknings- og utviklingsprosjekter er ikke tilgjengelig.
5. DAISY prosjektet er en randomisert studie med 331 pasienter med mild Alzheimers demens og deres pårørende, og foregår i fem amt. Formålet med DAISY er å undersøke mulighetene for å *forbedre støtten til pasienter med nydiagnostisert demenssykdom i tidlig fase og deres pårørende.*

### Island

1. Hukommelsesklinikken på Geriatrik Klinikk LSH fører et register over pasienter som kommer til utredning og deres diagnoser. Det

finnes en oversikt for de første 1.000 pasientene. Til nå har drøyt 2.000 pasienter søkt seg til klinikken.

2. Et prosjekt som undersøker bruken av EEG i utredning av pasienter i en tidlig fase av demens, er i gang. Et pilotprosjekt ble presentert på IPA-kongressen (International Psychogeriatric Association) i Stockholm, der en har tatt i bruk en belastning med intravenøst skopolamin for bedre å skille mellom AD og normal aldring. Et tre-års prosjekt er i gang.
3. Et prosjekt for oppfølging av pasienter med demens i primærhelsetjenesten er i gang, hvor diagnosen er stilt på Hukommelsesklinikken. Det går ut på at pasienter kommer tilbake til primærhelsetjenesten etter diagnose og følges opp der inntil de trenger mer hjelp, for eksempel dagtilbud. Fire legesentre med ca 20 leger deltar.

### Norge

1. Ved Hukommelsesklinikken på Ullevål universitetssykehus pågår et samarbeidsprosjekt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for bedre å kunne utrede pasienter med mistanke om demens
2. Hukommelsesklinikken ved Ullevål universitetssykehus har en database med mer enn 3.000 pasienter som kan brukes i forskning
3. Ved Hukommelsesklinikken i Akerhus, Oslo, Drammen og Bergen foregår det forskning som undersøker ulike metoders evner til å skille MCI fra demens og normal aldring. I

Akerhus er man spesielt opptatt av å utprøve ryggmargsvæskemarkører, i Bergen nevropsykologiske metoder og fMRI, i Drammen nevropsykologi.

### **Sverige**

Det pågår en evaluering av PIB (PET-basert beta-amyloid ligand) for tidlig diagnostikk ved Alzheimers demens.

Evaluering av SPECT som diagnostisk metode for tidlig diagnostikk av Alzheimers demens, samt av medial temporallappsatrofi for tidlig diagnostikk av Alzheimers demens er under arbeid, og det arbeides med evaluering av likvormarkører ved tidlig demens og MCI.

## Utredning av demens – utfordringer

### **Danmark**

1. Å få utredet flere pasienter.
2. Å etablere en landsdekkende kvalitetsdatabase.

### **Island**

Utredning og behandling av demens er i stor grad en oppgave for spesialisthelsetjenesten, men primærhelsetjenesten bør i større grad engasjeres. Det foregår for tiden et arbeid for å utarbeide retningslinjer for demensutredning og behandling, aktuelt for samtlige leger i Island som har kontakt med pasienter med demens. Fortsatt finnes et stort

antall pasienter som ikke får utredning eller antidemens legemiddelbehandling. En annen utfordring er å forbedre tidlig diagnostikk. For tiden evalueres verdien av likvor analyse (tau og beta-amyloid) som en tilleggsutredning hos pasienter der vanlig utredning ikke har gitt tilfredsstillende svar, og der en vil detaljere diagnostikken. Ifølge første gjennomgang er denne undersøkelsen ikke den diagnostiske hjelp en hadde håpet på. For tiden har en mest bruk for nevropsykologi, ikke minst ved re-evaluering etter 6-12 måneder.

### **Norge**

Undersøkelser har vist at kun halvparten av pasienter som innlegges i sykehjem og har fremtredende symptomer på demens, har en demensdiagnose. Dette gjelder også for en like stor andel av pasientene om mottar tjenester fra hjemmebaserte tjenester. Personer med demens har spesielle behov og det burde derfor være et krav om påbud at alle personer som søker om hjemmesykepleie eller plass i sykehjem, vurderes om det foreligger mistanke om demens. Dersom slik mistanke foreligger, bør en demensutredning utføres før hjelp tilbys.

I Norge utredes demens både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Alle leger med kunnskap om demens kan henvise til cerebral CT og MR, og kan forskrive antidemens legemidler. Kunnskap om utredning og behandling av personer med demens er varierende blant leger og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten. Dette medfører at ikke alle pasienter med mistanke om demens har en fastlege som føler seg kompetent til å foreta en utredning. Det bør være et mål å øke kompetansen blant primærlegene til å utrede og behandle pasienter med demens. Dette kan

gjøres både ved kursvirksomhet, og ved å innføre standardiserte utredningsprosedyrer.

Det finnes kompetanse i spesialisthelsetjenesten til utredning og behandling av demens i de fleste norske fylker, men tilbudet er mangelfullt mange steder, kapasiteten er for liten og bør økes.

### **Sverige**

Det finnes ingen nasjonale retningslinjer for diagnostikk av demens og fremfor alt ingen evidensbaserte retningslinjer. Det bør være et mål å utarbeide nasjonale evidensbaserte retningslinjer både for diagnostikk, medisinsk behandling og omsorg (omvårdnad). Utdanning av helsepersonell bør optimaliseres og samordnes.

## Utredning av demens – forslag til felles nordiske prosjekter

### *Evaluerings/vurdering av diagnostiske metoder*

Det finnes enighet på fagfeltet om hvorledes kognitiv svikt bør utredes, og de nordiske landene følger for største delen disse retningslinjene. Det er fortsatt uvisst i hvilken grad ulike metoder kan bidra til helhetsbildet, og det pågår stadig leting etter bedre metoder. Et mulig forslag til et nordisk prosjekt er å granske enkelte utredningsmetoder og se i hvilken utstrekning de bidrar til å forbedre en diagnose som er satt etter vanlig rutineundersøkelse. Gjennom samarbeid med ulike sentra gir

en slik undersøkelse større gjennomslagskraft. Et forslag til en tilleggsundersøkelse er likvor-analyse av beta-amuloid og tau (total-tau og hyperforforylert-tau). En spesiell prosjektbeskrivelse vil bli laget om det er interesse for dette.

### *Legers etterutdanning om demens*

#### *Bakgrunn*

Kun et mindretall av pasienter med mulig demens utredes. Arbeidsgruppens hypotese er at flere forhold kan være medvirkende til dette. Denne undersøkelsen vil fokusere på legefaktoren i de nordiske landene ved å beskrive formalisert utdanning i demens blant kommende spesialleger innenfor følgende spesialistlegegrupper: Allmennpraksis, nevrologi, psykiatri og geriatri.

#### *Formål*

Å beskrive omfanget og innholdet av formalisert undervisning om demens i Danmark, Island, Norge og Sverige i spesialistutdannelsene innenfor: allmennmedisin, nevrologi, psykiatri og geriatri.

#### *Metode*

I hvert land finner man frem til den myndighet som ivaretar spesialistutdanningen innenfor ovennevnte fag. Det innhentes målbeskrivelsene for de enkelte spesialistutdanningene og finnes frem til hvilke undervisningsblokker som finnes vedrørende demens. Innhold og omfang registreres samtidig.

*Oppfølging av pasienter med lett til moderat Alzheimers sykdom i en spesialistenhet eller i allmennpraksis: En randomisert undersøkelse.*

*Bakgrunn*

Pasienter med Alzheimers sykdom har gjennom en årrekke kunnet få symptomatisk medisin (antidemens medisin) for kognitive svikt. Selv om leger i allmennpraksis ofte ivaretar den oppfølgende behandlingen av denne gruppen pasienter, er det uavklart om dette kan gjøres på samme kvalitetsnivå som i spesialisthelsetjenesten.

*Formål*

Å vurdere:

1. Den oppfølgende behandlingen av pasienter med Alzheimers sykdom i henholdsvis allmennpraksis og i spesialisthelsetjenesten
2. Kost-nytte ved de to typene av oppfølging

*Metode*

Dette er en nordisk multisenter studie, som involverer fire-fem spesialistsentre og allmennpraktiserende leger i samme nedslagsfelt, og ca 1.000 pasienter. Det planlegges oppfølging på 24 måneder. Inklusjonen forventes å ta ca 12 måneder.

*Inklusjonskriterier*

- Mulig AD, blandingsdemens stilt av eller bekreftet av en spesialistenhet.
- Skal kunne tåle behandling med antidemens medisin. Medisinert i tre måneder ved spesialistenhet.
- Mini Mental State Examination (MMSE) score

≥ 20 etter tre måneders behandling med antidemensmedisin.

- Alder ≥ 60 år
- Snakker og forstår dansk/islandsk/norsk/svensk i tilstrekkelig omfang til å kunne delta i testsituasjon.
- Informert samtykke fra den demente til deltakelse i prosjektet.

*Eksklusjonskriterier*

- Annen alvorlig fysisk eller psykisk sykdom, herunder betydelig nedsatt syn/hørsel som vanskeliggjør deltakelse i undersøkelsen.
- Deltakelse i et annet intervensjonsprosjekt eller legemiddelundersøkelse.
- Bor på sykehjem ved inklusjon.

*Primære effektmål*

MMSE, sykehjemsinnleggelse, død. Ordinert antipsykotisk medisin DDD, lengde av behandling med antidemens medisin. Innleggelser/antall dager på sykehus.

*Randomisering*

Etter at behandlingen med antidemens medisin er påbegynt på spesialistenhet og fortsatt under kontroll der i tre måneder, randomiseres deltakere til fortsatt kontroll hos egen lege eller fortsatt kontroll på spesialistenhet. Randomisering foregår uavhengig av spesialistenhet.

Oppfølging hos allmennlege følger vanlig prosedyre, mens oppfølging hos spesialistenhet følger de lokale prosedyrer i spesialistenheten.

### *Økonomi*

Det må forventes at det skaffes et større beløp for at dette prosjektet kan gjennomføres. Prosjektledelsen forventes å bestå av diagnostikkgruppen under Demensomsorg i Norden.

### *Resultater*

Forventes publisert i internasjonale tidsskrifter mm. Forfatterskap følger Vancouverreglene.

### *Evaluerings/vurdering av BPSD-problematikken*

Det har foregått et samnordisk arbeid om BPSD som ble finansiert av et legemiddelfirma (Janssen-Cilag) i tidsrommet 1999-2004. Dette arbeidet resulterte i et oversiktsdokument. Det var planer om fortsatt arbeid, men av økonomiske årsaker har det ikke blitt noe av. Et prosjekt om BPSD burde baseres på senere publisering. Det er muligheter for flere typer prosjekt om BPSD:

1. Undersøkelse er foretatt av BPSD blant pasienter i sykehjem, psykogeriatriske klinikker osv.
2. Et etterutdanningsprosjekt rettet mot leger, sykepleiere og eventuelt annet personale
3. Intervensjonsprosjekt, først og fremst på ikke-medikamentelle metoder, siden medisinske metoder finansieres av legemiddelindustrien

## Konklusjon

Det finnes ingen styrende dokumenter i de fire nordiske land som pålegger at det skal foretas en demensutredning. Derimot finnes det retningslinjer, eller det arbeides med å lage retningslinjer i samtlige land for hvordan slik utredning bør foretas.

Bortsett fra i Island, foretas det mange utredninger innenfor primærhelsetjenesten, i samsvar med retningslinjene. I samtlige land finnes det spesialklinikker i tilknytning til spesialisthelsetjenesten i sykehus, men det kan variere fra land til land (og innen landene) om de organiseres innen geriatri, nevrologi eller psykiatri. Andelen av personer med demens som får en diagnose for kognitiv svikt varierer sannsynligvis noe mellom landene, og en savner en oversikt over dette.

Spesialisthelsetjenestens rolle i diagnostikken er vel etablert, og i store trekk ensartet innenfor samtlige nordiske land. I flere år har det vært spesialmottak for pasienter med kognitiv svikt og demens ved ulike sykehus og klinikker (Hukommelsesklinikker (D, N), Minnesmottagningar (S), Minnismóttaka (I)), der de mest kompliserte tilfellene, samt de som får en demenssykdom tidlig i livet (før 65 års alder), blir utredet. Disse klinikkene ble til en viss grad etablert etter amerikansk mønster (Memory Clinics), men er i mye større grad basert på privat finansiering i USA enn i Norden. Vi finner ingen parallellstudier som viser hvordan disse klinikkene fungerer, men de har alle tilgang på samme typer undersøkelser. Regionale forskjeller er allikevel åpenbare, avhengig av regionale interesser og mulighetene en har til spesielle typer undersøkelser. Dette er tilfellet når det gjelder PET, likvor analyser og i hvilken grad man anvender SPECT.

Det savnes en oversikt over BPSD-problematikken i samtlige land, både når det gjelder diagnose og behandling, medikamentell og ikke-medikamentell. Her er store muligheter for nærmere utforskning.

Vi ser ikke store ulikheter i bruken av kolinesterasehemmere landene imellom. Andelen pasienter som får behandling, varierer mellom 19 prosent (Danmark) og 35 prosent (Sverige). Denne forskjellen skyldes flere faktorer, blant annet forskjellige forskrivningsregler, forskjellige forhold i de ulike län/amt/fylker og utdanningsnivå, spesielt hos primærlegene.

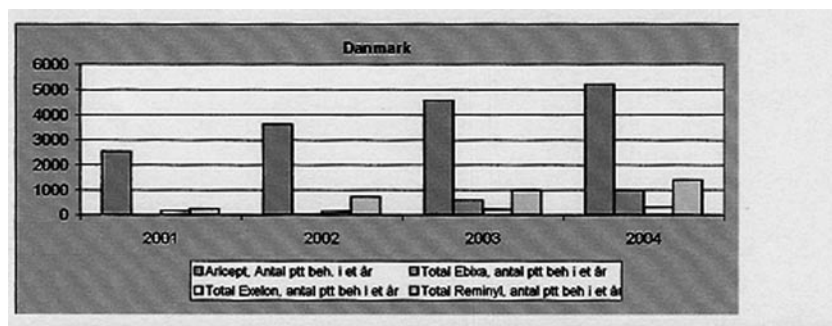
Arbeidsgruppen som har sett på diagnostisering og behandling av demens i disse fire nordiske landene, vil anbefale at det videre arbeidet innrettes mot prosjekter snarere enn kartlegging. Disse prosjekter burde ha som målsetting å forbedre diagnostikk innen demensproblematikken, så vel kognitiv svikt som BPSD, og å forbedre organiseringen når det gjelder omsorgen for denne pasientgruppen. Arbeidsgruppen har lagt fram konkrete forslag til videre arbeid, og medlemmene i gruppen har sagt seg villige til å delta i dette arbeidet.

## Vedlegg 1

**Lægemiddelbrug: Acetylcholinesterasehæmmere (N06DA) og memantin (N06DX) i år 2001 til 2004 (www.laegemiddelstyrelsen.dk)**

Danmark/primærsektoren	2001	2002	2003	2004
Total Aricept, AUP - 000DKK	39.458	58.152	68.156	76.874
Total Aricept, antal beh. dage	923.688	1.325.334	1.669.410	1.900.626
Aricept, Antal ptt beh. i et år	2.531	3.631	4.574	5.207
Aricept, DDD/10.000 indb.	2.190	3.290	4.020	4.745
Aricept, DDD/1000 indb./dagn	0,6	0,9	1,1	1,3
Total Exelon, AUP - 000DKK	2.493	2.183	3.896	6.405
Total Exelon, antal beh. dage	60.662	53.518	78.622	115.870
Total Exelon, antal ptt beh i et år	166	147	215	317
Exelon, DDD/10.000 indb.	0	0	0	365
Exelon, DDD/1000 indb./dagn	0,0	0,0	0,0	0,1
Total Reminyl, AUP - 000DKK	2.748	8.396	13.201	18.202
Total Reminyl, antal beh. dage	85.519	263.151	361.540	509.117
Total Reminyl, antal ptt beh i et år	234	721	991	1.395
Reminyl, DDD/10.000 indb.	0	365	730	1.085
Reminyl, DDD/1000 indb./dagn	0,0	0,1	0,2	0,3
Total Ebixa, AUP - 000DKK	0	717	8.441	14.856
Total Ebixa, antal beh. dage	0	19.400	210.865	363.747
Total Ebixa, antal ptt beh i et år	0	53	578	997
Ebixa, DDD/10.000 indb.	0	0	365	730
Ebixa, DDD/1000 indb./dagn	0,0	0,0	0,1	0,2
Total cholinesterasehæmmere, AUP - 000DKK	44.699	66.731	85.253	101.481
Total Memantine, AUP - 000DKK	0	717	8.441	14.856
Total cholinesterasehæmmere, DDD/10.000 indb.	2.190	3.655	4.750	6.205
Total Memantine, DDD/10.000 indb.	0	0	365	730
Total cholinesterasehæmmere, DDD/1000 indb./dagn	0,6	1,0	1,3	1,7
Total Memantine, DDD/1000 indb./dagn	0,0	0,0	0,1	0,2
Aricept, Antal ptt beh. i et år	2531	3631	4574	5207
Total Ebixa, antal ptt beh i et år	0	53	578	997
Total Exelon, antal ptt beh i et år	166	147	215	317
Total Reminyl, antal ptt beh i et år	234	721	991	1395

## Vedlegg 2

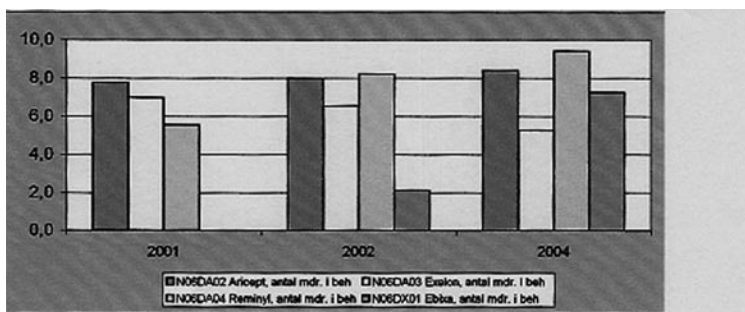




### Vedlegg 3

ATC gruppe	Indholdsstof	2000	2001	2002	2003
		Antal personer i behandling			
N05D	Midler mod demens	3.210	4.688	6.890	11.05
N05DA	Anticholinesteraser	3.210	4.688	6.732	9.87
N05DA02	Donepezil	2.890	3.971	5.531	7.53
	Aricept, antal mdr. i beh.		7,8	8,0	8,1
N05DA03	Rivastigmin	321	290	273	73
	Exelon, antal mdr. i beh.		7,0	8,5	5,1
N05DA04	Galantamin	32	513	1.066	1.80
	Reminyl, antal mdr. i beh.		5,6	8,2	9,1
N05DX01	Mementin	0	0	304	167
	Ebbis, antal mdr. i beh.			2,1	7,1

### Vedlegg 4



### Vedlegg 5

**Figur 1.** Prævalensen af antipsykotiske lægemidler blandt ældre på 65 år eller derover. 1996, 1999-2003

