

Hukommelsesproblemer blandt ældre patienter i almen praksis: betydning af pårørendeoplysninger

Praktiserende læge Frans Boch Waldorff,
praktiserende læge Nils Wolff Haugbølle,
praktiserende læge Hans Christian Møller,
sygeplejerske Susanne Rishøj & professor Gunhild Waldemar

Københavns Universitet, Center for Sundhed og Samfund,
Forskningsenheden for Almen Praksis i København, og
H:S Rigshospitalet, Neurocentret, Hukommelsesklinikken

Resume

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at beskrive og analysere hvilke forhold, som får pårørende til at få mistanke om hukommelsesproblemer hos ældre patienter i almen praksis.

Materiale og metoder: Der blev gennemført et studie i oktober og november 2002 blandt 65+-årige patienter og deres pårørende i 17 almen praksis i indre by, København. Alle 65+-årige, der konsulterede deres læge i inklusionsperioden blev tilbudt at deltage. Patienter, der accepterede, blev bedt om at udfylde et spørgeskema blandt andet med spørgsmål vedrørende hukommelse og livskvalitet, lægen besvarede et spørgeskema uafhængigt af deltagerne. Der blev ligeledes udført en *mini mental state examination* (MMSE) på de deltagende patienter. Såfremt den deltagende patient gav tilladelse, blev en pårørende bedt om at besvare et spørgeskema om deres opfattelse af patientens hukommelse.

Resultater: Ud af 775 patienter gav 62% (483) informeret samtykke til, at vi kunne indhente oplysninger fra pårørende. Blandt de pårørende, som modtog skemaet (465), returnerede i alt 74% skemaet. I 88 (26%) tilfælde havde den pårørende mistanke om hukommelsesproblemer. Selvstændige prædiktorer for pårørendemistanke om hukommelsesproblemer var, at pårørende oplyste, at patienten havde klaget over nedsat hukommelse (odds-ratio (OR) 21,7), oplysninger til pårørende fra andre om hukommelsesproblemer (OR 5,0), MMSE på 0-24 (OR 4,5) og en Euro-QoL VAS (livskvalitetsmål) på 0-50 (OR 3,1). De pårørende var mere tilbøjelige til at angive hukommelsesproblemer, hvis patienten var en mand (OR 3,8).

Konklusion: Hos 26% havde pårørende til en gruppe ældre patienter i almen praksis mistanke om hukommelsesproblemer. Resultatet peger på, at der bør være mere fokus på muligheden for hukommelsessvækkelse hos ældre patienter i almen praksis.

Demens er en hyppig sygdom hos ældre over 65 år med en prævalens på 7,1% [1]. Identifikation og udredning af demens er vigtig, dels for at afdække mulige reversible tilstande, dels for at klassificere demenstypen med henblik på at iværksætte specifik behandling, og dels for at tilvejebringe målrettet støtte og rådgivning til patient og pårørende. Den praktiserende læge har ofte kendt sine ældre patienter gennem en

længere årrække og set dem jævnlige. Derfor er den alment praktiserende læge i en gunstig position til at opspore demens [2] og forventes at foretage den initiale udredning [3, 4]. I flere undersøgelser har man dog påpeget, at udredning af demens i almen praksis er vanskelig [5, 6], og at kun en lille del af mulige demente bliver udredt [7].

Information fra pårørende anbefales som led i demensudredning i almen praksis [4], og man har i undersøgelser påvist sammenhæng mellem pårørendeoplysninger og moderat til svær nedsættelse målt på kognitive skalaer [8]. Derimod er denne sammenhæng knapt så udpræget ved mindre nedsættelse [9]. Man har i undersøgelser påpeget, at oplysninger fra pårørende om kognitiv dysfunktion er korreleret til både kognitiv testning, alder, bekymring og depression [10]. Samboende gav mere valide oplysninger om patientens kognitive dysfunktion end pårørende, der ikke boede sammen med patienten [11]. Der foreligger ingen tidligere undersøgelser om betydningen af pårørendeoplysninger om hukommelsesproblemer blandt en uselekeret gruppe ældre patienter i almen praksis.

Formålet med denne undersøgelse var at beskrive og analysere, hvilke forhold som får pårørende til at få mistanke om hukommelsesproblemer hos ældre patienter i almen praksis.

Materiale og metode

Alle 17 praksis med i alt 24 praktiserende læger fra indre by i Københavns Kommune deltog i undersøgelsen »HUSK-fokus på hukommelsen«. På undersøgelsestidspunktet var i alt 40.865 patienter registreret hos disse læger, og af dem var 2.934 65 år eller ældre. Patienter blev inkluderet i oktober og november 2002. Hovedformålene med undersøgelsen var dels at udvikle og evaluere et samarbejdsnetværk om opsporing og udredning af demens med udgangspunkt i almen praksis, dels at tilvejebringe viden om ældre patienter i almen praksis og deres hukommelse. På nuværende tidspunkt foreligger der en publiceret artikel fra undersøgelsen [12].

Inklusionskriterier

Patienter på 65 år eller derover, som konsulterede deres praktiserende læge uanset årsag i projektperioden, blev spurgt, om de ville deltage i projektet. Patienter, der ikke kunne tale eller læse dansk, ikke kunne underskrive informeret samtykke, boede på plejehjem, havde svær akut eller terminal sygdom eller allerede havde en demenssygdom, der var diagnosticeret hos en speciallæge eller på en sygehusafdeling, blev ekskluderet fra undersøgelsen. Alle deltagende patienter underskrev et informeret samtykke om at deltage i studiet og kunne også af-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

krydse i en rubrik, om de gav tilladelse til, at der kunne tages kontakt til en specificeret pårørende.

Skemaer

I forbindelse med den planlagte konsultation udfyldte patienterne et skema (deltagerskema), herudover udfyldte de et livskvalitetsmål (Euro-Qol 5D). De praktiserende læger udfyldte på forhånd et skema om forskellige forhold inklusive eget indtryk af patientens hukommelsessvækkelse. Herefter blev der gennemført en *mini mental status examination* (MMSE). Disse data blev monitoreret og afhentet af en projektsygeplejerske hver uge. Såfremt patienterne havde givet tilladelse til, at en pårørende blev kontaktet, blev der udsendt et spørgeskema til disse (pårørendeskema) 2-4 uger efter konsultationen.

Deltagerskema

Dette skema blev udfyldt af de patienter, der accepterede at deltage, og bestod af otte spørgsmål. Spørgsmålene omhandlede selvvurderet helbred og hukommelse samt sociodemografiske spørgsmål. Patienterne udfyldte ligeledes en dansk valideret version af Euro-Qol 5D inklusive visuel analogskalaen (VAS) [13]. Euro-Qol 5D er et standardiseret skema, der er udviklet til at måle livskvalitet med.

Tablet 1, spørgsmålet »Hvorledes vil De selv bedømme Deres hukommelse« kunne afkrydses i følgende fire kategorier: Usædvanligt god, god, mindre god/dårlig og elendig. Hvis patienterne afkrydsede rubrikkerne usædvanligt god eller god, blev de klassificeret som patienter uden selvrappede hukommelsesproblemer. Gruppen, der havde afkrydset rubrikkerne mindre god/dårlig og elendig, blev klassificeret som patienter med selvrappede hukommelsesproblemer.

Lægeskema

Dette skema blev udfyldt af lægen uden kendskab til, hvorledes deltagerskemaet var blevet udfyldt og resultatet af MMSE. Skemaet bestod af fem spørgsmål, der drejede sig om, hvor længe lægen havde kendt patienten, om patienten inden for de seneste 12 måneder havde klaget til lægen over hukommelsesproblemer, om andre havde gjort lægen opmærksom på, at der kunne være hukommelsesproblemer (i givet fald kunne lægen afkrydse fire felter: familie, hjemmesygepleje/hjemmehjælp, epikrise, andet), om lægen vurderede, at patienten var dement i svær, moderat eller let grad/ikke dement/eller ikke kunne vurdere det. Endelig skulle lægen angive, hvem der havde taget initiativ til konsultationen.

MMSE

MMSE er en udbredt kognitiv screeningstest, der anbefales i Dansk selskab for almen medicin (DSAM)'s kliniske vejledning om udredning af demens [4]. MMSE blev udført af lægen eller af uddannet personale, efter at deltagerskema og lægeskema var blevet udfyldt. Både læge og personale havde ved undervisningsmøder, der blev gennemført som optakt til dataindsamlingsperioden, fået undervisning i, hvorledes MMSE-testen skulle udføres. Efter aftale med Københavns Kommune blev hver gennemført MMSE honoreret efter den lokale § 2-aftale.

Pårørendeskema

Hvis patienten havde givet tilsagn, blev der udsendt et brev med et spørgeskema til den pårørende, som patienten havde angivet på samtykkeskemaet. Den pårørende kunne udfylde skemaet og returnere det i en vedlagt frankeret svarkuvert. Der blev ikke udsendt et rykkerbrev. De pårørende blev ikke

Tablet 1. Karakteristik af deltagere (n = 775).

| | Accept til at indhente pårørendeoplysninger n = 485 | Ikke accept til at indhente pårørendeoplysninger n = 290 |
|--|--|---|
| <i>Sociodemografi</i> | | |
| Alder, år 95% KI (n = 775) | 74,6 (74,0-75,3) | 75,1 (74,3-75,9) |
| Andel af kvinder (n = 775) | 59% | 65% |
| Andel af aleneboende (n = 761) | 54% | 69% ^a |
| Andel med mindre end 9 års skolegang (n = 732) | 34% | 39% |
| <i>Patientudsagn vedr. hukommelse</i> | | |
| Patient vurderede hukommelsen som mindre god, dårlig eller elendig ^a (n = 758). | 24% | 21% |
| <i>Udsagn fra praktiserende læge</i> | | |
| Patient angav at have hukommelsesproblemer inden for seneste 12 måneder (n = 756) | 6,8% | 6,3% |
| <i>Skalaer</i> | | |
| Quality of life, Euro-QoL visuel analog-skala (95% KI) (n = 712) | 70,8 (69,0-72,6) | 70,1 (68,9-73,4) |
| Mini mental state examination (95% KI) (n = 766) | 28,1 (27,9-28,3) | 28,3 (28,1-28,5) |

KI = konfidensinterval.

a) Aleneboende patienter var mindre tilbøjelige til at acceptere, at der blev indhentet oplysninger fra pårørende (odds-ratio: 1,9, 95% KI: 1,3- 2,8).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

orienteret om besvarelsen af patientskemaet, resultatet af Euro-Qol 5D eller MMSE.

Skemaet bestod af fem spørgsmål. Den pårørende blev spurgt om sin relation til patienten, hvor mange år vedkommende havde kendt patienten, om patienten inden for de seneste 12 måneder havde klaget over hukommelsesproblemer, eller om andre inden for de seneste 12 måneder havde gjort den pårørende opmærksom på, at patienten kunne have hukommelsesproblemer, endelig blev der spurgt, om den pårørende inden for de seneste 12 måneder selv havde haft indtryk af, at patienten kunne have hukommelsesproblemer (Tabel 2).

Statistik

Statistikprogrammet SAS version 9.1 blev anvendt til at udføre analyserne. Da observationen inden for samme praksis var korrelerede (*cluster*-effekt), blev sandsynligheder og de korresponderende 95% konfidensintervaller estimeret ved hjælp af en samlet regressionsmodel (*generalized estimating equation* (GEE)), med hvilken man kan håndtere multiple *outcomes* og en *cluster*-effekt. Der blev anvendt en baglæns elimination med et signifikansniveau på 5%. Til at beskrive *goodness of fit* for den reducerede model anvendte vi Pearson χ^2 /antallet af frihedsgrader. Hvis denne værdi er tæt på 1, kan det tolkes som et udtryk for et godt *fit* [14]. Ved analysen blev MMSE kategoriseret i følgende intervaller 0-24, 25-28 og 29-30, og VAS-scoren fra Euro Qol 5D blev kategoriseret i intervallerne 0-50, 51-75 og 76-100.

Tabel 2. Besvarelser fra pårørende opgjort på indtryk om hukommelsesproblemer hos patienter (n = 340).

| | Pårørende har inden for de seneste 12 måneder haft indtryk af hukommelsesproblemer hos patienter | |
|--|--|---------------------------|
| | ja (n = 88) | nej/ved ikke (n = 252) |
| <i>Forbindelse til patient (n = 339)</i> | | |
| Ægtefælle/sambo. | 32% | 39% |
| Barn. | 3% | 3% |
| Ven/bekendt | 50% | 38% |
| Andet | 15% | 20% |
| Kendt deltager i antal år (n = 333) | | |
| (95% KI) | 42,9 (40,2-45,7) | 45,7 (43,8-47,7) |
| <i>Har patienten inden for de seneste 12 måneder klaget til Dem over hukommelsesproblemer? (n = 338)</i> | | |
| Ja | 76% | 10% |
| Nej. | 23% | 88% |
| Ved ikke | 1% | 2% |
| <i>Har andre inden for de seneste 12 måneder gjort Dem opmærksom på, at Deres pårørende kunne have hukommelsesproblemer? (n = 338)</i> | | |
| Ja | 45% | 3% |
| Nej. | 48% | 96% |
| Ved ikke | 7% | 1% |

Etik

Projektet blev forelagt De Videnskabetiske Komitéer for København og Frederiksberg Kommuner (jr.nr.07-00-035/02). Projektet blev godkendt af datatilsynet (jr.nr.2001-41-0558) og forelagt for DSAM/PLO's udvalg for Multipraksisundersøgelser (jr.nr.36-2001).

Resultater

I alt blev 1.180 ældre patienter (65+ år) vurderet med henblik på deltagelse, heraf blev 133 ekskluderet. Af de resterende patienter accepterede 74% (775) at deltage, og af disse gav 62% (483) informeret samtykke til indhentning af pårørendeoplysninger (Figur 1). I gruppen, der i første omgang accepterede deltagelse i projektet, var der relativt flere mænd end kvinder (odds-ratio (OR) 1,4) og flere patienter, for hvem lægen angav at have diskuteret hukommelsesproblemer (OR 1,8). Flere aleneboende end samboende undlod at give tilladelse til indhentning af pårørendeoplysninger (OR 1,9) (Tabel 1).

Ud af 483 pårørendeskemaer kunne adressen ikke læses eller kuverterne blev returneret med ubekendt adresse i 18 tilfælde, således at 465 pårørende reelt fik skemaet tilsendt. Af disse returnerede 345 skemaet (74%) heraf fem ubesvaret, således at 340 skemaer kunne indgå i analysen. Udbliiveranalysen af pårørendeskemaerne blev gennemført ved hjælp af de spørgsmål, der fremgår af Tabel 1. Der var ingen statistiske forskelle mellem grupperne af pårørende, der returnerede/ikke returnerede skemaerne.

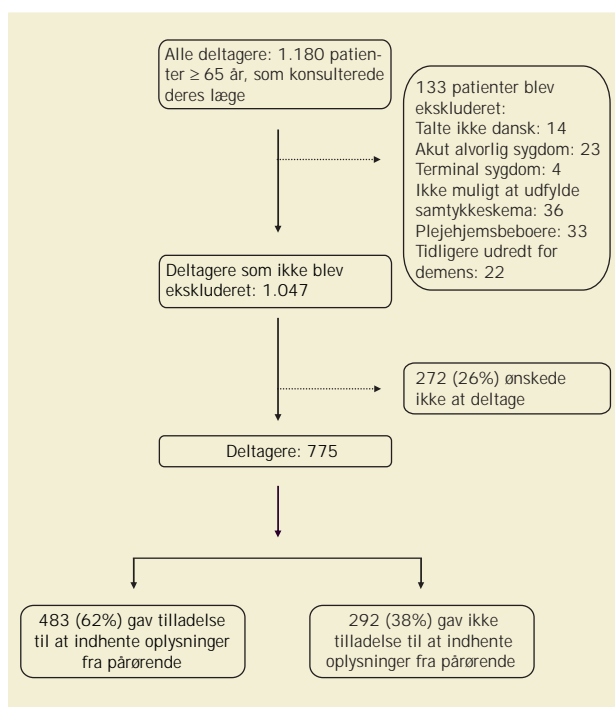
I 88 (26%) tilfælde angav den pårørende at have indtryk af, at patienten kunne have hukommelsesproblemer (Tabel 2). De vigtigste prædiktorer for pårørendeoplysninger om hukommelsesproblemer, vurderet ud fra størrelsen af OR var: patientklager over hukommelsesproblemer, oplysninger fra andre om hukommelsesproblemer, mandligt køn og lavere MMSE og en VAS-score på 0-50 Euro-Qol, 5D. Derimod var patientens alder, skolegang, lægeoplysninger om at patienten havde talt om hukommelsesproblemer, patientens selvvaluerede hukommelse, og hvorvidt patienten var samboende ikke selvstændige prædiktorer (Tabel 3).

Diskussion

Denne undersøgelse viser, at 26% af de pårørende til en gruppe ældre patienter i almen praksis havde mistanke om hukommelsesproblemer. De vigtigste prædiktorer for, at pårørende havde indtryk af hukommelsesproblemer vurderet ved størrelsen af OR, var: pårørendeoplysninger om at patienten havde klaget over nedsat hukommelse (OR 21,7), oplysninger fra andre om hukommelsesproblemer (OR 5,0) og en MMSE i intervallet 0-25 (OR 4,5). Omvendt var patientens selvvaluerede hukommelse og lægens oplysninger om, at patienten havde klaget over hukommelsesproblemer ikke selvstændige prædiktorer.

Resultaterne af denne undersøgelse bekræfter, at mistanke om hukommelsesproblemer også er hyppigt forekommende

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE



Figur 1. Flowdiagram.

hos pårørende til en gruppe ældre patienter i almen praksis. Flere forhold har betydning for de pårørendes vurdering af hukommelsesproblemer. Det er ikke overraskende, at de vigtigste prædiktorer for pårørendeindtryk af hukommelsesproblemer hos patienten, vurderet ved størrelsen af OR, var, at den ældre selv klagede til den pårørende over hukommelsesproblemer, og at andre havde nævnt for den pårørende, at den ældre patient kunne have hukommelsesproblemer. Man har i undersøgelser påvist sammenhæng mellem pårørendeoplysninger og moderat til svær nedsættelse af hukommelsen vurderet ved kognitive test [8], hvorimod denne sammenhæng er knap så udpræget ved let nedsættelse [9]. I denne undersøgelsen blev der fundet en sammenhæng mellem pårørendeoplysninger om hukommelsesklager og nedsat MMSE. Denne tendens blev forstærket ved lavere MMSE (0-24). Dermed understøtter undersøgelsen tidligere fund [8, 9]. At deltagere havde en lavere livskvalitet vurderet ved VAS-skalaen, bekræfter ligeledes tidligere fund [15]. Patientens selvvaluerede hukommelse og hvorvidt patienten havde diskuteret hukommelsesklager med sin læge, var derimod ikke prædiktorer for de pårørendes vurdering af hukommelsesgener. Dette understreger dels, at subjektive hukommelsesklager ikke nødvendigvis er udtryk for et kognitivt svigt og bør suppleres med oplysninger fra pårørende, dels at den praktiserende læge sjældent inddrages i overvejelser om hukommelsesproblemer eller ikke registrerer disse.

At pårørende er mere tilbøjelige til at vurdere, at mænd havde hukommelsesproblemer, kan skyldes, at omgivelserne

er mere opmærksomme på, hvorledes mænd klarer sig alene, eller at hustruer påtager sig flere huskeopgaver og dermed sammenligner sig mere med deres mænd.

Man har i undersøgelser påpeget, at pårørendeoplysninger om kognitiv dysfunktion er korreleret til både kognitiv testning, alder, bekymring og depression [10]. Samboende gav mere valide oplysninger om patientens kognitiv dysfunktion end pårørende, der ikke boede sammen med patienten [11]. Derfor bør lægen især være opmærksomme på ægtefælleoplysninger ved en udredning. I denne undersøgelse blev det ikke fundet, at alder var af betydning, mens en svært nedsat VAS-score var korreleret. Selv om en nedsat livskvalitet ikke er ensbetydende med depression, kan disse resultater tolkes som udtryk for, at denne gruppe af patienter er skrøbelige og er en type patienter, som lægen bør følge nøje med henblik på at iværksætte en udredning.

Selv om der indgår et stort antal ældre patienter fra almen praksis i denne undersøgelse, viser udebliveranalysen, at aleneboende var mindre tilbøjelige til at give samtykke til kontakt af pårørende end samboende. Det kan skyldes, at hukommelsesproblemer stadig er et område, der er vanskeligt at tale om, og at det er nemmere at inddrage en samboende partner i dette. En del af skemaerne er ikke egentligt validerede, men udviklet af og afprøvet i et mindre pilotstudie i almen praksis. Derfor skal resultaterne af denne undersøgelse fortolkes med varsomhed. Omvendt er der tale om en almen praksisundersøgelse med deltagere, som er rekrutteret i en klinisk situation, der ligner dagligdagen i almen praksis med uselekterede patienter. Herudover fokuseredes der i undersøgelsen

Tabel 3. Prædiktorer for pårørendeoplysninger om hukommelsesproblemer blandt ældre patienter i almen praksis^a.

| | Estimat | Odds-ratio | 95% konfidens-interval |
|--|---------|------------|------------------------|
| Intercept | - | - | - |
| <i>Euro-Qol visuel analog-skala-score</i> | | | |
| 0-50 | - | 3,1 | 1,4-6,9 |
| 50-74 | - | 1,3 | 0,7-2,7 |
| 75-100 | - | 1 | - |
| <i>Mini mental state examination</i> | | | |
| 0-24 | - | 4,5 | 1,5-13,8 |
| 25-28 | - | 1,9 | 1,0-3,6 |
| 29-30 | - | 1 | - |
| Patienten er mand | - | 3,8 | 1,8-8,1 |
| Patienten har klaget over hukommelsesproblemer til pårørende | - | 21,7 | 9,8-48,1 |
| Andre har påpeget hukommelsesproblemer over for pårørende | - | 5,0 | 2,11-11,6 |

a) Multipel logistisk regression med baglæns elimination med et signifikansniveau på 5% for at blive i modellen. Alder, skolegang, lægeoplysninger om at patienten har talt om hukommelsesproblemer, patientens selvvaluerede hukommelse og samlivsstatus var ikke selvstændige prædiktorer. Pearson χ^2 /antallet af frihedsgrader = 1,1, hvilket er et udtryk for et godt model-fit.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

sen på et område, hvor der kun foreligger sparsomme almenmedicinske undersøgelser.

Implikationer

Resultatet af denne undersøgelse viste, at mange pårørende til en gruppe uselekterede ældre patienter i almen praksis havde mistanke om hukommelsesproblemer hos patienterne. Den vigtigste enkeltprædikator var, at patienten selv klagede over nedsat hukommelse til den pårørende. Men de pårørendes mistanke var ligeledes korreleret til lavere MMSE og en markant nedsat score på livskvalitetsmål. Patienten og den pårørende diskuterer generelt ikke disse forhold med lægen. Der bør fremadrettet være mere opmærksomhed på dette forhold.

Korrespondance: *Frans Boch Waldorff*, Forskningsenheden for Almen Praksis i København, Center for Sundhed og Samfund, Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 5, Postboks 2099, DK-1014 København K.
E-mail: fbw@gpract.ku.dk

Antaget: 26. juli 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: De deltagende praktiserende læger i Københavns indre by og praksispersonalet takkes for deres store indsats. Projektet er støttet økonomisk af Sygekassernes Helsefond, Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond, Kvalitetsudviklingsudvalget vedrørende almen praksis og Sundhedsforvaltningen i Københavns Kommune, Pfizer A/S og Lundbeck A/S.

Litteratur

1. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neu-*

- rologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology* 2000;54 (suppl 5):S4-S9.
2. Olafsdottir M, Foldevi M, Marcusson J. Dementia in primary care: why the low detection rate? *Scand J Prim Health Care* 2001;19:194-8.
3. Cummings JL, Frank JC, Cherry D et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. Assessment. *Am Fam Physician* 2002;65:2263-72.
4. Rubak J, Bro F, Dinesen O et al. Klinisk vejledning-Identifikation og udredning af demens og demenslignende tilstande i almen praksis. København: Dansk selskab for almen medicin/Månedsskrift for Praktisk Lægegering, 1999.
5. Renshaw J, Scurfield P, Cloke L et al. General practitioners' views on the early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract* 2001;51:37-8.
6. Waldorff FB, Almind G, Makela M et al. Implementation of a clinical dementia guideline. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:142-7.
7. O'Connor DW, Fertig A, Grande MJ et al. Dementia in general practice: the practical consequences of a more positive approach to diagnosis. *Br J Gen Pract* 1993;43:185-8.
8. Jorm AF, Christensen H, Korten AE et al. Informant ratings of cognitive decline in old age: validation against change on cognitive tests over 7 to 8 years. *Psychol Med* 2000;30:981-5.
9. Kemp NM, Brodaty H, Pond D et al. Diagnosing dementia in primary care: the accuracy of informant reports. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002;16:171-6.
10. Jorm AF, Christensen H, Henderson AS et al. Complaints of cognitive decline in the elderly: a comparison of reports by subjects and informants in a community survey. *Psychol Med* 1994;24:365-74.
11. Ready RE, Ott BR, Grace J. Validity of informant reports about AD and MCI patients' memory. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004;18:11-6.
12. Waldorff FB, Rishoj S, Waldemar G. Identification and diagnostic evaluation of possible dementia in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2005;23:221-6.
13. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med* 2001;33:337-43.
14. SAS/STAT User's Guide. SAS OnlineDoc 9.1. Cary, North Carolina, USA: SAS Institute Inc., 2006.
15. Jorm AF, Butterworth P, Anstey KJ et al. Memory complaints in a community sample aged 60-64 years: associations with cognitive functioning, psychiatric symptoms, medical conditions, apoE genotype, hippocampus and amygdala volumes, and white-matter hyperintensities. *Psychol Med* 2004;34:1495-506.

Medicinsk behandling af Alzheimers sygdom

Afdelingslæge Peter Johannsen

H:S Rigshospitalet, Neurologisk Klinik

Resume

I Danmark har specifik medicin mod Alzheimers sygdom været registreret siden 1997. Der er godkendt tre kolinesterasehæmmere (donepezil, rivastigmin og galantamin) med indikationen mild til moderat Alzheimers sygdom og en partielt N-methyl-D-aspartat (NMDA)-receptorantagonist (memantin) med indikationen moderat til svær Alzheimers sygdom. Behandlingen er symptomatisk med en parallelforskydning af forløbet. Levetiden ser ikke ud til at blive forlænget. Der er dokumenteret effekt af kolinesterasehæmmere i op til to år og af memantin i seks måneder. Nye sygdomsmodificerende præparater er i klinisk afprøvning.

Alzheimers sygdom er den hyppigste demenssygdom og den hyppigste neurodegenerative lidelse [1]. I Danmark har symptomatisk behandling været tilgængelig siden 1997 [2]. Der er i 2005 godkendt tre kolinesterasehæmmere (donepezil [3], rivastigmin [4] og galantamin [5]) til behandling af Alzheimers sygdom i let til moderat grad og en N-methyl-D-aspartat (NMDA)-receptorantagonist (memantin [6]) til behandling af Alzheimers sygdom i moderat til svær grad.

Tidligt i forløbet af Alzheimers sygdom kan der påvises et cerebralt kolinergt deficit, der anses for at være en væsentlig årsag til en del af de kognitive symptomer – den såkaldte kolinerge hypotese. Behandling med kolinesterasehæmmere er den mest udbredte symptomatiske behandling ved Alzheimers sygdom. En række andre neurotransmittere er ligeledes afficeret ved Alzheimers sygdom. Det gælder bl.a. også en ændret glutaminerg transmission, hvor øget aktivering af