

Hvorfor har ikke personer som bor i sykehjem som tilsynelatende har demens en demensdiagnose?

Holdninger til demens blant ansatte på sykehjem

Marit Rein Solhaug, H-03

Veileder: Knut Engedal, Prof. Dr. med
Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus

Medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Hovedoppgave

Tittel:

Hvorfor har ikke personer som bor i sykehjem som tilsynelatende har demens en demensdiagnose? - Holdninger til demens blant ansatte på sykehjem

Navn: Marit Rein Solhaug

Veileder: Knut Engedal

Innholdsfortegnelse

English abstract	side 4
Sammendrag	side 5
Bakgrunn	side 6
Hva er demens	side 6
Typer av demens	side 6
Forekomst	side 9
Utredning av demens	side 9
Utredning i kommunehelsetjenesten	side 11
Hvem henvises til spesialisthelsetjenesten	side 11
Tilbudet til utredning i spesialisthelsetjenesten	side 12
Demensdiagnose hos pasienter innlagt i sykehjem	side 12
Formål og problemstilling	side 14
Metode og materiale	side 14
Etikk og juss	side 16
Tidsplan	side 17
Resultater	side 17
Diskusjon	side 23
Undersøkelsens begrensninger	side 25
Konklusjon	side 25
Litteratur	side 26

English abstract

Background: Today about 65000 people in Norway have dementia. About 40 % of all of them live in nursing homes. Many studies have reported that nearly 80 % of nursing home patients in the Nordic countries are demented, but many patients lack diagnosis of dementia. It is unexpected that this problem occurs among patients in both special care units and in regular units. The aim of this study was to describe how common dementia is made among nursing home patients with obvious cognitive impairment and to examine the nursing home staff`s opinion on the the importance to make a diagnosis of dementia.

Materials and methods: To describe the patients in nursing homes I have used material from the project “Behavioural and psychological symptoms of dementia in Norwegian nursing homes” by PhD Geir Selbæk. 1 165 patients were included in this study.

To inquire what the nursing staff means about dementia a questionnaire was sent to a random selection of 3500 nursing staff in 54 different nursing homes.

Results and interpretation: In the first study 933 patients (81%) had CDR 1 or higher, which represent a severe cognitive impairment, equal what is seen in demented patients. In total 517 of 1160 patients (44, 6%) had the diagnosis dementia. Only 28, 6 % of the patients in regular units had a diagnosis. With regard to the queationnaire it was designated that 37, 9 % of patients in regular units do not have the diagnosis. This shows that dementia diagnostics in Norwegian nursing homes is insufficient.

Sammendrag:

Bakgrunn: I Norge i dag regner man grovt sett med at det finnes ca 65 000 mennesker med demens. De aller fleste er over 65 år. Når sykdommen utvikler seg er det vanskeligere å bo selvstendig hjemme og demens er ofte årsaken til at man må bo på sykehjem.

Man regner med at 40 prosent av alle personer med demens i Norge bor i sykehjem. I flere undersøkelser de siste årene har man funnet at forekomsten av demens i vanlige sykehjem er ca 80 % prosent, men mange av dem har ingen demensdiagnose. Det er uventet at diagnostisering av demens ikke skjer for alle som bor i skjermede enheter, og det gjelder også vanlige åpne avdelinger. Det er derfor nærliggende å tro at mange pasienter ikke er godt nok vurdert til formelt å få en demensdiagnose. I denne studien ønsker jeg å finne ut om diagnostisering av demens i norske sykehjem er tilfredsstillende. Jeg ønsker også å kartlegge sykehjemsansattes holdninger i forhold til diagnostisering av demens.

Materiale og metode:

Det er anvendt to ulike metoder og to ulike materialer er benyttet.

Metode og materiale i studie 1: Til å beskrive sykehjemspasientene som har fått en demensdiagnose har jeg brukt data fra forskingsprosjektet ”Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens i norske sykehjem” som er et doktorgradsprosjekt utført av psykiater PhD Geir Selbæk ved sykehuset Innlandet. I alt 1 165 pasienter ble inkludert i denne studien som foregikk i et tilfeldig utvalg sykehjem i Hedmark, Oppland, Vest og Aust Agder.

Metode og materiale i studie 2: For å kartlegge sykehjemsansatte sine holdninger til demensdiagnostisering ble det utført en anonym spørreundersøkelse til et tilfeldig utvalg av 3500 ansatte i 54 sykehjem. Spørreskjemaet ble sendt ut fra Alderspsykiatrisk kompetansesenter ved sykehuset- Innlandet i Hamar, og det er også dette senteret som har koordinert studien.

Resultater og fortolkning: I delstudie 1 hadde 933 (81 %) pasienter en KDV på score 1 eller høyere, som er forenlig med demens. I skjermede enheter hadde 97,5 % en skåre på 1 eller høyere, mens det gjaldt for 74% av pasientene i åpne avdelinger. I alt hadde 517 av 1 160 pasienter (44,6 %) diagnosen demens. Av de 933 med KDV skåre på 1 eller høyere hadde 515 (55%) en demens diagnose. Blant pasienter på skjermet enhet hadde 85,3 % en demensdiagnose, mens kun 28,6 % av pasientene i åpne avdelinger hadde en demensdiagnose.

I spørreundersøkelsen, delstudie 2, oppgav 94,7 % av respondentene at over 50 % av beboerne i skjermede enheter har en demensdiagnose, mens 79,4 % mente at over 80 % har en demensdiagnose. For pasienter i åpen avdeling ble det angitt at 37,9 % ikke har demensdiagnose. Hvis dette er representative tall betyr det at en betydelig andel av pasientene med symptomer på demens spesielt på åpen, men også på skjermet avdeling ikke har diagnosen demens, og funnet samsvarer svært godt med det vi fant i delstudie 1. Studien viser at demens sannsynligvis er utilstrekkelig diagnostisert på norske sykehjem. Dette er svært betenkelig hvis det skulle vise seg at pasienter får dårligere tilrettelagt behandling og oppfølging i tilfeller der diagnosen ikke er stilt.

Bakgrunn

Hva er demens:

Svekkelse av kognitiv funksjon er et kriterium som må være oppfylt for å sette diagnosen demens. I både diagnosesystemet International Classification of Diseases (ICD), som vi bruker i Norge, og i det amerikanske klassifikasjonssystemet, Diagnostic and Statistical Manual og Mental Disorders (DSM) er demens definert som et syndrom som skyldes sykdommer etter skader som primært påvirker hjernen, som vanligvis er kroniske og, - eller av progressiv karakter, kjennetegnet ved svikt i en rekke kortikale funksjoner som hukommelse, orientering, evne til å oppfatte og tenke, innlæring, språk, regning og dømmekraft (1,3).

Typer av demens

Demens er altså en fellesbetegnelse på et syndrom som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt. Evnene til å utføre dagliglivets aktiviteter svikter og den sosiale atferden endrer seg også. Årsakene til demens er mange. For å kunne bruke begrepet demens må det kunne påvises eller antas at det foreligger en organisk sykdom i hjernen som er årsak til den kognitive svikten.

Demens ved Alzheimers sykdom, eller Alzheimers demens (AD) er den vanligste formen for demens, og er en nevrodegenerativ sykdom som rammer hele hjernen. Den starter i entorhinale korteks, i nærheten av hippocampus og sprer seg langsomt til hele korteks og

deretter til subkortikale avsnitt av hjernen. Ved demens ved Alzheimers sykdom med tidlig debut (oftest før 65 år) er det typisk med et raskt progredierende forløp. Den ble tidligere kalt presenil demens og kan debutere hos personer i 30-50 års alder. I starten av sykdommens forløp ses sviktende hukommelse, apraksi, agnosi, språk og /eller skrivevansker, i motsetning til AD med sen debut hvor det er mindre symptomer og hvor hukommelsessvikten dominerer i starten. Sykdomsutviklingen er også langsommere. Forekomsten av AD øker med stigende alder. Noen studier konkluderer med at forekomsten i aldersgruppen over 90 år er over 50-60 %. Årsaken til AD er ukjent, men man kjenner til at AD med tidlig debut kan ha en arvelig komponent, dette gjelder kun noen få av de som får sykdommen. Det er flere årsaksfaktorer som spiller en rolle, både aldring, arv og miljø, det vil si at AD er en multifaktoriell sykdom (4).

AD med vaskulær demens, VaD (blandet AD og VaD demens) er en vanligere form for demens enn tidligere antatt. AD og VaD interagerer med hverandre på flere måter. Vaskulære risikofaktorer og vaskulære hjerneforandringer er risikofaktorer for AD og de to demenstypene deler flere patogenetiske mekanismer (5).

Det fins andre degenerative sykdommer som rammer begrensede deler av hjernen og fører til demens.

Mest vanlig er degenerativ frontallappdemens. Flere skader i pannelappen, som for eksempel blødninger eller hjerneinfarkter, kan imidlertid gi samme type symptomer. Noen degenerative hjernesykdommer som rammer dypere lag av hjernen kalles subkortikale sykdommer kan imitere sykdommer i pannelappene.

Det er først ved undersøkelser av hjernevevet post mortem som kan skille de ulike demenssykdommene fra hverandre. For eksempel er sporadisk frontotemporalappdemens (FTLD) og Picks sykdom to sykdommer med to forskjellige årsaksforhold, men med samme symptomer. Symptombildet kalles det ”frontale syndrom” og kjennetegnes ved initiativløshet som fører til endring i atferd, eksekutive problemer, tilbaketrekning, hemningsløshet, svikt i problemløsning og motoriske språkutfall. Først i senere forløp vil man kunne se alvorlige hukommelsesproblemer.

Demens ved subkortikale sykdommer er degenerative sykdommer som rammer hjernes dypere lag, under hemisfærene. Typiske kognitive symptomer ved subkortikal demens er

reduisert hukommelse, psykomotorisk treghet og initiativløshet. Motilitetsforstyrrelser i form av ekstrapyramidale symptomer og ufrivillige bevegelser forekommer. Depresjon og psykose kan også forekomme i blant.

Parkinsons sykdom, Demens med Lewylegemer og Huntingtons sykdom er eksempler på slike demenstilstander. Mange av pasientene med Parkinsons sykdom utvikler en lett kognitiv svikt preget av langsomt psykomotorisk tempo. Ca 25 % av pasientene utvikler demens. Demens med Lewylegemer (DLL) rammer som regel personer som er over 70 år. Man regner med at 10-15 % av alle med demens har denne formen. DLL har en progresjon omtrent som for Alzheimers sykdom (AD). Hukommelsessvikt opptrer som regel ved et senere tidspunkt enn ved demens ved Parkinsons sykdom. De mest typiske symptomene er en trias bestående av fluktuerende kognitiv svikt, fluktuerende psykotiske symptomer (synshallusinose) og parkinsonisme.

Huntingtons chorea med demens er arvelig betinget. Sykdommen kan forekomme i tidlig alder, så tidlig som i barnealder, men da gjelder det ikke demenssymptomene.

Sykdomsutviklingen kjennetegnes ved nevrologiske utfall i starten, før demenssymptomer, personlighetsendringer og psykoselignende symptomer gjør seg gjeldende (4).

Vaskulær demens (VaD) er et begrep som dekker flere demenstilstander forårsaket av ulike sykdommer i hjernens blodårer. VaD er den andre vanligste demenstypen (5). I en studie konkluderer man med at konseptet vaskulær demens bør re-evalueres og at det er svært viktig å etablere validerte og pålitelige kriterier med tanke på terapeutiske konsekvenser (6). Det er uenighet om hvor mange årsaker det er snakk om, men man kan grovt sett dele årsakene til VaD i fem kategorier, 1) Hjerneinfarkt grunnet embolier, 2) Hyalinose, såkalt småkarssykdom som fører til lakunære hjerneinfarkt, 3) Demens ved iskemisk-hypoksiske hjernesker, 4) Sjeldne karsykdommer i hjernens blodkar, 5) Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL) som er en arvelig form for vaskulær demens og som er sjeldent. I ICD-10 er kriteriene for VaD: De generelle kriteriene for demens må være oppfylt, den kognitive svikten må være ujevn, det må foreligge bevis for fokal hjernelidelse og det må være bevis for cerebrovaskulær lidelse (ved sykehistorie eller CT eller MR funn.)(1,4).

Sekundære demenstilstander er sykdommer hvor demens er et av mange andre symptomer. Langvarig alkoholmisbruk kan føre til demenstilstander som Wernickes encephalopati, Korsakoffs psykose/amnesi og Alkoholisk demens. Vitaminmangel kan føre til demens.

Mangel på vitamin B1 kan føre til Korsakoffs syndrom. Mangel på vitamin B2 kan føre til demens, dermatitis og diaré. Mangel på vitamin B12 kan føre til pernisiøs anemi og det blir hevdet at mangel på B12 kan føre til demens uten at det foreligger sikre bevis for dette. Andre eksempler på tilstander som kan føre til demens er hjernehinnebetennelser, AIDS, hjernesvulster, prionsykdommer og ulike metabolske sykdommer (4).

Forekomst:

I Norge i dag regner man grovt sett med at det finnes ca 65 000 mennesker med demens. De aller fleste er over 65 år. Kun 2-3 prosent er yngre (4). Når sykdommen progredierer er det vanskeligere å bo selvstendig hjemme og demens er ofte årsaken til at man må bo på sykehjem.

Man regner med at 40 prosent av alle personer med demens i Norge bor i sykehjem. I flere undersøkelser de siste årene har man funnet at forekomsten av demens i vanlige sykehjem er ca 80 % prosent (4).

Om 30 år vil dobbelt så mange ha en demenssykdom som i dag, og disse vil trenge både utredning, behandling og omsorg. Trolig vil nær halvparten ha behov for plass i sykehjem. Tallenes tale er tydelig nok, men vi vet lite om hva de innebærer (7).

I følge en undersøkelse i Rotterdam hadde 72 % av dem med demens Alzheimers sykdom. Omregnet til norske forhold betyr det at 45000 har denne formen av demens i Norge. I følge den samme studien er det angitt at 17 % av de med demens har vaskulær demens. Omregnet til norske tall tilsvarer dette en forekomst på ca 10000 i Norge (8). Den tredje og fjerde hyppigste formen av demens er demens med Lewylegemer og frontotemporal demens (4).

Utredning av demens

Ved mistanke om demens hos pasienter yngre enn 65 år er det vanlig at utredning skjer hos spesialist i nevrologi eller på en Hukommelsesklinikk, som i Norge vanligvis er organisert i fagområdet geriatri, psykiatri eller nevrologi. For pasienter som er eldre enn 65 år gjøres utredning som regel hos fastlegen først, eventuelt i avdelinger for alderspsykiatri eller av geriater ved medisinske avdelinger. For å stille diagnosen demens er man avhengig av å få opplysninger fra både pårørende og pasient. En nær pårørende er den som best kan gi opplysninger om hvordan pasienten har endret seg vedrørende kognitive evner og atferd. Bruk av enkle spørreskjema til pårørende anbefales, f. eks "Anamneseskjema til pårørende".

Noen ganger, når atferden er vanskelig å tolke kan det være nyttig med et utredningsopphold i en skjermet sykehjemsavdeling eller i en alderspsykiatrisk institusjon.

Det er viktig å gjøre flere undersøkelser samtidig for å utelukke andre tilstander som kan gi kortvarige demenslignende symptomer, som for eksempel delirium eller depresjon. Mange av disse undersøkelsene kan gjerne gjøres hos fastlegen.

Det finnes flere standardiserte undersøkelser som kartlegger pasientens kognitive funksjon. Mini Mental Status(MMS) er en enkel spørretest som kartlegger pasientens evne til orientering i tid og sted, gjenkalling (hukommelse), språkevne, forståelseevne og generell abstraksjonsevne. Klokketesten er en test som tester pasientens evne til å forstå og tegne en klokke med angivelse av et klokkeslett (9). Enhver fastlege bør kunne utføre og tolke MMS og klokketest. Om man ikke kommer i mål med disse enkle testene kan det henvises til nevropsykologisk testing.

For å gradere demens brukes flere ulike instrumenter, Best kjent og mest brukt er Clinical Dementia Rating Scale (CDR) eller oversatt til norsk Klinisk demensutredning (KDV). Når man bruker KDV kartlegges grad av kognitiv svikt basert på observasjon i dagliglivet gjort av pleiepersonale (eller pårørende) som kjenner pasienten. I sin originale versjon er det også angitt at man skal ha en samtale med pasienten. Dette er en skala som består av seks ledd som dekker områder som hukommelse, orienteringsevne, vurderingsevne samt funksjon i og utenfor hjemmet. På grunnlag av skåringer på hvert av disse områdene får man en samlet skåre. Skåren bygger på observasjoner i fire uker. Skåren graderes fra 0 (ingen kognitiv svikt) til 3 (alvorlig kognitiv svikt) (10).

OBS demens er en observasjonstest som fylles ut av pårørende eller av ansatte på en sykehjemsavdeling. Cornell skala for depresjon ved demens er et nyttig instrument for å kartlegge depressive symptomer hos personer med demens, uansett grad av demens. Det brukes som et intervju av en person som kjenner personene med demens godt.

Montgomery Aasberg Rating Scale (MADRS) kan brukes for å kartlegge depresjonssymptomer hos pasienter med mild grad av demens (4,11).

I Per Kristian Haugens undersøkelse om demensutredning i 2001 konkluderte han med at alle de pasientene som fikk diagnosen demens på utredningstidspunktet fikk diagnosen bekreftet ved re-test 18 måneder senere. Erfaringene fra re-test viste seg imidlertid at det var riktig å

være tilbakeholden med å sette diagnosen demens på et for tidlig tidspunkt. For i alt en firedel av pasientene var det viktig å følge opp over tid, før en sikker diagnose kunne settes. En annen viktig konklusjon var vektleggingen på anamnesticke opplysninger om utviklingen av mental svikt over tid (12).

Utredning i kommunehelsetjenesten

I den norske modellen for diagnostikk og utredning forutsettes samarbeid mellom primærhelsetjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det forventes at fastlegen skal kunne utrede pasienter som har tydelige symptomer på at demens foreligger. Eventuelt kan fastlegen få assistanse av sykepleier og/eller ergoterapeut i kommunen. Om lag 100 norske kommuner har enten demenskoordinator eller demensteam som kan gjøre hjemmebesøk og starte utredning av demens sammen med pasientens fastlege.

Når man på lokalt plan ikke har nødvendig kompetanse eller ressurser til å gjennomføre en utredning, eller når pasientens symptomer er uklare, henvises pasienten til spesialisthelsetjenesten (13). I følge Gausdal og Gjørås hukommelses- og demensutredningsprosjekt i Oslo 2005-06 har oppgavefordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten blitt tydeligere og mer hensiktsmessig, i alle fall i de to bydelene som deltok i deres studie. En har sett fordelene med å samhandle mellom primær- og spesialisthelsetjenesten med tanke på bedre kommunikasjon og sikring av kvalitet på demensutredning (9).

Hvem henvises til spesialisthelsetjenesten

En vanlig situasjon i primærhelsetjenesten er vurdering av kognitiv funksjon i forhold til det å inneha førerkort. Mange fastleger føler seg usikre på en slik vurdering, eller ønsker et en annen skal ta avgjørelsen og henviser derfor pasienten til spesialisthelsetjenesten (14).

Andre hyppige årsaker til henvisning til spesialisthelsetjenesten er kognitiv svekkelse tidlig i sykdomsforløpet. Men det kan også dreie seg om pasienter med klare demenssymptomer, med betydelige atferdsmessige og psykologiske tilleggsproblemer.

Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD) er hyppig forekommende og er av avgjørende betydning for pasientens livskvalitet og ikke minst en belastning for pårørende og omsorgspersonell. Det kreves grundig utredning på grunn av sammensatte årsaksforhold. APSD-syndromet forekommer i alle stadier av demens, men øker når tilstanden progredierer og avtar som regel ved langt kommet, alvorlig demens (13). En annen gruppe som henvises videre er personer yngre enn 65 år (15).

Tilbudet om utredning i spesialisthelsetjenesten

I en undersøkelse av Eek og Nygård i 2004-2005 ble det spurt om kommunenes vurdering av spesialisthelsetjenestens tilbud i forhold til diagnostikk og utredning av demens. Det ble spurt om tilbudet var tilstrekkelig, mangelfullt eller ikke eksisterende. I alt 44 prosent av kommunene vurderte spesialisthelsetjenestens tilbud på dette området som tilstrekkelig, 46 prosent som mangelfullt, med for eksempel for lang ventetid, mens sju prosent opplevde tilbudet som ikke eksisterende. En liknende undersøkelse ble utført i 1996/1997. Når man sammenliknet svarene fra undersøkelser 2004-2005 med svarene fra 1996-1997 er det en klar forbedring, da tilsvarende resultater var henholdsvis 34, 32 og 27 prosent. Eek og Nygård mener situasjonen er bekymringsfull når det gjelder utredning, diagnostikk og behandling av psykiatriske tilleggdiagnoser hos personer med demens. Bare 16 prosent av kommunene opplyser at de har et tilfredsstillende tilbud fra spesialisthelsetjenesten på dette området og 28 prosent opplever at dette tilbudet i praksis mangler.

Eek og Nygård konkluderer med at det er et økende behov for oppbygging av ressurser og kompetanse i kommunene i forhold til diagnostikk og utredning av kognitiv svikt og demens. Målet må være at hver kommune har et demensteam (15).

Demens er en underdiagnostisert tilstand i primærhelsetjenesten. Dette vil føre til at mange ikke får den behandlingen de trenger og det vil affisere livskvaliteten for både pasienten og pårørende. Troverdige screeningmetoder sammen med oppbyggingen av demensteam vil føre til større muligheter for å oppdage og diagnostisere demens (12).

Demensdiagnose hos pasienter innlagt i sykehjem

2005 var det 38268 senger i norske sykehjem. Fra 2005 til 2007 økte antall sengeplasser med 13 %. Antall personer over 80 år økte mer enn antall sengeplasser, noe som ført til mangel på sengeplasser. I de fleste norske sykehjem jobber allmennleger deltid som tilsynsleger. Skjermet avdeling for personer med demens er ikke veldig godt definert i reguleringer. Det er bestemt at disse enhetene skal være mindre enn åpne enheter og at pasienter bør være evaluert for demensdiagnosen. (Helse- og omsorgsdepartementet 1988) (13).

I Eek og Nygårds landsdekkende undersøkelse om tilbud til personer med demens i norske kommuner fant man at kommunene fra 1996-1997 til 2004-2005, et tidsrom som sammenfaller med satsingen som fulgte av St. meld nr 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen*), har fulgt anbefalingene om å øke antall tilrettelagte plasser for personer med

demens i heldøgns omsorg og pleie (15). Det har vært størst økning i antall plasser i skjermet avdeling, fra 4500 i 1996-1997 til ca 7900 i 2004-2005. Andel skjermingsplasser (i forhold til totale sengeplasser i sykehjem) i 1996-1997 var 13,3 % og økte til 20,7 % i 2005. Men om man vet at omlag 80 % av pasienter i norske sykehjem har en demenssykdom er det bare 25 % som får et tilrettelagt bo - og behandlingstilbud. Eek og Nygård mener at antallet plasser i skjermet avdeling bør økes betraktelig. En tredobling i forhold til dagens plasser vil gi bedre muligheter for tilrettelegging av et tilpasset behandlingstilbud (15).

I følge Statistisk sentralbyrå vil aldersgruppen 80 år og eldre øke fra 210000 (2006) til 520000 i 2050. Antall personer med demens vil øke fra ca 66000 til ca 160000. Om ikke man finner frem til en mirakuløs kur mot demens er det helt nødvendig med en formidabel utbygging av tilbud og kvalifisere personell til å arbeide på demensområdet (15).

Demens er en underdiagnostisert tilstand i primærhelsetjenesten, både blant klienter som mottar hjemmesykepleie og som er innlagt i sykehjem. Dette vil føre til at mange ikke får den behandlingen de trenger og det vil affisere livskvaliteten til både pasienten og pårørende. I en undersøkelse av Harald Nygård og Sabine Ruth fant man at 59 % av pasienter som nettopp hadde blitt innlagt på sykehjem burde ha fått en demensdiagnose i følge ICD-10 kriteriene. For en tredjedel av disse pasientene fant man ingen opplysninger i sykehjemmenes journaler og kardekser som indikerte at pasientene hadde demens. I alt 83 % av de udiagnostiserte pasienter hadde moderat eller alvorlig demens. (16).

Etter innleggelse på et sykehjem er det på sin plass med en generell helseundersøkelse. Ofte ble ikke dette gjort i følge Nygaard og Ruths undersøkelse, selv flere måneder etter innleggelse. I noen av journalene hos pasienter som fikk diagnosen demens fant man ingen legeopptegnelser i journalen som indikerte at pasienten var blitt undersøkt med hensyn til demensdiagnosen (16). Dette vitner om en mangelfull journalføring i norske sykehjem. Diagnostisering av demens i sykehjem er viktig, fordi pasienter med udiagnostisert demens ofte blir ofre for misforståelser som igjen kan føre til atferdsproblemer, feilmedisinering og underbehandling av somatiske tilstander som for eksempel smerter (16).

Medisinsk diagnostikk og vital behandling er ikke tilstrekkelig dekket for eldre pleietrengende pasienter, i tillegg synes også psykososiale behov å være nedprioritert. Leger og sykepleiere

beskriver at tid er det største knapphetsgodet. Mangelfull koordinering og organisering av helsehjelp til eldre er også et gjennomgående problem (17).

Formål og problemstilling:

Det overordnede målet med denne studien er: 1) Beskrive sykehjemspasienter som har fått en demensdiagnose og 2) Kartlegge holdningene til de ansatte i sykehjem hvor viktig de synes at det stilles en demensdiagnose.

Metode og materiale:

For å besvare de to spørsmålene er det anvendt to ulike metoder og to ulike materialer er benyttet.

Metode og materiale i studie 1: Til å beskrive sykehjemspasientene som har fått en demensdiagnose har jeg brukt data fra forskingsprosjektet ”Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens i norske sykehjem” som er et doktorgradsprosjekt utført av psykiater PhD Geir Selbæk ved sykehuset Innlandet. I alt 1 165 pasienter ble inkludert i denne studien som foregikk i et tilfeldig utvalg sykehjem i Hedmark, Oppland, Vest og Aust Agder. Jeg er blitt engasjert som prosjektmedarbeider og melding om dette har blitt meddelt REK- øst. Data er behandlet anonymt, det vil si at jeg ikke har hatt adgang til pasientenes identitet. Følgende variabler har blitt brukt: 1) Gradering av kognitiv svikt ved hjelp av KDV: Ingen kognitiv svikt, tvilsom demens, mild demens, moderat demens, alvorlig demens, 2) Bruk av psykofarmaka og antidemens legemidler, 3) Type avdeling, det vil si åpen eller skjermet avdeling

Metode og materiale i studie 2: For å kartlegge sykehjemsansatte sine holdninger til demensdiagnostisering ble det utført en anonym spørreundersøkelse til et tilfeldig utvalg av 3500 ansatte i 54 sykehjem. Spørreskjemaene ble sendt til en person i sykehjemmet som tok ansvaret for at alle ansatte fikk spørreskjemaet. Vedlagt hvert skjema lå en frankert svarkonvolutt. Denne metoden garanterte at ingen i ledelsen ved sykehjemmene kunne kontrollere den ansattes svar. Samtidig var det med en slik framgangsmåte heller ikke mulig å sende purring dersom skjema ikke ble besvart. (Vi hadde ikke økonomi til å sende purring til

alle.) Vi har således ikke kontroll over hvilke sykehjem som i minst eller mest mulig grad har besvart eller hvilke yrkesgrupper som har besvart minst ellers mest. Spørreskjemaet ble sendt ut fra Alderspsykiatrisk kompetansesenter ved sykehuset- Innlandet i Hamar, og det er også dette senteret som har koordinert studien.

Vi stilte 11 spørsmål:

1. På hvilken avdeling jobber du?

Skjermet avdeling	
Åpen avdeling	

2. Hva slags stilling har du på sykehjemmet?

Pleieassistent	
Hjelpepleier	
Sykepleier	

3. Hvor mange av beboerne på din avdeling har diagnosen demens?

Under 50 %	
Mellom 50 -80 %	
Over 80 %	
Vet ikke	

4. Hvor mange av beboerne på din avdeling tror du har en demenstilstand?

Under 50 %	
Mellom 50 og 80 %	
Over 80 %	
Vet ikke	

5. Synes du at det er viktig at beboere på sykehjem blir utredet mht demens?

Ja	
Nei	
Vet ikke	

6. Tror du en person med demens vil få bedre oppfølging og behandling hvis han/hun får en demensdiagnose?

Ja	
Nei	
Vet ikke	

7. Hva er etter din mening det viktigste å få rede på i en demensutredning (nummerer i prioritert rekkefølge fra 1-5 der 1 er viktigst)

Den medisinske diagnosen	
Den daglige funksjonsevnen	
Årsak til atferden	
Opplysninger som bestemmer legemiddelbehandlingen	
Opplysninger som bestemmer miljøbehandlingen	

8. Synes du det er mangel på utredning av demens hos beboere på din avdeling?

Ja	
Nei	
Vet ikke	

9. Synes du tilbudet for personer med demens på norske sykehjem er godt nok?

Ja	
Nei	
Vet ikke	

10. Synes du at andre sykdommer enn demens prioriteres høyest på avdelingen?

Ja	
Nei	
Vet ikke	

11. Har du vært på kurs om demens?

Ja, en gang	
Ja, flere ganger	
Nei, aldri	

Etikk og juss:

I delstudie 1 ble undertegnede engasjert som prosjektmedarbeider i Geir Selbæks doktorgradsstudier. Dette ble godkjent av REK-øst. Som student hadde jeg kun tilgang til anonyme data.

Delstudie 2 var en anonym spørreundersøkelse til helsepersonell om deres holdninger. Det ble ikke spurt om pasientdata. En slik undersøkelse er ikke meldepliktig verken til REK eller Personvernombudet.

Tidsplan:

I den første oppgaveperiode mai/juni 07 ble det arbeidet med å få sendt spørreskjemaer til sykehjem. Svarene fra spørreundersøkelsene ble bearbeidet i andre oppgaveperiode, høsten 08

Resultater:

Delstudie 1:

I Geir Selbæks studie var målsetningene å beskrive forekomst og forløp av atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer ved demens (APSD) blant pasienter i norske sykehjem og undersøke hvordan symptomene påvirkes av behandling med psykofarmaka. Det ble i Selbæks studie også undersøkt validitet og reliabilitet av en skala som brukes for registrering av APSD, Nevropsykiatrisk evalueringsskema (NPI). Det ble også foretatt en sammenlikning av forekomst av APSD og bruk av psykofarmaka i skjermede enheter (SE) og vanlige åpne somatiske enheter.

Ved første datainnsamling ble det et representativt utvalg av 1 165 sykehjemspasienter fra fire norske fylker inkludert, 1 163 ble analysert, derav hadde 933 CDR 1 eller høyere. Det betyr at 933 (81 %) hadde en kognitiv funksjon som er forenlig med demens. Av 1 160 pasienter hadde 517 en demensdiagnose (44,6 %), av de 933 med typisk demenssymptomatologi hadde 515 (55 %) fått en demensdiagnose, nedtegnet enten i legens journal eller i sykepleiekardeks. Blant pasienter i skjermte avdelinger hadde 97,5 % KDV skåre på 1 eller høyere, mens det var tilfelle for 74% blant pasientene på de åpne avdelingene.

Tabell 1 viser forholdet mellom type avdeling og hvor mange pasienter på hver avdeling som har fått en demensdiagnose eller ikke.

Tabell 2 viser sammenhengen mellom pasientene som har fått diagnosen demens og hva slags grad av demens de har (KDV); ingen kognitiv svikt, mild demens, moderat demens, alvorlig demens.

Hos 72 % var klinisk signifikante APSD til stede. Av dem hadde 33 % alvorlig APSD. Blant pasientene med demens (CDR 1 eller høyere) brukte 75 % psykofarmaka fast.

Tabell 1. Andel pasienter med demensdiagnose i forhold til avdelingstype, n= 1160

		Demensdiagnose		
		Nei	Ja	Alle
Type avdeling	Åpen somatisk	543 (71,4 %)	218 (28,6 %)	761 (100 %)
	Rehab/korttid	31(86,1 %)	5 (13,9 %)	36 (100 %)
	Skjernet enhet	46 (14,7 %)	266 (85, 3 %)	312 (100 %)
	Bokollektiv	10 (27, 8 %)	26 (72,2 %)	36 (100 %)
	Annet	13 (86, 7 %)	2 (13,3 %)	15 (100 %)
	Total	643	517	1160

$\chi^2=317,946$, $p=<0.001$

Tabell 1: I denne studien hadde 517 av 1 160 pasienter (44,6 %) diagnosen demens. To av dem hadde KDV < 1. Tabellen viser at av de i alt 761 som bor på åpen somatisk avdeling har 218 (28,6 %) en demensdiagnose, og at 266 av 312 pasienter (85, 3 %) ved skjernet avdeling har diagnosen demens.

Tabell 2:Krystabell: Forholdet mellom demensdiagnose og KDV, n=1156

		KDV					Total
		0	0,5	1,0	2,0	3, 0	
Demen s- diagno se	Nei	36(5,6%)	185(28,9)	163(25,4%)	134(20,9%)	123(19,2%)	641(100%)
	Ja	0 (0 %)	5 (1,0 %)	70(13,6%)	175 (34,0%)	265 (51,5%)	515 (100 %)

$\chi^2= 290,777$, $p=0.001$

Tabell 2: Man ser av tabellen at andelen av de med demensdiagnose øker med økt KDV skåre. Hele 440 av 515 (85,4 %) med diagnosen demens har moderat eller alvorlig demens. Men samtidig ser man at mange uten demensdiagnose har KDV skåre på 2 eller 3, henholdsvis

20,9 % og 19,2 %. Kun 265 av 388 (68,3 %) med alvorlig demens i følge KDV skåren hadde en demensdiagnose.

Av personer med moderat kognitiv svikt (KDV2), var det 175 av 309 (56,7 %) som hadde diagnosen demens.

Delstudie 2:

Det ble sendt ut til sammen 3500 spørreskjemaer. Vi fikk svar fra 1 551, dvs. en svarprosent på 44 %. Tabell 3 viser hvilke yrkesgrupper som besvarte spørreundersøkelsen, mens tabell 4 viser i hvilke avdelinger respondentene arbeidet på. Det skal bemerkes at antall leger som besvarte undersøkelsen var meget lav, og antall som besvarte og som arbeidet på skjermede avdelinger var relativt høy.

Tabell 3:

Yrkesgrupper som besvarte spørreundersøkelsen:

	Antall	Prosent
Pleieassistent	200	12,9 %
Hjelpepleier	818	52,7 %
Sykepleier	410	26,4 %
Lege	10	0,6 %
Ufaglært	104	6,7 %
Total	1551	100 %

Tabell 4:

Arbeidssted til de som besvarte spørreundersøkelsen:

	Antall	Prosent
Skjermet avdeling	498	32,1 %
Åpen avdeling	1040	67,1 %
Total	1538	99,2 %
Ubesvart	13	0,8 %
Total	1551	

Tabell 5 viser hvor mange beboere på vanlige avdelinger og på skjermede avdelinger som har en demensdiagnose i følge journalen eller sykepleiekardeks, mens tabell 6 viser hvor stor andel personell på de to avdelingstypene *tror* har en demenstilstand.

Tabell 5: Sammenhengen mellom andel beboere med en demensdiagnose og avdelingstype

		Hvor mange av beboerne på din avdeling har diagnosen demens?				
		< 50 %	50 % - 80%	> 80 %	Vet ikke	Totalt
Hvilken avdeling jobber du på?	Skjermet	16 (3,2 %)	76 (15,3%)	394(79,4%)	10 (2,0 %)	496 (100 %)
	Åpen	390(37,9%)	330(32,1%)	165(16,0%)	144(14,0%)	1029 (100 %)

$\chi^2=6.010E2$, $p<0.001$

Tabell 5: På skjermet avdeling skal alle ha diagnosen demens. I denne studien oppgav 94,7 % av respondentene at over 50 % har en demensdiagnose, og 79, 4 % mente at over 80 % hadde en demensdiagnose.

Tabell 6: Sammenhengen mellom hvor mange de ansatte tror har en demensdiagnose på sin avdeling og avdelingstype

		Hvor mange av beboerne tror du har en demenstilstand?				
		< 50 %	50-80 %	> 80 %	Vet ikke	Totalt
Hvilken avdeling jobber du på?	Skjermet	7 (1,4 %)	63 (12,7%)	419(84,6%)	6 (1,2 %)	495(100,0%)
	Åpen	196(18,9%)	462(44,6%)	321(31,0%)	56 (5,4%)	1035 (100,0 %)

$\chi^2=3,906E2$, $p<0,001$

Tabell 6: På skjermet avdeling er det 84,6 % av respondentene som tror at over 80 % av pasientene har demens. Dette er en forskjell på 5,2 % i forhold til tabell 5.

Den neste tabellen, tabell 7 viser sammenhengen mellom tabell 5 og 6, dvs. hvor stor andel av de som personalet tror har en demenstilstand som faktisk har en demensdiagnose.

Tabell 7: Sammenhengen mellom de ansattes oppfatning av hvor mange som de tror har demens og hvor mange som har diagnosen demens

		Hvor mange av beboerne på din avdeling tror du har demens?				
		< 50 %	50-80 %	> 80 %	Vet ikke	Total
Hvor mange diagnosen demens?	< 50 %	167 (41 %)	196(48,2%)	34 (8,4 %)	10 (2,5 %)	407(100%)
	50-80 %	8 (2,0 %)	245 (60 %)	143 (35 %)	12 (2,9 %)	408(100%)
	> 80%	4 (0,7 %)	20 (3,6 %)	532(95,2%)	3 (0,5 %)	559(100%)
	Vet ikke	23 (14,9%)	62 (40,3 %)	32 (20,8 %)	37 (24 %)	154(100%)
	Total	202	523	741	62	1528

$\chi^2=1,200E3$, $p=<0.001$

Tabell 7: I alt 56,6 % av de som jobber på avdelinger som har under 50 % med pasienter med diagnosen demens mener at flere enn 50 % har demens. På avdelinger med mellom 50-80 % som har demensdiagnose er det 35 % av respondentene som mener at det er mer enn 80 % som har diagnosen og 60 % mener det er 50-80 % som har diagnosen.

På avdelinger der de har over 80 % med diagnosen demens, tror 95 % av respondentene at over 80 % har demens, det vil si at det passer med deres oppfatning.

Tabell 8 viser sammenhengen mellom hva slags avdeling personale jobber på og deres oppfatning av om en demensdiagnose vil medføre bedre oppfølging og behandling.

Tabell 8: Sammenhengen mellom de ansattes oppfatning av bedre oppfølging og behandling med en demensdiagnose og avdelingstype

		Tror du en person med demens vil få bedre oppfølging og behandling hvis han/hun får en demensdiagnose?			
		Ja	Nei	Vet ikke	Total
Hvilken avdeling jobber du på?	Skjermet	441(88,6%)	26 (5,2 %)	31 (6,2 %)	498(100%)
	Åpen	747(72,2%)	149(14,4%)	139(13,4%)	1035(100%)

$\chi^2=52,176, p<0,001$

Tabell 8: Det er en ganske klar overbevisning hos helsepersonell på både skjermet og åpen avdeling om at en demensdiagnose vil føre til bedre oppfølging og bedre behandling. På skjermet avdeling var det 88, 6 % som mente at en person med demens vil få bedre behandling mot 72,2 % på åpen avdeling. Det vil si at totalt 1 188 av 1533 (77,5 %) mente dette.

Det er bred enighet om at tilbudet for demente ikke er godt nok. Hele 80, 1 % av alle respondentene mener at tilbudet for pasienter med demens ikke er godt nok (spørsmål 9 i spørreundersøkelsen).

Det er en overbevisende andel av helsepersonellet som mener det er viktig at beboerne blir diagnostisert for demens. Hele 95,9 % mener dette er viktig (spørsmål 7).

I alt 39, 7 % oppgir at de har vært flere ganger på kurs om demens, mens 29, 5 % oppgir at de aldri har vært på kurs (spørsmål 11).

Når det gjelder forskjellene mellom de ulike yrkesgruppene angående spørsmålet om de synes det var mangelfull utredning av demens på sin avdeling svarte 41,9 % av sykepleierne ”ja” på dette, av hjelpepleierne var det 42,9 % som svarte ”ja” på dette (Spørsmål 8). Det var dermed ikke noen store forskjeller.

Diskusjon:

Delstudie 1:

Undersøkelsen viser at demens er utilstrekkelig diagnostisert på norske sykehjem. I denne studien hadde 81 % en KDV på score 1 eller høyere, mens kun 517 av 1 160 pasienter (44,6 %) hadde diagnosen demens, altså langt under 80 %. Blant pasientene i skjermet avdeling hadde 85,3 % demensdiagnose, mens kun 28,6 % i åpen avdeling hadde en demensdiagnose. En langt høyere andel hadde KDV skåre på 1 eller høyere, henholdsvis 97,5 % i skjermet enhet og 74 % i åpen avdeling. Retningslinjer om skjermet avdeling sier blant annet at pasientene skal ha vært utredet og fått diagnosen demens. Trolig har 100 % av disse pasientene symptomer på demens, men alle har ikke en demensdiagnose. Det burde de hatt ettersom forutsetningen for å bo i en skjermet avdeling er at de skal være diagnostiserte. Situasjonen er dog langt verre på åpne avdelinger hvor kun 28,6 % har en demensdiagnose, mens den reelle andelen er langt høyere, trolig 74 % i følge KDV skåren. Det er derfor nærliggende å tro at mange pasienter ikke er godt nok vurdert slik at de formelt kan få en demensdiagnose. Når man vet at pasienter med og uten demensdiagnose behandles ulikt, gir dette rom for bekymring og et betydelig forbedringspotensiale.

Som forventet tilhørte de fleste av de 517 med en demensdiagnose til KDV 3- gruppen. Mer enn halvparten hadde en alvorlig kognitiv svikt (tabell 2).

Tabell 2 viser videre at antallet pasienter med diagnosen demens sank med synkende KDV-skåre. Det betyr at demensdiagnosen oftere blir stilt hos pasienter med åpenbar kognitiv svikt. Likevel er det mange med KDV 2-3 som ikke får stilt diagnosen. Er årsaken til denne underdiagnostiseringen at man ikke ser verdien av diagnosesetting? Eller er terskelen for å sette diagnosen for høy? Er det slik at disse pasientene får annen behandling enn de som har demensdiagnosen? I så fall er dette en betydningsfull observasjon. Man må anta at helsepersonell som omgås disse pasientene observerer demenssymptomene. Årsakene til at ingen utreder videre eller setter en diagnose som blir nedtegnet i en journal eller en kardeks kan være mange. Det kan være det at man ikke tror det vil gjøre noe fra eller til i forhold til oppfølging. Alternativt kan det være at helsepersonell ved norske sykehjem ikke har kunnskap nok om demens og at rutinene for utredning rett og slett ikke blir gode nok. Imidlertid står dette i kontrast til hva vi finner i spørreundersøkelsen, hvor de fleste mener at det er viktig for behandlingen av pasienten å stille en demensdiagnose. Pussige nok er det blant de 517 to pasienter som har diagnose, men som vurderes som KDV under 1. Trolig er dette pasienter med demens i et meget tidlig stadium.

Delstudie 2:

For å bo på skjermet avdeling forutsettes det at man skal ha diagnosen demens. I denne spørreundersøkelsen oppgav 94,7 % av de spurte at over 50 % av pasientene i skjermet avdeling har en demensdiagnose, mens 79,4 % mente at over 80 % hadde en demensdiagnose. Sammenlignet med tall fra delstudie 1 stemmer dette bra overens. Det ble i Geir Selbæks undersøkelse oppgitt at 85,3 % av alle i skjermet enhet har en demensdiagnose. Tall for pasienter i åpen avdeling er noe annerledes, hvor 46,1 % av respondentene mente at mer enn 50 % av pasientene har en demensdiagnose (tabell 5). I delstudie 1 hadde kun 28,6 % av pasientene i åpne avdelinger en demensdiagnose. Hvorfor respondentene i delstudie 2 angir at flere har en demensdiagnose enn hva man fant i delstudie 1 er vanskelig å forklare. Men uansett, om dette er representative tall betyr det at en betydelig andel av pasientene med åpenbare demenssymptomer på åpen og skjermet avdeling ikke har diagnosen demens, og funnet samsvarer vært godt med det vi fant i delstudie 1. Hva dette skyldes vet vi ikke, og den foreliggende undersøkelsen kan ikke gi svar på det. Trolig er det slik at noen leger ikke synes at det er av betydning om man setter en diagnose eller ikke. En annen forklaring kan være at tilsynslegen ikke vet hvordan man skal gjøre en demensutredning, men dette er antagelig lite sannsynlig. Kunnskapen til tilsynsleger på dette området burde vært adekvat.

Resultatene som er gjengitt i tabell 6 understøtter muligens at det er betydningen av det å sette en demensdiagnose som undervurderes. Både når det gjelder pasienter som bor i åpen og skjermet avdeling anser de som er spurt at langt flere pasienter har en demenstilstand enn dem som har en demensdiagnose. Det er relativt flere av de som arbeider i åpen avdeling som mener at pasientene er underdiagnostisert i forhold til diagnosen demens. Dette er forventet fordi dersom man arbeider på en skjermet avdeling så antar man at alle har en demenstilstand. Generelt kommer det fram at helsepersonell mener det er flere som har demens enn dem som faktisk har diagnosen demens. Tabell 7 understreker det som også fremkom i delstudie 1, at jo mer kognitiv svikt en pasient har, jo mer sannsynlig er det at han eller hun har en demensdiagnose. Denne tabellen viser tydelig at det er stort samsvar mellom personalets oppfatning om at noen har en demenstilstand i gruppen KDV 3 og at de har en demensdiagnose. På avdelinger der de har over 80 % med diagnosen demens, tror 95 % at over 80 % har demens, det vil si at det passer med deres oppfatning.

Helsepersonell som jobber på både skjermet og åpen avdeling mener at en demensdiagnose vil føre til bedre oppfølging og bedre behandling (tabell 8). På skjermet avdeling var det 88,6 % som mente at en person med demens vil få bedre behandling mot 72,2 % på åpen avdeling. Det vil si at totalt 1188 av 1533 (77,5 %) mente dette. Dette er jo et svært så overbevisende funn, og man må derfor undre seg over hvorfor demensdiagnostikk er så nedprioritert på norske sykehjem slik det fremkommer i delstudie 1 og i Nygaard og Ruths tidligere undersøkelse (16). Det kan ikke bare skyldes tilsynslegenes praksis. Antagelig må holdningen om at det er viktig å stille en demensdiagnose følges opp med praktisk arbeid, det vil si innføring av nye rutiner ved inntak i sykehjem. Ettersom om lag 80 % av alle sykehjemsbeboere har symptomer på demens, vil vi foreslå at det rutinemessig bør utføres en demensutredning på alle pasienter i sykehjem, helst i forbindelse med innleggelse.

Undersøkelsens begrensninger:

Spørreundersøkelsen er anonym og man vet ikke hvordan hver enkelt har kommet fram til sitt standpunkt. Det kan være at noen har gjort et anslag basert på egne observasjoner, noen kan ha gått inn i journaler og kardekser, noen kan ha spurt sin overordnede. Dette er en svakhet ved studien. Svarprosenten var ikke spesielt høy, på ca 44 % og få av tilsynslegene har bevart. Dette er forhold man må ta med i vurderingene og som kan svekke kvaliteten av delstudie 2.

Konklusjon:

Det kan virke som om de fleste ansatte har en formening om beboere har demens uavhengig av om de har en fastsatt diagnose. Samlet kan det ut i fra disse to delstudiene virke som at demens ved sykehjem Norge er underdiagnostisert. Dette er i så fall svært betenkelig hvis det skulle vise seg at pasienter får dårligere tilrettelagt behandling og oppfølging i tilfeller der diagnosen ikke er stilt. Dette hadde vært interessant og betydningsfullt å finne ut mer om dette i videre undersøkelser.

Litteratur:

1. ICD-10- International classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
2. Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders. 4th ed: DSM-IV. Washington DC.: American Psychiatric Association, 1994.
3. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, Relkin N, Small GW, Miller B, Stevens JC. Practice parameter: Diagnosis and dementia (an evidence-based review). *Neurology* 2001; 56: 1143-1153.
4. Engedal K, Haugen PK. Lærebok demens, Fakta og utfordringer. 4. Utgave, Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse, 2005.
5. Erkinjuntti T. Diagnosis and management of vascular impairment and dementia. *J Neural Transm Suppl.* 2002; 63: 91-109.
6. Braekhus A, Engedal K. Vascular dementia. An ill-defined concept. *Tidsskrift Nor Lægeforen* 2004; 124 (8): 1097-99.
7. Selbæk, G. Demens- Behov for et kvalitetsløft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1892
8. Ott A, Breteler MMB, van Harskamp F, Stijin T, Hofman A. Incidence and risk of dementia. The Rotterdam Study. *Am J Epidemiol* 1998; 147: 574-580.
9. Gausdal M, Gjører L. I samhandling om demensutredning. Hukommelse- og demensutredningsprosjekt 2005-2006, Oslo: Ullevål universitetssykehus, 2006.
10. Waite L, Grayson D, Jorm AF, Creasey H, Cullen J, Bennett H, Casey B, Broe GA. Informant-Based staging and Dementia Using the Clinical Dementia Rating. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 1999; 13(1): 34-37.
11. Wetterberg P, Aga O. Demenshåndboken. Oslo: Pfizer Neuroscience, 2002.

12. Haugen, PK. Hva var det jeg sa. Demensutredning i spesialisthelsetjenesten - En prospektiv undersøkelse. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2001.
13. Selbæk G. Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Norwegian nursing homes- prevalence, course and association with psychotropic drug use. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22(9): 843-9.
14. Brækhus A, Lillesveen B. Utredning av demens. Organisering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra tre fylker og 17 kommuner. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse, 2005.
15. Eek A, Nygård AM. Lysning i sikte. Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Landsdekkende undersøkelse. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2006.
16. Nygaard HA., Ruths S. Missing the diagnosis: Senile dementia in patients admitted to nursing homes. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 148-152.
17. Førde E, Pedersen R, Nortvedt P, Aasland O. Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1913-6