

Riktlinjer

Utredning och handläggning av demens

Kommunerna Grums, Säffle, Åmål och Årjäng – Fyrkom



Innehåll

Inledning.....	2
Bakgrund.....	2
Mild kognitiv störning (MCI)	3
De vanligaste demenssjukdomarna.....	3
Alzheimers sjukdom	4
Vaskulär demens.....	4
Blanddemens.....	5
Frontotemporal demens (frontallobsdemens)	5
Demenssjukdom hos personer med begåvningshandikapp, särskilt Downs syndrom	6
Lewybodydemens (LBD)	6
Utredning av kognitiva symtom.....	6
Basal demensutredning.....	7
Utvidgad utredning och omhändertagande på specialistnivå	8
Utvidgad demensutredning av arbetsterapeut	10
Minnesmottagningens övriga funktioner	10
Demenssjuksköterskans roll i kommunen	11
Arbetsterapeutens roll i kommunen	11
Fortsatt handläggning eller omhändertagande	12
Bilaga 1a.....	14
Bilaga 1b.....	15

Inledning

Riktlinjerna ska vara en källa till kunskapsökning inom demensvården i de fyra kommunerna Grums, Säffle, Åmål och Årjäng, och en grund för utredning av misstänkt demenssjukdom. De utgår från ”Demensutredning på primärvårdsnivå” (Åstrand 2009) samt ”Demensutredning i primärvård (Marcusson 2009). Riktlinjerna ska ses som ”ett levande dokument” och uppdateras och utvecklas kontinuerligt.

Bakgrund

Demens är ett syndrom där åldern är den främsta riskfaktorn. Minnesproblem kan bero på många olika orsaker och alla som upplever att den intellektuella funktionen inte fungerar som den brukar bör erbjudas en läkarbedömning (Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU 2007).

Det är ofta svårt att skilja ett normalt åldrande från ett tidigt demenstillstånd eller från andra differentialdiagnostiskt närliggande sjukdomstillstånd. Demens tillhör inte det normala åldrandet. Enligt Svenskt Demenscentrum (2009) insjuknar i Sverige årligen mer än 20 000 personer i demenssjukdom. Vi anser att det stora antalet demenssjuka ställer krav på att organisationen av demensutredningar fungerar.

En demensutredning har fyra viktiga aspekter: att fastställa diagnos, ge medicinsk behandling och underlag för en god omvårdnad samt att ge information och stödja den drabbade och de närstående (Socialdepartementet 2003). Denna intention ligger till grund för detta dokument. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demenssjukdom och stöd till närstående, kommer att implementeras i det fortsatta arbetet.

Mild kognitiv störning (MCI)

Att fastställa demensdiagnosen i tidigt stadium kan vara svårt då det normala åldrandet kan överlappa sjukliga tillstånd.

MCI-begreppet innebär åldersrelaterad, subjektiv och objektiv försämring av minne och kognitiva förmågor, utan att detta föranleder den funktionella försämring som gör att personen uppfyller kriterier för demenssjukdom.

De vanligaste demenssjukdomarna

- Alzheimers sjukdom
- Vaskulär demens
- Blanddemens (Alzheimers sjukdom med hjärnskador orsakade av nedsatt cirkulation till hjärnan)
- Frontotemporal demens (även kallad frontallobsdemens)
- Demens hos person med begåvningshandikapp, särskilt Downs syndrom
- Lewybodydemens
- Alkoholdemens
- Demens i samband med psykisk sjukdom

Alzheimers sjukdom, DSM-IV-kriterierna

En nedsättning av flera kognitiva funktioner kan visa sig genom:

1. Nedsatt minnesfunktion (bristande förmåga att lära in något nytt, att minnas vad som tidigare lärts in).
2. Minst en av följande störningar: afasi (språkstörning), apraxi (oförmåga att utföra ändamålsenliga rörelser trots intakta motoriska funktioner), agnosi (bristande förmåga att känna igen eller identifiera föremål trots intakt sensorisk funktion), störning av exekutiva funktioner (dvs. planera, rangordna, tänka abstrakt).
3. Förloppet karakteriseras av en smygande debut och en fortskridande kognitiv nedsättning. Den kognitiva funktionsnedsättningen förekommer inte enbart i samband med konfusionstillstånd.

Vaskulär demens, DSM-IV-kriterierna

En nedsättning av ett flertal kognitiva funktioner, vilket visar sig genom:

1. Minnesnedsättning (bristande förmåga att lära in nytt material och att komma ihåg tidigare inlärt material).
2. Minst en av följande kognitiva störningar: afasi (språkstörning), apraxi (oförmåga att utföra ändamålsenliga rörelser trots intakt motorfunktion), agnosi (bristande förmåga att känna igen föremål trots intakt sensorisk funktion), störning av exekutiva funktioner (dvs. planera, organisera, rangordna, tänka abstrakt).

Fokala neurologiska tecken och symtom t.ex. överdrivet kraftiga reflexer i djupt belägna sensor, Babinskis reflex, pseudobulbär pares, gångdefekter, svaghet i en extremitet eller undersökningsfynd som indikerar cerebrovaskulär sjukdom (t.ex. multipla infarkter omfattande cortex och underliggande vitsubstans) som bedöms ha ett etiologiskt samband med störningen.

Den kognitiva funktionsnedsättningen förorsakar en betydande försämring av social eller yrkesmässig funktion och innebär en betydande sänkning från tidigare funktionsnivå. Funktionsnedsättningen inträffar inte bara under konfusionstillstånd.

Blanddemens

Det är vanligt att personer har mer än en demenssjukdom, detta gäller särskilt i högre åldersgrupper. Studier har visat att en majoritet av personer med diagnosen vaskulär demens haft Alzheimerförändringar i hjärnan. Symtomen är desamma som vid Alzheimers sjukdom. Vid utredningen ser man emellertid också inslag av hjärnskador orsakade av nedsatt cirkulation.

Frontotemporal demens (frontallobsdemens)

Smygande debut och en långsam progress med förändringar av personlighet och beteende. Bidragande diagnostiska tecken är sjukdomsdebut före 65 år och liknande sjukdomsbild hos anhörig. Tidiga tecken är förlust av sjukdomskänsla, koncentrationsstörning, hämningsbortfall, bristande omdöme och insikt. Försämring av motoriska språkfunktioner, känslomässig avflackning, personlighetsförändring samt att minnet ofta initialt är intakt.

Demenssjukdom hos personer med begåvningshandikapp, särskilt Downs syndrom

Personer med begåvningshandikapp och som också utvecklar en demenssjukdom tillhör en grupp som kan kräva särskilda insatser vid utredning. Erfarenhet har visat att det kan vara svårare att upptäcka tidiga tecken på demenssjukdom särskilt hos personer med relativt svårt begåvningshandikapp. Ofta upptäcker familj eller vårdgivare beteendeförändringar som inte alltid och självklart relateras till en demensutveckling.

Lewybodydemens (LBD)

Lewybodydemens utgörs av en progredierande nedsättning av de kognitiva funktionerna vilket medför en betydande social och yrkesmässig funktionsnedsättning. Framträdande minnesstörningar behöver nödvändigtvis inte förekomma i de tidigare stadierna men framträder vanligtvis då sjukdomen progredierar. Den kognitiva störningen är av subkortikal frontal typ, där exekutiva funktioner tidigt är drabbade. Nedsatt uppmärksamhet och visuospatiala förmågor kan vara framträdande.

Utredning av kognitiva symtom

Kognitiva symtom kan bero på normalt åldrande eller på ett brett spektrum av neurologiska, psykiatriska eller invärtesmedicinska tillstånd. En diagnostisk bedömning bör göras av alla med självupplevd kognitiv svikt, där den antingen är bestående eller har förvärrats. Detta gäller inte minst då besvären är relaterade till andra kognitiva förändringar, beteendeförändringar eller nedsatt förmåga att klara daglig livsföring.

Vissa personer med demenssjukdom har försämrade insikt om egna mentala problem. Om närstående ofta talar om minnesförlust eller kognitiv svikt hos en anhörig bör en diagnostisk bedömning göras. Behov av utredning av misstänkt demenssjukdom kan initieras från patienten själv, närstående eller vårdpersonal.

Basal demensutredning

Allmänläkare ansvarar för att demensutredning utförs.

- Kroppslig undersökning med särskilt fokus på cirkulation, neurologi.
- Labutredning med blodstatus, SR, glukos, el-status, kalcium, leverstatus, thyreoideaprover, folat, metylmalonat/homocystein och urinsticka.
- CT hjärna, med och utan kontrast (om normalt kreatinin). CT syftar till att diagnostisera eventuella andra tillstånd som tumör, kärlskada, subduralhematom, hydrocefalus, vit- eller gråsubstansförändringar. Ibland är CT hjärna inte nödvändig.
- Kognitivt test såsom MMT och klocktest utförs av allmänläkare, arbetsterapeut eller kommunal demenssjuksköterska.
- Anhörigintervju. Använd med fördel Ragnar Åstrands *Anhörigintervju för identifiering av demensliknande tillstånd*. Demenssjuksköterska inhämtar denna i samband med testning. Anhörig får i samband med detta möjlighet att ställa frågor.

I de fall där patienten eller närstående kontaktar biståndsbedömaren eller kommunens personal hänvisar dessa till allmänläkarbesök. Därefter genomförs övriga åtgärder om läkaren bedömer att detta är indicerat. Den basala demensutredningen kan räcka för adekvat diagnostisering eller medicinsk åtgärd. När denna slutförts ges sammanfattande

information till patient och närstående samt vid behov till demenssjuksköterska i kommunen. Vårdplanering genomförs och fortsatt stöd via kommunens organiseras på demenssjuksköterskans initiativ. Medicinsk kontakt sker via ordinarie allmänläkare och samtliga åtgärder vidtas individuellt.

Utvidgad utredning och omhändertagande på specialistnivå

Vid minnesmottagningen på Vårdcentralen i Säffle finns ett demensteam (Fyrkom) som består av geriatriker, arbetsterapeut och kurator. Teamet genomför utredningen via remiss från allmänläkare. Som grund finns den basala demensutredningen som ska vara genomförd och där resultat och frågeställning framgår.

När patient och närstående träffar demensteamet medverkar även kommunens demenssjuksköterska. Demenssjuksköterskan är en länk mellan landstingets minnesmottagning och kommunens vård.

Utvidgad demensutredning görs bland annat då man i den basala demensutredningen inte kunnat ställa diagnos (bilaga 1a). Ibland rör det sig om degenerativ demenssjukdom av icke Alzheimerstyp som ger neurologiska och/eller psykiatriska symtom som kräver specialistbedömning.

Utredningen består av:

- Medicinsk sjukdomshistoria och levnadsförhållanden
- Bedömning av psykiskt och somatiskt status, inklusive neurologisk bedömning
- Fördjupad kognitiv bedömning
- Social utredning
- Lumbalpunktion
- SPECT
- MRT-hjärna
- EEG-undersökning
- Bedömning av körkorts- och vapeninnehav samt behov av god man
- Slutbedömning

Differentialdiagnostiska tillstånd övervägs och utesluts och förslag eller initiering av medicinsk behandling görs.

Alzheimers sjukdom kan behandlas med läkemedel, ibland behöver eventuellt associerade depressiva tillstånd behandlas (bilaga 1b). Specifik medicinsk behandling initieras och utvärderas under en 3–6 månadersperiod på minnesmottagning för utprovning av lämplig dos. Demenssjuksköterskan har regelbunden kontakt med patienten under denna period i syfte att ge råd, stöd och motivation till behandlingen. Efter denna tid, om fortsatt medicinsk behandling bedöms indicerad, remitteras oftast patienten tillbaka till ordinarie allmänläkare med råd om fortsatt handläggning. Ansvaret övergår då helt till allmänläkaren och kommunala hemsjukvården med demenssjuksköterskan som huvudansvarig för den fortsatta planeringen.

Utvidgad kognitiv bedömning av arbetsterapeut

- Screeningbatteriet
- COGNISTAT, neurobeteende vid kognitiv statusundersökning
- DBF, arbetsterapeutisk bedömning av kognitiva djupa, bakre och främre funktioner
- RBMT, The rivermead Behavioural Test, praktiskt minnestest
- AQT, Alzheimer Quick Test, används som screeningtest
- NorSDSA, Nordic Stroke Driver Assessment, kognitiv körkortsbedömning
- TMT, Trail Making Test, undersöker psykomotoriska störningar

Minnesmottagningens övriga funktioner

Då primärvård inom kommun och landsting behöver fördjupad kunskap avseende såväl medicinska frågor som funktionella bedömningar samt annat stöd, kan minnesmottagningens specialkunskap användas konsultativt utan att patienten helt behöver övertas av minnesmottagningen. Arbetsterapeut kan prova ut och förskriva kognitiva hjälpmedel. Konsultationer kan ske per telefon eller via personliga kontakter. Exempelvis kan körkortsbedömningar beställas som enskilt uppdrag.

Kurator kan vid behov erbjuda enskilda samtal som stöd till både patient och närstående.

Närstående till personer med demenssjukdom erbjuds utbildning bestående av grundläggande information om demenssjukdomar, dess konsekvenser och om bemötande. Utbildningen ges vid fyra tillfällen. Därefter erbjuds närstående fortsatt stöd i lokala anhöriggrupper som anordnas av kommunens demensteam.

Demenssjuksköterskans roll i kommunen

Demenssjuksköterskan i kommunen ansvarar för fortsatt stöd till personen med demenssjukdom och dennes närstående. Vid behov tar demenssjuksköterskan kontakt med biståndsbedömare för att initiera en vårdplanering. Samtliga närvarande personal på vårdplaneringsmötet har dokumentationsansvar för sitt område.

Arbetsterapeutens roll i kommunen

Arbetsterapeuten i kommunen ansvarar för fortsatt regelbundet stöd till personen med demenssjukdom och dennes närstående, särskilt om kognitiva hjälpmedel förskrivits. Omgivningsfaktorer kan vara både stödjande och begränsande på personens förmåga och svårigheter kan visa sig tidigt i sjukdomsförloppet. Det är viktigt att följa sjukdomsförloppet för att i tid kunna revidera bedömningen och rekommendera andra åtgärder. Arbetsterapeuten finns med så tidigt som möjligt då personen har möjlighet att lära in nya tekniker och strategier.

Fortsatt handläggning eller omhändertagande

I samband med att patienten avslutas av minnesmottagningens demensteam (Fyrkom), meddelas detta skriftligt till allmänläkaren och kommunens demenssjuksköterska.

Anvisningar för fortsatt medicinsk uppföljning går till läkare och övrig rapport till respektive kategori inom kommunen. Från minnesmottagningen påpekas att det är viktigt att patient och närstående vet vem som fortsättningsvis är ansvarig och kontaktperson inom demensproblematiken. Kontaktuppgifter lämnas till demenssjuksköterskan med syfte att patient och närstående vet vem de kan vända sig till med frågor om demenssjukdomen. Uppdraget ska ses som en slags ”spindel-i-nätet-funktion” kring patienten med demenssjukdom och dennes närstående.

Med utredningen bör följande punkter uppnås och förmedlas till personen med demenssjukdom och närstående:

- Identifiera botbara tillstånd och vidta adekvata åtgärder mot dessa.
- Identifiera lindrig kognitiv störning och fastställa störningstyp.
- Identifiera demenssjukdom och fastställa demenstyp.
- Beskriva den individuella hjärnskadebilden och motsvarande symtom och funktionsnedsättning.
- Beskriva funktionsnedsättningen i det dagliga livet.
- Beskriva kvarvarande funktioner och resurser som går att förbättra och utveckla.
- Identifiera associerade kroppsliga och psykiska sjukdomar och symtom.
- Behandling av primära demenssymtom.
- Behandling av associerade somatiska och psykiska symtom.

- Kartlägga den arbetsmässiga och sociala situationen och vid behov medverka till att åtgärder vidtas, t.ex. förändrade arbetsuppgifter, dagvård.
- Tydlig både muntlig och skriftlig information till personen med demenssjukdom och närstående om sjukdomen och dess konsekvenser.
- Tydlig både muntlig och skriftlig information till personen med demenssjukdom och närstående om var inom kommun respektive primärvård de ska vända sig vid problem eller frågor.
- Närståendebildning.
- Fungera som medicinsk grund under den fortsatta sjukdomsutvecklingen.

Bilaga 1a

Sjukdomstillstånd inom området kognitiva störningar enligt ICD-10

Alzheimers sjukdom, debut före 65 år	F00.0*	G30.0
Alzheimers sjukdom, debut efter 65 år	F00.1*	G30.1
Vaskulär demens	F01.9	
Blanddemens	F00.2A*	G30.8
Frontotemporal demens	F02.0*	G31.0
Lewybodydemens	F02.8*	G31.6A
Demens vid Parkinsons sjukdom	F02.3*	G20.9
Alkoholdemens	F10.7A	
Depression hos äldre	F05.0	
Lindrig kognitiv störning, objektivt	F06.7	
Lindrig kognitiv störning, subjektivt	R41.8A	
Observation för misstänkt kognitiv störning	Z03.2A	

Bilaga 1b

Medicinsk behandling

Alzheimers sjukdom kan behandlas med läkemedel. Ibland behöver även associerade depressiva symtom behandlas. Om patienten bedöms vara i ett tillstånd där det finns en vinst i att försöka bevara funktionsnivån bör behandling prövas.

Denna grupp av läkemedel minskar nedbrytningen av transmittorsubstansen acetylcholin. I kliniska prövningar har acetylcholinesterashämmare visats förbättra såväl kognition som global funktion, vilket också framgår i SBU-rapporten om demens. Behandling med acetylcholinesterashämmare är inte kurativ, behandlingseffekten är som regel måttlig men kan påverka den dementes hjärnfunktioner så att för patienten viktiga förmågor förbättras eller bibehålls över tid. Vanligaste biverkningarna vid behandling med acetylcholinesterashämmare är illamående och kräkningar. Demensteamets överläkare föreslår till allmänläkaren farmakoterapi och är behjälplig med utvärdering och ställningstagande till fortsatt terapi efter 3–6 månader. Härefter avslutas vanligen kontakten på minnesmottagningen.

- Aricept (donepezil) tablett, doseras en gång per dag. Startdos 5 mg x 1. Rekommenderad underhållsdos 10 mg x 1.
- Exelon (rivastigmin) depotplåster, doseras en gång per dag. Startdos 4,6 mg x 1. Rekommenderad underhållsdos 9,5 mg x 1.
- Exelon (rivastigmin) kapsel, doseras en gång per dag. Startdos 1,5 mg x 2 i 2–4 veckor. Dosering därefter individuell och måldos är 6–12 mg/dygn. Dosökning sker med 4 veckors intervall.

- Reminyl (galantamin) depotkapslar, doseras en gång per dag. Startdos 8 mg x 1 (vecka 1–4). Rekommenderad underhållsdos 16 mg x 1 (från vecka 5). Doshöjning till 24 mg x 1 kan vara aktuell senare i förloppet. Indikation: Symtomatisk behandling av mild till måttligt svår demens av Alzheimerstyp.

NMDA-receptorantagonister

Ett preparat är registrerat i denna grupp. Ebixa (memantin). Memantin är en partiell NMDA-antagonist vars exakta verkningsmekanism inte är klarlagd. Sannolikt blockerar memantin postsynaptiska glutamaterga NMDA-receptorer, vilka därigenom ”skyddas” från exponering av glutamat från degenererade neuron. Därigenom minskar undergången av postsynaptiska neuron. Memantin har effekt på globala och kognitiva funktioner vid svår demens. Detta beskrivs också i SBU-rapporten om demens men bedöms ha en lägre evidensgradering beroende på ett färre antal studier som ligger till grund för bedömningen. Preparatet tolererades väl, få biverkningar.

- Ebixa (memantin) Dosera en gång per dag. Startdos 10 mg ½ x 1. Dosökning med ½ tablett à 10 mg per vecka. Måldos (uppnås som regel efter 4 veckor) 20 mg x 1. Indikation: Alzheimers sjukdom av medelsvår till svår grad.

Praxis för behandling med memantin: Flertalet patienter som har Alzheimers sjukdom av medelsvår till svår grad står på en dosoptimerad acetylcholinesterashämmare för att motverka försämring. Om patienten trots detta försämras kan tillägg av memantin bli aktuell. Målsättningen är att patienten förbättras eller stabiliseras så pass att funktionsnivån möjliggör icke-institutionaliserat boende under ytterligare en period. En annan målgrupp för memantin är svårt demenssjuka patienter, i synnerhet patienter med grava beteendestörningar.

Om adekvata omsorgsinsatser inte åstadkommer en stabil funktion hos dessa patienter kan memantin prövas under 1–2 månader. Vid utebliven effekt avslutas behandlingen.

Behandlingsutvärdering

Efter initial bedömning av tolerabilitet kan en första utvärdering göras efter 3 månader. Därefter kan utvärdering ske var 6:e eller var 12:e månad. Ett enkelt instrument för utvärdering av effekten av behandlingen på demenstillstånd är *Uppföljning av behandling vid demenssjukdom*. För cetylcholinesterashämmare gäller att vid förbättring, oförändrat läge eller måttlig försämring bör behandlingen fortsätta. En tumregel är att så länge patienten klarar av sina basala ADL-funktioner (äta, hygien, påklädning) bör behandlingen fortsätta utan utsättningsförsök. Vid ytterligare försämring kan utsättning prövas med ny värdering av MMT samt *Uppföljning av demenssymtom* inom 3–4 veckor. Om ytterligare påtaglig försämring då skett bör preparatet återinsättas. Ett alternativ till detta är att, enligt ovan, pröva tillägg med memantin i första hand och först därefter pröva utsättning av acetylcholinesterashämmare.

Referenslista

Marcusson, J. (2009)

Demensutredning i primärvård. Hämtad 27 maj 2009 från:
http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=112

Socialdepartementet. (2003)

På väg mot en god demensvård – Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga.
Ds 2003:47, Stockholm: Socialdepartementet

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. (2007)

Vård av personer med demenssjukdom – vad vet vi idag?
Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Svenskt Demenscentrum (2009).

Fakta om demens/Utredning och diagnos. Hämtad 27 maj 2009 från: <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utredning-och-diagnos/Diagnoskriterier/Demens-ICD-10/>

Åstrand, R. (2009). Demensutredning på primärvårdsnivå.

Hämtad 27 maj 2009 från Landstinget i Värmland:
<http://www.liv.se/sidkat/3396/DEMENSUTREDNING%20%20PRIMARVARDSNIVA.PDF>

Dessa riktlinjer är utarbetade av minnesmottagningen i Säffle i samarbete med kommunerna Grums, Säffle, Åmål och Årjäng och demenssjuksköterska Anki Ringsby, den 1 november 2007.

Reviderade av arbetsterapeut Eva Sillén, demenssjuksköterska Anki Ringsby och närsjukvårdschef Eva Eriksson, den 14 augusti 2009.



GRUMS KOMMUN



SÄFFLE KOMMUN



ÄMÅLS KOMMUN



Årjängs kommun
Väckrast och vildast i västra värmland