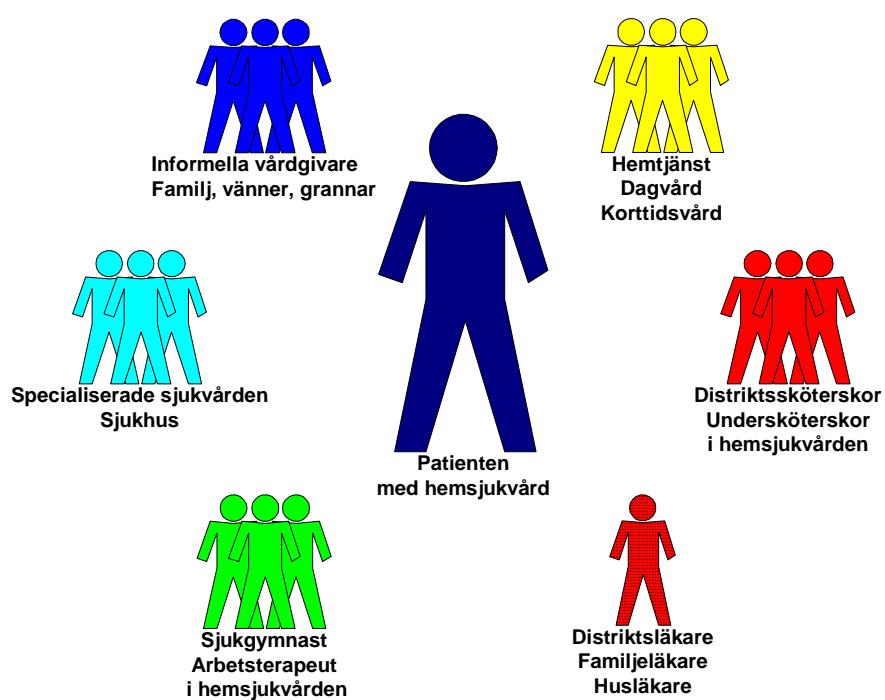


STUDIEBREV OM DEMENS

Samarbetspartners i vården av patienter med hemsjukvård



STUDIEBREV OM DEMENS

2010-12-07

Författare: Anders Wimo, familjeläkare, Primärvården Hälsingland, Landstinget Gävleborg och adjungerad professor i geriatrisk allmänmedicin med inriktning på hälsoekonomi, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, KI-Alzheimercentrum, Karolinska Institutet, Stockholm

Sonja Modin, allmänmedicinare, husläkare, Stuvsta Vårdcentral, Stockholms läns landsting med dr med inriktning på hemsjukvård, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Centrum för allmänmedicin, Karolinska institutet, Stockholm, ordförande i SFAMs Råd för hemsjukvård

Studiebrevet är framtaget för SFAM med ekonomiskt stöd från SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering. Texten, som innehåller kliniska tolkningar av SBU:s evidens, har dock inte genomgått någon granskning av SBU och ansvaret för innehållet i detta studiebre vilar på författarna.

INLEDNING

År 1990 fanns det ca 115 000 personer med någon form av demenssjukdom i Sverige. Det fanns samtidigt ca 63 000 sjukhusplatser (inklusive psykiatri) och ca 115 000 platser i olika former av särskilt boende (säbo) för äldre. 2010 finns det ca 148 000 personer med demenssjukdom, antalet sjukhusplatser hade minskat till ca 25 000 och det fanns drygt 90 000 platser i säbo. Det har alltså skett en stor omstrukturering inom sjukvården och äldreomsorgen med en avveckling av ”institutionella” vårdformer och satsning på stöd och vård i ordinärt boende, samtidigt som antalet personer med demenssjukdom ökat kraftigt. Under denna period har det också registrerats läkemedel för symptomatisk lindring av symptom vid olika grader av Alzheimers sjukdom, som är den vanligaste demensformen (se faktaruta 1-2). Som en följd av att antalet personer 80 år och äldre kommer att öka kraftigt efter år 2020 kommer också antalet personer med demenssjukdom att öka kraftigt om det inte inträffar något stort framsteg i behandlingen som t.ex. primär- eller sekundärpreventiv behandling eller behandling av manifest demenssjukdom. Primärvården som första linjens sjukvård är i allra högsta grad involverade i dessa processer dels när det gäller att upptäcka och diagnostisera demens, dels när det gäller den fortsatta vården inom hemsjukvård och i säbo. Förskjutningen av ansvar från den specialiserade sjukvården till primärvården har lett till att primärvården fått ta över ansvaret för vården av svårt sjuka personer, utan att någon egentlig förberedelse för det skett. Geriatrik och andra specialistgrenar som är involverade i demensvården (utredning, behandling mm) har haft drabbats av organisationsförändringar och har svårigheter med rekrytering och är egentligen starka endast på en del orter. Den i särklass största aktören inom demensvården är dock den primärkommunala sektorn som ansvarar för hemtjänst, säbo, dagvård och i halva landet även för hemsjukvården upp till läkarnivå. Primärvården har, oavsett om ansvaret för hemsjukvården ligger hos kommunen eller landstinget ett stort ansvar för diagnostik, vård och vårdplanering i samråd med kommuner och specialister. Ansvaret gäller omhändertagandet av demenssjukdomen men ansvaret gäller även att säkra den medicinska vården för den demenssjuka patientens övriga sjukdomar och förebygga medicinska risker som uppstår som följd av patientens demens. SBU presenterade 2006 vetenskapligt underlag om demens och Socialstyrelsen har nu också presenterat Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Dessutom pågår uppbyggnaden av ett nationellt kvalitetsregister för demens, SveDem med stöd av bl a SFAM, Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (SKL).

MÅLSÄTTNING

Målsättningen med studiebrevet är att det ska vara underlag för en diskussion där deltagarna ska kunna skapa sig en bild av allmänläkarens roll och ansvar för personer med demenssjukdom i samband med diagnostik/utredning, medicinsk behandling och vårdplanering av demenssjukdomar men också för den övriga medicinska vården av patienter med demens. Eftersom många personer med demenssjukdom har hemsjukvård eller bor i säbo där allmänläkaren oftast är den ansvarige läkaren är ett annat syfte att diskutera allmänläkarens roll i handläggning och vård av demenssjuka i hemsjukvård och säbo.

ANVISNINGAR

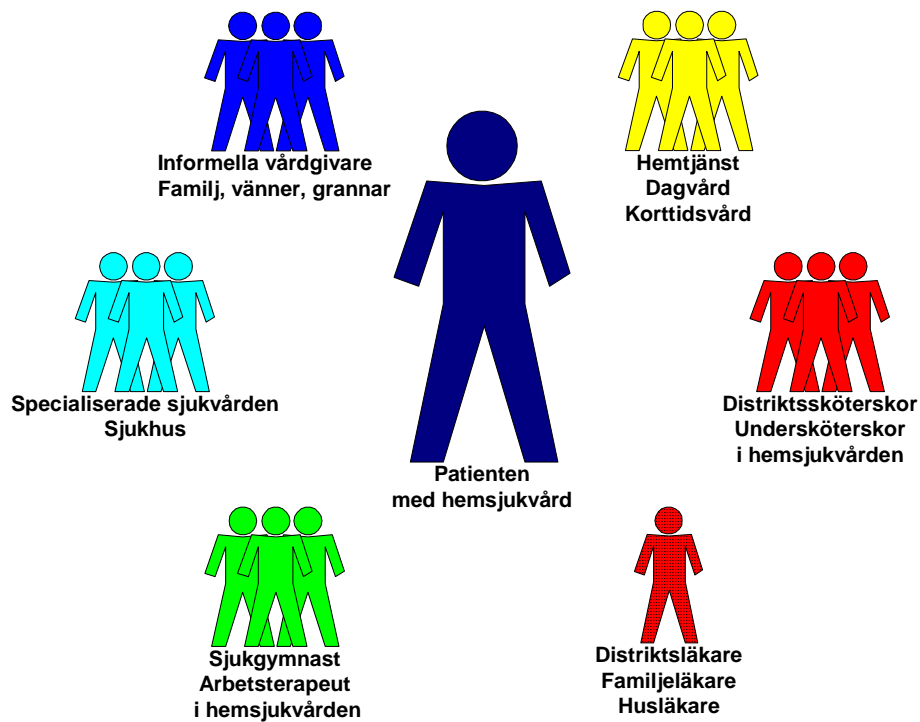
Studiebrevet är upplagt kring ett antal typsituationer/fallbeskrivningar som återspeglar allmänläkarens roll i olika skeden av demenssjukdomarna förlopp:

1. Att överhuvudtaget misstänka demens.
2. En diagnossituation
3. En situation kring eventuellt initierande av läkemedelsbehandling för demens
4. En situation kring eventuellt utsättande av läkemedelsbehandling för demens
5. Situationer i hemsjukvården
 - 5.1. kring vården av patienter med andra vårdkrävande medicinska sjukdomar och demens
 - 5.2. kring läkemedelsbehandling i hemmet av person med demens och andra sjukdomar som kräver medicinering
 - 5.3. kring behovet av God man
 - 5.4. kring problem med nutrition
6. En situation kring vårdplanering
7. Situationer kring en gravt dement i säbo.
8. En situation där demenssjukdomen är så uttalad att patienten närmar sig livet slut. Hur ser den palliativa fasen i vården av en person med demenssjukdom ut?

Utifrån dessa typsituationer finns självfallet förutsättningar för en vidgad diskussion. I faktarutor, webbadresser och litteraturlista i slutet av studiebrevet finns information som stöd för diskussionerna. Studiebrevet kan användas för att under flera tillfällen diskutera de olika typsituationerna för att skaffa sig ökad kunskap och förståelse för den samlade problematiken som uppstår under den demenssjukes liv och behandling. Å andra sidan kan man också välja att bara använda ett visst avsnitt av studiebrevet för att diskutera en typsituation som deltagarna känner ett behov av att fördjupa sig i och diskutera för att bättre förstå hur situationen kan hanteras på ett bra sätt.

Antalet personer med demenssjukdom varierar beroende på ålderssammansättningen i befolkningen vilket liksom primärvårdens bemanning påverkar allmänläkarens arbete med dessa frågor. Delar av vården av patienter med demenssjukdom sker i den kommunala vården och den specialiserade sjukhusvården. Det innebär att deras förutsättningar och arbetssätt samt traditioner, överenskommelser och avtal om samverkan påverkar primärvårdens och allmänläkarens roll och arbete. Eftersom de lokala förutsättningarna varierar kraftigt bör de klarläggas som ett inledande arbete med studiebrevet. Annars riskerar man att inte ha rätt underlag för sina diskussioner.

Samarbetspartners i vården av patienter med hemsjukvård



LOKALA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR HANDLÄGGNING AV DEMENS

Det är praktiskt att lägga upp en checklista för kartläggningen. Många av de här uppgifterna kan Du förmodligen få från vårdcentralsledningen, en del uppgifter får inhämtas via kommunen och/eller den specialiserade vården. Förslagsvis diskuteras checklistan vid första mötet och sedan kan ansvaret för att inhämta uppgifterna fördelas.

- 1) De demenssjuka
 - a) Finns det en skattning av hur många demenssjuka som finns i området?
 - b) hur många/hur stor andel bor i ordinärt boende respektive säbo?
- 2) Allmänläkarna:
 - a) Hur många allmänläkare/motsv finns i förhållande till befolkningen i området (t ex 1 allmänläkare på 1800 inv)?
 - b) Finns det möjlighet i datoriserade journalsystem ta fram uppgifter om hur många demenssjuka som finns i journalsystemet? Nybesök? Antal utredningar?
 - c) Finns något speciellt ersättningssystem för genomförda demensutredningar?
 - d) Hur är allmänläkarens ansvar för hemsjukvård utformat och fördelat mellan läkarna på vårdcentralen.
 - e) Om hemsjukvården är i kommunal regi? Finns avtal om läkarmedverkan i hemsjukvården? Hur ser det ut?
 - f) Hur är allmänläkarens ansvar för säbo utformat och fördelat mellan läkarna på vårdcentralen?
 - g) Finns avtal med kommunen om läkarmedverkan i säbo? Hur ser det ut?
- 3) Hemsjukvården
 - a) I vilken utsträckning är hemsjukvården kommunaliserad?
 - b) Finns i så fall avtal/överenskommelse om hur samverkan ska ske?
 - c) Distriktssköterskor, hemsjukvårdssjuksköterskor? (antal/innevånare, arbetssätt gentemot hemsjukvården mm)
 - d) Rehabpersonal? (vilka typer finns, antal/innevånare, arbete i hemsjukvården)
- 4) Hemtjänst
 - a) Hur är bemannings och kompetenssituationen i hemtjänst
- 5) Finns speciella resurser för demensvård
 - a) Utredningsteam (med t ex sjuksköterska, arbetsterapeut utöver läkare)
 - b) demenssjuksköterska
 - c) Finns speciella demensresurser inom hemtjänst
- 6) Institutioner för demensvård, platser
 - a) Hur många säboplatser finns (t ex per 1000 70+ eller något annat standardiserat nyckeltal).
 - b) Finns speciella boende enheter för demenssjuka?
 - c) För speciellt behovskrävande demenssjuka?
 - d) Dagvård för demenssjuka? Demenssköterska? Dagvård? Säboplatser?
- 7) Specialistnivå:
 - a) Vilken typ av specialister ansvarar för specialistutredning av demens (utredning, konsultationer, behandling), dvs geriatrik? Psykiatri? Neurologi? Internmedicin?
 - b) Vilka resurser finns (typ av specialist och hur många? Finns specialistteam med t ex läkare, sjuksköterska, arbetsterapeuter, sjukgymnast kurator? Finns neuropsykologer? Likvoranalyser (dvs görs det, analys skickas), MR? PET?)
 - c) Finns behov/möjlighet till ytterligare en specialistnivå, dvs från länsdels till länssjukhus? Avstånd?
- 8) Vårdplanering
 - a) finns lokala avtal om gemensam vårdplanering (kommun, primärvård, specialistvård)
 - b) finns lokala överenskommelser om ansvarsfördelning?
- 9) Anhörigstöd?
 - a) Anhörigföreningar: Finns anhörigförening för demens i området (lokalavdelning av Demensförbundet eller Alzheimerföreningen)? Om inte, var finns närmaste förening?
 - b) Vilka möjligheter för avlastning finns för anhöriga?

TYPESITUATIONER

När typsituationerna nedan diskuteras är det lämpligt att handläggningen lokalt diskuteras utifrån den kartläggning som gjorts enligt ovan. Fundera i varje typfall över era egna erfarenheter av liknande situationer och era egna patienter. Det är extra värdefullt att diskutera med andra kollegor om utgångspunkten är egna erfarenheter. Angeläget är också att en etisk diskussion sker kring samtliga typsituationer.

1. Att överhuvudtaget misstänka demens.

Förutsättning: patienten har ingen känd demenssjukdom och är inte föremål för demensutredning.

Allmänläkaren träffar vanligen patienten relativt sällan och då under ett kort besök på mottagningen. Patienten har ofta förberett sig (lagt håret, duschat, klätt upp sig och är extra alert). Det gör att jag som allmänläkare kan ha svårt att fånga de första tecknen på demens. Vilka tecken borde fungera som larmklockor? När patienten slutar höra av sig, missar planerade besök, när tidigare välreglerade sjukdomar börjar strula (t.ex. patienten söker akut för astma trots att hon är väl medicinerad och tidigare inte har sökt akut; patientens diabetes går inte att reglera hur man än försöker ändra medicineringen; Waran-behandlingen går plötsligt inte att få under kontroll). Finns det ett motstånd mot att vilja misstänka att en patient har demens, ta upp frågan och föreslå en utredning? Ofta kommer "larmet" från någon annan än patienten själv. Hur kan vi bemöta framförda misstankar och utnyttja distriktssköterska, hemtjänst och anhöriga för att tidigare misstänka och inleda en utredning? Detta är en grannliga balansgång mellan patientens intressen och omgivningens misstankar. Skall man alltid väcka frågan om att utreda en misstänkt demenssjukdom om symptomen är vaga och patienten själv inte förefaller vara intresserad av det? Vad kan patienten vinna på en utredning, vilka för och nackdelar kan det innebära för patienten att en tidig utredning görs? Vilka egna erfarenheter har Du och de andra i gruppen av patienter i denna situation? Det är erfarenhet som Ni kan använda för gemensamma diskussioner.

2. En diagnossituation.

Förutsättning: Patienten har accepterat och infunnit sig för en diagnostisk bedömning.

Hur presenteras och motiveras sjukdomsmisstanken för patienten respektive för de anhöriga? Hur läggs utredningen upp? Allmänläkarens ansvar och utredning - vilka diagnostiska verktyg har vi som allmänläkare tillgång till här från vårdcentralen? När är det befogat med utredning i den specialiserade vården? Diagnoskriterier enligt ICD 10 finns i faktaruta 3, och kriterier

enligt det mer forskningsinriktade DSM IV i faktaruta 4. För utredning se Faktaruta 5 och Faktaruta 6. Utredningen kan ha tre målsättningar:

1. Att bedöma om det föreligger demens eller ej?
2. Om demens föreligger, att bedöma vilket typ av demens som är mest sannolik?
3. Att bedöma vilken grad av demens som föreligger (mild-måttlig-grav demens).

Även om innehållet i den basala utredningen, som oftast görs helt eller delvis i primärvården, kan förefalla omfattande, så är sannolikt mycket redan känt, om patienten sedan tidigare har en etablerad kontakt med primärvården.

Det är viktigt med en etisk reflektion i samband med utredningen. I vems intresse sker utredningen?

Vad blir konsekvensen av att inte göra utredningen när det gäller

1. Möjligheten till behandling
2. Möjligheten att bedöma progress
3. Möjligheten för patienten och anhöriga att förstå vad som händer och anpassa livet efter det
4. Möjligheten att ge rätt vård i hemmet eller säbo??

Finns det mediko-legala skäl att göra utredningen, t ex beträffande *körkort, vapeninnehav, yrkeslegitimation* (faktaruta 7 och 8).

3. En situation kring läkemedelsbehandling av demens (faktaruta 12, 13 och 14):

3.1 Förutsättning: Diagnosen Alzheimer är satt: Mild Alzheimers sjukdom (MMT.22p).

Patienten uppvisar påtaglig glömska, har förlorat intresse för omgivningen (differentialdiagnos: depression) och är misstänksam. Nu kan det vara dags att överväga farmakologisk behandling med kolinesterashämmare. I Socialstyrelsens rekommendationer står att "Hälso- och sjukvården bör erbjuda behandling med kolinesterashämmare (donezepil, galantamin och rivastigmin) mot kognitiva symtom till personer med *mild till måttlig* Alzheimers sjukdom"(prioritet 2), även om man samtidigt framhäver att långtidseffekterna inte kan bedömas och skillnaden i effekt mellan aktiv behandling och placebo är liten. Finns rekommendationer (eller starkare styrmedel) från läkemedelskommitté eller motsvarande? Läkemedlen är, är när studiebreven skriv (2010), förhållandevis dyra (en del patent kommer att gå ut inom de närmaste åren). Finns det synpunkter från den närmaste ekonomiansvarige som du känner dig pressad av eller känner du dig fri att förskriva vad du tycker är lämpligt för just den här patienten.

Att fundera över:

- Har patienten själv en klar åsikt i frågan? Ofta kan personer med mild demens tillgodogöra sig ett resonemang (detta får avvägas från fall till fall).
- Vilka förväntningar har patienten och de anhöriga på behandlingen?
- Finns förutsättningar i omgivningen för läkemedelsbehandling, då patientens glömska kan göra att medicinen inte tas eller överdoseras. Finns medboende eller närboende anhöriga? Hur administreras läkemedel. Dosett – vem delar i denna? Apodos? Hemtjänst dagligen om ensamboende?
- Finns ett vaskulärt inslag i patientens sjukdomsbild? Behandling med kolinesterashämmare är godkänd vid s.k. blanddemens som oftast är en kombination av Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. Det kan då också behövas prevention/behandling av den vaskulära komponenten.
- Finns risker/kontraindikationer för kolinesterashämmare, tex hjärtsjukdom/bradykardirisk?
- Finns kända gastrointestinala besvär, t.ex. ulcus som kan påverka läkemedelsvalet?
- Står patienten på flera andra läkemedel – interaktionsrisker?
- Skall patientens ålder vägas in – inte kanske åldern i sig men biverkningsrisker, interaktionsproblem mm?
- Hur länge kan behandlingen förväntas pågå och när skall utsättning övervägas?
- Redan när läkemedelsbehandling övervägs skall förutsättningarna för uppföljning bedömas, t ex läkarkontinuitet, inom en månad (biverkningar, dosjustering) samt uppföljning av effekt på kognition av behandlingen (se typsituation 4 nedan). Hur kan den ske i den situation där Du arbetar? (kan t.ex. göras av demensteam om sådant finns).

3.2. Förutsättning: Diagnosen Vaskulär demens är satt. Vilken ytterligare utredning och behandling är lämplig? Utgå gärna från egna patienter. Vilka riskfaktorer för vaskulär sjukdom finns t.ex.hypertoni, rökning, lipidrubbing, diabetes. Vilka övriga riskfaktorer finns för nya vaskulära incidenser finns t.ex. flimmer. Står patienten på flera läkemedel? AK behandling med t ex Trombyl®/Asasantin® Persantin® eller Waran®? Risk förknippade med dessa olika behandlingar? Bor patienten ensam? Interaktionrisker? Förutsättningar för sekundärprevention?

4. En situation kring eventuellt utsättande av läkemedelsbehandling av Alzheimers sjukdom.

Förutsättning: Patienten har haft behandling med kolinesterashämmare i drygt två år.

Patienten är nu måttligt svårt dement med oro nattetid och hustrun är utmattad. MMT (som initialt var 22p) är nu 15 (se ovan).

I Socialstyrelsens rekommendationer har uppföljning stark prioritet (prio 1):

”Hälso- och sjukvården bör följa upp behandlingen i samband med inställning av dosen och därefter regelbundet, minst en gång per år samt i samband med eventuell utsättning”.

Två grundfrågor är aktuella: har patienten haft någon nytta med behandlingen? Finns nackdelar som överväger eventuella fördelar?

Det är svårt att i ett enskilt fall avgöra om behandlingen är/varit till någon nytta då Alzheimers sjukdom är progressiv även med läkemedelsbehandling. Vissa tumregler kan användas (som i huvudsak bygger på Läkemedelsverket: *Farmakologisk behandling av kognitiv störning vid Alzheimers sjukdom*). Socialstyrelsens rekommendationer ger här ingen tydlig vägledning. Viktigt är att göra en global skattning, t ex med hjälp av anhöriga. Känns situationen bättre? Sämre? Oförändrad (globala skattningar med instrument har ingått i läkemedelsprövningarna och visat signifikanta effekter åtminstone på gruppnivå). Instrument för skattning hittar Du på Svenskt Demens Centrums hemsida. www.demenscentrum.se

Uppföljning görs för att bedöma behandlingseffekten, om behandlingen gör nytta och ska fortsätta eller ej, respektive om det finns biverkningar som gör att behandlingen behöver avbrytas. Viktigt är att använda instrument som man är förtrogen med och som använts på patienten tidigare så att jämförelser kan göras. Patienten bedöms kognitivt (MMT tillsammans med Klocktest rekommenderas), men även globalt och ADL-mässigt. Om testerna visar bättre eller oförändrad bild kan behandlingen fortsätta, om det är en klar försämring, motsvarande t.ex. 4 p på MMT per år, kan utsättning övervägas. Däremellan är det mer svårbedömt. Om utsättning sker p.g.a. ifrågasatt behandlingseffekt, så bör en ny bedömning göras inom några veckor både globalt, kognitivt och ADL-mässigt. Om då en påtaglig försämring noteras bör behandlingen återinsättas.

Det finns förespråkare för att behandling skall sättas ut när patienten flyttar till säbo. En sådan ståndpunkt är i princip tveksam. Däremot kan ju flyttningen sammanfalla med en påtaglig försämring som gör att nyttan av behandlingen ifrågasätts, se då ovan.

En annan fråga är om behandlingen skall sättas ut när patienten skiftar från måttlig till svår Alzheimers sjukdom (eftersom godkänd indikation är mild-måttlig Alzheimers sjukdom). Det finns en studie som visat signifikanta effekter av donepezil vid svår Alzheimers sjukdom men detta är ingen godkänd indikation och i Socialstyrelsens rekommendationer är skrivningen försiktig:

”Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av behandling med kolinesterashämmare vid svår Alzheimers sjukdom.” Resonemanget bör handla om huruvida patienten har nytta av behandlingen.

Vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom skriver socialstyrelsen att man kan pröva att behandla med memantin (lägre prioritet än för kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom). Memantin kan ge effekt på kognitionen men det varierar från person till person och skillnaden mot placebo är liten när det gäller både effekt och biverkningar. Fundera över för- och nackdelar med att pröva denna behandling, som skall omprövas på samma sätt som kolinesterashämmare ovan.

5. Situationer i hemsjukvården

5.1. Kring vården av patienter med andra vårdkrävande medicinska sjukdomar och samtidig demens:

5.1.1. Förutsättning: 79 årig kvinna med hjärtsvikt som insjuknar i misstänkt demens.

Hon har tidigare alltid själv hört av sig när hon blivit dålig i sin hjärtsvikt. Hon kom tidigare 2-3 gånger om året och medicineringen behövde då ibland justeras och ett par gånger lades hon in på sjukhus för sin hjärtsvikt. Nu har hon inte hört av sig på 1,5 år. Distriktssköterskan hör av sig och berättar att anhöriga vill att Du gör en demensutredning eftersom hon inte längre alltid känner igen dem. Distriktssköterskan delar dosett var 14:e dag. Hur kan Du ha kontroll över hennes hjärtsvikt? Vilka egna erfarenheter har Du när det gäller att sköta patienter med demens som samtidigt har annan sjukdom som kräver behandling t.ex. hjärtsjukdom, diabetes eller astma? Finns det risker med hennes läkemedel för hjärtsvikt vid t.ex. oavsiktlig feldosering? Om hon bedöms ha Alzheimers sjukdom av mild eller måttlig grad, vilka interaktionsrisker finns vid läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare?

5.1.2. Förutsättning: 81 årig ensamboende kvinna som just utvecklade demens.

Hon får hjälp av några grannar i huset som ser till henne. Demenssjukdomen upptäcktes därför att hennes astma och diabetes inte gick att få under kontroll, troligen på grund att hon inte skötte sin medicinering. Hon sökte tidigare själv när hon blev dålig, men på sista tiden är det hennes grannar som larmat då hon blivit dålig. Hennes diabetes är nu under kontroll med tabletter som distriktssköterskan går dit dagligen och kontrollerar att hon tar. Men för sin astma behöver hon inhalera en kombination av kortison och β_2 stimulerare x2, dessutom har hon extra β_2 stimulerare vid behov. Grannarna har nu ringt och larmat om att hon är dålig. Du träffar henne på mottagningen och konstaterar att hon har en infektion med hög feber och hosta. Hon vill inte åka till sjukhus. Hur kan Du handlägga detta? Vad krävs för att klara patienten hemma? Har Du egna erfarenheter av liknande situationer? Finns det en God man att diskutera med? I vilken utsträckning är kommunen involverad? Om hon trots övertalningsförsök vägrar sjukhusvård (om du bedömer att detta behövs) hur ofta kan du eller distriktssköterskorna göra hembesök?

5.2 . Kring läkemedelsbehandling i hemmet av person med demens och andra sjukdomar som kräver medicinering:

5.2.1. Förutsättning: Du träffar en patient med känd demens som sedan en tid klagat över värk i benen, där ingen lyckats hitta orsaken.

Hon har just legat inne på sjukhus där man har satt in prednisolon mot en förmodad polymyalgia reumatica för att se om det hjälper mot värken. Du träffar henne på ett hembesök, där hon inte nämner någonting om värken i benen. Du diskuterar med distriktssköterskan om att sätta ut kortisonet men innan Du tar något beslut hör sonen av sig och säger att man absolut inte kan ta bort medicinen eftersom mamma har så ont i benen. Hur kan man värdera symtom hos patienter med demens? Vilka egna erfarenheter har Du av att bedöma effekten av behandling hos patienter med demens? Kan Du få hjälp med detta på något sätt? Kan hennes demenssjukdom förvärras i sina symptom av kortisonbehandlingen? Hur vet du hur hon följt ordinationen av kortisonet? Kan provtagning, t ex SR eller CRP vara till någon nytta?

5.2.2. Förutsättning: 61 årig man med demens och alkoholproblem. Han har epilepsi och behöver medicinera regelbundet.

Han tar ibland epilepsimedicin för flera dagar på en gång och blir somnolent. Vad kan man göra för att förebygga detta? Vilket ansvar har jag som läkare, vad säger regelverket (se

Faktaruta 9)? Kan Apodos vara ett alternativ? Vad kan kommunen bistå med?
Distriktssköterskorna?

5.3. Kring behovet av God man:

Förutsättning: 79 årig man med demens som försämrats senaste året.

Barnen bor i en annan stad men kontaktar Dig och berättar att de hittat obetalda räkningar liggande hemma hos pappan.

Vilket är Ditt ansvar för att göra något och vad kan Du göra? Är diagnosen fastställd? Behövs det God man eller räcker det med en fullmakt till banken för att få räkningarna betalda? Om God man bedöms som lämpligt, vem kontaktar Överförmyndaren? Uppfylls förutsättningarna för de tre olika "kryssen" för God man? (se faktaruta 10)? Måste patienten vara demensutredd för att du skall kunna skriva godmansintyget? Hur bedömer man om patienten förstår vad saken gäller?

5.4. Kring problem med nutrition

Förutsättning: 84 årig ensamboende kvinna med demens som blivit allt sämre i sitt allmäntillstånd.

På sista tiden har hon gått ner allt mer i vikt trots att hon har matlådor via hemtjänst.

Vilket ansvar har jag som allmänläkare för att vidta åtgärder? (se Faktaruta 11)?

Finns en fungerande vårdplanering kring patienten? Vilken är patientens inställning till flyttning till säbo? Hur är anhörigsituationen/det sociala nätverket? En mycket vanlig situation är att "alla" i omgivningen bedömer att flyttning till säbo är nödvändig men patienten har så pass mycket kognitiv förmåga kvar att det går att uttolka ett klart nej från patienten till att flytta. Hur hantera detta? Kan hon tvingas flytta mot sin vilja? Hur mycket får man "lirka" utan att man "lurar" en person att flytta till säbo? Fundera också utifrån Faktaruta 16, där Du kan ta del av vad Socialstyrelsen skrev i samband med att tidigare föreskrifter och allmänna råd om skydds- och tvångsåtgärder riktade mot personer med demenssjukdom togs bort.

6. En situation kring vårdplanering:

Förutsättning: Kvinna med måttlig grad av demens med svårhanterbara beteenden där maken (ej dement) blivit svårt sjuk. Barnen finns 20 mil därifrån.

Vilka bör ingå i vårdplaneringen? Vilka tar initiativ till vad? Vad gör Du om den demenssjuke vägrar all flyttning (tillfälligt eller permanent) om t ex den ej demenssjuke anhörige hamnar

på ett akutsjukhus? Hur är de lokala förutsättningarna för hur primärvården och den kommunala äldreomsorgen samarbetar i vårdplaneringen? Kan familjeläkaren farmakologiskt påverka beteendeproblematiken t ex med bensodiazepiner eller neuroleptika (se faktaruta 15)? Vilka risker finns med detta? Vilken lösning är den ”minst dåliga”? Hur sker information och dialogen med anhöriga (nära eller ”fjärran”)? Vad är möjligt att göra med utgångspunkt från socialstyrelsens skrivningar i Faktaruta 16? Om den demenssjuka kvinnan är ensam hemma när maken är på akutsjukhuset och situationen blir ”ohållbar” (hon går vilse, glömmer spisplattor etc. och är dessutom agiterad), kan du då skriva ett vårdintyg?

7. En situation kring en person med grav demenssjukdom i säbo.

7.1. Akut agitationssituation

Förutsättning: Gravt demenssjuk man, akut försämrad med förvirring, aggressivitet, konfusion.

Hur analyseras den uppkomna situationen bäst? Finns praktiska förutsättningar för en akut läkarbedömning på plats (bäst!)? Gravt demenssjuka har svårt att kommunicera. Akut påkommen förändring skall alltid tolkas och analyseras. Vad har hänt? Finns trauma? Stor förändring i omgivningen eller för patienten, t ex flyttning? Läkemedelshanteringsproblem (för mycket? för litet?) Biverkningar trots adekvat medicinering? Smärtor? Urinretention? Akut åkomma, tex feber (UVI? pneumoni etc), stroke-TIA? Om ingen enkel utlösande påverkbar faktor påvisas, vad göra? Finns möjlighet till extra personal? Finns anhöriga tillgängliga? Vilka farmaka kan vara användbara? Hur följs det upp? (För läkemedelsbehandling vid psykiska symtom vid demens se Faktaruta 15).

Ett dokument om orsaker till konfusion, t.ex. läkemedel, kan Du hämta på

<http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1576/3212/3225/4038.pdf?objectId=7317>.

I skrivande stund (september 2010) har dessutom Socialstyrelsen upphävt de föreskrifter som reglerar användandet av tvångs- och skyddsåtgärder mm i säbo (SoSFS 1980:87 samt SOSFS 1992:17 se faktaruta 16). Vilka konsekvenser får det i detta fall?

7.2. Den palliativa fasen i vården av en person med demenssjukdom.

Förutsättning: 87 årig gravt demenssjuk kvinna som tacklat av, nu mest sängliggande, äter och dricker mycket dåligt, feber 39 grader, rosslig i bröstet. Anhöriga vakar.

Hur presenterar du situationen för de anhöriga? Hur bedömer du kommunikationsförmågan hos patienten? Hur upplever personalen situationen? Vad gör du om de anhöriga unisont säger

att ”nu vill vi att farmor skall få somna in, helst så fort som möjligt”? Om en anhörig säger så medan en annan säger att ”hon var pigg i fredags och jag vet att hon gärna vill besöka sommarstugan en gång till och därför tycker jag att hon skall skickas till sjukhuset”? Vem ”bestämmer” när patientens uppfattning inte går att inhämta?

Finns skäl att sätta in antibiotika? Dropp? Har patienten ont? Morfin eller motsvarande?

Administrera läkemedel som suppositorium, t ex Ketogan supp? Morfinscopolamin (obs att skopolaminet är ett mycket potent antikolinergikum som kan påagra en akut svår konfusion hos en Alzheimerpatient – väg detta mot patienten plågor pga slem i bröstet! Vakenhetsgrad?)

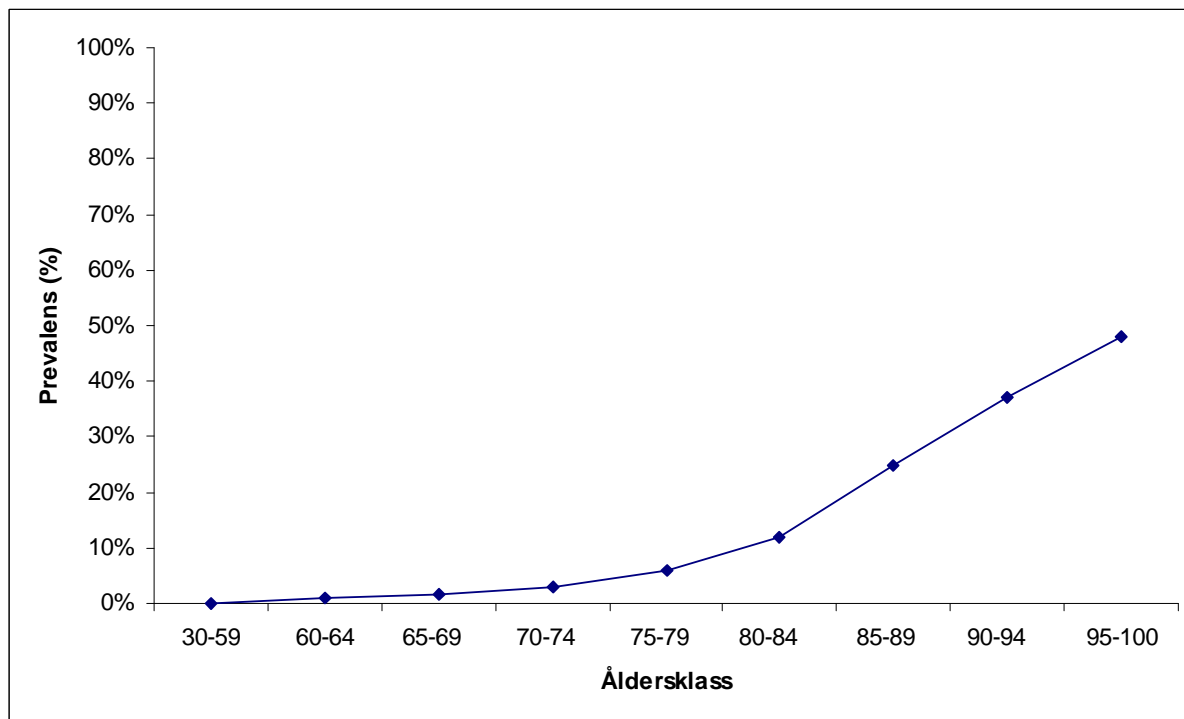
När farmaka övervägs: Vad är känt om patientens njurfunktion inför denna situation (finns t.ex. kreatininclearance enligt Cockcroft-Gaults formel?)

På <http://www.lio.se/upload/28905/VardpgrPallvard04.pdf> kan Ni hitta ett vårdprogram för palliativ vård. I kapitel 10 *Livets sista dagar* finner Ni råd som kan vara bra underlag för diskussion av Era egna erfarenheter.

FAKTA

Faktaruta 1. Epidemiologi

Prevalens: Andelen personer med demenssjukdom ökar med stigande ålder. I stort sett fördubblas prevalensen för varje 5-årsklass (se figur).



Incidensen ökar också med stigande ålder .

Incidensen per 1000 person-år är approximativt: 1 för 60–64 år, 3–5 för 65–69 år, 8–10 för 70–74 år, 11–18 för 75–79 år, 20–40 för 80–84 år, 30–60 för 85–89 år och 50–120 för 90 år och äldre.

Faktaruta 2 Sjukdomar som leder till demens

Det finns ett 70-tal olika sjukdomar som leder till demens.

- Primärdegenerativa demenssjukdomar (ca 60 %) t ex Alzheimers sjukdom, Lewybodydemens, Parkinsondemens, demens vid Downs syndrom och frontotemporala demenssjukdomar
- Vaskulära demenssjukdomar (ca 30 %) ex multiinfarkt- och småkärlsdemens
- Sekundära demenssjukdomar (ca 10 %) ex alkoholdemens och demenssjukdomar pga bestående skador av blödningar, infektioner, icke behandlingsbara hjärntumörer, långvarig syrebrist, trauma, normaltryckshydrocefalus o s v

Speciellt bland de äldre patienterna är det inte ovanligt med blandformer av demens, t ex demens av Alzheimertyp med cerebrovaskulär skada. Dessutom kan demensliknande symtom uppstå vid många potentiellt botbara tillstånd som t ex hormon- och vitaminrubbning, läkemedelsbiverkan, förgiftningar, tumörer, infektioner, samt vid psykiatriska sjukdomar som depression, manisk sjukdom och andra psykoser.

Frontallobsdemens kan börja tidigt och minnesstörning är oftast inte debutsymptom, utan snarare personlighetsförändring, känslomässig avtrubbning, omdömeslöshet, språkstörning.

Lewybodydemens har en Parkinsonliknande sjukdomsbild. Synhallucinos är vanligt.

Patienterna är mycket känsliga för neuroleptika som bör undvikas!

Patogenes: vid Alzheimers sjukdom finns två huvudspår. Något förenklat innebär det ena spåret en patologisk extracellulär inlagring av proteinet betaamyloid i hjärnan som orsakar neuronskada och neuronundergång; enligt det andra spåret är det en patologisk intracellulär inlagring av proteinet tau som orsakar skadan. Alzheimers sjukdom är dock en heterogen sjukdomsgrupp och fortfarande är t ex en indelning i tidigt debuterande och sent debuterande Alzheimers sjukdom praktiskt användbar.

Etiologi/riskfaktorer: vid Alzheimers sjukdom: Stigande ålder, kvinnligt kön hos de äldsta samt ärftliga faktorer. Bärare av ApoE ϵ 4-allelen har en ökad risk att utveckla Alzheimers sjukdom. Den genetiska forskningen har exploderat och det finns ett flertal studier om kromosomförändringar som ökar risken. Ett annat riskfaktorpanorama för Alzheimerssjukdom är att de riskfaktorer som vanligtvis sammankopplas med vaskulär demens (t ex högt blodtryck, lipidrubbningar) också tycks vara riskfaktorer för Alzheimers sjukdom.

SBU. Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt.

Faktaruta 3. Demensdefinition enligt WHO, ICD-10

Demens är ett syndrom som beror på hjärnsjukdom, vanligen kronisk eller progressiv till sin natur. Demens innebär störning av flera högre kortikala funktioner som minne, tänkande, orientering, förståelse, räkneförmåga, inlärningskapacitet, språk och omdöme. Medvetandet är inte grumlat. Försämring av kognitiva funktioner åtföljs ofta, och är ibland föregången av försämring av emotionell kontroll, socialt beteende eller motivation. Demens medför avsevärd försämring av intellektuella funktioner och påverkar vanligen dagliga aktiviteter som tvättning, påklädning, ätande och toalettbesök. Symtomen skall ha funnits i minst sex månader för en säker klinisk demensdiagnos. Hur dessa svårigheter manifesterar sig beror i stor utsträckning på de sociala och kulturella omständigheter under vilken patienten lever.

ICD-10-kriterierna för demens:

G1. Det finns belägg för var och en av följande punkter:

1. En minnesnedsättning (som objektivt måste styrkas).
2. En reduktion av andra kognitiva förmågor, där sänkning från tidigare prestationsnivå måste påvisas.

G2. Ett konfusionstillstånd får ej föreligga.

G3. Nedsättning av emotionell kontroll eller motivation eller en förändring av socialt beteende som ger minst ett av följande symtom:

- Emotionell labilitet
- Irritabilitet
- Apati
- Förrått socialt beteende

G4. Minnesnedsättningen och/eller reduktion av andra kognitiva förmågor måste ha funnits minst sex månader.

Demens vid Alzheimers sjukdom:

A. De allmänna kriterierna för demens enligt ovan måste vara uppfyllda.

B. Anamnes, fysisk undersökning eller särskilda undersökningar ger inga belägg för någon annan möjlig orsak till demenssyndromet (t ex cerebrovaskulär sjukdom, Parkinsons sjukdom, Huntingtons sjukdom, subduralhematom, normaltryckshydrocefalus) eller systemisk störning (t ex hypothyreos, brist på B12-vitamin eller folsyra, hypercalcemi) eller tillstånd förorsakade av droger.

Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut (F00.0*G30.0)

1. Kriterierna för Alzheimers sjukdom enligt ovan måste vara uppfyllda och debutåldern måste vara lägre än 65 år.

2. Dessutom skall minst en av följande fordringar vara uppfylld:

- a. Belägg finns för en relativt snabb progression.
- b. Förutom minnesstörning måste afasi, agrafi, akalkuli eller apraxi föreligga.

Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut (F00.1*G30.1)

1. Kriterierna för Alzheimers sjukdom enligt ovan måste vara uppfyllda och debutåldern måste vara 65 år eller mer.

2. Dessutom skall minst en av följande fordringar vara uppfylld:

- a. Belägg finns för en mycket långsam, smygande debut och progression.
- b. Dominans av minnesstörning över intellektuell funktionsnedsättning.

Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ (F00.2*G30.8)

Faktaruta 4

Kriterier Demens enligt DSM IV (förkortad version) :

- Minnesstörning (obligat)
- Åtminstone en av följande störningar:
 - afasi
 - apraxi (nedsatt motorisk förmåga trots intakta motoriska funktioner, dvs förstår ej bruket av vissa saker)
 - agnosi (känner inte igen eller kan inte identifiera föremål trots intakta sensoriska funktioner)
 - exekutiva störningar (nedsatt förmåga planera, organisera etc.)
- Nedsatt arbets- eller social förmåga som innebär en nedgång från en tidigare högre funktionsnivå
- Uppträder inte enbart i samband med konfusion
- Tillståndet skall ha varat mer än sex månader

Endast de tillstånd som säkert kan påvisas får klassificeras som sjukdom med åtföljande diagnoskoder.

(OBS DSM V är på väg, men är i skrivande stund (november 2010) ej färdigt).

Faktaruta 5 Steg-1 utredning - Basal utredning på vårdcentral

ANAMNES - Ett viktigt underlag för bedömningen. Gäller både patientens och närståendes uppgifter. .

- Varför görs demensutredningen?
- Kartläggning av den sociala situationen.
- Vilka symtom föreligger? Minnesstörning, Visuospacial förmåga (hitta, känna igen), Språkstörning, Praktisk oförmåga, Förändrade personlighetsdrag, Psykiska symtom
- När började symtomen och hur har de utvecklats?
- Vilka problem upplever man? Vilka förväntningar har man på utredningen?

Tidigare och aktuella sjukdomar, speciellt sådant som kan påverka demensutveckling, simulera demensliknande symtom (t.ex. Depression) eller leda till demens (t.ex. Parkinson) eller demensliknande tillstånd (t.ex. Schizofreni).

Aktuell mediciner: Finns läkemedel som kan bidra till symtomen?

Vid konstaterad demens behöver bilkörning och vapeninnehav och behov av God man kartläggas.

Ett bra formulär för anhörigintervju finns på att ladda ner från demenscentrum (se www-adress längst ner i rutan).

STATUS/TEST

Somatiskt och psykiskt status samt neurologisk bedömning.

Mini-Mentalt-test (MMT) i kombination med Klocktest.

MMT och Klocktest kan laddas ner från Demenscentrums hemsida (se www-adress längst ner).

PROVTAGNING/UNDERSÖKNINGAR

EKG: för att utesluta flimmer som kan bidra till vaskulär demens.

Blod: provtagning för att utesluta andra tillstånd som kan orsaka kognitiv svikt. Uteslut hyperkalcemi (Alb + S-Ca), B12-brist (homocystein) samt hypothyreos (TSH, T4). Vid klinisk misstanke kompletterande prover för borrelios, lues, HIV.

CT hjärna: strukturell hjärnabildning med datortomografi kan bidra till att identifiera orsaker till kognitiv svikt och utesluta andra tillstånd i hjärnan som kan orsaka kognitiv svikt. CT hjärna utförs därför i regel (hög prioritet). Skall alltid utföras på yngre, vid snabbt förlopp, eller då fokalneurologiska fynd saknar förklaring.

DIFFERENTIALDIAGNOSER

Normalt åldrande, Depression, Isolerad minnesstörning (lindrig kognitiv störning),

Förvirringstillstånd (konfusion) och Sekundära demenstillstånd: normaltryckshydrocefalus, hjärntumör, CNS-infektion, subduralhematom

FUNKTIONSDIAGNOSTIK

Strukturerad kartläggning av funktions och aktivitetsförmåga, gärna av en arbetsterapeut, är viktig för att få en helhetsbild.

- Kartläggning av patientens resurser, svårigheter och behov
- Efter samråd med andra vårdgivare kan det ge underlag för beslut om vilket stöd patienten behöver
- Kan ge underlag för ställningstagande till patientens lämplighet att inneha körkort och ev. vapeninnehav

BEDÖMNING

Väg samman resultatet. Visar utredningen på demens? Demens på vaskulär grund eller Alzheimers sjukdom? Är differentialdiagnoser uteslutna? Vid osäkerhet kontakta specialiserade vården för konsultation eller remittera för utvidgad demensutredning i den specialiserade vården.

Formulär för MMT, Klocktest, anhörigintervju mm finner Du på:

<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Skattningsskalor-instrument/>

Faktaruta 6

När remiss till specialistklinik? - Utvidgad demensutredning
- oklara fall
- behov av utredning i slutenvård
- Svårtolkade och svårhanterbara beteenden
- Finns ett regionalt/lokalt vårdprogram? Där framgår hur ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialiserade vården är planerad där Du arbetar.

När remiss till länsdelssjukhus? - yngre patienter < 65 år
- vid familjära demensformer

Utvidgad utredning syftar till att fastställa diagnos, sätta in ev. behandling samt skapa ett underlag för den vidare vårdplaneringen.

- neuropsykologiska test
- lumbalpunktion för analys av biomarkörer
- strukturell hjärnabbildning med magnetkamera
- funktionell hjärnabbildning med SPECT

- funktionsdiagnostik

Faktaruta 7

VVFS 1998:89 Vägverkets författningssamling - medicinska krav för innehav av körkort

10 kap Om demens och andra kognitiva störningar

Allmänt:

1§ Allvarlig kognitiv störning utgör hinder för innehav. Vid bedömningen skall särskilt beaktas störningar i uppmärksamhet, omdöme och minne, i visuospatiala och i psykomotoriska funktioner. Vidare skall beaktas förekomst av känslomässig labilitet och ökad uttrötthet.

2§ I fråga om innehav i grupp II och III (körcort med behörighet C, CE, D eller DE) skall beaktas den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med ett sådant innehav.

Demens:

3§ Demens utgör hinder för innehav oavsett grupp. Vid demens som bedöms vara lindrig kan dock innehav i grupp I (körcort med behörighet A, A1, B, BE eller traktorkort) medges.

Allmänna råd

Demens bör anses som lindrig om patienten, trots märkbart försämrad förmåga till aktivt yrkesarbete och till sociala aktiviteter, ändå har förmågan att föra ett självständigt liv med ett förhållandevis intakt omdöme.

4§ Demens anses föreligga om sådan diagnos ställts utifrån vedertagen medicinsk praxis eller om det utifrån tillgänglig information kan bedömas att kriterierna för en sådan diagnos är uppfyllda. Med kriterier avses de som anges i ett kriteriebaserat system för diagnosklassifikation såsom DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) eller ICD (International Classification of Diseases).

Förvärvade hjärnskador:

5§ Hjärnskada som förvärvats efter exempelvis stroke, infektion, anoxi, förgiftning eller tumör samt traumatiskt förvärvad hjärnskada, skall bedömas med beaktande av vad som sägs i 1 och 2 §§.

Omprovning:

6§ Omprovning ska ske med intervall som bedöms lämpligt i varje enskilt fall.

Allmänna råd

Vid lindrig demens samt vid tillstånd med minnesstörning, där demensutveckling kan misstänkas, bör omprovning ske årligen.

Faktaruta 8 – Regelverk för vapenlicens,
Information om regelverket för vapenlicens finns på i Vapenlagen 1996:67, speciellt kapitel 6, där en skärpning av anmälningsskyldigheten skett (Lag 2006:386):

Anmälningsskyldighet

6 § En läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen skall omedelbart anmäla detta till polismyndigheten i den ort där patienten är folkbokförd. Anmälan behöver inte göras om det med hänsyn till omständigheterna står klart för läkaren att patienten inte har tillstånd för skjutvapen. Lag (2006:386).

7 § Om en polismyndighet får kännedom om omständigheter som kan medföra att en person som tillhör hemvärnets personal är olämplig att inneha skjutvapen, skall myndigheten omedelbart underrätta Försvarmakten om dessa omständigheter. Lag (2006:386).

I skriften ”Socialstyrelsen följer upp tillämpningen av 6 kap.6 § vapenlagen. Fullgör läkare anmälningsskyldigheten till polisen? Rapport av ett regeringsuppdrag” diskuteras tillämpningen av lagen (kan hämtas från Läkarförbundet via Internet.)

<http://www.slf.se/Vi-tycker/Remisser/Remissvar/Vapenlagen--Fullgor-lakare-anmalningsskyldigheten-till-polisen/>

Faktaruta 9 Utdrag ur Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården– SOSFS 2000:1

Föreskrifter

Om en patient själv har ansvaret för att hantera sina läkemedel, skall föreskrifterna inte tillämpas. Det gäller även om patienten behöver viss praktisk hjälp. (SOSFS 2006:24).

Allmänna råd

Den som förskriver läkemedel kan vid förskrivningstillfället behöva ta ställning till om patienten klarar av att själv hantera sina läkemedel. Om förskrivaren bedömer att patienten inte klarar det, bör ställningstagandet dokumenteras i patientjournalen (SOSFS 2001:17).

2 § Med läkemedelshantering avses i dessa föreskrifter ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel

Författarens kommentar

I praktiken anger man om patienten kan klara att ha eget ansvar för sin medicin eller inte. Detta är ett svårt område och individuella bedömningar och lösningar måste göras

Hela föreskriften hittar Du på

<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1>

Faktaruta 10

LÄKARINTYG för utredning i ärende om anordnande av godmanskap enligt 11 kap. 4§ föräldrabalken

”Om någon på grund av *sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person*, skall rätten, om det behövs, besluta att anordna godmanskap för honom eller henne. Ett sådant beslut får inte meddelas utan samtycke av den för vilken godmanskap anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas.”

Det är således utlåtande om Din bedömning av ovanstående och underlaget för Din bedömning i frågan som ska framgå av intyget.

Ifyllningsbar blankett hittar Du på

<http://www.socialstyrelsen.se/blanketter/Documents/76322%202007-01.pdf>

På <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19490381.HTM> kan Du läsa lagtexten och också vad som står om förvaltare, i de fall de God man inte räcker för att hantera situationen.

Faktaruta 11 Nutrition - en del av den medicinska behandlingen

Sammanfattning av SoS-rapport 2000:11

- Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika sjukdom och återvinna hälsa.
- Alla individer; friska, sjuka, unga och gamla har rätt att erhålla en adekvat, till individen och dennes (sjukdoms-) tillstånd anpassad näringstillförsel
- Den sjuka individens nutrition måste betraktas på samma sätt som annan medicinsk behandling och därmed underkastas samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplanering och uppföljning/dokumentation.
- Inom all vård och omsorg bör rutiner finnas för
 - diagnostik, undernäringstillstånd
 - behandling av undernäring
 - dokumentation och informationsöverföring
 - uppföljning och utvärdering
 - samverkan mellan olika vårdnivåer
 - utbildning och fortlöpande kompetensförsörjning

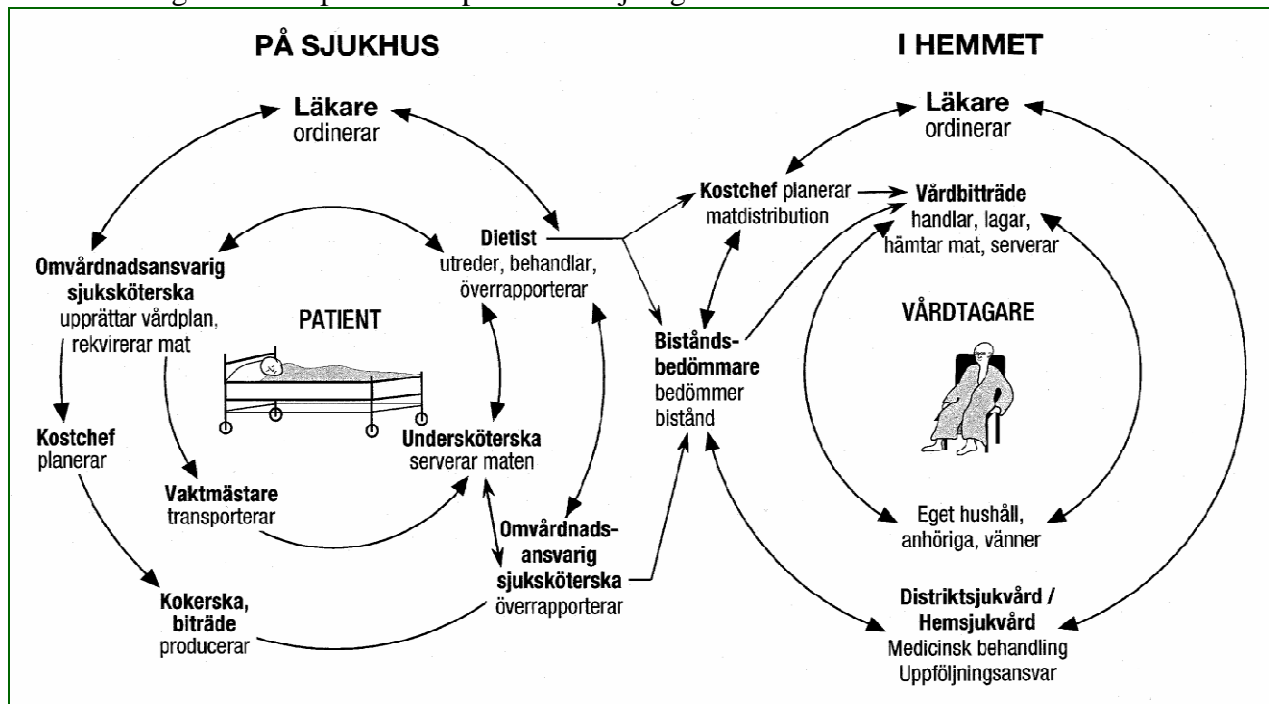


Bild enligt presentation av Elisabet Rothenberg med dr, Sektionen för klinisk nutrition, Sahlgrenska sjukhuset

Faktaruta 12 Läkemedelsbehandling vid mild till måttlig Demens av Alzheimerstyp

Nationella riktlinjer vid mild till medelsvår demens av Alzheimerstyp:

Hälsa- och sjukvården bör:

- erbjuda behandling med kolinesterashämmare (donepezil, galantamin och rivastigmin) mot kognitiva symtom till personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom (hög prioritet)
- följa upp behandlingen i samband med inställning av dosen och därefter regelbundet, minst en gång per år samt i samband med eventuell utsättning (högsta prioritet)

Fördelar

- Kolinesterashämmare kan bidra till att minska de kognitiva symtomen och att upprätthålla den globala funktionsförmågan (allmäntillstånd, beteende, kognition och ADL-förmåga) hos personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom under en period. Ungefär två tredjedelar av dem som behandlas med kolinesterashämmare uppvisar mätbar positiv effekt av behandlingen.
- Behandling med kolinesterashämmare för personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom kan vara kostnadseffektiv.
- En upprepad bedömning av patientens välbefinnande och funktioner ger information om behandlingseffektens varaktighet, biverkningar och underlag för att bedöma om behandlingen ska fortgå eller inte. Uppföljning efter en utsättning av ett läkemedel kan ge underlag om läkemedlet bör sättas in igen.

Nackdelar

- Kolinesterashämmare kan ge biverkningar främst i form av illamående, kräkningar och diarré vilket förekommer i 10 till 15 procent av fallen.
- Kolinesterashämmare ger inte alltid märkbar effekt på kognition och allmäntillstånd och eventuellt uppnådd effekt kan variera från person till person.
- Långtidseffekten av behandlingen med kolinesterashämmare kan inte bedömas.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av behandling med kolinesterashämmare vid svår Alzheimers sjukdom.
- Skillnaden i effekt mellan placebo och kolinesterashämmare är liten.

Ämne och preparat	Styrkor
Galantamin (Reminyl ®)	depotkapsel: 8, 16 och 24mg lösning: 4mg/ml
Donepezil (Aricept ®)	tablett: 5 och 10mg
Rivastigmin (Exelon®)	kapsel: 1,5, 3, 4,5, 6, 12mg lösning: 2 mg/ml Depotplåster: 4,6 & 9.5 mg/24t

Försiktighet vid hjärt- kärlsjukdom, astma eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom vad gäller preparaten ovan. Risk för vagoton effekt-bradykardi. Försiktighet även vid ulcussjukdom.

Faktaruta 13 – Läkemedelsbehandling vid måttlig till svår Demens av Alzheimer typ

Nationella riktlinjer vid måttlig till svår demens av Alzheimer typ:

Hälso- och sjukvården bör:

- erbjuda behandling med memantin mot kognitiva symtom till personer med *måttlig till svår* Alzheimers sjukdom (något lägre prioriterat än när det gäller kolinesterashämmare).
- följa upp behandlingen i samband med inställning av dosen och därefter regelbundet, minst en gång per år samt i samband med eventuell utsättning (högsta prioritet).

Fördelar

- Memantin kan bidra till att minska de kognitiva symtomen och att upprätthålla den globala funktionsförmågan (allmäntillstånd, beteende, kognition och ADL-förmåga) hos person med måttlig till svår Alzheimers sjukdom under en period.
- Memantin orsakar inte fler biverkningar än behandling med placebo.
- Behandling med memantin vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom kan vara kostnadseffektiv.
- En upprepad bedömning av patientens välbefinnande och funktioner ger information om behandlingseffektens varaktighet, biverkningar och underlag för att bedöma om behandlingen ska fortgå eller inte. Uppföljning efter en utsättning av ett läkemedel kan ge underlag om läkemedlet bör sättas in igen.

Nackdelar

- Memantin ger inte alltid effekt på kognition och allmäntillstånd och eventuell uppnådd effekt kan variera från person till person.
- Långtidseffekten av behandlingen med memantin kan inte bedömas.
- Skillnaden i effekt mellan placebo och memantin är liten.

Ämne och preparat	Styrkor
Memantin (Ebixa ®)	tablett: 10mg, 20 mg
	lösning: 10 mg/ml

Måste doseras med hänsyn till njurfunktion.

Faktaruta 14 - Läkemedelsbehandling vid vaskulära demenser

Det finns inga läkemedel som kan dämpa symtomen vid vaskulär demens. Behandlingen handlar istället om förebygga ytterligare skador i blodkärlen.

- *ASA-preparat* - Ges vid vaskulär demens - lågdos, i livslång behandling, ev. i kombination med dipyridamol (Persantin ®).
- Behandla hypertoni men undvik alltför låga blodtryck. Mät BT helst i sittande, det är den cerebrala genomblödningen som är avgörande för patientens symtom, många är ortostatiska.
- Behandla diabetes och hyperlipemi.
- Överväg behandling av flimmer, klaffsjukdom och block.
- Överväg mer effektiv antikoagulantibehandling – Waran vid persisterande flimmer.

Faktaruta 15 - Farmakologisk behandling av psykiska problem hos patienter med demenssjukdom

Utred alltid de bakomliggande orsakerna till Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD) hos personer med demenssjukdom och diskutera med övriga vårdgivare vilka åtgärder som kan vidtas för att lösa/åtgärda de bakomliggande orsaker som framkommer.

När Du tar ställning till farmakologisk behandling av sekundära symtom som depression eller BPSD-symtom rekommenderas följande av Socialstyrelsen:

Vid depression - För personer med demenssjukdom och samtidig depression bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med SSRI-preparat.

I övrigt anser Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården i undantagsfall, då personcentrerade omvårdnadsinsatser och anpassning av vårdmiljön visat sig otillräckliga och tillståndet orsakar stort lidande för den demenssjuke, kan man pröva läkemedelsbehandling med:

Memantin för personer med Alzheimers sjukdom och beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD)

Kortverkande bensodiazepiner vid oro och ångest, ex Oxazepam i låg dos
Ångest som del i depression behandla med antidepressivum

Antipsykosmedel vid psykosymtom eller agitation, aggressivitet, i första hand Risperidon i andra hand Haldol (helst inte >1 mg/dygn för någondera substansen) Risk för extrapyramidala biverkningar och antikolinerg biverkan

Klometiazol till natten vid demenssjukdom och beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) respektive konfusion. Har dock dålig vetenskaplig dokumentation och snävt terapeutiskt fönster.

En förutsättning då en person behandlas med bensodiazepiner eller antipsykosmedel är att hälso- och sjukvården planerar för en kort behandlingstid och utvärderar effekter och biverkningar inom två veckor. Det finns också läkemedel som inte är lämpliga att använda vid behandling av BPSD.

Socialstyrelsen anser att hälso- och sjukvården inte bör behandla med antiepileptika (karbamazepin, valproat och topiramet).

Speciella tillstånd

Hypermotoriska tillstånd ex vandrande - Finns ingen bra farmakologisk behandling. Om sekundärt till ångest el psykotiska symtom, se dessa. Kan påverkas av omgivningsfaktorer.

Ropbeteende - Specifik behandling finns inte. Viktigt att utesluta somatisk orsak

Faktaruta 16 Skydds eller tvångsåtgärder riktade mot personer med demenssjukdom

2010 upphävde Socialstyrelsen tidigare föreskrifter och allmänna råd angående skydds- och tvångsåtgärder riktade mot personer med demenssjukdom eftersom man bedömer att de inte hade stöd i lagen. Det innebär att:

Åtgärder som larm, sänggrindar och bälten får inte användas i syfte att frihetsberöva en person men däremot som skydd eller hjälpmedel när den enskilde samtycker till åtgärden.

Den enskilde är enligt regeringsformen skyddad mot frihetsberövande om det inte finns lagstöd. Med frihetsberövande avses enligt förarbeten till regeringsformen bl.a. fall då någon faktiskt är förhindrad att förflytta sig utanför ett rum eller annat relativt starkt begränsat område (prop. 1975/76:209 s. 52). Personen kan t.ex. vara förhindrad att lämna vissa lokaler, genom att han eller hon saknar nyckel till dörrarnas låsanordningar eller inte behärskar den kanske i och för sig okomplicerade teknik som krävs för att öppna dörren. Detsamma torde gälla det fall där nyckeln förvaras på en plats som är åtkomlig, men som den enskilde inte informeras om eller förväntas glömma bort. Avgörande är alltså om den enskilde faktiskt är förhindrad att avlägsna sig från området i fråga. Skyddet mot frihetsberövande gäller i både ordinärt och särskilt boende.

Om man låser dörren till den enskildes bostad med hans eller hennes samtycke och han eller hon har svårigheter att ta sig ut själv måste det finnas en planering för hur den enskilde ska kunna få hjälp med att ta sig ut dels i normala situationer, dels i en situation som kräver utrymning vid t.ex. brand. Vidare behöver det finnas en planering för hur personal som ska utföra hälso- och sjukvård eller insatser enligt socialtjänstlagen ska kunna komma in.

Det finns inte något stöd i socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen för att använda tekniska lösningar som s.k. larmmattor och rörelsedetektorer mot den enskildes vilja.

Det finns inte något stöd i lagstiftningen för att använda mikrofoner eller videokameror för övervakning av den enskilde i hans eller hennes bostad.

Då användning av tvångsåtgärder kräver lagstöd kan inte anhöriga, God man eller förvaltare samtycka till eller kräva att socialtjänsten eller hälso- och sjukvården ska använda tvångsåtgärder.

LITTERATUR

Allmänmedicinens juridik. Verksamhetsinriktad uppslagsbok.

Uppdaterad version i bokform kommer ut årligen, finns även om line om landstinget beställt det. Här finns bland annat ett avsnitt där man kan hitta de lagar och regelverk som kan beröra patienter med demens. Information om boken på <http://www.juris.se/allmanmedicin/>

Andersson, A. (2003) Konfusion [Elektronisk]. Vårdalinstitutet. Tematiska rum : Demens Tillgänglig: www.vardalinstitutet.net, Tematiska rum. Där finns bl.a. information om lagar och regelverk och förslag på litteratur.

Dokumentet om konfusion hittar Du på

<http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1576/3212/3225/4038.pdf?objectId=7317>

Internetmedicin www.internetmedicin.se kan Du hitta vidare rekommendationer om utredning och behandling av demens.

Läkemedelsverket. *Farmakologisk behandling av kognitiv störning vid Alzheimers sjukdom* (Pharmacological treatment of cognitive impairment in Alzheimer's disease):

Läkemedelsverket (Medical Products Agency); 2002. Report No.: Information från läkemedelsverket 2002, nr 7-8.

<http://www.lakemedelsverket.se/upload/Hälso->

[%20och%20sjukvård/behandlingsrek/Alzheimers%20sjukdom_bakgrund.pdf](http://www.lakemedelsverket.se/upload/Hälso-%20och%20sjukvård/behandlingsrek/Alzheimers%20sjukdom_bakgrund.pdf)

<http://www.lakemedelsverket.se/upload/Hälso->

[%20och%20sjukvård/behandlingsrek/alzheimers.pdf](http://www.lakemedelsverket.se/upload/Hälso-%20och%20sjukvård/behandlingsrek/alzheimers.pdf)

Patientföreningar:

Demensförbundet: www.demensforbundet.se

Alzheimerföreningen: www.alzheimerforeningen.se

SBU. *Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt.* Stockholm: SBU; 2006.

http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Demens_sammanfattning.pdf

SBU. Dementia. A systematic review. Stockholm: Staten beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care) 2008. Report No.: 172E/1-3 <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Demenssjukdomar/>

Socialdepartementet. *På väg mot en god demensvård.* (The Ministry of Social affairs.

Heading towards a good dementia care. The society's support to people with dementia and their families. Stockholm, Sweden, Socialdepartementet, 2003, Ds 2003:47 (in Swedish).

Stockholm: Socialdepartementet; 2003. Report No.: Ds 2003:47.

<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/421>

Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010*, stöd för styrning och ledning.

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom>

Västerås: Socialstyrelsen; 2010-09-12

Svenskt Demens Centrum har en hemsidan med information. Där kan Du bland annat hämta instrument för utredning som anhörigintervju, MMT och Klocktest
<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Skattningsskalor-instrument/>

Wimo A, Johansson L, Jönsson L. *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005*. Socialstyrelsen (underlag från experter), Stockholm, 2007 (artikel nr 2007-123-32). <http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/FBF2CF90-53A4-4538-8953-EEF235BC790B/8297/200712332.pdf>

Winblad B, Kilander L, Eriksson S, Minthon L, Batsman S, Wetterholm AL, et al. Donepezil in patients with severe Alzheimer's disease: double-blind, parallel-group, placebo-controlled study. *Lancet*. 2006 Apr 1;367(9516):1057-65.

Äldreforskningens hus, Stiftelsen Äldrecentrum och Aging Research Center (ARC). På deras hemsida hittar Du också artiklar om demens.
<http://www.aldrecentrum.se/>