

Demens

Vårdnivå och remiss

Primärvård

Basal demensutredning (se Basal utredning nedan) ska alltid göras vid demensmisstanke. Denna utredning genomförs i normalfallet inom primärvården och i samarbete med kommunen i de fall patienten är inskriven i hemsjukvården. Se länk under Relaterad information, Demens/kognitiv svikt-Folkhälsa och sjukvård. I välmotiverade fall kan dock remiss till specialistmottagning skrivas utan att fullständig basal utredning genomförts, anledningen ska då motiveras i remissen och komplettering kan komma att efterfrågas.

För majoriteten av patienter över arbetsför ålder är basal utredning tillräcklig. Även vissa yngre patienter med uppenbar diagnos (till exempel drogrelaterad demenssjukdom eller multiinfarktdemens) kan oftast handläggas helt inom primärvård eller vid annan behandlande klinik.

A) Överväg remiss till minnesmottagning efter basal demensutredning i följande fall:

1. Patient i arbetsför ålder.
2. Patient med snabbt progredierande symtombild oavsett ålder.
3. Atypiska symtom, till exempel påtaglig motorikstörning, personlighetsförändring eller språkstörning, oavsett ålder.
4. Vid lindrig kognitiv funktionsnedsättning med oklar genes, vid behov av second opinion.

B) Rådfråga gärna minnesmottagning i följande fall, telefon/konsultationsremiss:

1. Svåra beteendestörningar vid diagnostiserad eller misstänkt demenssjukdom.
2. Second opinion/bedömning avseende testresultat eller andra utredningsresultat, inklusive tolkning av CT/MR-svar.
3. Patient där det framkommer påtaglig diskrepans mellan funktionsnivå och testresultat.
4. Komplicerade sociala förhållanden i samband med demens.
5. Svårvärderade körkortsärenden vid kvarstående osäkerhet efter bedömning hos arbetsterapeut i primärvården:
Eksjö – remiss till arbetsterapeut på rehabiliteringscentrum.
Värnamo – remiss till arbetsterapeut på rehabiliteringscentrum.
Jönköping – remiss till minnesmottagningen, geriatriska kliniken.
6. Utvecklingsstörning med kognitiv försämring.

7. Misstanke om lågtrycks-/kommunicerande hydrocefalus.

Se länk under Relaterad information, Telefonnummer till sjuksköterska på lokal minnesmottagning.

Remissinnehåll till minnesmottagning:

1. Frågeställning.
2. Översiktlig symtombild, symtomutveckling och konsekvens i vardagen.
3. Resultat av basal utredning.
4. Hur patienten ska kallas, namn och telefon eller annan kontaktväg till patient/närstående.

Återremiss till primärvården:

- Patienter inte aktuella för läkemedelsbehandling kan ofta komma att återremitteras efter diagnos.
- Patienter i särskilda boenden är vanligen inte aktuella för uppföljning på minnesmottagning.
- Patienter i stabilt skick insatta på demensläkemedel.

Lokal tillämpning

Se länk under Relaterad information, Eksjö - Riktlinjer demens, Höglandet.

Se länk under Relaterad information, Jönköping – Sammanhållen utredning och uppföljning i primärvård för person med demenssjukdom, Jönköping.

Diagnostik och utredning

Diagnoskriterier för demens enligt DSM IV.

Demens föreligger om det finns:

- minnesstörning
- åtminstone en av följande störningar:
 - afasi/dysfasi (språkstörning)
 - apraxi/dyspraxi (praktiska funktionssvårigheter)
 - agnosi/dysgnosi (feltolkning av sinnesintryck)
 - exekutiva störningar (förändrad hantering av vardagspraktiska förehavanden)
- nedsatt arbets- eller social förmåga som innebär en nedgång från en tidigare högre funktionsnivå.
- symptom inte enbart i samband med konfusion (akut förvirringstillstånd), d.v.s. tillståndet ska ha en varaktighet av minst 6 månader.

En grov gradering av demenssjukdomens svårighetsgrad kan göras enligt följande:

- Lindrig kognitiv nedsättning; viss kognitiv funktionsnedsättning utan påverkan på ADL.

- Lindrig demens; Patienten sköter väsentligen primära men har svårigheter med instrumentella ADL-funktioner, vanligen MMSE 20-30, dock stor variation.
- Medelsvår demens; Patienten behöver viss men inte fullständig hjälp med primärt ADL, vanligen MMSE 10-20.
- Svår demens; Patienten har stort eller fullständigt hjälpbehov med primärt ADL, MMSE vanligen <12.

Följande diagnoser är de vanligast förekommande (se länk under relaterat innehåll, Svenskt Demenscentrum):

- Alzheimers sjukdom F00.9*G30.9
- Frontotemporal demens (pannlobsdemens) F02.0*G31.0
- Lewykroppsdemens, F02.8*G31.8
- Demens vid Parkinsons sjukdom F02.3*G20.9
- Vaskulär demens, F01.9
- Blandformsdemens (Alzheimer + Vaskulär demens) F00.2 G30.8
- Sekundära sjukdomar
- Lindrig kognitiv störning F06.7
- Demens utan närmare specifikation F03.9 (används endast i de fall ingen specifik demensdiagnos kan sättas)

Ytterligare närmare 100 ovanligare sjukdomar kan ge demens eller demensliknande sjukdomsbild.

Basal utredning bör innehålla (baserat på Socialstyrelsens nationella riktlinjer):

- Sjukdomshistoria, inklusive missbruksanamnes
- Intervjuer med anhöriga, se länk under Relaterat innehåll, Anhörigintervju för identifiering av demens och demensliknande tillstånd.
- Bedömning av fysiskt och psykiskt tillstånd
- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga. Om möjligt utförd av arbetsterapeut, lämpliga bedömningsinstrument är AMPS, ADL-taxonomi, CID.
- Kognitiva test: Testning och tolkning bör göras av person med erfarenhet av bedömning av kognitiva tester, till exempel specialutbildad arbetsterapeut.
 - Alternativ 1: Mini Mental State Examination, (MMSE-NR3) och Klocktest. Se länkar under Relaterat innehåll. Våren 2024 har MMSE-SR ersatts av MMSE-NR3 som är den version som fortsättningsvis bör användas. Observera att några av frågorna är omgjorda liksom manualen. Ange vid dokumentation i journalen vilken variant som använts.
 - Alternativ 2: Montreal Cognitive Assessment (MoCA) kan användas som alternativ.
 - Alternativ 3: Hos patienter med annat modersmål, kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå kan the Rowland Universal

Dementia Assessment Scale (RUDAS) användas som alternativ till MMSE. Se länk under Relaterat innehåll.

- Laboratorieundersökningar syftar till att utesluta andra sjukdomar. Nedan nämnda bör ingå, vid behov bör ytterligare prover tas utifrån anamnes och status.
 - Blodstatus
 - Elektrolytstatus inkl. kreatinin
 - Glukos
 - Joniserat/fritt kalcium
 - PETH
 - TSH
 - B12, Folat samt Homocystein
- Hjärnbildning med datortomografi. Hos yngre eller vid atypiska symtom överväg MR. Vid svår sjukdom där utredningens resultat inte skulle tillföra personen ytterligare livskvalitet kan man avstå undersökningen.
- Ompröva, utvärdera och optimera läkemedelsbehandlingen genom läkemedelsgenomgång. Identifiera/uteslut läkemedelsbiverkan som orsak till konfusion/kognitiv svikt.
Läkemedel som kan ge upphov till konfusion/riskläkemedel till äldre:
 - Antikolinerga läkemedel
 - Bensodiazepiner
 - Antihistaminer
 - Glukokortikoider
 - Opioider
 - Antiepileptika
 - Tricykliska antidepressiva
 - Medel vid Parkinsons sjukdom
 - Neuroleptika
- Beakta differentialdiagnos såsom konfusion och depression. Vid misstanke om depression använd gärna skattningsskala som hjälpmedel. Se länk under Relaterat innehåll, Depressionsskattningsskala GDS-15.

När ovanstående undersökningar har gjorts ska utredningen sammanfattas och demenssjukdom om möjligt uteslutas eller fastställas. Det är önskvärt att en demensdiagnos så långt möjligt specificeras så att adekvat behandling kan erbjudas. Tidig kontakt med kommunen bör erbjudas för att möjliggöra adekvata kommunala stödinsatser.

Teambaserad utredning och uppföljning rekommenderas:

- Se länk under Relaterat innehåll, Checklista demensutredning.
- Se länk under Relaterat innehåll, Information om genomförd minnesutredning.

Utvidgad utredning (på specialistnivå) innebär utöver detta:

Ställningstagande till kompletterande ytterligare undersökningar såsom:

- Neuropsykologiska test

- Strukturell hjärnavbildning med magnetkamera
- Lumbalpunktion
- Funktionell hjärnavbildning med FDG-PET
- Funktionell hjärnavbildning med DAT-Scan

Prevention

- Fysisk aktivitet i medelåldern kan minska risken för att insjukna i demenssjukdom.
- Personer som ägnar sig åt mentalt och socialt stimulerande aktiviteter på fritiden minskar risken för att insjukna i demenssjukdom.
- Se faktadokument Levnadsvanor
- Behandling av högt blodtryck i medelåldern minskar risken för att insjukna i demenssjukdom.
- Kardiovaskulär prevention samt god diabeteskontroll minskar troligen risken för demensutveckling.

Behandling

Icke farmakologiska åtgärder:

Individanpassad social och fysisk aktivering. Lämpligt med tidig kontakt med biståndshandläggare/demenssjuksköterska i respektive kommun för insatser innefattande patient- och anhörigstöd.

Se länk, Omvårdnad vid demens.

Läkemedel

Alzheimers sjukdom och blanddemens (AD med samtidig cerebrovaskulär komponent)

- Mild till måttligt svår grad: kolinesterashämmare (donepezil, galantamin eller rivastigmin). Rivastigmin finns även som depotplåster, vilket innebär minskad risk för GI-biverkningar. EKG-kontroll rekommenderas inför insättning. Observera att det finns D-interaktion mellan donepezil och citalopram/escitalopram med bl.a. ökad risk för QTc-förlängning. Kombination med exempelvis betablockerare kan medföra risk för bradykardi, hypotension och AV-block.
- Måttlig till svår grad: tillägg av memantin alternativt memantin i monoterapi vid intolerans eller kontraindikation mot kolinesterashämmare. Obs njurfunktion: vid eGFR < 30 ml/min är maxdosen 10 mg/dygn.

Telefonuppföljning rekommenderas 4 – 6 veckor efter insatt behandling, med tanke på eventuella biverkningar m.m.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Behandlingen bör fortgå så länge patienten inte bedöms lida av någon biverkan och så länge effekt bedöms finnas. Vid icke tolererbara biverkningar (eller misstanke om dem), avsluta behandlingen. Nedtrappning krävs i regel inte. Om

provutsättning görs för att värdera läkemedelseffekt, ha beredskap för snabb återinsättning vid ev. försämring som brukar uppträda inom 2–4 veckor.

Vaskulär demens

Behandla riskfaktorer. Se Preventionsavsnittet.

Lewy-Body demens/Parkinsondemens (vanligen specialistfall)

Rivastigmin är registrerat för behandling av mild till måttligt svår demens hos patienter med idiopatisk Parkinsons sjukdom och viss evidens för effekt finns även vid Lewy Body Demens. OBS, allvarlig neuroleptikakänslighet!

Frontallobsdemens (vanligen specialistfall)

Specifik behandling saknas. Behandling av beteendemässiga symtom (se nedan) kan bli aktuellt.

Beteendestörningar och Psykologiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD)

BPSD kan definieras som ”symtom i form av störd perception, stört tankeinnehåll, förändrat stämningsläge eller förändrat beteende hos patienter med demenssjukdom”

Begreppet innefattar flera symtomgrupper såsom:

- A. Affektiva symtom - Depression, mani/hypomani, ångest/oro, irritabilitet.
- B. Psykossymtom - Hallucinationer, vanföreställningar, felaktig identifiering.
- C. Hyperaktivitet - Psykomotorisk agitation (både verbal och fysisk, aggressiv och nonaggressiv, andringsbeteende, ropbeteende), sömnstörning.
- D. Apati - Initiativlöshet, tillbakadragenhet, förlust av intressen.

Se länk, Sammanfattande praktiska rekommendationer enligt Läkemedelsverket.

Lokala tillämpningar/kontaktvägar – om ytterligare stöd behövs för handläggning av BPSD:

Se länk, BPSD-team.

Sjukskrivning

Yrkesarbetande demenssjuka är vanligen specialistfall.

Uppföljning

En regelbunden uppföljning av personer med demenssjukdom rekommenderas minst 1 gång/per år. Syftet med uppföljningen är att bedöma personens situation, behov av medicinskt och psykosocialt stöd samt vård och kommunala omsorgsinsatser.

Ansvaret för genomförandet vilar på primärvården. Uppföljningen bör ske i samarbete mellan ansvarig läkare och demenssjuksköterska/arbetsterapeut på vårdcentralen. För hemsjukvårdsanslutna patienter bidrar kommunens hälso- och sjukvårdspersonal med underlag på uppdrag av vårdcentralen.

Se länk under Relaterat innehåll, Utredning och uppföljning vid demenssjukdoms-
samverkan vård och omsorg.

Uppföljningen bör individanpassas, men omfattas vanligen av:

- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga samt kognitiv testning. Med fördel används samma instrument som vi utredningen. Mini Mental State Examination, (MMSE-NR3), Klocktest, RUDAS-S, Svenskt Demenscentrum, se länkar under Relaterat innehåll.
- Samtal med anhöriga förslagsvis med användning av Ragnar Åstrands anhörigintervju Anhörigintervju för identifiering av demens och demensliknande tillstånd, se länk under Relaterat innehåll.
- En medicinsk undersökning.

Frågor att beakta vid läkarbesöket:

- Aktuellt hälsotillstånd med relevant statusundersökning. Beakta nutritionsstatus, se länk Nutrition.
- Värdering av genomförda tester, ADL-funktion och information från anhöriga. BPSD?
- Behov av förändrade omsorgsinsatser/ anhörigstöd? Kontakt med biståndshandläggare, tas med fördel tidigt i sjukdomsförloppet. Överväg behov av god man/förvaltare.
- Läkemedelsgenomgång, compliance och eventuella biverkningar? Se länk Utvärdering av läkemedelsbehandling.
- Uppföljning ev. körkort- och vapeninnehav, se länk.
- Demenssjukdom medför ofta behov av särskilt tandvårdsstöd, se Faktasida Tandvårdsstöd – översikt och riktlinjer.

Kvalitetsindikatorer

Varje vårdenhet som utreder demenssjukdomar bör registrera alla med diagnostiserad demens i det nationella kvalitetsregistret SveDem, se länk under relaterat innehåll, Svenska Demensregistret. BPSD-registret bör användas för personer med demens i särskilt kommunalt boende, registret är även ett stöd i handläggningen av den enskilde patienten.