

# Riktlinjer

## Utredning och handläggning av demens

Kommunerna Grums, Säffle, Åmål och Årjäng – Fyrkom



<b>Dokumenttyp</b> Riktlinje	<b>Ansvarig verksamhet</b> Minnesmottagningen, Rehabenheten Säffle	<b>Revision</b> Version 3	<b>Antal sidor</b> 11
<b>Dokumentägare</b> Eva Sillén, arbetsterapeut Minnesmottagningen Rehabenheten Säffle Margaretha Troell, överläkare Minnesmottagningen Rehabenheten Säffle Anki Ringsby, Anne-Marie Wall, Maria Svan, Nina Örtqvist Nordgren, samtliga demenssjuksköterskor vid Fyrkom	<b>Fastställare</b> Annika Kjellman, verksamhetschef Rehabenheten Säffle	<b>Giltig fr.o.m.</b> 2012-04-12	<b>Giltig t.o.m.</b> 2015-04-11

## Riktlinjer för utredning och handläggning av demens

Gäller för: Landstinget i Värmland och Kommunerna Grums, Säffle, Åmål och Årjäng

Inledning	2
Bakgrund	2
Mild kognitiv störning, MCI	2
De vanligaste demenssjukdomarna	3
Alzheimers sjukdom	3
Vaskulär demens	3
Blanddemens	3
Frontotemporal demens (frontallobsdemens)	3
Demenssjukdom hos personer med begåvningshandikapp, särskilt Downs syndrom	4
Lewybodydemens	4
Demenssjukdomens olika stadier	4
Utredning av kognitiva symptom	5
Basal demensutredning	5
Utvidgad demensutredning	6
Demenssjuksköterskans roll i kommunen	7
Arbetsterapeutens roll i kommunen	7
Referenslista	8
Bilaga 1a	9
Bilaga 1b	10

## **Inledning**

Riktlinjerna för Fyrkom ska vara en källa till kunskapsökning inom demensvården i de fyra kommunerna Grums, Säffle, Åmål och Årjäng och är en grund för utredning och handläggning av misstänkt demenssjukdom. De utgår från Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 samt Demensutredning i primärvård (Marcusson 2009). Riktlinjerna ska ses som ”ett levande dokument” som uppdateras och utvecklas kontinuerligt.

## **Bakgrund**

Demens är ett syndrom där åldern är den främsta riskfaktorn. Det är ofta svårt att skilja ett normalt åldrande från ett tidigt demenstillstånd eller från andra differentialdiagnostiskt närliggande sjukdomstillstånd. Det stora antalet personer med demenssjukdom ställer krav på att organisationen av demensutredningar fungerar.

Varje år insjuknar ca 24 000 personer i demenssjukdom och ungefär lika många med demenssjukdom dör. Det finns inget som tyder på att risken att insjukna har ökat. Däremot kommer antalet personer med demenssjukdom att öka då fler uppnår högre ålder.

Minnesproblem kan bero på många olika orsaker och alla som upplever att den intellektuella funktionen inte fungerar som den brukar bör erbjudas en läkarbedömning.

En demensutredning har fyra viktiga aspekter: att fastställa diagnos, ge medicinsk behandling och underlag för en god omvårdnad samt att ge information samt stödja den drabbade och de närstående.

## **Mild kognitiv störning, MCI**

MCI-begreppet innebär en subjektiv och objektiv försämring från en tidigare högre nivå av kognitiva förmågor, utan att den funktionella försämringen gör att personen uppfyller kriterier för demenssjukdom. Nedsättningen avser exempelvis minne, orienteringsförmåga, språk, exekutiv förmåga, igenkänning, praktisk förmåga samt räkneförmåga.

Ibland är tillståndet reversibelt.

## 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

Alzheimers sjukdom svarar för två tredjedelar av alla demenssjukdomar. Sjukdomen hör till de degenerativa demenssjukdomarna, vilka leder till att nervceller i hjärnan successivt förtvinar och dör. Detta sker framför allt i hjärnans tinning och hjässlober. Förloppet karakteriseras av en smygande debut och en fortskridande kognitiv nedsättning.

Tidiga symtom är oftast försämrat närminne, koncentrationsproblem, svårigheter att orientera sig och språkstörningar.

### Vaskulär demens

Vaskulär demens är den näst vanligaste demenssjukdomen och beror på att områden i hjärnan som har betydelse för intellektuella funktioner, blivit skadade på grund av bristande blodtillförsel. Vanliga orsaker är stroke, förändringar i små blodkärl och långvarigt högt blodtryck. Hur sjukdomen påverkar beror på vilka delar av hjärnan som skadas. Skador i pannloben ger personlighetsförändringar, skador i hjässloberna försämrar förmågan att analysera, tolka och förstå. Om tinningloberna skadas försämras ofta minnet. Cirkulationsstörningar i djupa delar av hjärnan ger i första hand försämrat kognitivt tempo och försämrad reaktionsförmåga, initiativförmåga och psykisk energi.

### 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)

Frontallobsdemens är en degenerativ demenssjukdom som drabbar hjärnans främre del. Debuten är smygande och det sker en långsam progress med förändringar av personlighet, bristande omdöme, förlust av sjukdomskänsla, känslomässig avflackning eller nedsatt språklig förmåga. Ofta är exempelvis

minnet bra till en början av sjukdomen. Bidragande diagnostiska tecken är sjukdomsdebut före 65 år och liknande sjukdomsbild hos anhörig.

### **Demenssjukdom hos personer med begåvningshandikapp, särskilt Downs syndrom**

Vuxna med Downs syndrom drabbas ofta av för tidigt åldrande i flertal organ. Tidig demenslik Alzheimers sjukdom är en del av detta tidiga åldrande.

Eftersom Downs syndrom i sig medför en varierande grad av mental utvecklingshämning, är det svårare att upptäcka och bedöma om en person dessutom har drabbats av demens. Det karakteristiska är att personen förlorar en del av sin tidigare förmåga och kunskap. Det kan vara förlust av intresse för omgivningen, försämrad arbetsförmåga, försämrat närminne, svårigheter att känna igen vardagliga föremål och att hitta. Detta påverkar personens ADL-förmåga (Aktiviter i Dagliga Livet).

### **Lewybodydemens**

Lewybodydemens är ett tillstånd som har likheter både med Alzheimers sjukdom och med Parkinsons sjukdom. Vid denna demenssjukdom är uppmärksamheten nedsatt i ett tidigt skede av förloppet, framträdande minnesstörning behöver inte förekomma i det tidiga stadiet. Den kognitiva störningen är av subkortikal frontal typ, där exekutiva funktioner tidigt är drabbade. Parkinsonliknande symtom som nedsatt mimik, långsamhet och stelt rörelsemönster är också vanliga, liksom synhallucinationer och falltendens. Personer med Lewybodydemens har en kraftig ökad risk för biverkningar av läkemedel mot psykos.

### **Demenssjukdomens olika stadier**

Det finns olika sätt att beskriva en demenssjukdoms olika stadier. Socialstyrelsen delar in i mild demenssjukdom, tidigt skede då personen klarar sig utan någon hjälp, måttlig demenssjukdom är då personen behöver hjälp för att klara sin vardag och svår demenssjukdom är då personen behöver hjälp med det mesta i sin vardag.

## Utredning av kognitiva symptom

En person med kognitiv svikt där den bakomliggande orsaken inte är känd ska genomgå en basal demensutredning. Vanliga debutsymtom är minnesstörning, osäker tidsuppfattning, nedsatt lokalsinne, svårigheter att uttrycka sig i tal och i skrift eller problem med att praktiskt klara aktiviteter i det dagliga livet. Personlighetsförändring, ångest eller depression kan vara associerade symptom tidigt i utvecklingen av en demenssjukdom.

Demensutredning syftar till att fastställa om personen har en demenssjukdom eller annan sjukdom som orsakar symptomen, ge svar på vilken demenssjukdom det handlar om och vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad man kan göra för att minimera eller kompensera för dessa.

Behov av utredning vid misstänkt demenssjukdom kan initieras från patienten själv, närstående eller vårdpersonal.

## Basal demensutredning

Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer bör en basal demensutredning innehålla:

- Strukturerad anamnes (prioritet 1)
- Intervju med anhörig (prioritet 1)
- Bedömning av fysiskt och psykiskt tillstånd (prioritet 1)
- MMT och klocktest (prioritet 1)
- Strukturerad bedömning av funktions och aktivitetsförmåga (prioritet 1)
- Datortomografi (prioritet 2)
- Blodprovstagning med kalcium eller homocystein samt sköldkörtelfunktion (prioritet 2)

Funktions- och aktivitetsbedömning görs lämpligast av arbetsterapeut i primärvården.

Den basala demensutredningen kan räcka för adekvat diagnostisering eller medicinsk åtgärd. När denna slutförts ges sammanfattande information till patient och närstående samt till demenssjuksköterska i kommunen. Fortsatt stöd via kommunen organiseras på demenssjuksköterskans initiativ. Medicinsk kontakt sker via ordinarie allmänläkare och samtliga åtgärder vidtas individuellt.



### Utvidgad demensutredning

Då den basala demensutredningen inte gett tillräckligt med information för att fastställa diagnos eller om personen är yngre skickas remiss för utvidgad demensutredning till minnesmottagningen. Denna kan innehålla:

- Fördjupad neuropsykologisk testning (prioritet 2)
- Magnetkamera (prioritet 2)
- Lumbalpunktion (prioritet 2)
- SPECT, funktionell hjärnabbildning (prioritet 4)
- Bedömning av körkortsinnehav och vapeninnehav
- Behov av godman
- Anhörigskola erbjuds
- Kognitivt stöd och kognitiva hjälpmedel erbjuds

Minnesmottagningens team består av specialistläkare, arbetsterapeut och kurator. När patient och närstående träffar demensteamet medverkar även kommunens demenssjuksköterska. Demenssjuksköterskan är en länk mellan landstingets minnesmottagning och kommunens vård. Kontakt med personen som drabbats och med anhöriga etableras. Fortsatt uppföljning sker i hemkommunen, vad gäller eventuellt insatt medicin, samtalsstöd och hjälp med övriga kontakter i kommunen, som kan vara lämpliga.

När utredningen är klar, diagnos har fastställts, eventuell medicinering har satts in och följts upp så den fungerar, personen och anhöriga har fått information både muntligt och skriftligt, avslutas personen. Allmänläkare får besked om att personen avslutats och ansvaret övergår till primärvården. Vid behov kan man komma tillbaka för ett besök.

Vid basal demensutredning och vid utvidgad utredning bör följande punkter uppnås och förmedlas till personen med demenssjukdom och närstående:

- Identifiera lindrig kognitiv störning och fastställa etiologin
- Identifiera demenssjukdom och fastställa diagnos
- Bedöma personens kroppsliga och psykiska hälsotillstånd
- Kartlägga den sociala situationen, vid behov medverka till lämpliga åtgärder
- Beskriva personens symtom och funktionshinder
- Beskriva funktionsnedsättningen i det dagliga livet
- Muntlig och skriftlig information till personen med demenssjukdom och närstående om sjukdomen och dess konsekvenser
- Muntliga och skriftlig information om vart inom kommunen respektive primärvård de ska vända sig vid problem eller frågor
- Bedöma personens förutsättningar för att inneha körkort och vapen

## **Minnesmottagningens övriga funktioner**

Minnesmottagningens specialistkunskap kan användas konsultativt. Läkaren kan fungera som medicinsk konsult. Arbetsterapeut kan prova ut och förskriva kognitiva hjälpmedel. Körkortsbedömningar kan beställas som enskilt uppdrag. Kurator kan vid behov erbjuda enskilda samtal som stöd, både för patient och anhörig/närstående.

Anhörigskola erbjuds anhörig/närstående till personer med demenssjukdom. Utbildningen ger bland annat grundläggande information om demenssjukdomar, dess konsekvenser, bemötande och hur det kan vara att vara anhörig. Utbildningen ges vid fyra tillfällen. Därefter erbjuds närstående fortsatt stöd i lokala anhörigrupper som anordnas av kommunens demensteam.

## **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. Kontaktuppgifter lämnas till demenssjuksköterskan med syfte att patient och anhörig/närstående vet vem de kan vända sig till. Uppdraget ska ses som ett slags ”spindel-i-nätet-funktion” kring patienten med demenssjukdom och dennes anhörig/närstående.

## **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.

## **Arbetsterapeutens roll i kommunen**

Arbetsterapeuten i kommunen ansvarar för fortsatt regelbundet stöd till personen med demenssjukdom och dennes anhörig/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.



## Referenslista

Socialstyrelsen (2010)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning

Marcusson, J. (2009)

Demensutredning i primärvård. Hämtad 27 maj 2009 från:

[http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?page=112](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=112)

Svenskt Demenscentrum

[www.svenskdemenscentrum.se](http://www.svenskdemenscentrum.se)

Demensprogrammet i Värmland

[www.liv.se/demens](http://www.liv.se/demens)

## 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

### Läkemedelsbehandling

Det finns två typer av läkemedel som är godkända för behandling av kognitiva symtom vid Alzheimers sjukdom: kolinesterashämmare (donezepil, galantamin och rivastigmin) och memantin. Kolinesterashämmare är avsedda för behandling vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom och memantin för behandling vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom. Kolinesterashämmare och memantin kan bidra till att personer med Alzheimers sjukdom under en period upprätthåller sin kognition och funktionsförmåga. Ungefär två tredjedelar av dem som behandlas uppvisar mätbar positiv effekt av behandlingen och behandlingen är kostnadseffektiv. Behandlingen bör följas upp i samband med inställning av dosen och därefter regelbundet, minst en gång per år, samt i samband med eventuell utsättning. Depressiva symtom behandlas. Om patienten bedöms vara i ett tillstånd där det finns en vinst i att försöka bevara funktionsnivån bör behandling prövas.

- Donopezil 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.
- Rivastigmin, kapsel, doseras två gånger per dag. Startdos 1,5 mg x 2 i två till fyra veckor. Dosering därefter individuell och måldos är 6–12 mg/dygn. Dosökning sker med fyra veckors intervall.
- Galantamin, depotkapsel, doseras en gång per dag. Startdos 8 mg x 1 (vecka ett till vecka fyra). Rekommenderad underhållsdos 16 mg x 1 (från vecka fem). Doshöjning till 24 mg x 1 kan vara aktuell senare i förloppet.
- Ebixa (memantin) har effekt på globala och kognitiva funktioner vid svår demens. Preparatet tolererades väl, få biverkningar. Dosera en gång per dag. Startdos 5 mg x 1 vecka ett, 10 mg x 1 vecka två, 15 mg x 1 vecka tre och sedan 20 mg vecka fyra, vilket är måldosen. 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

En första utvärdering görs efter tre 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* (PO Sandman). För acetylcholinesterashämmare 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 tre 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.

Utarbetad av:

Eva Sillén, arbetsterapeut Minnesmottagningen Rehabiliteringsenheten Säffle, Landstinget i Värmland

Margaretha Troell, överläkare Minnesmottagningen Rehabiliteringsenheten Säffle, Landstinget i Värmland

Anki Ringsby, demenssjuksköterska, Årjängs kommun

Anne-Marie Wall, demenssjuksköterska, Säffle kommun

Maria Svan, demenssjuksköterska, Åmåls kommun

Nina Örtqvist Nordgren, demenssjuksköterska, Grums kommun



GRUMS KOMMUN



SÄFFLE KOMMUN



ÅMÅLS KOMMUN



Årjängs kommun  
Väckrast och vildast i västra värmland