

Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014

Rekommendationer, bedömningar och
sammanfattning

Det behövs mer kunskap och bättre förutsättningar inom primärvården

Utvärderingen visar att mindre än hälften av de personer som utreds inom primärvården genomgår en fullständig basal demensutredning, i enlighet med de rekommendationer som ges i de nationella riktlinjerna. Det är varken lämpligt eller nödvändigt att alla personer i primärvården genomgår en fullständig utredning, men Socialstyrelsen bedömer att andelen som gör det i dagsläget är alltför liten.

Nästan hälften av de som utreds inom primärvården får diagnosen Demens UNS (Utan Närmare Specifikation), vilket innebär att någon specifik diagnos inte har kunnat fastställas. Ibland kan det vara relevant att ställa diagnosen Demens UNS, men andelen är så stor att det tyder på att det finns brister i primärvårdens diagnossättning. Att så många inte får en specifik diagnos kan innebära att de inte heller får de behandlingsinsatser som skulle behövas, som exempelvis läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom.

Intervjuer med primärvårdsläkare tyder på att primärvårdens kunskap inom området har ökat under de senaste åren. Socialstyrelsen bedömer dock att det finns behov av fortsatta insatser för att öka kunskapen om utredning, diagnossättning och uppföljning. Det är också angeläget att primärvården får praktiska förutsättningar att arbeta med utredning och uppföljning av personer med demenssjukdom, och att gruppen inte bortprioriteras på grund av att behoven inte är lika uttalade och akuta som hos vissa andra patientgrupper.

Ny utvärdering
inom
några år

Revidering av Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

De nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom revideras och en remissversion beräknas vara klar i slutet av november 2016. De reviderade riktlinjerna kommer att ersätta de befintliga.

I vilken fas är arbetet?

Under våren 2016 pågår arbetet med att prioritera och rangordna tillstånds- och åtgärdspar. Nästa fas i arbetet blir att sammanställa och producera en remissversion av riktlinjerna. [Läs mer om hur vi tar fram riktlinjer.](#)

Varför revideras riktlinjerna?

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demens revideras utifrån ny kunskap, enligt den metod som har utvecklats för Socialstyrelsens riktlinjearbete. En skillnad jämför med förut är att de nya riktlinjerna har ett tydligare styr- och ledningsperspektiv samt fokuserar på de frågor där behovet av vägledning är som störst, till exempel inom kontroversiella områden och där det finns stora praxisvariationer.

Måste kommunerna och landstingen följa riktlinjerna och vad gör Socialstyrelsen om man inte följer riktlinjerna?

Riktlinjerna är starka rekommendationer men de är inte bindande i juridisk mening. Vården är därför inte tvingad att följa rekommendationerna. Om en person med demenssjukdom däremot kommer till skada till följd av att vården inte har följt riktlinjerna kan Socialstyrelsens tillsyn granska den verksamheten.

Socialstyrelsen följer också upp hur olika kommuner, privata utförare, landsting och kliniker använder riktlinjerna genom särskilda mått (så kallade indikatorer). Resultaten av uppföljningen och jämförelserna redovisar vi sedan öppet.

ANNAS LED

FÖR EN TRYGG OCH SÄKER
DEMENSVÅRD I HALLAND



Fastställd: 2012-04-13



Varbergs
kommun



FALKENBERG



Kungsbacka



HYLTE



Region Halland



Demenssamordnare i NSVH

Demenssamordnare (DS) i NSVH kan vara en sjuksköterska/arbetsterapeut med specifikt uppdrag och kompetens samt intresse för utredningsarbete.

Det ska finnas minst en demenssamordnare som är kopplad till varje vårdenheter inom Vårdcentralen Halland. Vid mindre enheter kan DS vara kopplad till flera.

Rollen som demenssamordnare innebär att

- Ha samordningsansvar för de personer som utreds för demenssjukdom.
- I samarbete med ansvarig läkare vara behjälplig och utföra delar i utrednings och uppföljningsarbetet. Exempel på vad som kan ingå är; anhörigintervju, kognitiva tester, funktions och aktivitetstester.
- För de patienter som fått en diagnostiserad demenssjukdom svarar DS för att ge information om de stödinsatser som finns tillgängliga inom kommunen.
- Vara behjälplig för patienten att skapa kontakt med kommunen.
- Ansvara att efter samtycke från patient registrera i kvalitetsregistret SveDem.
- Ansvarar för att de som *inte* ger samtycke till registrering i SveDem följs upp processen.
- Utvärdering av eventuell insatt läkemedelsbehandling enligt överenskommelse med läkaren.
- Bevaka att regelbundna uppföljningar sker.
- Närsjukvårdens demenssamordnare bevakar att registrering och uppföljning i SveDem sker då patienten är inskriven i kommunal hemsjukvård.

Start basal demensutredning i NSVH

Syfte:

Identifiering av patienter med misstanke om demenssjukdom eller annan sjukdom.

Patienten kontaktar vårdcentralen.

- TeleQ
- Patient/närstående ringer för rådgivning eller tidbokning. Det är viktigt att notera vilken relation närstående har till patienten.
- Vid besök hos läkare eller andra professioner
- Remiss
- Kommun handläggare eller personal i kommunen kontaktar vårdcentralen.

Bokingsunderlaget ska tydligt ange misstänkt demens som kontaktorsak. Kontaktuppgifter ska fyllas i även för närstående/anhöriga.

Patienten bör ha närstående/anhörig med sig vid besöket.

Fakta ruta

Vanliga orsaker till kontakt:

- Minnesstörning
- Personlighetsförändring
- Förvirring
- Depression
- Energiförlust
- Försämrade orienteringsförmåga

Vem är anhörig/närstående?

Socialstyrelsens termbank definierar anhörig som *"en person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna"*. En närstående definieras i termbanken som *"en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till"*.

Utredning av AD och andra demenssjukdomar

(basal utredning)

- Information från patient och anhöriga
- Klinisk undersökning inklusive psykiatriskt och neurologiskt status
- Basal kognitiv screening, exempelvis MMSE och klocktest
- Provtagning samt EKG
- Skiktröntgen (CT)

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)

Vad betyder siffrorna?

Riktlinjerna innehåller tre typer av rekommendationer: prioritering 1–10, FoU och icke-göra.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU

Rangordning 1-10

De rangordnade tillstånds- och åtgärds kombinationerna har dokumenterad effekt. De redovisas i en skala från ett till tio efter angelägenhetsgrad. Siffran ett anger åtgärder som ger mycket liten nytta alternativt liten nytta i förhållande till kända hälsotillstånden. Tio anger åtgärder som ger mycket liten nytta alternativt liten nytta i förhållande till kända hälsotillstånden.

Icke-göra

Till icke-göra hänförs åtgärder som inte bör utföras alls, antingen därför att det finns bättre alternativ eller för att åtgärden inte har någon, eller sämre, effekt än annan behandling eller för att åtgärden har negativa effekter å ena sidan och komplikationer och biverkningar å den andra sidan är oacceptabla. Sjukvården ska inte utföra rutinmässigt för att det vetenskapliga stödet är ofullständigt. Där samtidigt finns andra alternativ med gott vetenskapligt stöd placeras här. Däremot åtgärder som utförs för kostnads- eller nyttoeffekt hänförs till icke-göra.

FoU

Till FoU hänförs åtgärder där det saknas ett vetenskapligt underlag eller där underlaget är otillräckligt och där pågående eller kommande forskning kan tillföra relevant kunskap. En åtgärd kan vara på väg att införas, redan har införts trots bristande grund eller att professionen har en erfarenhet som tyder på att åtgärden inte har någon eller en liten effekt.

Läkarbesök

Syfte:

Fastställa eventuell demenssjukdom eller utreda misstanke om annan sjukdom.

Läkaren följer nationella riktlinjer demens.

- Strukturerad anamnes
- Allmän medicinsk undersökning
- Psykisk status
- Provtagning, Lab paket DEM görs/beställs.
- Om misstanke på demens stärks under besöket kan remiss till CT hjärna skrivas.
- Finns misstanke om annan sjukdom invänta provsvar eller initiera annan utredning.
- Eventuellt initiera kontakt för kognitiva test, funktions och aktivitetsförmåga samt anhörigintervju.
- Demenssamordnarna informeras för att hålla samman utredningen och säkerställa att ett nytt besök hos läkare bokas.
- Patient med kommunal hälso och sjukvård där man misstänker demens, skickas remiss till kommunens demenssamordnare/team för kognitiva test, funktions och aktivitetsförmåga samt anhörigintervju.

Avsatt tid för besök 45 minuter.

God vård vid demenssjukdom

Provpaket DEM under bearbetning

Anamnes

- hur länge?

- upplevelse
av symtom

- har något
ändrats?

(Anhörigintervju)

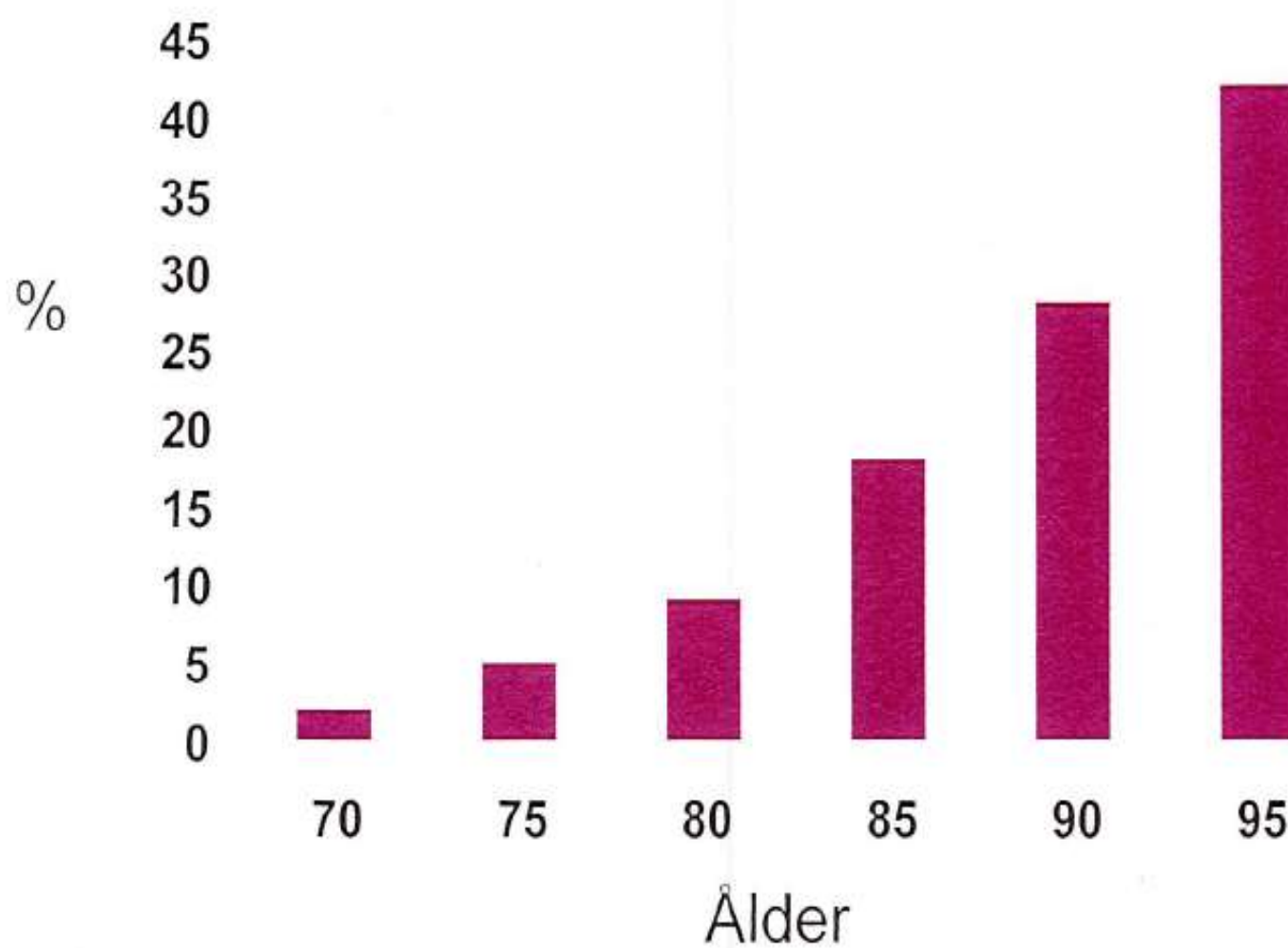
Riskfaktorer

- hög ålder
- ärftlighet
- hypertoni och
hyperkolesterolemi
i medelåldern
- diabetes
- alkohol
- låg utbildning
- kost(?)

Riskfaktorer

- hög ålder

Relationen mellan ålder och förekomst av demens



Riskfaktorer

- ärftlighet

Våra arvsanlag, gener, har sannolikt stor betydelse för uppkomsten av demenssjukdomar. Idag känner man till 21 riskgener. Den främsta är, ApoE, som förekommer i olika varianter. Personer som bär en av dessa varianter, den så kallade ApoE4-allelen, har 1,5 – 4 gånger högre risk att insjukna i Alzheimers sjukdom.

Riskökningen är relativt sett större i lägre åldersgrupper. Betonas bör att det endast handlar om en ökad risk – många personer med ApoE4-allelen drabbas aldrig av demens.

Rad 5

Tillstånd: Friska personer

Åtgärd: Testning av riskgenen *APOE4*

Rekommendation

Icke göra

Hur allvarligt är tillståndet?

Risken för demenssjukdom är mycket låg hos personer under 60 år, men ökar sedan med åldern

Riskfaktorer

- hypertoni och
hyperkolesterolemi
i medelåldern

Alltmer evidens talar för ett viktigt samband mellan blodtryck och kognitiv funktion/demens. Förekomst av hypertension och andra vaskulära riskfaktorer har kopplats till försämrad prestation framför allt vad gäller exekutiv funktion och uppmärksamhet.

Det patofysiologiska sambandet är fortfarande inte klarlagt, men hypoperfusion och sekundär neurodegeneration har föreslagits

Hur sambandet ser ut är fortfarande oklart. Det har föreslagits att den cerebrovasculära reservkapaciteten spelar en central roll. En minskad cerebrovasculär reserv (kapacitet att kompensera för ändringar i blodtryck) kan leda till störningar i den neurovasculära kontrollen (kapaciteten att ändra blodflödet beroende på aktivitet i respektive hjärnregion) och minskad kognitiv kapacitet.

Men också endoteldysfunktion, mikrovaskulär sjukdom och makrovaskulär sjukdom skulle kunna ligga bakom en rad medicinska tillstånd som i sin tur påverkar risken för försämrad kognitiv funktion sent i livet.

Hur sambandet med andra tillstånd och sjukdomar som kan leda till demens, till exempel neurodegenerativa tillstånd, såsom Alzheimers sjukdom, Parkinsons sjukdom och Lewy body demens är fortfarande oklart.

Vad gäller effekt av att försöka normalisera blodtrycket, vanligen med antihypertensiv medikation, är resultaten av olika studier inte enhetliga.

En viktig orsak bakom detta är möjligen att studierna inte varit optimerade för att mäta effekt på kognitiv funktion.

Risikfaktorer

- diabetes

Risikfaktorer

- alkohol

Riskfaktorer

- låg utbildning

Risikfaktorer

- kost(?)

Riskfaktorer

- hög ålder
- ärftlighet
- hypertoni och
hyperkolesterolemi
i medelåldern
- diabetes
- alkohol
- låg utbildning
- kost(?)

Utredning av AD och andra demenssjukdomar

(basal utredning)

- Information från patient och anhöriga
- Klinisk undersökning inklusive psykiatriskt och neurologiskt status
- Basal kognitiv screening, exempelvis MMSE och klocktest
- Provtagning samt EKG
- Skiktröntgen (CT)

Kroppslig undersökning

- Det "vanliga"
- och
- ortostatiskt blodtryck
- (syn? hörsel?)

Psykiatrisk undersökning

- första bild om pats
orienteringsförmåga
 - tecken till depression?
(atypisk depression inte ovanlig
hos äldre)
 - vanföreställningar?
(ekonomi; otroghet)
 - hallucinationer?
- (snabba svar? konfabulationer?)

BLODPROVER

Enligt Socialstyrelsens
rekommendationer:

- - CALCIUM
- - TSH
- - HOMOCYSTEIN

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Hälso- och sjukvården bör göra en basal demensutredning som innehåller

- blodprovstagning för att utesluta förhöjd nivå av homocystein (*prioritet 2*).

Hur allvarligt är tillståndet?

Risk för utebliven eller inadekvat vård och omsorg.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

- Blodprov för att identifiera höga nivåer av homocystein kan som en del i den basala demensutredningen vara av värde för att utesluta såväl brist på vitamin B12 som på folsyra, som bidragande orsak till kognitiv svikt (beprövad erfarenhet).

Brist på vitamin B12 har länge ansetts vara relaterat till utvecklingen av kognitiv svikt. Vetenskapligt underlag saknas dock för ett orsakssamband mellan låga nivåer av vitamin B12 i serum och kognitiv svikt [5, 10].

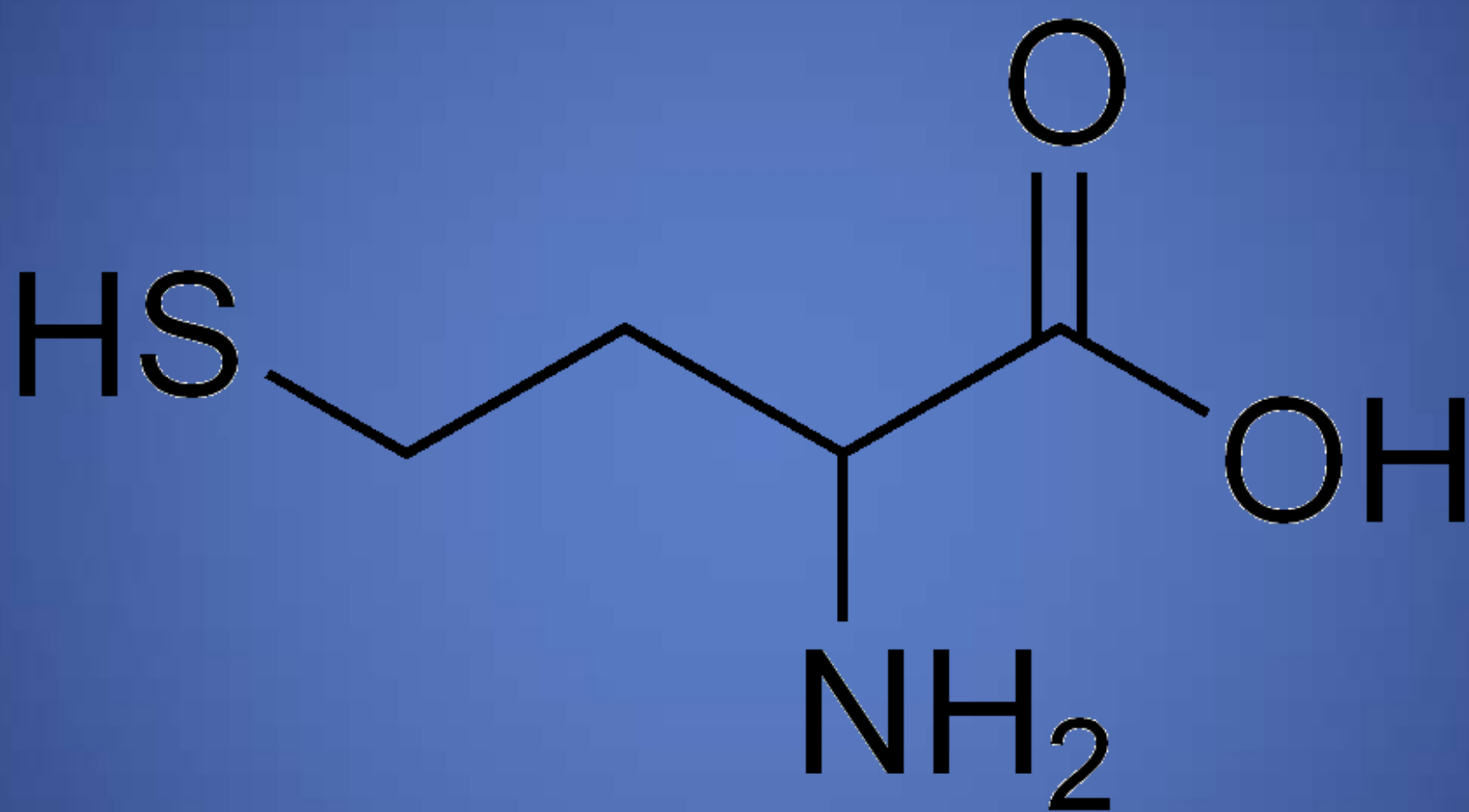
Brist på folsyra har länge ansetts vara relaterat till utvecklingen av kognitiv svikt. SBU fann måttligt stöd för ett samband mellan låga nivåer av folsyra och kognitiv svikt och visst stöd för ett samband mellan låga nivåer av folsyra och Alzheimers sjukdom [5]. Detta samband kunde dock inte befästs i en tidigare publicerad rapport. Där ingick dock ett mindre antal originalstudier i analysen och resultaten var heterogena [10].

Det finns starkt stöd för att höga nivåer av homocystein i serum har ett samband med nedsatt kognitiv funktion [5, 10] och måttligt stöd för att höga nivåer av homocystein har ett samband med Alzheimers sjukdom [5].

Det saknas studier för att bedöma effekten av att utesluta brist på vitamin B12 hos personer med kognitiv svikt [5]. Blodprov för att identifiera höga nivåer av homocystein som kan utesluta såväl brist på B12 som på folsyra kan som en del i den basala demensutredningen av personer med kognitiv svikt vara av värde för att utesluta det som orsak till svikten enligt beprövad erfarenhet.

Hälsoekonomisk bedömning

Ej bedömbart, eftersom vi inte har sökt efter hälsoekonomiskt underlag för raden.



Homocystein

är en aminosyra som innehåller en tiol, som bildas av metionin och som ombildas till cystein eller återbildas till metionin. Den är känslig för oxidation, och har en tendens att binda till sig andra svavelhaltiga ämnen i kroppen.

I plasma är både homocystein och oxiderade varianter bundna till transportproteiner, huvudsakligen albumin. När homocysteinnivåerna är för höga, påverkar det kroppens stödjevävnader, till exempel fibrillin, och receptorer i nervcellerna negativt, samt bidrar till bildning av fria radikaler.

Cytotoxiskt?(en av orsaker till aterosklerotisk process ? Eller konsekvens??)

Homocystein

Vanligaste orsaken till förhöjt homocystein är funktionell vitaminbrist (folsyra och/eller B-12 och/eller B6).

Förhöjda värden även vid njursvikt, vid inverkan av läkemedel (ex syrasekretionshämmare, metformin, antiepileptika, statiner), vid malignitet, psoriasis, hypotyreos, vid låga Zn- resp. Mg- nivåer.

Höjda nivåer kan även bero på livsstilsfaktorer som dålig kost (fet mat, brist på fisk och grönsaker, mycket kaffe/te), alkohol, stress, rökning.

Höjda värden vanligt hos äldre.

Mikrovågsvärmning av mat bryter ned vitamin B12 (t ex äldre som äter lite och mikro-värmer mat från storkök).

Slutsats

Det är fortfarande oklart idag huruvida nivåerna av vitamin B12, folat och Hcy påverkar riskerna för att utveckla AD.

Studierna visar att det finns ett samband mellan markörerna kopplat till AD. Det krävs mer forskning för att fastställa ett säkert samband. Fler patienter måste undersökas och flera studier bör utföras för att kunna fastställa associationerna av dessa ämnen med AD.

VITACOG STUDIE

- Publicerades 2010.
- 2 års studie.
- 156 frivilliga med lindrig kognitiv svikt
Hälften fick placebo, hälften B-vitaminer (0,5 mg B12, 0,8 mg folat och 20 mg B6 dagligen).
- De med höga nivåer Hcy (före studiestart) hade långsammare atrofi hastighet i de delar i hjärnan som kan påverkas vid AD.
- Ingen effekt hos dem med normal Hcy

Triobe utesluts ur högkostnadsskyddet

TLV har beslutat att utesluta läkemedlet Triobe ur högkostnadsskyddet. Det är inte rimligt att subventionera ett läkemedel som uteslutande ska användas för att förebygga B-vitamin-brist. Behandling av svårare sjukdomar har högre prioritet. Det finns dessutom andra mer kostnadseffektiva behandlingsalternativ till Triobe. Beslutet gäller från och med den 1 augusti 2010.

Hur diagnostiserar vi vitamin B12-och folatbrist?
En viktig osäkerhetsfaktor vid bedömning av misstänkt vitamin B12 och folatbrist är att ca 10% av den svenska befolkningen är homozygoter för en polymorfism i genen för enzymet metylen-tetrahydrofolate-reduktas(MTHFR).Homocystein omvandlas till metionin i en vitamin B12 beroende process. Minskad MTHFR aktivitet är förknippad med minskad homocystein metionin konvertering och ökade plasmahomocysteinkoncentrationen

För att differentiera mellan metabolt betydelsefull vitamin B12-brist, folatbrist eller kombinerad brist behöver man analysera både MMA och hcy.

Ett normalt MMA i kombination med högt hcy talar för folatbrist medan höga värden av både MMA och hcy talar för vitamin B12-brist, dock med den viktiga reservationen att samtidig folatbrist inte kan uteslutas. I det fallet bör man först substituera med vitamin B12 och ta om värdena efter några veckor. Normaliseras bägge rör det sig om isolerad vitamin B12-brist men normaliseras MMA men inte hcy så är patienten resistent mot substitutionen p.g.a. samtidig folatbrist. Först efter tillägg med folsyra får man i så fall en normalisering av hcy.

Ur ett vetenskapligt perspektiv är en liten, positiv studie egentligen enbart en stimulans till att göra fler och större studier.

Men ur det kliniska perspektivet, där man som läkare har en patient med diagnostiserad lindrig kognitiv störning, som efterfrågar behandling för att reducera risken för försämring, måste man fråga sig om detta är en möjlig pusselbit i brist på och i väntan på alternativ.

Diagnostik vid konstaterad B12/folat-brist

- S-Pepsinogen
- S-Gastrin
- S-Transglutaminas-
antikroppar
- Gastroskopi

Sammanfattat

Förhöjda nivåer av plasmahomocystein har associerats med psykisk sjukdom hos äldre individer med eller utan kognitiv svikt.

En faktor som har samband med plasmahomocystein är förekomst av kärlsjukdom. Kärlsjukdom kan bidra till kognitiv svikt.

Vi har därför studerat plasmahomocystein hos äldre patienter med psykisk sjukdom speciellt med avseende på kärlsjukdom.

Det är viktigt att kunna påverka riskfaktorer för kärlsjukdom i så tidigt skede som möjligt för att kunna lindra eller åtminstone uppskjuta demenssjukdom.

Våra fynd talar för att förhöjd nivå av plasmahomocystein hos äldre patienter med psykisk sjukdom huvudsakligen är kopplad till förekomst av kärlsjukdom och inte har samband med den specifika psykiatriska diagnosen.

Det förefaller möjligt att utnyttja plasmahomocystein, NT-proBNP och cystatin C i serum för att upptäcka förekomst av kärlsjukdom.

Och jakten på den perfekta biomarkören fortsätter, med önskedrömmar om...

- Enkelt och billigt test (blod/urin/saliv...)
- 100% sensitivitet och specificitet
- Direkt relation till patogenes
- Perfekt relation till sjukdomsgrad
- Perfekt relation till behandlingseffekter*

jfr PSA vid behandling av
prostatacancer

*när den dagen kommer



Utredning av AD och andra demenssjukdomar

(basal utredning)

- Information från patient och anhöriga
- Klinisk undersökning inklusive psykiatriskt och neurologiskt status
- Basal kognitiv screening, exempelvis MMSE och klocktest
- Provtagning samt EKG
- Skiktröntgen (CT)

CT-SKALLE

- vad säger riktlinjerna?
- när kan man avstå från CT-skalle?

Personer med kognitiv svikt

- Tillstånd: Personer med kognitiv svikt
- Åtgärd: Strukturell hjärnavbildning med datortomografi som en del i den bas

Rekommendation

- 1
- Detta är det valda alternativet:2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU

- 

Hälso- och sjukvården bör göra en basal demensutredning som innehåller

- strukturell hjärnavbildning med datortomografi (prioritet 2).

Hur allvarligt är tillståndet?

Risk för utebliven eller inadekvat vård och omsorg.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

- Strukturell hjärnavbildning med datortomografi bidrar som en del i den basala demensutredningen av personer med kognitiv svikt till att urskilja personer med Alzheimers sjukdom från andra demenssjukdomar (evidensstyrka 1).
- Avbildningen kan också identifiera sekundära orsaker till svikten (beprövad erfarenhet).

SBU anger att avbildning av hjärnan med datortomografi urskiljer personer med Alzheimers sjukdom från personer med andra demenssjukdomar samt ökar säkerheten i fastställandet av vaskulär demens och av frontotemporal demens och är av värde för det diagnostiska arbetet [1].

Hälsoekonomisk bedömning

Det finns viss evidens för att undersökning med datortomografi i syfte att utesluta sekundära orsaker till demenstillståndet ger en kostnad per åtgärdbart fall på högst 129 000 kronor, och en kostnad per QALY på högst cirka 300 000 kronor.

Referenser

1. SBU. Demenssjukdomar. Rapportnummer: 172 2006:2:

Rad 23

Tillstånd: Personer med misstänkt svår demenssjukdom

Åtgärd: Strukturell hjärnavbildning med datortomografi som en del i den basala demensutredningen

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Hur allvarligt är tillståndet?

Risk för utebliven eller inadekvat vård och omsorg.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

- Vid misstänkt svår demenssjukdom kan datortomografi vara av begränsat värde (beprövad erfarenhet).

SBU anger att avbildning av hjärnan med datortomografi urskiljer personer med Alzheimers sjukdom från personer med andra demenssjukdomar samt ökar säkerheten i fastställandet av vaskulär demens och av frontotemporal demens och är av värde för det diagnostiska arbetet [5].

Enligt beprövad erfarenhet har datortomografi begränsat värde vid utredning av svår demenssjukdom där sjukdomen pågått under lång tid.

Hälsoekonomisk bedömning

Ej bedömbart, eftersom vi inte har sökt efter hälsoekonomiskt underlag för raden.

Radiologisk utlåtande vid demens bör omfatta:

- medial temporallobsatrofi typiskt för AD men det förekommer även vid frontotemporal demens och LBD
- sulci(generell ell lokal vidgning)
- ventriklar(vidd)
- vitsubstansförändringar
- infarkter(läge,storlek)
- andra förändringar(expansivitet,normaltryckhydrocephalus,subduralhematom etc)
- jämförelse med tidigare undersökningar(fr a progress av atrofi)

MMT/MMSE

JA

NJA

NEJ

Personer med kognitiv svikt

- Tillstånd: Personer med kognitiv svikt
- Åtgärd: Kognitivt test - MMT som en del i den basala demensutredningen

Rekommendation

- 1
- 2
- 3
- 4
- Detta är det valda alternativet:5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU

MMSE, MMT (Mini Mental State Examination, Mini Mental Test)

- Målgrupp: Personer med sviktande kognitiv status.
- Typ av metod: Bedömningsmetod

MMSE (MMT) mäter en persons kognitiva status. Testet har använts i stor omfattning för screening och identifiering av demens. Originalversionen togs fram 1975 av läkarna Marshal och Susan Folsten.

Den senaste versionen av MMSE i Sverige är en revidering baserad på en konsensusversion av MMT (kallad MMSE-NR) som togs fram i början av 2000-talet i Norge av neuropsykolog och med. dr. Carsten Strobel samt överläkare och professor Knut Engedal. Den senaste svenska versionen kallas Mini-Mental State Examination – Svensk Revidering 2010 (MMSE-SR 2010).

Originalversionen av MMSE var till stor del en sammanställning av de frågor och uppgifter som på 1970-talet ofta användes för att utvärdera kognitiv funktion. MMSE är ett av världens mest använda kognitiva undersökningsinstrument vid demenssjukdomar. När MMSE kom till Sverige började det kallas för Mini-Mental Test (MMT). Redan efter några år fanns flera olika versioner och idag har vi över 30 olika sätt att administrera och rätta dessa frågor, där svårighetsgraden mellan de olika versionerna skiljer sig. Även när en och samma av de tidigare versionerna av metoder används skiljer sig administrering och rättning åt både mellan användare och även när samma användare upprepar testningen.

Målgrupp

Äldre personer med misstänkt demenssjukdom.

Syfte

Mäter en persons kognitiva funktion.

Mini Mental Test/MMT

(Efter Folstein MF et al. J Psychiatr Res 1975;12:189-198)

Testning skall ske utan tidspress eller distraherande moment och med värnande om patientens självkänsla. Vid nedsatt allmäntillstånd, sänkt vakenhetsgrad, grav hörselnedsättning, språksvårigheter eller andra faktorer som kan ge orättvisade resultat bör testningen uppskjutas eller ifrågasättas. Testresultatet ger en objektiv värdering av patientens kognitiva funktioner och kan ge vägledning vid utredning av demens eller demensliknande tillstånd. Vid screeningundersökningar har man använt gränsvärden runt 24 poäng för identifiering av kognitiva störningar. Man har ofta god hjälp av upprepad testning för att följa ett förlopp. Observera att demenssjukdom kan föreligga trots gott resultat vid MMT och att avsevärt poängavdrag vid MMT kan avspegla en depression eller konfusion med reversibel kognitiv svikt. CSK -98.

Uppgifterna i denna MMT-version är huvudsakligen formulerade enligt Svensk Förening för Kognitiva Sjukdomar (SFK). Stockholm feb 2000.

PATIENTDATA/PATIENTBRICKA

DATUM /

Patient: _____

Datum: _____ Testansvarig: _____

Orientering

Fråga patienten var han/hon är:

land ____ län ____ kommun (stad) ____ sjukhus (vårdcentral/bostadsområde) ____ våningsplan ____ = ____ (5)

Fråga patienten vad det är för: år ____ årstid ____ datum ____ veckodag ____ månad ____ = ____ (5)

Registrering

Nämn tre föremål (ex nyckel, tandborste, lampa). Be patienten repetera dem. Den första repetitionen avgör antalet poäng, men fortsätt repetera orden till patienten lärt sig dem (upp till 6 ggr).

nyckel ____ tandborste ____ lampa ____ (antal försök: ____) = ____ (3)

Uppmärksamhet och beräkning

Be patienten börja vid 100 och dra ifrån 7, och sedan fortsätta dra ifrån 7 tills Du säger stopp (93 -86-79-72-65). Ett poäng för varje rätt svar. Om patienten inte kan eller vill medverka ges 0 poäng.

93 ____ 86 ____ 79 ____ 72 ____ 65 ____

Be patienten bokstavera ordet "KONST" baklänges. Om patienten gör fel men sedan fortsätter rätt, räkna antalet rätt (ex tsnok 5p, tsonk 3p). OBS! vid förnyad testning av samma patient skall det alternativ som användes första gången användas.

("KONST" baklänges): T ____ S ____ N ____ O ____ K ____ = ____ (5)

Det bästa resultatet av de två räknas.

Minne

Be patienten återge de tre orden du tidigare bad honom/henne lägga på minnet.

nyckel ____ tandborste ____ lampa ____ = ____ (3)

Språk

Pröva benämningsförmågan genom att peka på en klocka och fråga patienten vad det är. Gör samma sak med en penna.

klocka ____ penna ____ = ____ (2)

Be patienten upprepa: "Inga om, men eller varför". Instruera/tala tydligt! Tillåt bara ett försök. — " — = ____ (1)

Utför 3-stegsuppmaning: Ge patienten ett blankt papper, och säg tydligt: "Tag det här papperet i din högra hand, vik det på mitten och lägg det i knät". Ge ett poäng för varje riktigt utförd uppgift. = ____ (3)

Visa patienten "Blunda". Be sedan patienten läsa texten och göra som det står. Ge bara poäng om patienten verkligen blundar. = ____ (1)

Vänd denna sida och be patienten skriva en mening till dig. Diktera inte. Meningen måste innehålla subjekt och verb och vara förståelig. = ____ (1)

Spatial förmåga/kopiering

Be patienten rita av figuren på blankettens baksida. Alla 10 vinklarna skall finnas och överlappningen skall forma en fyrhörning. Tremor och rotation ignoreras. = ____ (1)

Total poängsumma = ____ (30)

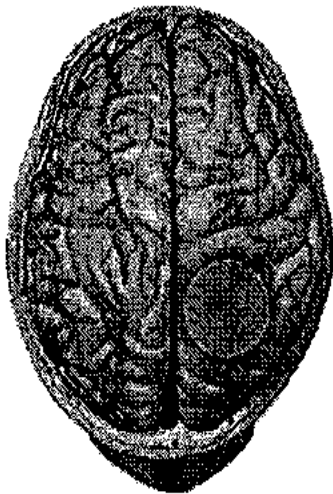
MMT

Som karta för att förstå
hjärnskadebilden

Frontallobsproblematik upptäcks sällan vid MMT

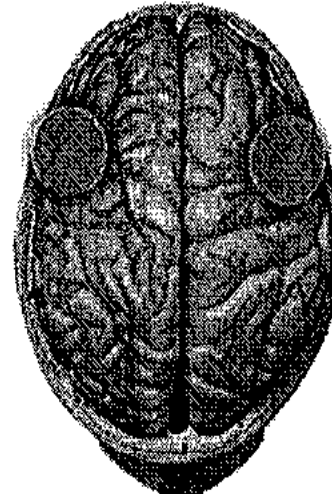
- Frontalloberna utgör centra för:
- Social förmåga
 - Personlighet
 - Omdöme
 - Planering
 - Initiativförmåga
 - Stämningsläge
 - Språk (expressivt)
 - Abstrakt tänkande
 - Oralt/sexuellt beteende
 - Patienter med frontal funktionsnedsättning är mästare på att lura doktorn
 - Minnet är ofta helt intakt

1. Orientering i tid och rum



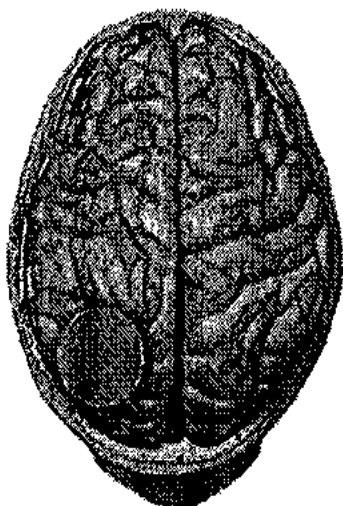
- Höger parietallob
- Anpassa till situation, svårt att vara orienterad till datum, inneliggande på lasarett, semester mm
- Enstaka missar indikerar inte demenssjukdom

2. Registrering; nyckel, tandborste, lampa



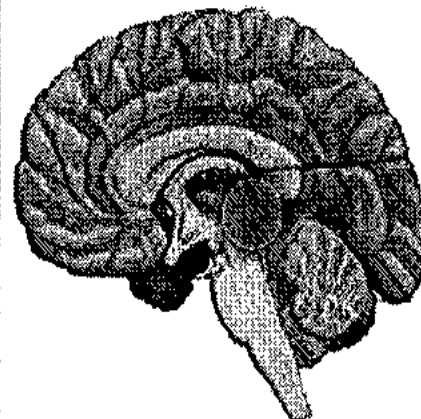
- Temporalloben bilateralt, sällan problem vid mild och måttlig demens
- Endast första försökets poäng räknas om man inte misstänker att dålig hörsel är orsak till svårigheter

3. Räkneförmåga



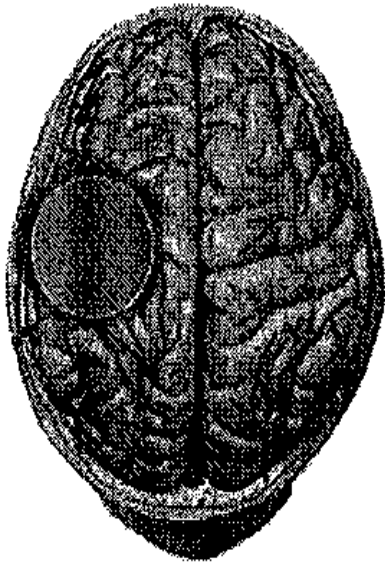
- Vänster parietallob
- Ej hjälpa till, men alla hjälper till vid 93-7
- Skall hålla hela operationen i huvudet och samtidigt arbeta
- Stava "konst" baklänges mäter inte riktigt samma sak
- Testar förmåga att fokusera

4. Minne



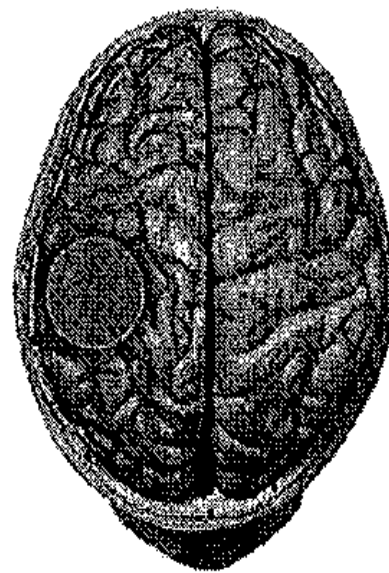
- Hippocampus; dysfunktion av episodiskt minne i tidig sjukdomsfas
- Det finns även andra tillstånd än demenssjukdomar som uppvisar närminnesstörning, t. ex. depression och hypothyreos
- Lättare närminnesstörning kan hör till normalt åldrande. Benign åldersglömska

5. Språk



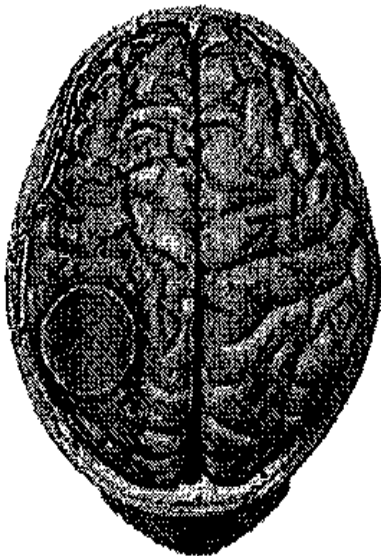
- Vänster temporallob
- Ofta svårt att hitta substantiv, frontalloberna har viktig uppgift i den språkliga förmågan

6. Upprepning



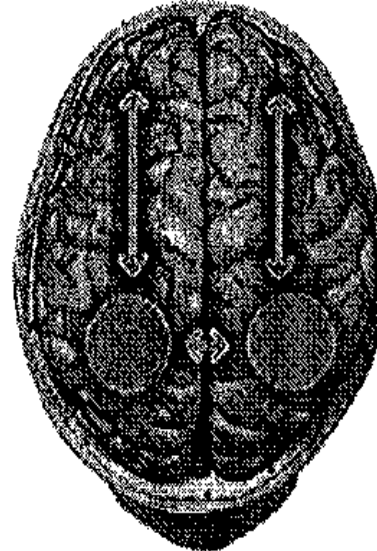
- Wernickes area för språkförståelse men även motorbark för styrning av tungmotorik måste fungera

7. Läsande



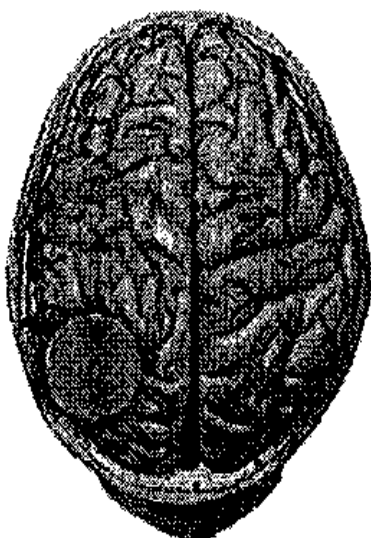
- Vänster parietallob
- Kräver att man kan läsa
- Förstå instruktion
- Att utföra den

8. Tredelad instruktion



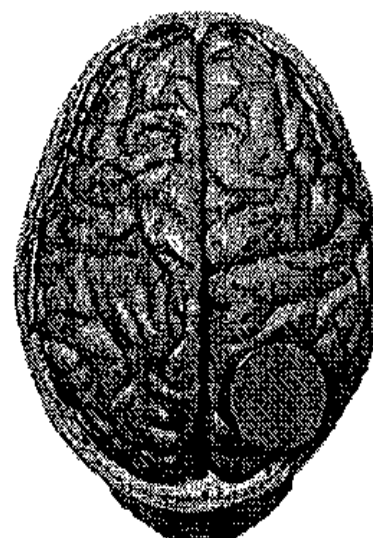
- Kräver att båda hjärnhalvor samarbetar men även frontalloberna viktiga för att planera och utföra uppgiften, t. ex. perseveration (viker x flera) kan tyda på frontal påverkan

9. Skriva en mening



- Vänster parietallob förmågan att konstruera en mening och skriva ned den måste fungera

10. Kopiering



- Höger parietallob
- Viktigt vid körkortsbetyg
- Testar perception

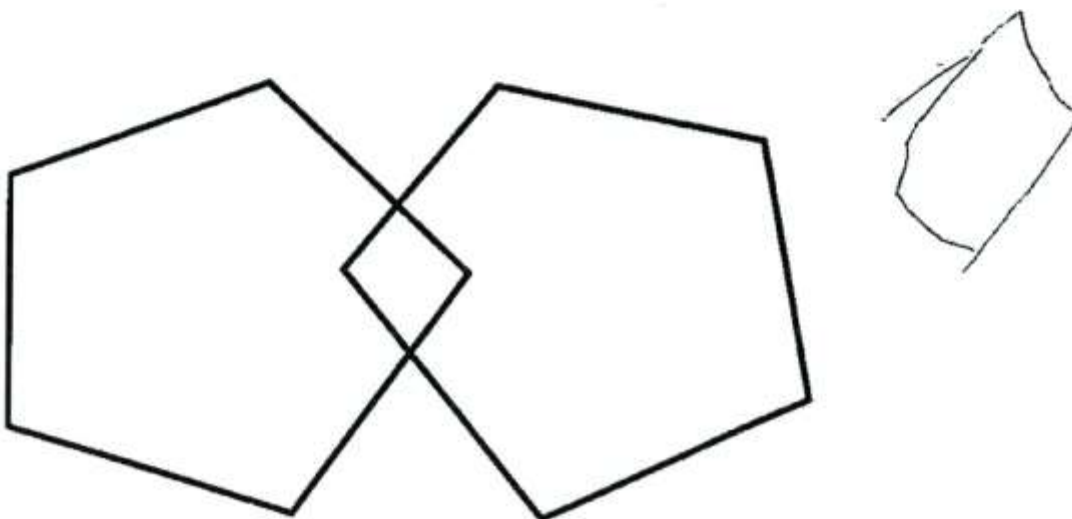
BLUNDA

läsförståelse

- ytte vä temperat
Hu

I dag är det vaktorn

läder



0 – 9 SVÅR DEMENS

10 – 19 MEDELSVÅR DEMENS

20 – 25 LÄTT DEMENS

> 25 ??

TOLKNING AV MMSE-SR

VIKTIGT ATT TÄNKA PÅ



- Enbart resultat på kognitiva screeninginstrument kan aldrig ställa en demensdiagnos
- Bedömer inte funktionsnivån
- Finns stor överlappning mellan frisk-sjuk
- Det finns många orsaker till ett lågt resultat

5-8 års utbildning

60-64 år
Median 27 p

Över 85 år
Median 24 p

Högskole- utbildning

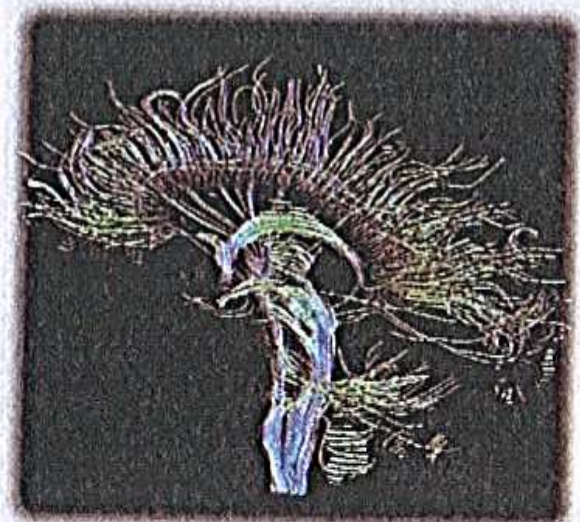
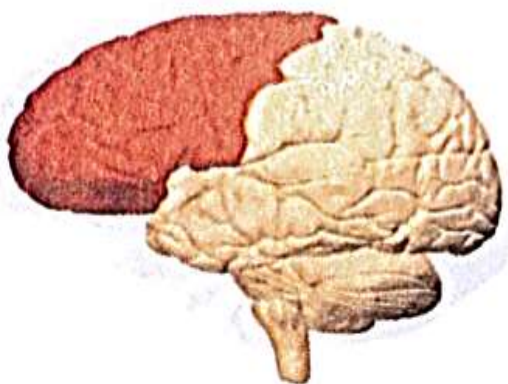
60-64 år
Median 29 p

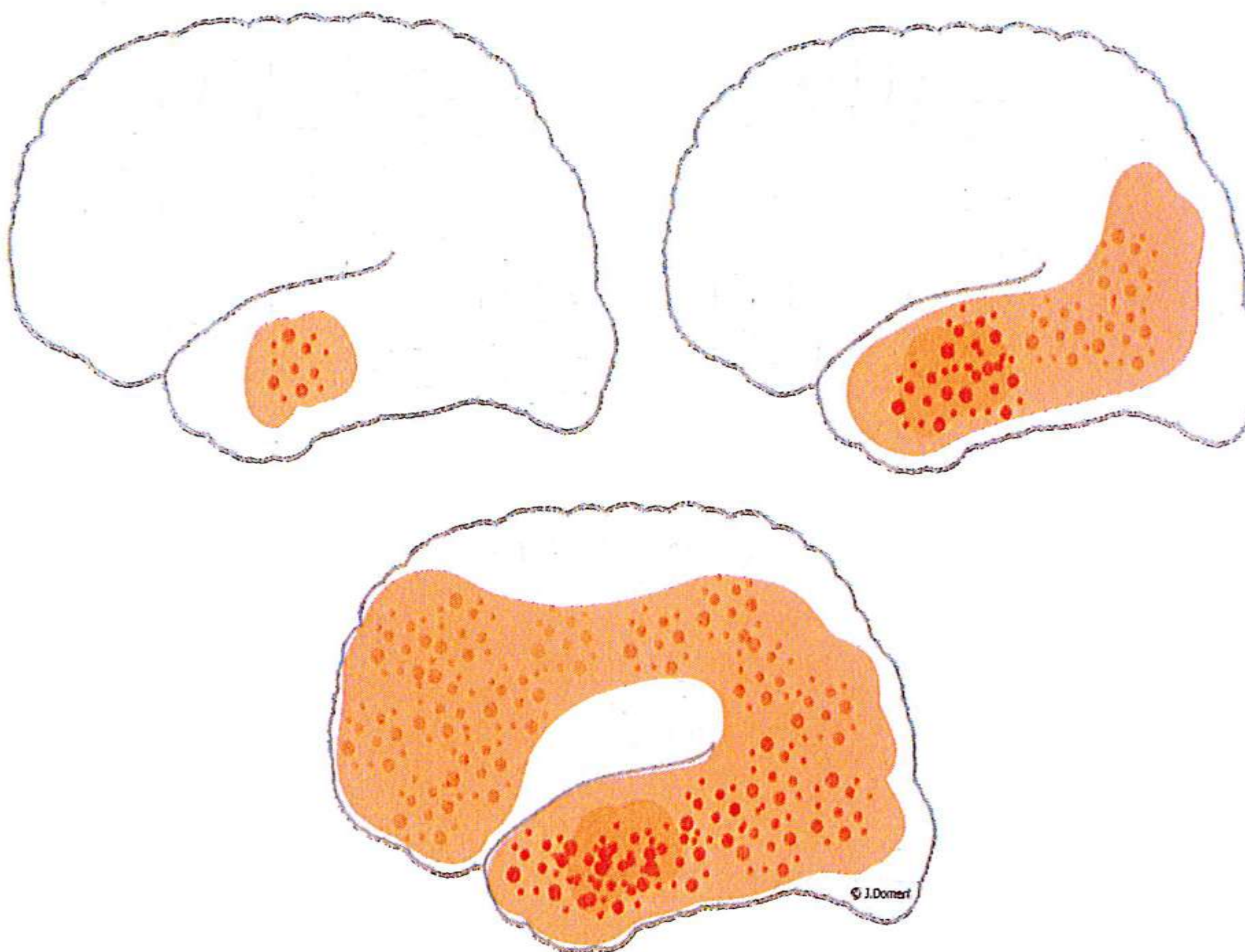
Över 85 år
Median 28 p

BÄTTRE PÅ ATT HITTA SKADOR HÄR



SÄMRE PÅ ATT HITTA SKADOR HÄR





Figur. 6. Sannolik sjukdomsspridning. Om man överför kunskapen om den cellulära A β -överföringen till den humana hjärnan så följer överföringen de banor som förenar mediala temporalloben där minnesstrukturer (parahippocampalcortex, hippocampus) är kopplade till parietal och frontalcortex genom associationsbanor. Vi tror att starten av AD-sjukdomen sker i minnesstrukturerna och sedan sprids vidare till associationsområdena parieto-temporalt och senare frontalt. Det stämmer väl med den kliniska symtomutvecklingen med initial minnesnedsättning följt av försämrad förmåga att tolka och förstå information och slutligen svårigheter att verkställa komplexa handlingar.

Personer med kognitiv svikt

- Tillstånd: Personer med kognitiv svikt
- Åtgärd: Kognitiva test - MMT och klocktest i kombination som en del i den basala utredning

Rekommendation

- Detta är det valda alternativet: 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU
- 

Hälso- och sjukvården bör göra en basal demensutredning som innehåller

- kognitiva test (Mini Mental Test tillsammans med klocktest) (prioritet 1).

Klocktest

Klocktest används för screening och uppföljning av kognitiv påverkan. Det mäter konstruktionsförmåga, tidsuppfattning samt nedsättning i abstraktion och planering. Testet ger i regel utslag i början av sjukdomsförloppet, särskilt vid Alzheimers sjukdom.

KLOCKTEST

är ett snabbt och säkert test som påvisar bl.a spatiala problem



Instruktion: Rita en klocka som visar tjugo i tre!

Exempel på klockor:



- AMPS – Assessment of Motor and Process Skills
- AQT – A Quick Test
- CBS – Catherine Bergego Scale
- CFQ – The Cognitive Failures Questionnaire
- Cognistat 2011
- DBF – Djupa, Bakre och Främre kognitiva funktioner
- KSB – Kognitiva Screeningbatteriet
- MoCa – Montreal Cognitive Assessment
- RBMT – Rivermead Behavioural Memory Test
- MMSE-SR – Mini Mental State Examination – Svensk Revidering

Tillstånd: Personer med demenssjukdom och annan etnisk bakgrund

Åtgärd: Personal som kommunicerar på samma modersmål med kulturkompetens

Rekommendation

1

Detta är det valda alternativet:2

3

4

5

6

7

8

9

10

Icke-göra

FoU

För att studera hur relationen, interaktionen och kommunikationen fungerar mellan sverigefinska svårt demenssjuka personer med finska som modersmål och deras vårdare analyserades morgontoalettsituationer genomförda med en enbart svensktalande vårdare och situationer genomförda med en tvåspråkig (finska och svenska) vårdare. Man fann att det förekom mer förvirring och förtvivlan om vårdarna inte behärskade den demenssjukes modersmål. Relationen med finstalande vårdare beskrivs mer positiv. Dessa vårdare kunde på ett bättre sätt stödja den sjukes integritet. Personerna som ingick i studien blev mer medvetna om sin egen person och sin omgivning och visade sina latent förmågor genom att genomföra aktiviteter som de inte hade kunnat göra på länge [3].

Majoriteten av äldre med annan språklig och kulturell bakgrund som genomgår kognitiv utredning har kommunikationssvårigheter i svensk vårdkontakt.

RUDAS

(The Rowland Universal Dementia Assessment Scale)

- minne, omdöme, kroppsorientering, praktisk förmåga, visuokonstruktion och språklig förmåga
- Vid utredning av personer med kort skolgång och/eller annan språklig eller kulturell bakgrund
- Testresultatet påverkas i mindre omfattning av språk eller utbildningsnivå
- -Inte validerat i Sverige

RUDAS

är ett multikulturellt kognitivt screeninginstrument som används internationellt och är minimalt påverkat av språk, kultur och utbildningsnivå.

RUDAS kan användas som ett kompletterande screeninginstrument till de vedertagna och rekommenderade kognitiva test som används idag.

RUDAS översattes till svenska 2013 med syfte att användas i en internationell studie, CNTB (The European Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery) där Minneskliniken på Skånes Universitetssjukhus deltar och används nu på Minneskliniken.

CORNELLS DEPRESSIONSSKALA VID DEMENS

Svensk översättning och bearbetning: Birgitta Ausén

Namn:..... Personnummer:.....

Datum:..... Intervjuare:.....

Anhörig och patient intervjuas separat; Vid bristande överensstämmelse gör intervjuaren den slutgiltiga bedömningen.

Poängsättning

a=kan ej bedömas

0=förekommer ej

1=mild eller oregelbundet återkommande

2=svår

Bedömningarna skall göras utifrån symtom eller andra tecken som förekommit under den senaste månaden före intervjun. Inga poäng skall ges om symtomen beror på fysiska handikapp eller sjukdom.

A. SINNESSTÄMNING

1. ÅNGEST	a	0	1	2
Ångestfull, oro och grubblerier				
2. NEDSTÄMDHET	a	0	1	2
Sorgset ansiktsuttryck och röst, gråtmild				
3. BRIST PÅ REAKTIONER VID POSITIVA HÄNDELSE	a	0	1	2
4. IRRITABILITET	a	0	1	2
Lätt upprörd, kort stubin				

B. BETEENDEFÖRÄNDRINGAR

5. AGITATION	a	0	1	2
Rastlöshet, plockighet				
6. HÄMNING	a	0	1	2
Långsamma rörelser, tal och reaktioner				
7. ÅTSKILLIGA FYSISKA KRÄMPOR	a	0	1	2
8. BRIST PÅ INTRESSE	a	0	1	2
Mindre engagerad i vardagliga aktiviteter. (Ge endast poäng om förändringen skett den senaste månaden.)				

9.	APTITLÖSHET Äter mindre än vanligt	a	0	1	2
10.	VIKTNEDGÅNG (Ge 2p om mer än 2,5 kg den senaste månaden)	a	0	1	2
11.	BRIST PÅ ENERGI Blir lätt uttröttad, oförmågan att fullfölja aktiviteter. (Ge endast poäng om förändringen skett den senaste månaden.)	a	0	1	2

C. CYKLISKA FUNKTIONER

12.	DYGNSRYTM Varierande sinnesstämning, symtomen värst på morgonen	a	0	1	2
13.	INSOMNINGSSVÅRIGHETER Somnar senare än vanligt	a	0	1	2
14.	UPPVAKNANDE FLERA GÅNGER PER NATT	a	0	1	2
15.	TIDIGT MORGONUPPVAKNANDE Vaknar tidigare än vanligt	a	0	1	2

D. FÖRÄNDRAT TANKEINNEHÅLL

16.	SJÄLVMORD Livsleda, självmordstankar eller självmordsförsök	a	0	1	2
17.	NEGATIV SJÄLVBILD Självanklagelser, dåligt självförtroende, känslor av misslyckande	a	0	1	2
18.	PESSIMISM Förutsätter det värsta	a	0	1	2
19.	VANFÖRESTÄLLNINGAR Om fattigdom, sjukdom eller förluster	a	0	1	2

Poängsättning: 8 poäng eller mer indikerar en betydande grad av depressivitet som bör följas upp för vidare bedömning och ev. behandling.

- (i) Har förändringarna i sinnesstämning förändrat personens praktiska och sociala fungerande? Ja ☐ Nej ☐
- (ii) Har förändringarna i sinnesstämning funnits i åtminstone: 1 vecka ☐ 2 veckor ☐

GERIATRIC DEPRESSION SCALE

GDS-20-skalan

GDS

1	Är du i grund och botten nöjd med ditt liv ?	ja	nej
2	Har du gett upp många aktiviteter och intressen ?	ja	nej
3	Tycker du att ditt liv är tomt ?	ja	nej
4	Blir du ofta uttråkad ?	ja	nej
5	Är du oftast på gott humör ?	ja	nej
6	Är du rädd att något skall hända dig ?	ja	nej
7	Känner du dig oftast glad och nöjd ?	ja	nej
8	Känner du dig ofta hjälplös ?	ja	nej
9	Vill du hellre stanna hemma än gå ut och prova nya sysselsättningar ?	ja	nej
10	Tycker du att du har fler problem med ditt minne än de flesta andra ?	ja	nej
11	Tycker du att det känns bra att leva ?	ja	nej
12	Känner du dig tämligen värdelös som du är nu ?	ja	nej
13	Känner du dig full av energi ?	ja	nej
14	Tycker du att din situation är hopplös ?	ja	nej
15	Tycker du att de flesta andra har det bättre än du ?	ja	nej
16	Har du svårt att somna och/eller vaknar du tidigt på morgonen ?	ja	nej
17	Är du ofta orolig och ängslig ?	ja	nej
18	Kan du ibland känna så kraftig oro att det känns outhärdligt ?	ja	nej
19	Har du ofta smärtor och/eller värk i kroppen ?	ja	nej
20	Oroar du dig ofta för att du har en kroppslig sjukdom ?	ja	nej

Ge 1 poäng för varje svar med bokstäver i grått fält

Summa poäng

--

Tolkning:

0-5 poäng: Depression osannolik.

6-20 poäng: Misstanke om depression

Diagnoser inom Primärvård

- G 30 Alzheimers sjukdom
- F 03.-P Demens UNS
- F 03.-P Demens vid Parkinson
- F 03.-P Frontotemporal demens
- F 01.- Vaskulär demens
- F 10.5 P Alkohol demens
- R41.P Minnessvårigheter
 (symtom och sjukdomstecken
 som engagerar uppfattningsförmåga
 och varselblivning)
- R 54 Senilitet

Repetition:

Syndromet "demens" betyder fortfarande...

- En bestående (>6 månader)...
- ...försämring av minne + annan kognitiv funktion
- ...som är så uttalad att den innebär en signifikant försämring jämfört med tidigare nivå och ger problem i det dagliga livet (dvs påverkar ADL)

MCI (Mild cognitive impairment): Påverkar ej ADL

Vanligt även med störning av icke-kognitiva funktioner:

Vilja, lust, stämningsläge, irritationströskel, social förmåga mfl (BPSD)

Alzheimers sjukdom (AD) orsakar 60-65% av 150.000 fall i Sverige

Beräknad kostnad: 50 miljarder kr/år (ett år demensbo = 500.000 SEK)

Demens • DSM-IV-kriterierna

En nedsättning av flera kognitiva funktioner. Nedsättningen visar sig genom:

1: nedsatt minnesfunktion (bristande förmåga att lära in något nytt och att minnas vad som tidigare lärts in)

2: minst en typ 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 (d v s planera, organisera, rangordna, tänka abstrakt)

Den kognitiva funktionsnedsättningen förorsakar en betydande försämring av sociala eller yrkesmässiga funktioner och representerar en betydande sänkning från en tidigare funktionsnivå. Den kognitiva funktionsnedsättningen förekommer inte enbart i samband med konfusionstillstånd.

Demens • ICD-10-kriterierna

Det finns belägg för var och en av följande punkter:

1: minnesnedsättning som är tydligast när det gäller nyinläarning men som i svårare fall kan omfatta hågkomst av tidigare inlärd information. Nedsättningen gäller både verbal och icke-verbal information. Den måste objektivt styrkas av en tillförlitlig berättelse från en anhörig eller annan vårdgivare och om möjligt också av resultatet av neuropsykologiska test eller kvantifierade kognitiva skattningar. Graden av nedsättning stadieindelas som mild, måttlig eller svår.

2: reducering av andra kognitiva förmågor som visar sig som försämrat omdöme och försämrad tankeverksamhet, t ex. vid planering och organisering, och som försämrad allmän informationsbearbetning. Helst skall belägg för denna reducering fås från en anhörig eller annan vårdgivare och om möjligt också av resultat av neuropsykologiska test eller kvantifierade objektiva skattningar. Det måste också kunna påvisas att det är frågan om en sänkning från en tidigare prestationsnivå.

För en tillförlitlig klinisk diagnos skall symptomen i kriteriet som angivits högst upp i denna text ha funnits i **minst 6 månader**. Om tiden med tydliga symptom är kortare kan diagnosen bara bli preliminär

Ett annat skifte, DSM-5

- Noggrannare beskrivning av de kognitiva svikterna.
- Ej betoning på enbart minnesfunktion (finns ex. social kognition)
- Delar in kognitiv nedsättning enligt
 - Kognitiv sjukdom
 - Lindrig kognitiv nedsättning
 - Dellirium
- Demens ej med i beskrivningen

Exempel:

- *Kognitiv sjukdom på grund av Alzheimers sjukdom (AD)*
- *Lindrig kognitiv nedsättning pga Alzheimers sjukdom (MCI)*
- *Kognitiv sjukdom pga vaskulära skador (VaD)*

Demenssjukdomarna, 3 stora grupper

■ Neurodegenerativa sjd.

60%

- Alzheimers sjukdom
- Fronto-temporal demens
- Lewy-Body demens
- Parkinson demens

■ Vaskulär demens 30%

■ "Sekundära tillstånd" 5-10%

>80 olika orsaker

- Depression
- Hjärntumör
- Blödning
- Infektioner i CNS
- Metabola rubbning
 - Vitaminbrist
 - Thyreoidearubbning
 - Kalkrubbning

Neurodegenerativa tillstånd

Långsamma processer (mån-år-decennier) med inlagring av olika proteiner i hjärnan

- | | |
|--|---|
| ▪ Alzheimer | <i>Beta-amyloid ($A\beta$), tau, p-tau</i> |
| ▪ Frontotemporala tillstånd | <i>Tau-protein, Ubikvitin</i> |
| ▪ Lewy-Bodydemens och
Parkinsondemens | <i>Alfa-synuclein (α-syn.)</i> |
| ▪ Huntingtons sjukdom | <i>Huntingtin (HT)</i> |
| ▪ Creutzfeldt-Jacobs sjd | <i>Prionprotein (PrP)</i> |

NORMALT ÅLDRANDE

BEVARAS LIVET UT

-SPRÅKLIG FÖRMÅGA

-SEMANTISKT MINNE

(SKOLKUNSKAPER)

-PROCEDURMINNE

(CYKLA, KÖRA BIL, ÄTA MED KVIV
OCH GAFFEL...)

NORMALT ÅLDRANDE

—FÖRSÄMNING SOM
STARTAR RELATIVT TIDIGT

- - INTELEKTUELL SNABBHET
- - ARBETSMINNE
- (T EX HUVUDRÄKNING
- TELEFONNR)
- - EPISODISKT NÄRMINNE
- (HÄNT SENASTE TIDEN)

Finns gemensamma nämnare?

Inlagring av specifika protein talar för problem med *felaktig metabolism*

Överproduktion, nedbrytning, utsöndring

Hjärnan skyddar sig genom inkapsling av proteinerna “Inlagringskroppar” Alzheimer *Senila plack, tangles*

Frontallobsdemens *Picks kroppar*

Levy Body/Parkinson *Levy kroppar*

Varför?

Leder till synapsdysfunktion, neuroinflammation, oxidativ stress, ökad nervcellsödö och och nedsatt hjärnfunktion

Lokalisationen avgör symptomen

GLÖM INTE
ANHÖRIGA

Stöd till anhöriga

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda anhöriga möjligheter till utbildningsprogram och psykosociala stödprogram, kombinationsprogram och avlösning.

De positiva effekterna av stödet tycks kunna förstärkas om det erbjuds tidigt i sjukdomsförloppet, är uthålligt över tid, flexibelt, situationsanpassat, individualiserat samt utformat i dialog med anhöriga. Socialstyrelsen bedömer att effekterna av rekommendationerna initialt ökar kommunernas kostnader. Landstingen kostnader bedöms minska på sikt.

VAD FINNS DET FÖR HJÄLP?

-HANDLÄGGARE INOM SoL OCH
LSS

-ANHÖRIGSTÖD

-DEMENTEAM

MM

Det finns något som kallas SOS-syndrom

SORG

- att livet tillsammans slutar så tragiskt
- att planerna man hade tillsammans inte kan förverkligas
- att mista en person man håller av,
att inte tillåtas sörja eftersom personen
inte är död, bara förändrad

ORO

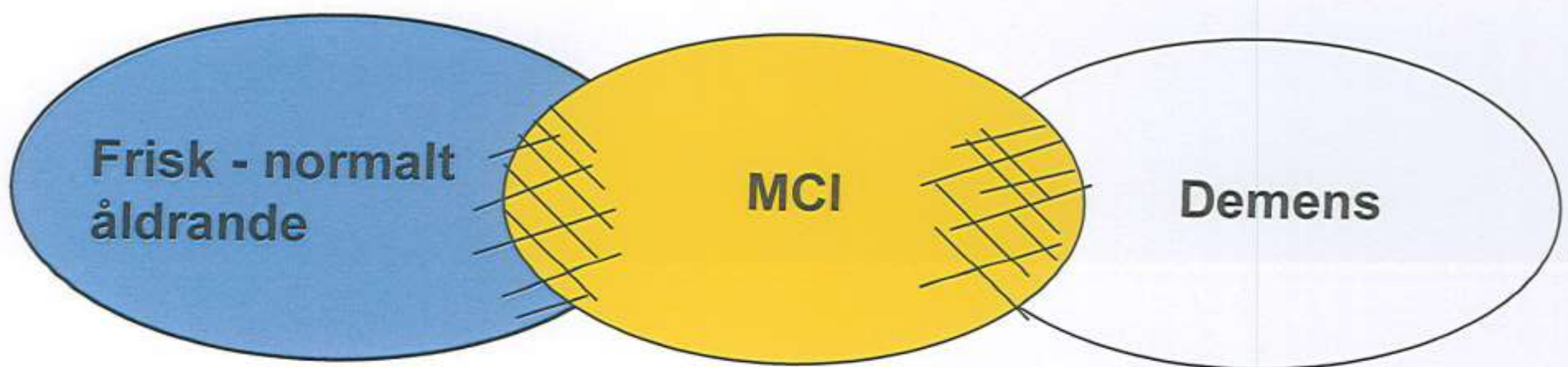
- att personen inte skall klara sig, inte äter, inte dricker, att det skall hända något
- att personalen inte tar ordentligt hand om maken/makan, mamma/pappa
- att man själv ska bli sjuk

SAMVETSFÖREBRÅELSER

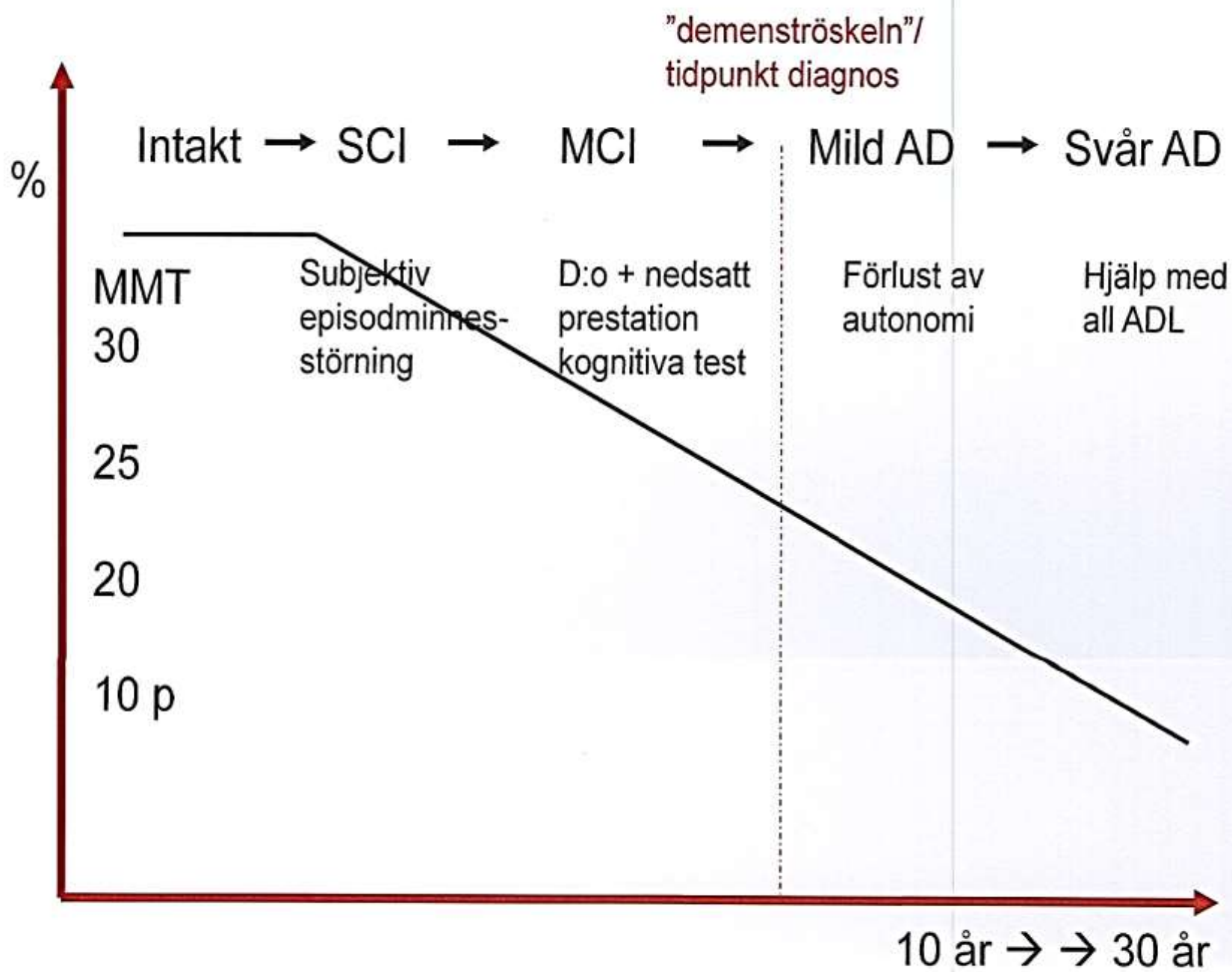
- att man skrek åt personen, att man inte förstod hur sjuk hon var
- att inte ha upptäckt sjukdomen tidigare
- att inte orka bo med personen, att bryta löftet att leva i nöd och lust, att man inte hälsa på

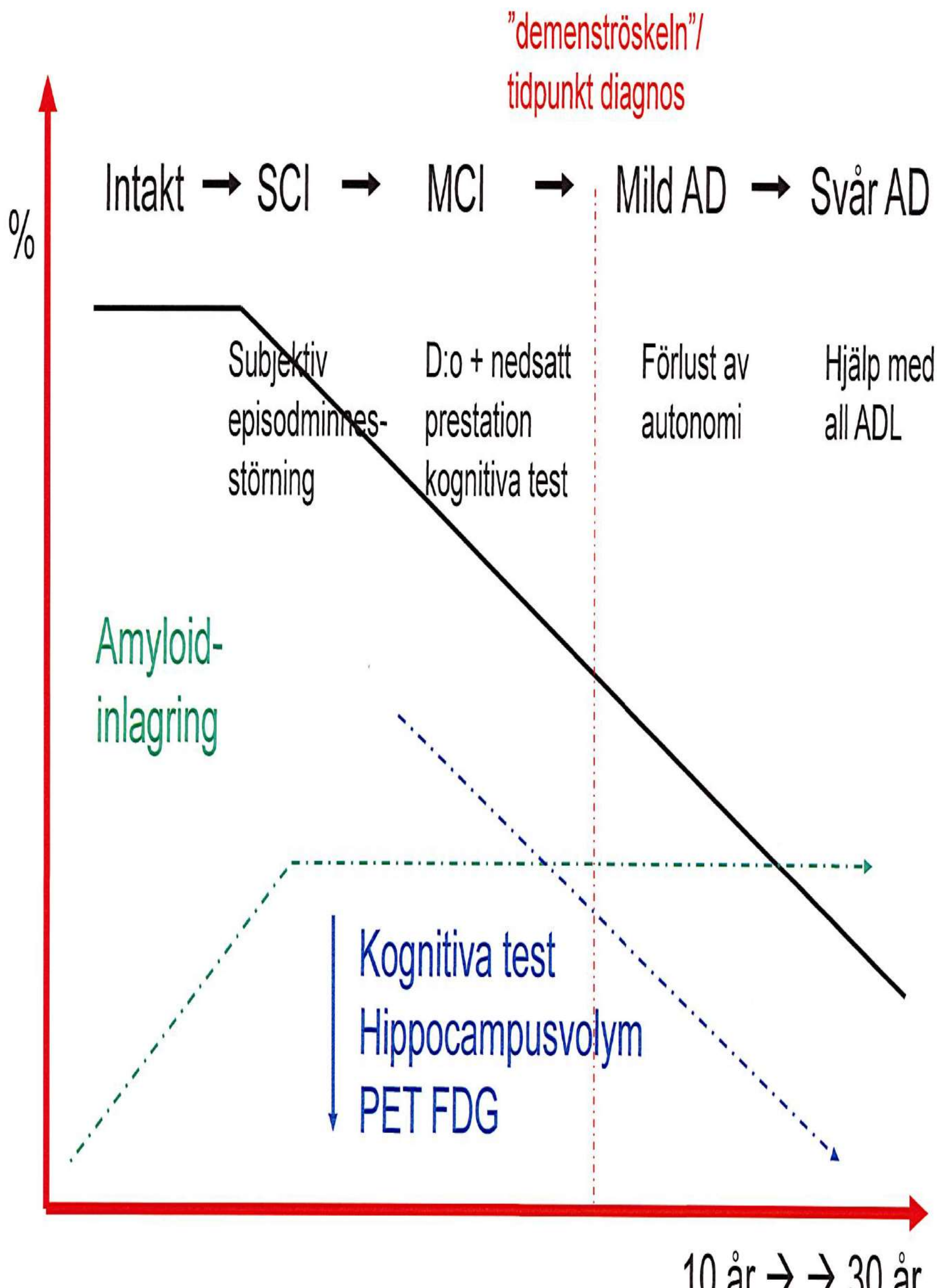
Lindrig kognitiv störning (mild cognitive impairment; MCI)

10-25% har utvecklat demens efter 1 år



kognitivt kontinuum







1967



1996



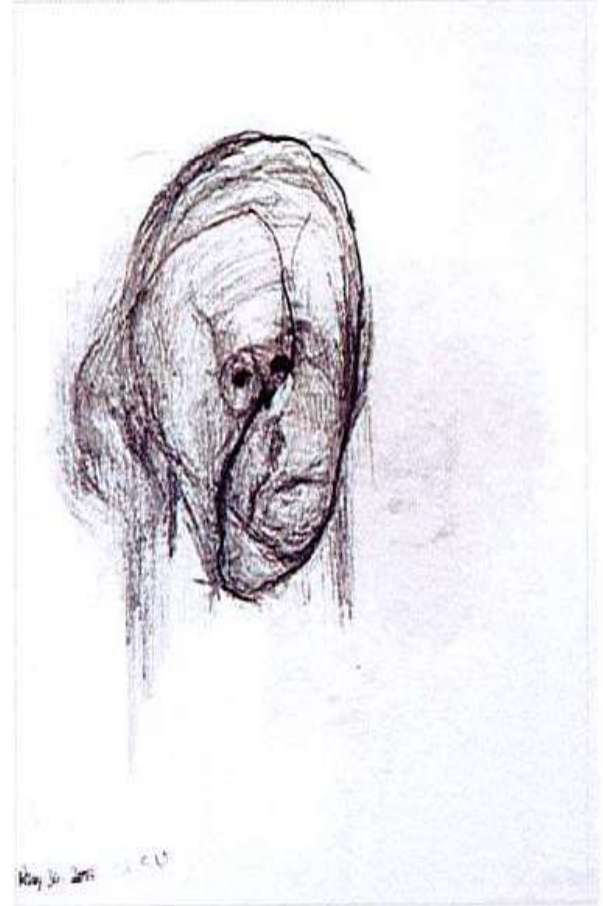
1997



1998



1999



2000

Bill Utermohls självporträtt

(konstnär som fick diagnos Alzheimers sjukdom 1995)

Remiss till specialist

- vid demenssjukdom i tidigt skede
och/eller demensmisstanke hos yngre
personer (< 65 år) efter basal
utredning**
- vid oklarheter om diagnos eller
behandling efter basal utredning**
- frontallobsdemens**
- för utredning av svåbehandlad BPSD
där Läkemedelverkets
rekommendationer redan prövats**

Lindrig kognitiv funktionsnedsättning

Lindrig kognitiv funktionsnedsättning är ett kliniskt tillstånd som innebär följande:

1) personen har en högre grad av minnesförlust än vad som är att förvänta i hans eller hennes ålder

2) minnet är tillräckligt försämrat för att det ska märkas och gå att mäta

3) försämringen är däremot inte tillräcklig för att begränsa personens självständighet, det vill säga han eller hon kan fortfarande ta hand om sig själv och leva ett normalt liv.

Cirka 40 procent av alla som har lindrig kognitiv funktionsnedsättning utvecklar Alzheimers sjukdom inom tre år. Det innebär med andra ord att den som har lindrig kognitiv funktionsnedsättning kanske utvecklar Alzheimers, men det är inte säkert

Man skiljer mellan två typer av MCI:

Amnestisk MCI – påverkar primärt minnet, där patienten anger att han/hon glömmer möten, tider, händelser och sådant som tidigare inte varit ett problem.

Non-amnestisk MCI – påverkar tänkandet, vilket gör att det är svårt att fatta adekvata beslut.

SYMPTOM OCH KLINISKA FYND

Det finns ingen homogen bild av symtomutvecklingen, men följande symtom är vanliga:

- Svårigheter att minnas det man tidigare kommit ihåg
- Nedsatt koncentrationsförmåga
- Nedsatt uppmärksamhet

I många fall upplever patienterna sina symtom som relaterade till hög arbetsbelastning(utan att så är fallet).

Personer med lindrig kognitiv störning

- Tillstånd: Personer med lindrig kognitiv störning
- Åtgärd: Behandling med kolinesterashämmare (donepezil, galantamin, rivastigmin)

Rekommendation

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Detta är det valda alternativet: Icke-göra
- FoU

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

- Kolinesterashämmare har inga säkra positiva effekter på kognitiva funktioner vid lindrig kognitiv störning och minskar inte heller insjuknandet i Alzheimers sjukdom över tid (evidensstyrka 3).
- Vanliga biverkningar är illamående, kräkningar och diarré (evidensstyrka 2).
- Kolinesterashämmare kan öka risken för förtida död vid behandling av personer med lindrig kognitiv störning.

Såväl NICE som en systematisk litteraturöversikt från Cochrane visar att behandling med donepezil vid lindrig kognitiv störning (MCI) minskar antalet insjuknande i demenssjukdom/Alzheimers sjukdom under de första 12 månaderna av behandlingen [1-2] och ger en förbättrad kognitiv funktion [2]. Effekten är dock inte bibehållen [1-2], av liten klinisk betydelse och behäftad med signifikanta biverkningar från gastro-intestinala kanalen [2].

I en systematisk litteraturöversikt från Cochrane på galantamin sågs ingen förbättring i kognitiv funktion vid 12 och 24 månader. Man såg en tendens till lägre andel som insjuknat i Alzheimers sjukdom, men noterade samtidigt ett större antal dödsfall i den behandlade gruppen [3].

Riskerna för såväl donepezil som galantamin bedömdes vara större än den potentiella effekten [1].

En metaanalys, inkluderande data även på rivastigmin visade på tendens till färre insjuknande i Alzheimers sjukdom, men betydligt fler biverkningar och ökad risk för död i likhet med behandling med donepezil respektive galantamin [4].

Behandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom – ”BPSD”

Sammanfattande praktiska rekommendationer

1. Utredning/kartläggning av symtom, tänkbara orsaker och utlösande moment samt eventuella pålagrade psykiska eller kroppsliga sjukdomar.
2. Översyn av farmakologisk behandling: överväg utsättande av läkemedel med potentiellt negativ effekt på centrala nervsystemet och insättande av behandling för förbättring av den kognitiva förmågan. Tidigt insatt grundbehandling mot Alzheimers sjukdom kan minska risken för utveckling av BPSD.
3. Optimerad vårdmiljö och bemötande:
 - Tillfredställande av individens basala behov såsom mat, dryck, sömn, trygghet, aktivitet och stimulans samt skötsel av basala kroppsliga behov.
 - För patienter i eget boende: utbildning/information till patient, anhöriga respektive andra vårdgivare såsom hemtjänst där demenssköterska/motsvarande spelar en central roll. Coping-stöd för både patient och anhöriga. Avlastning för anhörigvårdare.
 - För patienter i särskilt boende: utbildning/information/patientrelaterad handledning till personalen. Speciellt viktigt är en god miljö, tillräcklig personaltäthet och anhörigas medverkan.

4. Vid otillräcklig effekt ställningstagande till farmakologisk behandling:

- Vid depressiva symtom är SSRI-preparat förstahandsval.
- Vid irritabilitet, agitation och oro kan SSRI-preparat provas.
- Det finns ett visst vetenskapligt stöd för att memantin kan ha effekt vid främst agitation och aggressivitet.
- Vid psykotiska symtom och aggressivitet som orsakar lidande för patienten och/eller potentiell fara för patient eller andra kan risperidon i dos upp till 1,5 mg/dag provas. Preparatet skall användas mycket restriktivt på grund av en ökad risk för allvarliga biverkningar, bland annat stroke, liksom en ökad dödlighet.
- Vid behov av akut sedation kan oxazepam provas under kort tid och med adekvat övervakning av patienten.
- Om dämpande läkemedel som neuroleptika eller anxiolytika sätts in planeras i första hand en kort behandlingstid, med utvärdering av effekt och eventuella bieffekter inom två veckor. Ställningstagande till utsättning/dosminskning skall göras regelbundet.

BPSD-OBSERVATIONER

Namn _____ Föd.data _____

Dagen den _____

Klockan	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Sover	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aktivitet														
Medicin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Natten mot _____

Klockan	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
Sover	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aktivitet										
Medicin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentar om :

Dagen _____

Natten _____

Medicin _____

Koder

Sover x = sover

Aktiviteter- beteende-symtom

1 = ligger, men sover inte

2 = vandring

3 = inadekvat aktivitet ("plockig")

4 =ropar,skriker

5 =aggressivitet / verbal

6 = fysiskt hot / våld

7 = paranoia / vanföreställningar

8 = hallucinationer / illusioner

10 = ångest / oro

11 = nedstämdhet

12 = smärttillstånd

13 = annat _____

Medicin

B = vid behov

T = tillfällig ordin

A = avföringsmedel

Personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

- Tillstånd: Personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom
- Åtgärd: Utredning och behandling av bakomliggande orsaker

Rekommendation

- Detta är det valda alternativet:1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU

Personer med uttalad ångest och orostillstånd vid demenssjukdom

- Tillstånd: Personer med uttalad ångest och orostillstånd vid demenssjukdom
- Åtgärd: Behandling med kortverkande bensodiazepiner

Rekommendation

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Detta är det valda alternativet:6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU

Hälso- och sjukvården kan då omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön visat sig otillräckliga pröva

- kortverkande bensodiazepiner vid oro och ångest (prioritet 6)

Underlag för rekommendationen

Som underlag för rekommendationerna har vi utgått från hur allvarligt tillståndet är, åtgärdens effekt och hälsoekonomi. Se referenser längst ner.

Hur allvarligt är tillståndet?

Svårt tillstånd som orsakar lidande för personen och omgivningen.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

- Kortverkande bensodiazepiner kan reducera uttalad ångest och orostillstånd hos personer med demenssjukdom (konsensus).
- Bensodiazepiner är förknippat med betydande biverkningar och skador.

SBU redovisar inga studier på behandling av ångest- och orostillstånd med bensodiazepiner vid demenssjukdom [1].

Enligt NICE och i Läkemedelsverkets översikt anges endast någon enstaka studie på intramuskulär injektion av lorazepam vid agitation eller oro, som inte skiljde sig från placebo [2-3].

Enligt Läkemedelsverket kan kortverkande bensodiazepiner ha effekt på ångest och orostillstånd. Risken för allvarliga biverkningar (dåsighet, yrsel och muskelsvaghet) och oönskade händelser som falltrauma till följd av behandling med bensodiazepiner är betydande [3].

Personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

- Tillstånd: Personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom
- Åtgärd: Behandling till natten med klometiazol

Rekommendation

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- Detta är det valda alternativet: 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU

Hälso- och sjukvården kan då omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön visat sig otillräckliga pröva

- klometiazol under natten (prioritet 8)

Underlag för rekommendationen

Som underlag för rekommendationerna har vi utgått från hur allvarligt tillståndet är, åtgärdens effekt och hälsoekonomi. Se referenser längst ner.

Hur allvarligt är tillståndet?

Svårt tillstånd som orsakar lidande för personen och omgivningen.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

- Behandling till natten med klometiazol kan bidra till att bibehålla dygnsrytmen hos personer med beteendemässiga- och psykiska symtom vid demenssjukdom (konsensus).
- Klometiazol kan orsaka allvarliga biverkningar.

Det saknas vetenskapligt underlag av god kvalitet på klometiazols effekt på BPSD och användningen av preparatet baserar sig på beprövad erfarenhet. Enligt Läkemedelsverket kan klometiazols sederande effekt vid användning inom slutenvården nattetid under skärpt övervakning av personen bidra till att bibehålla dygnsrytmen. Preparatet kan orsaka allvarliga biverkningar som yrsel och blodtrycksfall och det föreligger en risk för beroende [1].

Personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid Alzheimers sjukdom

- Tillstånd: Personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid Alzheimers sjukdom
- Åtgärd: Behandling med memantin

Rekommendation

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Detta är det valda alternativet:6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU

Hälso- och sjukvården kan då omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön visat sig otillräckliga pröva

- memantin vid Alzheimers sjukdom (prioritet 6)

Underlag för rekommendationen

Som underlag för rekommendationerna har vi utgått från hur allvarligt tillståndet är, åtgärdens effekt och hälsoekonomi. Se referenser längst ner.

Hur allvarligt är tillståndet?

Svårt tillstånd som orsakar lidande för personen och omgivningen.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

- Memantin kan ge en måttlig reduktion av och minska risken för beteendemässiga- och psykiska symtom hos personer med Alzheimers sjukdom (evidensstyrka 4).
- Memantin kan ge effekt särskilt på symtom som agitation och aggressivitet (evidensstyrka 4).
- Preparatet är godkänt vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom.

I två systematiska litteraturöversikter där memantins effekter på BPSD studerats redovisas inga signifikanta effekter av memantin jämfört med placebo. Effekten mättes som förändring av beteendestörningar enligt NPI-skalan (Neuropsychiatric inventory) [1-2].

SBU inkluderade en mindre randomiserad, kontrollerad studie på NPI-data som inte kunde visa att memantin hade någon effekt [1]. När resultaten från denna studie analyserades tillsammans med resultaten från en senare publicerad randomiserad, kontrollerad studie [3] visade memantin signifikant positiv effekt [4]. I tre senare rapporter noterades signifikanta effekter mätt med NPI-skalan vid två av studierna [5-6] men inte i den tredje [7] vid behandling med memantin.

I den senaste översikten från Läkemedelsverket beskrivs memantins effekter på BPSD i några post-hoc analyser, där man noterade en måttlig men signifikant reduktion av BPSD och särskilt agitation och aggressivitet samt att det minskar risken för BPSD [8].

Personer med agitation, aggressivitet eller vanföreställningar (hallucinationer) vid måttlig till svår demenssjukdom

- Tillstånd: Personer med agitation, aggressivitet eller vanföreställningar (hallucinationer) vid måttlig till svår demenssjukdom
- Åtgärd: Behandling med antipsykosmedel (haloperidol)

Rekommendation

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- Detta är det valda alternativet: 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU
- 

Hälsö- och sjukvården kan då omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön visat sig otillräckliga pröva

- antipsykosmedlet haloperidol (prioritet 8).

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket svårt tillstånd som orsakar lidande för personen och omgivningen.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

- Haloperidol kan minska beteendesymtom, särskilt agitation och aggressivitet hos personer med demenssjukdom (evidensstyrka 3).
- Haloperidol medför frekventa och svåra biverkningar (evidensstyrka 2).

Enligt SBU minskar haloperidol i doser om 1,5 mg och högre beteendesymtom [1]. Detta gäller särskilt agitation och aggressivitet [2]. Måttligt höga samt höga doser haloperidol medför extrapyramidala bieffekter i form av påverkan på motorisk förmåga [1].

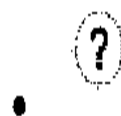
Antipsykosmedel har flera olika dosberoende biverkningar, som påverkan på motorik och balans, sedation, och en försämring av kognitiva funktioner [1-7]. De kan också medföra ett ökat insjuknande i cerebrovaskulär sjukdom respektive en ökad dödlighet oavsett orsak. Riskerna är likartade för alla läkemedlen, vilket talar för att det rör sig om en klasseffekt. För första generationens antipsykotika tycks samma effekt finnas [2].

Personer med agitation, aggressivitet eller vanföreställningar (hallucinationer) vid måttlig till svår demenssjukdom

- Tillstånd: Personer med agitation, aggressivitet eller vanföreställningar (hallucinationer) vid måttlig till svår demenssjukdom
- Åtgärd: Behandling med antipsykosmedel (risperidon)

Rekommendation

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- Detta är det valda alternativet: 7
- 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU



Hälso- och sjukvården kan då omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön visat sig otillräckliga pröva

- antipsykosmedlet risperidon (prioritet 7).

Underlag för rekommendationen

Som underlag för rekommendationerna har vi utgått från hur allvarligt tillståndet är, åtgärdens effekt och hälsoekonomi. Se referenser längst ner.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket svårt tillstånd som orsakar lidande för personen och omgivningen.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

- Risperidon kan minska aggressivitet och vanföreställningar/hallucinationer hos personer med demenssjukdom i liten men signifikant omfattning (evidensstyrka 3).
- Risperidon kan medföra allvarliga biverkningar som extrapyramidala symtom och kardiovaskulär sjukdom (evidensstyrka 2).

Risperidon (1 mg) minskar beteendesyntom i liten men signifikant omfattning. Olanzapin (5–10 mg) minskar psykiska symtom och beteendesyntom [1].

I några metaanalyser på antipsykosmedel konstaterades att risperidon minskar agitation hos dementa och minskar psykiska symtom [2-5]. I läkemedelsverkets översikt beskrivs att risperidon har en liten, statistiskt signifikant positiv effekt på aggressivitet respektive vanföreställningar/hallucinationer jämfört med placebo [6].

Antipsykosmedel har flera olika dosberoende biverkningar, som påverkan på motorik och balans, sedation, och en försämring av kognitiva funktioner [1-7]. De kan också medföra ett ökat insjuknande i cerebrovaskulär sjukdom respektive en ökad dödlighet oavsett orsak. Riskerna är likartade för alla läkemedlen, vilket talar för att det rör sig om en klasseffekt. För första generationens antipsykotika tycks samma effekt finnas [6].

Personer med demenssjukdom och vandringsbeteende

- Tillstånd: Personer med demenssjukdom och vandringsbeteende
- Åtgärd: Fysisk aktivitet med måttlig intensitet

Rekommendation

- 1
- 2
- Detta är det valda alternativet:3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU

Hur allvarligt är tillståndet?

Svårt tillstånd med psykiskt lidande och risk för skada.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

- Måttligt intensiv fysisk aktivitet kan minska förekomst av vandringsbeteende hos personer med demenssjukdom (evidensstyrka 4).

I en systematisk litteraturoversikt av god kvalitet beskrivs en randomiserad kontrollerad studie med tre-tio deltagare där måttligt intensiv fysisk aktivitet jämfördes med rutinvård. Den fysiska aktiviteten beskrivs som en kombination av träning av uthållighet, styrka, balans och rörlighet. Resultaten visade att fysisk aktivitet minskade vandringsbeteendet [1].

I en annan litteraturoversikt beskrivs en intervention med deltagande i utomhusaktiviteter under två timmar fem dagar i veckan. Vandringsbeteende minskade inte under dagtid men däremot nattetid. Vid uppföljning sex veckor efter avslutad intervention hade däremot vandringen åter ökat nattetid [2].

Beteendemässiga och psykiska symtom vid Alzheimers sjukdom

- Tillstånd: Beteendemässiga och psykiska symtom vid Alzheimers sjukdom
- Åtgärd: Behandling med antiepileptika (karbamazepin, valproat, topiramat)

Rekommendation

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Detta är det valda alternativet: Icke-göra
- FoU

Personer med demenssjukdom i livets slutskede

- Tillstånd: Personer med demenssjukdom i livets slutskede
- Åtgärd: Palliativ vård

Rekommendation

- Detta är det valda alternativet: 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU



•

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- ge palliativ vård enligt Världshälsoorganisationens rekommendationer (prioritet 1).

Hur allvarligt är tillståndet?

Svåra psykiska och fysiska symtom, nedsatt livskvalitet och förmåga att kommunicera.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

- Palliativ vård kan minska antalet medicinska undersökningar och behandlingar samt minskar lidandet hos personer med demenssjukdom i livets slutskede (evidensstyrka 4).
- Personer med demenssjukdom i livets slutskede kan bli lugnare och få ett ökat välbefinnande om deras andliga och existentiella behov kan tillgodoses på ett sådant sätt att det är i överensstämmelse med tidigare livsföring (beprövad erfarenhet).

I den palliativa vården framhålls betydelsen av en holistisk vård, där inte bara patientens fysiska utan också psykosociala och andliga/existentiella behov tillgodoses. Erfarenhetsbaserad kunskap visar också på värdet av att tillgodose patienternas andliga och existentiella behov [2], till exempel en döende person med demenssjukdom blir lugnare och ser ut att må bra om han/hon deltar i kyrkliga ceremonier om det har varit en del av personen tidigare liv.

En systematisk litteraturöversikt [3] har utvärderat effekten av införandet av en palliativ vård för personer med demenssjukdom. Översikten bygger på två studier [4-5]. I den ena, en tvåårig prospektiv studie [5], har man jämfört välbefinnandet hos personer med demenssjukdom inom en vanlig långvårdsavdelning med motsvarande personer på en specialenhet för avancerad demensvård där en palliativ vård tillämpas.

Personer med demenssjukdom samt undernäring eller sväljningssvårigheter i livets slutskede

- Tillstånd: Personer med demenssjukdom samt undernäring eller sväljningssvårigheter i livets slutskede
- Åtgärd: Sondmatning (enteral nutrition)

Rekommendation

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- Detta är det valda alternativet: 10
- Icke-göra
- FoU



Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan i undantagsfall

- erbjuda sondmatning (prioritet 10).

Underlag för rekommendationen

Som underlag för rekommendationerna har vi utgått från hur allvarligt tillståndet är, åtgärdens effekt och hälsoekonomi. Se referenser längst ner.

Hur allvarligt är tillståndet?

Risk för lidande.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

- Det finns ingen visad nytta av sondmatning för personer med demenssjukdom samt undernäring och/eller sväljningssvårigheter i livets slutskede (evidensstyrka 4).

Fyra studier under perioden 1992 till 2000 visar att sondmatning via nasogastrisk sond (NG) och perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) inte förbättrar nutritionsstatus, minskar förekomsten av trycksår, förebygger aspirationspneumoni, lindrar lidande, förbättrar funktionsstatus, ger ökad livslängd eller förbättrar livskvaliteten [1]. Det finns inget stöd för att svårt demenssjuka och döende upplever törst om de får en god munvård. Däremot finns det stöd för att behandlingen med sondmatning ökar risken för trycksår och ökar lidandet då personen ofta måste spännas fast för att inte att rycka bort sonden [1].

Arbetsterapeut, åtgärder i samband med demensutredning

Arbetsterapeuten träffar patienten på vårdcentral eller i hemmet (som enstaka hembesök).

- Kognitiva test.
 - MMSE
 - Klocktest.
- Funktions och aktivitetsförmåga.
- Behov av hjälpmedel.

Avsatt tid för besök 60-100 minuter

Skattningsskalor

Årlig uppföljning

Syfte: medicinsk och social uppföljning.

Patienten har rätt till årlig uppföljning hos läkare.

Demenssamordnaren bevakar att patienten kallas till årliga uppföljningar

Läkare

- Medicinsk och social uppföljning.
- Allmäntillstånd
- Uppföljning av läkemedel.
- Ev beteendeförändringar
- Lämplighet för körkort
- Vapeninnehav/vapenlicens.

Läkarbesök: 30 minuter.

I samband med årsuppföljningen svarar demenssamordnaren att följande genomförs

- Kognitions förmåga
- Funktions och aktivitetsförmåga
- Registrera uppföljning i SveDem.
- Om patienten tidigare inte samtyckt till registrering i SveDem- fråga igen.
- Vid behov informera om kommunala stödinsatser.

Registrering av patient inskriven i kommunal hemsjukvård:

Ansaret för **registrering** av årlig uppföljning i SveDem ligger fortfarande på den vårdcentral där patienten är listad.

Läkarbesök med besked om diagnos och behandling.

Syfte:

För att besöket ska bli meningsfullt för patienten ska resultat av provsvar, undersökningar, kognitiva tester, funktions och aktivitetstester samt anhörigintervjun m m vara klara.

Närstående/anhöriga bör vara med besöket.

- Info om diagnos.
- Ordination av läkemedel enligt Terapirekommendationerna där det bedöms lämpligt.
- Fråga om vapeninnehav och/eller vapenlicens, se bifogad rutin.
- Bedöma lämplighet av körkort, se bifogad länk.
- Vid behov remiss till minnesmottagningen för utvidgad utredning. Se faktaruta.
- Intyg till kommunens biståndshandläggare om demensdiagnos för eventuella stödinsatser. Samtycke från patienten krävs. På intyget ska datum för diagnos, diagnos och ansvarig läkare uppges.
- Diagnoskod måste dokumenteras i VAS. *Viktigt för patientens fortsatta stöd från kommunen.*

Avsatt tid för besök 30 minuter.

Faktaruta:

Utvidgad utredning rekommenderas då patienten är under 65 år eller när den basala utredningen inte gett tillräcklig information för att ta ställning till diagnos och behandling, oavsett ålder. Det kan t ex vara personer med svårbedömda symtom, misstänkt MCI (mild kognitiv svikt) eller misstanke om ovanlig demenssjukdom. Utvidgad utredning kan också bli aktuellt vid Parkinson+ med kognitiv svikt, sekundära demenssjukdomar eller vid önskan om "second opinion".

Syftet med den utvidgade utredningen är att utreda om personen har en demenssjukdom och i så fall vilken typ. Utredningen kan också ge svar på om någon annan sjukdom föreligger eller om andra bakomliggande orsaker kan förklara symtomen. Den utvidgade utredningen kan ge svar på vilken behandling och/eller annan uppföljning som är lämplig samt skapa underlag för den fortsatta vårdplaneringen. Ett multiprofessionellt, teambaserat arbetssätt som bygger på samverkan med patienten, anhöriga och berörda vårdaktörer är väsentligt för att få en helhetsbild av personens resurser och svårigheter.

Utredning av AD och andra demenssjukdomar

(basal utredning)

- Information från patient och anhöriga
- Klinisk undersökning inklusive psykiatriskt och neurologiskt status
- Basal kognitiv screening, exempelvis MMSE och klocktest
- Provtagning samt EKG
- Skiktröntgen (CT)

Normalt åldrande

Försämring som startar relativt tidigt:

- Intellectuell snabbhet
- Arbetsminne t ex huvudräkning, telenr
- Episodiskt närminne- hänt senaste tiden

Vilken nytta har vi av alzheimemarkörerna?

För forskningen: Mycket stor!

För läkaren: ! eller ?

För patienten: Diagnostiken ska vara till nytta!

Bara användbara vid AD-misstanke.

Diskutera vilken information testet kan ge, och inte ge, i förväg och gör patienten delaktig.

Vad är onormalt kognitivt åldrande?

Kognitiv nedsättning av en sådan grad att den påverkar yrkesmässig och social kompetens

Alzheimers sjukdom • ICD-10-kriterierna

Demens vid Alzheimers sjukdom

De allmänna kriterierna för demens (ICD-10-kriterierna för demens) måste vara uppfyllda.

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), systematisk störning (t ex hypothyreos, brist på B 12-vitamin eller folsyra, hyperkalcemi eller alkohol- eller drogmissbruk).

Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut

Kriterierna för demens vid Alzheimers sjukdom enligt ovan måste vara uppfyllda och åldern vid debuten måste vara lägre än 65 år. Dessutom skall minst en av följande fordringar vara uppfylld:

- belägg finns för en relativt snabb progress
- förutom minnesstörning måste afasi (anamnestisk eller sensorisk), agرافي, alexi, akalkuli eller apraxi (som tyder på temporal-, parietaloch/ eller frontallobsengagemang) föreligga.

Demens vid Alzheimers sjukdom sen debut

Kriterierna för demens vid Alzheimers sjukdom måste vara uppfyllda och åldern vid debuten vara 65 år eller mer. Dessutom skall minst en av följande fordringar vara uppfylld:

- belägg finnas för en mycket långsam, smygande debut och progression (progressionstakten kan bara avgöras retrospektivt efter 3 år eller mer) dominans av minnesstörning som beskrivits under punkt 1 i ICD-10 kriterierna för demens.
- belägg finnas för intellektuell funktionsnedsättning som beskrivits under punkt 2 i ICD-10-kriterierna för demens.

Alzheimers sjukdom • DSM-IV-kriterierna

En nedsättning av flera kognitiva funktioner. Nedsättningen visar sig genom:

1. nedsatt minnesfunktion (bristande förmåga att lära in något nytt och att minnas vad som tidigare)
2. minst en typ 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 (d v s planera, organisera, rangordna, tänka abstrakt)

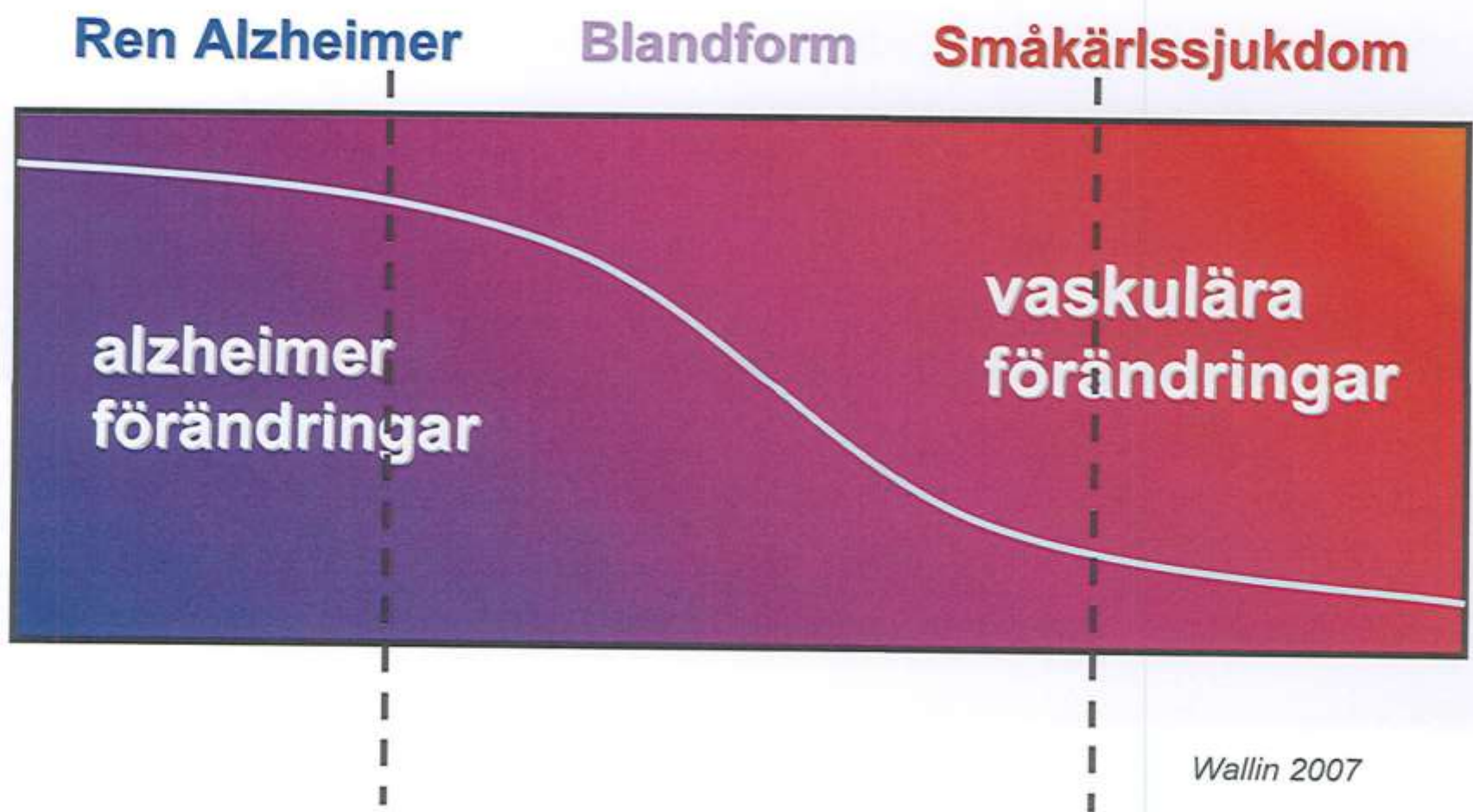
Förloppet karakteriseras av en smygande debut och en fortskridande kognitiv nedsättning. Den kognitiva funktionsnedsättningen förekommer inte enbart i samband med konfusionstillstånd.

Den kognitiva funktionsnedsättningen vid Alzheimers sjukdom beror inte på något av följande:

1. tillstånd i centrala nervsystemet som förorsakar progressiv nedsättning av minne och kognitiva funktioner (cerebrovaskulär sjukdom, Parkinsons sjukdom, Huntingtons sjukdom, subduralhematom, normaltryckshydrocefalus)
2. systemiska tillstånd som man vet kan förorsaka demens (t ex hypothyreos, brist på B 12-vitamin, brist på niacin, hyperkalcemi, neurosyfilis, IV-infektion)
3. tillstånd förorsakade av droger

Funktionsnedsättningen inträffar inte bara under konfusionstillstånd.

Alzheimer och kärlsjukdom – ett spektrumtillstånd



Lindrig kognitiv störning

Mild Cognitive Impairment, MCI

Kognitiva symtom som vid demenssjukdom men uppfyller inte kriterierna för milt demenstillstånd

Kan men behöver inte utvecklas till demenssjukdom

Förändringar i hjärnan vid Alzheimers demens

- Senila plack mellan hjärncellerna
- Neurofibrillära nystan inne i nervcellerna
- Störningar av neurotransmittorer såsom acetylkolin, glutamat, dopamin, serotonin och noradrenalin
- Hjärncellsdöd / atrofi
- Tecken på inflammatorisk reaktion
- Förändringar av blodflöde och sockermetabolism

**Alzheimers sjukdom utvecklas ofta mycket långsamt och smygande.
Typiskt är att närminnet försämras onormalt mycket.**

- Man glömmer bort var man lagt sina saker.
- Man glömmer överenskommelser med andra.
- Det är också vanligt att man glömmer bort namnen på gamla bekanta.
- Det kan bli svårare att hitta ord när man talar, så att talet inte flyter som förr.
- Ibland blir det svårare att hitta på nya ställen och bilkörningen fungerar kanske inte.
- Många besväras av att det känns svårt att fatta beslut.
- Det kan kännas trögt och tröttsamt att ta sig för olika saker, även sådant man alltid varit intresserad av.

Stadium 1 (1-3 år)

- minnessvikt
- svårt att hitta
- trötthet
- svårt att koncentrera sig
- svårare att tala och först

Sekundära symtom

- skriver lappar
- ändrar vanor i vardagen
- depression
- isolerar sig
- misstänksamhet
- aggressivitet
- hallucinationer
- ångest, oro



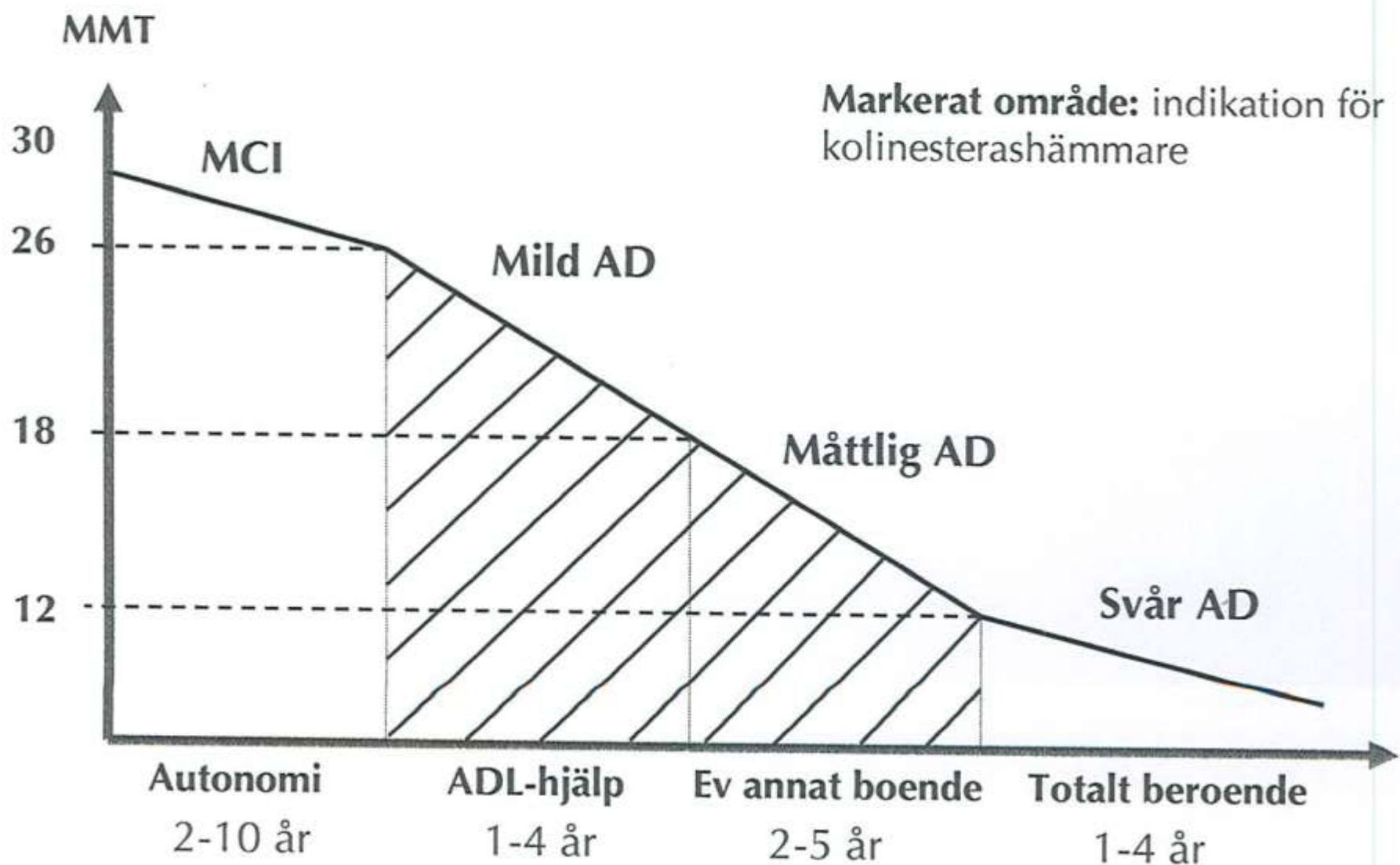
Stadium 2 (2-4 år)

- svår glömska
- svårt att göra saker praktiskt
- svårt att förstå
- svårt att prata
- fortfarande välbevarad social fasad.

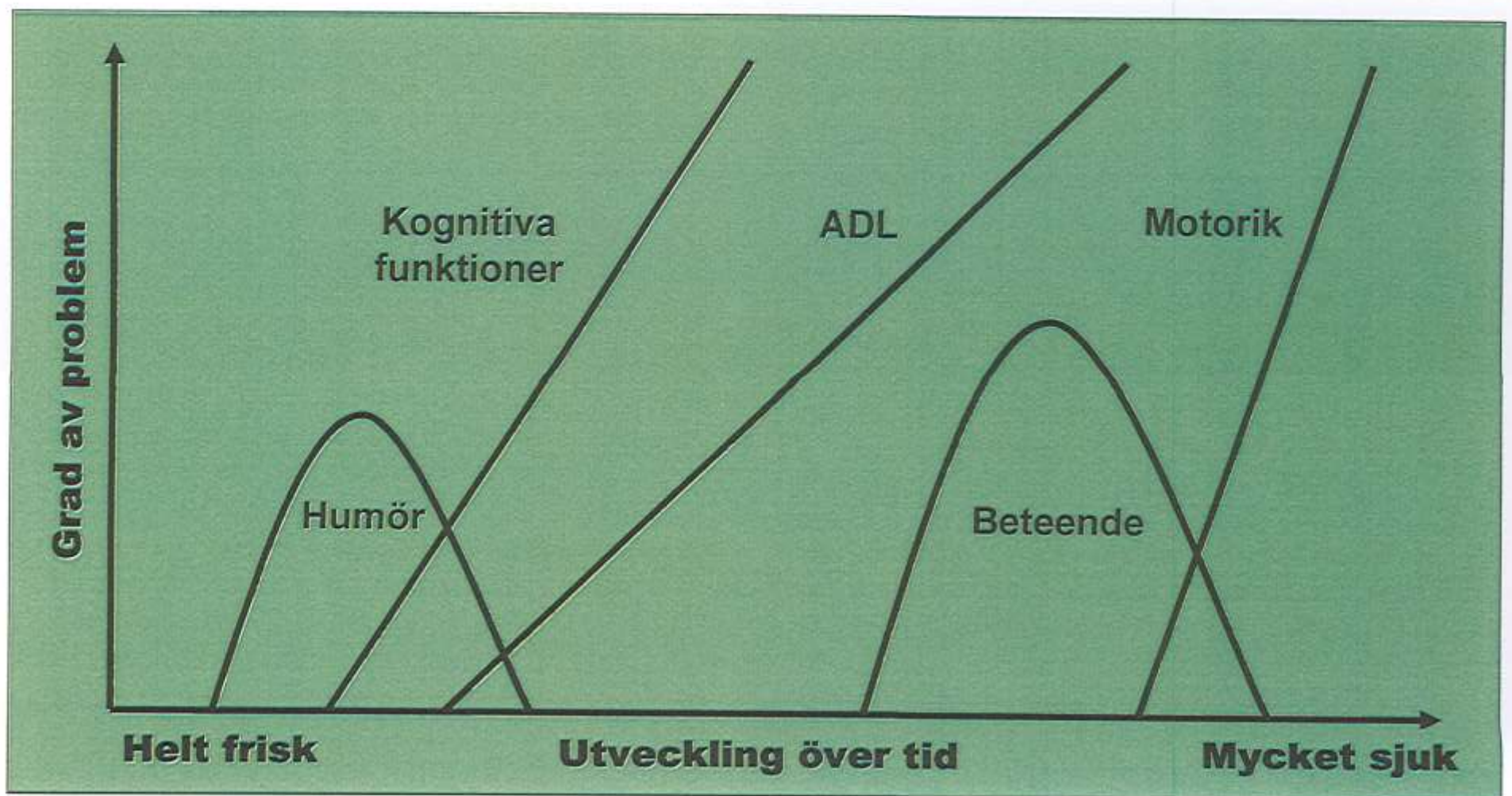
Stadium 3 (5-10 år)

- passivitet
- svårkontaktad
- muskelstelhet
- krampanfall
- blodtrycksfall
- inkontinens

Alzheimers sjukdom – förlopp



Utveckling av Alzheimers sjukdom



Vaskulär kognitiv störning (VaD)

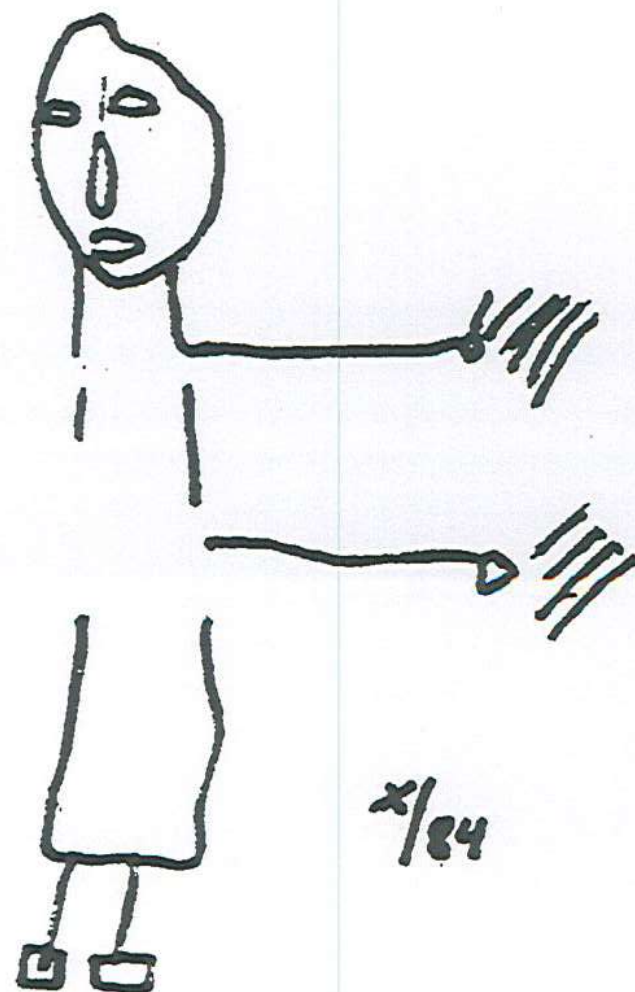
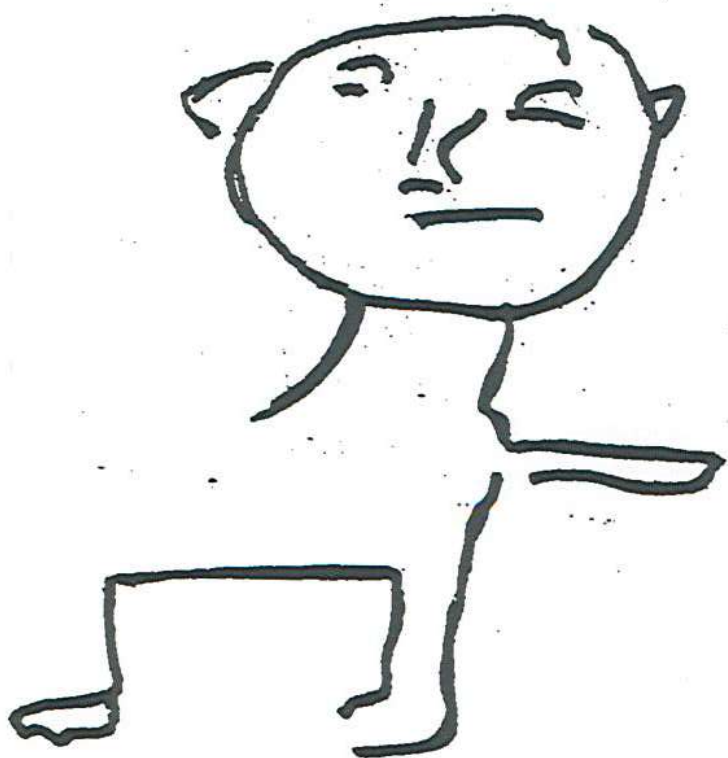
- kognitiv störning orsakad av cirkulationsstörning som i sin tur leder till iskemi i hjärnan
- ca 20% av alla sjukdomar med kognitiv störning
- subgrupperas i
 - multiinfarkt demens (multipla infarkter i grå substans)
 - småkärlsdemens = subkortikal VaD (vitsubstans förändringar), vanligast !

Symtom av VaD

- ofta plötslig debut och varierande förlopp
 - debut i samband med stroke (definition)
- exekutiva funktioner drabbas
- depression
- fokal neurologi
- MMT fungerar inte

Vänstersidig stroke

I/84



Djupa skador - s.k. vitsubstanssskador

Typiska symtom vid denna demensform är:

- minnesstörningar
- tillfälliga förvirringstillstånd
- känslomässig avtrubbning
- psykisk förlångsamning (hjärnan arbetar sakta, om någon ställer en enkel vardaglig fråga kan det dröja innan den sjuke svarar)
- balansrubbningar
- motorisk stelhet (gången är ofta långsamt hasande)

Lewy-kroppss sjukdom

3 huvudsymtom:

1. fluktuerande kognitiv störning
2. visuella hallucinationer
3. parkinsonism

Pannlobsdemens

Tidiga
symtom

Depressiva symtom är vanligt

Insiktslöshet. Sjukdomsinsikt saknas. Upplever själv att de mår bra och är totalt ointresserade av att delta i någon läkarundersökning

Hänsynslöshet. Förmågan att visa hänsyn mot omgivningen är nedsatt

Omdömeslöshet. Blir ovarsamma med pengar och kan sätta sig själv eller familjen på obestånd på grund av vidlyftiga affärer. Bilkörning blir ett problem då omdöme och planeringsförmåga påverkas. Körningen sker efter den sjukes infall, inte efter regler. Kan orsaka olyckor i trafiken.

Förlorar intresset för att sköta hemmet, sin hygien och klädsel. Bryr sig inte. Kan få ett ändrat, glupskt, ätbeteende (Hyperfagi). Kan ta för sig ohämmat då de bjuds på något. Förstår inte konsekvenserna av sitt handlande och kan begå kriminella handlingar. Kan börja röka eller konsumera stora mängder alkohol fast de tidigare varit icke-rökare eller absolutister. Kan därför misstolkas som alkoholism. Förlorar kontrollen över ekonomin. Gör impulsköp och oansvariga affärer vilket kan leda till rättsliga problemsituationer. Kan börja snatta.

Hämningsslöshet, distanslöshet och uppmärksamhet. Ökad skämtsamhet, barnslighet som följd. De normala spärrarna går förlorade, blir distanslös. Kan börja sjunga spontant, kommenterar klädsel eller utseende hos någon okänd de möter.

Kan även bli provocerande och komma med sexuella anspelningar eller inviter.

Koncentrationsstörningar. Koncentrationsförmåga och uppmärksamhet blir nedsatt vilket får till följd att de lätt tappar "tråden". Kan ibland spela upp olika roller för att få uppmärksamhet eller maskera brister.

Rastlöshet.

Användarbeteende. Kan bli plockig och utförskar tillgängliga föremål. Tar gärna i bruk det som finns framme. Kammar sig om det finns en kam, skriver

...

Oro

Språkstörningar stereotypt förenklat tal. Talar i fraser, upprepar vad andra säger eller upprepar enstaka ord och meningar om igen. I sena stadier av sjukdomen förekommer att den sjuke upprepar allt man säger (ekolali).

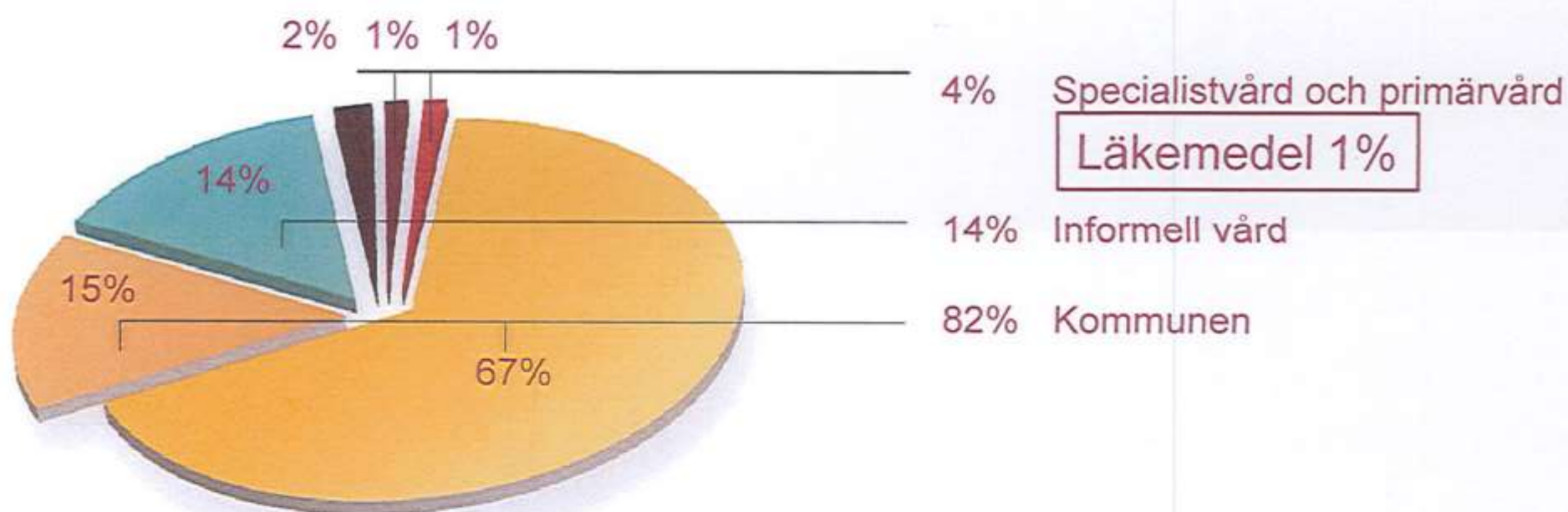
Ökat aptit Äter och dricker glupskt och går ofta upp i vikt

Irritabilitet, aggressivitet. Kan pendla mellan glädje och ilska och komma med sårande kommentarer.

Sena
symtom

Minnesfunktion, inlärnings-, orienterings- och praktisk förmåga är ofta ganska välbevarade även vid långt framskriden sjukdom.

Totalkostnad per år 63 miljarder Kr



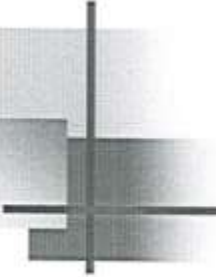
L Minthon

Läkemedelsbehandling Alzheimers sjukdom

- Minskar de kognitiva symtomen
- Upprätthåller global funktionsförmåga
- 2/3 har mätbar positiv effekt
- Utebliven försämring bedöms som effekt
- Regelbunden uppföljning en gång/år

Farmakologisk behandling av Alzheimers sjukdom

	Donepezil Aricept	Galantamin Reminyl	Rivastigmin Exelon	Memantin Ebixa
Indikation	lätt-måttlig AD	lätt-måttlig AD	lätt-måttlig AD	medelsvår- svår AD
Dosering	1x1	1x1 eller 1x2	1x2	1x2
Dostitrering	ja: 5mg- 10mg	ja: 8-16- 24mg	ja: 3-6-9-12 mg	ja: 5-10-15- 20mg
Vanligaste dos	5mg	16mg	6-9mg	20mg



Hög placeboeffekt !

**Stabilisering eller förbättring hos
57–75 % vid behandling med
aktiv substans,
jämfört med 42–56 % vid placebo.**

Utvärdering av behandlingseffekt

- Patients och närståendes uppfattning
- Bedömarens helhetsuppfattning av funktionsförmåga
 - Uppmärksamhet
 - Koncentration
 - Social förmåga

Nya behandlingsstrategier

- Hindra amyloidosen i hjärnan
 - Sekretshämning/aktivering
 - Fibrillblockering, "betasheet brakers"
 - Antikroppar mot A β 42 passiv och aktiv immunisering
 - Förbättra utsöndring av A β 42
- Hindra det som startar kaskaden, yttre faktorer tillsammans med genetisk sårbarhet
- Hämma effekter av inflammation och oxidativ stress
 - Antiinflammatorisk resp. antioxidativ behandling
- Nervskyddande behandling
- Återskapa förlorade nervceller
 - Stamcellsbehandling

Pågår: Försök med immunterapi
dvs vaccin eller antikroppar mot
olika former av β -amyloid

Beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom - BPSD

BPSD en definition;

”tecken och symtom på störd perception, stört tankeinnehåll, förändrat stämningsläge och förändrat beteende som ofta förekommer hos patienter med demenssjukdom”

Beteendestörningar – oro

- Förekommer ofta på eftermiddag eller tidigt på kvällen. Vanligt med motorisk oro och är ofta förknippad med förvirring. Förekommer vid vaskulära skador i basala ganglier, frontal skada, postcentral skada.
- Symtom vid oro
 - Ställer samma frågor om något skall göras, rädd för att bli ensam, rädd för att vara hemifrån, oro över pengar, hälsa, framtiden, samlande, stölder från andra personer, placerar föremål på fel ställen.

Psykiska symtom - ångest

- Ångest är vanligt och uppträder ofta i samband med konfusion, depression, hallucinationer och sömnstörningar men även vid smärta, somatisk sjukdom eller olämplig medicinering.
- Vid frontallobsnedsättning uttrycks ofta ångest som irritation, labilitet och rastlöshet. Ångest kan yttra sig som hjärtklappning, tremor, svimningskänsla, diarré, urinträngningar etc
- Symtom
 - Ångest inför kommande händelser, upprepande frågor - när skall vi åka?
 - Ångest inför framtiden, pengar, vara borta från hemmet, hälsan.
 - Frukten att bli lämnad ensam
 - Rädd för folksamlingar, mörker, resor, att bada.
- Åtgärder
 - Åtgärda fysiska som psykiska problem. Trygg och god vårdmiljö med god omsorg och omvårdnad. God nattsömn och läkemedel vid behov..

Aggressivt beteende

■ De aggressiva beteenden kan utlösas av;

■ Att vårdaren närmar sig för hastigt, den demente personer känner sig vilsen, det finns för många främmande personer i rummet, små olyckor- spillt ut mjölk, vårdpersonalen ställer för många "varför" frågor, blir emotsagd, vårdpersonalen blir otålig eller irriterad, är jäktad och vill påskynda, förstår inte det man hör eller ser

■ Åtgärder;

■ Avled den demente, tolerans från omgivningen, god vårdmiljö, åtgärda somatiska problem, förflytta dig sakta, behåll ditt lugn, dämpa ljud, håll om, håll i handen, promenader för spänningsreducerande, läkemedel vid behov.

Konfusion differentialdiagnos

Akut konfusion

Demens

■	Debut	plötsligt	smygande
■	Förlopp	fluktuerande	stabilt
■	Duration	timmar-dagar	år
■	Medvetande	varierande	klart
■	Kognition	nedsatt	nedsatt
■	Orientering	nedsatt	nedsatt
■	Minne	nedsatt	nedsatt
■	Tankar	splittrade	ibland splittade
■	Perception	störd	störd
■	Hallucinationer	vanliga	sällan
■	Vanföreställningar	kortvariga, osystematiska	sällan
■	Psykomotorik	växlar, ofta ökad	normal eller förlångsammad
■	Tal	splittrat, forcerat, svårbegripligt	normalt, svårt att hitta ord
■	Dygnsrytm	störd	oftast normal
■	Somatisk sjukdom	oftast förekommande	ibland
■	Sjukdomsinsikt	saknas	saknas

Får man binda patienten i sängen?

Nej!

Tvångsbälte får endast användas inom psykiatrin med stöd av LPT och ska då ordineras varje gång.

»1. Sängsele, sängväst eller liknande fixeringsanordning får inte användas för att hålla patienten kvar i sängen.«

(Ur Socialstyrelsens kungörelse (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård)

Får man binda patienten med bälte i stol?

Ja och nej!

Ja: Man får och bör hjälpa en fysiskt svag patient att sitta uppe med sele eller liknande. Att sitta är önskvärt vid måltid, socialt stimulerande och ger en viss träning av muskler som förslappas om patienten bara ligger. Det är viktigt att selen och andra arrangemang ger adekvat stöd, och att patienten inte kan glida ner och ta skada.

Nej: Bälte får inte användas för att hålla fast oroliga patienter inom äldreården. Tvångsbälte får endast användas inom psykiatrin med stöd av LPT och ska då ordinerats varje gång. Det faktum att en patient vårdas med stöd av LPT betyder alltså inte att personalen godtyckligt får sätta patienten i bälte i stol om patienten är orolig.

»2. För patient som sitter uppe får sele eller liknande anordning inte användas annat än efter läkarordination för att hindra en svag patient från att falla och därigenom komma till skada. Anordningar av detta slag får endast användas för att möjliggöra aktivering av en patient och således inte för att t.ex. fasthålla en orolig patient.«

(Ur Socialstyrelsens kungörelse (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård)

Får man låsa in patienten?

Nej!

I regeringsformen, RF, 2:2, § 8 stadgas:

»Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövande.«

Regeringsformen är en av våra grundlagar och gäller även dementa. Inlåsnings får bara ske med stöd av LPT eller av polis och rättsväsende. Föräldrar bestämmer över minderåriga. God man har inte rätt att låsa in patienten. Ett lås som är för krångligt för patienten är inte heller tillåtet.

»Inlåsnings får inte ske. Boendeenhetens ytterdörr kan vara låst, så som det är brukligt i de flesta hem. Låset måste vara av sådan beskaffenhet att de boende själva kan låsa upp. Att använda alltför komplicerade lås som förhindrar den äldre att öppna dörren och gå ut är att betrakta som inlåsnings. Däremot kan dörren ha ett lås som det tar viss tid att öppna. Om låset är kombinerat med larm uppnås en större säkerhet.«

(Ur SOSFS 1997:16: Ändring i SOSFS 1992:17 om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad)



SMÄRTA VID DEMENS

Smärta

- Cirka 60-80 % av alla äldre upplever smärta i någon form. Demenssjuka får endast en tredjedel så mycket smärtstillande som andra patienter.
 - Smärta hos personer över 75 år ligger på cirka 75 %
 - Medelåldern 40-60 år cirka 40-50 %
- Smärtsinnet är ett alarm och varningssystem- hur påverkas det vid demens?
 - Möjligheterna att kommunicera minskar
 - Behöver avläsas genom kroppsspråk eller alternativa metabudskap.
 - Smärtupplevelsernas sensoriska komponent tycks inte förändras
 - Det somatosensoriska cortexet är välbevarat vid tex Alzheimer
 - Att dementas smärtupplevelse skulle vara mindre än andras är inte vetenskapligt belagt.

Smärta – identifiera misstänkt smärta

■ Tal

- Protesterar
- Skriker eller svär
- Ropar på hjälp
- Säger aj eller usch
- Pratar förvirrat

■ Ljud

- Gnyr, jämrar sig, gnäller
- Skriker utan ord

■ Ansiktsuttryck

- Drar ihop ögon, ansikte, grimaserar

■ Sinnesstämning

- Bekymrad eller ledsen
- Sur, klagar
- Lidande, ångestfylld eller rädd

■ Kroppshållning/Rörelser

- Stel och spänd
- Haltar
- Kan inte sitta/ligga stilla
- Tar sig åt/masserar en kroppsdel
- Rastlös, vandrar
- slåss

■ Dagliga aktiviteter

- Drar sig undan
- Förändrad sömn
- Äter sämre/förändrad aptit

Beteendestörningar – sexuellt beteende

- Att vårda en beroende make/maka som sitt barn och samtidigt vara sexualpartner väcker skuldkänslor, sorg, vrede och besvikelse.
- Sexuella inviter kan vara ett uttryck för behov av närhet.
- Behovet av ömhet och kroppskontakt kan vara stor hos den demente personen men kan vara svår att tillfredställa hos personal eller anhöriga när de känner motstånd mot ömhetsbetygelser

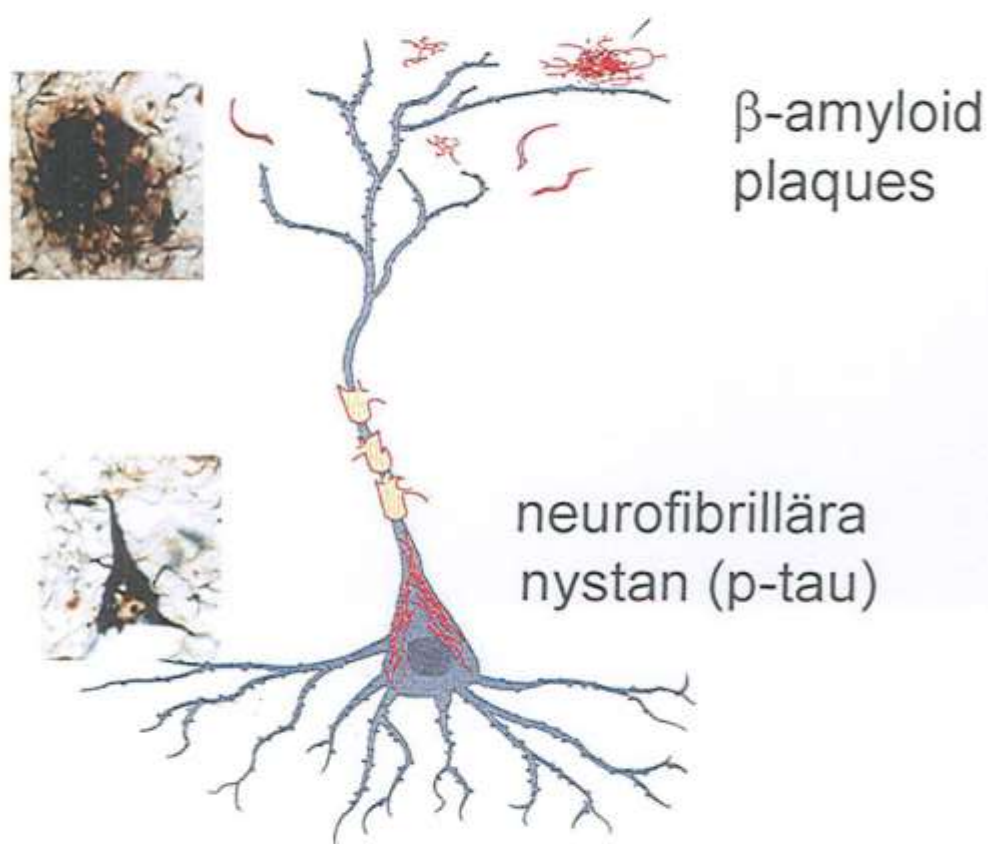
**VAD SKA MAN GÖRA MED OROLIGA
DEMENTA ?**

**FÅR MAN GE PSYKOFARMAKA I
KAFFET ?**

**FÅR MAN SÄTTA GRINDAR PÅ
SÄNGEN ?**

**KAN MAN SKRIVA VÅRDINTYG PÅ
DEMENTA ?**

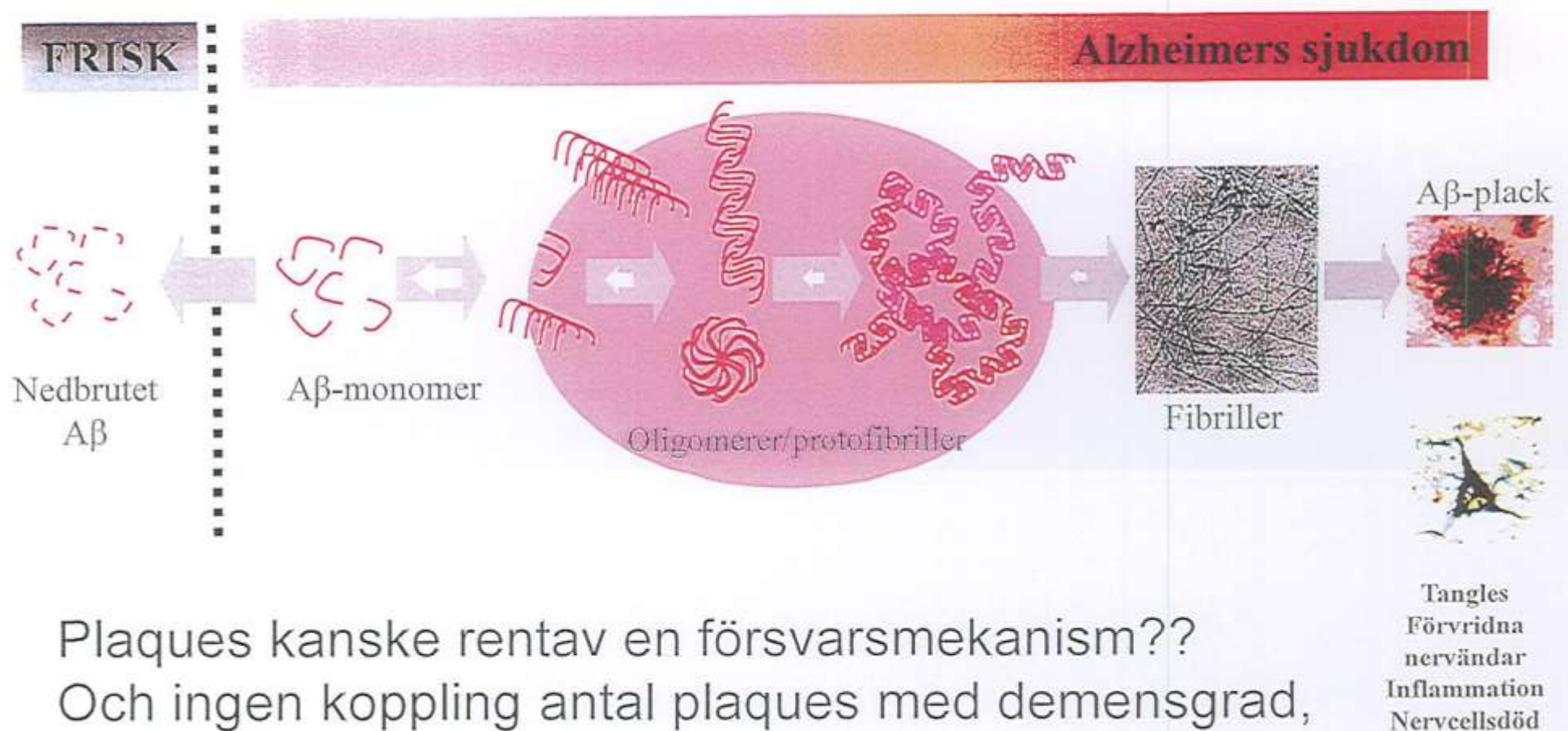
Alzheimer och andra neurodegenerativa sjukdomar
orsakas av störd proteinkonformation*



AD

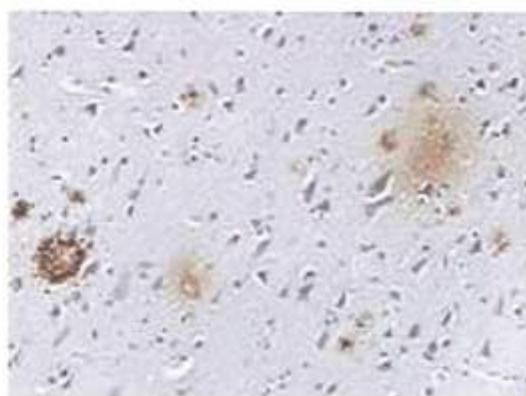
*=proteinerna är felaktigt veckade

Det är inte plaquen utan oligomerer/protofibriller av β -amyloid som är giftiga och startar neurondöden



Plaques kanske rentav en försvarsmekanism??
Och ingen koppling antal plaques med demensgrad,
däremot tydlig association tangles - " -

Vad neuropatologen ser (= slutet på processen):



β -amyloid-plaques
(Motorn)



Tangles
(Relation neuron-död och sjd-grad)

Vad som kan mätas i CSF (likvor):

β -amyloid (A β 42)



Redan tidigt, hos MCI, SCI, HC

Total tau fosfo-tau



Förändringar först senare i förloppet

I blod:

Inget, idag

ÖVERENS:

- **Beta-amyloid** startar processen, kan mätas som $\uparrow$ **PIB**, $\downarrow$ **CSF-A β** , $\uparrow$ **plaques**.

Samverkar med apo e4

Konstant över tid vid manifest AD

- **Tau-patologi** tillkommer en bit in i processen kan i viss mån mätas som $\uparrow$ **CSF-tau**, **fosfo-tau**.

Direkt koppling nervcellsöd och

PET FDG $\downarrow$ och **hippocampusvolym (MR)** $\downarrow$,
kognitiva test och **ADL-funktion** $\downarrow$

Avspeglar sjukdomsgrad.

Viss koppling CSF-A β och tau med snabbt förlopp

Det var enklare förr...

2000:

Δ CSF A β och tau identifierar flesta AD (jfrt med friska)

2005:

Δ CSF A β och tau identifierar ganska bra MCI → AD

2010:

Δ CSF A β identifierar frisk → MCI? → AD??

Dito PET PIB. 18% 60-69 år PIB-positiva, ssk e4+

Inte sjukdomsmarkör utan riskmarkör

- Och när kommer jag i så fall bli sjuk??

Riskfaktorer

- Hög ålder
- Ärftlighet
 - Mutationer, kromosom 21 och 14
 - Förstagrads släkting
 - Riskgen APOE (homozygot $\epsilon 4$ ökar risken 10 ggr)
- Hypertoni och hyperkolesterolemi i medelåldern
- Diabetes
- Alkohol
- Låg utbildning
- Kost (?)

Konfusion

- Konfusion eller akut förvirringstillstånd är ingen sjukdom i sig, utan en reaktion på att hjärnan tillfälligt blivit överbelastad i samband med fysisk eller psykisk påfrestning. De intellektuella förmågorna försämras drastiskt. Hjärnans blodflöde sjunker med stigande ålder, liksom halterna av viktiga kemiska ämnen och minskning av nervceller. Hjärnans reservkapacitet sviktar, vilket innebär att mindre belastning på hjärnan krävs för att en äldre person kan bli förvirrad.

■ Orsaker

- Kroppsliga sjukdomar
- Sjukdom eller skada i hjärnan
- Stress och andra psykiska påfrestningar
- läkemedelsbehandling

Konfusion åtgärder

■ Omvårdnadsåtgärder

- Skapa lugn och ro, med så få personer som möjligt kring den förvirrade.
- Inge trygghet. Ge tillräckligt med tid och uppmärksamhet. Personal med bästa kontakten med den sjuke bör vårda.
- Skapa ögonkontakt och eventuellt beröringskontakt. Tala med enkla korta budskap.
- Skapa lagom balans mellan vila och aktivitet.
- Se till att den förvirrade får vila och sova.
- Korrigera feltolkningar.
- Normalisera dygnsrytmen.
- Verklighetsorientering (klocka, almanacka).
- Glasögon och hörapparat.
- Ger närings- vätsketillförsel.
- Kontrollera urin- och tarmfunktion.

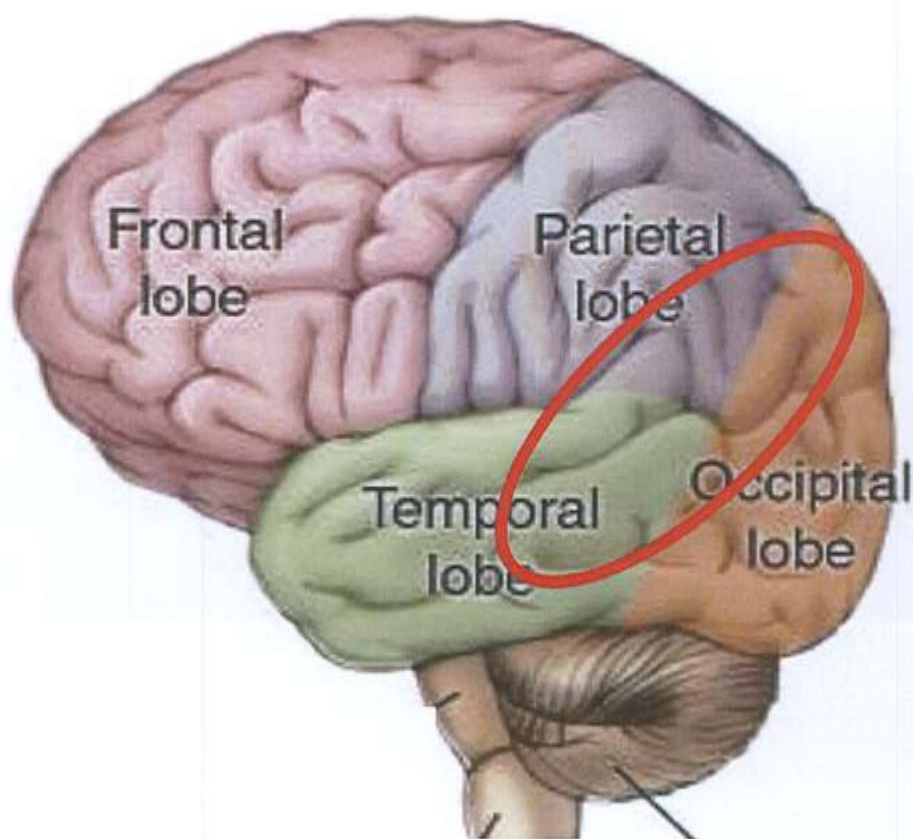
■ Läkemedel

- PAL gör en översyn av aktuella läkemedel
- Läkemedelsbehandling bör undvikas i möjligaste mån.
- Eventuellt läkemedel vid motorisk oro, svår ångest, hotfulla hallucinationer eller sömnmedel vid störd sömn/vakenhetscykeln.

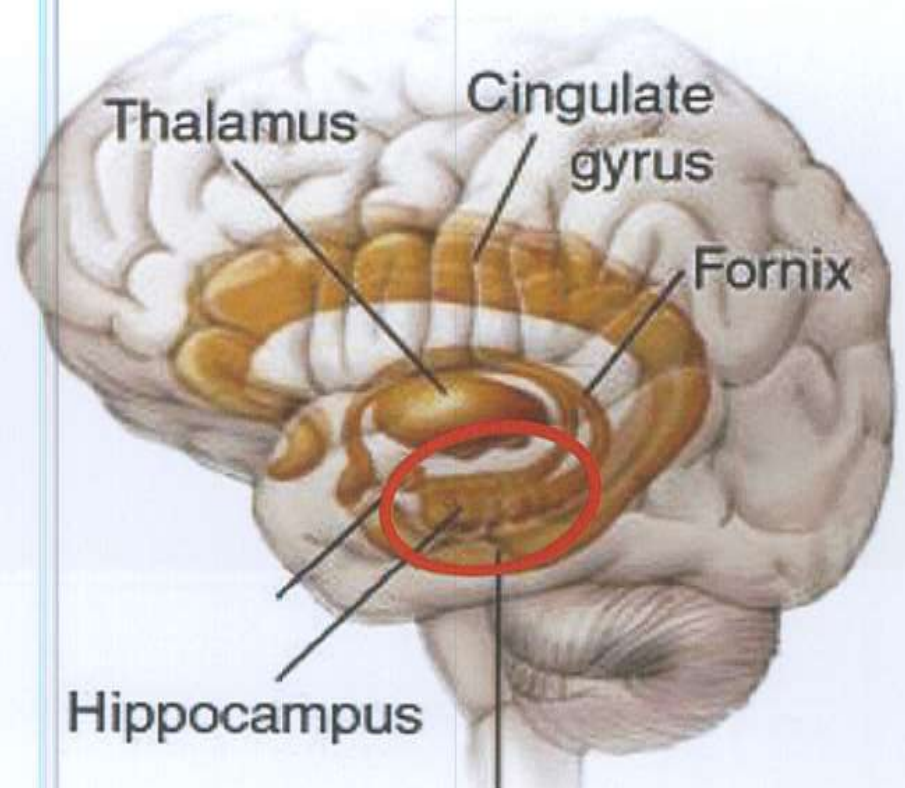
■ Professionellt förhållningssätt

- Med rätt omgivning, rätt behandling och rätt bemötande kan risken för att drabbas av konfusion minskas hos personen med en demenssjukdom.

Alzheimers sjukdom drabbar hippocampus och bakre temporo-parietala cortex



Språk (hitta ord, förstå)
Tänkande, rumsuppfattning
Praktisk förmåga, varseblivning m.m.



Episodiskt närminne

Personer med kognitiv svikt och alkoholberoende

- Tillstånd: Personer med kognitiv svikt och alkoholberoende
- Åtgärd: Basal utredning efter minst två månaders alkoholfrihet

Rekommendation

- Detta är det valda alternativet: 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Icke-göra
- FoU
- 

Underlag för rekommendationen

Som underlag för rekommendationerna har vi utgått från hur allvarligt tillståndet är, åtgärdens effekt och hälsoekonomi. Se referenser längst ner.

Hur allvarligt är tillståndet?

Risk för utebliven eller inadekvat vård och omsorg.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

- Basal utredning som genomförs efter minst två månaders alkoholfrihet kan fastställa diagnos samt ge underlag för fortsatta åtgärder (beprövad erfarenhet).

Det finns inga diagnostiska markörer som identifierar alkoholrelaterad demens. Det finns två kontrollerade studier som tyder på att markörerna tau och A β i ryggmärgsvätskan skulle kunna skilja Alzheimers sjukdom från alkoholrelaterad demenssjukdom [1-2]. Det vetenskapliga underlaget är dock för svagt för att man ännu ska kunna dra några säkra slutsatser.

Enligt beprövad erfarenhet kan en basäl utredning som sker efter minst två månaders alkoholfrihet bidra till att ställa diagnos och därmed ge underlag för fortsatt handläggning.

Hälsoekonomisk bedömning

Ej bedömbär, eftersom vi inte har sökt efter hälsoekonomiskt underlag för raden.

Personer med vaskulär demenssjukdom

- Tillstånd: Personer med vaskulär demenssjukdom
- Åtgärd: Behandling med kolinesterashämmare (donepezil, galantamin, rivastagmin) eller memantin

Rekommendation

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Detta är det valda alternativet: Icke-göra
- FoU



Hälsö- och sjukvården bör inte

- erbjuda kolinesterashämmare eller memantin för behandling av vaskulär demens (icke-göra).

Underlag för rekommendationen

Som underlag för rekommendationerna har vi utgått från hur allvarligt tillståndet är, åtgärdens effekt och hälsoekonomi. [Se referenser längst ner.](#)

Hur allvarligt är tillståndet?

Progredierande sjukdom med försämrad kognition.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

- Behandling med donepezil, galantamin, rivastigmin och memantin kan bibehålla eller ge en viss förbättring av kognitiv funktion vid vaskulär demens, dock utan att signifikant påverka ADL eller global förmåga (evidensstyrka 3).
- Vanliga biverkningar av kolinesterashämmare är illamående och kräkningar (evidensstyrka 2).

SBU beskriver en liten positiv effekt på kognitiv svikt av kolinesterashämmare, respektive memantin, för personer med vaskulär demens [1].

NICE redovisar att vid behandling med högre doser av kolinesterashämmare vid vaskulär demens är biverkningarna större än de positiva effekterna. Vid lägre doser är risken för biverkningar mindre, och en viss behandlingseffekt kvarstår. Man bedömer dock att denna effekt inte överväger biverkningarna. Avseende memantin så ökade risken för förstoppning samtidigt som den kliniska förbättringen var mycket begränsad, så även här övervägde risken nyttan av behandling [2].

Hälsoekonomisk bedömning

Ej bedömbär, eftersom vi inte har sökt efter hälsoekonomiskt underlag för raden.



Tack för att
ni lyssnade!



Välkomna!