OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.
Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.

Region Halland

Gäller för: Region Halland

Demenssjukdom – utredning och uppföljning

Hitta i dokumentet

Syfte
Vårdnivå
Bakgrund
Etiska aspekter
Diagnos och klassifikation
Utredning
Basal demensutredning
Utvidgad demensutredning
Stöd vid situationer då personen avböjer utredning
Behandling
Sjukskrivningsriktlinjer
Körkort
Vapen
Kognitiva hjälpmedel
Munhälsa
Uppföljning
Uppdaterat från föregående version

Syfte

Öka kvaliteten i utredningar vid misstänkt demenssjukdom, öka stödet till patient och närstående samt göra vården mer sammanhållen.

Riktlinjen anger hur basal utredning samt utvidgad utredning vid misstänkt demenssjukdom ska genomföras och hur patienten ska följas upp efter diagnos, i enlighet med Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom - Socialstyrelsen.

I denna uppdatering har även hänsyn tagits till det nya nationella kunskapsstödet Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - 1177 för vårdpersonal

Vårdnivå

Den basala demensutredningen ska göras i Närsjukvården och patienten ska vid diagnos även följas upp där.
Är patienten inskriven i kommunal hemsjukvård görs den kognitiva testningen, anhöriganamnes samt funktionsbedömning av utsedd personal inom den kommunala hälso- och sjukvården efter remiss.

Patienter med en kronisk sjukdom, som uppvisar tecken på kognitiv svikt i kontakt med sin huvudsakliga vårdgivare, bör uppmärksammas och remitteras till närsjukvården för basal demensutredning samt ställningstagande till vidare utredning.

Utvidgad demensutredning genomförs på specialistmottagning, Minnesmottagning i Varberg. Patienter med mindre kända demenssjukdomar alternativt svåra symtom bör följas upp på

specialistenhet till stabil medicinsk och social situation uppnås. Det gäller även yngre patienter med demenssjukdom/MCI.

Bakgrund

Demenssjukdomar är progressiva tillstånd som leder till omfattande organisk hjärnskada med successivt tilltagande funktionsnedsättning som på sikt leder till döden.
Risken att drabbas av en demenssjukdom ökar med stigande ålder. I takt med att befolkningen blir allt äldre väntas antalet insjuknade att öka kraftigt.

Minnesnedsättning finns oftast mer eller mindre uttalat. Utöver detta drabbas flera kognitiva domäner, som snabbhet och uppmärksamhet, språkförmåga (förmåga att uttrycka sig och/eller förmåga att förstå språket), visuospatiala funktioner, exekutiva funktioner och omdömesförmåga.

Etiska aspekter

Tillståndet kräver att patientens autonomi noga beaktas vid en viss åtgärd. Personer med demenssjukdom eller andra typer av kognitiva funktionsnedsättningar kan ha kommunikationssvårigheter men kan genom sina reaktioner visa hur de upplever en viss åtgärd. Detta får i sådana fall vara vägledande för ställningstagandet om samtycke föreligger eller inte. Det är viktigt att betona att även om en person har en demenssjukdom så innebär det inte nödvändigtvis en bristande beslutsförmåga hos denne

Diagnos och klassifikation

Diagnosområden

Minnesstörning UNS är främst en utredningsdiagnos	R41.3
Alzheimer sjukdom, tidig debut	F00.0, G30.0
Alzheimer sjukdom, sen debut	F00.1, G30.1
Alzheimer sjukdom, med cerebrovaskulär skada	F00.2A, G30.8A
Alkoholdemens	F10.7A
Demens vid Parkinsons sjukdom	F02.3, G20
Demens UNS	F03.9
Frontotemporallobsdemens	F02.0, G31.0
Konfusion med demens	F05.1
Lewy body-demens	F02.8, G31.8A
Lindrig kognitiv störning	F06.7(Prodromal AD plus G30.0 el G30.1)
Subkortikal vaskulär demens	F01.2
Vaskulär demens UNS	F01.9

Utredning

All utredning och behandling ska ske utifrån ett personcentrerat och teambaserat arbetssätt med stegvisa insatser i samverkan mellan vårdgivarna. En fast vårdkontakt ska erbjudas. För utredning se även Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - 1177 för vårdpersonal

Demensutredningen är en förutsättning för att diagnos ska kunna ställas. Alla delar i utredningen har en hög prioritet. Från första sjukvårdskontakt till färdig basal utredning bör ledtiden inte överstiga 30 dagar. Vid behov av utvidgad utredning bör denna vara avslutad inom 60 dagar.

Basal demensutredning

Patienten bör genomgå en basal demensutredning om den bakomliggande orsaken till kognitiv svikt är okänd. Den basala utredningen syftar till att fastställa:

- om personen har en kognitiv svikt och om den beror på en demenssjukdom eller annan sjukdom
- vilka personer som är i behov av en fortsatt utvidgad utredning
- vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad man kan göra för att minimera eller kompensera för dessa

Läkare och övriga professioner som handhar patientgruppen ska ha förtrogenhet med och kunskap om demenssjukdomar. Vårdpersonal som utför demensutredningar ska känna till de vanligast förekommande bedömningsskalorna och mätinstrumenten (MMSE-NR3, klocktest och RUDAS-S1) samt hur de används och tolkas.

Diagnostiken vid demenssjukdom grundar sig på en sammanvägd bedömning av strukturerad anamnes, intervju med anhöriga, fysiskt och psykiskt tillstånd, kognitiva test samt strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga. Där ingår observation av aktiviteter som att tillaga en enkel måltid, hanterande av vardagsteknik samt hur personen klarar klädsel och hygien. I utredningen ingår också en strukturell hjärnavbildning med datortomografi för att utesluta bl a hjärntumör, subduralhematom eller normaltryckshydrocefalus.

Utöver misstanke från patienten, bör information från anhöriga/närstående eller vårdpersonal vara grund för en basal utredning.

Om en patient som vårdas på en vårdinrättning uppvisar symtom på kognitiv svikt bör en första bedömning göras där. Vid behov av basal utredning, remitteras denna till närsjukvården.

Det är hälso- och sjukvårdens ansvar att avgöra vilka delar av utredningen som ska ligga till grund för diagnosen. Av etiska skäl kan det ibland finnas anledning att avstå från delar av en utredning, till exempel om patienten är svårt sjuk och om utredningens resultat (och efterföljande åtgärder) inte påverkar patientens livskvalitet.

Uppvisar patienten tydliga symtom kan diagnos ställas utan att alla delar av utredningen genomförs.

Utredning och diagnostik av olika demenssjukdomar (Alzheimers sjukdom, vaskulär demens Lewy body-demens, frontotemporallobsdemens m.fl.) är en förutsättning för adekvat läkemedelsbehandling och omvårdnad.

Basal demensutredning innefattar:

- Anamnes baserad på information från patienten
- Intervju av anhöriga/närstående eller Symtomenkät -(symtomenkaten.se) Anhörigintervju för identifiering av demens, Demenscentrum.se
- Bedömning av alkoholkonsumtion med t ex AUDIT och alkoholmarkörer
- Läkemedelsanamnes/läkemedelsgenomgång
- Somatiskt status inklusive neurologiskt status, vikt och längd
- Vid behov bedömning av munhälsa se nedan
- Psykiskt status
- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga genom observation av aktivitet med fokus på kognitiva förmågor, minne, uppmärksamhet, planeringsförmåga, rumsuppfattning
- Kognitivt status inklusive MMSE-SR i kombination med klocktest. Normalt MMSE-NR3 och klocktest utesluter inte demenssjukdom. Alternativt kan MoCA användas. Vid annat modersmål än svenska, då tolkbehov föreligger, annan kulturell bakgrund eller vid kort skolgång bör RUDAS-S användas
- Blodprover: Hb, SR, glukos, Na, K, kreatinin, Ca, Tyreoideastatus, TPK, LPK samt PEth. Utesluta brist på B12 och folsyra. Analyspaket Demensutredning finns upplagt i labbmodulen
- EKG ingår i den basala utredningen samt inför eventuell behandling med kolinesterashämmare
- Otrostatiskt blodtryckstest
- Strukturell hjärnavbildning med datortomografi för att i första hand utesluta andra orsaker till kognitiv svikt. Datortomografin kan vara normal vid tidiga degenerativa tillstånd. I vissa fall kan undersökningen bidra med information som gör det lättare att urskilja vilken demenssjukdom det rör sig om.

Fungerande kommunikation mellan närsjukvård och kommun (hälso- och sjukvård, socialtjänst) är av stor vikt, bland annat när diagnos är fastställd. Samordnad individuell plan (SIP) bör genomföras då patienten har behov av insatser från både region och kommun. Kommunikation och samråd sker efter samtycke från patienten.

Utvidgad demensutredning

Vid osäkerhet om diagnos eller vid frågeställning om huruvida utvidgad utredning bör genomföras kan specialistmottagning konsulteras

Efter färdigställd basal utredning bör remiss för utvidgad utredning skickas vid:

- Demenssjukdom eller MCI (lindrig kognitiv störning) hos person i arbetsför ålder
- MCI hos äldre med hög misstanke om demenssjukdom
- Oklar diagnos efter utredning
- Misstanke om ovanligare demenssjukdom, t ex Lewy Body demens, pannlobsdemens eller Parkinsons sjukdom med kognitiv svikt.

Den basala utredningen ska vid remisstillfället vara aktuell, dvs. genomförd och bedömd i anslutning till att remissen skickas. Remissen till specialistmottagningen ska vara tydlig. Remissinnehåll till specialistmottagning:

- Anamnes, sjukhistoria, duration av minnesproblem
- Resultat av Kognitiv testning
- Värdering av allmäntillstånd
- Info om CT-hjärna
- Info om lab och ev alkoholbruk
- Patientens inställning till utredning
- Samtycke till sammanhållen journal
- Samtycke till kontakt med närstående
- Information om tolkbehov

Utvidgad utredning kan innefatta:

- Strukturerad anamnes kompletterad med intervjuer med anhöriga/närstående
- Bedömning av neurologiskt, psykiskt, kognitivt och somatiskt status, inklusive vikt
- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga
- Neuropsykologiska test som täcker flera kognitiva domäner
- Lumbalpunktion för analys av biomarkörer, celler och proteinfraktionering
- Vid klinisk misstanke riktad provtagning för att utesluta HIV, neuroborrelios och neurosyfilis
- Granskning av datortomografi genomförd i samband med den basala utredningen för differentialdiagnostiskt syfte. Eventuellt komplettering med MR-undersökning för att bättre urskilja avvikelser i hjärnans strukturer
- Mätning av dopamintransportsystemet i hjärnan med SPECT (DAT-scan) vid misstänkt Lewy body-demens
- Funktionell FDG-PET vid behov
- Mätning av det regionala blodflödet i hjärnan med SPECT i vissa fall
- Ortostatiskt blodtryckstest vid misstanke om Lewy body-demens

Stöd vid situationer då personen avböjer utredning

Om personen avböjer utredning kan vården erbjuda allmän hälsokontroll för att skapa förtroende så att en demensutredning kan genomföras se Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - 1177 för vårdpersonal bilaga H.

Behandling

Demenssjukdomar är progressiva, icke botbara sjukdomar som leder till funktionsnedsättningar. Behandlingen inriktas på att lindra symtom och kompensera för rådande funktionsnedsättningar. Angående läkemedelsbehandling vid demens hänvisas läsaren till Regionens Terapirekommendationer. Behandlingen bör också inriktas på att stödja/utbilda patienter och närstående/anhöriga.

Sjukskrivningsriktlinjer

Aktuellt för patienter vars demenssjukdom debuterar före pensionsåldern. Kognitiva funktioner är avgörande för arbetsförmågan. Det är angeläget att ta reda på vad patienten önskar och utifrån detta bedöma rimligheten. Arbetsgivare bör involveras. Deltidssjukskrivning kan övervägas. Patienter med lindrig demens kan klara vissa arbetsuppgifter men blir trötta av långvarig koncentration. Byte till andra arbetsuppgifter kan vara olämpligt då förmågan till nyinlärning är nedsatt.

Körkort

Demens utgör ett hinder för körkortsinnehav (TSFS 2010:125, 10 Kap 3§) och läkaren är skyldig att göra en anmälan till Transportstyrelsen samt informera patienten om denna. Är det uppenbart att patienten inte kommer att köra bil behövs ingen anmälan.
Vid lindrig demens krävs ingen anmälan, men patienten ska följas årligen för bedömning av lämpligheten som förare.

Vid tveksamhet om den medicinska lämpligheten hänvisas till, vid svårbedömda fall, bedömning hos Mobilitetscenter eller annan tillgänglig praktisk bedömning av körförmågan. I uppenbara fall då patienten inte har någon bil eller där man är säker på att bilkörning inte är möjlig kan läkaren avstå från att göra anmälan till Transportstyrelsen.

Muntligt körförbud ska undvikas då demenssjukdom är ett progressivt tillstånd.

Vapen

Demenssjukdom kan utgöra hinder för att inneha skjutvapen. Läkare bedömer om patienten av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen. Läkaren är skyldig att informera patienten och anmäla sjukdomstillståndet som kan förhindra vapeninnehav till polismyndigheten, se Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:21.

Kognitiva hjälpmedel

Bedömning och råd om behov av hjälpmedel inklusive kognitiva hjälpmedel.

Munhälsa

En god munhälsa medför förbättrat näringsintag och hälsorelaterad livskvalitet. Ohälsa i munnen och eventuella ätproblem kan identifieras genom riskbedömning för ohälsa i munnen med hjälp av Revised Oral Assessment Guide (ROAG). I dialog med patienten och närstående förklaras och diskuteras munstatus och de faktorer som ger risk för oral ohälsa samt lämpliga förebyggande och behandlande åtgärder. Ansvarig sjuksköterska ansvarar för att överrapportering görs till kommunen då det finns behov av detta. I samtliga fall skickas remiss till patientens tandvårdsklinik. Personer med demens kan ha rätt till tandvård till sjukvårdsavgift. Det finns två möjliga stöd, tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.
Läs med om tandvårdsstöd.

Uppföljning

Uppföljning ska ske i samband med insättning eller justering av demensläkemedel se Regionens Terapirekommendationer. Patienten ska följas upp minst en gång per år eller när tillståndet av annat skäl kräver detta. Uppföljningen kan kräva insatser från flera professioner

(multiprofessionellt teambaserat arbete) i samverkan med kommunen. Det kan röra sig om läkare, sjuksköterska, biståndshandläggare, omvårdnadspersonal, kurator, arbetsterapeut och sjukgymnast. Läkaren ansvarar för att överrapportering till kommunen görs, då det finns behov av detta. SIP bör genomföras. Överrapporteringen görs via sjuksköterska på Minnesmottagningen eller, demenssamordnare i närsjukvården enligt Rutin

Uppföljning ska innefatta

- Anamnes baserad på information från patient samt anhörig/närstående och personal. Syftet är att bedöma allmäntillstånd, aktuella symtom samt funktions- och aktivitetsförmåga.
- Medicinsk undersökning inklusive bedömning av kognition och beteendeförändringar.
- Strukturerad uppföljning och utvärdering av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)
- Läkemedelsgenomgång.
- Munhälsa och eventuella ätproblem
- Matlust, nutrition och vikt.
- Uppföljning av boende och kommunala biståndsinsatser då behov finns av detta.
- Ställningstagande till behov av försäkringsmedicinsk bedömning

Patienter med mindre kända demenssjukdomar alternativt svåra symtom bör följas upp på specialistenhet till stabil medicinsk och social situation uppnås. Det gäller även yngre patienter med demenssjukdom/MCI.

Utredning och årlig uppföljning registreras i det nationella kvalitetsregistret för demenssjukdomar, SveDem.

Uppdaterat från föregående version

2025-11-11 Uppdatering av länkar.