

Demenssjukdomar- kliniska riktlinjer

Innehåll

Sammanfattning.....	3
Fakta om demenssjukdomar	4
Alzheimers sjukdom	4
Vaskulär demens	4
Parkinsons sjukdom med demens och Lewy body demens	5
Frontotemporal demens.....	5
Beteendemässiga och psykologiska symtom vid demens (BPSD).....	5
Måttlig - svår demens.....	6
Utredning.....	7
Diagnostik	7
Alzheimers sjukdom	7
Vaskulär demens	7
Demens UNS eller Åldersdemens.....	7
Lindrig kognitiv störning	7
Demens vid Downs syndrom.....	7
Basal demensutredning.....	7
Anamnes	8
Status.....	8
MMT	9
CT hjärna	9
Differentialdiagnoser till demens	9
Depression	9
Akut konfusion	9
Somatisk sjukdom	10
SveDem för primärvården	11
Utredning på specialistnivå.....	11
Bilkörning.....	11
Behandling.....	12

Utlåtande om fastställd demensdiagnos.....	12
Läkemedelsbehandling.....	12
Specifika demensläkemedel.....	13
Kolinesterashämmare.....	13
Memantin	13
Övriga symtomlindrande läkemedel	13
Antidepressiva.....	13
Sedativa.....	14
Antipsykotiska läkemedel	14
Vaskulär demenssjukdom.....	14
Uppföljning	15
Eget boende	15
SveDem för primärvården	15
Särskilt boende.....	15
Bilkörning.....	15
Vårdprocess	16
Primärvården	16
Remittering till specialistmottagning	16
Minnes- och geriatrikmottagningen.....	16
Äldrepsykiatriska mottagningen	16
Samverkan	16
Referenser	17

Dessa medicinska riktlinjer för demenssjukdomar i Uppsala län är harmoniserad med den nationella utvärderingen av Socialstyrelsens riktlinjer för god vård och omsorg vid demenssjukdom 2017, och med kvalitetsregistret SveDem.

Målgrupp: Läkare och andra yrkesgrupper inom primärvård, öppen- och slutenvård vid Akademiska sjukhuset och Enköpings lasarett samt inom kommunal vård och omsorg, som handlägger patienter med misstänkt/fastställd demenssjukdom.

Ansvariga: Lena Kilander (kontaktperson), Christina Grzechnik Mörk, Malgorzata Szmidt, Tanja Wettermark, Verksamhetsområde Geriatrik och Äldrepsykiatriska mottagningen, Akademiska sjukhuset, och Nära vård och hälsa, Uppsala län

Sammanfattning

Termen "demens" används för att beskriva en varaktig (över sex månader) försämring av kognitiva funktioner som är så uttalad att den påverkar förmågan att klara aktiviteter i dagliga livet (ADL).

- Alzheimers sjukdom och vaskulär demens är de två vanligaste bakomliggande orsakerna.
- Alla personer med misstänkt demenssjukdom skall erbjudas basal demensutredning. De två viktigaste delarna i denna är bedömning av kognitiva funktioner med bl.a Mini Mental State Examination (MMSE-SR, MMT) och klocktest, samt en närståendeanamnes avseende symtomutveckling över tid och ADL. I en basal utredning ingår dessutom CT hjärna, lab-screening och status. En utredning och diagnos ska vara till nytta för patienten, d.v.s. komma vid rätt tidpunkt, och alltid innebära att relevanta stödåtgärder förmedlas till patient och anhöriga.
- Patienter med fastställd demensdiagnos/deras närstående ska informeras om kommunalt stöd inklusive avlastning och annat anhörigstöd. Vid behov av kommunala insatser skickas ett utlåtande om fastställd demensdiagnos till biståndshandläggare/demensteam/distrikts-arbetsterapeut.
- Behandling med kolinesterashämmare kan vara symtomlindrande vid mild till måttligt avancerad Alzheimers sjukdom. Effekten skall utvärderas efter sex månader. Memantin (Ebixa®) är ett alternativ vid måttlig-svår Alzheimers sjukdom.
- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD), såsom aggressivitet och oro behandlas i första hand med utredning avseende utlösande faktorer och icke-farmakologiska åtgärder. Läkemedel som kan ge negativa effekter på kognitionen ska sättas ut. Antidepressiva prövas i första hand. Antipsykotiska läkemedel kan prövas under begränsad tid. Effekt/biverkningar ska följas regelbundet.
- Patienter med demenssjukdom, såväl i hemmet som i särskilda boenden, har rätt till medicinsk uppföljning årligen och vid behov samt till funktionsbevarande stimulering. Fysisk aktivitet och andra fallförebyggande åtgärder bör prioriteras.

Fakta om demenssjukdomar

I Sverige är cirka 160000 personer drabbade av demenssjukdom; ungefär 20 % av befolkningen över 80 år. Antalet nya fall beräknas till 26000 per år. Motsvarande siffror för Uppsala län är drygt 5000 respektive cirka 800 nya fall per år (drygt 300 i Uppsala kommun, drygt 100 i Enköpings kommun). Per 2000 listade patienter beräknas 2-3 nya fall per år. De vanligaste orsakerna till demens är Alzheimers sjukdom (60 %) och vaskulär demens (cirka 20 %). I åldrarna över 85 år har de flesta demenssjuka en kombination av Alzheimer-förändringar, blodkärlsskador och andra sjukliga förändringar i hjärnan. Frontotemporal demens (pannlobsdemens), Parkinsons sjukdom med demens och Lewy body demens/demens med Lewykroppar är exempel på mindre vanliga tillstånd med speciell problematik.

Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom (AD) är en neurodegenerativ sjukdom där inlagringar av förändrade former av proteinerna beta-amyloid och tau samverkar till nervcellsödnen. I regel drabbas hippocampus/mediala temporalloben först, vilket påverkar det episodiska närminnet (dagboksminnet). Andra vanliga tidiga symtom är stresskänslighet och nedsatt initiativförmåga.

Neurodegenerationen sprider sig över tid till de bakre delarna av tinning- och hjässlober, och symtomen avspeglar bortfallet av funktioner i dessa regioner.

Typiskt försämras logiskt tänkande, problemlösning, språk (att finna ord, uttrycka sig och förstå), spatiala funktioner (rumsuppfattning), praktisk förmåga och varseblivning.

AD har ett mångårigt förlopp (3-20 år) där progresstakten varierar. Stadiindelningen baseras på ADL-nivån. I tidigt skede (lindrig kognitiv störning) är patienten ännu autonom. Vid mild demens (MMT cirka 20–28 p) påverkas komplex ADL (instrumentell, IADL), som förmågan att sköta privatekonomin, hantera läkemedel, matinköp, använda offentliga färdmedel, telefonera, laga mat och andra sysslor i hus och hem. Vid måttligt avancerad demens följer sedan ett relativt lagbundet successivt bortfall av personlig ADL (PADL), d.v.s. personlig hygien, på- och avklädning och senare toalettbesök. I detta skede behöver majoriteten ett annat boende för att få ett värdigt och tryggt liv. Så småningom tappas också merparten av förmågan att göra sig förstådd, gångförmågan, kontinensen och att kunna äta och dricka på egen hand (svår demens). Sjukdomen förkortar livet.

Vaskulär demens

Vaskulär demens är ett samlingsnamn för demenstillstånd orsakade av blodkärlsskador.

Den vanligaste formen är demens till följd av skador efter stroke, i regel flera hjärninfarkter. Diagnosen ställs utifrån två kriterier: den kliniska bilden – debut eller plötslig försämring i samband med klinisk stroke – och en CT-bild med infarkter och/eller utbredd vitsubstansskada. Enstaka lakunära infarkter och lätt-måttlig vitsubstansskada är ofta att betrakta som ett bifynd hos äldre. Prognosen varierar. En del patienter kan ha ett stationärt förlopp (post-infarktdemens), medan andra försämras trappstegvis i samband med nya ischemiska episoder. Exekutiva störningar - oföretagsamhet och förlångsamning - är ofta mer framträdande än glömska.

Kriterierna för demens är inte alltid användbara vid afasi och/eller hemipares.

Parkinsons sjukdom med demens och Lewy body demens

Vid Parkinsons sjukdom (PD) utvecklar cirka 30 % med tiden en handikappande kognitiv försämring. Kriterierna för PDD bygger på att demenssymtomen tillkommer minst ett år efter debuten av motorikstörningen. Sjukdomen Lewy body demens (LBD/DLB; Demens med Lewykroppar, 5 % av alla demensfall) är närbesläktad med PDD både vad gäller klinik och bakomliggande patologi – inlagringar av proteinet alfa-synuclein och nervcells förlust i basala ganglier och bakre delar av hjärnbarken.

LBD definieras enligt kriterierna för demens och minst två av tre följande symtom: parkinsonism (med debut inom samma år), synhallucinationer och fluktuationer av vakenhet och uppmärksamhet. Spatials problem är mer framträdande än glömskan (t.ex. oförmåga att kopiera figuren i MMT i kontrast mot intakt orientering). Dagtrötthet, störd REM-sömn, bortfallet luktsinne, fall och hög känslighet för antipsykotika är vanligt.

Frontotemporal demens

Frontotemporal demens (FTD, 5 % av alla demensfall) är en neurodegenerativ sjukdom som drabbar delar av pannloberna och de främre delarna av tinningloberna.

Tidiga symtom inkluderar personlighetsförändring och hämningsbortfall. Sviktande exekutiva funktioner är karakteristiskt – patienten agerar impulsivt och styrs av olika yttre stimuli, t.ex. ohämmat köpbeteende. Ett glupskt ätbeteende och bortfall av empati är närmast patognomont för frontal störning, liksom perseverationer (upprepningar), t.ex. samlarbeteende. Förmågan till riktad uppmärksamhet är nedsatt medan episodminnet kan vara välbevarat.

I senare skede dominerar en uttalad inaktivitet och talet försvinner. 15 % utvecklar en samtidig ALS. Andra varianter drabbar fr.a. tal och inlärd kunskap. Patofysiologin vid FTD är heterogen och inkluderar inlagringar av tau, TDP-43 och andra proteiner.

Beteendemässiga och psykologiska symtom vid demens (BPSD)

BPSD är ett samlingsnamn för en grupp av demensrelaterade icke-kognitiva symtom. Förekomsten av BPSD är av stor betydelse för livskvalitet och anhörigbelastning, och bestämmer i hög grad hur länge en demenssjuk person kan bo kvar hemma.

Nedstämdhet, oro, ångest och irritabilitet är vanliga symtom även tidigt i förloppet. Exempel på beteendestörningar vid måttlig–svår demens är aggressivitet, motorisk rastlöshet, ropbeteende och beteenden som grundar sig i paranoida vanföreställningar och synhallucinationer. Dessa symtom kan förstås som naturliga reaktioner när minnet och tänkandet sviktar. De kan också tolkas som relaterade till graden och lokaliseringen av hjärnskadan och till brist på olika signalämnen. Omgivningens tolkning avgör vilken behandling patienten får. Ett och samma beteende kan vara problematiskt och föranleda insättande av psykofarmaka på ett trångt gruppboende med flera ”BPSD-patienter” och personalbrist, men i en annan miljö vara helt acceptabelt.

Första åtgärden är alltid en analys av utlösande orsaker (otillfredsställda behov, olämpligt bemötande, smärta och andra fysiska obehag) och icke-farmakologisk behandling. Smärta kan vara svårupptäckt vid avancerad demens, Abbey Pain Scale kan användas. Förutsättningen är ett så kallat personcentrerat förhållningssätt, d.v.s. att det finns en vilja att förstå hur patienten upplever sin situation och vad som är bäst utifrån hans/hennes perspektiv. Så kan många beteendestörningar och onödig läkemedelsbehandling undvikas. Se även BPSD-registret <http://www.bpsd.se/>

Måttlig - svår demens

Vid framskriden demenssjukdom behöver de flesta flytta till ett särskilt boende för demenssjuka. I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer betonas vikten av personcentrerad vård och att den fysiska miljön är personligt utformad, berikad och hemlik. Individens levnadsberättelse ska utgöra grunden för genomförandeplanen. Patientens självbestämmande ska värnas.

Boendemiljö och bemötande ska ge trygghet, personalen ska vara tillgängliga och dagen ska ha ett meningsfullt innehåll inklusive möjlighet till utevistelse.

Att få vara fortsatt fysiskt aktiv och träna kan vara ett medel för att öka välbefinnandet. Promenader utomhus är till exempel ofta effektivt vid så kallat vandringsbeteende. Fysisk aktivitet minskar också risken för förstoppning, trycksår och hjälpberoende i ADL-funktioner.

Fysiska begränsningsåtgärder att förhindra fall och andra skador och det är nödvändigt med kontinuerlig observation och utvärdering. Dokumenterad plan för varje patient ska vara känd för all involverad personal.

Problem, behov, vilka åtgärder som behövs för att lösa dessa, och en tidpunkt för utvärdering ska tydligt anges. I omvårdnaden ingår hjälp att bibehålla och träna funktioner i det dagliga livet inklusive gångförmåga. Särskilda rutiner för att förhindra fall och därmed osteoporosfrakturer, trycksår och malnutrition ska finnas.

Demenssjukdomar förkortar livet. Den utlösande dödsorsaken är ofta lunginflammation, lungemboli, hjärtinfarkt, stroke och andra konsekvenser av kakexi, nedsatt allmäntillstånd och långvarig immobilisering. Sväljningssvårigheter, smärta, frånvaroattacker och uttalad stelhet är vanligt, liksom epileptiska anfall (enstaka sådana behöver inte behandlas).

Ett palliativt förhållningssätt med maximal symtomlindrande behandling och ett värdigt avslut på livet ska anläggas vid vården av patienter med demenssjukdom i avancerat skede. Dödligheten vid svår demens, definierat som det stadium när gångförmågan, förmågan att äta själv och att kommunicera förlorats, är hög. Enligt studier avlider 50 % av dessa patienter inom 18 månader.

Vårdplaneringssamtal med fokus på att uppnå samsyn kring icke-åtgärder ska därför hållas vid lämpliga tillfällen tillsammans med sjuksköterska, kontaktperson och närstående. Genom konsensus i dessa frågor tillsammans med respekt för individen kan då transporter och potentiellt plågsamma åtgärder inom akutsjukvården som inte gagnar patienten undvikas.

Utredning

Diagnostik

Alzheimers sjukdom (G30.0 debut <65 år; G30.1 debut >65 år)

Smygande debut, i regel sedan minst ett år, med successiv försämring av närminne, tänkande, språk och spatiala funktioner.

CT normal/atrofi mediala temporallober/generellt.

Vaskulär demens (F01.9)

Plötslig debut eller försämring i samband med kliniskt manifest stroke och minst två infarkter och/eller uttalad vitsubstansskada på CT. Subkortikal småkärlsdemens kan ha ett smygande förlopp. Diagnosen Alzheimers sjukdom och vaskulär demens används när klinik och CT-fynd tyder på en kombination. Uttrycket "Blanddemens" är oklart och bör undvikas.

Demens UNS eller Åldersdemens (F03.9)

Används när specifik diagnos inte kunnat ställas, till exempel i avsaknad av tillförlitlig anamnes. Används även på personer över cirka 85 år, som ofta har såväl alzheimer-förändringar, vaskulära skador som annan patologi (hippocampusscleros, celldöd med inlagringar av proteinerna tau och TDP-43), vilket idag inte kan diagnostiseras kliniskt.

Lindrig kognitiv störning (F06.7)

Innebär nedsatt prestation på kognitiva test, men störningen är inte så uttalad att kriterierna för demens är uppfyllda, d.v.s. patienten är autonom. En del har AD/annan demenssjukdom i tidigt skede och kommer att försämrans med tiden (årligen konverterar 10-15% till demens). Bland många andra orsaker kan nämnas cerebrovaskulär sjukdom, hög alkoholkonsumtion och depression/långvarig stress/kronisk smärta. Uppföljning vid försämring.

Demens vid Downs syndrom (Q90.9 + F03.9)

Personer med Downs syndrom har en genetiskt mycket hög risk för Alzheimers sjukdom med debut från yngre medelålder. Nära vård och hälsa är remissinstans. Utredningen görs i samarbete med äldrepsykiatrins öppenvård.

Basal demensutredning

En demensutredning innebär insamlande av tillräcklig information för att kunna ställa (eller avfärda) en demensdiagnos, utan att kränka patienten. Demens medför glömska och ofta nedsatt sjukdomsinsikt. Därför kommer initiativet till utredning och behandling ofta från närstående eller vårdgivare. De viktigaste hjälpmedlen för en demensutredning är tid, rum och intresse. Sätt av tillräckligt med tid för att ta en

strukturerad anamnes av både patient och närstående. Utredningen ska vara till nytta för patienten, även om hon/han har obefintlig sjukdomsinsikt. Sen diagnos innebär alltför sent insatta stödåtgärder med sämre prognos på sikt, och ofta hög konsumtion av akutsjukvård. Däremot är effekten av alzheimerläkemedlen oberoende av när i förloppet behandlingen startar.

Anamnes

Diagnostiken är i hög grad klinisk och handlar om att få en bild av vilka symtom som föreligger; hur uttalad förändringen är (demensvalör ja eller nej); och tidsförloppet. En oberoende anamnes från en närstående är därför nödvändigt när patientens minne och insikt sviktar.

Definitionen av "demens" innebär förlust av förmåga till ADL, d.v.s. både nödvändiga sysslor och sysslor för nöjes skull.

Efterfråga konkreta exempel på:

- försämrat minne,
- språk (hitta ord och förstå)
- spatial förmåga (att hitta; utföra praktiska sysslor).
- nedstämdhet
- humörsvängningar och synhallucinationer
- i vilken grad anhöriga belastas, till exempel hur länge patienten kan lämnas ensam hemma.
- ADL: hantering av läkemedel,
- ADL: att sköta ekonomi och inköp,
- ADL: transporter (inklusive bilkörning)
- ADL: att hantera apparater.

Dokumentera även ärftlighet, alkoholvanor, och vaskulära riskfaktorer. Har patienten några läkemedel med negativa effekter?

Skillnaden mellan patientens respektive anhörigas beskrivningar ger en uppfattning om sjukdomsinsikten.

Status

- Tecken på depression
- Hjärtstatus, EKG
- Blodtryck liggande och stående
- Neurologstatus:
viktigast är gång och balans (parkinsonism som vid Lewy body demens eller "segt" gångmönster som vid normaltryckshydrocefalus?). Be patienten gå tio meter och sedan vända och betrakta steglängd och medrörelser. Fokala bortfall som rest efter stroke?
- Laboratorieprover:

Blodstatus, SR, glukos, elektrolyter, njurfunktion, kalcium, leverprover, TSH, B12 och folat. Övriga prover vid riktad frågeställning.
- Bedömning av kognitiva funktioner:
intervju, MMT* och klocktest

Samtalet under anamnesen syftar också till att få en bild av patientens kognitiva funktioner, d.v.s. orientering till aktuella förhållanden, förmågan att uttrycka sig och förstå, och eventuella upprepningar

som tecken på närminnesstörning. Det är mest effektivt att samtala tillsammans med patienten och hans/hennes närstående så att man kan kontrollera om svaren stämmer. Förklara syftet med frågorna och förmedla en avslappnad, icke-hotfull stämning. Om samtalet går trögt, skapa kontakt genom "ofarliga" samtalsämnen och vardagsnära frågor.

MMT

– är ett screeninginstrument och kan inte användas för diagnostik. Resultatet ska värderas i sitt sammanhang - högutbildade personer kan prestera 28-30 poäng trots Alzheimers sjukdom i tidigt skede. Låg skolutbildning, dyslexi eller annan kulturell bakgrund ger falskt för låga resultat. Missar patienten emellertid på aktuellt årtal, månad och figurkopiering, föreligger sannolikt en kognitiv störning. Komplettera med ett klocktest - "Rita en klocka som visar tjugo i tre!" – ett patologiskt resultat är ett ganska säkert tecken på en kognitiv störning.

*Mini Mental Test = Mini Mental State Examination, svensk reviderad version (MMSE-SR),

www.demenscentrum.se.

CT hjärna

Vid misstanke om demenssjukdom ska i normalfallet alltid CT eller MR hjärna utföras. Undersökningen ger information om grad och utbredning av eventuell atrofi och vaskulära förändringar, och är indicerad även för att utesluta normaltryckshydrocefalus och tumör.

Vid AD i tidigt skede kan CT vara helt normal. En tydlig atrofi av mediala temporalloben/hippocampus är relativt specifikt för AD. Grad III-IV är patologiskt för personer <75 år, men kan ses hos friska > 85 år. Cortikal och central atrofi (vidgade fåror respektive ventriklar) är ospecifikt men pekar mot neurodegenerativ sjukdom. Lätt till måttlig vitsubstansskada eller enstaka (tyst) lakunär infarkt är i regel bifynd hos äldre. De radiologiska fynden måste alltid värderas tillsammans med den kliniska bilden.

Lämpliga frågeställningar på remissen är: Medial temporallobatrofi? Infarkter?

Differentialdiagnoser till demens

Depression

Hos äldre upplevs detta inte alltid som nedstämdhet. Smärta och andra kroppsliga symtom, glömska och svårigheter att fatta beslut, sömnstörning, ångest och irritabilitet kan vara mer framträdande.

Prestationen på Mini Mental test blir falskt för låg pga. bristande motivation.

Observera att depressiva symtom och ångest också är vanliga vid demenssjukdom och att antidepressiv behandling i tillräcklig dos ska prövas på vida indikationer.

Akut konfusion

Kan översättas med akut hjärnsvikt.

Akut konfusion är ett förvirringstillstånd med plötslig debut (timmar–dagar) och orsakas av en fysisk eller psykisk belastning. Tillståndet orsakar en störning av vakenhet och uppmärksamhet.

Vanliga symtom är:

- oförmåga att hålla den röda tråden i ett samtal,
- störd dygnsrytm med nattlig oro,
- synhallucinationer,

- motorisk rastlöshet eller passivitet/dåsighet.

Akut konfusion ska alltid utredas med avseende på bakomliggande orsaker, som ofta är åtgärdbara.

Vanliga konfusionsutlösande faktorer är:

- infektioner
- andra akuta kroppsliga sjukdomar (stroke, hjärtinfarkt, dåligt reglerad diabetes m.fl.)
- postoperativa tillstånd (t.ex. höftfraktur)
- smärta
- läkemedelsbiverkningar
- dehydrering och svår malnutrition
- urinretention, obstipation
- sömnbrist
- miljön på ett akutsjukhus

Personer med demenssjukdom, Parkinsons sjukdom eller resttillstånd efter stroke är särskilt sårbara, och god personcentrerad omvårdnad, snabb rehabilitering och en lugn vårdmiljö är av största vikt.

Somatisk sjukdom

Demenssjukdom försämrar individens förmåga att tolka kroppens signaler. Screening för att utesluta behandlingsbara kroppsliga sjukdomar som kan bidra till kognitiv försämring ingår alltid i en basal demensutredning.

Exempel:

- hypo- och hyperthyreos, hyperparathyroidism
 - grav vitamin B12-brist
 - maligna sjukdomar
 - dåligt reglerad diabetes
-
- Hörsel- och synnedläggning och annan brist på stimulans kan orsaka inaktivitet, avskärmning och i vissa fall hallucinationer.
 - Kroniskt subduralhematom ska misstänkas vid kort anamnes och skalltrauma, särskilt vid behandling med antikoagulantia.
 - Normaltryckshydrocefalus karakteriseras av bredspårig, förlångsammad gång, inkontinens och kognitiv svikt. CT hjärna visar vidgade ventriklar med bevarade, smala cortikala fåror. Misstänkta fall remitteras till neuromottagningen.
 - Hjärntumör upptäcks i sällsynta fall vid en demensutredning, och ska övervägas vid kort anamnes, inslag av konfusion och neurologiska symtom.

SveDem för primärvården

Följande parametrar noteras i grundregistreringen (= tidpunkten för då patienten/närstående informerats om fastställd diagnos):

- diagnos
- sammanboende/ensamboende; ordinärt eller särskilt boende och ev kommunala stödinsatser vid utredningsstart
- hereditet för demenssjukdom
- längd och vikt
- resultat på MMSE/MMT, och om klocktest har utförts
- laboratorieprover
- CT/MR utförts eller ej
- läkemedel
- frågor om körkort och vapen
- stödinsatser (kontakt med biståndshandläggare, insatser av kurator och anhörigstöd)

Utredning på specialistnivå

Om basal utredning inte givit tillräcklig information för diagnos och underlag för behandling, kan den kompletteras med delar av följande via Minnesmottagningen eller Äldrepsykiatriska mottagningen:

- Läkarbesök med utvidgad klinisk bedömning/anamnes av närstående/kognitiv testning
- Testning/bedömning av neuropsykolog, arbetsterapeut, kurator, sjukgymnast,
- logoped och dietist efter individens behov
- Lumbalpunktion och likvoranalys av alzheimermarkörerna beta-amyloid (lågt värde styrker diagnosen AD vid klinisk misstanke, men ses också hos kognitivt friska över 80 år), total-tau och fosfo-tau (i regel förhöjda vid AD)
- PET glukosmetabolism (positronemissionstomografi, PET FDG) kan visualisera nedsatt regionalt glukosupptag vid neurodegenerativ sjukdom, där AD, FTD respektive LBD har sina relativt specifika mönster. MR, PET FDG och PET PE2I är också hjälpmedel vid differential-diagnostik mellan Lewy body demens, progressiv supranukleär paralyt och andra Parkinson-plus sjukdomar.
- Utredning och stödkontakt genom hembesök vad gäller patienter som inte kan motiveras till eller klarar av besök på vårdinrättning (äldrepsykiatrins mobila team). Remissinstans "Remissbedömare, Äldrepsykiatriska mottagningen, Affektiva sjukdomar".

Bilkörning

Demenssjukdom är i regel oförenlig med bilkörning. Undantag kan göras vid mild demens som inte påverkar omdöme, rumsuppfattning, uppmärksamhet och snabbhet. Ifall inte överenskommelse nås med patienten ska anmälan göras till Transportstyrelsen (patienten ska informeras), dit man också kan vända sig med frågor. Broschyrerna Äldre och bilkörning kan rekvideras från Transportstyrelsen och Bilkörning vid demens från [Svenskt demenscentrum](#).

Behandling

Individuellt anpassad information om diagnos ska ges till patienten. Syftet är att bekräfta den egna upplevelsen och ge förklaringar. Vid BPSD-problematik behövs ofta separat information till anhöriga.

- All farmakologisk och icke-farmakologisk behandling ska vara inriktad på att lindra symtom och kompensera för funktionsnedsättningen.
- Möjliggöra eget boende så länge som detta är av värde för patienten. Patienter som har nedsatt förmåga att fatta beslut och föra sin egen talan har rätt till god man; läkarintyg via ansvarig läkare till Överförmyndarnämnden.
- Få stöd att regelbundet utöva aktiviteter som stärker självkänsla och känns meningsfulla. Fysisk aktivitet som t.ex. promenader upplevs ofta positivt och minskar dessutom risken för funktionsnedsättning, fall och frakturer.

Distriktsarbetsterapeuter i kommunen förskriver hjälpmedel för kognition och personlig vård. De är även behjälpliga vid ansökan om bostadsanpassningsbidrag för exempelvis spisvakt. Information om anpassningar och hjälpmedel i hemmet samt förmedling av förslag på åtgärder till distriktsarbetsterapeut kan ske via arbetsterapeuter på minnesmottagningen.

Kostnadsfritt s.k. egentidsstöd för ledsagare som hjälp till aktiviteter i eller utanför hemmet erbjuds numera av flera kommuner som en första insats utan biståndsbeslut. Denna tillgodoser också sammanboende anhörigas behov av egen tid.

Övriga stödinsatser beslutas av biståndshandläggare efter läkarutlåtande (se nedan). Dessa är t.ex. dagverksamhet för personer med demenssjukdom. Denna insats är ofta mycket viktig både för ensamboende personer (social samvaro, aktiviteter, måltider) och för sammanboende, där samtidigt närstående ges några timmars avlastning. Korttidsboende för t.ex. avlastning av anhöriga är en annan stödinsats.

Sammanboende anhöriga har en självskreven roll i vården av en demenssjuk person. Han/hon kan vara höggradigt belastad och i behov av stöd för egen del – dels för råd om bemötande och coping, dels tid för avlastning, d.v.s. dagverksamhet, ledsagare för avlösning i hemmet, och avlastningsboende/växelvård för att möjliggöra en tids fortsatt hemmaboende.

Demenssjuksköterskor och/eller demensvårdskonsulenter och/eller anhörigkonsulent har särskilt ansvar för patient- och anhörigstöd i hemmet.

I C-läns större kommuner finns anhörigcenter för informella kontakter, stöd och utbildning.

Anhörigutbildningar ordnas också av Minnesmottagningen, kommunens demensteam och patient- och anhörigföreningarna.

Utlåtande om fastställd demensdiagnos

Ett kort informationsbrev angående att patienten är utredd och att demenssjukdom är fastställd sänds till biståndshandläggare i kommunen. Specifik diagnos är inte nödvändig. Identifierade behov hos patient och närstående kan med fördel anges.

Läkemedelsbehandling

Obs att ensamboende patienter vanligen behöver insatser från hemsjukvård och hemtjänst för att kunna följa ordinationen!

Specifika demensläkemedel

Före insättande bör indikationen formuleras, samt MMT-poäng dokumenteras i journal. Utvärdering av effekt ska göras efter ett halvår och därefter minst årligen. Om patienten fortsätter att försämrans i samma takt som före insättandet ska preparatet sättas ut (nedtrappning behövs ej) och byte till annat preparat övervägas. Vid framskriden demens (förlust av kommunikation och gångförmåga) bör preparaten sättas ut. En eventuell försämring märks inom de första veckorna och behandlingen kan då återupptas. Utsättning ska ej ske i nära anslutning till inflyttning till boende, då effekterna blir svåra att bedöma.

Kolinesterashämmare

Donepezil, enligt landstingets rek-lista. Startdos 5 mg dagligen, doshöjning till 10 mg kan göras efter en månad eller längre fram, vid försämring.

Exelon/rivastigmin som plåster är ett alternativ, är godkända för ~~symtomlindrande~~ behandling av mild-måttlig demens vid AD (motsvarar MMT cirka 15–25 p).

Preparaten saknar effekt vid lindrig kognitiv störning. I de kliniska prövningar som legat till grund för registreringen var 65–75% av patienterna i behandlingsgruppen och 45–55% av placebogruppen oförändrade eller bättre efter sex månader vad gäller global skattning. Kolinesterashämmare kan också provas mot synhallucinationer och har ofta effekt vid Lewy body demens och Parkinsons sjukdom med demens. EKG ska kontrolleras. Kolinesterashämmare är kontraindicerat vid AV-block II och III och bör undvikas vid bradykardi och samtidig behandling med betablockerare. Beakta särskilt EKG vid kombination med SSRI-preparat, då båda preparaten förlänger QT-tiden. Citalopram/escitalopram har en kan potentiellt förlänga QT-tiden och kan interagera med donepezil i detta avseende. Sertralin är ett alternativ. Illamående och diarré är dosberoende biverkningar som förekommer hos ca 5%, i anslutning till insättandet. Samtidig behandling med donepezil och andra acetylkolinesterashämmare, agonister eller antagonist till det kolinerga systemet, bör undvikas.

Memantin

Memantin har en komplex verkan på glutamatsystemet.

Preparatet är registrerat för behandling vid måttlig-svår demens vid Alzheimers sjukdom. Vid utebliven effekt av acetylkolinesterashämmare bör byte till memantin övervägas. Det har effekt i ungefär samma storleksordning som kolinesterashämmarna på kognitiva och globala funktioner. Det finns viss evidens även för liten effekt vid BPSD-symtom. Normaldosen förutsätter väsentligen normal njurfunktion. Det saknas evidens för att effekten av kombinationen memantin och kolinesterashämmare är större än för respektive preparat i sig.

Övriga symtomlindrande läkemedel

Generellt ska preparat med så få biverkningar som möjligt väljas, och icke-farmakologisk behandling är alltid första insats. Indikation och eventuella biverkningar ska regelbundet utvärderas.

Antidepressiva

(SSRI) är förstahandsmedel vid samtidig depression/nedstämdhet, förlust av glädje; och oro och ångest. De kan även provas vid humörsvängningar och aggressivitet. Vid otillräcklig effekt trots adekvat dos provas tillägg av eller byte till mirtazapin. Inaktivitet och initiativlöshet utan samtidig nedstämdhet är

också vanligt vid demens; här är det svårare att uppnå effekt med antidepressiva. SSRI kan prövas mot motorisk rastlöshet vid frontotemporal demens. EKG tas vid kombination med kolinesterashämmare (obs på eventuell förlängd QT-tid).

Sedativa

Vid sömnstörning rekommenderas för korttidsbehandling zopiklon i första hand, i andra hand mirtazapin (15-30 mg) eller klometiazol (Heminevrin®). Oxazepam i lägsta möjliga dos ges som tillägg till antidepressiva för tillfällig symtomlindring vid oro och ångest där icke-farmakologiska åtgärder ej givit effekt. Långverkande bensodiazepiner bör undvikas. Beteendeförändringar vid frontotemporal demens svarar dåligt på läkemedel; SSRI kan provas mot rastlöshet.

Antipsykotiska läkemedel

ska på grund av biverkningsprofilen användas enbart på strikt indikation, d.v.s. behandlingskrävande hallucinationer och vanföreställningar respektive som andrahandspreparat mot aggressivitet och agitation. Förstahandspreparat är risperidon 0,5–1,5 mg/d fördelat på två doser. Trötthet, kognitiv försämring, stelhet och fall är mycket vanliga biverkningar. Antipsykotika ger också en dubblerad risk för ischemisk stroke och en ökad mortalitet. Effekt och bieffekter ska utvärderas efter två veckor och därefter regelbundet ställningstagande till dosminskning/utsättning. Antiepileptika ska undvikas helt.

Vaskulär demenssjukdom

Högt blodtryck är den viktigaste riskfaktorn för cerebrovaskulär sjukdom, och ska behandlas enligt aktuella riktlinjer. Vid utbredd vitsubstansskada bör sannolikt alltför lågt blodtryck undvikas. Beakta också risken för blodtrycksfall i stående. Vid genomgången stroke ges ASA-preparat i lågdos som sekundärprevention. Det finns däremot ingen evidens för ASA vid isolerad småkärlssjuka i frånvaro av symptomgivande lakunär infarkt. Data tyder på att ASA bör undvikas helt i dessa fall, då risken för mikroblödningar är ökad vid utbredd vitsubstansskada. Sedvanlig behandling av förmaksflimmer och annan hjärtsjukdom.

Uppföljning

Eget boende

- Årlig uppföljning av läkare, samt vid behov
- Uppföljning av kognition (MMSE) och ADL-funktioner
- Finns BPSD-problem som kräver behandling?
- Har ordinerade läkemedel givit avsedd effekt? Biverkningar?
- Är behovet av stödinsatser till patient och anhöriga tillgodosedda?

SveDem för primärvården

Följande parametrar kan användas som checklista och noteras även vid SveDem-uppföljningarna:

- Global bedömning
- Boende
- Vilka eventuella kommunala stödinsatser som erhållits sedan föregående registrering
- Längd och vikt
- MMSE/MMT-poäng
- Läkemedel
- Frågor om körkort och vapen

Särskilt boende

Årlig uppföljning och vid behov, se DocPlus Vård i Samverkan. SveDem har också en omvårdsmodul för patienter i särskilt boende.

Bilkörning

Se ovan under utredning.

Vårdprocess

Primärvården

Basal demensutredning. Behandling och uppföljning minst en gång årligen efter fastställd diagnos samt vid behov. Ordinarie husläkare ansvarar för demensutredning på patienter utan fastställd diagnos som vistas på korttidsboende. Årlig uppföljning och läkarinsatser på särskilt boende. Registrering i kvalitetsregistret SveDem.

Remittering till specialistmottagning

Remissen ska alltid innehålla uppgifterna från den basala utredningen d.v.s. en beskrivning av kognitiv störning, eventuell ADL-påverkan och BPSD-problematik, tidsförloppet och resultat MMT och klocktest. För att remissen ska accepteras ska remiss CT hjärna vara skickad. Vidare anges kontaktuppgifter till närstående och eventuellt behov av tolk.

Minnes- och geriatrikmottagningen

Utredning av misstänkt demenssjukdom hos patienter under 70 år (åldersgränsen är relativ). Misstänkt demenssjukdom oavsett ålder med atypiska symtom. Behov av second opinion efter basal utredning. Behandling och uppföljning minst en gång årligen av hemmaboende patienter och deras anhöriga som behöver kontakt med ett specialistmottagningsteam. Utbildning till vårdgrannar och närstående. Vid enheten bedrivs också klinisk forskning inklusive läkemedelsstudier. Registrering i kvalitetsregistret SveDem.

Äldrepsykiatriska mottagningen

Utredning och behandling av patienter över 65 år med kognitiv svikt och svåra beteendestörningar respektive patienter under 65 år med konstaterad demenssjukdom och svåra beteendestörningar, såväl i eget boende som på särskilt boende. Svårmotiverade och/eller multisjuka patienter med behov av hembesök. Utbildning och handledning till vårdgrannar och närstående. Registrering i kvalitetsregistret SveDem.

Samverkan

När patient/närstående är i behov av kommunala insatser, ansvarar utredande läkare för att skicka ett utlåtande där det framgår att patienten har en fastställd demensdiagnos till biståndshandläggare. Med denna information som underlag fattar biståndshandläggare tillsammans med patienten och anhöriga beslut om vilka hjälpinsatser som kan vara aktuella. Kontakt med kommunens demenssköterska/demensteam skall också förmedlas vid behov, t.ex. genom de broschyrer som finns för C-läns olika kommuner och genom kopia av utlåtandet till biståndshandläggaren.

Referenser

[Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom \(2017\),](#)

[Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom \(2014\),](#)

<http://www.demenscentrum.se/>

[Kvalitetsregistret SveDem](#)

[BPSD-registret](#)

Läkemedelsverkets workshop om BPSD (2008)

Boken om demenssjukdomar (Basun, Skog, Wahlund, Wijk)

Broschyrerna Äldre och bilkörning (Transportstyrelsen), Bilkörning vid demens (Svenskt demenscentrum)

[Vård och omsorg vid demenssjukdom i Uppsala län](#)

[Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre, Socialstyrelsen \(avsnitt 2.9 om demens\).](#)