

Demenssjukdom, utredning och uppföljning

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2017–00625) giltigt till november 2019.

Utarbetad av koncernstab hälso- och sjukvård i samverkan med sektorsråden allmänmedicin, geriatrik och psykiatri.

Syfte

Den uppdaterade riktlinjen anger hur basal utredning samt utvidgad utredning vid misstänkt demenssjukdom ska genomföras och hur patienten ska följas upp, i enlighet med [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom](#). Ett nytt kognitivt screeninginstrument, The Rowland universal dementia assessment scale (RUDAS-S) för personer med annan kulturell och språklig bakgrund än svensk har införts vid basal demensutredning.

Bakgrund

Demenssjukdomar är progressiva tillstånd som leder till omfattande organisk hjärnskada med successivt tilltagande funktionsnedsättning som på sikt leder till döden.

Uppskattningsvis har 26 000 personer i Västra Götaland en demenssjukdom och ca 4000 personer insjuknar varje år. Risken att drabbas av en demenssjukdom ökar med stigande ålder. I takt med att befolkningen blir allt äldre väntas antalet insjuknade öka.

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	ICD 10SE
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
Alkohol demens	F10.7A
Demens vid Parkinsons sjukdom	F02.3, G20
Demens UNS	F03.9
Frontotemporallob demens	F02.0, G31.0
Konfusion med demens	F05.1
Lewy body demens	F02.8, G31.8A
Lindrig kognitiv störning	F06.7
Subkortikal vaskulär demens	F01.2
Vaskulär demens UNS	F01.9

Dubbelkodning med F- och G-kod görs för att ange manifestation/lokalisering samt etiologi.

Demensutredningen är en förutsättning för att diagnos ska kunna ställas. Alla delar i utredningen har en hög prioritet.

Från första sjukvårdskontakt till färdig basal demensutredning bör ledtiden ej överstiga 6 veckor. Vid behov av utvidgad utredning bör denna vara avslutad inom 3 månader.

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-SR, 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, kan 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.

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, frontotemporallobes-demens m.fl.) är en förutsättning för adekvat läkemedelsbehandling och omvårdnad.

Basal demensutredning innefattar:

- Anamnes baserad på information från patienten och intervju av anhöriga/närstående.
- Bedömning av alkoholkonsumtion med AUDIT och eventuella alkoholmarkörer.
- Läkemedelsanamnes/läkemedelsgenomgång.
- Somatiskt status inklusive neurologiskt status och vikt.
- Psykiskt status.
- Bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga vid rehabenhet.
- Kognitiv status inklusive [MMSE-SR](#) i kombination med [klocktest](#). Normalt MMSE-SR och klocktest utesluter inte demenssjukdom. 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 ,
Utesluta brist på B12 och folsyra.
- EKG ingår i den basala utredningen samt inför eventuell behandling med kolinesterashämmare.
- Datortomografin görs i första hand för att utesluta andra orsaker till kognitiv svikt. Datortomografin kan vara normal vid tidiga degenerativa tillstånd. I vissa fall kan undersökningen dock bidra med information som gör det lättare att urskilja vilken demenssjukdom det rör sig om.

Fungerande kommunikation mellan primärvård och kommunen (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.

¹ Ett kort screeningtest för kognitiva funktioner avsett att minimera effekten av kultur och språk. Utbildning krävs för att använda och utvärdera resultatet av testet.

Utvidgad demensutredning

Vid osäkerhet om diagnos eller vid frågeställning om huruvida utvidgad utredning bör genomföras kan specialistmottagning konsulteras. Utvidgad utredning kan göras när den basala utredningen inklusive datortomografi är genomförd och inte gett ett tillräckligt underlag för att ställa diagnos.

- 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
- Mätning av det regionala blodflödet i hjärnan med SPECT i vissa fall.

Behandling

All utredning och behandling ska genomföras utifrån ett personcentrerat arbetssätt.

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 [Regional medicinsk riktlinje-läkemedel Demens](#). 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 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 nyinläring är nedsatt.

Körkort

Demens utgör ett hinder för körkortsinnehav ([TSFS 2010:125, 10 Kap 3§](#)). Om läkaren finner att patienten är medicinskt olämplig att inneha körkort är denne skyldig att informera patienten och göra en anmälan till Transportstyrelsen. "Muntligt körförbud" ska undvikas då demenssjukdom är ett progressivt tillstånd.

Om patienten vid lindrig demens, trots påtagligt försämrade förmåga till aktivt yrkesarbete och sociala aktiviteter, kan föra ett självständigt liv och har intakt omdöme kan de medicinska kraven för fortsatt körkortsinnehav vara uppfyllda för innehav av lägre behörigheter. I den situationen behöver ingen anmälan till Transportstyrelsen göras, utan patienten följs regelbundet upp åtminstone en gång årligen där den medicinska bedömningar av trafiksäkerhetsrisk/lämpligheten görs.

Vid tveksamhet om den medicinska lämpligheten hänvisas till godkända enheter inom vårdval rehab och vid svårbedömda fall bedömning hos [Mobilitetscenter](#).

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.

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. Munhälsa och eventuella ätproblem hos personer med ett bestående och stort omvårdnadsbehov kan identifieras genom en årlig munhälsobedömning för personer som av Socialtjänsten bedömts ha rätt till nödvändig tandvård. För patienter

som ej omfattas av kommunernas biståndsbedömning, kan patientens rätt även prövas genom s.k. [privat ansökan](#).

Uppföljning

Uppföljning ska ske i samband med insättning eller justering av demensläkemedel. Se [Regional medicinsk riktlinje-läkemedel Demens](#). 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.

Uppföljningen 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.

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.

Utredning och årlig uppföljning bör registreras i det nationella kvalitetsregistret för demenssjukdomar, [SveDem](#).

Vårdnivå

Den basala demensutredningen ska göras i primärvården. Patienter med en kronisk sjukdom som ger kognitiv svikt bör utredas där de har den huvudsakliga vårdkontakten, inom till exempel neurologi, psykiatri eller geriatrik. Patienten ska därefter remitteras till primärvården för ställningstagande för fortsatt utredning.

Den utvidgade demensutredningen genomförs på Kungälvssjukhus, NU-sjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skaraborgs sjukhus och Södra Älvsborgs sjukhus.

Uppföljning av denna riktlinje

Riktlinjen kommer att följas upp av Kunskapsstöd för psykisk hälsa i samverkan med Regional vårdanalys och resultaten återrapporteras till sektorsråden för vuxenpsykiatri och allmänmedicin genom följande indikatorer:

- Registrering i SveDem.
- Andel personer i befolkningen med demensdiagnos.
- Andel personer med Alzheimers sjukdom som behandlas med demensläkemedel.
- Andel personer med demenssjukdom, som genomgått en läkemedelsgenomgång de senaste 12 månaderna (KVÅ-kod XV015, XV016)
- Andel personer med demenssjukdom som behandlas med antipsykotiska läkemedel.
- Andel personer med demens där samordnad individuell plan har upprättats (KVÅ-kod XU045, UX301)