



Regionala vårdprogram i Region Stockholm

De regionala vårdprogrammen syftar till att forma en evidensbaserad, patientsäker och jämlik vård för länets invånare. De ska vara ett stöd till hälso- och sjukvårdspersonal i det dagliga arbetet.

Vårdprogrammen ger ett kunskapsunderlag i dialogen mellan politiker, beställare, vårdgivare och patienter.

Arbetet bedrivs i nära samverkan mellan enheten Kunskapsstyrning och -stöd på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms medicinska råd (SMR) med dess specialitetsråd och berörda vårdgivare samt beställare och patientorganisationer.

Regionalt vårdprogram 2019
Kognitiv sjukdom

ISBN 978-91-976391-7-0
RV 2019:02

Regionalt vårdprogram 2019
Kognitiv sjukdom

ISBN 978-91-976391-0-1
RV 2019:02

Förord

Detta vårdprogram är en tredje upplaga, tidigare upplagor gavs ut under 2005 och 2011.

Vid uppdateringen har såväl Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom som Socialstyrelsens nationella strategi för demenssjukdom tagits del av.

I denna upplaga har alla delar uppdaterats och framför allt stärkts utifrån ny forskning. Ett fokus har varit stärkt stöd till unga anhöriga och utredning av personer med funktionsnedsättning. Det har även tillkommit områden såsom juridik, tandvård och kognitiva hjälpmedel. Upplagan innehåller även definitioner av kognitiv sjukdom enligt DSM-5.

Dokumentet belyser kognitiva sjukdomar med rekommendationer kring utredning och behandling. Även ansvarsfördelningen mellan primär- och specialistvård och kommunal vård och omsorg beskrivs.

Namnet på vårdprogrammet har ändrats från Regionalt vårdprogram Demens till *Kognitiv sjukdom*.

Ungefär åtta procent av alla svenskar 65 år, och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en kognitiv sjukdom. Det är av stor vikt att personer som har drabbats av kognitiv sjukdom uppmärksammas i tid samt att behandling som har vetenskapligt stöd sätts in.

Slutsatserna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg av personer med demenssjukdom är att vården och omsorgen måste bli personcentrerad och i hög grad även inkludera närståendes behov av stöd.

Målet är att all personal inom hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen som kommer i kontakt med personer med kognitiv sjukdom ska tillämpa vårdprogrammet. Detta för att kunna initiera utredning, behandla enligt programmets riktlinjer samt anpassa medicinsk vård, omvårdnad och omsorg utifrån patientens behov på ett kunskapsbaserat sätt. I slutet av skriften finns länkar till flera av de instrument och informationsblad som hänvisas till i programmet samt kriterier för de geriatriska utredningsenheterna.

Stockholm januari 2019

Maria Mathé

Ordförande och spesak
inom specialitetsrådet Geriatrik

Lena Pomerleau

Ordförande och spesak
inom specialitetsrådet Allmänmedicin

Johannes Blom

Ordförande Stockholms medicinska råd (SMR)
Enhetschef Kunskapsstyrning och -stöd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Region Stockholm

Granskat och godkänt av SMR den 6 december 2018.

Deltagare i arbetet

Styrgrupp

Maria Mathé, ordförande och spesak specialitetsrådet Geriatrik, överläkare, Stockholms sjukhem

Mats Ek, medicinsk sakkunnig, överläkare, enheten Samverkan och stöd, avdelning Närsjukvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Camilla Westin, samordnare/avtalshandläggare geriatrik, enheten Allmänmedicin och geriatrik, avdelning Närsjukvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Kristina Tedroff, medicinskt ansvarig för regionala vårdprogram, enheten Kunskapsstyrning och -stöd, avdelning Somatisk specialistvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Huvudförfattare

Marie Rydén, specialistläkare Geriatrik, Karolinska Universitetssjukhuset

Jens Berggren, neuropsykolog, enhetschef, Minnesmottagningarna Handengeriatriken och Dalengeriatriken Praktikertjänst N.Ä.R.A. AB

Projektleddare

Eva Stål, enheten Kunskapsstyrning och -stöd, avdelning Somatisk specialistvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Arbetsgrupp

David Lidin, medicinsk ansvarig sjuksköterska, Vaxholms kommun

Elisabeth Bos Sparén, vårdsak specialitetsrådet Allmänmedicin

Lars-Olof Wahlund, professor Geriatrik, Karolinska Institutet

Liisa Samuelsson, distriktssköterska, Akademiskt primärvårdcentrum

Margareta Skog, omvårdnadsansvarig för Tema Åldrande, Karolinska Universitetssjukhuset

Pia Skott, tandläkare, klinikchef, Folktandvården Stockholm AB

Solveig Håkansson Chaves, distriktssköterska, Boo vårdcentral

Linda Lefvert, avtalshandläggare, arbetsterapeut, avdelningen för Närsjukvård, enheten Rehabilitering, Habilitering Hjälpmedel, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Sophia Rudehill, överläkare, Sabbatsbergs geriatriken minnesmottagning

Referensgrupp

Britt Serander, överläkare, Dalengeriatriken Minnesmottagningen, Praktikertjänst N.Ä.R.A. AB

Gunnar Ljunggren, överläkare, enheten för Analys och utvärdering, Utvecklingsavdelningen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Lena Pomerleau, ordförande och spesak specialitetsrådet Allmänmedicin, SLSO

Monika Sjödin, chefsjuksköterska, Sabbatsbergsgeriatriken minnesmottagning

Therése Johansson, vårdsak specialitetsrådet Geriatrik

Yvonne Freund-Levi, Expertrådet Geriatriska sjukdomar

Christian Molnar, Expertrådet för Geriatriska sjukdomar

Aron Sjöberg, neuropsykolog, Rehabcentrum Gotland, Minnesmottagningen, Region Gotland

Remissgrupper

Specialitetsrådet Geriatrik

Specialitetsrådet Tand- och käksjukdomar

Specialitetsrådet Allmänmedicin

Expertrådet geriatriska sjukdomar inom Stockholms läns läkemedelskommitté

Demensföreningen Stockholm

Geriatrknätverket (verksamhetschefer, Region Stockholm)
Forsknings- och utvecklingsmiljöer (FoU) inom äldreområdet inom Region Stockholm
Nätverket för minnesmottagningarna
Rehabnätverk

Läkemedelsdelarna är granskade av Expertrådet för Geriatriska sjukdomar, vårdprogrammet är speciellt granskat av Åsa Thurfjell, spesak och ordförande i specialitetsrådet Hälsöfrämjande arbete.

Stockholms Medicinska Råd (SMR) godkände vårdprogrammet den 6 december 2018.

Kommittén för kunskapsstyrning beslutade den 8 mars 2019 att godkänna vårdprogrammet.

Grafisk layout

Urszula Arpholm Felix, Kunskapsstyrning och -stöd, Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen
Carina Ekner, Kunskapsstyrning och -stöd, Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen

Innehåll

Förord	1
Deltagare i arbetet	3
Innehåll	5
Inledning	7
Bakgrund och terminologi	8
Kognitiv sjukdom – Demens	8
Anhörig – Närstående	9
Hur vanligt är kognitiv sjukdom?	9
Kognitiva sjukdomar och Lindrig kognitiv funktionsnedsättning	10
Lindrig kognitiv funktionsnedsättning	10
Kognitiva sjukdomar (Demenssjukdomar)	11
Kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, Alzheimerstyp (Alzheimers demens)	13
Kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, Vaskulär typ (Vaskulär demens, VaD)	14
Kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, Frontotemporal typ (frontallobsdemens, FTD)	15
Kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, Lewykroppstyp (Lewybodydemens, LBD)	16
Kodtabell för ICD-10*	19
Yngre personer med kognitiv sjukdom	19
Utländsfödda med kognitiv sjukdom	20
Intellektuell funktionsnedsättning och kognitiv sjukdom	20
Intellektuell funktionsnedsättning	20
Ökad risk för kognitiv sjukdom vid intellektuell funktionsnedsättning	21
Kognitiv sjukdom vid intellektuell funktionsnedsättning har vissa särdrag	21
Vem ansvarar för utredningen av kognitiv sjukdom vid intellektuell funktionsnedsättning?	21
Kartläggningsverktyg vid intellektuell funktionsnedsättning	22
Kognitiv sjukdom vid Downs syndrom	22
Akut konfusion	23
Hur vanlig är konfusion?	23
Riskfaktorer och orsaker	23
Om konfusion - Symtombild	24
Behandling	24
Omvårdnad	25
Skyddsåtgärder	25
BPSD	26
Utredning	26
Prevention	27
Riskfaktorer	27
Folkhälsoinsatser	27
Kost, fysisk aktivitet och alkohol	28
Primärprevention	28
Utredning av kognitiv sjukdom	28
Varför utreda och behandla?	28
Hur utreds patienten?	29
Basal utredning	29
Behandling	32
Utvidgad utredning	33
Övriga specialuppdrag vid högspecialiserad minnesmottagning/kognitiv mottagning/sluten-vårdsenhet på geriatrisk klinik	33
Juridik	34
God man	34
Förvaltare	34
Framtidsfullmakt	34
Körkort	35
Skjutvapen	35
Behandling	35
Specifik farmakologisk behandling	35
När ska behandlingen avslutas?	37
Kognitiva hjälpmedel	38
Rehabilitering	38
Personer med kognitiv sjukdom får mindre rehabilitering än andra	38
Varför är rehabilitering viktig vid kognitiv sjukdom?	38
Fysisk aktivitet	39

Munhälsa	40
ROAG (Revised Oral Assessment Guide)	40
Tandvårdsstödet	41
Risk för undernäring vid kognitiv sjukdom	41
Omvårdnad och omsorg	42
Fyra A:n.....	43
Våld mot äldre.....	44
Att vara närstående till person med kognitiv sjukdom.....	44
Hälsö- och sjukvården bör erbjuda och informera närstående om:.....	44
Vård i livets slutskede.....	46
När inträffar livets slutskede?	46
Vårdkedjan vid handläggning av kognitiva sjukdomar	47
SIP/LUS	47
Tidig upptäckt/Utredning	48
Vård/Omsorg/Behandling	49
Uppföljning	50
Resurser/professioner inom kommun och Region	51
Primärvård.....	51
Kommunen	53
Kvalitetskriterier för specialiserade utredningsenheter för kognitiv sjukdom	56
Förslag på uppgifter och kompetenskrav för olika funktioner på specialiserad utredningsenhet för kognitiv sjukdom	56
Kvalitetsindikatorer	59
Indikatorer.....	60
Konsekvensanalys	61
Referenser och regelverk.....	63
Bilaga 1 - Specialiserade utredningsenheter av kognitiv sjukdom i Region Stockholm	65
Bilaga 2 - Lewybodydemens	67
Bilaga 3 - Visuellt uppskattning av hjärnatrofi.....	69
Bilaga 4 - Länkar i vårdprogrammet	70

Inledning

Vårdprogrammet baserar sig på den etiska plattform som Prioritetsutredningen utgick ifrån.

1. Människovärdesprincipen. Alla människor har lika värde.
2. Behovs- eller solidaritetsprincipen. Resurserna bör satsas på de områden där behoven är störst. Solidaritet innebär också att man särskilt beaktar behoven hos de grupper som inte är medvetna om sitt människovärde, har mindre möjlighet än andra att göra sina röster hörda eller att utnyttja sina rättigheter.
3. Kostnadseffektivitetsprincipen. Man bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.

Vården av personer med kognitiv sjukdom faller också inom prioriteringsutredningens högsta prioriterade nivå, formulerad enligt följande:

”Vård av livshotande akuta sjukdomar som utan behandling leder till invalidisering eller för tidig död. Vård av svåra kroniska sjukdomar. Palliativ (lindrande) vård i livets slutskede. Vård av människor med nedsatt autonomi.”

Värdegrunden uttrycks i lagstiftningen i socialtjänstlagen (2001:453), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som har stöd i regeringsformen och Europakonventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. De grundläggande värderingarna som uttrycks i lagstiftningen innebär att personer med kognitiv funktionsnedsättning och kognitiv sjukdom:

- Skall få sin integritet och sitt självbestämmande respekterat
- Skall få tillgång till insatser på jämlika villkor och att insatserna är lättillgängliga
- Skall få sina rättigheter respekterade
- Skall kunna känna sig trygga
- Inte får diskrimineras, till exempel uteslutas från vård och omsorg p.g.a. kön, etnicitet, ålder eller diagnos

Målet för sjukvården för de med kognitiv funktionsnedsättning eller kognitiv sjukdom i Region Stockholm och Region Gotland är ett effektivt omhändertagande, med tidig utredning och insättande av adekvata insatser, för att befrämja patienters och närståendes förmåga till ett värdigt och hanterbart liv. Detta görs genom:

1. En effektiv vårdprocess med samverkande vårdorganisationer och hög medicinsk/klinisk kvalitet tillgänglig i hela länet och för Region Gotland.
2. Tidig upptäckt och snabb utredning. Primärvårdens roll betonas eftersom det ofta är där man fångar upp patienter med kognitiv påverkan. Geriatriken har huvudansvaret för den utvidgade utredningen vid specialistenhet.
3. Regelbunden och sammanhållen uppföljning genom hela sjukdomsförloppet
4. Fler utredningar bör göras, som regel i öppenvård
5. Behandling med adekvata farmakologiska och icke farmakologiska metoder
6. Samverkan med kommunens aktörer i en sammanhållen vårdkedja
7. Stöd till patienter och närstående

Användande av Indikatorer för vård och omsorg om personer med kognitiv funktionsnedsättning eller kognitiv sjukdom enligt Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen 2017.

Målet för vården av kognitiv sjukdom i kommunerna är att skapa förutsättningar för ett gott liv i gemenskap med närstående och vänner så långt och länge det är möjligt. Genom att arbeta mot samma mål med medicinsk utredning och behandling och omvårdnadsinsatser kan förutsättningar skapas för att den sjuke på ett positivt sätt ska kunna stanna i sin hemmiljö. När annat boende blir nödvändigt skall det vara av hög kvalitet.

Bakgrund och terminologi

Redan i arbetet med det förra vårdprogrammet som presenterades 2011 diskuterades ordet *demens*. Det är det vanligast förekommande ordet för den grupp av sjukdomar som avses i detta vårdprogram och det finns en fördel med ett sådant välkänt ord. Dock har det på senare tid också blivit mer stigmatiserande, själva ordet betyder *de* "utan" *mens* "sinne", och termen "*dement*" blir således en nedsättande benämning för någon som är långt gånge i sin sjukdom. Det råder också viss förväxling ibland där demens likställs med Alzheimers sjukdom vilket medför att man på så sätt missar det breda spektrum som dessa sjukdomar finns inom. Sammantaget kan man säga att det finns fördelar och nackdelar med demens-begreppet men att vi anser att nackdelarna är fler. Detta medför att vi i detta vårdprogram har beslutat oss för att byta ut ordet demens.

Kognitiv sjukdom – Demens

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ges ut av den amerikanska psykiatriska föreningen APA (American Psychiatric Association) och används över hela världen och den senaste versionen kom ut 2013 [1]. I den versionen används termerna Kognitiv sjukdom och lindrig kognitiv funktionsnedsättning. Dessa två termer ersätter då demens och lindrig kognitiv störning och tar ett större grepp på hela sjukdomspanoramata. Kognitiv sjukdom och lindrig kognitiv funktionsnedsättning ska, i likhet med demens och lindrig kognitiv störning, ses som en beskrivning av funktionsnivån snarare än en specifik sjukdom. Dessa två begrepp är paraplybegrepp och orsaken behöver specificeras. Termerna uppfattas ej heller som lika stigmatiserande och sätter den kognitiva svikten i fokus vilket är viktigt för den här gruppen. Dock är de inte lika kända som Demens eller lindrig kognitiv störning vilket kan medföra ett pedagogiskt problem. Kognitiv sjukdom motsvarar dock demens och lindrig kognitiv funktionsnedsättning motsvarar lindrig kognitiv störning. I vissa fall har det motsvarande demensbegreppet satts inom parentes. I de fall då ordet demens förekommer i ett namn (Demensförbundet) eller i en diagnoskod t ex finns självklart ordet med fortsättningsvis. Således kommer termen demens att finnas med i programmet.

Dock innehåller ej DSM-5 några egna koder för klassificering utan använder sig av ICD-10 [2] vilket är det system som vi använder idag. I ICD-10 finns dock ingen kod för kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning utan man använder termerna demens eller lindrig kognitiv störning. DSM-5 differentierar också mellan "*möjlig*" och "*sannolik*" kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning och även svårighetsgraden beaktas med graderingen "*lindrig*", "*medelsvår*" och "*svår*". Dessa saknar ICD-10 koder och differentieringen/svårighetsgraden bör således endast användas kliniskt.

Anhörig – Närstående

Termerna närstående och anhörig används idag flitigt inom vården men det råder viss oenighet exakt vad som avses med respektive term. I den föreskrift som Socialstyrelsen kallar ”stöd till anhöriga” görs en åtskillnad där anhörig definieras som ”den som vårdar” och närstående definieras som ”den som blir vårdad”. Dock har Socialstyrelsen också en termbank där anhörig definieras som ”person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna” medan närstående definieras som ”person som den enskilde anser sig ha en nära relation till”. I den kliniska vardagen används ofta termen närstående som samlingsnamn på både familjemedlem/släkting och/eller någon som står en nära vilket är en mer inkluderande definition.

I detta vårdprogram kommer termen närstående att användas genomgående och då åsyftas ”en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till oavsett släktskap eller familjeband”. I några enstaka fall kommer anhörig användas och då är det främst i termer där ordet ingår så som ”Anhörigkonsulent”. Det avses dock alltid en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till oavsett släktskap eller familjeband.

Hur vanligt är kognitiv sjukdom?

Det saknas entydiga uppgifter om hur många personer i Sverige som har en kognitiv sjukdom. Tidigare har man utifrån demografi och prevalensberäkningar uppskattat antalet till ungefär 160 000 personer. Ny epidemiologisk forskning tyder på att förekomsten av kognitiv sjukdom har minskat bland de äldsta. Det beror bland annat på förbättrade livsstilsfaktorer som till exempel resulterat i en minskad förekomst av stroke, vilket är en riskfaktor för utveckling av kognitiv sjukdom. Högre utbildningsnivå i befolkningen är sannolikt en annan bidragande orsak. Därför uppskattas antalet personer med kognitiv sjukdom nu till mellan 130 000 och 150 000. Skattningen inkluderar inte personer med lindrig kognitiv funktionsnedsättning, som inte uppfyller de diagnostiska kriterierna på kognitiv sjukdom. Om man lägger till dessa personer är antalet sannolikt mer än 200 000. För Stockholms län innebär det att ca 40 000 personer har kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, baserat på att ca en femtedel av Sveriges befolkning bor i länet.

Risken att insjukna i kognitiv sjukdom ökar med stigande ålder. Åtta procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en kognitiv sjukdom. Varje år insjuknar mellan 20 000 till 25 000 personer i en kognitiv sjukdom och ungefär lika många med kognitiv sjukdom dör. Antalet personer med kognitiv sjukdom kommer att öka efter 2020, när det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår en hög ålder. Fram till 2050 förväntas antalet nästan fördubblas, vilket innebär en stor framtida utmaning för samhället [3].

Kognitiva sjukdomar och Lindrig kognitiv funktions- nedsättning

Kognitiva sjukdomar hör till gruppen folksjukdomar och är vanliga i de högre åldrarna, men förekommer även hos yngre personer. I begreppet kognitiv sjukdom ingår att störningen skall vara bestående och förvärvad, det vill säga att den utgör en nedgång i intellektuell, känslomässig och praktisk kapacitet jämfört med hur personen varit tidigare. Ett förlopp ska finnas, dvs att symtomen tilltar över tid. Diagnosen är en konsensusdiagnos, det vill säga att det inte finns några enskilda konklusiva undersökningar (diagnostiska markörer) för att fastställa kognitiv sjukdom. Detta innebär att en rad fakta om patienten, både anamnestiskt (berättelsen om patienten och sjukdomsutvecklingen) och från olika undersökningar, måste samlas in och sammanvägas.

Lindrig kognitiv funktionsnedsättning

Lindrig kognitiv funktionsnedsättning kallas ibland också Lindrig kognitiv störning, kognitiv svikt eller Mild Cognitive Impairment (MCI).

En större del av minnesmottagningarna i Stockholms län uppger numera att antalet personer som får diagnosen lindrig kognitiv funktionsnedsättning ökar. Anledningen till detta är inte helt klar men i takt med att vi lärt oss identifiera olika kognitiva sjukdomar, att kunskapen hos allmänheten ökar samt att möjligheten till symtomlindring har blivit känd, söker många hjälp allt tidigare.

Definition

Nedan ges definitionen av lindrig kognitiv funktionsnedsättning enligt DSM-5 (se enskild ruta). Den stora skillnaden mellan lindrig kognitiv funktionsnedsättning och kognitiv sjukdom är dess påverkan på vardagen samt graden av nedsättning i de kognitiva domänerna. Ibland beror den sviktande kognitionen på känd kroppslig sjukdom, psykiatrisk sjukdom som depression, posttraumatiskt stressyndrom, utmattningssyndrom, läkemedel, missbruk eller på en pressad livssituation med ökad stress och koncentrationssvårigheter. Detta innebär då att man genom rätt behandling möjligtvis kan häva den kognitiva funktionsnedsättningen, något som inte är möjligt vid kognitiv sjukdom, och ökar därför vikten av rätt diagnostik.

Det finns för närvarande år 2018 ingen accepterad behandling av detta tillstånd. Läkemedlen avsedda för kognitiv sjukdom av alzheimer typ är ej godkända för behandling av lindrig kognitiv funktionsnedsättning. Det är för framtiden angeläget att utveckla metoder för att identifiera de personer vars kognitiva störning beror på att de håller på att utveckla en kognitiv sjukdom av alzheimer typ.

Hur vanlig är lindrig kognitiv funktionsnedsättning?

I den beräkning som görs av socialstyrelsen uppskattar man antalet personer med lindrig kognitiv funktionsnedsättning till 50 000–70 000 i Sverige [3].

Prognos

Gruppen med denna diagnos är heterogen och därför är det svårt att uttala sig om någon generell prognos. Man bör alltid söka efter den bakomliggande orsaken för att se om det finns ett behandlingsbart tillstånd. För de personer där man inte hittar någon annan anledning kan man misstänka en kognitiv sjukdom. I en stor studie följde man 4 300 individer med lindrig kognitiv funktionsnedsättning i mellan 3–10 år och kunde då se att ca 32% av personerna konverterade till en demenssjukdom. Dock slår man fast att majoriteten av personer inte konverterar men att risken är större än för personer utan lindrig kognitiv funktionsnedsättning vilket gör tillståndet viktigt att upptäcka [4].

Definition av Lindrig kognitiv funktionsnedsättning enligt DSM-5 (förkortad version)

- A. Det finns belegg för att det skett en märkbar nedsättning av den kognitiva funktionsförmågan från en tidigare funktionsnivå inom en eller flera kognitiva domäner (komplex uppmärksamhet, exekutiva förmågor, inläring och minne, språklig förmåga, perceptuell-motorisk förmåga eller social kognition), vilket grundas på:
1. Personen själv, en välinformerad annan person eller kliniken har uppmärksammat att det skett en märkbar nedsättning av den kognitiva funktionsförmågan; samt
 2. Det föreligger en märkbar nedsättning av den kognitiva prestationsförmågan, vilket i första hand belagts med standardiserade neuropsykologisk testmetodik, eller om det inte kunnat genomföras, via annan kvantifierad klinisk utredningsmetodik
- B. Den nedsatta kognitiva funktionsförmågan begränsar inte personens självständighet i vardagliga aktiviteter (d v s personen klarar komplexa instrumentella vardagligheter som att betala räkningar eller ta läkemedel enligt föreskrift, men det krävs viss ansträngning, kompensatoriska strategier eller anpassning)
- C. Den nedsatta kognitiva funktionsförmågan förekommer inte uteslutande i samband med delirium
- D. Den nedsatta kognitiva funktionsförmågan förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa (t ex egentlig depression, schizofreni)

Specificera typ av bakomliggande sjukdomsorsak

- Alzheimerstyp
- Frontotemporal typ
- Lewykroppstyp
- Vaskulär typ
- Parkinsonstyp
- Substansbruk/läkemedelsbruk
- Ospecificerad

Kognitiva sjukdomar (Demenssjukdomar)

Det finns flera olika orsaker till kognitiv sjukdom och lindrig kognitiv funktionsnedsättning. Dessa kan delas upp i:

- Primärdegenerativa orsaker (t ex Alzheimer, Lewybody, Parkinson och frontotemporal)
- Vaskulära orsaker (t ex strategisk infarkt, subkortikal vaskulär typ och bestående skador av blödningar)

- Sekundära orsaker (alkohol/subtanser och kognitiv sjukdom pga. Downs syndrom, infektioner, icke behandlingsbara hjärntumörer, långvarig syrebrist, trauma, normaltryckshydrocefalus osv)

Speciellt bland de äldre patienterna är det inte ovanligt med blandformer t ex Alzheimer med cerebrovaskulär sjukdom.

Dessutom kan symtomen uppstå vid många potentiellt botbara tillstånd som t ex hormon- och vitaminrubbning, läkemedelsbiverkan, förgiftningar, tumörer, infektioner, normaltryckshydrocefalus samt vid psykiatriska sjukdomar som depression, bipolär sjukdom och andra psykossjukdomar. Nedan följer de diagnostiska kriterierna för olika typer av kognitiv sjukdom enligt DSM-5 kortversionen. Till varje diagnos finns också ett par kliniska tecken, vilket ska ses som exempel på hur sjukdomen kan uttrycka sig. Alla olika typer är inte representerade här och för fullständig lista hänvisas till DSM-5 kortversionen [5].

Definition av Kognitiv sjukdom enligt DSM-5 (förkortad version)

- A. Det finns belegg för att det skett en signifikant nedsättning av den kognitiva funktionsförmågan från en tidigare funktionsnivå inom en eller flera kognitiva domäner (komplex uppmärksamhet, exekutiva förmågor, inläring och minne, språklig förmåga, perceptuell-motorisk förmåga eller social kognition), vilket grundas på:
1. Personen själv, en välinformerad annan person eller kliniken har uppmärksammat att det skett en signifikant nedsättning av den kognitiva funktionsförmågan; samt
 2. Det föreligger en betydande nedsättning av den kognitiva prestationsförmågan, vilket i första hand belagts med standardiserade neuro-psykologisk testmetodik, eller om det inte kunnat genomföras, via annan kvantifierad klinisk utredningsmetodik
- B. Den nedsatta kognitiva funktionsförmågan begränsar personens själv-ständighet i vardagliga aktiviteter (d v s personen behöver, som ett minimum, hjälp vid komplexa instrumentella vardagligheter som att betala räkningar eller ta läkemedel enligt föreskrift)
- C. Den nedsatta kognitiva funktionsförmågan förekommer inte uteslutande i samband med delirium
- D. Den nedsatta kognitiva funktionsförmågan förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa (t ex egentlig depression, schizofreni)

Specificera typ av bakomliggande sjukdomsorsak

- Alzheimerstyp
- Frontotemporal typ
- Lewykroppstyp
- Vaskulär typ
- Parkinsonstyp
- Substansbruk/läkemedelsbruk
- Ospecificerad

Symtomen måste ha funnits i minst sex månader innan diagnosen kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning kan sättas, enligt ICD 10 [2].

Kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, Alzheimerstyp (Alzheimers demens)

Diagnostiska kriterier

- A. Kriterierna för kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning är uppfyllda.
- B. Smygande debut och gradvis progredierande funktionsförsämring inom en eller flera kognitiva domäner (för kognitiv sjukdomsdiagnos måste minst två domäner vara påverkade)
- C. Kriterierna för antingen sannolik eller möjlig Alzheimers sjukdom är uppfyllda enligt följande:

För kognitiv sjukdom

Sannolik Alzheimerstyp diagnostiseras om något av följande föreligger, i annat fall ska **möjlig Alzheimerstyp** diagnostiseras

- 1. Belägg från familjeanamnes eller genetisk analys för förekomst av genmutation som orsakar Alzheimers sjukdom
- 2. Samtliga tre följande föreligger:
 - A. Klara belägg för försämring av inlärning och minne och försämring inom minst en annan kognitiv domän (grundat på ingående anamnes eller upprepade neuropsykologiska testtillfällen)
 - B. Jämnt progredierande, gradvis försämring av kognitiva funktioner utan utdragna platåer i processen
 - C. Inga belägg för blandad etiologi (d v s frånvaro av annan neurodegenerativ eller cerebrovaskulär sjukdom eller någon annan neurologisk, psykisk, eller systemisk sjukdom eller tillstånd som sannolikt bidrar till den kognitiva funktionsnedsättningen)

För lindrig kognitiv funktionsnedsättning

Sannolik Alzheimerstyp diagnostiseras om det finns belägg från familjeanamnes eller genetisk analys för förekomst av genmutation som orsakar Alzheimers sjukdom.

Möjlig Alzheimerstyp diagnostiseras om det saknas belägg från familjeanamnesen eller genetisk analys för förekomst av genmutation som orsakar Alzheimers sjukdom, och om samtliga tre nedanstående kriterier är uppfyllda:

- 1. Klara belägg för försämring av inlärning och minne.
- 2. Jämnt progredierande, gradvis försämring av kognitiva funktioner utan utdragna platåer i processen
- 3. Inga belägg för blandad etiologi (d v s frånvaro av annan neurodegenerativ eller cerebrovaskulär sjukdom eller någon annan neurologisk, psykisk, eller systemisk sjukdom eller tillstånd som sannolikt bidrar till den kognitiva funktionsnedsättningen)
 - A. Störningen förklaras inte bättre med cerebrovaskulär sjukdom, annan neurodegenerativ sjukdom, effekter av någon substans, eller med någon annan psykisk, neurologisk eller systemisk sjukdom

Tidig debut (under 65 år vid debuten)

- Minnesstörning och/eller exekutiv svikt är det vanligaste tidiga symtomet samt snabbare förlopp

Sen debut (över 65 år vid debuten)

- Kliniska tecken som nedan men med långsammare förlopp

Atypisk eller blandad typ

- Symtombild som talar för kognitiv sjukdom av alzheimertyp, men symtom och utbredning visar samtidig relevant cerebrovaskulär skada

Kliniska tecken (alla tecken behöver inte finnas med)

- Smygande debut
- Svårigheter att minnas namn och händelser
- Koncentrationssvårigheter
- Språkstörningar
- Nedsatt orienteringsförmåga
- Depressiva symtom kan förekomma, inte minst i början
- Temporoparietala symtom som apraxi, språkstörning, försämrad perception och störningar i exekutiva funktioner (abstrakt tänkande och problemlösning)
- Beteendestörning (dock vanligare senare i skedet)

Kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, Vaskulär typ (Vaskulär demens, VaD)

Diagnostiska kriterier

- A. Kriterierna för kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning är uppfyllda
- B. Den kliniska bilden talar för vaskulär etiologi, vilket indikeras av någontida av följande
 1. Debuten av den kognitiva funktionsnedsättningen har tidsmässigt samband med en eller flera cerebrovaskulära insulter
 2. Det finns belägg för en påfallande nedsättning av förmågan till komplex uppmärksamhet (inkluderat bearbetningshastighet) och frontalexekutiv funktionsförmåga
- C. Anamnes, status och/eller hjärnavbildning ger belägg för förekomst av cerebrovaskulär sjukdom som bedöms vara en tillräcklig förklaring till de neurokognitiva funktionsproblemen
- D. Symtomen förklaras inte bättre med någon annan form av hjärnsjukdom eller systemisk sjukdom

Sannolik vaskulär kognitiv sjukdom diagnostiseras om ett av följande föreligger; i annat fall ska **möjlig vaskulär kognitiv sjukdom** diagnostiseras:

1. Hjärnavbildning visar signifikant parenkymskada som tillskrivs cerebrovaskulär sjukdom, vilket stöder de kliniska kriterierna

2. Debuten av kognitiv sjukdom har nära tidssamband med en eller flera dokumenterade cerebrovaskulära insulter
3. Såväl kliniska som genetiska belägg (t ex autosomalt dominant cerebral arteriopati med subkortikala infarkter och vitsubstanspatologi) för förekomst av cerebrovaskulär sjukdom

Möjlig vaskulär kognitiv sjukdom diagnostiseras om de kliniska kriterierna är uppfyllda, men hjärnabbildningen har ej kunnat genomföras och något tidsmässigt samband mellan den kognitiva sjukdomen och en eller flera dokumenterade cerebrovaskulära insulter har inte kunnat beläggas.

Kliniska tecken (alla tecken behöver inte finnas med)

- Fluktuerande symtom
- Ibland plötslig debut
- Ofta trappstegsliknande förlopp, men kan vara kontinuerligt som vid kognitiv sjukdom av alzheimertyp
- Neurologiska bortfallssymtom vanliga (strokesymtom)
- Flera subgrupper: t ex multiinfarkt och subkortikal vaskulär typ. Diagnos Vaskulär demens, ospecificerad (F01.9) kan användas vid osäkerhet om specifik vaskulär orsak [2]

Kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, Frontotemporal typ (frontallobsdemens, FTD)

- A. Kriterierna för kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning är uppfyllda
- B. Smygande debut och gradvis progredierande funktionsförsämring
- C. Antingen (1) eller (2)
 1. Beteendepåverkan:
 - a. Avhämmat beteende
 - Apati eller tröghet
 - Förlust av förmåga till sympati eller empati
 - Persevererande, stereotyp eller tvångsmässigt ritualiserat beteende
 - Hyperoralt beteende och förändrade matvanor
 - b. Betydande försämring av social kognition och/eller exekutiva förmågor
 2. Påverkan på språklig förmåga:
 - a. Betydande försämring av språklig förmåga i form av minskat tal, svårigheter att finna ord eller benämna saker, svårigheter med grammatik eller ordförståelse
- D. Inläring och minne samt perceptuell-motorisk förmåga relativt intakt
- E. Störningen förklaras inte bättre med cerebrovaskulär sjukdom, annan neuro-degenerativ sjukdom, effekter av någon substans, eller med någon annan psykisk, neurologisk eller systemisk sjukdom

Sannolik frontotemporal kognitiv sjukdom diagnostiseras om något av följande föreligger; i annat fall ska **möjlig frontotemporal kognitiv sjukdom** diagnostiseras:

1. Belägg från familjeanamnes eller genetisk analys för förekomst av genmutation som orsakar frontotemporal kognitiv sjukdom
2. Belägg för signifikanta frontallobs- och/eller temporallobsförändringar via hjärnabbildning

Möjlig frontotemporal kognitiv sjukdom diagnostiseras om det saknas belägg för förekomst av genmutation som orsakar frontotemporal kognitiv sjukdom, och hjärnabbildning har ej genomförts.

Kliniska tecken (alla tecken behöver inte finnas med)

- Hjärnskadan sitter i de främre delarna av hjärnan
- Debuterar vanligen före 70 års ålder
- Känslomässig avtrubbnings, apati, nedsatt initiativförmåga, nedsatt empatisk förmåga och bristande sjukdomsinsikt

Kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, Lewykroppstyp (Lewybodydemens, LBD)

- A. Kriterierna för kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning är uppfyllda
- B. Smygande debut och gradvis progredierande funktionsförsämring
- C. Kombinationen av kärnsymtom och sjukdomstecken och associerade diagnostiska symtom och sjukdomstecken talar för antingen sannolik eller möjlig kognitiv sjukdom med Lewykroppar

Vid **sannolik kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning med Lewykroppar** uppvisar personen två kärnsymtom och sjukdomstecken, eller ett associerat diagnostiskt symtom eller sjukdomstecken tillsammans med ett eller flera kärnsymtom och sjukdomstecken. Vid **möjlig kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning med lewykroppar** uppvisar personen endast ett kärnsymtom eller sjukdomstecken, eller ett eller flera associerade diagnostiska symtom och sjukdomstecken.

1. Kärnsymtom och sjukdomstecken:
 - a. Kognitiva funktioner fluktuerar med påtagliga variationer i uppmärksamhet och skärpa
 - b. Återkommande visuella hallucinationer som är verklighetstroga och detaljerade
 - c. Parkinsonistiska drag som utvecklats efter att den kognitiva funktionsnedsättningen blivit märkbar
2. Associerade diagnostiska symtom och sjukdomstecken:
 - a. Uppfyller kriterierna för stört beteende under REM-sömn
 - b. Uttalad neuroleptikakänslighet
- D. Störningen förklaras inte bättre med cerebrovaskulär sjukdom, annan neurodegenerativ sjukdom, effekter av någon substans, eller med någon annan psykisk, neurologisk eller systemisk sjukdom

Kliniska tecken (alla tecken behöver inte finnas med)

- Symtomen kan förvärras av neuroleptika som ska undvikas
- Extrapyramidala störningar som påminner om Parkinsons sjukdom
- Fluktuerande vakenhet
- Hallucinationer
- REM sömnstörning
- Visuospatials svårigheter
- Oftast bevarad minnesfunktion tidigt i förloppet
- De kognitiva symtomen kommer oftast ett år före de motoriska symtomen
- OBS! 2017 utkom nya konsensuskriterier för Lewybodydemens, dessa finns med som bilaga till detta dokument

Kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, Parkinsontyp (Parkinsondemens)

- A. Kriterierna för kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning är uppfyllda
- B. Störningen utvecklas under pågående Parkinsons sjukdom
- C. Debuten är smygande och funktionsförsämringen är gradvis progredierande
- D. Sjukdomsbilden kan inte tillskrivas något annat medicinskt tillstånd och förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa

Kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, sannolikt av Parkinsontyp diagnostiseras om såväl (1) som (2) är uppfyllda.

Kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, möjligen av Parkinsontyp diagnostiseras om (1) eller (2) är uppfyllt.

1. Inga belägg för blandad etiologi (d v s annan neurodegenerativ eller cerebrovaskulär sjukdom, liksom någon annan neurologisk, psykisk eller systemisk sjukdom som sannolikt kan ha bidragit till den kognitiva funktionsnedsättningen, föreligger ej)
2. Debuten av Parkinsons sjukdom inträffade före debuten av de neurokognitiva funktionsnedsättningarna

Kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, substans/läkemedelsbetingad (exempelvis Alkoholdemens)

- A. Kriterierna för kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning är uppfyllda
- B. De neurokognitiva funktionsnedsättningarna förekommer inte enbart i samband med ett pågående delirium och kvarstår bortom den förväntade varaktigheten av intoxikation och akut abstinens

- C. Den aktuella substansen eller läkemedlet har förmågan att orsaka de neurokognitiva funktionsnedsättningarna. Tiden och omfattningen av substansbruket är tillräckligt för att dessa neurokognitiva funktionsnedsättningar ska kunna uppkomma
- D. Förloppet av de neurokognitiva funktionsnedsättningarna har tidsmässigt samband med bruk respektive icke bruk av aktuell substans-/läkemedel (t ex funktions-svårigheterna förblir oförändrade eller förbättras efter en period utan bruk av aktuell substans/läkemedel)
- E. Sjukdomsbilden kan inte tillskrivas något annat medicinskt tillstånd och förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa

OBS! I enlighet med de nationella riktlinjerna bör man försöka eftersträva minst 2 månaders nykterhet innan en utredning initieras.

Ospecificerad kognitiv sjukdom (Demens utan närmare specifikation, UNS)

Den här kategorin används när den kliniska bilden präglas av symtom på kognitiv sjukdom som orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden men där kriterierna inte är helt uppfyllda för någon av de specificerade sjukdomarna inom gruppen av kognitiva sjukdomar.

Kognitiv funktionsnedsättning vid kronisk psykosjukdom, hjärnskador liknande

I denna grupp finns de som ej har degenerativ hjärnsjukdom som orsak till funktionsnedsättningen men kommer till utredning och till särskilda boenden på ungefär samma sätt. Behandlingen måste vara individuell och omvårdnadsbehovet kan vara mycket olika. Tillståndet progredierar inte på samma sätt som vid de degenerativa sjukdomarna och vården blir därför mycket långvarig. Patienternas behov av kontinuitet är mycket stort, liksom behov av medicinsk och psykiatrisk kompetens.

Aktuell svårighetsgrad

När diagnosen är ställd bör man försöka specificera aktuell svårighetsgrad enligt följande:

- **Lindrig:** Svårigheter med instrumentella vardagligheter som hushållsbestyr och hantera ekonomin
- **Medelsvår:** Svårigheter med grundläggande aktiviteter i vardagen som att äta och klä på sig
- **Svår:** Helt beroende av omhändertagande

Dock finns det ingen kodning för svårighetsgraden utan detta bör främst beaktas kliniskt.

Kodtabell för ICD-10*

Diagnos enligt ICD-10	Kod ICD-10
Lindrig kognitiv Störning	F06.7
Demens vid Alzheimers sjukdom (AD) med tidig debut	F00.0 G30.0
Demens vid Alzheimers sjukdom (AD) med sen debut	F00.1 G30.1
Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ	F002 G30.8
Vaskulär demens	F01.09
Frontotemporal demens	F02.0 G31.0
Lewybodydemens	F02.8 G31.8A
Demens vid Parkinsons sjukdom	F02.3 G20.9
Alkohol demens	F10.7
Demens utan närmare specifikation (UNS)	F03.9

*DSM-5 har inga egna koder utan använder ICD-10

Yngre personer med kognitiv sjukdom

Antalet yngre, under 65 år, med kognitiv sjukdom i Stockholms län uppskattas till ca 2 000. Antalet nyinsjuknade per år är ca 200 och är litet jämfört med det totala antalet nyinsjuknade i kognitiv sjukdom (ca 5 000). En del av dessa yngre har ärftliga former av kognitiv sjukdom. Vi rekommenderar utredning av alla yngre tidigt i sjukdomen. Den ska förutom klinisk undersökning och anamnes innehålla en magnetkameraundersökning med frågeställning enligt demensprotokollet. Ibland utförs FDG PET för att studera energiomsättningen av hjärnan, blod- och likvoranalyser för att ytterligare stärka diagnostiken och belysa funktionsnedsättningen.

De största svårigheterna med differentialdiagnostiken har man då patienterna befinner sig tidigt i sjukdomsförloppet och/eller är relativt unga. Detta därför att kognitiva symtom hos personer under 65–70 år kan orsakas av många andra faktorer än kognitiv sjukdom, samtidigt som symtomen ofta är otydliga. Dessa patienter behöver genomgå noggranna neuropsykologiska och logopediska tester. Stora svårigheter finns att särskilja mellan symtom vid kognitiv sjukdom och symtom vid t ex depression, ångest och utmattningssyndrom.

Dessutom är det av mycket stor vikt att utreda dessa yngre patienter eftersom en korrekt behandling och ett korrekt omhändertagande är oerhört viktigt för dem själva och deras närstående. Då de ofta förvärvsarbetar finns ett stort behov av samarbete med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och arbetsgivare för att hjälpa patienterna att hantera sina kognitiva svårigheter. Program för utveckling av stöd och hjälp vid kognitiv nedsättning är nödvändigt att ta fram. Dessa yngre patienters barn har en mycket svår situation och har särskilt behov av speciellt stöd, allt från genetisk rådgivning till samtalsgrupper [6].

Enligt bestämmelsen i socialtjänstlagen (2001:453) skall stödet till närstående anpassas även till personer under 65 år. I detta arbete måste hela socialtjänsten involveras och nätverk byggas för att samordna stödet till yngre närstående mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Ett exempel kan vara att barn till föräldrar med kognitiv sjukdom får träffa barn i samma situation.

Det relativt låga antalet yngre med kognitiv sjukdom, och de stora krav dessa utredningar ställer, leder till att det är rimligt att utredningarna sker på högspecialiserade enheter med stora samlade resurser med redan etablerad kunskap om denna patientgrupp.

Utlandsfödda med kognitiv sjukdom

I dagens mångkulturella samhälle finns ett stort antal personer som ej är födda i Sverige som har en kognitiv sjukdom och man beräknar att siffrorna kommer att fördubblas inom 20 år. För de som kommer från ett annat land än de nordiska tillkommer en extra dimension. De har ofta svårt att göra sig förstådda eller uttala sina önskningar. Språk man lärt sig i vuxen ålder påverkas i större utsträckning än barndomsspråket. Språken kan inledningsvis blandas ihop och allt eftersom den kognitiva sjukdomen utvecklas förlorar man det senast inlärd språket allt mer.

Vid kognitiv utredning av personer med inga eller små kunskaper i det svenska språket bör en auktoriserad tolk delta. Tolken ska inte träffa personen den ska tolka för innan utredningen och det är viktigt att sjukvårdspersonalen har ett samtal med tolken innan utredningen startar, för att komma överens om tolksituationen samt undvika att information utbyts utan att sjukvårdspersonal är närvarande. Om personen har en låg utbildningsnivå och/eller annan kulturell bakgrund bör sjukvården använda skattningsinstrumentet RUDAS (The Rowland Universal Dementia Assessment Scale) [7] istället för annan kognitiv screening som ej justerar för låg utbildning och/eller annan kulturell bakgrund.

Intellektuell funktionsnedsättning och kognitiv sjukdom

Intellektuell funktionsnedsättning

Tidigare användes begrepp som begåvnings- eller förståndshandikapp. I diagnostiska sammanhang används numera psykisk utvecklingsstörning eller intellektuell funktionsnedsättning. Intellektuell funktionsnedsättning är det begrepp som i dag används internationellt och på liknade sätt talar man i andra sammanhang om fysisk funktionsnedsättning och kognitiv funktionsnedsättning.

Personer med intellektuell funktionsnedsättning är en mycket heterogen grupp. Utöver intellektuell funktionsnedsättning har många även andra funktionsnedsättningar, som till exempel rörelsenedsättning, cerebral pares, diagnos inom autismspektrum, epilepsi eller en syn- eller hörselnedsättning. Det finns olika grader av intellektuell funktionsnedsättning, som innebär allt från en mycket svår funktionsnedsättning, till att personen med visst stöd kan leva ett självständigt liv.

Gemensamt för dessa personer är högre sjuklighet och ökad sårbarhet med mindre marginaler för att klara ytterligare påfrestningar, speciellt vid flerfunktionsnedsättning. Denna samsjuklighet medför komplexa vård- och omsorgsbehov som ska tillgodoses gemensamt av landstingets och kommunens aktörer. Därför behövs ökad kunskap om samsjuklighetens konsekvenser hos samtliga involverade i personens vård- och omsorgsprocess, inklusive beslutsfattare och handläggare. Detta avsnitt fokuserar enbart på den kognitiva sjukdomsaspekten hos de med intellektuell funktionsnedsättning.

Ökad risk för kognitiv sjukdom vid intellektuell funktionsnedsättning

Personer med intellektuell funktionsnedsättning har till följd av bättre medicinering, hjälpmedel och god omvårdnad längre livslängd än tidigare. Hur personer med intellektuell funktionsnedsättning åldras är högst individuellt. Med stigande ålder ökar risken att insjukna i kognitiv sjukdom, det gäller såväl för personer med intellektuell funktionsnedsättning som resten av befolkningen. Målgruppen har dessutom större risk än andra att drabbas av kognitiv sjukdom och med debut i yngre ålder [8].

Kognitiv sjukdom vid intellektuell funktionsnedsättning har vissa särdrag

Symtom som hos andra ofta kommer senare i sjukdomsutvecklingen kan vara ett tidigt tecken på kognitiv sjukdom hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Personen kan t ex bli tillbakadragen, få humörsvängningar, drabbas av inkontinens, få sämre förmåga att klara sig i dagliga aktiviteter (t ex vid hygien, klädsel, hushållssysslor). Personer med intellektuell funktionsnedsättning brukar även få störd dygnsrytm relativt tidigt i sjukdomsförloppet.

Vem ansvarar för utredningen av kognitiv sjukdom vid intellektuell funktionsnedsättning?

Personer med intellektuell funktionsnedsättning bör främst utredas i sin närmiljö där personen är känd sedan tidigare. Att upptäcka kognitiv sjukdom vid intellektuell funktionsnedsättning försvåras av att personens kognitiva förmågor redan är nedsatta från början. I och med att förmågan att göra sig förstådd är begränsad ställs ökade krav på omgivningen att kompensera för detta och bidra med information.

Husläkaren eller husläkarmottagningen där den enskilde är listad ansvarar primärt för utredningen. Kommunens hälso- och sjukvård (sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut), LSS-boende, daglig verksamhet och närstående bör bidra med underlag. Exempelvis kan boendepersonal och närstående delge ansvarig läkare och andra aktörer en levnadsbeskrivning och en checklista som beskriver personens funktions- och aktivitetsnivå. Om

personen varit i kontakt med landstingets habiliteringsverksamhet kan även de bidra med underlag t ex journalutdrag. Vid behov kan specialiserad minnesenhet konsulteras. Med hänsyn till målgruppens samlade sjukdomsbild bör man dock beakta om vissa undersökningar bör undvikas, t ex röntgen av hjärnan, för att inte skapa obehag och stress för den enskilde.

Kartläggningsverktyg vid intellektuell funktionsnedsättning

Utredning av kognitiv sjukdom har länge försvårats av att specifika diagnostiska instrument vid intellektuell funktionsnedsättning saknats. I dag finns särskilda verktyg för screening och utredning som har utvecklats och bör användas vid utredning för målgruppen.

Tidiga tecken är ett exempel på kartläggningsverktyg som kan användas vid intellektuell funktionsnedsättning. Kartläggning ska startas när personen befinner sig i en stabil fas i livet. Lämplig ålder beror på graden av intellektuell funktionsnedsättning. Vid Downs syndrom bör första kartläggningen ske vid 35 år. Därefter görs en årlig uppföljning i första hand av personal på LSS-boende. Mer information om *Tidiga tecken* finns på Svenskt Demenscentrums hemsida. www.demenscentrum.se

Bo kvar hemma

Den som utvecklar kognitiv sjukdom och bor i en LSS-gruppboende bör inte behöva flytta till ett äldreboende. Däremot kan flytt ibland vara nödvändig. Byte av bostad gör att personen i regel försämras och på ett ordinärt äldreboende har personalen sällan kunskap om hur man stöttar personer med intellektuell funktionsnedsättning. Anpassning av bostadsmiljön kan bidra till att underlätta i vardagen.

Kognitiv sjukdom vid Downs syndrom

Medellivslängden för personer med Downs syndrom har ökat dramatiskt till för närvarande 60 år tack vare medicinsk behandling av bl.a. hjärtfel, epilepsi, ämnesomsättningsrubbningar och psykiatriska symtom samt en bättre omvårdnad. Många utvecklar kognitiv sjukdom av alzheimer typ eftersom de har en extra kromosom 21 vilket kodar för det protein som tros vara en av huvudorsakerna till Alzheimers sjukdom. Nya uppskattningar talar för att ca 5% har kognitiv sjukdom vid 40-års ålder och ca 50% vid 60-års ålder. Erfarenheten visar att kognitiv sjukdom har ett tre gånger snabbare förlopp vid Downs syndrom. Inom hälsovården är det svårt på endast kliniska grunder och frågor skapa en uppfattning runt svårigheterna hos patienter med Downs syndrom. Det är därför mycket viktigt att tillvarata berättelsen hos närstående och personal. Utredningen kan ske inom primärvården med konsultation på specialistmottagning. Man skall också sträva efter att undvika evighetsmedicinering. Varje insats och varje insatt medicinering ska utvärderas noga. Individer med Downs syndrom mår bäst av att få bo kvar i samma boende, men personalen behöver mer resurser både vad gäller utbildning, handledning och omvårdnad [8].

Akut konfusion

Definition

Konfusion är en akut störning av medvetandet (d v s grumlad förmåga att uppmärksamma omgivningen med minskad förmåga att fokusera, vidmakthålla eller skifta uppmärksamheten) med förändringar av kognition och perception. Störningen utvecklas under kort tid (vanligen timmar eller dagar) och tenderar att fluktuera under dygnets lopp. Den har en utlösande orsak.

Punkt 1 och 2 samt 3 eller 4 krävs för diagnos enligt Confusion Assessment Method, CAM [9].

1. Akut debut och fluktuerande förlopp
2. Störning i uppmärksamhet (har svårt att fästa uppmärksamheten)
3. Splittrad tankeförmåga (osammanhängande eller irrelevant tal)
4. Förändrad medvetandegrad/vakenhetsgrad (överkänslig, dåsig, medvetlös)

Hur vanlig är konfusion?

Upp till 30% av patienterna inom slutenvården drabbas, mörkertalet är dock stort. Tillståndet är allvarligt med hög morbiditet och mortalitet. Alla kan drabbas men hög ålder och svaghet ökar risken, t ex vid kognitiv sjukdom. Stora variation i frekvens och incidens har rapporterats. Utan riskfaktorer är förekomsten hos personer över 65 år beräknad till 5–10%. I riskgrupperna har olika studier visat motsvarande siffror på 25–50%. Hälften av de konfusoriska patienterna diagnostiseras aldrig (inklusive de som får felaktig diagnos). Detta betyder att på sjukhusen och äldreboendena vistas ett flertal människor som lider av ett plågsamt och allvarligt tillstånd, vilket – om det uppmärksammas – ofta kan botas eller lindras. Om inte, leder konfusion i 10–30% av fallen till döden och lika ofta till långvarig institutionalisering enligt flera undersökningar.

Riskfaktorer och orsaker

De viktigaste riskfaktorerna är hög ålder, kognitiv svikt, kognitiv sjukdom, stroke, syn- eller hörselnedsättning, tidigare konfusionsepisoder, högt läkemedels- eller alkoholintag, depression och ångest, sömnbrist samt stora och stökiga vårdmiljöer.

En mängd olika orsaker kan utlösa konfusion. De flesta sjukdomar kan utlösa konfusion, särskilt hos känsliga individer, och i alla åldrar. Den utlösande faktorn hos yngre är vanligen ett stort trauma medan en mindre belastning kan utlösa konfusion hos äldre, i synnerhet bland dem med kognitiv störning eller kognitiv sjukdom.

Trauma såsom fallskador och operationer samt infektioner är de vanligaste orsakerna. Även hjärtinfarkt, stroke, undernäring, intorkning, urinstämma och förstoppning är vanliga, liksom ogynnsam effekt av läkemedel (bland andra läkemedel med antikolinerga biverkningar, lugnande läkemedel, smärtstillande läkemedel, antiepileptiska läkemedel, steroider), depression och krisreaktioner vid närståendes död eller sjukdom samt miljöförändring.

Om konfusion - Symtombild

Den konfusoriske patienten befinner sig i ett inre kaos med bristande förmåga att orientera sig och förstå omgivningen och andras beteenden. Detta leder antingen till avskärmning (hypoaktivitet) eller rastlöshet med ångest och aggressivitet (hyperaktivitet), ofta omväxlande med varandra. Sömn- och vakenhetscykeln är störd. Patienten misstolkar ofta verkligheten och kan ha hallucinationer. Tanke- och talförmågan blir ofta splittrad och oorganiserad. Ibland kan skakningar, stelhet eller slapphet uppstå.

Hyperaktiv	Hypoaktiv
Vandrar runt, rastlös, plockig Låg impuls kontroll	Mer frånvarande Långsam, ofta lugn
Verbala aktiviteter	Mumlar för sig själv Undviker ögonkontakt
Snabba kast i uppmärksamhet Oro och rastlöshet	Minskad aktivitet Ligger stilla i sängen
Utåtagerande Aggressiv, oförstående, hotfull	Oupptäckta hallucinationer Ångest, obehag
Agerar planlöst och oförutsett	Vill inte äta eller dricka
Vänder på dygnet	Drar sig undan Besvårar ingen

Behandling

Behandlingen vid konfusion är flerfaldig. Behandlingsstrategin bör ske i tre steg. Första steget är kausal behandling, medicinska orsaker som ligger bakom måste åtgärdas. Steg två är god omvårdnad. Steg tre är läkemedelsbehandling, d v s i sista hand. Justering av aktuella läkemedel, insättning av antibiotika, smärtbehandling och eventuella sömnmedel tillhör steg ett.

För screening av konfusion och kognitivnedsättning finns bedömningsinstrument 4AT. Vid ≥ 1 poäng finns indikation på akut konfusion. Vid tveksamhet mellan akut konfusion och kognitiv sjukdom, behandlas konfusion först.

Många patienter med konfusion skrivs ut innan de är helt återställda. Om konfusion kvarstår under flera månader bör eventuellt underliggande kognitiv sjukdom utredas.

Omvårdnad

Bemötande – Kommunikation	Gott bemötandet och omhändertagandet är av största vikt. Kommuniera enkelt och tydligt. Ge ett besked åt gången. Samtala så att det som sägs inte misstolkas, skapar fantasier eller uppfattas som konspiratoriskt eller hotfullt. Undvik onödig konfrontation.
Mänsklig närvaro	Uppmana närstående att göra patienten sällskap. De närståendes närvaro har ofta stor betydelse och underlättar därmed för alla parter.
Glasögon/Hörapparat	Se till att patienten använder sina glasögon och hörapparat. Välputsade glasögon och en fungerande hörapparat underlättar att intrycken tolkas rätt.
Orientera – Reorientera	Reorientering handlar om att hjälpa patienten att förstå sammanhanget och att bli reorienterad till tid, plats, situation och person samt att flytta fokus från eventuella synvillor och hallucinationer.
Mobilisering/Sitta upp	Dagliga promenader och att få sitta upp i sängen hjälper patienten att orientera sig i miljön till skillnad mot att ligga och titta i ett vitt tak.
Sömn – Vila	Normalisera dygnsrytmen är viktigt. Störningar i sömnmönstret kan vara ett tidigt tecken på att ett konfusionstillstånd håller på att utvecklas. God sömn har därför stor betydelse för att förebygga och lindra konfusions-tillstånd. Vid konfusion kan man ofta se en symtomförstärkning kvällen och nätter med ökad oro och törningar i tids-, rums- och personuppfattningen. Nattpersonalens observationer är viktiga.
Näring/Vätskebalans och Tarm/Blåsa	Se till att den sjuke får tillräckligt med vätska och näring och att naturliga kroppsfunktioner fungerar. Mat och tryck bör registreras och bladderscanning kan bli aktuellt.

Skyddsåtgärder

En åtgärd anses som skyddsåtgärd förutsatt att patienten samtycker till åtgärden och syftet med åtgärden är att skydda, stödja eller hjälpa patienten. Tvångs- och begränsningsåtgärder är enligt gällande regelverk inte tillåtet i vården. Undantag finns för nödvärnssituationer.

Diagnoskod ICD-10 för konfusion (delirium)	
Diagnos	Kod i ICD-10
Delirium utan underliggande demenssjukdom	F05.0
Delirium med underliggande demenssjukdom	F05.1
Annat specificerat delirium	F05.8
Delirium, ospecificerat	F05.9

BPSD

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) är vanliga när förmågan att förstå och tolka det som händer blir allt mer nedsatt. BPSD innefattar psykiska symtom som ångest och nedstämdhet, psykotiska symtom som hallucinationer och vanföreställningar samt beteendestörningar som aggressivitet, agitation, passivitet, rastlöshet och vandrande. Symtomen kan variera och beror på flera olika orsaker.

Många symtom är reaktioner på ej individanpassat bemötande eller att den sjuke tolkar bemötandet felaktigt. Dessa personer är också på grund av sjukdomen mer stresskänsliga och reaktionerna kan därmed vara helt adekvata ur deras synvinkel. God omvårdnad och en väl fungerande vårdmiljö är grunden men i vissa situationer är medicinering nödvändig. Läkemedelsbehandlingen måste liksom omvårdnadsåtgärder utvärderas noggrant. Det är den sjukes välbefinnande och livskvalitet som sätter betyg på vårdens kvalitet.

Ur den sjukes synvinkel är beteendet ett adekvat och logiskt svar på stundens upplevelse. Beteendet färgas också av tidigare livserfarenheter och personlig läggning varför livshistorien är viktig att känna till. Misstänksamhet och svartsjuka kan böttna i tidigare kriser i livet men är också mycket vanliga symtom. Att vilja "gå hem" är vanligt. Ofta betyder inte detta bokstavligt att den sjuke vill gå hem till sig utan att den sjuke kanske vill slippa en "värld" som är obegriplig och istället vill känna trygghet som hemmet symboliserar.

En förutsättning för god och personcentrerad omvårdnad är att personalen har ett professionellt förhållningssätt som vilar på etisk grund. Det ska ges möjlighet till utbildning som är långsiktig och kombineras med praktisk träning, handledning och feedback. Utbildningen kan ge kunskap om det normala åldrandet, kognitiv sjukdom och god beredskap för att kunna hantera vanliga symtom.

Utredning

Eventuella bakomliggande orsaker till symtomen behöver utredas och åtgärdas.

- Kartläggning och beskrivning över symtom personen uppvisar, hur, när och var de yttrar sig. Uppstår det vid någon speciell situation? Någon specifik tid på dygnet? Vid ett visst stimuli?
- Bedömning av personens möjlighet att få sina basala behov tillfredsställda (sömn, mat, smärtlindring)
- Bedömning av omgivande miljö och interaktion med personal och närstående
- Medicinsk utredning inklusive bedömning av fysiskt och psykiskt status
- Genomgång av läkemedel och utsättning av läkemedel med ogynnsam effekt

Handläggning

Optimera vårdmiljö och bemötande. Se över anpassningen av den fysiska miljön, ökad fysisk aktivitet, utbildning och handledning för omvårdnadspersonal/närstående. Se över realistiska förväntningar på personen med hänsyn till svårigheter i kommunikation, orientering, tolkning av sinnesintryck, i första hand handlar det om icke-farmakologiska åtgärder.

Farmakologisk behandling vid BPSD

Se även www.viss.nu, Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer [10] och de nationella riktlinjerna [3].

I de fall där de icke-farmakologiska åtgärderna inte har haft någon effekt och där symtomen orsakar lidande för patienten kan det bli aktuellt med specifik läkemedelsbehandling. Även farmakologisk behandling av kognitiva symtom med kolinesterashämmare och memantin vid Alzheimers sjukdom, bör föregå specifik läkemedelsbehandling vid BPSD eftersom detta även kan ha positiva effekter på BPSD.

Vid depressiva symtom kan man pröva SSRI-preparat eller mirtazapin. SSRI-preparat kan även provas vid oro och aggressivitet. Vid uttalad ångest och oro kan man pröva oxazepam under en kortare tid och det bör utvärderas med korta intervaller. Klometiazol kan inom slutenvården, provas till natten vid konfusion och samtidigt sömnstörning. I undantagsfall kan man vid svåra psykotiska symtom eller uttalad aggressivitet pröva andra generationens antipsykotiska läkemedel i låga doser. Behandlingen är olämplig vid Lewykroppstyp och vid kognitiv sjukdom Parkinsonstyp.

Vid all läkemedelsbehandling vid BPSD är det viktigt att regelbundet utvärdera effekt och biverkningar och att eftersträva kort behandlingstid.

Prevention

Riskfaktorer

Den enskilt största riskfaktorn för kognitiv sjukdom är hög ålder. Därtill kommer kroppsliga riskfaktorer i form av diabetes mellitus, högt blodtryck, hjärtkärlsjukdom, stroke, övervikt, undernäring samt levnadsvanor som rökning, missbruk samt nedsatt fysisk och social aktivitet. Även stress, och psykisk ohälsa har identifierats som riskfaktorer för att utveckla kognitiv sjukdom

Vetskapen om dessa faktorer medför att man på ett samhällsplan har möjligheten att planera för prevention genom att rikta insatser mot utbildning och bättre behandling av stroke bland annat då kognitiv sjukdom är vanligare bland personer med låg utbildning och hjärt-kärlsjukdomar.

Folkhälsoinsatser

Nya studier visar idag på att antalet nyinsjuknade fall av kognitiv sjukdom förefaller minska. Det är studier gjorda i Sverige och man tror att orsakerna bakom är en minskad förekomst av stroke, högre utbildningsnivå och mer motion hos de äldre. Dock ökar gruppen äldre personer vilket medför att antalet personer med kognitiv sjukdom fortfarande kommer att öka.

Prevention av kognitiv sjukdom är idag mer multimodalt och riktar in sig på flera olika insatser för att uppnå bästa möjliga effekt. Det förefaller idag svårt att helt förhindra sjukdom utan målet är snarare att istället skjuta på insjuknandet ett antal år. FINGER-studien är det första storskaliga försöket att undersöka multimodala insatser för prevention av kognitiv sjukdom hos personer med ökad risk och görs i samarbete mellan europeiska

länder, USA och Kina bland annat. I studien använder man motion, kognitiv och social stimulering, kontroll av vaskulära faktorer samt näringslära för att se hur man på bästa sätt kan påverka insjuknandet i kognitiv sjukdom [11].

Kost, fysisk aktivitet och alkohol

I FINGER-studien rekommenderas fysisk aktivitet 3-5ggr/vecka och ca 30min/tillfälle. Den bör bestå både av styrketräning och uthållighetsträning men det viktiga är att hitta en träningsform som passar den enskilde individen. Detta för att öka sannolikheten att den utförs. Det är även fokus på kostens vikt för att främja hjärnhälsan och den bör innehålla grönsaker, bär, frukter och fibrer [12].

En viktig del av preventionen är även att undvika sådant som är skadligt för oss. 2018 kom Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin ut med en rapport gällande alkohol-konsumtion och risknivåer. I den sammanfattar man att det är svårt med generella råd gällande hur mycket alkohol en enskild individ kan dricka utan risk för skada och därför bör sådana råd ges med försiktighet. Således bör man alltid eftersträva devisen ”ju mindre ju bättre” samt att risken för skada ökar hos personer med kognitiv sjukdom [13].

Primärprevention

Primärprevention innebär att förebygga sjukdomar och att behandla riskfaktorer. Den stora utmaningen när man utformar interventionsprogram är att nå de grupper som är i störst behov av insatser. För att nå ut till olika riskgrupper är personliga kontakter mest effektivt. Det kan ske genom uppsökande verksamhet eller via formella nätverk (t ex distrikts-sköterska, husläkare och hemtjänstpersonal) och informella (t ex grannar, vänner och pensionärsorganisationer).

Utredning av kognitiv sjukdom

Utredning av kognitiv sjukdom ska ske evidensbaserat enligt Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2017 från Socialstyrelsen [3].

Varför utreda och behandla?

Att drabbas av kognitiv funktionsnedsättning är en tragedi för den sjuke och dennes närstående. Alla med misstänkt kognitiv funktionsnedsättning ska därför utredas så tidigt som möjligt. Lika viktigt som att bekräfta en eventuell kognitiv sjukdom är att få reda på att man inte har sjukdomen och att problemen har en annan förklaring.

Den kognitiva sjukdomen är kronisk och patienterna kan leva i tiotals år med sin allt mer handikappande sjukdom. De har rätt att få veta allt man vet om sjukdomens art och natur och vad de har att vänta sig i framtiden. Det krävs information och stöd till de drabbade familjerna. För att detta ska bli möjligt krävs en noggrann utredning.

Vanligen söker patienterna själva eller via sina närstående för t ex minnesproblem/kognitiva problem. Men även nydebuterade personlighetsförändringar hos medelålders och äldre

personer bör föranleda en bedömning av om en kognitiv sjukdom föreligger. Det är viktigt att vara observant på tecken på kognitiv funktionsnedsättning hos personer som söker för andra åkommor såsom oklar trötthet, nedstämdhet och kroppsliga uttryck för oro. En del har inte insikt om sina svårigheter och det är viktigt att som sjukvårds- eller omvårdnadspersonal reagera på tecken på glömska eller förvirring. Detta kan vara svårt och kräver uppmärksamhet och kunskap om dessa tillstånd.

Syftet med utredningen är att nå fram till:

- Diagnos enligt gällande kriterier samt aktuell svårighetsgrad av den kognitiva funktionsförmågan.
- En objektiv beskrivning av patientens funktions och aktivitetsförmåga och sociala situation.
- Specifik behandling vid demens av Alzheimerstyp, Parkinsondemens eller Levykroppsdemens.
- En beskrivning av omständigheter som kan färga, förstärka eller kompensera sjukdomens yttringar.
- Behandling av symtom och komplikationer av demenssjukdomen samt behandling av patientens övriga sjukdomar
- SIP dvs Samordnad Individuell Planering, i förekommande fall med alla berörda vårdgivare samt utfärdande av intyg och utlåtanden
- Information till patienten och anhöriga om diagnos, ärftlighet, förlopp och prognos
- Råd om bemötande och förhållningssätt till anhöriga och framtida vårdgivare
- Stöd till patienten och/eller anhöriga

Vem kan initiera en utredning?

Initiativet till en utredning tas ofta inom primärvården via patienten själv, närstående, hemtjänst eller andra. Att upptäcka tidiga symtom vid kognitiv sjukdom är svårt. Det är bl a vanligt att subjektiva (självupplevda) minnesstörningar förekommer hos äldre (50–80 %). Vi vet att minnesstörningar även förekommer vid kroppslig sjukdom och depression.

Hur utreds patienten?

Den basala utredningen, som i de flesta fall bör göras i primärvården, syftar till att kartlägga patientens livsomständigheter och utesluta behandlingsbara sjukdomar som depressioner, kroppsliga sjukdomar som ämnesomsättningsrubbningar, bristtillstånd, infektioner, hjärntumörer och normaltryckshydrocefalus, samt att fastställa diagnos.

Basal utredning

Den basala utredningen inleds med upptagande av anamnes (historien om patienten och sjukdomsutvecklingen) via patient och närstående (heteroanamnes). Detta kan behöva ske vid mer än ett tillfälle. På grund av att en del patienter har nedsatt sjukdomsinsikt och att patientens uppfattning om problemen kan skilja sig från närståendes uppfattning och detta ibland kan skapa konflikter är det lämpligt att försöka få anamnestiska uppgifter från närstående utan att patienten är med. Många närstående vill inte heller tala öppet inför patienten för att inte såra eller kränka hen. Dessa krav på anamnesupptagande gör att man bör beräkna 1–1,5 tim. tidsåtgång vid första besöket (beroende på hur mycket man redan känner till om exempelvis patientens tidigare och nuvarande sjukdomar).

Vad som också måste betonas är att många äldre har nedsatt syn och hörsel, varför detta eventuellt bör undersökas innan en utredning. Dessutom försämras patienternas kognitiva funktioner även av till synes lindriga kroppsliga komplikationer som urinvägsinfektion, urinstämma, förstoppning, lättare hjärtsvikt mm. Det är därför viktigt att patientens hela kroppsliga status undersöks och i förekommande fall behandlas.

När den basala utredningen är klar och utredning och behandling av eventuella behandlingsbara tillstånd gjorts tas ställning till remittering för utvidgad utredning (se remissinnehåll sid 31). I vissa fall behövs ej differentialdiagnos (utvidgad utredning), t ex en multisjuk patient med symtom på kognitiv sjukdom, där en bra anamnes finns och annan bakomliggande orsak utesluts. Vid behov, rådgör med specialistmottagning.

Om patienten ej remitteras vidare ska:

- En sammanfattning med utredningsresultat, hjälpbehov och planerad uppföljning skrivas och delges berörda parter
- Information om stöd via kommunen ges och vid behov individuell vårdplanering genomförs
- Intyg skrivas (se sid 32)

Utredningens innehåll

Debut - duration

- När började symtomen?
- Plötslig debut eller gradvis försämring?
- Hur har symtomen utvecklats?

Heteroanamnesens innehåll

- Kontaktdorsak Uppgiftslämnare Hereditet (ärftlighet)
- Civilstånd, yrke/utbildning, barn, boende, hemtjänst, alkohol/droger, rökning, körkorts- och/eller vapeninnehav
- Tidigare sjukdomar (Somatiska, neurologiska, psykiatriska)
- Aktuella sjukdomar/symtom och aktuell medicinering. Speciellt sjukdomar som ger liknande symtom som vid kognitiv sjukdom, t ex depression, konfusion, hypothyreos, neurologiska symtom, tecken på normaltryckshydrocefalus, borreliainfektion med flera hjärninfectioner, hjärtkärlsjukdom, diabetes.
- Naturliga funktioner (Inkontinens, förstoppning)
- Psykiskt status (Grundstämning, emotionell och formell kontakt, psykostecken, hallucinationer, vanföreställningar)
- Påverkas patientens sociala funktion av de kognitiva problemen och på vilket sätt kan patienten sköta sitt arbete, sin ekonomi och sociala kontakter?

Kognitiva symtom

Minnesstörning	När sviktar minnet? I vilka situationer? I vilken grad används strategier?
Spatial störning	Finns tecken på bristande rumsuppfattning? Kan patienten orientera sig i sin omgivning? I sitt hem? Har patienten någonsin gått vilse?
Afasi	Ordsökningsproblem – använder orden fel – svårigheter att förstå ord i tal och skrift
Apraxi	Svårigheter att utföra tidigare inlärd färdigheter eller att utföra vardagliga handlingar – kan ej klä sig rätt – klarar inte att använda föremål som telefon, verktyg, hushållsapparater, rakapparat
Agnosi	Bristande förmåga att varsebli och känna igen föremål trots bevarad syn, hörsel och känsel känner inte igen föremål och därför ej hur de ska användas – förstår ej att ljudet kommer från dammsugaren och tror det är något farligt – öppnar ej när dörrklockan ringer
Exekutiva störningar	Bristande förmåga att sortera intryck, planera och genomföra något, bedöma effekten av handlingar och olika alternativ
Personlighetsförändring	Ändrade intressen, ändrat socialt beteende, omdömeslöshet, känslomässig avflackning, aggressivitet, försämrad impuls kontroll

Prover och undersökningar

EKG, CT hjärna. På röntgenremiss kan förslagsvis skrivas: "Demensutredning enligt demensprotokollet". För stöd i tolkning av svar se bilaga Visuell skattning.

Labprover: Hb, MCV, LPK, TPK, CRP, blodsocker, kreatinin, elektrolytstatus, kalcium, albumin, leverprover, TSH, T4, (homocystein), B 12, folat, D-vitamin. Ev. läkemedelskoncentration ev. CDT alt. Peth

Somatiskt status (kroppundersökning inkl. neurologstatus, syn och hörsel).

Kognitiv undersökning

Testas med MMSE-SR (Mini Mental State Examination Svensk Revidering) eller MoCA (Montreal Cognitive Assessment) och klocktest. Det är viktigt att en person som är väl förtrogen med undersökningsmetoden utför den och följer instruktionen.

Personer med annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå bör testas med RUDAS (The Rowland Universal Dementia Assessment Scale) [7].

Funktionsbedömning

Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga av arbetsterapeut bör erbjudas personer med misstänkt kognitiv sjukdom. Bedömningsinstrument kan vara ADL-taxonomin, AMPS [14] eller motsvarande.

Psykiisks status

- Geriatric Depression Scale (GDS 20) [15]
- PHQ-9 [16]

Vid tveksamhet om vilka prover och undersökningar som ska göras, bör samråd ske med läkare vid kognitiv mottagning/minnesmottagning.

Behandling

- Ta ställning till sjukdomsspecifik farmakologisk behandling
- Ta ställning till farmakologisk behandling av sekundära symtom såsom depression eller BPSD-symtom

Vid behov utfärda intyg och utlåtanden

- Läkrintyg för godman/förvaltare
- Utlåtande/diagnosintyg till biståndsbedömare/handläggare i kommunen med patientens samtycke
- Anmälan till Transportstyrelsen angående eventuell medicinsk olämplighet att inneha körkort (i tveksamma fall kan patienten remitteras till Trafikmedicin vid Tema Åldrande, Karolinska Universitets Sjukhuset, Huddinge)
- Läkrintyg för färdtjänst
- Anmälan till polismyndighet om hinder för innehav av skjutvapen.

Innehåll remiss till specialistmottagning

Remiss till specialistmottagning kan skrivas när den basala utredningen är komplett men det fortfarande råder osäkerhet kring diagnos. Den ska då innehålla:

- Debut
- Duration
- Provsvar
- Kognitiv status
- Resultat från funktionsbedömning
- Alkoholvanor (vid överkonsumtion krävs 2 mån nykterhet av alkohol/droger)
- Kontaktuppgifter till närstående

Remiss för utvidgad minnesutredning godkänns i regel ej om en eller flera av nedanstående punkter föreligger

- *Icke komplett basalutredning*
- *För högt alkoholintag*
- *Ej i sitt habitualtillstånd (t ex patienten är inneliggande)*
- *Labprover för gamla (över 3 mån)*
- *Röntgensvar för gamla (över 6 mån)*
- *Depressiva/psykiatriska besvär ej uteslutna som orsak*

Utvidgad utredning

Utvidgad utredning sker vanligtvis vid minnesmottagning/kognitiv mottagning på geriatrisk klinik.

Exakt vilka utredningsmoment som ingår är individuellt, nedan följer en lista på de utredningsmoment som kan ingå.

- Utförlig kognitiv bedömning/neuropsykologisk undersökning
- Funktionsbedömning av arbetsterapeut
- Bedömning av behov av hjälpmedel, larm, bostadsanpassning, mm
- Bedömning av komplicerande faktorer, - psykiska och somatiska, social situation, relationsproblem och avvikande beteende
- Bedömning av lämplig vårdnivå, samordnad individuell planering (SIP, se nedan), i förekommande fall gemensam för huvudmännen (2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL
- I förekommande fall behandlingsstrategier, specifik farmakologisk behandling, behandling av beteendestörning

Utredningen kan kompletteras med:

- Utvidgade labprover
- Analys av biomarkörer i cerebrospinalvätska (Betaamyloid, kvot Betaamyloid 42/40, total Tau- och fosfo-tau, neurofilament).
- MRI med frågeställning enligt Demensprotokollet (Fazekas, MTA, GCA och PA)
- FDG PET vid misstanke om FTD eller Lewykroppstyp
- Ev. EEG – vid frågeställning epilepsi, Lewykroppstyp

Övriga specialuppdrag vid högspecialiserad minnesmottagning/kognitiv mottagning/slutenvårdsenhet på geriatrisk klinik

- Yngre patienter med möjlighet till snabbspår (se avsnittet Yngre personer med kognitiv sjukdom)
- Utredning i slutenvård
 - Trots att en allt större andel av utredningarna kan ske i öppna vårdformer kommer en mindre andel av patienterna att behöva utredas i slutenvård. Dessa är patienter med vissa somatiska handikapp, socialt svår situation samt oklara differential-diagnostiska fall, där det krävs särskild observation av patienten. En annan grupp som bör utredas inlagda är de med akut konfusionstillstånd i samband med kognitiv sjukdom. Patienter som har svåra beteendestörningar, till exempel vid frontotemporal typ eller där patienten på grund av sin grundsjukdom utvecklat svåra psykiatriska symtom, kräver speciellt omhändertagande och vård vid särskild klinik.
- Övrig verksamhet
 - Ansvar för
 - Att följa och implementera aktuell forskning
 - Att delta i kliniska studier
 - Att bedriva utvecklingsarbete
 - Att bedriva undervisning/handledning
 - Att vid behov utföra genetisk utredning
 - Att utveckla patient- och närståendestöd

Juridik

God man

Vem kan få god man?

God man kan den person få som på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person. En god man kan förordnas för alla tre delarna (vilket är det vanligaste) eller för någon av delarna. Den enskildes hjälpbehov avgör uppdragets omfattning. Det är tingsrätten som fattar beslut om anordnande av godmanskap.

Det är frivilligt att ha god man. Ingen kan få en god man mot sin vilja och godmanskapet förutsätter både samtycke och samarbete. Förstår inte den enskilde vad saken gäller och därmed inte heller kan lämna sitt samtycke så kan dock samtycket ersättas med ett läkarintyg.

Upphörande av god man

Godmanskap ska endast finnas så länge behovet finns. Beslut om upphörande fattas av tingsrätten. Samma krets som är behörig att ansöka om god man är även behöriga att ansöka om upphörande av godmanskap [17].

Förvaltarskap

Förvaltarskap är en tvingande åtgärd och kan därför anordnas utan samtycke från den enskilde eller dennes närstående. Ett förvaltarskap innebär ett stort ingrepp i den enskildes rättshandlingsförmåga och ska därför användas endast i undantagsfall, när ett godmanskap inte är tillräckligt.

Vi förvaltarskap förlorar den enskilde sin rättshandlingsförmåga inom ramen av förvaltarskapets omfattning. Det kan till exempel innebära att den enskilde inte kan ta ut pengar från sina konton, ingå avtal eller i övrigt råda över sin egendom.

Ett förvaltarskap kan omfatta samma delar som ett godmanskap, bevaka rätt, förvalta egendom och sörja för person. Omfattningen ska anpassas efter den enskildes behov. Det är tingsrätten som även beslutar om förvaltarskap. Vid anordnande av förvaltarskap kräver tingsrätten alltid ett läkarintyg för förvaltarskap [17].

Framtidsfullmakt

En framtidsfullmakt är en fullmakt som någon ger en fysisk person till exempel en närstående för att företräda hen.

En framtidsfullmakt börjar gälla när personen i fråga inte längre kan ta hand om sina angelägenheter på grund av att hen blir fysiskt sjuk, får en psykisk störning eller liknande. Tanken med en framtidsfullmakt är att den ska vara ett alternativ till att utse en god man eller en förvaltare och kan ge enskilda personer större integritet och självbestämmande i sina egna ekonomiska och personliga angelägenheter. För mer information se föräldrabalken (1949:381).

Körkort

Bestämmelser om körkortsinnehav vid kognitiv sjukdom finns i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort (TSFS 2013:2, 10 kap.) Läkare är skyldiga att anmäla till Transportstyrelsen om en patient, av medicinska skäl, bedöms vara olämpliga att inneha körkort. Fortsatt körkortsinnehav i grupp I (AM, A och B-behörighet) är inte uteslutet vid kognitiv sjukdom, förutsatt att sjukdomen är av lindrig grad och att omdömet är förhållandevis intakt. En uppföljande bedömning av lämplighet bör ske åtminstone årligen. Tätare uppföljningsintervall rekommenderas vid misstanke om snabb progression.

Innehav av högre körkortsbehörigheter (C och D, d v s behörigheter för lastbil och buss) är däremot inte tillåtet. Medelsvår och svår kognitiv sjukdom utgör i sig hinder för körkortsinnehav och ska alltså inte föranleda någon ytterligare utredning av körkortslämpligheten. Läkaren ska vara särskilt observant på om personen har visuospatials svårigheter, exekutiva problem, svårigheter med uppmärksamhet och om personen har insikt i sin sjukdom. Uppgifter om försämrad körförmåga och olyckor/trafikincidenter är också av betydelse. Patienten ska informeras om att anmälan kommer att göras. Anmälan till Transportstyrelsen ska undertecknas av specialistläkare och det är Transportstyrelsen som fattar beslut om det fortsatta körkortsinnehavet.

Om läkaren bedömer att fortsatt körkortsinnehav kan tillstyrkas vid lindrig kognitiv funktionsnedsättning/kognitiv sjukdom av lindrig grad, bör ett intyg skickas till Transportstyrelsen (med kopia till patienten) med uppgift om detta och rekommendation att körkortsinnehavet förenas med villkor om läkarintyg efter ett år. Transportstyrelsen kommer då att påminna patienten och bevaka att uppföljningsintyget kommer in vid fastställd tidpunkt.

Skjutvapen

Kognitiv sjukdom är ett av de sjukdomstillstånd som kan utgöra ett medicinskt hinder för fortsatt vapeninnehav. Enligt vapenlagen är det läkaren sak att bedöma om en person av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen. Om så är fallet ska personen informeras om detta. Läkaren är också skyldig att göra en anmälan till polismyndigheten som sedan fattar beslut om fortsatt innehav av skjutvapen.

Behandling

Möjligheten till neuroprotektiv behandling och utveckling av läkemedel som kan ingripa i patofysiologiska processer och förhindra, eller till och med bota, sjukdomen befinner sig fortfarande på experimentellt stadium. Nedan följer nu rådande farmakologisk och icke farmakologisk behandling.

Specifik farmakologisk behandling

Lindrig kognitiv funktionsnedsättning

Kolinesterashämmare är ej indicerade. Det finns vetenskaplig evidens för att biverkningarna är större än patientnyttan

Alzheimers sjukdom med lindrig kognitiv funktionsnedsättning (diagnosticerad genom analys av biomarkörer)

Det vetenskapliga underlaget visar på en osäker effekt på utvecklingen av kognitiv sjukdom, men i undantagsfall kan de positiva effekterna av behandlingen överväga biverkningarna

Kognitiv sjukdom av Alzheimerstyp

Det finns två typer av läkemedel som är godkända för behandling av kognitiva symtom vid kognitiv sjukdom av alzheimerstyp: kolinesterashämmare vid mild till måttlig sjukdom och memantin vid måttlig till svår sjukdom.

Kognitiv sjukdom av Frontotemporal typ

Specifik behandling saknas i dag. Kolinesterashämmare och memantin är ej indicerade.

Kognitiv sjukdom av Vaskulär typ

Vid vaskulär kognitiv sjukdom kan ev ges ASA-preparat i lågdos i livslång behandling, eventuellt i kombination med dipyridol (Persantin). Behandla hypertoni men undvik alltför låga blodtryck och mät helst blodtryck i sittande eftersom det är den cerebrala genomblödningen som är avgörande för patientens symtom. Många patienter är ortostatiska. Behandla hjärtsjukdom såsom hjärtsvikt och arytmier. Överväg behandling av klaffsjukdom och hjärtledningsblock.

Kolinesterashämmare och Memantin är ej indicerade.

Blandformer av vaskulär kognitiv sjukdom och primärdegenerativ kognitiv sjukdom (t ex Alzheimers sjukdom) förekommer ofta och behandlingen ska rikta sig mot båda dessa tillstånd.

Kognitiv sjukdom av Lewykroppstyp

Kolinesterashämmare, i första hand Rivastigmin, rekommenderas p.g.a. den uttalade bristen på acetylkolin i hjärnan vid denna typ.

Memantin kan även vara ett lämpligt behandlingsalternativ.

Tillägg av L-dopa-preparat kan prövas vid uttalade parkinsonistiska symtom, men har betydande risk för biverkningar i form av ökad hallucinos och konfusion.

Vid svår hallucinos och/eller konfusion kan man pröva Quetiapin.

Kognitiv sjukdom av parkinsontyp

I princip samma behandlingsrekommendationer som vid kognitiv sjukdom av Lewykroppstyp.

Preparat

Det finns tre kolinesterashämmare donepezil, rivastigmin och galantamin. De skiljer sig åt beträffande hämningsgrad av acetylkolinesteras resp butyrylkolinesteras, farmakokinetik, metabolism, interaktioner och perifera biverkningar. Biverkningar förekommer, främst i form av gastrointestinala störningar som vanligen är övergående. Behandlingen bör erbjudas personer med mild till måttlig kognitiv sjukdom av alzheimerstyp.

Memantin är en icke-kompetitiv NMDA-antagonist som kan bidra till att minska de kognitiva symtomen och att upprätthålla den globala funktionsförmågan. Effekten varierar från person till person och det måste doseras med hänsyn till njurfunktion. Enligt nationella riktlinjerna rekommenderas att behandlingen erbjuds personer med måttlig till svår kognitiv sjukdom av alzheimertyp.

Behandlingsprinciper

Kolinesterashämmare bör sättas in så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet efter genomgången adekvat utredning. Det är en symtomatisk behandling där en fördröjning av sjukdomsförloppet (med månader till år) kan ske jämfört med obehandlade patienter. Denna effekt uppnås sannolikt bäst om behandlingen initieras tidigt, lämpligen omedelbart efter utredning och diagnos.

Utvärdering av behandlingseffekten

Enligt de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården följa upp behandlingen i samband med inställning av dos och därefter regelbundet minst en gång per år och i samband med eventuell utsättning. Utarbetade s.k. lathundar med specifika frågor till närstående/vårdare (se blankett *Utvärdering av demenssymtom* i www.viss.nu).

Behandlingsuppföljning

Patienter som genomgått utredning ska regelbundet följas upp i primärvården. Om specifik läkemedelsbehandling blivit insatt på specialistmottagning följer denna upp behandlingseffekt, varefter primärvården senare övertar kontrollerna. Tidpunkt för övertagande kan variera.

- EKG (vid pågående behandling med kolinesterashämmare), puls, blodtryck, vikt
- Behandlingseffekt –MMSE-SR, samtal med närstående
- Biverkningar
- Doshöjning/utsättande

Enligt de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten minst årligen göra en medicinsk och social uppföljning av läkemedelsbehandling, kognition, funktionsförmåga, allmäntillstånd, ev. beteendeförändringar och beviljade stödinsatser.

I förekommande fall ska en SIP finnas.

När ska behandlingen avslutas?

Behandling med kolinesterashämmare kan pågå i flera år. Vid tveksam effekt görs ett kontrollerat utsättningsförsök:

- Om patienten tydligt försämras inom 1–2 veckor ska preparatet genast återinsättas
- Om utsättningen av kolinesterashämmare inte ger tydlig försämring kan memantin övervägas för den fortsatta behandlingen

Kognitiva hjälpmedel

Förutom vanliga hjälpmedel såsom rollator, toalettförhöjare, hörsel- eller synhjälpmedel kan den som har svårt att minnas eller att hitta få hjälp av kognitiva hjälpmedel.

Behovet av kognitiva hjälpmedel bör utredas tidigt i sjukdomsförloppet. Kognitiva hjälpmedel kan underlätta vardagen för både den sjuke och närstående och ju tidigare dessa sätts in, desto lättare är det för den sjuke att vänja sig vid att använda dem. En del hjälpmedel kan förskrivas utan kostnad medan andra får man köpa själv. Oftast provar en arbetsterapeut ut hjälpmedlen vilket bör göras i hemmet och med närstående närvarande. Personen som ska använda hjälpmedlet bör också få stöd i att träna på att använda det. Detta för att underlätta uppföljningen. Arbetsterapeuten kan även ge tips om var man kan införskaffa hjälpmedlen man får köpa själv. Hjälpmedel får aldrig användas så att integriteten kränks. Uppföljning av hjälpmedlen är viktig och de lösningar som man inte längre kan använda sig av, ska tas bort eller bytas ut då dessa kan skapa onödig stress för den sjuke.

Det finns en mängd olika kognitiva hjälpmedel och vardagsprodukter som kan vara till hjälp för att underlätta tidsuppfattning och minne, medicinintag, trygghet inne och ute och kommunikation. Några konkreta exempel är dag- och nattkalendrar (förgätmigej), programmerbara elektroniskt talande klockor, fjärrkontroll till tv med stora knappar, låspåminnare, elektronisk checklista vid dörren, handdator, medicindosetter, medicinpåminnare, spisvakt, kaffebyggare med timer, golvlarmmatta, rörelsedetektor, mobila larm (komplement till vanligt trygghetslarm), enkla mobila telefoner med stora knappar och vanliga smartphones.

Rehabilitering

Personer med kognitiv sjukdom får mindre rehabilitering än andra

Socialstyrelsen har konstaterat att personer med kognitiv sjukdom får rehabilitering i mindre utsträckning än andra då kompetensen brister kring om personer med kognitiv sjukdom kan tillgodogöra sig rehabilitering, såväl för sin grundsjukdom som för andra sjukdomar.

Varför är rehabilitering viktig vid kognitiv sjukdom?

Rehabilitering vid kognitiv sjukdom kan förbättra, upprätthålla eller fördröja en försämring av funktions- och aktivitetsförmågan. Utöver fysisk funktionsförmåga inriktar sig rehabilitering vid kognitiv sjukdom även på social, psykisk, och kognitiv funktionsförmåga.

Andra sjukdomstillstånd eller skador påverkar ofta funktions- och aktivitetsförmågan kraftigt vid kognitiv sjukdom. Sjukhusvården blir ofta längre och risken för ökat vårdberoende och institutionsvård efter utskrivning ökar. En höftfraktur kan exempelvis vara den faktor som innebär att den enskilde inte längre kan bo kvar i det egna hemmet. Därför är det viktigt att även personer med kognitiv sjukdom i samband med annan sjukdom eller skada, får specifika rehabiliterande insatser redan i slutenvården, att vårdkedjan är sammanhållen, och

att teambaserad rehabilitering i hemmet fortgår efter utskrivning [18]. Då ökar chansen att en person med lindrig eller måttlig kognitiv sjukdom kan bo kvar i sitt eget boende. Personer med kognitiv sjukdom bör få en rehabiliterande vård- och omsorg i hela vårdkedjan och i sjukdomens alla faser [19].

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet och fysisk träning

Fysisk aktivitet är ett överordnat och vitt begrepp som omfattar alla former av kroppsrörelser som ger ökad energiomsättning. *Fysisk träning* syftar däremot på en mer målmedveten, planerad och återkommande aktivitet med syfte att förbättra eller behålla en viss fysisk funktion.

Fysisk aktivitet är viktigt för personer med kognitiv sjukdom

Fysisk aktivitet kan primärt verka som förebyggande åtgärd och sekundärt för att motverka vidare funktionsnedsättning hos personer med redan utvecklad kognitiv sjukdom. Fysisk aktivitet kan minska fallrisken och kan ha en positiv effekt på utmanande beteendemässiga och psykologiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Närstående och vård- och omsorgspersonal som arbetar med individer med kognitiv sjukdom har därför en viktig uppgift att anpassa möjligheterna till fysisk aktivitet. Fysisk träning kan både lindra symtom och fördröja utvecklingen av kognitiv sjukdom. Fysisk träning på regelbunden basis har visat sig ha en gynnsam inverkan på rörelseförmåga och möjligheter att utföra sysslor i vardagslivet för individer med kognitiv sjukdom. I dagsläget gäller de allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet som WHO och FYSS har tagit fram för äldre personer. I FYSS finns även en diagnosspecifik del som handlar om fysisk aktivitet vid kognitiv sjukdom.

Sammanfattande rekommendation

- Personer med kognitiv sjukdom bör rekommenderas aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet för att förbättra förmåga att utföra aktiviteter i dagliga livet. Begränsat vetenskapligt underlag (evidensstyrka ++)
- Personer med kognitiv sjukdom behöver oftast hjälp med sin träning, till exempel genom gruppaktiviteter eller anhöriga som är med

Mer information om allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet och fysisk träning, samt diagnosspecifik del för kognitiv sjukdom finns att tillgå på www.FYSS.se

Träningsprogram vid kognitiv sjukdom

Personer med kognitiv sjukdom behöver oftast hjälp med träningen och därför kan aktiviteter i grupp eller stöd av närstående i samband med träningen vara nödvändigt. Det bör beaktas att smärttillstånd är vanliga hos äldre och att symtomen på smärta hos personer med kognitiv sjukdom kan vara atypisk. Till exempel kan passivitet och brist på initiativförmåga vara tecken på smärta [20].

Munhälsa

Sviktande munhälsa hos personer med kognitiv sjukdom kan medföra dålig tuggförmåga, undernäring, smärta, ökad risk för aspirationspneumonier och sår i munnen. Smärta från munhålan kan vara särskilt problematiskt för personer med kognitiv sjukdom då de kan ha svårt att lokalisera och kommunicera sin smärtupplevelse.

Riskfaktorer för sviktande munhälsa i samband med kognitiv sjukdom

- Förlorad tandvårdskontakt
- Minskad förmåga till egenvård
- Ökat inslag av kolhydratrik kost

Kognitiv sjukdom gör att tungans, kindernas och läpparnas muskulatur inte fungerar som tidigare, det kan därför vara svårt att tala, tugga och svälja. Den kognitiva sjukdomen ökar även risken för att munhygien glöms bort eller avbryts innan den är slutförd. Med tilltagande sjukdomssymtom ökar också svårigheterna att koordinera sina handrörelser och muskulatur, något som försvårar tandborstning rent motoriskt.

En ökande muntorrhet kan också leda till svårigheter att tugga och svälja. Med minskad salivutsöndring ökar risken för kariesskador och orala infektioner. Medicinering mot inkontinens, depression, sömnsvårigheter och oro, liksom urindrivande läkemedel är särskilt associerat med muntorrhet. Risk för muntorrhet bör därför alltid beaktas i samband med att patientens medicinering granskas för att minimera biverkningar. Orsaker till muntorrhet bör utredas och om möjligt åtgärdas eller kompenseras.

För att få en uppfattning om och uppmärksamma vikten av munhälsa är det till stor hjälp att använda sig av tre frågor som tagits fram i samarbete mellan vård, tandvård och närstående:

- Har du träffat någon tandläkare de senaste två åren?
- Har du besvär från munnen eller vet du om något som är trasigt i din mun?
- Är det något du undviker att äta för att det är svårt att tugga eller svälja?

Avsaknad av tandläkarkontakt och/eller ett jakande svar på fråga två och tre bör föranleda en remiss för bedömning, utredning och kontroll av munstatus och infektionsbelastning. Remissen kan skickas till enheterna för Medicinsk tandvård. Det är i samband med detta viktigt att notera uppfyllelse av kraven för tandvårdsstöd alternativt informera om att tandvårdsbesöket är förenat med kostnad.

ROAG (Revised Oral Assessment Guide)

Ett riskbedömningsinstrument för att förbättra munhälsan hos äldre [21]. Syftet är att identifiera risk för dålig munhälsa, utvärdera insatta åtgärder samt utgöra grund för kontakt med tandvården. ROAG beskriver tillståndet inom nio områden i munnen, från friskt till sjukt (gradering 1–3). De nio områdena är: röst, munslemhinna, tunga, tandkött, tänder, implantat, proteser, saliv, och sväljning.

När ska ROAG - bedömning göras

- Vid inskrivning eller första kontakt med vård och omsorg
- I samband med övriga riskbedömningar i Senior alert
- Fortlöpande hos de som riskerar att utveckla problem eller redan har ohälsa i munnen; grad två eller tre inom något område i ROAG
- När en person ändrar sitt ätbeteende, exempelvis inte vill äta eller reagerar onormalt på kall eller varm mat och dryck

Tandvårdsstödet

För patienter med kognitiv sjukdom kan i huvudsak två kategorier av tandvårdsstöd vara aktuella.

Nödvändig tandvård, inklusive uppsökande verksamhet (N-tandvård)

N-tandvård gäller för personer som har ett omfattande och bestående behov av omvårdnadsinsatser (minst tre gånger per dag samt nattillsyn). Personer som har intyg om nödvändig tandvård (tandvårdsstödsintyg) har också rätt till en kostnadsfri munhälsobedömning som utförs i den egna bostaden. Intyget kan utfärdas av biståndshandläggare eller sjuksköterska på särskilt boende, men kan också ansökas av närstående hos tandvårdsenheten.

Tandvård vid vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar (F-tandvård)

F-tandvård är en tandvårdsersättning som ges när en person har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandbehandling på grund av sin sjukdom eller funktionsnedsättning. Bedömning görs av läkare på Socialstyrelsens blankett för läkarintyg vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning enligt 3 a § tandvårdsförordningen (1998:1338).

Läs mer om den statliga tandvårdsstödet på Vårdguiden www.1177.se
För användare av TakeCare finns blanketten tillgänglig under ”blanketter och mallar”.

Risk för undernäring vid kognitiv sjukdom

Oönskad viktninskning är vanligt vid kognitiv sjukdom, framför allt vid Alzheimers sjukdom och innebär en ökad risk att drabbas av undernäring. Det är därför viktigt att tidigt identifiera de personer som är i riskzonen och snabbt vidta åtgärder.

Oönskad viktninskning kan bland annat handla om nedsatt förmåga att planera, handla och laga mat samt komma ihåg att äta regelbundet. Förändring i ätbeteendet ändrar karaktär under sjukdomsförloppet. Nedsatt aptit, smärta som personen inte kan ge uttryck för, tandproblem och tugg- och sväljsvårigheter är exempel på faktorer som kan orsaka oönskad viktninskning. Rastlöshet och oro kan leda till ett högre behov av energi. Viktninskning tycks öka då sjukdomens svårighetsgrad ökar.

Övergripande mål för nutritionsstöd är att öka välbefinnande, livskvalitet och hälsa genom att förhindra oönskad viktminskning och förbättra nutritionsstatus med målsättning att med allsidigt näringsintag förhindra undernäring.

Det är viktigt att personens egna önskemål får styra och att dennes resurser tas tillvara då detta är avgörande för att nutritionsbehandlingen ska lyckas. Favoritmat, kontraster och färger kan underlätta vid måltiden. Extra utbildning krävs för personalen i vård och omsorg som hjälper dessa personer. Nutritionsbehandling bör ses som en del av den medicinska behandlingen. Då personen har svårt att täcka sitt energibehov med sin ordinarie kost bör bedömning av dietist övervägas.

Åtgärder [3, 22-24]

- Regelbundna viktkontroller
- Kostanamnes
- Nutritionsbedömning med riskbedömningsinstrument MNA (Mini Nutritional Assessment)
- Bedömning av munhälsa med ROAG (Revised Oral Assessment Guide)
- Vid oönskad viktnedgång rekommenderas energirik kost och vid behov näringsdryck
- Medicinsk bedömning för att upptäcka eventuell annan underliggande sjukdom
- Samverkan i vårdkedjan med multiprofessionellt teambaserat arbete
- Regelbunden bedömning av tugg- och sväljfunktion

Omvårdnad och omsorg

Omvårdnad handlar om att bemöta och se personen som en individ. Begreppet personcentrerad omvårdnad innebär att personen, inte sjukdomen, sätts i fokus och har som utgångspunkt i personens upplevelse av verkligheten.

Det viktigaste för god vård är att personalen skapar en tillitsfull och trygg relation tillsammans med personen med en kognitiv sjukdom och närstående. Det är förutsättningarna för att kunna kommunicera och förstå varandra.

Vid omvårdnad om personer med kognitiv funktionsnedsättning och kognitiv sjukdom gäller det att hitta ett sätt att nå personen och förstå den värld där denne befinner sig i. För att nå dit måste den som vårdar ha kunskap om personens livshistoria och kultur. Men också se personen som den är i dag och ta tillvara dennes egna resurser för att bevara eller återvinna optimal hälsa. Omvårdnad ska baseras på respekt för integritet, värdighet, autonomi och respekt för det sårbara.

Kognitiva sjukdomar är palliativa och lindrande vård är därför i fokus. Målet är bästa möjliga livskvalitet och välbefinnande.

Socialstyrelsen anger i de nationella riktlinjerna 2017 [3] att all vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom bör baseras på ett personcentrerat förhållningssätt och multiprofessionellt teambaserat arbetssätt.

Bemötandet är viktigt eftersom personen alltmer förlorar förmågan till intellektuell förståelse och därför inte kan värja sig mot outtalade budskap som omgivningen förmedlar genom kroppsspråk och attityder. Personen kan behöva extra stöd att kunna bära känslor av sorg, glädje, ilska, skam och skuld, som lätt uppstår.

Det bör skapas en inre och yttre miljö som kan ge trygghet och självrespekt eftersom självkänsla och initiativförmåga vanligen avtar. En miljö som är rätt utformad ger trygghet och kan stödja personens kvarvarande funktioner.

Fyra A:n

Förutom problem med minnet är följande symtom mycket vanliga:

Anomi	Ordglömska kommer relativt tidigt i sjukdomsförloppet. Den som har en kognitiv funktionsnedsättning eller kognitiv sjukdom glömmar ofta namn på vardagliga föremål.
Apraxi	Innebär nedsatt förmåga att klä sig, äta eller borsta tänderna trots full rörlighet i övrigt.
Agnosi	Innebär att den sjuke har svårigheter att känna igen föremål och tolka synintryck trots god synförmåga. Genom vägledning och att ge möjlighet att härma kan personen trots detta stimuleras att så långt som möjligt utföra uppgifter på egen hand.
Afasi	Den sjuke får svårigheter att forma sina tankar i ord. Personen behöver mycket tid och en lugn stämning för att förstå, begrunda och hinna svara. Hur mycket personalen ska "fylla i" och tolka varierar från person till person.

En förutsättning för god och personcentrerad omvårdnad är att personalen har ett professionellt förhållningssätt som vilar på etisk grund. Det ska ges möjlighet till utbildning som är långsiktig och kombineras med praktisk träning, handledning och feedback. Utbildningen kan ge kunskap om det normala åldrandet, kognitiva sjukdomar och god beredskap för att kunna hantera vanliga symtom.

God omvårdnad vid kognitiv sjukdom bygger på:

- Personcentrerad vård och omsorg
- Kunskap om normala åldrandet, kognitiva sjukdomar och ett palliativt arbetssätt med välbefinnande och livskvalitet som mål
- Rätt vård- och boendeform med en stimulerande boende- och utemiljö
- Ett professionellt förhållningssätt på etisk grund
- Gott bemötande som vilar på en gemensam värdegrund för omvårdnaden
- Utbildning av vård- och omsorgspersonal, långsiktigt och i kombination med praktisk träning, handledning och fortsatt feedback så att de ökar sin kompetens
- God beredskap för att kunna hantera vanliga symtom som t ex kommunikations-hinder, smärta, sömnsvårigheter, undernäring och svårigheter vid måltider, problem att sköta personlig hygien inklusive munhälsa samt oro, ångest, aggressivitet och förvirring
- Regelbundet sammanhållen strukturerad och kontinuerlig uppföljning och utvärdering av vidtagna åtgärder
- God dokumentation, säker vård och kunskap om juridiska aspekter

Våld mot äldre

Oavsett ålder kan personer som vården möter vara utsatta för våld av närstående. För att detta ska kunna upptäckas så tidigt som möjligt behöver personer som arbetar med äldre först och främst få kunskaper om hur man känner igen tecken på våld.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2014:4) ställer krav både på socialtjänsten och hälso- och sjukvården att kunna erbjuda våldsutsatta personer stöd och hjälp.

Att vara närstående till person med kognitiv sjukdom

En kognitiv sjukdom påverkar även närstående till den drabbade eftersom de förändringar som följer med sjukdomsutvecklingen även påverkar deras livskvalitet. De närstående har en avgörande roll när det gäller vården av personer med kognitiv sjukdom. Allt eftersom sjukdomen stegvis försämras behöver den som är sjuk mer vård och omsorg vilket leder till att relationer och invanda mönster förändras.

Att vårda en person med kognitiv sjukdom som närstående är både psykiskt och fysiskt krävande men kan också kännas givande och glädjefyllt. För somliga är det självklart att ta på sig rollen som vårdare till en närstående. Medan den nya rollen kan kännas mindre bra för andra. Hur man upplever detta är förstås individuellt men beror ofta på hur relationen var före sjukdomen.

Tack vare att många närstående vårdar närstående gör de en stor och viktig samhällsinsats som gör att många personer med kognitiv sjukdom kan bo kvar längre hemma än vad som annars vore möjligt. Men närstående behöver stöd för att orka och inte själva drabbas av ohälsa [25]. Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ansvar för att ge ett sådant stöd.

Nationella riktlinjerna [3] framhåller att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda närstående möjlighet till utbildningsprogram, individuellt anpassat stöd och avlösning i hemmet, genom dagverksamhet eller särskild boende. Målet med stödet till närstående är att det ska underlätta den närståendes vardag.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda och informera närstående om:

- Den aktuella kognitiva sjukdomen och dess symtom
- Psykosocialt stöd, till exempel samtal vid behov och stöd i olika beslut. Många närstående upplever att diagnosen är mer värdeladdad och skamlig än en fysisk sjukdom vilket ställer stora krav på lyhördhet
- Hembesök, hjälp att dela läkemedel och utskrivning av hjälpmedel
- Aktuella telefonnummer till vård- och omsorgsgivare, exempelvis

biståndshandläggare och stöd till närstående samt en namngiven kontaktperson

- Minneshjälpmedel, vardagsstödjande hjälpmedel och bostadsanpassning samt att vid behov förmedla kontakter med arbetsterapeut och fysioterapeut
- Att hälso- och sjukvården och socialtjänsten minst en gång per år följer upp sjukdomsförloppet och anpassar läkemedel, vård och omsorg efter uppföljningen

Detta bör dokumenteras i patientens vårdplan. I uppföljningen ingår att göra ett enskilt samtal/ intervju med de närstående.

Socialtjänsten bör erbjuda och informera närstående om:

- Avlösning som kan innebära att någon kommer hem till personen med kognitiv sjukdom, till exempel från hemtjänsten, och tar över omsorgen så att närstående kan göra något annat
- Annan form av avlösning, som att den som är sjuk har möjlighet att vistas på dagverksamhet utanför hemmet några dagar i veckan
- Växelvård, där den sjuke växlar mellan att bo hemma och i särskilt boende

Socialtjänsten i varje kommun ska enligt socialtjänstlagen erbjuda stöd till närstående som vårdar och stödjer den som är långvarig sjuk eller äldre.

Stödet ska vara anpassat till olika åldersgrupper och familjer

Stödet till närstående behöver vara flexibelt för att passa olika personer, familjer, sjukdomsfaser och livshändelser. För barn med föräldrar med kognitiv sjukdom har det visat sig vara positivt att få kontakt med jämnåriga i samma situation. Relationsbaserat stödprogram tillsammans med personer med kognitiv sjukdom innebär att stödet riktar sig till båda parterna. Genom fortlöpande stöd och dialog med alla inblandade kan hjälp ske på bästa sätt.

Stödet kan innebära träffpunkter, utbildning och psykosocialt stöd som ska vara anpassat efter ålder. Ju tidigare i sjukdomsförloppet som de närstående erbjuds stöd, desto större kan de positiva effekterna bli. Enbart vetskapen om att stöd finns att få innebär en trygghet för närstående, även om de inte för tillfället efterfrågar någon hjälp.

Barn i förskola och skola kan ha en förälder med demenssjukdom. För dessa är situationen bekymmersam och här krävs särskild anpassning och omhändertagande. Det kan till exempel innebära att information förmedlas till förskola och skola om sjukdomen. Det kan även handla om att förmedla kontakter mellan den unga närstående och andra barn i liknande situationer. Läger för unga närstående arrangeras årligen på olika platser i Sverige.

Kontakt med frivilligorganisationer som Demensföreningen Stockholm och Alzheimerföreningen kan vara bra stöd då dessa har stor kunskap inom området och ofta arrangerar utbildningar och konferenser.

Specialistmottagningarna ska ha kompetens att stötta kommun och primärvård vad gäller stöd till unga närstående.

Ekonomisk ersättning

Ifall närstående måste avstå från sitt vanliga arbete kan de i vissa fall få ersättning, till exempel anhörigbidrag eller hemvårdsbidrag. Ansökan görs till Försäkringskassan.

Vård i livets slutskede

Det finns ett nationellt vårdprogram för vård i livets slutskede som senast uppdaterades i december 2016. Socialstyrelsen har också gett ut ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Dessa dokument är även tillämpliga när personer med kognitiv sjukdom är döende.

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och närstående som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande (icke botbar) sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem.

I livets slutskede blir omvårdnadsmissiga åtgärder i relation till de grundläggande behoven allt viktigare. Dessa åtgärder stödjer den sviktande kroppen att upprätthålla funktioner, ökar också välbefinnandet och kan vara en form av tröst och kommunikation. Att tillgodose de grundläggande behoven är essentiellt i vården av döende patienter.

Välbefinnande, värdighet, hjälp med att äta och dricka, hjälp med att välja mat och dryck och tillgodose patientens önskningsar, hjälp med personlig hygien och munhygien medför betydande positiva konsekvenser för patienten och dennes närstående. Att erbjuda omvårdnad till patienter i livets slut är ett mångfacetterat uppdrag och måste utföras med professionell skicklighet som främjar värdighet och respekt. Omvårdnaden ska vara personcentrerad och baseras på värden såsom ömsesidig respekt och förståelse för patientens självkänsla och vilja, patientens delaktighet och engagemang, relationen mellan patient och vårdpersonal och den kontext där vården ges.

För att kunna ge en individ med nedsatt kognitiv förmåga en god vård i livets slutskede, krävs en god kännedom om individen, och ett nära samarbete med närstående.

När inträffar livets slutskede?

Det finns en stark korrelation mellan individens förmåga att självklara av sina aktiviteter i det dagliga livet (ADL) och vilken del av det palliativa skedet individen befinner sig i. Vid försämring och behov av hjälp med all ADL befinner individen sig i en sen fas av den palliativa processen. Det kan uppstå tecken på undernäring och vikttnedgång, trots adekvat hjälp vid måltiderna, när den sjuke är i en sen fas av livets slutskede.

En person med kognitiv sjukdom kan också drabbas av annan komplicerande sjukdom, t ex cancer, och går då snabbare in i den sena fasen. Den tidiga palliativa fasen har ofta ett mycket långt förlopp vid kognitiv sjukdom.

I takt med att den kognitiva sjukdomen utvecklas ökar fallrisken på grund av tilltagande stelhet samt att mat- och sväljsvårigheter tillkommer. Även risken för infektioner i luftvägar och urinvägar, liksom trycksår och smärta ökar. En försämrad förmåga att tolka omgivningen leder ofta till förändringar i beteendet. Ångest och depression kan ta sig svårtolkade uttryck samt att risken för konfusion och beteendemässiga symtom ökar.

Smärtskattning hos en individ med kognitiv sjukdom kan vara svår att utföra och att tolka. Grunden för att kunna göra en träffsäker smärtskattning är kunskap om vem människan bakom den kognitiva sjukdomen är. Plötsligt förändrat beteende kan vara tecken på smärta. Smärta ska behandlas enligt samma principer som i annan palliativ vård.

Sondmatning i livets slutskede medför oftast fler risker än fördelar vid behandling av personer med svår kognitiv sjukdom. En god vård av munhålan är av stor vikt för välbefinnandet även i mycket sena stadier av livet slutskede.

Liksom i allt arbete kring drabbade individer och familjer är teamarbete av stor vikt. Ett multiprofessionellt arbetssätt och samarbete kan minska de svårigheter som uppkommer. Vårdpersonalen behöver också stöd och handledning. Särskild uppmärksamhet behöver riktas till närstående som också behöver stöd och kan löpa risk att själv utveckla depression eller utmattning.

Vårdkedjan vid handläggning av kognitiva sjukdomar

SIP/LUS

Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612) trädde i kraft den 1 januari 2018. Den nya lagen ska främja en god vård för patienter som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller landstingets öppenvård. Syftet med den nya lagen är att minska antalet dagar som utskrivningsklara patienter är kvar på sjukhus. Det innebär nya ansvarsområden för landstingets vårdgivare och länets kommuner i samband med utskrivningsprocessen.

En SIP (samordnad individuell plan) [26] ska upprättas när den enskilde är i behov av insatser från socialtjänsten och landstingsfinansierad öppenvård. En SIP syftar till att fastställa ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när en person har behov av insatser från båda, det vill säga vem som ska göra vad. Ytterligare syfte med SIP är att göra insatserna begripliga för personen/patienten. Hen ska få en helhetsbild och möjlighet att få hjälp utifrån egna idéer och önskemål kring sitt dagliga liv.

Aktiviteter för respektive aktör i vårdkedjan

I den utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdom som Socialstyrelsen gjorde 2018 pekade man på 14 förbättringsområden för att kunna ge en god vård och omsorg [27]. Av dessa 14 är det flera som helt eller delvis kan härledas till en bättre samverkan mellan huvudmän och aktörer i den sjukvårdens vårdkedja. Det är därför av stor vikt att samverkan fungerar när man misstänker kognitiv sjukdom.

I Stockholms län har respektive kommun/stadsdel ett eget lokalt vårdprogram som specificerar hur man bör arbeta för att ha bästa möjliga samverkan inom just den kommunen/stadsdelen. Ett lokalt vårdprogram ska vara utformat så att det är lätt att se var någonstans i vårdkedjan den egna verksamheten hör hemma samt vilket ansvar man har.

Dock sker det ofta överlappningar vilket ställer krav på tydlighet i förhållande till ansvar. Flera goda exempel kommer t ex från Upplands Bro i Region Stockholm. Där har arbetet med ett demensvänligt samhälle lett till att samverkan mellan blåljuspersonal, butiker, taxichaufförer och andra aktörer i samhället fungerar bättre. Detta ökar kompetensen generellt kring kognitiva sjukdomar och skapar ett bättre samhälle för de drabbade. Den sjukdes vårdkedja kan delas in i olika faser där kraven på vård och omsorg ser olika ut beroende på fas. De olika faserna är:

- Tidig upptäckt/utredning
- Vård/omsorg/behandling
- Uppföljning

Här nedan kommer några förslag på samverkansaktiviteter för de olika faserna mellan de främsta aktörerna i vårdkedjan. Dessa aktörer är:

- Primärvården (Vårdcentraler, Primärvårdsrehabilitering, tandvården)
- Specialistvården (Minnesmottagningar/kognitiv mottagning/geriatrisk slutenvård)
- Kommunen (Hemtjänst, Dementsteam, Biståndshandläggare, SÄBO, Anhörigkonsulent)

I samtliga fall nedan där det uppmanas att ta kontakt med övriga aktörer förutsätts att samtycke från patienten samlats in. Det är alltid ett krav att patienten samtycker innan information utväxlas mellan aktörerna. Aktiviteterna nedan är sådant som idag görs i varierande grad runt om i länet och ska ses som goda exempel. Genom att gå igenom dessa och skapa rutiner för att det fungerar ökar man sannolikheten till en god vårdkedja vid kognitiv sjukdom.

Tidig upptäckt/Utredning

Tidig upptäckt av kognitiva sjukdomar är ett av våra viktigaste verktyg för att kunna ge adekvat hjälp. För att fler personer ska kunna utredas behöver vi bli bättre på att se tidiga tecken och veta när vi ska motivera en person att söka hjälp. Främst är det kommunen och primärvården som träffar personer i tidigt skede, det är därför extra viktigt att man vet vad man ska lyssna och titta efter för att kunna initiera en utredning så snabbt som möjligt.

Under rubriken utredning går det att läsa mer kring vad som ska ingå i den basala och den utvidgade utredningen. Det är av yttersta vikt att en basal utredning initieras även om det endast finns subjektiva besvär. Den aktör som först fattar misstanke om kognitiv sjukdom ska ha rutin för vidare kontakt och handläggning. Sker det inom kommunen är det viktigt att försöka motivera personen att söka hjälp, sker det inom primärvården är det viktigt att snabbt initiera en basal utredning.

Aktiviteter för respektive aktör vid tidig upptäckt/utredning

Primärvård

- Förmedla kontakt mellan patient och kommunen tidigt i utredningen
- Konsultera specialistvården vid svåra/oklara fall, ej enbart för utvidgad utredning
- Distriktssjuksköterska som träffar patient i hemmet eller på mottagning-förmedlar kontakt till läkare, biståndsbedömare, anhörigkonsulent, rehab

- Husläkare som träffar patient vid läkarbesök, initierar vid behov utredning och kontakt till andra
- Upprätta kontakt med dietist vid oönskad viktninskning eller andra risktillstånd kopplat till nutrition
- Kontakta primärvårdsrehabiliteringen för funktionsbedömning och intyg vid behov i basala utredningen
- Personal i primärvården ska ha kunskap om kognitiv sjukdom och tidiga tecken. Demens ABC bör genomgå av alla (se nedan)
- Inleda SIP och fast vårdkontakt vid behov
- Kontakta personer runt patienten, självklart närstående men även hemtjänsten kan ge information om hur det fungerar hemma
- Uppmärksamma munhälsan med verktyget ”tre frågor” i samband med besök på vårdcentralen och rehab

Kommun

- Upprätta samverkan med primärvård för tidig kontakt och insatser vid misstänkt kognitiv sjukdom och konstaterad kognitiv sjukdom
- Utbilda hemtjänstpersonal och personal på SÄBO i Demens ABC
- Anslutning till BPSD-registret för bättre handläggning av ärenden rörande BPSD
- Utbilda LSS-personal, på boende och på daglig verksamhet
- Utbilda och informera primärvården och specialistvården i tandvårdsstödet samt ROAG –bedömningar (insatser och uppföljning)

Specialistvård

- Ge utbildning i tidiga tecken och bemötande till SÄBO, hemtjänst, biståndshandläggare m.m.
- Samverka med primärvården för information kring remiss och tidig upptäckt
- Ge konsultation i svåra och otydliga fall gentemot primärvård
- Initiera tidig kontakt med kommun och person om stödbehov uppstår

Vård/Omsorg/Behandling

När utredningen är klar och individen har erhållit sin diagnos är det viktigt att det finns en tydlig ansvarsfördelning. Vissa personer erbjuds medicinering beroende på typ av kognitiv sjukdom. Några är långt gånga i sin kognitiva sjukdom och har ett stort omvårdnadsbehov medan andra har sökt hjälp tidigt och klarar sig hemma med endast lättare stöd.

Förslag på aktiviteter för respektive aktör vid vård/omsorg/ behandling

Primärvård

- Kontakta personer runt patienten, självklart närstående men även hemtjänsten kan ge information om hur det fungerar hemma
- Undersök och erbjud rehabiliterande insatser i hemmet, hjälpmedelsutprovning och boendeanpassning
- Att tidigt skapa ett team runt personen för lättare kontakt med varandra när sjukdomen förändras t ex genom SIP

- Ställningstagande till uppfyllelse av tandvårdsstödet F-kort (grupp 1)

Kommun

- Involvera anhörigkonsulent för stöd till brukare/patient och närstående enskilt eller i grupp
- Demensdagvård för äldre och även för de som är yngre med kognitiv sjukdom
- Avlastning, utbildning för närstående
- Munhälsoutbildning för omsorgspersonal/hemtjänst biståndshandläggares beslut om uppfyllelse av tandvårdsstödet tandvårdsstödsintyg (nödvändig tandvård)

Specialistvård

- Överrapportera till primärvården gällande diagnos, behandling, planering och uppföljning
- Överrapportera till kommunen för att underlätta eventuella stödåtgärder
- Vid oklara eller komplicerade fall kan second opinion övervägas
- Erbjud utbildning till närstående i kognitiva sjukdomar, bemötande, juridik m.m. (navigeringskurs)
- Ställningstagande till uppfyllelse av tandvårdsstödet F-kort (grupp 1)
- Erbjud personer med lindrig kognitiv funktionsnedsättning gruppaktiviteter

Uppföljning

I de nya nationella riktlinjerna bör en person med diagnos följas upp kontinuerligt och regelbundet. Även personer som får diagnosen lindrig kognitiv störning ska följas då prognosen många gånger är oklar. Uppföljning är en viktig del för att snabbt upptäcka förändringar och kunna bedöma stöd samt hjälpbehovet.

Förslag på aktiviteter för respektive aktör vid uppföljning

Primärvård

- Årlig uppföljning, t ex med hjälp av SveDem (Svenska demensregistret), för att kontrollera läkemedelsbehandling, kognition, funktionsförmåga, allmäntillstånd, ev. beteendeförändring. Även beviljade biståndsinsatser följs upp. Närståendes situation behöver följas upp och vid behov förmedlas kontakt till kommunens anhörigkonsulent.
- Arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist följer upp insatser i det egna hemmet. Vid behov förnyad funktions- och aktivitetsbedömning, är behjälplig vid bostadsanpassning, hjälpmedelsutprovning, nutritionsproblematik
- Vid flytt till SÄBO: Överrapportering mellan primärvård och SÄBO personal
- Kontakta rehab om behov finns vid årlig uppföljning
- ROAG för bedömning av risk för ohälsa i munnen

Kommun

- Kontakt med primärvården för att följa prognos
- Överrapportering mellan hemtjänstpersonal, dagverksamhetens personal och omvårdnadspersonal på boendet när brukaren flyttar till särskilt boende. Ska finnas rutiner för att tillvara ta kunskap om brukaren.
- SÄBO ska systematisk använda sig av levnadsberättelse i syfte att skapa en personcentrerad vård
- Biståndshandläggares beslut om extra omsorgsinsatser för daglig munvård

Specialistvård

- Följa insatt behandling för att därefter överrapportera till primärvård
- Vid särskilt svåra fall: årlig uppföljning, med hjälp av SveDem (Svenska demensregistret), för att kontrollera läkemedelsbehandling, kognition, funktionsförmåga, allmäntillstånd, ev. beteendeförändring. Även beviljade biståndsinsatser följs upp. Närståendes situation behöver följas upp och vid behov förmedlas kontakt till kommunens anhörigkonsulent

Demens ABC

Demens ABC och Demens ABC+ är kostnadsfria utbildningar som ges via demenscentrum.se och riktar sig till all vård- och omsorgspersonal som arbetar med kognitiva sjukdomar.

Resurser/professioner inom kommun och Region

Primärvård

Arbetsterapeut

Arbetsterapeuter är verksamma inom primärvårdsrehabilitering i öppenvård och arbetar i team tillsammans med fysioterapeut och dietist.

Inom primärvårdsrehabiliteringen är det arbetsterapeut och/eller fysioterapeut som på begäran av husläkare kan göra en bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga inom ramen för basal utredning. Arbetsterapeuten har en fortsatt roll i arbetet runt individen även efter att diagnos fastställts. Arbetsterapeuten skriver intyg för anpassning av bostaden och kan vid behov hjälpa personen att ansöka bostadsanpassningsbidrag hos kommunen.

Arbetsterapeuten bedömer, förskriver och anpassar olika slag av hjälpmedel exempelvis kognitionshjälpmedel och larm, ger råd om anpassning av boendemiljön samt om aktivitetsbevarande strategier för att underlätta i det dagliga livet. Arbetsterapeuten kan även ge tips om hjälpmedel som kan vara till nytta i det dagliga livet men som man får köpa själv. Handler och stöder personer med kognitiv sjukdom och deras närstående i vardagsaktiviteter i hemmiljö och kan i förekommande fall även vara ett stöd för hemtjänstpersonal.

Fysioterapeut (sjukgymnast)

Fysioterapeuter arbetar med att förebygga och behandla problem som begränsar förmågan att röra sig och använder sig både av fysisk träning och andra typer av behandlingar. Fysioterapeuter bedömer, förskriver, provar ut träning-, gång- och förflyttningshjälpmedel. Fysioterapeuten kan bedöma personens fysiska kapacitet och kan föreslå lämplig fysisk aktivitet utifrån den enskildes intresse, förutsättningar och hälsotillstånd.

Personer med kognitiv sjukdom behöver ofta även hjälp med sin fysiska träning och stöd av medhjälpare. En helhetsbedömning av patientens sjukdomstillstånd och funktionsnivå, medicinsk kontroll och uppföljning är viktigt när man lägger upp ett träningsprogram för personer med kognitiv sjukdom.

Informera och vägleda närstående och vård- och omsorgspersonal är också en av fysioterapeutens uppgifter. Det kan bestå av exempelvis ergonomi, förflyttningsteknik, bruk av hjälpmedel, fallriskbedömning samt fallprevention.

Dietist

Dietist bör konsulteras på ett tidigt stadium vid kognitiv sjukdom eller liknande tillstånd. Snabb viktnedgång kan även vara ett tidigt varningstecken på begynnande kognitiv sjukdom.

Dietister kan förebygga, utreda, bedöma och behandla samt utvärdera kost- och nutritionsrelaterade medicinska problem. De kan även vara behjälpliga vid förskrivning av kosttillskott. Detta kan göras regelbundet under hela sjukdomsförloppet.

Demenssjuksköterska

Demenssjuksköterskan är en legitimerad sjuksköterska/distriktssköterska som bör ha utbildat sig genom fristående kurser inom kognitiv sjukdom/äldreomsorg. Arbetsuppgifterna ser olika ut men är en viktig del i arbetet att initiera utredningar, vara ett stöd för patient och närstående när diagnos är satt och göra minst Husläkaren har utifrån sin roll i första linjens sjukvårdsansvar för den basala utredningen. Husläkarmottagningen årliga uppföljningar.

Läkare

Ansvarar även för fortsatt uppföljning och behandling så länge som patienten bor kvar i eget boende. Husläkaren ansvarar för att patienten kallas till uppföljning minst en gång per år eller oftare beroende på individens behov. Kallelse till SIP ska göras vid behov. Uppföljning ska ske i samverkan med andra professioner inom hälso- och sjukvården och kommunen. I detta arbete är demenssteam och/eller demenssjuksköterskan samarbetspartner. Läkare som är knuten till den kommunala verksamheten och har ansvar för demensboenden skall vara kompetent inom området kognitiva sjukdomar.

Kurator

Kuratören är utbildad socionom. Arbetsuppgifterna avseende personer med kognitiv sjukdom kan vara förebyggande eller inriktade på social utredning, behandling, servicesamordning och planering. Det kan också omfatta stödjande samtal eller krisbearbetning.

Logoped

Logopeder finns att tillgå i primärvården. Remiss till logoped kan skickas vid minnesutredningar som utförs inom primärvården eller på specialiserade minnesenheter. Logopedinsatser har som målsättning att uppnå en så bra kommunikationsförmåga och sväljningsförmåga som möjligt för personer med olika slag av funktionsnedsättning.

I takt med att den sjukes kommunikationsförmåga försämras kan logopedens undersökning beskriva personens tal- och språkfunktioner, vilket kan ge en grund för bedömningen av vilka möjligheter den sjuke har för att kommunicera tillräckligt väl för att klara aktiviteter i det dagliga livet. Ökad kunskap om den sjukes förmåga att uttrycka sig språkligt och förstå talat eller skrivet språk kan vara ett värdefullt stöd för närstående och vårdpersonal för att lättare hantera möjligheterna till kommunikation. Sväljförmågan kan vara påverkad, särskilt vid senare skeden av kognitiv sjukdom och är därför viktig att undersöka.

Tandvårdspersonal

Tandvården är uppdelad i tre behandlarroller, specialisttandläkaren, allmäntandläkaren och tandhygienisten. Gränssnittet mellan dessa kan läggas vid de patienter som kräver sjukhusets resurser och de som i huvudsak bor hemma med eller utan kommunalt stöd.

Specialisttandläkaren inom orofacial medicin är verksam vid enheter som benämns medicinsk tandvård eller orofacial medicin, dit kan patienter med kognitiv svikt remitteras om de har svårt att klara ett ordinarie tandvårdsbesök och/eller de som har omfattande behandlingsbehov som kräver samplanering mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Allmäntandläkaren är verksam med revisionstándvård för patienter genom friskt och skört åldrande. Samverkan med hälso- och sjukvården sker på individuell indikation vid behov. Tandhygienisten arbetar med tonvikt på den förbyggande tandvården och är verksam inom både oral medicin och den allmänpraktiserande tandvården.

Kommunen

Anhörigkonsulent

Anhörigkonsulentens uppdrag kan variera från kommun till kommun, men generellt innebär uppdraget som anhörigkonsulent att erbjuda närstående olika typer av stöd, information och vägledning, t ex genom enskilda stödsamtal, information, rådgivning samt hembesök, stöd och handledning till personal inom äldreomsorgen. I arbetsuppgifterna kan det ingå att ge föreläsningar, arrangera informationsträffar och leda anhörigcirklar. I arbetet kan det även ingå uppdrag att bygga nätverk runt närstående och närstående och slussa dem vidare till rätt instans utifrån aktuella frågor och/eller problem.

En stor del av arbetet innebär att hjälpa närstående att lösa praktiska problem. Anhörigkonsulenter är inte myndighetsutövare men samverkar ofta med biståndshandläggare, distriktssköterskor, demenssköterskor inom kommunen och intresseorganisationer i anhörigfrågor. I Stockholms län finns cirka 50 anhörigkonsulenter.

Biståndshandläggare

Biståndshandläggarens uppdrag är att utreda och handlägga ansökan om bistånd gällande enskild person som behöver hjälp av socialtjänstens äldre- eller handikappomsorg, det är den enskildes behov som skall styra insatsernas omfattning och inte diagnosen.

Biståndshandläggare skall även utföra social utredning vid ställningstagande om t ex god man om ingen kurator finns för detta ändamål. Tandvårdsintyg kan utfärdas av biståndshandläggare. Handläggning och beviljande av insatser är myndighetsutövning och utgår från socialtjänstlagstiftningar som t ex Socialtjänstlagen, Lagen om stöd och service, LSS etc. Handläggaren fattar bland annat beslut om olika insatser för personer med kognitiv sjukdom. Hur mycket stöd de kan erbjuda den sökande och dennes närstående beror på den enskildes behov och resurser att få behoven tillgodosedda på annat sätt. Varje kommun har sina egna normer regler som styr. Många delar är dock nationellt reglerade via lagstiftning, författningar etc. Biståndshandläggarens beslut kan överklagas.

Hemtjänstteam med spetskompetens

I vissa kommuner kan det finnas undersköterska/vårdbiträde med speciell kompetens inom området kognitiv sjukdom. Om kundunderlaget, och övriga förutsättningar tillåter, så har vissa kommuner bildat team som endast arbetar för personer med kognitiv sjukdom, i ordinärt boende. Man minimerar på så sätt antalet olika personer gör insatser i individens hem.

Lokala träffpunkter

I de flesta kommuner drivs verksamhet, ofta med medverkan av frivilliga organisationer, som syftar till att ge enskilda individer en meningsfull sysselsättning och social samvaro. Verksamheten är öppen utan krav på biståndsbeslut och är lättillgänglig.

Dagverksamhet med olika nivåer

Socialstyrelsen anger i nationella riktlinjerna att socialtjänsten bör erbjuda plats i dagverksamhet som specifikt riktar sig till personer med kognitiv sjukdom, även specifik sådan som riktar sig till yngre personer. I de kommuner där kundunderlaget är för litet förekommer det att kommunen köper plats i sådan verksamhet i en annan kommun.

Dagverksamheten ska skapa förutsättningar till stimulans för den sjuke samt avlösning för närstående.

- Dagverksamhet för personer under 65 år
- Dagverksamhet för personer över 65 år med gruppindelning utifrån personens funktionsnivå, t ex de som har mer funktioner kvar respektive personer som kommit längre in i sjukdomen där insatsen kan vara mer inriktad på avlastning för närstående

Korttidsboende/Akutplats

Vissa kommuner erbjuder närstående en möjlighet till en period av avlösning genom att den som har hjälpbehovet får ett tillfälligt särskilt boende/korttidsplats, t ex. när den närstående sviktar eller vill resa bort eller behöver egen sjukhusvistelse.

Det finns oftast möjlighet, i de kommuner som har denna typ av insats, att ta emot den sjuke med kort varsel, exempelvis vid akut sjukdomstillstånd för den närstående eller annan krissituation. Oavsett vilka lösningar som finns eller inte så är det ytterst kommunen som ansvarar för att kommunmedborgaren får den sociala hjälp som behövs utifrån individens behov och resurser att få behoven tillgodosedda på annat sätt.

Växelvård

Vissa kommuner erbjuder regelbunden avlösning för närstående i form av växelboende mellan hemmet och tillfälligt särskilt boende. Detta syftar till att skapa förutsättningar för den sjuke och den närstående att kunna bo kvar hemma ytterligare en tid.

Vård- och omsorgsboende/särskilt boende/bostad med särskild service

Individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av SoL eller LSS. Många olika beteckningar finns, till exempel äldreboende, gruppboende, demensboende etc. En grupp-bostad för personer med funktionsnedsättningar eller kognitiva sjukdomar är ofta ett småskaligt boende speciellt anpassat för personernas behov och funktionsnivå. Ett småskaligt boende för individer med kognitiv sjukdom har visats bidra till bättre livskvalitet jämfört med blandat boende.

Socialstyrelsen anger i nationella riktlinjerna att socialtjänsten i särskilt boende för personer med kognitiv sjukdom bör:

- Tillhandahålla en miljö som är personligt utformad, berikad och hemlik
- Säkerställa lugn ljudmiljö
- Erbjuder möjligheter till utomhusvistelse
- Färgsätta och utforma den fysiska miljön så att den underlättar möjligheterna att orientera sig
- Erbjuder en psykosocial miljö som kännetecknas av trygghet och tillgänglighet och där man kan få ett meningsfullt innehåll i dagen

Fysioterapeut i vård- och omsorgsboende/särskilt boende

Fysioterapeuten arbetar med att förebygga och behandla problem som begränsar förmågan att röra sig. Målet med rehabiliteringen är att uppnå en optimal funktion och förmåga och därmed en så hög livskvalitet för individen som möjligt.

Arbetsterapeut i vård- och omsorgsboende/särskilt boende

Arbetsterapeuten gör en strukturerad bedömning av personens funktions- och aktivitetsförmåga avseende aktiviteter i det dagliga livet (ADL) i syfte att skapa aktivitetsstödjande insatser. En första ADL-bedömning ska göras i samband med inflyttning och därefter ska bedömning göras minst årligen eller oftare vid behov. Arbetsterapeuten bedömer, förskriver, provar ut och följer upp ADL-hjälpmiddel och rullstolar utifrån personens individuella behov, förmåga och intressen. Anpassning av boendemiljö, utredning av larmbehov, fallriskbedömning och fallprevention är exempel på andra arbetsterapeutiska insatser. Även delegering av enklare rehabiliterande insatser till vård- och omsorgspersonal förekommer.

Demensteam

I de nationella riktlinjerna betonas ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt för att kunna ge en god vård och omsorg. Demensteam kan bildas över huvudmannagränser. Ibland förekommer det att en enskild kommun har ett eget demensteam och att en större vårdcentral har sitt eget demensteam. Det är viktigt att båda huvudmännens kompetens och olika demensteam samarbetar och samordnar sina åtgärder och insatser. Teamets kompetens kan användas för utredning, vårdplanering, ge vård, behandling, utbildning och olika stödinsatser till patient, närstående och berörd personal.

Kvalitetskriterier för specialiserade utredningsenheter för kognitiv sjukdom

Enheten bör enligt vetenskap och beprövad erfarenhet:

- Arbeta i team med specialistläkare, sjuksköterska, neuropsykolog, arbetsterapeut och undersköterska med rätt kompetens samt ha tillgång till logoped, sjukgymnast och kurator med kunskap och erfarenhet av kognitiva sjukdomar.
- Använda diagnoskriterierna ICD 10 och DSM V
- För utvidgad utredning ha tillgång till likvoranalyser och vid behov MRI hjärna, Dat Scan, FDG PET och/eller EEG
- För utvidgad utredning ha tillgång till neuropsykologisk bedömning av kognitiva funktioner utförd av psykolog med specifik kompetens inom området
- För utvidgad utredning ha tillgång till kartläggning och bedömning av aktivitetsförmåga och kognitiv förmåga utförd av arbetsterapeut med specifik kompetens inom området
- Ha diagnosrund för hela teamet
- Meddela utredningsresultatet till primärvård och kommun/stadsdel med patientens/närståendes samtycke. Använd gärna färdig mall för Diagnosintyg
- Erbjud patient och närstående enskilt samtal
- Erbjud psykologiskt och pedagogiskt stöd åt patient och närstående i samband med utredningen
- Ha läkemedelsuppföljning för specifika läkemedel
- Registrera i SveDem (Svenska demensregistret)
- Samverka med primärvård och kommun/stadsdelar
- Svara på konsultationsförfrågningar från primärvården samt SÄBO
- Erbjud utbildningsinsatser gentemot primärvård och SÄBO där uppdraget tillåter

Förslag på uppgifter och kompetenskrav för olika funktioner på specialiserad utredningsenhet för kognitiv sjukdom:

Specialistläkare

- Ansvarar för bedömning och prioritering av remisser

- Ansvarar för att utredning görs enligt gällande riktlinjer och för val av utredningsnivå.
- Ansvarar för diagnosrond och för sammanvägnings- (consensus) diagnos enligt gällande riktlinjer
- Ansvarar för information om diagnos till patient och närstående, att initiera behandling och för uppföljning av behandling
- Ansvarar för information om utredningsresultatet till berörda vårdgivare med patientens samtycke
- Skall fortlöpande utvärdera utredningsresultatet
- Har utbildningsansvar för ST-läkare och andra yrkeskategorier
- Delta i nätverksmöten och samverkan med övriga minnesmottagningar
- Delta i samverkansarbete med kommun och primärvård

Kompetenskrav

- Skall ha intresse i kognitiva sjukdomar och specialistkompetens i geriatrik, neurologi och psykiatri
- Skall efter specialistkompetens ha tjänstgjort ett år under handledning på Specialiserad utredningsenhet för kognitiv sjukdom
- Skall ha genomgått SK-kurs om Kognitiva sjukdomar eller motsvarande kurser
- Kan genomgå utbildning till Silvialäkare

Kompetensmål

- Skall genomgå fortbildning inom området, minst två veckor per år

Psykolog

Psykologen ansvarar för den neuropsykologiska utredningen, kartlägger omfattningen och arten av nedsatta och bevarade kognitiva funktioner (såsom minne, språk, visuospatial förmåga, exekutiv funktion, psykomotorisk förmåga) med neuropsykologiska metoder samt redogör i förekommande fall för hjärnskaadelokalisation och individens möjligheter till kompensation.

I den neuropsykologiska utredningen ingår även att beakta yttre faktorer (t ex familjesituation, ekonomi, boende) och inre tillstånd (t ex depression, konfusion, krisreaktion) som kan påverka kognitiva förmågor.

Information/Rådgivning (rekommendationer)

- Behandlande/krisbearbetande samtal med patient och /eller närstående samt råd om bemötande
- Fortløpande metodutveckling samt kompetensutveckling internt och externt
- Utbildnings- och handledningsansvar för PTP (Praktisk Tjänstgöring för Psykologlegitimation)

Kompetenskrav

- Leg. psykolog
- Meriterande är erfarenhet inom geriatrik och handledning av kollega under ett år med verifierad kompetens inom området

Kompetensmål

- Utbildning inom neuropsykologi, samt fortlöpande kompetensutbildning inom området, minst ett tillfälle per år
- Regelbundet deltagande i nätverksträffar för psykologer i SLL

Arbetsterapeut

Kartläggning av personlig och instrumentell ADL-förmåga, arbetsförmåga, samt intressen, vanor och roller inom områdena:

- Personlig vård (inklusive befintliga hjälpmedel)
- Boende (inklusive; befintliga hjälpmedel, ekonomi)
- Fritid (sociala aktiviteter)
- Arbete
- Bedömning av förmågan att utföra aktiviteter utifrån process/ kognitiva och motoriska/ fysiska färdigheter. Kartläggning och analys av aktivitetsutförandet
- Rekommenderad metod: Bedömningsinstrumentet AMPS [14] eller liknande instrument
- Exempelvis BDF. Bedömningen genomförs i relevant miljö, i första hand i hemmiljö, alternativt arbetsplats, klinik.
- Bedömning, utprovning och förskrivning av hjälpmedel, kognitionshjälpmedel, larm
- Bedömning av behov av bostadsanpassning. Åtgärd; hjälp med ansökan och intygsskrivning
- Bidra till fastställande av diagnos genom bedömningsresultat utifrån diagnoskriterier. Framförallt med hänvisning till exekutiva funktioner, apraxi etc.
- Information om bedömningsresultat förmedlas skriftligt/muntligt och/ eller genom vårdplaneringsmöte. Rekommendation och rådgivning av fortsatta åtgärder; såsom särskilt boende, dagverksamhet, arbete och hemtjänstinsatser
- Information/handledning/instruktion till patient, närstående och/ eller vårdgivare. Angående; bemötande, patientens resurser, strategier, kompensatoriska åtgärder, i syfte att underlätta aktivitetsutförande
- Stödinsatser på arbetsplats/i arbetssituation

Kompetenskrav

- Leg. arbetsterapeut
- Minst två års erfarenhet inom geriatrik/psykiatri och handledning av kollega under ett år med verifierad kompetens inom området
- Skall ha utbildning i för utredningen rekommenderade bedömningsinstrument

Kompetensmål

- Skall genomgå kompletteringsutbildning upp till 60 p i huvudämnet, kandidatexamen
- Skall genomgå utbildning inom området*
- Skall tillförskaffa sig kunskap för att kunna bedriva utvecklingsarbete och delta i studier fortlöpande kompetensutveckling inom området*
- Regelbundet delta i nätverksmöten
- Kan genomgå utbildning till Silviaarbetsterapeut

** Rekommenderade förslag till utbildning under respektive mål finns specificerade hos nätverket arbetsterapeuter inom minnesutredning i SLL. Uppdateras 1 ggn/år.*

Sjuksköterska

Uppgifter

- Vara omvårdnadsansvarig
- Ansvara för planering av utredningen utifrån läkarordinationer

- Fungera som stöd/kontaktperson för patient och närstående under utredningen
- I kontakten med patienten under utredningen observera och dokumentera dennes praktiska och sociala förmågor i den aktuella situationen
- Kunna utföra vissa bedömningsinstrument i utredningen MMSE-SR, RUDAS, CDR och MoCa
- Delta i fastställande av diagnos genom observationsresultaten
- Ge information/rådgivning till patienter, närstående, biståndshandläggare och andra vårdgivare

Kompetenskrav

- Sjuksköterska med lämplig specialistutbildning t ex Silviasjuksköterska
- Minst två års erfarenhet inom geriatrik/psykiatri och handledning av erfaren kollega under ett år
- Kunskaper i för utredningen rekommenderade bedömningsinstrument

Kompetensmål

- Skall genomgå kompletterande utbildning upp till 60 poäng i huvudämnet, kandidatexamen
- Skall inhämta kunskap för att bedriva utvecklingsarbete och delta i studier
- Skall genomgå utbildning fortlöpande inom området
- Skall fortlöpande beredas möjlighet till kompetensutveckling
- Bilda och delta i nätverk inom SLL för sjuksköterskor på demensutredningsenheter

Kvalitetsindikatorer

Socialstyrelsen har i arbetet med nationella riktlinjerna tagit fram indikatorer för god vård och omsorg. En indikator ska ha vetenskaplig rimlighet (validitet), vikt (relevans) och dessutom vara möjlig att mäta och tolka.

Indikatorerna från de nationella riktlinjerna är 21 stycken och i detta vårdprogram har vi även valt att addera ytterligare en indikator för att mäta förekomsten av Lindrig kognitiv funktionsnedsättning (MCI) vilket medför att det totalt finns 22 stycken. Detta är viktigt då denna grupp alltmer diagnostiseras inom specialistvården men inte registreras i SveDem vilket medför att den riskerar att bli osynliggjord. Några av indikatorerna är utvecklingsindikatorer, det vill säga indikatorer som inte är möjliga att kontinuerligt följa med de uppföljningssystem som i dagsläget finns tillgängliga, men utveckling pågår av register och andra datakällor. SveDem som är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg av personer med demenssjukdom, är den viktigaste datakällan för att följa upp indikatorerna nedan. Ännu är det främst minnesmottagningarna som registrerar i registret. Det krävs att både primärvården och kommunerna börjar registrera i SveDem för att uppföljningen ska fungera.

Indikatorer

1. Deltagande i kvalitetsregister (SveDem och BPSD-registret)
2. Tid från remiss eller kontaktdatum till utredningsstart (specialiserad vård)
3. Tid från utredningsstart till diagnos (specialiserad vård och primärvård)
4. Andel personer med demenssjukdom med demensdiagnos
5. Andel personer med misstänkt demenssjukdom med lindrig kognitiv funktionsnedsättning (MCI) (specialiserad vård och primärvård)
6. Andel personer med demensdiagnos som genomgått en fullständig basal demensutredning
7. Andel personer med Alzheimers sjukdom som behandlas med demensläkemedel
8. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som genomgått en läkemedelsgenomgång under de senaste 12 månaderna
9. Andel personer med demenssjukdom som följs upp minst en gång per år
10. Andel personer i särskilt boende som behandlas med antipsykotiska läkemedel
11. Andel kommuner och stadsdelar med samordningsfunktioner i form av demensteam*
12. Andel kommuner och stadsdelar med tillgång till demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion*
13. Andel demensboenden/hemtjänstverksamheter med omsorgspersonal som genomgått längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demens*
14. Andel demensboenden/hemtjänstverksamheter som erbjuder sin personal regelbunden handledning*
15. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom
16. Andel personer med demenssjukdom som har beviljats dagverksamhet
17. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens utformande
18. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har individuella miljöbeskrivningar inkluderade i genomförandeplanen
19. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har strategier för bemötande dokumenterade i genomförandeplanen
20. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har erbjudits personcentrerade aktiviteter utifrån genomförandeplanen under den senaste veckan
21. Andel personer med demenssjukdom där vården har initierat stöd till anhöriga i samband med demensutredning
22. Andel kommuner eller stadsdelar med korttidsboenden som är enbart avsedda för personer med demenssjukdom

* Utvecklingsindikator

Konsekvensanalys

Organisatoriska effekter

Förslaget innebär att fortsättningsvis kommer antalet demensutredningar öka i länet. Det genomförs nu uppskattningsvis ca 4 000 utvidgade utredningar/år, men incidenssiffror talar för att cirka 6 000 patienter insjuknar varje år i demens (vilket innebär att behovet är ca 6 000 utredningar, varav uppskattningsvis 75% är av typen utvidgad utredning).

De som efter utredning visar sig ha annan diagnos än demens, en växande grupp som kräver noggrann utredning. Det finns också ungefär 10 000 individer med demenssjukdom som inte fått någon utredning. Eftersom målsättningen är att så tidigt som möjligt utreda alla med möjlig demenssjukdom, kommer kravet på utredningskapacitet att öka. Identifiering av demenssymtom och basal utredning bör ske inom primärvården och därför kommer stora krav att ställas på dessa framöver. Samma sak gäller specialistutredningarna då antalet yngre som utreds också kommer att öka. Tidig upptäckt leder till tidig farmakologisk behandling. Insatt behandling kräver uppföljning vilket också måste ske inom primärvård och specialistvård. Därtill kommer att kraven på utbildning och kompetensutveckling fr a inom kommunal verksamhet innebär ökade krav på resurser inom specialistvården. Ökad samverkan mellan kommunal och landstingskommunal verksamhet ställer också krav på anpassning av verksamheter för att möjliggöra att samverkan kommer tillstånd.

Ekonomiska konsekvenser

Kostnaderna kommer på kort sikt att öka – då fler upptäcks tidigt och fler utredningar genomförs med regelbundna uppföljningar och förbättrat stöd till närstående – i form av ökade insatser av distriktssköterskor, distriktsläkare och rehabiliteringspersonal. Sannolikt ökar även behovet av specialister på minnesmottagningarna engagerade i utredningsverksamheten.

Mot detta vägs de långsiktiga ekonomiska vinster man uppnår genom att patienterna får tidig behandling, emedan dessa patienter ofta redan är kända av vårdgivarna för olika kognitiva symptom. Därmed minskar de fall där sjukdomen leder till akuta sammanbrott och konfusionstillstånd som i sin tur belastar akutmottagningar och den akuta sjukvården.

Utbildningsinsatser och samverkansinsatser innebär också ökade personella kostnader.

I och med att patienterna kan vårdas hemma längre med farmakologisk behandling kommer på sikt belastningen på den kommunala äldre- och demensomsorgen att minska med positiva, ekonomiska konsekvenser.

Patientsäkerhet

Med strukturerad utredning och behandling samt användande av kvalitetsindikatorer minskar risken för utebliven eller felaktig utredning, behandling, vård och omsorg. Minskad användning av psykofarmaka inom kommunal omvårdnad minskar också risken för allvarliga biverkningar för patienter med BPSD problematik.

Jämställdhet

Män har fortfarande ca fem års kortare medellivslängd än kvinnor. Ca 70 % av männen är gifta eller sammanboende när de dör, medan motsvarande siffra för kvinnorna är ca 30 %. En majoritet av kvinnorna som utreds på minnesmottagning är ensamboende jämfört med 30% av männen. Merparten av kvinnorna lever alltså ensamma i livets slutfas. Kvinnors hälsa är fortfarande sämre än männens och de är mer funktionsnedsatta än män i samma ålder, delvis beroende på en högre frekvens av demens och andra kroniska sjukdomar.

Med strukturerad utredning och behandling minskar risken för ojämlikhet mellan olika patientgrupper. För närvarande föreligger enligt SveDem:s senaste årsrapport 2017 könsskillnader i rapporterad utredning där män utreds mer teknikintensivt (lumbalpunktion, isotopundersökning av hjärnan och kognitiv testning av neuropsykolog) och kvinnor oftare bedöms av arbetsterapeut. Det finns även könsskillnader i läkemedelsanvändningen. Se www.svedem.se. Det finns ingen anledning att anta att skillnaderna skulle vara mindre för icke rapporterade patienter

Miljö

De flesta läkemedel som används med indikation demens eller komplikationer till demens har enligt FASS relativt låg miljörisk, så långt de är bedömda. En korrekt utredning, behandling och omvårdnad medför dock behov av färre läkemedel totalt sett, vilket bör vara positivt ur miljösynpunkt. Även minskat behov av akut somatisk behandling är ur många aspekter positivt för miljön.

Referenser och regelverk

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, APA; 2013.
2. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993. Hämtad 2019-01-15 från: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>.
3. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Hämtad 2019-01-15 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-2>.
4. Eckerström M. Subjective cognitive decline in memory clinic patients: characteristics and clinical relevance: results from Sahlgrenska University Hospital Memory Clinic in Mölndal [dissertation]. Gothenburg: University of Gothenburg; 2017.
5. American Psychiatric Association. Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5. Stockholm: Pilgrim Press; 2014.
6. Lindgren K. Stöd till anhöriga till personer under 65 år. Fokus på anhöriga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Hämtad 2019-01-15 från: http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/fokus_anhoriga_15.pdf.
7. RUDAS-S. Stockholm: Svenskt Demenscentrum; 2018. Hämtad 2019-01-15 från: <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/rudas-s/>.
8. Åldern har sin rätt – om att åldras med intellektuell funktionsnedsättning. Stockholm: Svenskt Demenscentrum; 2018. Hämtad 2019-01-15 från: http://www.demenscentrum.se/globalassets/utbildning_pdf/int_funk_demens.pdf.
9. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990;113(12):941-8.
10. Behandlingsrekommendationer. Uppsala: Läkemedelsverket; 2018. Hämtad 2019-01-15 från: <http://lakemedelsverket.se/behandlingsrekommendationer>.
11. Kivipelto M, Mangialasche F, Ngandu T. Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. Nat Rev Neurol. 2018.
12. FINGER-modellen: ett åtgärdsprogram för livsstilsförändring hos äldre personer i riskzonen att utveckla minnesproblem. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd, THL; 2018. Hämtad 2019-01-15 från: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137038/finger_modellen.pdf?sequence=1&isAlloved=y.
13. Allebeck P AS, Wåhlin S, Ramstedt M, Gripenberg J, Damström-Thakker K, Heinemans N. Alkoholkonsumtion och risknivåer: kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2018. Hämtad 2019-01-15 från: <http://folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/alkoholkonsumtion-och-risknivaer-rapport-2018.1.pdf>.
14. AMPS - "The Assessment of Motor and Process Skills" AMPS i Sverige; 2018. Hämtad 2019-01-15 från: <http://amps.se/amps/>.
15. GDS 20 (Geriatric Depression Scale) Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2019-01-15 från: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/gds20>.
16. Basutredning. Stockholm: Psykiatristöd, Stockholms läns landsting. Hämtad 2019-01-15 från: <http://www1.psykiatristod.se/Psykiatristod/Psykiatriprogram/Basutredning/>.
17. Föräldrabalk (1949:381). Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad 2019-01-15 från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381.
18. Rehabilitering för hemmaboende äldre personer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. Hämtad 2019-01-15 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9199/2007-123-26_200712326.pdf.
19. Vårdval - Primärvårdsrehabilitering: förfrågningsunderlag enligt LOV. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting; 2017. Hämtad 2019-01-15 från: <http://www.vardgivarguiden.se/globalassets/avtal-uppdrag/vardval-stockholm/primarvardsrehabilitering/ffu--2017-avtal-och-bilagor-del-2-rev-version.pdf>.

20. Fysisk aktivitet vid demens. FYSS 2017: Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet, YFA; 2016. Hämtad 2019-01-15 från: <http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/Demens.pdf>.
21. Riskbedömning med instrumentet ROAG. SeniorAlert; 2018. Hämtad 2019-01-15 från: <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=20646&nodeId=43949>.
22. Viss. Demens omvårdnad. Stockholm: Stockholms läns landsting, SLL; 2016. Hämtad 2019-01-15 från: <http://www.viss.nu/Handlaggning/Omvardnadsprogram/Demens-omvardnad-och-bemotande/>.
23. Faxén Irving G, Karlström B, Rothenberg E. Geriatrisk nutrition. Lund: Studentlitteratur; 2016.
24. Viss. Undernäring bland äldre. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2016. Hämtad 2019-01-15 från: <http://www.viss.nu/Handlaggning/Omvardnadsprogram/Undernaring-bland-aldre/>.
25. Stål Sandberg E. Stöd för anhöriga till personer med demenssjukdom: fokusrapport. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2010. Hämtad 2019-01-15 från: <http://www.vardgivarguiden.se/globalassets/utbildning-och-utveckling/vardutveckling/fokusrapporter/stod-for-anhoriga-till-personer-med-demenssjukdom.pdf>
26. Frågor och svar om samordnad individuell plan, SIP. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2019-01-15 från: <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip>.
27. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård och omsorg vid demenssjukdom – Indikatorer och underlag för bedömningar Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Hämtad 2019-01-15 från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-3-2>.

Regelverk

- Föräldrabalk (1949:381). Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad 2019-01-15 från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381.
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)(HSL). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-01-15 från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-01-15 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387.
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-01-15 från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612.
- Socialtjänstlag (2001:453) (SoL). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-01-15 från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453.
- SOSFS 2014:4 Våld i nära relationer Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2019-01-15 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-5-7>.
- Tandvårdsförordning (1998:1338). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-01-15 från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardsforordning-19981338_sfs-1998-1338.
- TSFS (2013:2). Föreskrifter om ändring i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. Norrköping: Transportstyrelsen. Hämtad 2019-01-15 från: https://www.transportstyrelsen.se/TSFS/TSFS%202013_2.pdf.

Bilaga 1 - Specialiserade utredningsenheter av kognitiv sjukdom i Region Stockholm

Nackageriatriken, Capio

Minnesmottagning, Nacka sjukhus

Handengeriatriken, Praktikertjänst N.Ä.R.A. AB

Minnesmottagning, Handens sjukhus

Tema Åldrande, Karolinska Universitetssjukhuset

Patientområde: Den Åldrande hjärnan:

Kognitiv mottagning, Huddinge

Kognitiv mottagning, Solna

Mottagningen för ärftliga demenssjukdomar, Solna

Sabbatsbergsgeriatriken

Minnesmottagning, Sabbatsbergs sjukhus

Dalengeriatriken, Praktikertjänst N.Ä.R.A AB.

Minnesmottagning, Dalens sjukhus

Stockholms sjukhem, Bromma

Minnesmottagning, Bromma sjukhus

Löwetgeriatriken,

Minnesmottagning, Löwenströmska sjukhuset

Danderydsgeriatriken

Minnesmottagning, Danderyds Sjukhus AB

Södertälje Geriatriska Klinik

Minnesmottagning, Södertälje sjukhus

Nynäshamns Geriatrik, Capio

Minnesmottagning, Nynäshamns sjukhus

Jakobsbergsgeriatriken

Minnesmottagning, Jakobsbergs sjukhus

Geriatriska kliniken, Norrtälje, Tiohundra

Minnesmottagning, Norrtälje sjukhus

Bilaga 2 - Lewybodydemens

Konsensuskriterier för den kliniska diagnosen möjligt och trolig Lewybodydemens

1. **Den centrala störningen som krävs för diagnosen LBD** utgörs av en progredierande nedsättning av de kognitiva funktionerna vilket medför en betydande social och yrkesmässig funktionsförsämring. Framträdande eller persisterande minnesstörningar behöver nödvändigtvis inte förekomma i de tidigare stadierna, men framträder vanligtvis då sjukdomen progredierar. Svårigheter med tester som mäter uppmärksamhet, fronto-subcortikala färdigheter och visuospacial förmåga kan vara framträdande.
2. **Kliniska kärnkriterier (de tre första kommer tidigt i sjukdomsförloppet och behöver inte förändras över tid)**
 - a. Fluktuerande medvetandegrad med framträdande variationer i uppmärksamhet och vakenhet
 - b. Återkommande visuell hallucinos som typiskt är välgestaltad och detaljerad
 - c. REM sömnstörning
 - d. Spontana symtom på parkinsonism
3. **Egenskaper som stöder diagnosen**
 - a. Upprepade fall
 - b. Syncopeattacker
 - c. Attacker av övergående medvetandeförlust
 - d. Neuroleptikakänslighet
 - e. Systematiserade vanföreställningar
 - f. Hallucinos i andra modaliteter
 - g. Svår autonom dysfunktion såsom urininkontinens, obstipation, hyper-/hyposomni, apati
4. **Riktgivande Biomarkörer**
 - a. Minskat dopaminupptag i basala ganglier visat med SPECT eller FDG PET
 - b. Lågt upptag vid MIBG myokardscintigrafi
 - c. Polysomnografisk konfirmation på REM sömnstörning utan atoni
 - d. Stödjande Biomarkörer
 - e. Relativt bevarad struktur av mediala temporalloberna på DT/MRI
 - f. Generellt lågt upptag på SPECT/FDG-PET med minskad aktivitet occipitalt med eller utan "the cingulate island sign" på FDG-PET.
 - g. Prominent "posterior slowwave" aktivitet på EEG med periodiska fluktuationer i pre-alfa/theta nivån

Trolig Lewy Body Demens kan diagnostiseras om

- a. Två av kärnkriterierna finns med eller utan riktgivande biomarkörer
- b. Endast ett av kärnkriterierna finns, men med en eller flera riktgivande biomarkörer

Trolig Lewy Body Demens kan inte bli diagnosticerad endast på bas av biomarkörer.

Möjlig Lewy Body Demens kan diagnostiseras om

- a. Endast ett av kärnkriterierna finns med, utan riktgivande biomarkörer
- b. En eller flera riktgivande biomarkörer finns, men det finns inga kärnkriterier

Diagnosen LBD är mindre sannolik vid samtidig förekomst av

- a. Cerebrovaskulär sjukdom med förekomst av fokalneurologiska tecken eller cerebrala lesioner på DT eller MRT
- b. Somatisk undersökning och utredning talar för en kroppslig sjukdom eller annan störning i hjärnans funktion som skulle kunna förorsaka den kliniska bilden
- c. Om parkinsonism är det enda kärnkriteriet och symtomen kommer för första gången i en svår demenssjukdom

Referens I.G Mc Keith et al, *Diagnosis and management of dementia with Lewy Bodies Journal Neurology* 2017;89:88-100

Bilaga 3 - Visuell uppskattning av hjärnatrofi

Röntgenologerna kan beskriva vad de ser men inte ställa diagnos. Skattningarna gäller på både datortomografi och magnetkamerabilder

Resultatet ger stöd för diagnostisk bedömning av t ex Alzheimer, vaskulär demens och frontotemporal demens och används som del i det diagnostiska övervägandet.

Medial temporallobatrofi, MTA

Här görs en uppskattning av hippocampus höjd och liqvorspatiet runt hippocampus.

- MTA 0 och MTA 1 är alltid normalt
- MTA 2 är normalt >70år
- MTA 3 är normalt >80 år
- MTA 4 är alltid patologiskt, men hos den enskilde individen kan detta vara normalt

Global cortical atrophy, GCA

Här bedöms hur vida sulci är och hur smala gyri är över konvexiteten.

- GCA 0–1 är att betrakta som normalt
- GCA 2 kan vara normalt >80 år, lokala områden med GCA2 skall mötas med misstänksamhet
- GCA 3 är alltid patologiskt

Fazekas vitsubstansgradering

Här graderas vitsubstansförändringar intracerebralt.

- Fazekas 0 har inga vitsubstanslesioner alls, anses normalt <81 år
- Fazekas 1 här finns en prick/lesion upp till multipla prickar, alltid normalt
- Fazekas 2 här börjar prickarna flyta samman, är normalt i >30% hos individer >78 år
- Fazekas 3 är sammanflytande områden med vitsubstansförändringar, är normalt i >20% hos individer >78 år

Posterior/Parietal atrophy, PA

Här bedöms sulcis vidd och atrofigraden av gyri inom parietala loberna.

- PA 0 och PA 1 är normalt
- PA 2 och PA 3 är patologiskt (PA 2 kan vara normalt hos individer >80 år)

Bilaga 4 - Länkar i vårdprogrammet

- GDS-20 - <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/gds20>
- PHQ-9 - <http://viss.nu/Blanketter/>
- MMSE-SR - <http://viss.nu/Blanketter/>
- Anhörigintervju - <http://viss.nu/Blanketter/>
- 4AT - <https://www.the4at.com/>
- CAM - https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/primarvardsenheten/geriatriken-potilaan-palveluketju/svenska/cam_sv.pdf
- RUDAS-S - <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/rudas-s/>
- SveDem (Svenska Demensregistret) - <http://www.svedem.se>

