Gäller för: Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Karin Fröjd, (karfr18), Specialistläkare
Granskad av: Karin Fröjd, (karfr18), Specialistläkare
Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Giltig från: 2022-10-28
Giltig till: 2024-10-01

Regional medicinsk riktlinje

Demenssjukdom, utredning och uppföljning

Fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2022–00971) september 2022, reviderad av regionalt programområde för Psykisk hälsa

Innehållsförteckning

Syfte 2
Huvudbudskap 2
Vårdnivå och samverkan 2
Bakgrund 3
Indikatorer och målvärden 3
Förändringar sedan föregående version 3
Utredning 3
Basal demensutredning 4
Basal demensutredning innefattar: 4
Utvidgad demensutredning 5
Behandling 5
Stöd vid situationer då personen avböjer utredning 5
Körkort 5
Vapen 6
Kognitiva hjälpmedel 6
Munhälsa 6
Läkemedel 6
Remissrutiner 6
Sjukskrivning 7
Klinisk uppföljning 7

Primärvård och kommun i samverkan och uppföljning 7
Patientmedverkan och kommunikation 7
Personcentrering och Patientkontrakt 7
Patientinformation 8
För vårdgivare 8
Relaterade dokument 8

Syfte

Att höja kvaliteten på utredningar vid misstanke om demenssjukdom, öka stöd till patient och anhöriga, samt göra vården mer sammanhållen.

Huvudbudskap

Riktlinjen anger hur basal utredning samt utvidgad utredning vid misstänkt demenssjukdom ska genomföras och hur patienten ska följas upp efter diagnos, i enlighet med Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Basal utredning och behandling sker företrädesvis inom primärvård.

Vårdnivå och samverkan

- Den basala demensutredningen ska i normalfallet göras i primärvården och patienten bör även följas upp där.
- Utvidgad demensutredning görs på specialistmottagning/minnesmottagning. Uppföljning av patienter med mindre kända demenssjukdomar, svåra symtom och yngre följs upp på specialistmottagning/minnesmottagning till stabil medicinsk och social situation uppnås. Patienten kan sedan efter individuell bedömning och ömsesidig överenskommelse följas upp i primärvården.
- Patienter med en kronisk sjukdom som ger kognitiv svikt bör utredas där de har den huvudsakliga vårdkontakten, till exempel inom till exempel neurologi, psykiatri eller

geriatrik. Om den kognitiva svikten härrör från patientens grundsjukdom sker även uppföljningen där.

Bakgrund

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

Uppskattningsvis har 23 000 personer i Västra Götaland en demenssjukdom och ca 4000 personer insjuknar varje år. Risken att drabbas av en demenssjukdom ökar med stigande ålder. I takt med att befolkningen blir allt äldre väntas antalet insjuknade öka.

Minnesnedsättning finns oftast mer eller mindre uttalat. Utöver detta drabbas flera kognitiva domäner, som snabbhet och uppmärksamhet, språkförmåga, visuospatiala funktioner, exekutiva funktioner och omdömesförmåga.

Indikatorer och målvärden

- Andel personer med demens där samordnad individuell plan har upprättats (KVÅ-kod AU124)
- Andel personer med demensdiagnos som inom 3 månader innan första besök med demensdiagnos på vårdcentral har genomgått strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning inom Vårdval rehab som en del av demensutredning med KVÅ-kod:
    - AV131 Bedömning av funktionsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder
    - AV133 Bedömning av aktivitetsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder
- Utvidgad utredning bör vara avslutad inom 60 dagar (efter SveDem)

Förändringar sedan föregående version

Anpassning till Nationellt Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom. Ett förtydligande om tillgång till N-tandvård för alla personer med demensdiagnos. Ett nytt avsnitt om stöd vid situationer då personen avböjer utredning.

Utredning

För utredning se även *Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.* All utredning och behandling ska genomföras utifrån stegvisa insatser med ett personcentrerat och teambaserat arbetssätt i samverkan med enhet inom vårdval rehab. En fast vårdkontakt ska erbjudas under utredningen och uppföljningen. Behandlingen inriktas på att lindra symtom, kompensera för rådande funktionsnedsättningar

samt stödja/utbilda patienter och närstående. För läkemedelsbehandling se även Regional medicinsk riktlinje-läkemedel Demens.

Basal demensutredning

Den basala utredningen syftar till att fastställa:

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

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

Diagnostiken grundar sig på en sammanvägd bedömning av strukturerad anamnes, standardiserad anhörigintervju, fysiskt och psykiskt tillstånd, kognitiva test samt strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga (Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, sid 27). Fungerande teambaserad samverkan mellan vårdcentral och enhet inom vårdval rehab är en förutsättning för en korrekt utredning.

Om en patient som vårdas inom slutenvården uppvisar symtom på kognitiv svikt bör en första bedömning göras där.

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

Basal demensutredning innefattar:

- Anamnes baserad på information från patienten och standardiserad anhörigintervju.
- Bedömning av alkoholkonsumtion med AUDIT och alkoholmarkörer.
- Läkemedelsanamnes/läkemedelsgenomgång.
- Somatiskt status inklusive neurologiskt status och vikt.
- Psykiskt status.
- Bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga av arbetsterapeut vid enhet inom vårdval rehab. Aktivitetsbedömning genom observation av aktivitet med fokus på kognitiva förmågor, minne, uppmärksamhet, planeringsförmåga, rumsuppfattning.
- Kognitivt status inklusive MMSE-SR i kombination med klocktest. Normalt MMSE-SR och klocktest utesluter inte demenssjukdom. Vid annat modersmål än svenska då tolkbehov föreligger, annan kulturell bakgrund eller vid kort skolgång bör RUDAS-S användas.

- Strukturell hjärnavbildning med datortomografi för att utesluta bl a hjärntumör, subduralhematom eller normaltryckshydrocefalus och om möjligt ge information om vilken demenssjukdom det rör sig om.
- Blodprover: Blodstatus, B-SR, P-glukos, S-Na, S-K, S-kreatinin, S-Ca, B-Peth och S-CDT samt prover för att utesluta störd sköldkörtelfunktion och B12/folatbrist.
- EKG i basal utredning och inför eventuell behandling med kolinesterashämmare

Utvidgad demensutredning

Om oklar demenssjukdom föreligger eller vid misstanke om ovanligare demenssjukdom som exempelvis Lewykroppsdemens, pannlobsdemens eller Parkinsons sjukdom med kognitiv svikt eller om personen är i arbetsför ålder bör patienten remitteras till specialistmottagning/minnesmottagning.

Utvidgad demensutredning innefattar:

- Strukturerad anamnes kompletterad med intervjuer med anhöriga/närstående.
- Bedömning av neurologiskt, psykiskt, kognitivt och somatiskt status, inklusive vikt.
- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga.
- Neuropsykologiska test som täcker flera kognitiva domäner.
- Lumbalpunktion för analys av biomarkörer, celler och proteinfraktionering,
- Blodmarkörer såsom P-NFL protein hjärnskademarkör.
- Vid klinisk misstanke riktad provtagning för att utesluta HIV, neuroborrelios och neurosyfilis.
- Granskning av datortomografi genomförd i samband med den basala utredningen för differentialdiagnostiskt syfte. Eventuellt görs kompletterande MR-undersökning för att bättre urskilja avvikelser i hjärnans strukturer.
- Mätning av dopamintransportsystemet i hjärnan med SPECT (DaTSCAN, scintigrafi) vid misstänkt Lewy body demens.
- FDG PET2

Behandling

Stöd vid situationer då personen avböjer utredning

Om personen avböjer utredning kan vården erbjuda allmän hälsokontroll för att skapa förtroende så att en demensutredning kan genomföras (Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, sid 32).

Körkort

Demens utgör hinder för körkortsinnehav och läkaren har skyldighet att anmäla till Transportstyrelsen samt informera patienten om anmälan. Undantag från anmälan kan göras då det är uppenbart att patienten inte kommer att köra bil. Vid lindrig demens krävs heller ingen

anmälan, men patienten ska då följas årligen för bedömning av lämplighet som förare. TSFS 2010:125, 10 Kap 3§.

Vid tveksamhet om den medicinska lämpligheten hänvisas till de enheter inom vårdval rehab där det finns arbetsterapeutisk kompetens för att göra dessa bedömningar. Vid svårbedömda fall görs bedömning hos Mobilitetscenter.

Muntligt körförbud ska undvikas. I uppenbara fall då patienten inte har någon bil eller där man är säker på att bilkörning inte är möjlig kan läkaren avstå från att göra anmälan till Transportstyrelsen.

Vapen

Demenssjukdom kan utgöra hinder för att inneha skjutvapen. Läkare bedömer om patienten av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen. Läkaren är skyldig att informera patienten och anmäla sjukdomstillståndet, som kan förhindra vapeninnehav, till polismyndigheten, se Läkares anmälningsskyldighet enligt vapenlagen Vägledning för rättstillämpning. Anmälan enligt 6 kap. 6 §§ vapenlagen (1996:67)

Kognitiva hjälpmedel

Bedömning och råd om behov av hjälpmedel inklusive kognitiva hjälpmedel bör göras på enhet inom vårdval rehab.

Munhälsa

En god munhälsa medför förbättrat näringsintag och hälsorelaterad livskvalitet.

Munhälsan för personer med demens riskerar att snabbt försämras. Om demensdiagnos finns ska N-tandvårdsintyg utfärdas. Ett N-tandvårdsintyg förbättrar möjligheten till tidiga förebyggande insatser. En tandvårdskontakt i ett tidigt sjukdomsskede då kognitiva funktioner är mindre påverkade ger en stor vinst för individen. Om patienten inte har kontakt med kommunens biståndshandläggare bör en läkare ansöka om ett N-tandvårdsintyg via Intygsbeställningen på Vårdgivarwebben.

Läkemedel

Läkemedelsuppföljning ska ske i samband med insättning eller justering av demensläkemedel. Se Regional medicinsk riktlinje - läkemedel Demens

Remissrutiner

Se även Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård

Sjukskrivning

Kontakt med arbetsgivare är ofta viktigt för planering. Partiell sjuk-skrivning med anpassade arbetsuppgifter kan vara aktuellt. Byte till nya arbetsuppgifter bör undvikas om förmågan till nyinlärning är nedsatt. Fortsatt arbete planeras med utgångspunkt från patientens önskemål och aktuell försäkringsmedicinsk bedömning.

Klinisk uppföljning

Primärvård och kommun i samverkan och uppföljning

Samverkan mellan primärvård och kommun är viktig för patienter med demensdiagnos. Uppföljning, behandling och insatser bör genomföras av multiprofessionella team med företrädare från primärvården och från kommunal vård och omsorg. Samordnad individuell plan ska erbjudas. Patienten ska följas upp minst en gång per år eller när tillståndet av annat skäl kräver detta.

Uppföljningen ska innefatta:

- Information från patient samt anhörig/närstående och personal i syftet att bedöma allmäntillstånd, aktuella symtom samt funktions- och aktivitetsförmåga
- Medicinsk undersökning inklusive bedömning av kognition och beteendeförändringar
- Uppföljning och utvärdering av beteendemässiga och psykiska symtom.
- Läkemedelsgenomgång.
- Munhälsa och eventuella ätproblem
- Matlust, nutrition och vikt
- Uppföljning av boendesituation och behov av kommunala biståndsinsatser och vid behov ta kontakt med kommunen
- Ställningstagande till behov av försäkringsmedicinsk bedömning.

Patientmedverkan och kommunikation

Personcentrering och Patientkontrakt

Tillståndet kräver att patientens autonomi noga beaktas. Personer med demenssjukdom kan ha kommunikationssvårigheter, men kan genom sina reaktioner visa hur de upplever en viss åtgärd, vilket får vara vägledande för ställningstagandet om samtycke föreligger eller inte.

Det är viktigt att betona att även om en person har en demenssjukdom så innebär det inte nödvändigtvis en bristande beslutsförmåga hos denne.

Patient och anhöriga ska stödjas under hela utredningsprocessen av fast vårdkontakt. Patientkontrakt eller vårdplan bör användas.

Patientinformation

Demenssjukdomar, 1177.se

Alzheimer Sverige - för personer och anhöriga med Alzheimers sjukdom (1177.se)

Vad är demens? Information, råd och stöd - Demensförbundet (1177.se)

Demenscentrum | (1177.se)

För vårdgivare

Utbildning ”Demens ABC plus Primärvård” Webbutbildningar | Demenscentrum

Relaterade dokument

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

SveDem

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Regional medicinsk riktlinje-läkemedel Demens

Utredning: standardiserad anhörigintervju AUDIT MMSE-SR klocktest RUDAS-S

Körkorts- och vapenfrågor: TSFS 2010:125, 10 Kap 3§ Mobilitetscenter anmälan till Transportstyrelsen Läkares anmälningsskyldighet enligt vapenlagen Vägledning för rättstillämpning. Anmälan enligt 6 kap. 6 §§ vapenlagen (1996:67)

Tandvård: N-tandvårdsintyg Intygsbeställningen

Samordnad individuell plan

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Karin Fröjd, (karfr18), Specialistläkare

Granskad av: Karin Fröjd, (karfr18), Specialistläkare

Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Dokument-ID: HS9766-305841775-430

Version: 2.0

Giltig från: 2022-10-28

Giltig till: 2024-10-01