VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Vårdförlopp Epilepsi - primärvårdsversion

Framtagen av: Processtöd för implementering i primärvården, PRIMP, och RPT Epilepsi
Innehållsansvar: RPT Epilepsi
Granskad och godkänd av: Samordningsgrupp primärvårdsråd, SOR Primärvård och SOR neurologi
Datum för godkännande: 26-10-22
Giltig till och med: 27-12-31

Använd webbläsaren Chrome för bästa funktionalitet

Om primärvårdsversion Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Epilepsi

Dokumentet visar hur primärvården kan arbeta enligt Vårdförlopp Epilepsi. Syftet är att stödja god vård i vardagen samt underlätta lokalt förbättringsarbete. Fokus ligger på personcentrerad vård och arbetssättet bygger på en biopsykosocial helhetssyn på hälsa.

Huvudpunkter:

- Primärvården uppmärksammar och remitterar patienter med misstänkt epilepsi till sekundärvården.
- Primärvården kan sköta färdigutredda patienter med stabil anfallssituation som har en tydlig vårdplan från neurologisk specialistsjukvård.
- Primärvården uppmärksammar förändringar i hälsa och initierar vid behov förnyad kontakt med specialistsjukvården.

På 1177 för vårdpersonal hittar du nationellt Vårdförlopp Epilepsi i sin helhet

Vårdförlopp Epilepsi

Nytillkomna plötsliga anfall med medvetslöshet, kramper, frånvaroattacker eller kortvariga stereotypa neurologiska symtom

Pågående anfall?

Ja → Gör en akutbedömning. Överväg att larma ambulans samt att ge akutbehandling.

[Krampanfall akut 1177.se]

Nej

Medicinsk bedömning i primärvården vid misstanke om epileptiskt anfall

Läkare

Diagnosen epilepsi ställs inom sekundärvård, primärvården remitterar vid misstanke om oprovocerat epileptiskt anfall. **Patient som mått bra innan anfallet och är återställd efter anfallet utreds poliklinisk.**

[Kliniskt kunskapsstöd Epilepsi för primärvård]

Anamnes

- Detaljerad anfallsbeskrivning, helst från anhörig eller annat vittne/film av pågående anfall
- Aurasymtom: hur patienten mår inledningsvis
- Postiktala symtom: hur patienten mår efter anfall
- Liknande eller avvikande svårförklarliga symtom eller beteende tidigare
- Misstänkta bakomliggande orsaker och provocerande faktorer

Status

- Allmäntillstånd inklusive temperatur och tecken på substanspåverkan, undersökning av hjärta, lungor, blodtryck, neurologiskt status samt EKG

Laboratorieprover

- CRP, glukos, blodstatus, elstatus inklusive eGFR, alkohol- och intoxikationsprover inklusive PEth

Åtgärd vid misstänkt oprovocerat epileptiskt anfall

- Överväg remiss enligt SVF Hjärntumörer
- Remittera till neurolog för poliklinisk utredning. Remisstöd epileptiskt anfall
- Informera patienten om körförbud i minst 6 månader samt försiktighet i risksituationer såsom höga höjder, farliga maskiner eller att vara i vatten utan uppsikt. Epilepsi 1177

OBS! Epileptiska anfall yttrar sig inte enbart som generaliserade anfall (grand mal). Uppmärksamma fokala symtom, till exempel aktivitetsavbrott, déjà vu (en stark, kortvarig känsla av att ha upplevt en nuvarande situation tidigare, trots att det är omöjligt), frånvaroattacker, plötslig uppåtgående känsla från magen mot bröstet, lukt- eller smakförnimmelser, upprepade omedvetna rörelser (såsom att smacka med läpparna, tugga och/eller plocka med kläderna). Differentialdiagnostik

- Provocerade anfall utlösta av alkoholöverkonsumtion, droger, vissa läkemedel, betydande elektrolytrubbningar eller hög feber (hos barn, ej vuxna) betraktas i regel inte som epilepsi och remitteras inte till neurologen.
- Sömnbrist och stress är inte anfallsframkallande hos friska.

Provocerande faktorer

Behov av insatser från sekundärvården

Neurologisk specialistsjukvård:

- ställer eller avfärdar epilepsidiagnos
- ger vid epilepsi information om sjukdomen, behandlingsalternativ, trafikmedicinska frågor inklusive körkortsintyg och fertilitetsaspekter såsom preventivmedel och graviditetsönskemål
- upprättar vårdplan som inkluderar optimerad läkemedelsbehandling, uppföljande provtagning, information om aktuell anfallsfrekvens och plan vid förändrad frekvens. Kommunicerar vårdplanen till primärvården.

Checklista utremittering till primärvård

Vid återremittering av patienter med känd epilepsi: Neurologen uppdaterar patientens vårdplan

Patient med känd epilepsi

Uppföljning, utvärdering och behandling i regional och/eller kommunal primärvård

Epilepsi behandlas främst inom neurologisk specialistsjukvård. **Primärvården kan sköta färdigutredda patienter med stabil anfallssituation med en tydlig vårdplan från specialistsjukvården**, se: RMR Ansvarsfördelning mellan primärvård och neurologisk specialistsjukvård vuxna

Uppföljning i primärvård görs med individanpassad regelbundenhet, vid fysiskt besök eller på distans efter överenskommelse med patient.

Uppföljning, utvärdering och behandling

Fast läkare, eventuellt tillsammans med fast sjuksköterska i kommunal primärvård

- Utför provtagning vid behov (lever, blodstatus, njurfunktion) enligt instruktioner från neurologen.
- Efterfråga nytillkomna läkemedel sedan senaste kontakt, särskilt preventivmedel, hormonbehandling, naturläkemedel och kosttillskott.
- Uppmärksamma förändringar i hälsa:
  - Ökad anfallsfrekvens, läkemedelsbiverkningar inklusive munhälsa, interaktionsrisk, trafikmedicinska frågor, graviditetsönskemål samt önskemål att avsluta epilepsibehandling föranleder förnyad kontakt med neurologisk specialistsjukvård.
  - Komorbiditet med ångest, depression eller kognitiv nedsättning sköts av primärvården. Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt och adekvat behandling är viktigt. OBS! Antidepressiva läkemedel såsom SSRI, SNRI och TCA ökar inte risken för epileptiska kramper.
- Överväg insatser enlig andra primärvårdsversioner, till exempel: Depression hos vuxna Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom
- Utför receptförnyelse enligt stående ordination från neurologen, kontrollera att ordinerad dos överensstämmer med faktisk användning.
- Utfärda fortsatta körkortsintyg vid anfallsfrihet >12 månader samt tandvårdsstöd. Ansvarsfördelning munhälsa och tandvårdsstöd

Stödja patientens delaktighet i vården att utifrån egen förmåga

- följa läkemedelsordinationer och inte ändra eller avsluta behandling på eget bevåg
- sträva efter hälsosamma levnadsvanor inklusive god sömn
- använda digitalt stöd: Epilepsiappen, information
- ha kännedom om högriskfaktorer vid epilepsi (vatten, höga höjder, potentiellt farliga maskiner samt andra situationer där plötsligt medvetandebortfall kan innebära risk) Patientinformation 1177 Fem steg om du lever ensam
- undvika alkoholintag, användning av droger/otillåtna substanser eller läkemedel som riskerar sänka anfallströskel, framför allt Tramadol.

Rehabilitering och hjälpmedel

Arbetsterapeut och fysioterapeut

Arbetsterapeut

- Ge stöd i aktivitetsbalans, rutiner och att vara aktiv i dagliga livet
- Se över behov av hjälpmedel och anpassningar av den fysiska miljön

Fysioterapeut

- Prova ut individuellt anpassad fysisk träning och ge stöd i att vidmakthålla fysisk aktivitet

Psykologisk behandling

Psykolog, psykoterapeut, vårdsamordnare

Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt hos patienter med epilepsi.

Primärvården ansvarar för psykologisk behandling av

- patienter med epilepsi och psykiatrisk samsjuklighet på primärvårdsnivå
- patienter med paniksyndrom eller funktionella anfall där epilepsi uteslutits som orsak till de aktuella symtomen (om ej behov av specialistpsykiatrisk vård).

Behandling av förväntansångest för anfall bör ske inom sekundärvården, såvida ångesten inte är en del av ett generaliserat ångesttillstånd

Kommunala insatser

Utförare utifrån biståndsbehov

- Till exempel hemtjänst, rehabiliterande insatser eller hemsjukvård
- Patienten kan ansöka om hjälp att utföra egenvård om detta dokumenteras i samråd med ansvarig vårdpersonal.

Dokument egenvård

Patientinformation egenvård

Färgnyckel: Brun: Patientens resa Blå: Vårdcentral Grön: Rehabenhet Grå: att besluta Gul: Sekundärvård Lila : samarbete Rosa: Kommunal primärvård

Remisstöd epileptiskt anfall

Diagnosen epileptiskt anfall är i huvudsak klinisk och baseras på beskrivning av anfallen. Undersökning och utredning efter ett epileptiskt anfall syftar till att utesluta behandlingskrävande orsak till anfallet, samt utesluta allvarliga differentialdiagnoser till epileptiska anfall, framför allt kardiell synkope. För mer information om diagnosen var god se:

Nationellt kliniskt kunskapsstöd epilepsi

Observera att välgrundad misstanke om hjärntumör föreligger vid förstagångs epileptiskt anfall. Dessa ska remitteras i enlighet med standardiserat vårdförlopp, SVF för primära maligna hjärntumörer, läs mer:

Standardiserat vårdförlopp primära maligna hjärntumörer (cancercentrum.se)

Nedanstående information önskas i remiss till neurolog:

Anamnes
- Detaljerad anfallsbeskrivning, vittnesbeskrivning om möjligt
- Prodromala symtom
- Postiktala symtom
- Omständigheter kring anfallets inträffande (särskilt faktorer tydande på akutsymtomatiska anfall, som CNS-infektion, stroke osv)
- Relevanta aktuella/tidigare sjukdomar, hereditet
- Aktuell medicinering
- Levnadsvanor: alkohol, droger, övrigt
- Eventuell genomförd utredning, resultat av DT-hjärna om utfört
- Tidigare misstänkta epileptiska anfall, vilka kan ha förbisetts av patienten
- Har patienten meddelats körförbud?

Status
- Hjärtauskultation, puls, EKG
- Blodtryck, eventuellt ortostatiskt prov
- Neurologiskt status
- Lokalstatus (framför allt avseende tecken på skalltrauma, tandskador och tungbett).

Laboratorieutredning
- B-PEth, blodstatus, elstatus, kalcium, glukos, CRP, TSH, vid behov drogtest.

Viktiga/övriga uppgifter
- Tolkbehov och språk
- Kontaktuppgifter till patient
- Direktnummer till remittenten
- Besked om att patienten är tillfrågad om samtycke till att remissmottagaren vid behov får ta del av patientdokumentation som finns i system för sammanhållen journalföring inklusive läkemedelsförteckningen.

Överväg differentialdiagnoser:

- Synkope med konvulsioner. Sker oftast i stående med eller utan prodromala symtom som yrsel, illamående, trötthet, öronsus, ”svartnar för ögonen” innan svimning med krampliknande rörelser pga tillfälligt minskat blodflöde till hjärnan, personen blundar ofta. Kardiell synkope kan ske oberoende av kroppsposition. Snabb spontan återhämtning.
- Funktionella anfall. Kännetecknas av variabilitet och inte stereotypa symtom samt att de ibland kan avledas. Ofta långdragna anfall, personen blundar och har okoordinerade, assymetriska kramper bilateralt. Personen blir oftast inte förvirrad eller trött efter anfallet, utan kan återhämta sig snabbt. Vid svårighet att urskilja funktionella anfall från epileptiska anfall får en remiss till neurologisk specialistvård övervägas.
- Migränaura. Prodromal fas med symtom såsom synfältsstörning med sicksackmönster, punkter, blixtar, eller stickningar och domningar i en hand, arm, ansiktshalva eller tunga, dysartri eller afasi, tinnitus och/eller yrsel. Aurasymtomen varar 5–60 minuter och följs ofta av ensidig huvudvärk med efterföljande postdromal fas som bland annat kan innebära uttalad trötthet.
- Panikångestattack. Situationsbetingad till skillnad från epileptiskt anfall och längre duration. Personen upplever stark rädsla/panik med hjärtklappning, andnöd eller tryck över bröstet, yrsel, svettningar, darrningar och en känsla av att tappa kontrollen eller att något farligt ska hända. Attacken går vanligtvis över inom 10–30 minuter. Vissa kan känna sig trötta, skakiga eller emotionellt utmattade en stund efteråt.
- Transitorisk global amnesi (TGA). En isolerad, plötsligt övergående minnesstörning med en duration upp till 24 timmar men går vanligen över inom 1 till 8 timmar, utan medvetandepåverkan eller efterföljande trötthet, till skillnad från panikångest, epilepsi och migrän.
- Transitorisk ischemisk attack (TIA). Ger plötsliga, övergående fokala neurologiska bortfallssymtom med en duration på vanligen några minuter upp till 2 timmar men kan pågå upp till ett dygn utan medvetandeförlust eller postiktal fas, och skiljer sig därmed tydligt från synkope, epilepsi, panikångest, migrän och TGA.

Provocerande faktorer

Alkoholöverkonsumtion, droger, intag av vissa läkemedel, betydande elektrolytrubbningar samt hög feber hos barn kan utlösa kramper hos friska.

För personer utan epilepsi är det ovanligt att måttlig alkoholkonsumtion utlöser kramper. Däremot kan hög alkoholkonsumtion eller abstinens (till exempel efter långvarigt bruk) leda till så kallade alkoholutlösta kramper.
Notera att

- risken för alkoholutlösta kramper ökar vid större mängder eller om en person redan har epilepsi
- vid alkoholabstinens uppträder anfall ofta 7-48 timmar efter minskad alkoholkonsumtion.

Vissa läkemedel såsom Tramadol, Bupropion (Voxra), klozapin, Lithium (intoxikation) kan utlösa kramper.

- Tramadol kan sänka kramptröskeln även vid terapeutiska doser. Risken är tydligt högre i vissa situationer, till exempel vid:
  - samtidig behandling med andra läkemedel som påverkar kramptröskeln, eller känd epilepsi
  - högre doser eller snabb dosökning
  - nedsatt njur- eller leverfunktion.

Kramper kan även uppkomma vid utsättning av anfallsbrytande och kramptröskelhöjande läkemedel, såsom bensodiazepiner och barbiturater. I dessa fall kan anfall uppträda sent, ibland efter flera veckor.

Metabola avvikelser kan utlösa kramper, även hos personer utan epilepsi. Risken för anfall påverkas av personliga förutsättningar, såsom att vara äldre, multisjuk, ha hjärnpåverkan (känd epilepsi, stroke eller annan hjärnskada, demens, nyligt trauma, andra provocerande faktorer), hur snabbt avvikelsen utvecklats och om det finns flera riskfaktorer samtidigt.

- **Hyponatremi (lågt natrium):** Den vanligaste orsaken. Kramper ses oftast vid tydligt låga nivåer men snabb sänkning kan utlösa symtom även vid högre nivåer.
- **Hypernatremi (högt natrium):** Mindre vanligt, men kan ge kramper särskilt vid kraftigt förhöjda nivåer eller snabba förändringar.
- **Hypokalcemi (lågt kalcium):** Kan ge ökad nervretbarhet och kramper, ibland även med muskelryckningar och stickningar innan kramp.
- **Hypomagnesemi (lågt magnesium):** Kan i sig orsaka kramper och också bidra till svårbehandlad hypokalcemi.
- **Hypoglykemi (lågt blodsocker):** Viktig metabol orsak till kramper.

Nedanstående gränsvärden är relativa utifrån förekomst av riskfaktorer:

S-glukos < 2,0 mmol/L, eller > 25 mmol/L och ketoacidos
S-natrium < 115 mmol/L
S-kalcium < 1,2 mmol/L
S-magnesium < 0,8 mg/dl
S-urea > 35,7 mmol/L
S-kreatinin > 884 µmol/

Intyg

För patient som har kontakt med både neurologisk specialistsjukvård och primärvård ansvarar primärvården för intyg avseende färdtjänst, P-tillstånd samt tandvård. När patienten enbart har kontakt med en vårdenhet ansvarar denna för utfärdandet av nödvändiga intyg.

Munhälsa och tandvårdsstöd

Personer med epilepsi kan ha rätt till särskilt tandvårdsstöd S-tandvård vid tandvårdsbehov som är en följd av sjukdomen eller dess behandling:

- Tandköttsförändringar (till exempel överväxt/gingival hyperplasi)
- Tandskador som uppstått i samband med epileptiskt anfall.

Muntorrhet orsakad av antiepileptiska läkemedel, vilket kan öka risken för karies och tandlossningssjukdom, kan ge rätt till särskilt tandvårdsbidrag.

Personer med epilepsi har rätt till N-tandvård om de

- bor på särskilt boende med service och omvårdnad (t.ex. äldreboende, sjukhem eller gruppbostad)
- bor i egen bostad men får hälso- och sjukvård i hemmet eller omfattande omsorgsstöd från hemtjänst
- har en psykisk funktionsnedsättning med omfattande vårdbehov, omfattas av LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Kortversion tandvårdsstöd

Ansvarsfördelning mellan primärvård och neurologisk specialistsjukvård vuxna

Utremittering av epilepsipatient till primärvård

Patienter som är anfallsfria eller bedöms ha en stabil anfallssituation och stabil medicinering sedan åtminstone två år tillbaka, kan remitteras ut till primärvården. Med stabil anfallssituation menas en situation där ytterligare läkemedelsjustering för att förbättra anfallssituationen inte anses medicinskt motiverad.

Även äldre multisjuka personer där epilepsin inte nödvändigtvis är under god anfallskontroll men där helhetsbilden talar för att en god sammanhållen vård kan remitteras ut till primärvården. Kontakt med specialistsjukvården uppmuntras frikostigt vid frågor.

Remissinnehåll till primärvården

- Beskrivning av typ av epileptiska anfall
- Social situation
- Relevanta provsvar
- Relevanta undersökningar (t.ex. MR, EEG) och tolkning av dessa
- Relevanta delar av neurologiskt status
- Tidigare och aktuella sjukdomar – framför allt bör samsjuklighet där risk för interaktioner vid samtidiga behandlingar kommenteras
- Beskrivning av arbetsförmåga och eventuellt bedömningsunderlag
- Aktuella läkemedel inklusive anfallsbrytande läkemedel som tas vid behov
- Planering för fortsatt omhändertagande: Rekommendation om uppföljande besök. Kommentar om nuvarande läkemedels biverkningsprofil. T.ex. enzyminducerares risk för osteoporos/hjärt-kärlsjukdom. Medicinering livet ut eller remiss för diskussion om utsättning av läkemedel om X antal år.
- Grunder för återremittering eller kontakt med specialistsjukvård: till exempel försämrad anfallssituation, nytillkomna biverkningar eller förändrad medicinsk situation där exempelvis läkemedelsinteraktioner kan uppstå.

Patienter med epilepsi som hanteras i specialiserad vård:

- Utredning och uppstart av farmakologisk behandling för patienter med nydebuterad epilepsi
- Icke anfallsfria patienter där fortsatta behandlingsalternativ finns
- Bedömningar av patient med försämrad anfallssituation
- Ställningstagande till medicinbyte, samt utsättning av antiepileptisk medicinering
- Kvinnor i fertil ålder för vilka graviditet är eller kan bli aktuell
- Överremittering från barn- till vuxensjukvård

Individuell bedömning: Behandling med mediciner vilka innebär risk för extra komplicerande interaktioner inklusive påtaglig biverkningsrisk. Läkemedel och/eller samsjuklighet som försvårar bedömningen om biverkningar uppstår.