

# Demensutredning och behandling - att hantera kognitiv sjukdom

Boris Klanger  
LäkarGruppen, Västerås

Allmänläkardagen  
2022-04-28



# Bakgrund

- Demens är en folksjukdom
  - 8 % av befolkningen > 65 år beräknas vara drabbad
  - 50 % av dem > 90 år har demens
- I Västmanland insjuknar drygt 600 personer årligen i demenssjukdom, vilket innebär 4-5 nyinsjuknade per familjeläkare. Varje familjeläkare har i genomsnitt ansvar för ett 30-tal demenssjuka, ännu fler om man har ansvar för SÄBO.
- Prioriteringsutredningen placerade demenssjukdom i prioriteringsgrupp 1b, alldeles efter akuta livshotande sjukdomstillstånd – dvs detta är något vi ska satsa på!

Gör vi det då???

# Vad är demens?

- Demens är ett samlingsnamn för en rad kognitiva symptom, som uppkommit på grund av hjärnskador som ger nedsatta funktioner i hjärnan. Oavsett orsaken yttrar sig symptomen olika, beroende på vilken eller vilka delar av hjärnan som är drabbade.
- Känsломässiga och intellektuella funktioner påverkas.
- I senare stadier drabbas alla hjärnans funktioner, t ex förmågan att gå, äta, svälja samt kontinens.
- Det finns ännu ingen bot, utan sjukdomen fortskrider med tiden. Dock kan symptomen lindras.



# Vad är kognitiva funktioner?

- De tankefunktioner med vilkas hjälp sinnesintryck och minnen hanteras
- Med andra ord – tankefunktioner i ordets vidaste bemärkelse – kraftigt påverkade vid demens
- En kognitiv undersökning bör därför omfatta flera s.k. kognitiva domäner

# Kognitiva domäner

1. Snabbhet och uppmärksamhet
2. Minne och inläring
3. Visuospatiala funktioner
4. Språkfunktioner
5. Exekutiva funktioner

# 1. Snabbhets/uppmärksamhets-symptom

- Psykomotorisk förlångsamning – “tänker långsammare”, saker och ting tar längre tid
- Oförmåga att skynda sig ens på uppmaning
- Sämre överblick, svårare att skifta uppmärksamhet

## 2. Minnessymptom

- Det *episodiska minnet* försämras; man minns saker och ting man varit med om sämre
- Episodiskt minne är såväl retrospektivt som prospektivt – tyvärr finns inga bra prospektiva minnestest
- Det *semantiska minnet* – fakta, skolkunskap – oftast intakt en bra bit in i sjukdomen



# 3. Visuospatiala symptom

- Den “inre kartan” försämrad, osäkerhet kring geografisk orientering – man går vilse
- Svårare att följa en karta eller läsa ritningar
- Svårare att snabbt läsa av klockan

## 4. Språkliga symptom

- Svårare att finna ord i spontant tal
- Svårare komma på vad saker och ting heter; benämningssvårigheter
- Svårare att följa med i vad som sägs – missförstånd – framför allt i större sällskap
- Svårare att tänka i abstrakta termer
  - Undvik uttryck som "upp och hoppa"
  - Säg inte "är du nöjd?" om du egentligen menar "vill du ha mer mat?"

# 5. Exekutiva symptom

- Försämrat omdöme, sämre sjukdomsinsikt
- Svårare att planera och organisera – tillvaron blir rörig
- Sämre simultankapacitet – svårare att göra flera saker samtidigt
- Sämre impuls kontroll

# Hur börjar det?

- Minnesstörning
- Känslomässig påverkan
- Nedsatt initiativförmåga
- Praktiska och exekutiva svårigheter
- Nedsatt förmåga till abstrakt tänkande
- Språkstörning
- Personlighetsförändring



# När ska demensutredning göras?

Om någon av frågorna nedan besvaras positivt  
– gör demensutredning!

- **Minnesstörning**  
Försämring av minnet som påverkar ADL/funktionsnivå
- **Försämrade tankeförmåga och planeringsförmåga**  
Svårare än tidigare att tänka, resonera och lösa problem, vilket yttrar sig i svårighet att klara av vardagliga handlingar (t ex betala räkningar, handla, telefonera)
- **Språkstörning**  
Svårare än tidigare att uttrycka sig i ord eller skrift
- **Spatial förmåga**  
Svårare än tidigare att hitta i nya miljöer och/eller välkända omgivningar, eller att läsa av en karta
- **Förändringar av personligheten**  
T ex omdömessvikt, blödighet, känslomässig avflackning, aggressivitet, svartsjuka, bristande insikt, förändrat matbeteende
- **Psykiska problem hos äldre**  
Nyttillkomna symptom på nedstämdhet, initiativlöshet, livsleda, ångest, isolering

# När ska demensutredning göras?

## OBS!

- Symptom ska ha förelegat under minst 6 månader innan demensdiagnos får ställas.
- Demensutredning ska ej göras under akut förvirringsperiod eller tidigare än 6 månader efter stroke.

# Finns inte "demens" med i DSM-5?

Begreppen "demens" och "MCI" har ersatts av ***Kognitiv sjukdom*** och ***Lindrig kognitiv funktionsnedsättning***

- **Nedsatt minnesfunktion/inlärningsförmåga** inte obligat (ex vid frontotemporal demens)
- Försämrad funktion i *en* av de kognitiva domänerna är tillräckligt för att uppfylla kriterierna för *Kognitiv sjukdom* eller *Lindrig kognitiv funktionsnedsättning*
- *Graden* av funktionsnedsättning avgör sedan vad det ska räknas som.
  - *Kognitiv sjukdom* om den kognitiva funktionsnedsättningen är betydande och begränsar personens självständighet i vardagen
  - *Lindrig kognitiv funktionsnedsättning* om det endast är en märkbar nedsättning som inte begränsar personens självständighet

# Lindrig kognitiv funktionsnedsättning

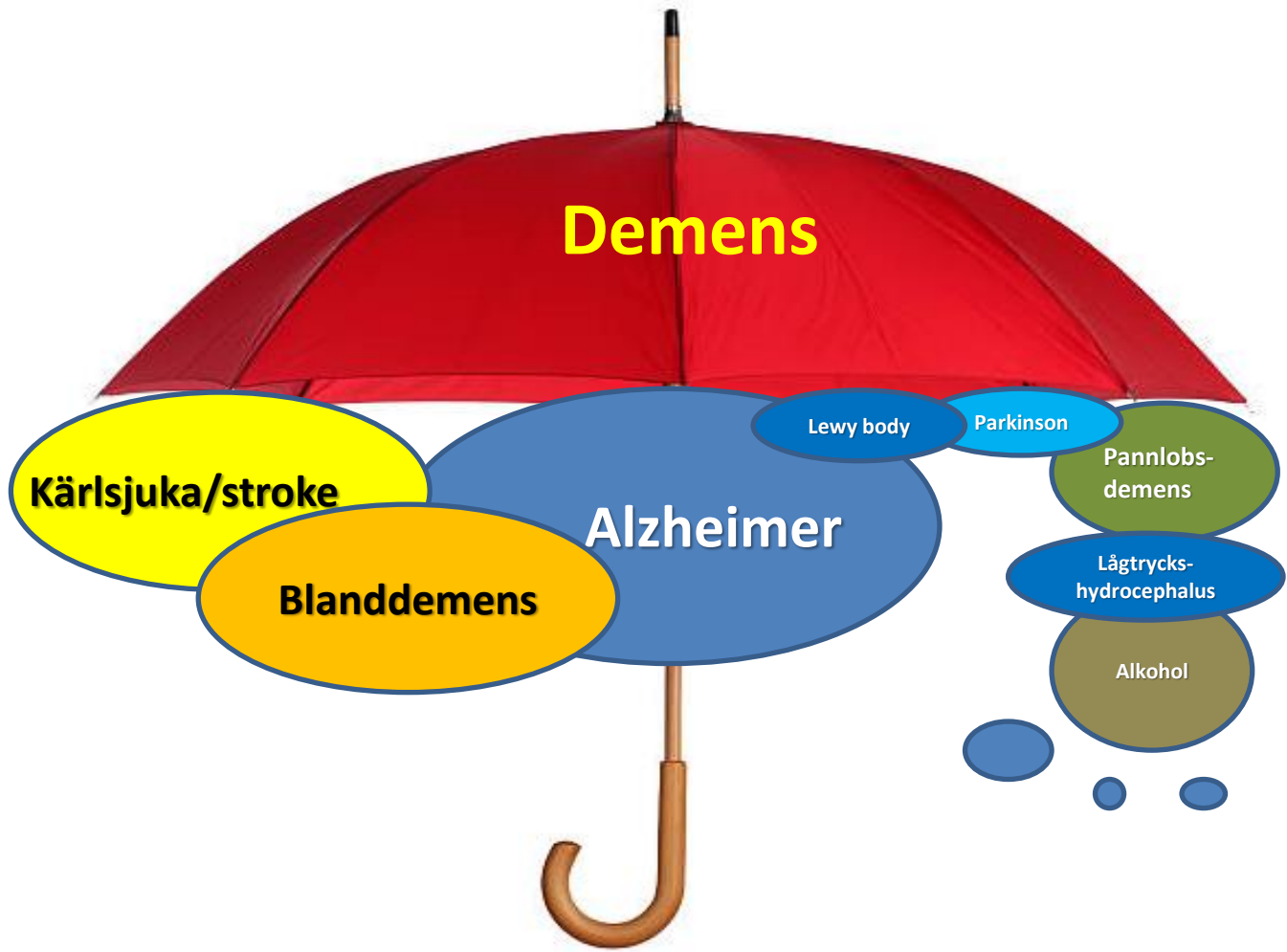
(MCI, Mild Cognitive Impairment)

- Kognitiv nedsättning som är fastställd utifrån tester eller uppgifter från anhöriga, men där diagnoskriterierna för demenssjukdom inte är uppfyllda
- Det sociala livet eller arbetet påverkas i mindre grad än vid demenssjukdom, med väsentligen bibehållen självständighet
- Vanligaste orsaken är förstadium till demenssjukdom, exempelvis Alzheimers sjukdom
- Kan dock ha flera andra orsaker, till exempel somatisk eller psykisk sjukdom såsom hjärtsvikt eller depression, och då kan tillståndet vara reversibelt
- Det är viktigt att följa patienten över tid, då en betydande del kommer att övergå i demenssjukdom (25 % per år)
- Skilj från **SCI** (Subjective Cognitive Impairment)



# Varför minnesutredning?

- Utesluta andra sjukdomar, som kan ge demensliknande symptom
  - depression, tillfällig förvirring/akut konfusion, hjärntumör, borrelia och andra infektioner, hydrocefalus, kroniskt subduralhematom, hormonella störningar, ämnesomsättningsstörningar mm
- Demenssjukdom kan ha olika symptom och förlopp beroende på vilken typ av demens personen lider av
- En förutsättning för att kunna ge rätt råd, stöd och behandling, samt en god vård och omsorg är att personen genomgått en utredning
  - bedömning av sjukdomens typ
  - bedömning av sjukdomens stadium



# Demens

Kärlsjuka/stroke

Blanddemens

Alzheimer

Lewy body

Parkinson

Pannlobsdemens

Lågtrycks-  
hydrocephalus

Alkohol

# Stadieindelning demens/kognitiv sjukdom

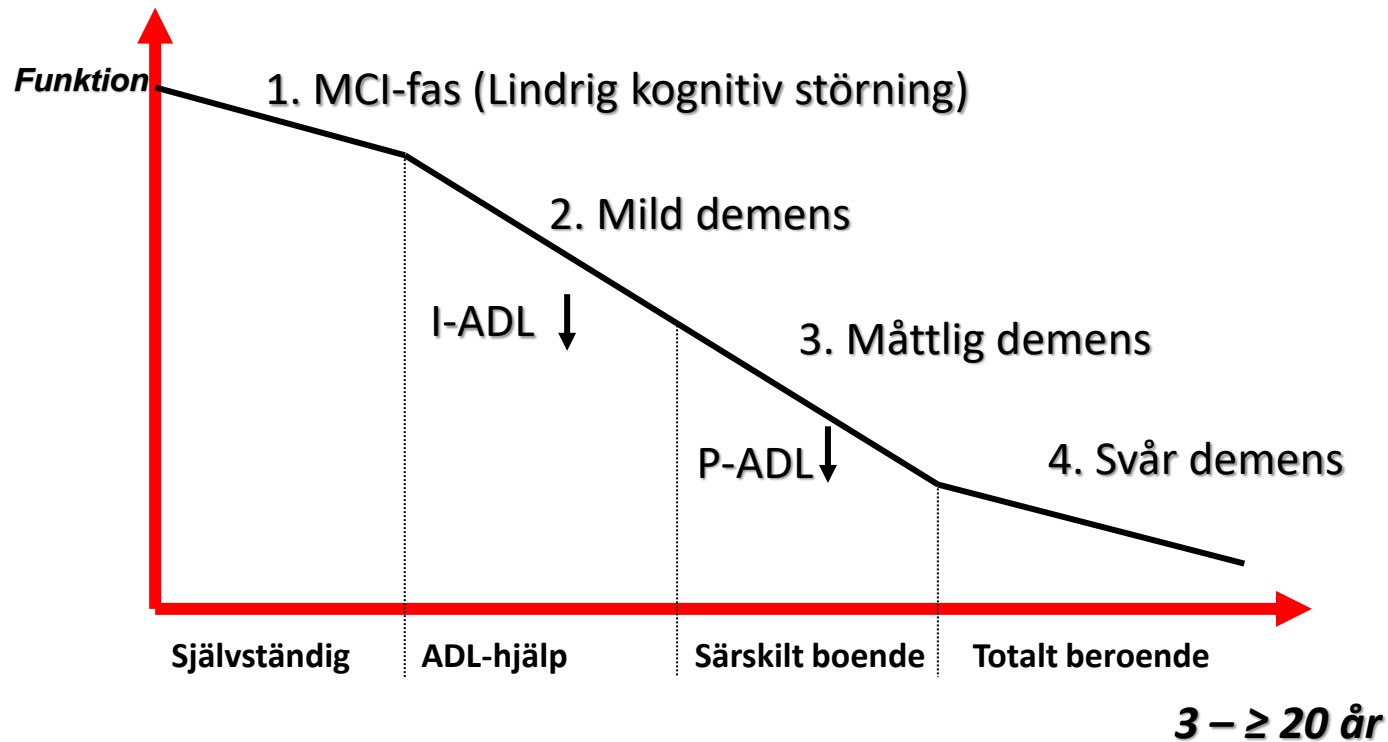
- **Mild demens** betecknar ett tidigt skede när personen kan klara sig utan stora insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Tumregel MMSE  $\approx$  **20 - 30** (18 - 30)
- **Måttligt svår demens** betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver hjälp för att klara vardagliga sysslor. Tumregel MMSE  $\approx$  **10 - 20**
- **Svår demens** betecknar det skede när personen behöver hjälp med det mesta. Tumregel MMSE  $\approx$  **0 - 10** (0 - 12)

# Alzheimers sjukdom

## Successiv utveckling!

Inga avgränsbara stadier

- Debutålder: Vanligen >65 år
- Hos yngre personer ofta ärftlig komponent



# Alzheimers sjukdom

## Fynd som talar för Alzheimer



- Smygande förlopp
- Tidig minnesstörning
- Gradvis utveckling av andra mentala symptom med språkliga svårigheter, spatial (rumslig/orienterings-) oförmåga, räkne- och skrivsvårigheter, koncentrationssvårigheter samt svårigheter att tänka och handla på ett adekvat sätt
- Datortomografi: Minskad volym av tinninglober, generell minskad hjärnvolym, dock ej diagnostiskt!
  - OBS - vanligt med normalfynd!

# Vaskulär demens

## Fynd som talar för Vaskulär demens

- Tecken på infarkter eller utbredd vitsubstansskada vid DT hjärna
- Kärlsjukdomar med organskador samt vaskulära riskfaktorer (diabetes, högt blodtryck, högt kolesterol)
- Ofta trappstegsformat men ibland mer smygande sjukdomsförlopp
- Symptom beror mest på var hjärnskadan uppkommit
  - Temporalloberna - minnet
  - Parietalloberna - analysförmågan
  - Frontalloberna – personlighetsförändringar
- Exekutiva svårigheter (nedsatt förmåga att planera och organisera, nedsatt initiativförmåga), förlångsamning, emotionell labilitet, blödighet. Initialt bevarad personlighet.
- Gånggrubbning eller andra neurologiska symptom tidigt i förloppet eller i samband med försämring.
- Depression mycket vanligt!

# Blanddemens

## Fynd som talar för blanddemens

- Tecken på infarkter eller utbredd vitsubstansskada vid DT hjärna
- Kärlsjukdomar med organskador samt vaskulära riskfaktorer (diabetes, högt blodtryck, högt kolesterol)
- Oftast smygande sjukdomsförlopp, men ibland med tydliga försämringar
- Ibland svårt att avgöra om det är Alzheimers sjukdom eller vaskulär demens, speciellt hos äldre
- Studier har visat att en majoritet av personer med diagnosen vaskulär demens haft alzheimerförändringar i hjärnan
- Och de flesta patienterna med Alzheimers sjukdom visar sig ha kärlskador i hjärnan

# Frontotemporal demens

- Hjärnskadan sitter i pannloberna och främre delarna av tinningloberna – ”dirigenten”
- Smygande förlopp, ofta snabbare än vid Alzheimers sjukdom
- Personlighetsförändringar, bristande omdöme, språkstörning
- Initialt bevarad minnesförmåga
- Senare i förloppet problem med abstrakt tänkande, problemlösning
- Ofta ganska tidig debut (50-60-årsåldern)
- Relativt vanligt med ärftlig komponent



# Lewy body-demens

Likheter med både Alzheimers sjukdom och Parkinsons sjukdom

## Vanliga symptom

- Minnesstörning - kommer ofta senare än vid Alzheimers sjukdom
- Parkinsonism
- Fluktuerande uppmärksamhet och kognitiv förmåga över dygnet
- Synhallucinationer, sömnstörning (REM-sömn), falltendens
- Autonom dysfunktion, t ex ortostatism och ökad salivation
- OBS! Uttalad neuroleptikakänslighet



# Basal demensutredning i primärvården

- Noggrant strukturerad anamnes med hjälp av symptomenkät från närstående
- Status
- Kognitiva tester
- Funktionsbedömning av arbetsterapeut
- Blodprover
- Datortomografi
- EKG

# Vem ansvarar?

De vanligaste demenssjukdomarna - Primärvården

- Alzheimers sjukdom
- Vaskulär demens (kärlskada)
- Blanddemens

Ovanligare former - Geriatriska kliniken Minnesmottagning

- Lewy body-demens
- Frontotemporal demens
- Demens vid Parkinsons sjukdom
- Alkoholdemens

# Vem ansvarar?

## Geriatriska klinikens Minnesmottagning

- Misstänkt demens hos patienter <65 år
- Misstanke om ovanligare demenssjukdom
- Snabbt progredierande demenssymptom
- Diagnostiska och/eller terapeutiska problem vid misstänkta eller kända demenstillstånd

# Vem ansvarar?

## Vuxenpsykiatriska kliniken

Patienter med beroendesjukdomar och tyngre psykiatriska diagnoser med kognitiva symptom utreds och behandlas inom psykiatrin.

Psykiatrin hjälper även till i de fall där grava beteendestörningar, såsom aggressivitet, orsakar vårdtekniska problem.

## Habiliteringscentrum

Vid misstänkt demensutveckling hos person med IF (intellektuell funktionsnedsättning) kan kontakt tas med Habiliteringscentrum för samråd.

# Utredningen startar när någon i patientens närhet uppmärksammat kognitiva symptom

- Kan vara patienten själv, anhörig, någon på vårdcentralen eller i kommunen
- Sedan följs Västmanlandsmodellen i 11 steg



# Västmanlands- modellen - eget boende

*Basal minnesutredning för  
primärvården i Västmanland*



# Västmanlandsmodellen – vad är det?

- Kognitiv utredning och uppföljning i primärvården.
- Att hitta, utreda, behandla och följa upp patienter med kognitiv sjukdom (demens).
- Teamarbete, där minnessköterska/arbetsterapeut har en central, sammanhållande roll.
- Besök sker i hemmet.
- Arbetsterapeuten utför strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga, och bedömer hjälpmedelsbehov.

# Mera om Västmanlandsmodellen

- Har sitt ursprung i ett projekt via Geriatrikmottagningen (2008-2011).
- Mål:
  - att hitta patienterna i ett tidigare skede i sin demenssjukdom
  - att skapa en kvalitetssäker och trygg process för patienter och anhöriga vid utredning och uppföljning
- Systematiskt och strukturerat arbetssätt som utgår från samverkansdokument och de nationella riktlinjerna vid demens
- Arbetssättet ger läkaren ett bra underlag för att sätta diagnos
- Samarbete med kommunen är viktigt för att ge möjlighet till rätt stödinsatser
- Uppföljning sker minst årligen

# **1. Meddelande till samordnare, ex. minnessköterska eller arbetsterapeut i minnesteamet på vårdcentralen**

- Att det finns en patient med misstänkt kognitiv sjukdom

## **2. Samordnare i minnesteamet gör då följande:**

- Bokar hembesök.
- Bokar läkarbesök efter att hembesöket är klart. Viktigt att även anhörig/närstående kallas till läkarbesöket!
- Beställer "labprover demens". Provtagning sker i hemmet eller på vårdcentralen.
- Läkaren kan/bör skriva remiss för "DT hjärna - Minnesutredning" redan i detta skede.

### **3. Minnessköterska + arbetsterapeut gör hembesök, gärna tillsammans**

- Checklista kognitiv svikt, anamnes, symptomenkät, levnadsberättelse, kognitiva tester (MMSE-SR/RUDAS-S, klocktest, samt vid behov MADRS, AQT, MoCA och KSB).
- Aktivitetsbedömning. Vid behov av kognitiva hjälpmedel sker överrapportering till den kommunala hemsjukvården.
- Sammanställer genomförda åtgärder och rapporterar till läkaren inför läkarbesöket – presenteras gärna i så kallat ”konsensusmöte”.

# 4. Läkarbesök 1

- Läkare + patient + anhörig/närstående
- Anamnes + status (inkl neurologstatus och psykiatriskt status)
- Remiss DT hjärna, om det inte är gjort senaste 2 åren (riktlinjer finns i "Vård- och omsorgsprogram demens")
- Läkemedelsgenomgång
- Genomgång av provsvar eller provtagning
  - behövs ytterligare prover?
- EKG, om det inte är gjort (riktlinjer finns i "Vård- och omsorgsprogram demens")

# 5. Kvittering av DT hjärna som del av minnesutredning

- Läkaren meddelar samordnare när svaret på DT hjärna har kommit.
- Läkarbesök 2 bokas för att meddela patient/anhörig vilken diagnos man kommit fram till.
- ”Konsensusmöte” planeras in.

# 6. Konsensusmöte med minnesteam när DT-svar kommit

- "Konsensusmöte" låter högtravande. Det kan vara ett möte i samband med "minnesrond" eller på schemalagd "demenstid", eller som skriven kommunikation i teamet.
- Sätt så specifik diagnos som möjligt, utifrån prover, DT hjärna, riskfaktorer mm. Undvik "Demens UNS".
- Symptomlindrande läkemedel?
- Remiss minnesmottagningen?
- Ställningstagande till stödinsatser.
- Funktionsbedömning och hjälpmedelsbedömning av arbetsterapeut



# 7. Läkarbesök 2 för avslut av utredning

- Patienten kallas med anhörig/närstående
- Genomgång av utredningsresultat
- Delge diagnos/differentialdiagnos
- Informera om remiss till  
Minnesmottagningen behövs eller ej
- Diskutera bilkörning och ev vapen. Tillfälligt körförbud?

## 8. Vid demensdiagnos

- Ställningstagande till mediciner och andra åtgärder, remiss, god man mm

## 9. Kommunala stödinsatser

- Samordnare i minnesteamet (eller patient/närstående) kontaktar kommunens demensansvariga, biståndshandläggare eller anhörigstödjare, så att de vet att det finns en nyutredd/nydiagnostiserad patient.
  - Via Meddelandefunktionen i Cosmic. Ny rutin kommer inom kort.

# **10.** Uppföljning vid demens eller kognitiv svikt

**Inom 4 veckor - telefonuppföljning av minnessköterska**

**Efter 6 månader - hembesök av minnessköterska/arbetsterapeut**

- Kognitiva tester
- Registrera i SveDem

# **11.** Årlig uppföljning - gärna hembesök av minnessköterska/arbetsterapeut

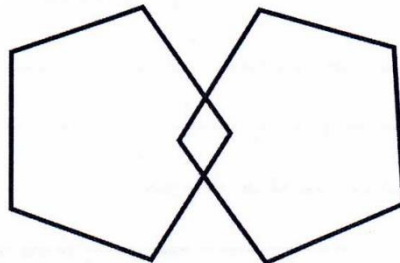
- Anhörig- eller vårdgivarrapport
- Kognitiva tester
- Läkarbesök och läkemedelsgenomgång
- Registrering i SveDem

# Kognitiva tester

- MMSE-SR – välkänt och används i hela världen
  - RUDAS-S görs istället om MMSE-SR ej kan genomföras
- Klocktest (rita en klocka där visarna pekar på tio över elva)
- Ev. övriga tester:
  - AQT (A Quick Test), RUDAS-S, MoCA, KSB (Kognitiva Screeningbatteriet).
  - MADRS

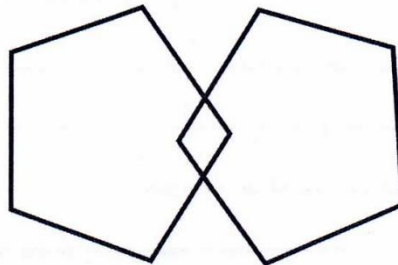
# MMSE-SR

- MMSE-SR testar
  - förmåga till orientering i tid och rum
  - registreringsförmåga
  - räkneförmåga och uppmärksamhet
  - minne
  - språk
  - rumslig/spatial förmåga (kopiera pentagoner)



# MMSE-SR

- Inte ett diagnosinstrument
- Mäter kognitiva funktioner och förändringar i dessa
- Demenssjukdom kan inte uteslutas vid höga, "normala" poäng
- Låg poäng kan bero på andra orsaker än kognitiv svikt, t ex språksvårigheter, nedsatt hörsel och nedsatt allmäntillstånd
- Bra vid diagnostik och vid uppföljning





# Värdering av MMSE-SR

- Tumregel MMSE:

30 (27 - 30)	normalt
20 - 30 (18 - 30)	lätt demens
10 - 20	medelsvår demens
0 - 10 (0 - 12)	svår demens
- Tidigare funktionsnivå, motivationsgrad och undersökningsbetingelser måste alltid vägas in i resultatet och gärna kommenteras
- Övertolka inte – resultat varierar beroende på testperson och utbildning, humör, tid på dygnet, hur "snäll" man är osv. Finns en 40-sidig manual för att minimera variation.



# RUDAS-S

- Ett mångkulturellt kognitivt bedömningsinstrument utvecklat för funktioner som minne, visuospatial orientering, förmåga att utföra viljemässiga rörelser och handlingar (praxis), visuokonstruktion, omdöme och språk.
- Avsett att användas vid basala demensutredningar av personer med annan kulturell bakgrund och annat modersmål än svenska samt för personer med lägre utbildningsnivå.
- I dessa fall är RUDAS ett bättre alternativ än MMSE eftersom det påverkas mindre av testpersonens språk, kultur och utbildningsnivå.
- Max 30 poäng. Ett resultat under 23 poäng indikerar misstanke om kognitiv sjukdom och bör utredas vidare.

# Klocktest



# Klocktest

- Klocktest – att rita en klocka vars visare står på tio över elva
- För utredning och uppföljning av kognitiva symptom
- Mäter
  - Konstruktionsförmåga – visuospatial funktion
  - Tidsuppfattning
  - Abstraktionsförmåga/verbal förståelse
  - Planeringsförmåga
  - Exekutiv förmåga

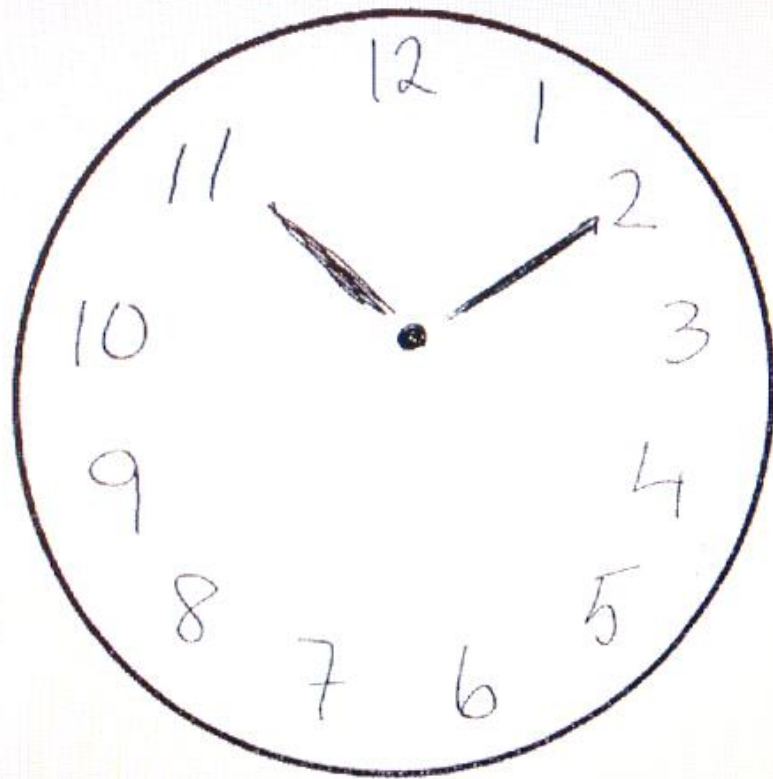
# Klocktest

- Ger utslag tidigt vid t ex Alzheimer, mycket känsligt!
- Kan poängsättas, men sällan nödvändigt
- Det finns olika varianter, med och utan förritad cirkel men helst ska man rita urtavlan själv
- Helhetsbedömningen viktigast!

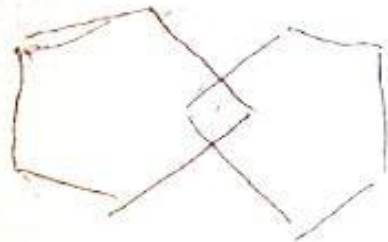
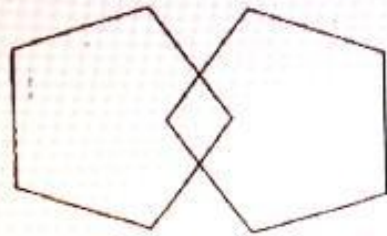
# Värdering av klocktest

- Alla avvikelser är patologiska, dvs man ska klara av att rita en klocka med korrekt utsatta siffror och visare!





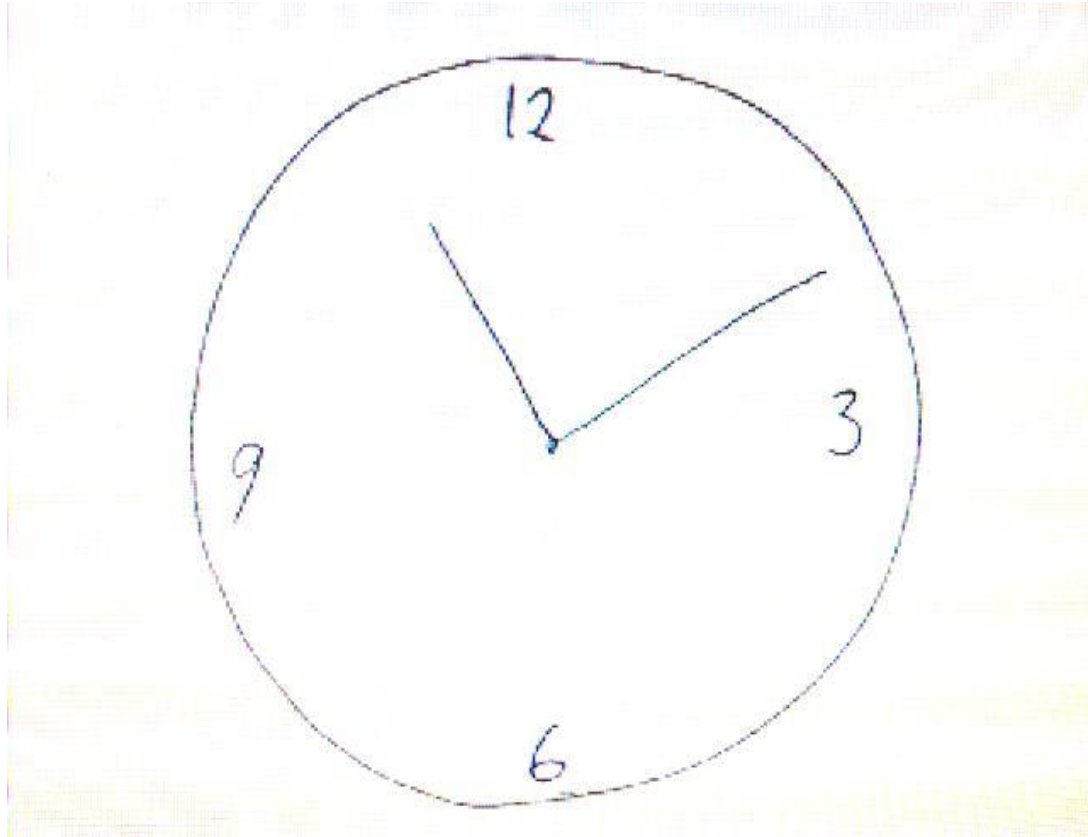


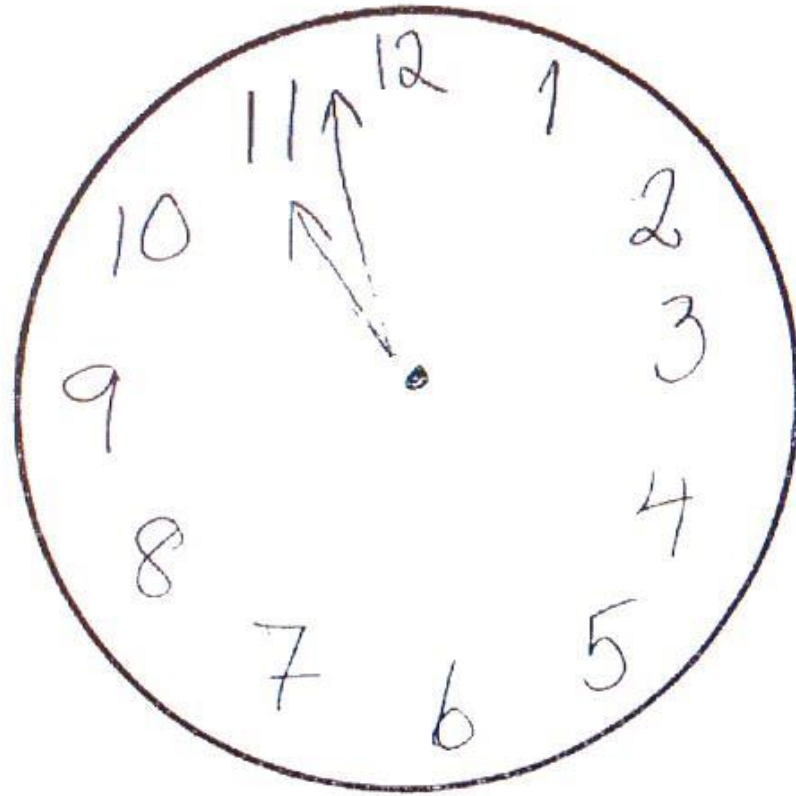


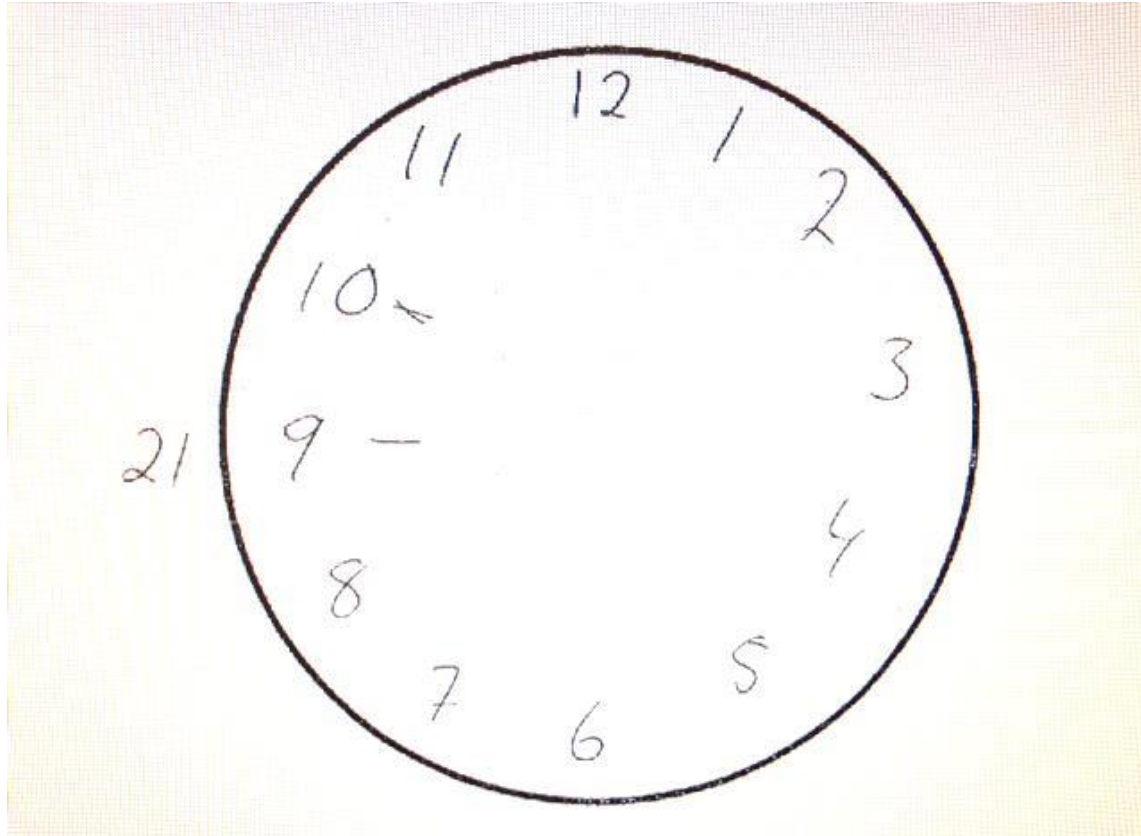
# BLUNDA



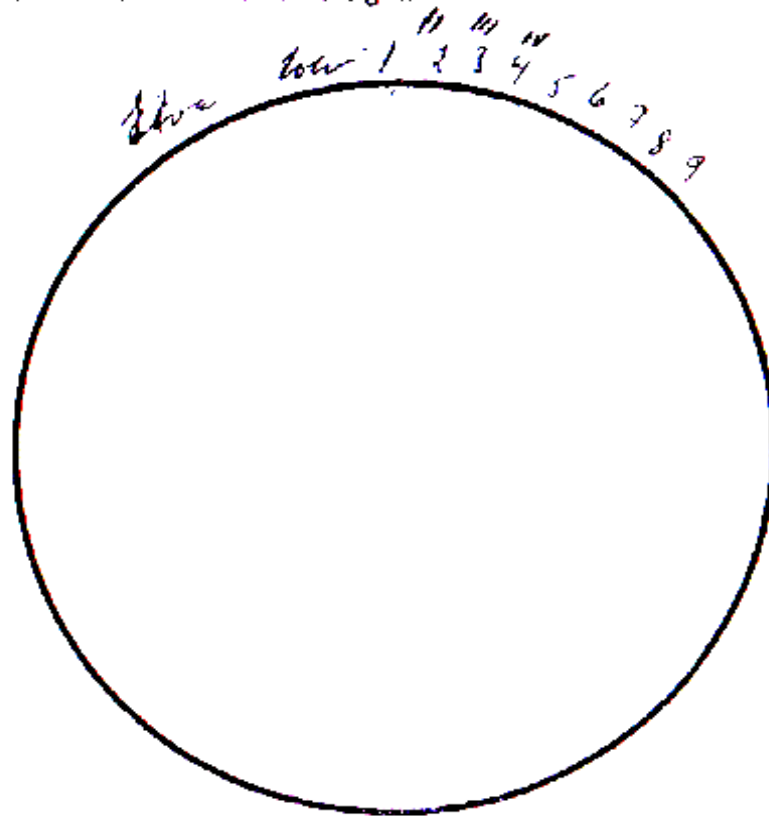
JAG ÄR INTE duktig i RÄKNING



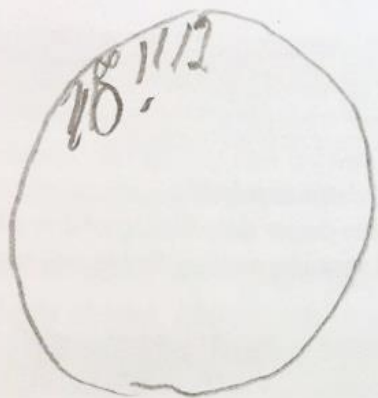




SKRIV DIN NAMNTECKNING PÅ DEN STRECKADE LINJEN  
längst ned på sidan, då klockan är färdigritad!

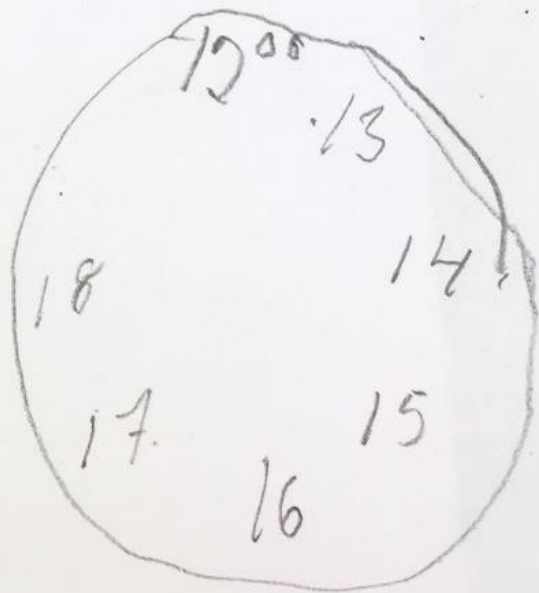


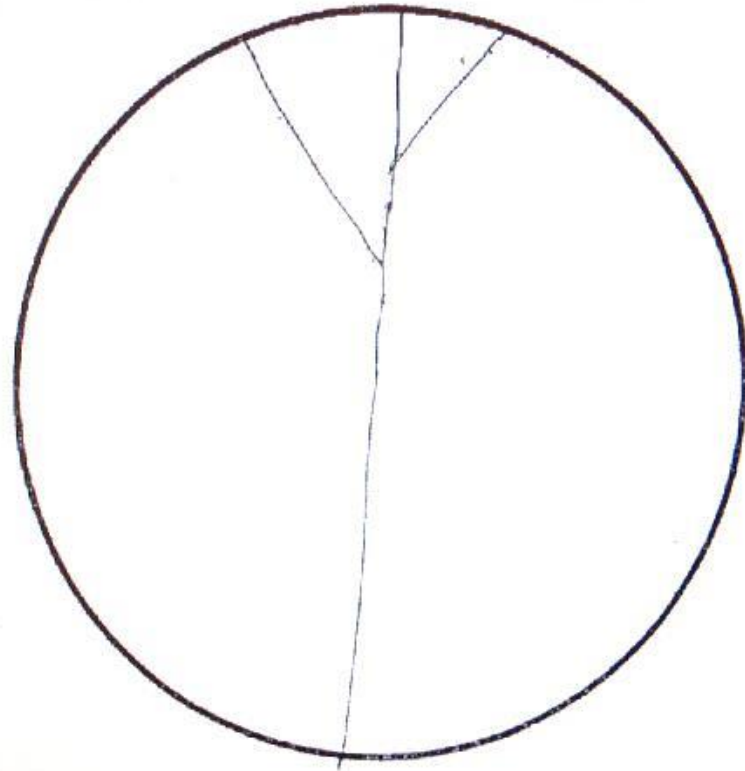
(1)



(2)

"Rita en större klotcha"



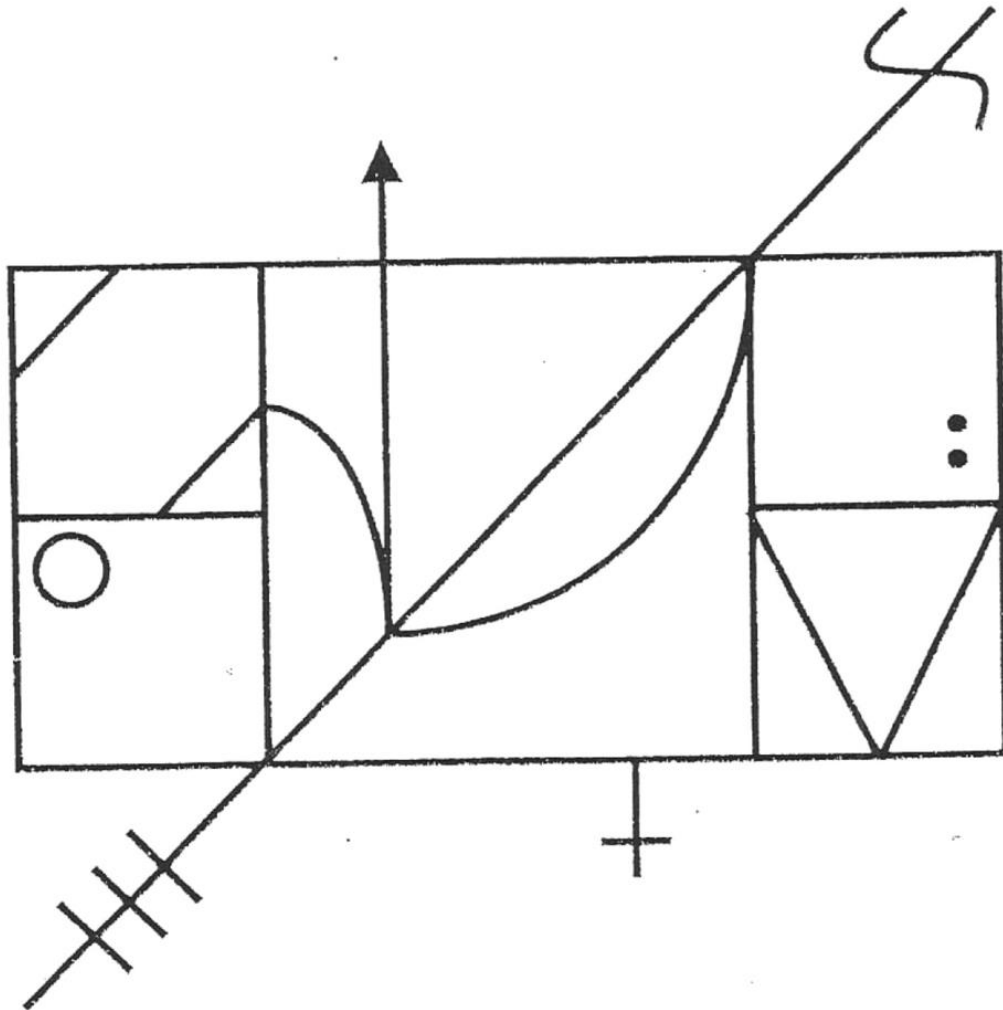


# Övriga kognitiva tester

- KSB – Kognitiva screeningbatteriet.  
Neuropsykologiskt snabbtest som mäter olika mentala funktioner. Bra vid ex. värdering av körförmåga.
- AQT- A Quick Test  
Mäter kognitiv snabbhet eller s.k. mental förlångsamning. Mycket känsligt tidigt i förloppet.



# Exempel på test ur KSB – att rita av en komplex figur på tid



# Exempel på test ur KSB – att med pennan följa siffrorna i stigande ordning.

TRAIL MAKING A



Psalt: \_\_\_\_\_

Summarpoäng: \_\_\_\_\_

# SYMBOL DIGIT MODALITIES TEST

NYCKEL

┌	>	┐	÷	+	Γ	)	÷	(
1	2	3	4	5	6	7	8	9

(	┐	÷	(	┌	>	÷	Γ	(	>	÷	(	>	(	÷	Γ	>	(	÷	┐

>	┌	Γ	(	÷	>	÷	Γ	┌	)	Γ	┐	+	)	(	┌	+	Γ	)	┐

÷	÷	┌	Γ	+	÷	Γ	┐	(	>	Γ	(	┐	>	+	÷	)	┌	>	Γ

÷	┐	)	┌	>	+	Γ	┐	÷	┌	+	÷	÷	)	(	>	÷	+	÷	┌

>	Γ	÷	(	+	÷	┐	>	)	Γ	÷	)	+	÷	┌	+	)	┐	(	÷

÷	(	Γ	┌	>	┐	÷	(	>	Γ	÷	(	>	÷	+	┌	┐	Γ	)	÷

Summa råpoäng: \_\_\_\_\_

Test nr: \_\_\_\_\_

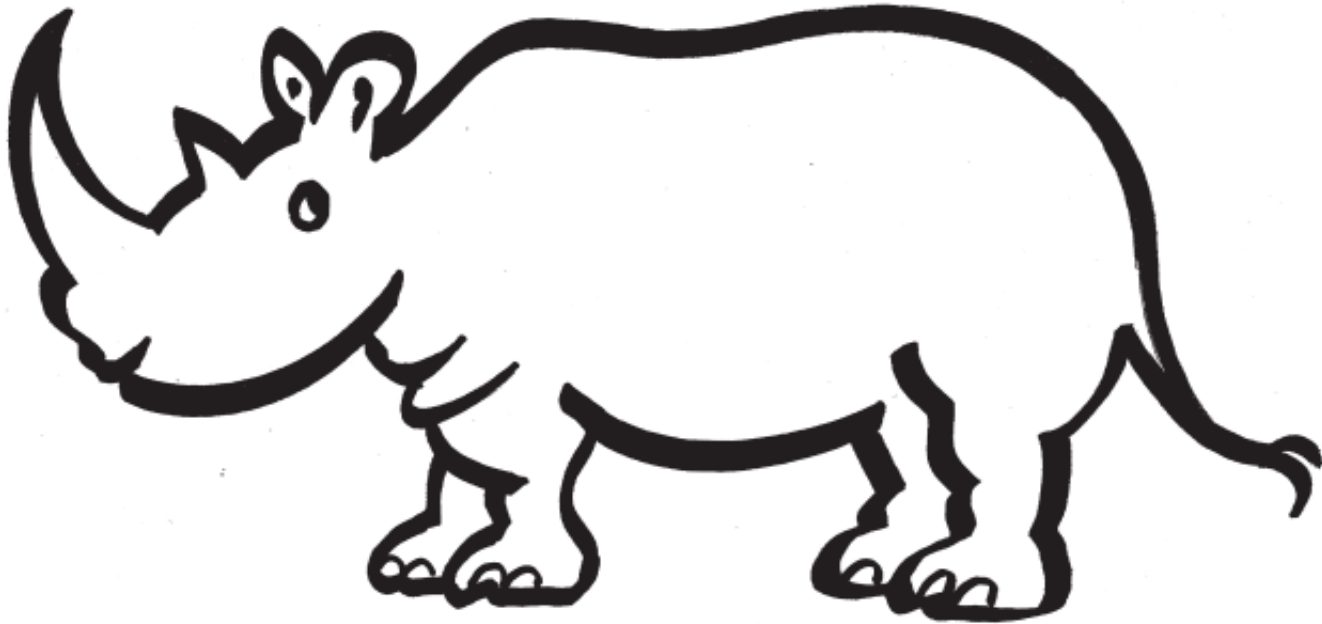
Antal rätt (0-110)  
på 90 sekunder

Antal fel (0-110)  
på 90 sekunder

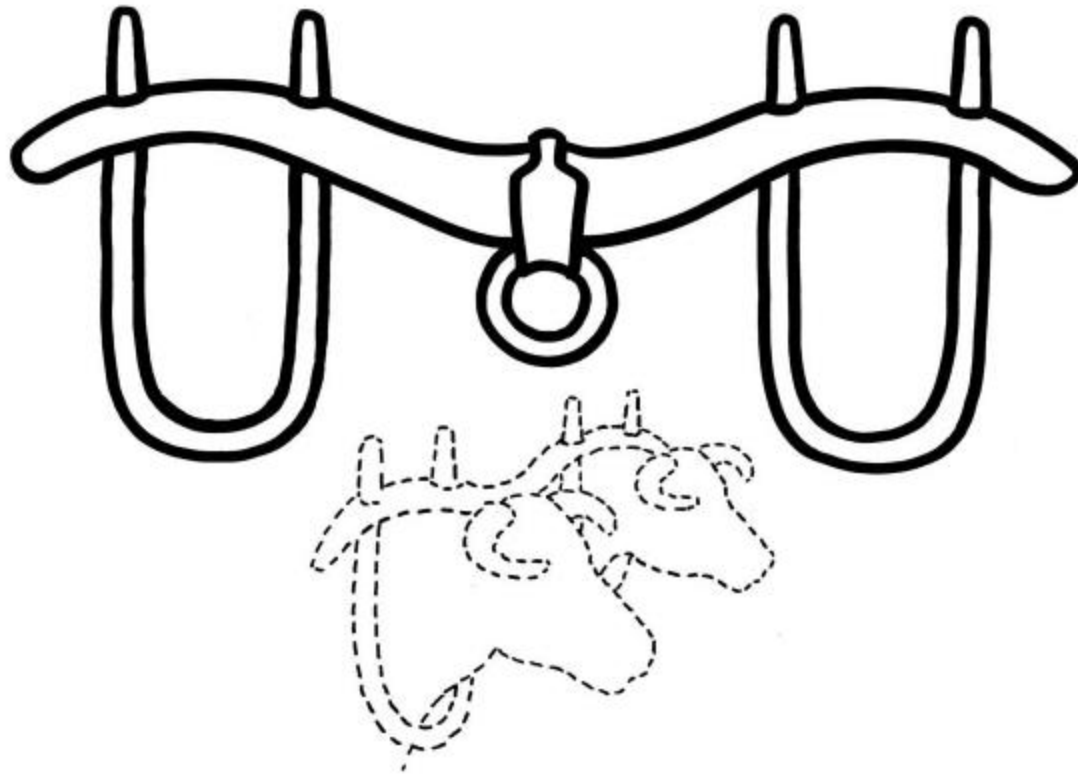
### Normvärden SDM-test

Ålder	1 sd under M	1 sd över medel
<b>45-54 (M=47±8)</b>	<b>39</b>	<b>55</b>
<b>55-64 (M=41±9)</b>	<b>32</b>	<b>50</b>
<b>65-74 (M=37±11)</b>	<b>26</b>	<b>48</b>
<b>76-80 (M=32±10)</b>	<b>22</b>	<b>42</b>
<b>81-90 (M=28±10)</b>	<b>18</b>	<b>38</b>

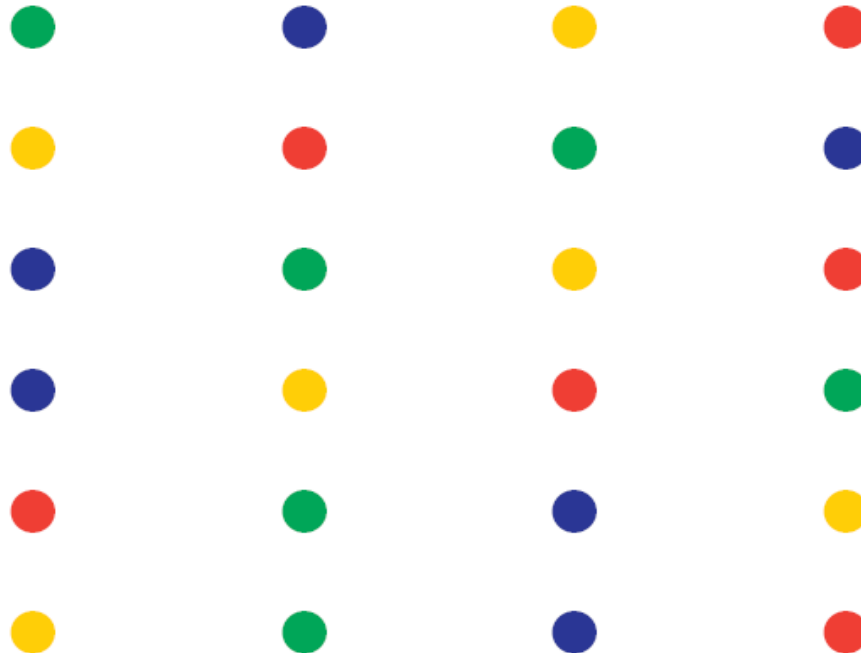
# Exempel på test ur KSB – benämningstest



# Exempel på test ur KSB – benämningstest



# Exempel på test för uppmärksamhet – Stroop test



# Stroop test

---

snabb

bil

hus

ljus

efter

igår

stad

kaka

buss

natt

lök

och

ädel

sol

ifall

mat

glad

kam

sen

sommar

match

skola

hjälp

yrsel



# Stroop test

---

blå

gul

röd

grön

grön

blå

gul

röd

grön

röd

blå

gul

röd

grön

gul

blå

gul

röd

grön

blå

röd

blå

gul

grön

# AQT – A Quick Test

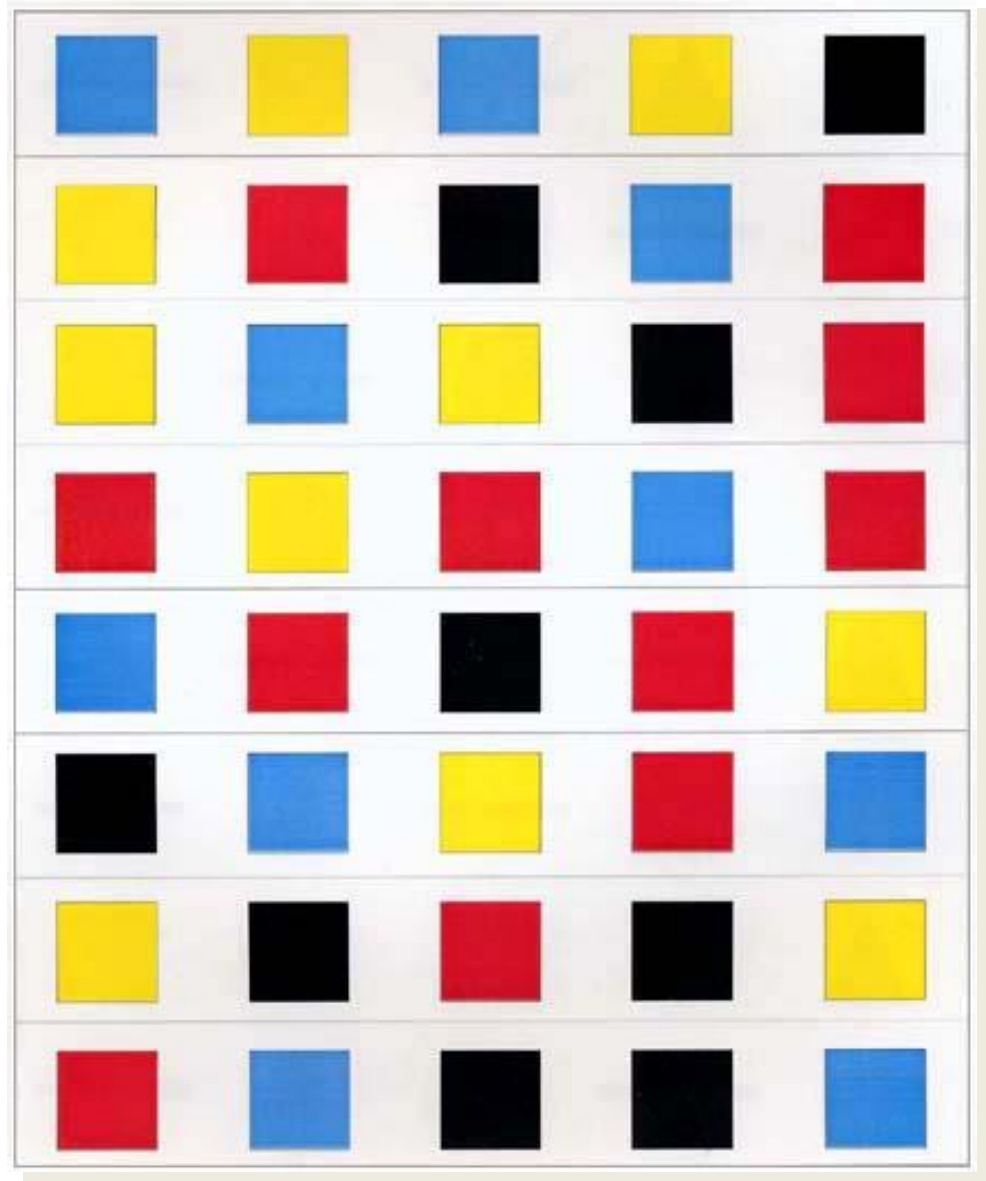
AQT mäter mental snabbhet (inte kunskapsinnehåll). Testet går snabbt att genomföra och medför inget obehag för patienten.

God förmåga att skilja sjukt från friskt. Kan användas med stor säkerhet för identifiering av patienter med misstänkt demensutveckling.

Bra komplement till MMSE och klocktest.

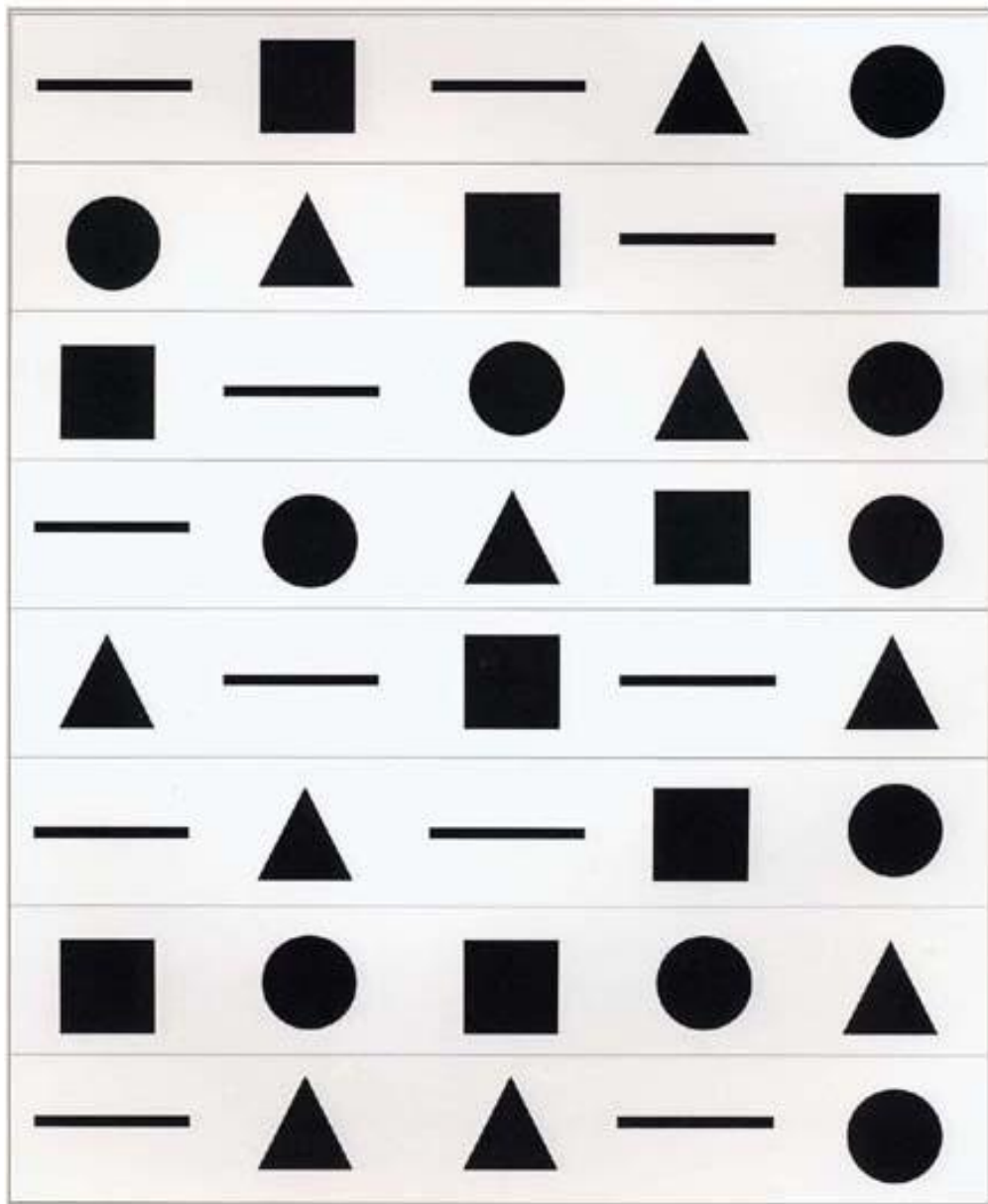
**Säg färgerna  
så fort du  
kan.**

**Max 35 sek**



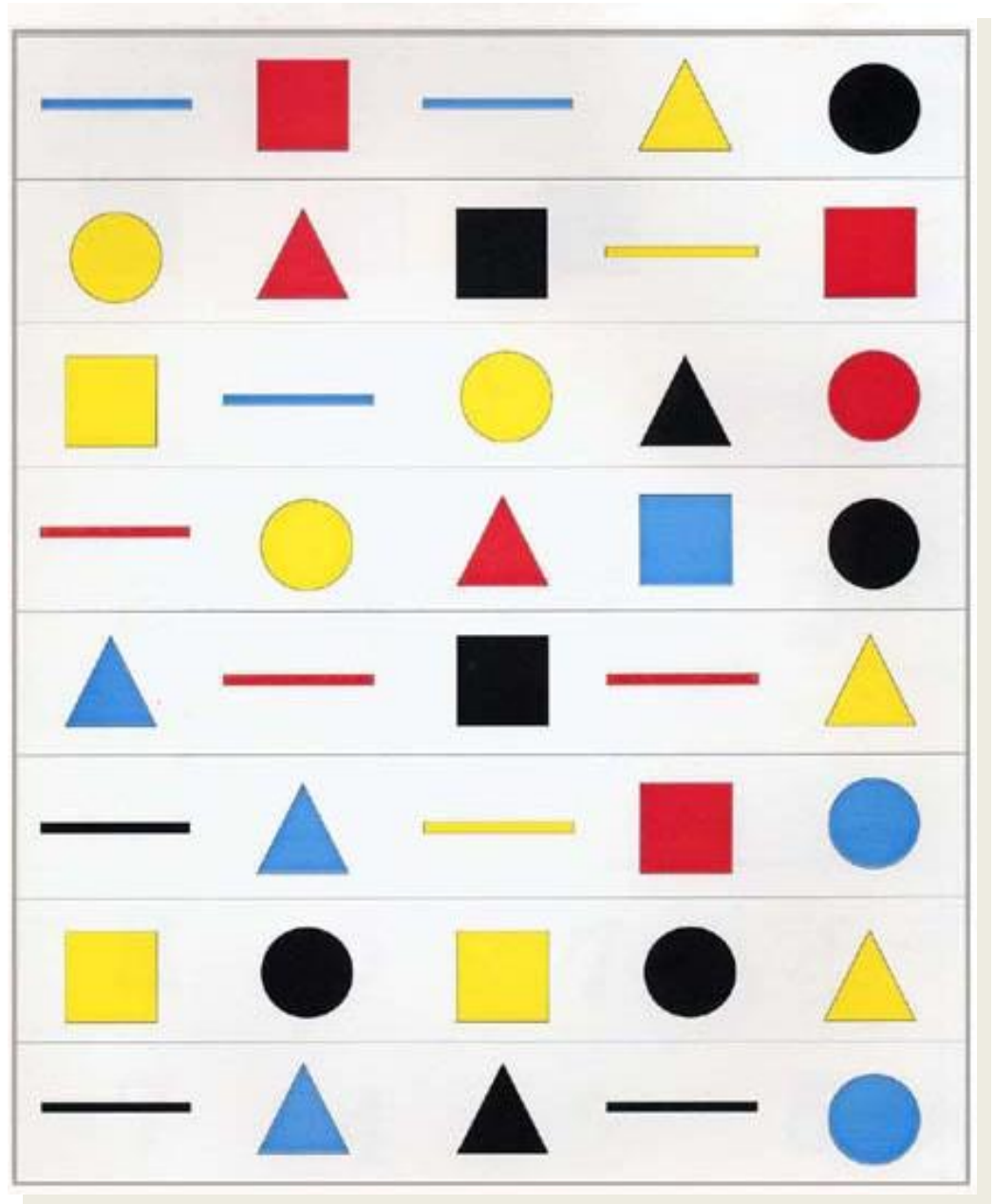
**Säg formerna så  
fort du kan.**

**Max 35 sek**

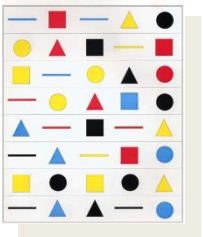


**Säg färgen och formen  
så fort du kan.**

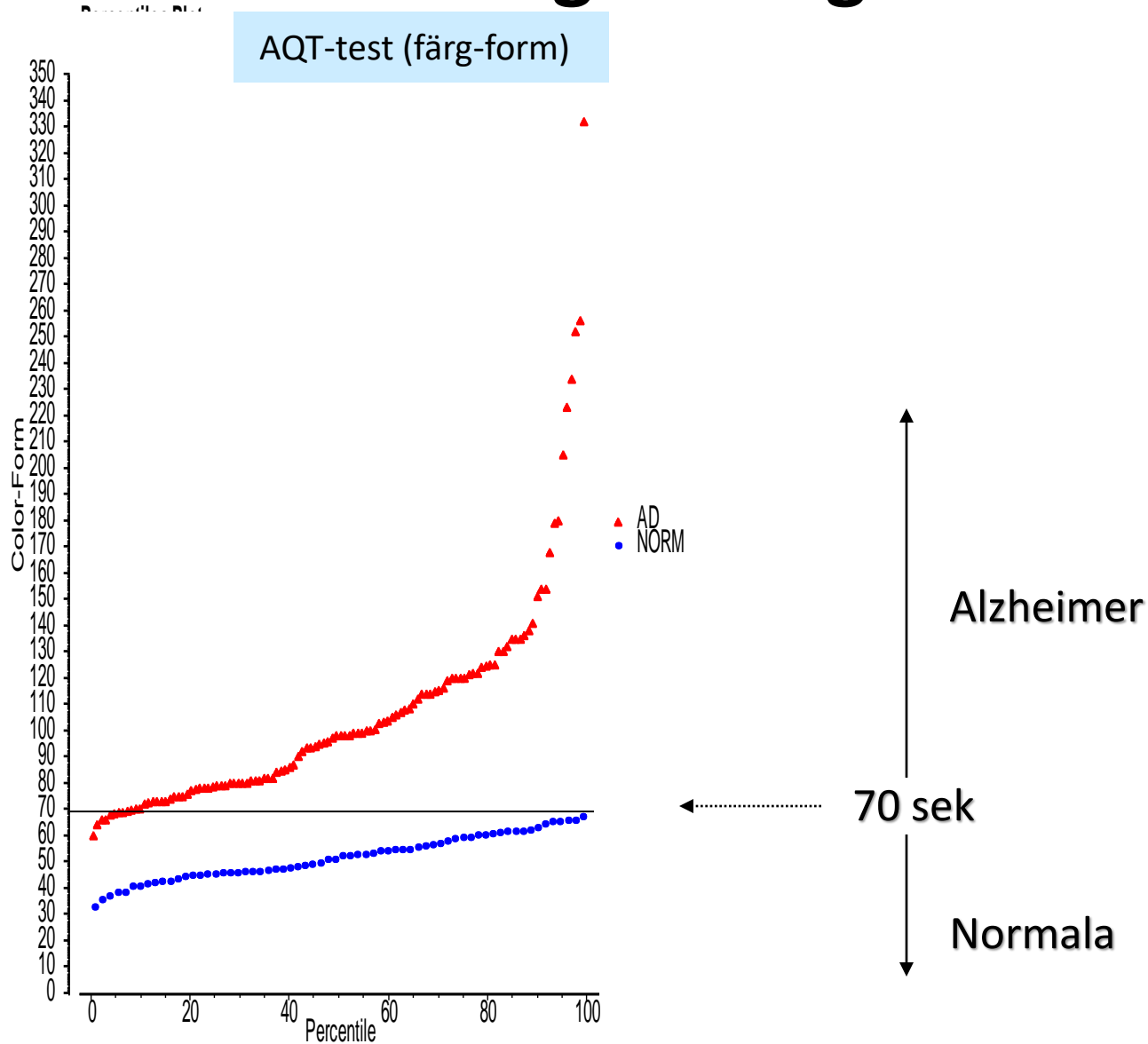
**Max 70 sek**



# Pat-fördelning i Sverige



Andra länder har andra  
cut-off-gränser!



# Varför anhörig/närståendesamtal?

- Har värdefull information för diagnos. Är ett måste!
- Komplettera anamnesen med Symptomenkäten!
- Samtalet måste kunna ske i lugn och ro, i avskildhet från patienten
- Ibland känner inte anhöriga till aktuell förändring, bättre då med annan närstående, t ex nära vän, hemtjänst, granne
- Vissa anhöriga feltolkar, har adapterat – har andra rationella förklaringar. Var lyhörd!
- Bilkörning och vapeninnehav.

# Symptomenkäten

- Ifylles av närstående, helst inför besöket
- Belyser kognitiva, psykomotoriska och beteendemässiga symptom
- Frågorna är grupperade i kategorier med hypotetisk hjärnregional representation:
  - Parietotemporal
  - Frontal
  - Subkortikal
- Svarmönstret kan ge diagnostisk vägledning  
(Sammanställning, sida 1 och 2, skannas i Cosmic)

[symptomenkaten.se](http://symptomenkaten.se)



# Symptomenkäten

P har fått svårare att ...	Nej	Ja, något/ Ibland	Ja, uttalat/ Ofta	Vet inte/ Kan inte bedöma	
- hitta på välbekanta platser, t ex hemma hos nära vänner eller vid promenad / bilkörning i hemortens centrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
- lära sig hitta i nya miljöer, t ex vid resor eller besök i varuhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
- bedöma avstånd och inta rätt kropps- läge, t ex att sätta sig på en stol eller lägga sig i en säng med kroppen rätt placerad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
- känna igen vardagliga föremål, bilder, symboler eller ansikten på välkända personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
- utföra vanliga praktiska sysslor trots att rörligheten är god, t ex påklädning, hushållsarbete, handarbete, bilkörning eller användning av olika apparater såsom kaffebryggare, telefon, rakapparat, tvättmaskin eller fjärrkontroll till TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
- följa instruktioner och bruksanvisningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
- förstå vad han / hon hör eller läser,					

# Diagnos: Frontotemporal demens

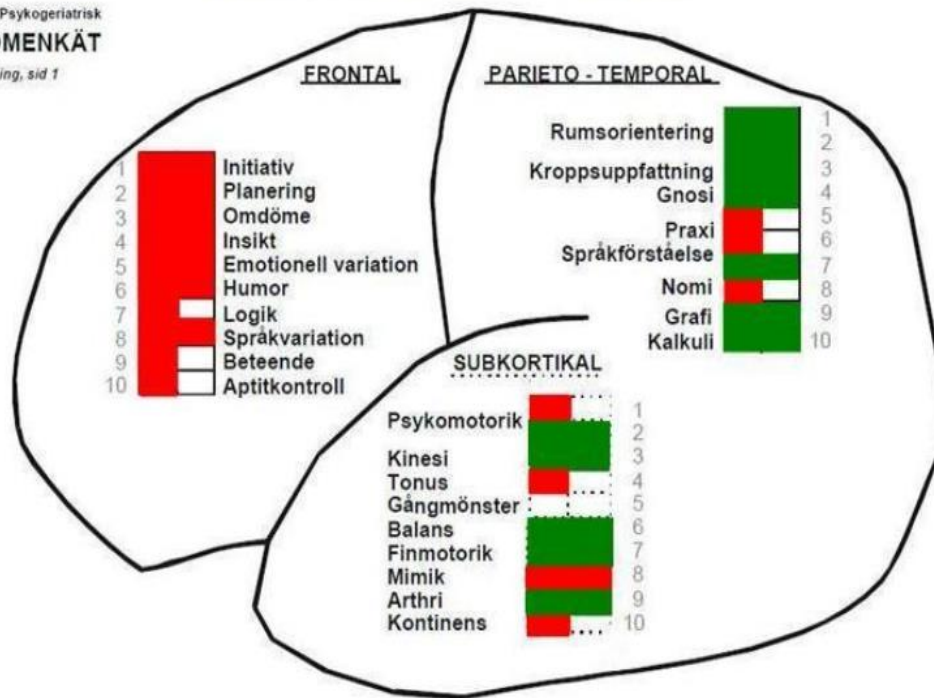
© R.Åstrand

## REGIONAL DYSFUNKTIONSPROFIL

Neurokognitiv/psykiatriisk

### SYMPTOMENKÄT

Sammanställning, sid 1



## NEUROKOGNITIV/PSYKIATRIISK SYMPTOMENKÄT

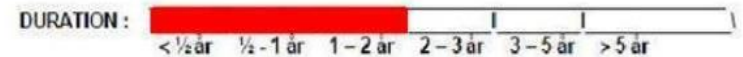
Sammanställning, sid 2

### ASSOCIERADE SYMPTOM

- 1  Stresskänslighet
- 2  Depression
- 3  Ängest
- 4  Sömnstörning
- 5  Emotionell instabilitet
- 6  Aggressivitet
- 7  Vanföreställningar
- 8  Hallucinos
- 9  Konfusion
- 10  Frånvaro

### MINNE

- 1  Närminne
- 2  Prospektivt minne
- 3  Fjärrminne
- 4  Tidsuppfattning



# Diagnos: Vaskulär demens

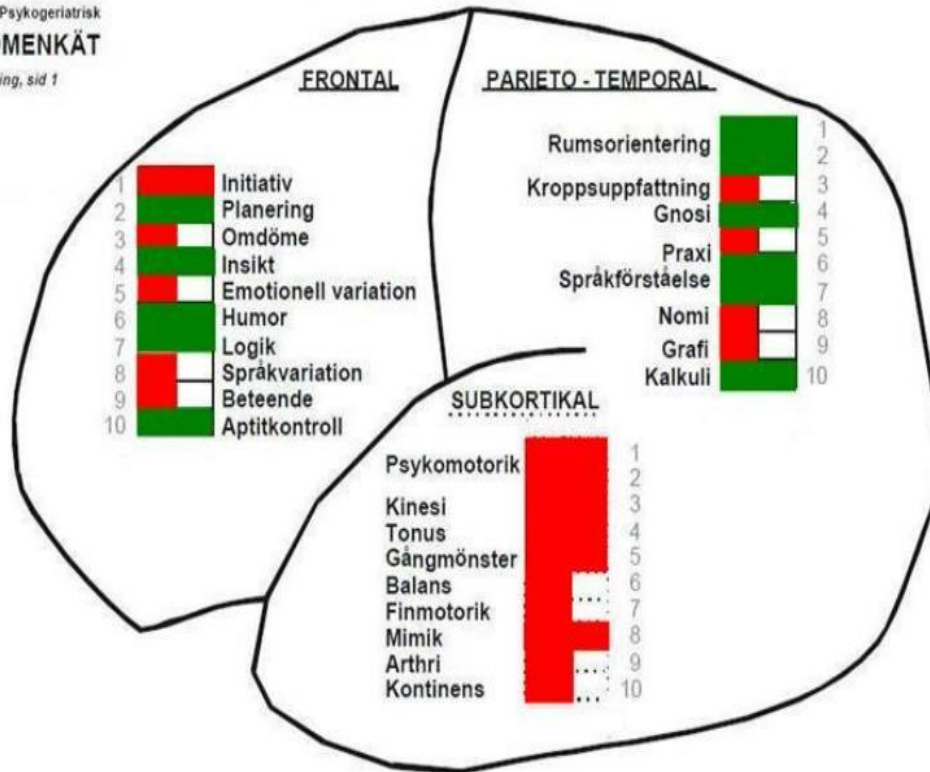
© R.Åstrand

## REGIONAL DYSFUNKTIONSPROFIL

Neurokognitiv/Psykiatriisk

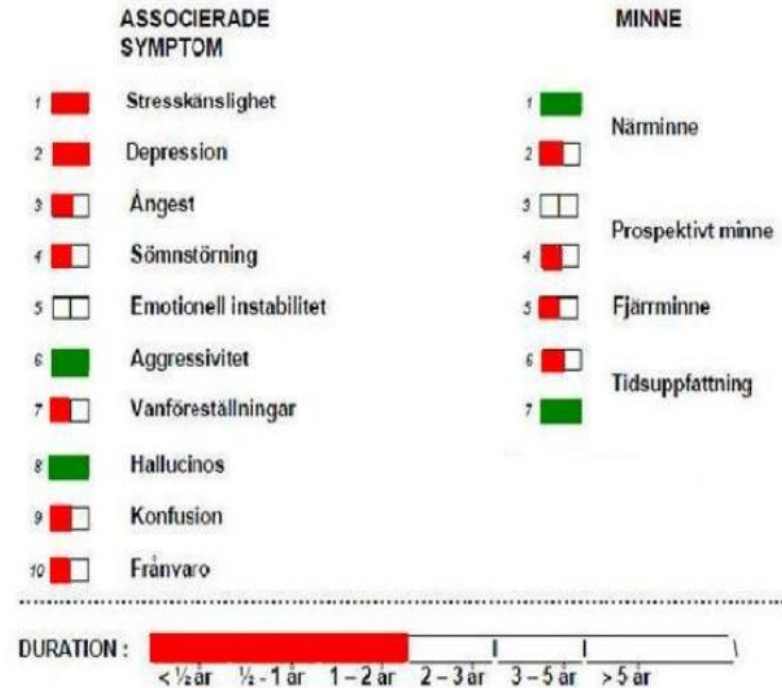
### SYMPTOMENKÄT

Sammanställning, sid 1



## NEUROKOGNITIV/PSYKIATRIISK SYMPTOMENKÄT

Sammanställning, sid 2



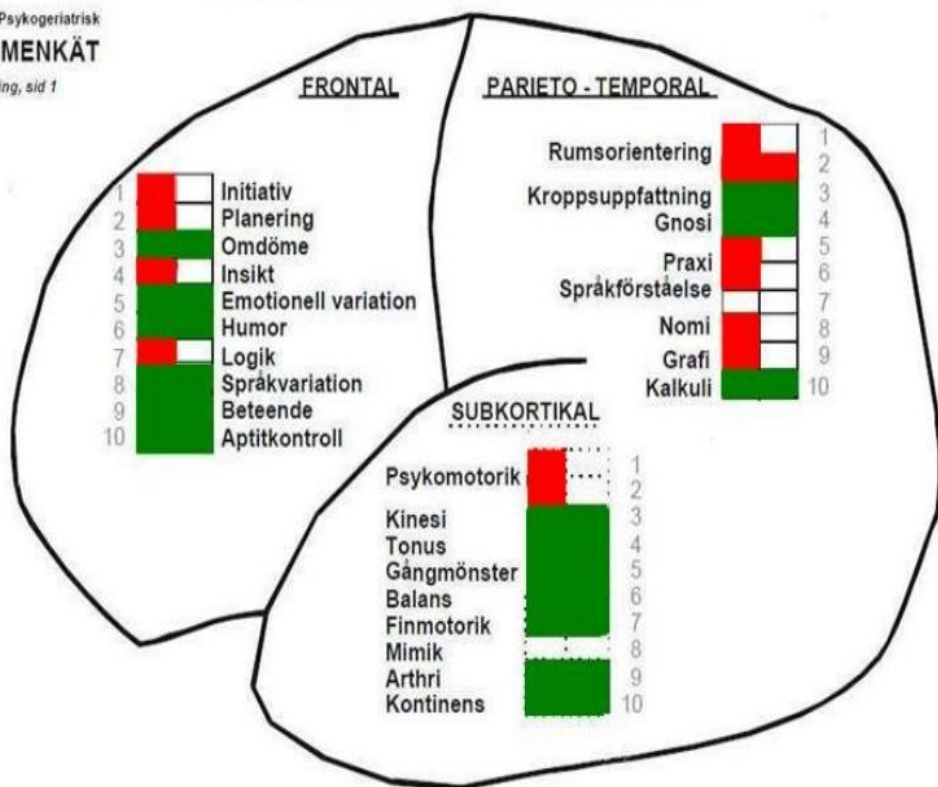
# Diagnos: Alzheimers sjukdom

© R.Åstrand

## REGIONAL DYSFUNKTIONSPROFIL

### Neurokognitiv/Psykiatrisk SYMPTOMENKÄT

Sammanställning, sid 1



## NEUROKOGNITIV/PSYKIATRISK SYMPTOMENKÄT

Sammanställning, sid 2



# Läkarbesöket

- ANAMNESEN, dvs sjukdomshistorien, är viktigast, och grundar sig på uppgifter både från patient och närstående (symptomenkät).



# Anamnes – Demenssymptom

Fråga både patient + anhörig/god vän följande (motsvarar de kognitiva domänen):

- Minne – minneslappar, förlägga saker, glömma spisplattor, låsa dörr, ta sina mediciner, koder mm
- Läsa, skriva, räkna, betala räkningar, hantera pengar
- Planera och organisera sin vardag
- Praktiska problem – sköta hushållsapparater, tvättmaskin, fjärrkontroll, dator, köra bil, laga mat, handarbete, snickra
- Tidigare intressen och aktiviteter? Drar sig undan?
- Språk-/talstörning (tappa ord, tappa tråden, förstå)
- Hitta i omgivningen, hemma, ute, åka ensam med kollektivtrafik?
- Personlighetsförändring?

# Läkarbesöket – ytterligare anamnes

- Grad av kognitiv svikt
  - hur mycket har anhöriga fått ta över?
- Duration/Förlopp
  - gradvis, stegvis?
- BPSD-symptom?
  - aggressivitet, oro, ångest, sömnstörningar, depression mm
- Somatiska symptom?
- Tidigare och aktuella sjukdomar samt riskfaktorer (hypertoni, diabetes, lipider, sömnapné mm)

# Anamnes – övrigt

- Ärftlighet: Förekomst av demens eller psykiska problem bland syskon, föräldrar, mor/farföräldrar?
- Övrig information: Alkohol? Rökning? Droger? Skalltrauma?
- Social situation: Närstående? Vilka kontaktas? Klarar sig själv? Hjälptbehov? Kör pat bil? Finns vapen?



# Läkarbesöket - status

- Allmänt status inkl neurologstatus
- Psykstatus. Ge akt på depression (även atypisk). Använd gärna MADRS, om ej redan gjord av ssk.



# Blodprover



## Demensprover (provpaket i Cosmic)

- B-Blodstatus
  - S-Calcium
  - S-Homocystein
  - S-Kreatinin
  - S-Natrium/Kalium
  - S-TSH
- 
- Vid särskild misstanke utifrån anamnes och klinisk bild tas t ex lipidstatus, pro-BNP, leverstatus, PEth/CDT, borrelia, HIV, syfilis, läkemedelsanalys (t ex S-Digoxin)

# DT hjärna

Datortomografi av hjärnan ska i princip alltid utföras

I remissen bör man fråga efter:

- Atrofier?
- Infarkter?
- Vitsubstansförändringar?
- Normaltryckshydrocefalus?
- Subduralhematom/blödningar?
- Tumör?



# DT hjärna – tolkning

- Atrofi av mediala temporalloberna kan stödja en klinisk misstanke om Alzheimers sjukdom, i synnerhet om det föreligger progress jämfört med tidigare. Graderas med *Scheltens skala* (grad 0-5)
  - Atrofi förekommer även vid Lewykroppsdemens och frontotemporal demens
- Cerebrovaskulära skador. Vaskulär demens är osannolik om det saknas tecken på vitsubstansförändringar eller tecken på genomgången ischemi eller blödning. Vitsubstansförändringar graderas med *Fazekas skala* (grad 0-3)
- Vidgning av fåror och ventriklar
- Progress talar för att förändringarna är signifikanta
- Normal DT utesluter inte alls demenssjukdom
- Vid kliniska tecken till demens talar normal DT för Alzheimers sjukdom
- Atrofi, vidgning av fåror och vitsubstansförändringar ses ofta hos helt friska äldre
- Vaskulära förändringar utesluter inte Alzheimers sjukdom – vid klinisk misstanke på detta, ex smygande förlopp, genetik eller annat – sannolikt blanddemens

# EKG

- Arytmi/överledningsrubbningar
- Tecken på ischemisk hjärtsjukdom
- Inför ev. framtida behandling med kolinesterashämmare

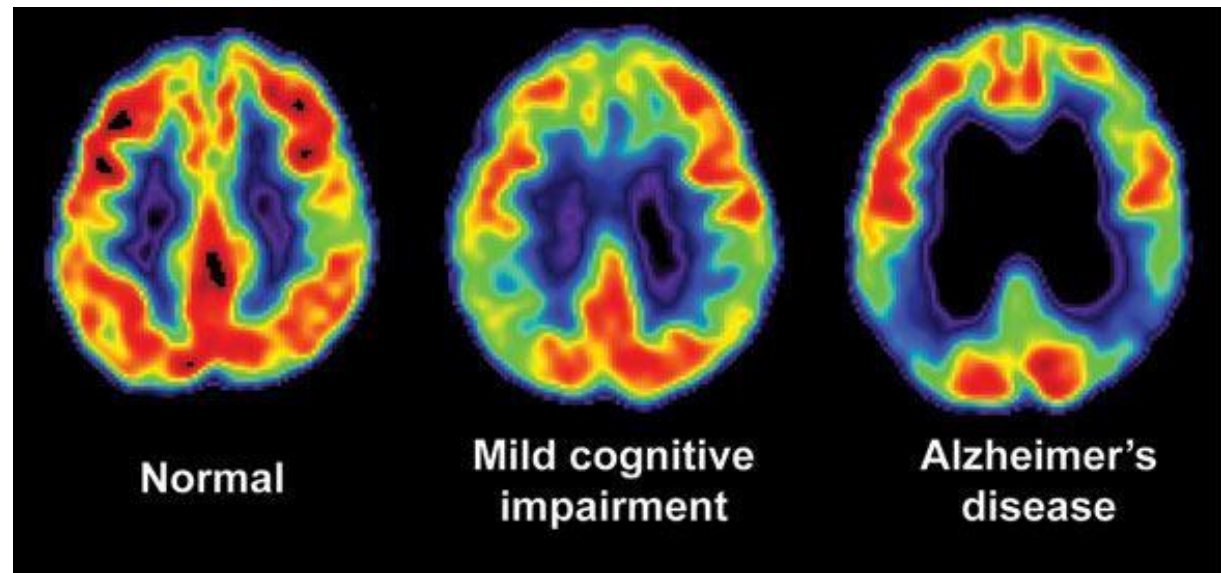


# Vid remittering - vad bör remissen till specialistenheten (Geriatriska klinikens Minnesmottagning) innehålla?

- Den basala minnesutredningen
  - Anamnes och symptomtabild
  - Kopia av MMSE, klocktest och sammanställd symptomenkät
  - Kommentar till medicinlistan, lab-utredning och datortomografi

# Utredning på specialistenhet (Geriatriska klinikens Minnesmottagning)

- Specialistenhetens utredningsinstrument är MR, likvoranalys (demensmarkörer), FDG-PET, neuropsykologisk utredning, strukturerad närståendeanamnes samt funktionsbedömning.
- Läkare, kurator, neuropsykolog, sjuksköterska och arbetsterapeut arbetar i team. Utredningen görs polikliniskt.



# Behandling

- Demens är en kronisk, fortskridande sjukdom, och det är därför viktigt att behandling med symptomlindrande läkemedel påbörjas tidigt i sjukdomsförloppet.
- Icke-farmakologisk behandling, hjälpmedel, bemötande m.m.
  - ofta viktigast





# Läkemedelsbehandling

## Kolinesterashämmare (Aricept - Donepezil, Exelon - Rivastigmin, Reminyl - Galantamin)

- Används vid Alzheimers sjukdom och blanddemens d v s Alzheimers + vaskulär demens av mild till måttlig grad (även vid Lewy body-demens och Parkinsondemens)
- Behandlingen botar inte sjukdomen, men är symptomlindrande och kan påverka förloppet så att för patienten viktiga funktioner förbättras och bibehålls över tid
- Noggrann uppföljning av behandlingen viktig
- Det finns tre preparat på marknaden idag. Inget har övertygande kunnat visa bättre effekt än de övriga. Rivastigmin finns dock som plåster.



# Läkemedelsbehandling

**Memantin (Ebixa).** Vid Alzheimers sjukdom och blanddemens av måttlig till svår grad. Här kan och bör tilläggsbehandling med Memantin ges.

- Kan användas som monoterapi om kolinesterashämmare inte tolereras eller är kontraindicerade
- Kan ha särskild god effekt vid BPSD-problematik
- Behandlingsutvärdering efter 3 månader
- Underanvänds idag

# Behandlingsutvärdering

- Uppföljningen bör ske 6 månader efter behandlingsstart genom en intervju av närstående och genom global skattning av den sjuke, samt genom MMSE och klocktest. Man beaktar både delfunktioner och helhetsomdöme.
- Utsättning (och även insättning) ska undvikas i nära anslutning till större förändringar i patientens tillvaro (t ex byte av bostad) för att inte försvåra utvärderingen.
- Uppföljning bör sedan ske åtminstone årligen, avseende medicinska, funktionella och sociala förhållanden.
- Behandling med demensläkemedel bör fortgå så länge som patienten bedöms ha utbyte av sin omgivning, dvs kan interagera med anhöriga/vårdare eller har någon kvarvarande ADL-förmåga.

# Ytterligare uppföljning

- Vid flytt till särskilt boende (SÄBO) görs årliga uppföljningar med hjälp av kommunens personal. Endast läkaransvaret kvarstår i primärvården.
- För patienter i SÄBO respektive hemsjukvård finns gällande en speciellt anpassad form av Västmanlandsmodellen - separat anvisning finns.

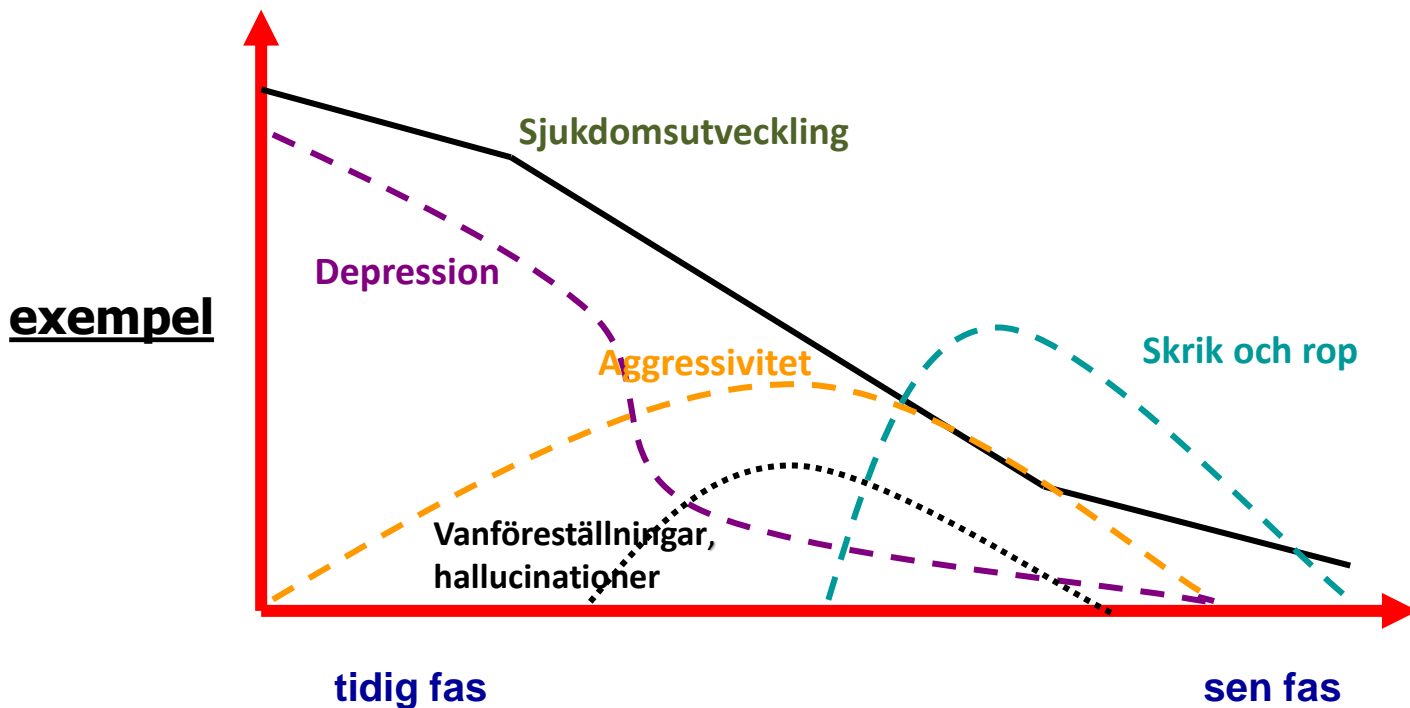
# Känsla av hjälplöshet kan ge beteendestörningar



# **BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens**

- Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet någon form av beteendemässiga eller psykiska symptom
- Orsakar stort lidande för personen med demenssjukdom och är ofta särskilt svåra att möta för närstående och vårdpersonal
- Aggressivitet, skrik, vandring, plockande eller störd dygnsrytm och psykiska symptom, såsom hallucinationer, vanföreställningar, ångest eller depression

# BPSD över tid vid Alzheimer



# BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens

- Utred och kartlägg av symptomen
- Uteslut behandlingsbara medicinska tillstånd
- Översyn av övrig medicinsk behandling
- Basala funktioner tillgodosedda (aktivitet, trygghet, stimulans, mag-tarmfunktion, munhälsa, mat, vattenkastning, sömn, smärtfrihet)
- Optimerad vårdmiljö och bemötande
  - kunskap om demensdiagnoser och symptom
  - medmänskligt förhållningssätt (närhet, fysisk kontakt, meningsfull syssla, rörlighet/aktivitet)
- I sista hand mediciner





# Behandling av BPSD



## Icke-farmakologisk behandling

Utredning av orsaker, optimera bemötande, miljö, e t c

## Farmakologisk behandling

1. Sätt ut olämpliga läkemedel
2. Sätt in lämpliga/adekvata läkemedel:

Kolinesterashämmare

Memantin

Smärtlindring?

Antidepressiva

Sedativa

Antipsykotika



Mindre effekt  
Fler biverkningar

# Icke-farmakologisk behandling

- **Utomhusvistelse** prio 2
- **Taktil massage** prio 6
- **Djur i vården** prio 7
- **Vårdarsång** prio 7
- **Tyngdtäcke** prio 7
- **Reminiscens** prio 9
- **Validation** prio 9



# Farmakologisk behandling vid BPSD

- Ibland känns behovet starkt – ”Gör något!” → risk för överanvändning på oklara indikationer
- **Systematisk handläggning och tydlig dokumentation viktig!** Observation/analys, plan, åtgärd, utvärdering.
- **Utvärdering.** Om dämpande läkemedel som neuroleptika eller anxiolytika sätts in planeras i första hand en kort behandlingstid, med utvärdering av effekt och eventuella bieffekter inom två veckor.
- **Omvärdering.** Ställningstagande till utsättning/dosminskning ska göras regelbundet
- **Kunskap.** Läkemedlen är förenade med stora risker för dessa patienter!

# Farmakologisk behandling vid BPSD

- Kolinesterashämmare/memantin mot BPSD
- SSRI vid agitation
- Oxazepam (Oxascand, Sobril) vid ångest
- Klometiazol (Heminevrin) vid konfusion och sömnstörning
- Antipsykotika (i 1:a hand Risperidon) vid ohanterliga psykotiska symptom, agitation eller konfusion. Försiktig dosering och behandling under kort tid!

# Klarar primärvården allt detta?

- Krävs intresse, kunskap
- Att minnessköterskor utbildas och sedan ges tid till sitt arbete
- Att läkaren håller sig uppdaterad
- Samordnaren har en viktig, drivande roll

# Primärvårdens dilemma...

- kan vi bli bättre på allting?





# Senare faser av sjukdomen

- Omvårdnadsbehovet ökar
- Viktnedgång
- Inkontinens
- Gångsvårigheter, svårt sitta upprätt
- Sväljningssvårigheter
- Känner inte igen anhöriga
- Aggressivitet



# God omvårdnad i livets slutskede

- Smärtlindring
  - kontrakturer
  - benskörhet
- Undvik dropp, syrgas, sjukhusinläggningar
- Munhygien!

# God omvårdnad i livets slutskede

- Morfin
- Vätskedrivande
- Att våga ta bort mediciner
- Kännedom om sjukdomens utveckling hos vårdpersonal och anhöriga ger bättre bemötande
- Vårdplan vid livets slut
- Brytpunktssamtal

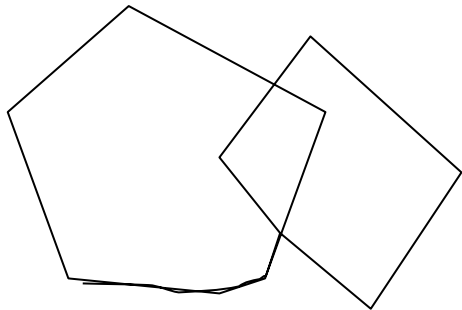
# God kunskap om demenssjukdomar – basen för en god demensvård!



Tack för er uppmärksamhet!

Boris Klanger

LäkarGruppen



112 year old man! Just one year and he is a teenager again

