Basal demensutredning inom Region Örebro län

Upprättat av: Michael Holmér

- Vårdnivå/remiss
- Översikt vid basal demensdiagnostik
- Diagnos och utredning
- Behandling
- Uppföljning
- Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD
- Länkar/Bilagor
- Konfusion

Vårdprogrammet är baserat på Socialstyrelsens samt Läkemedelsverkets riktlinjer. Basal utredning sker huvudsakligen i primärvården. Syftet är att fastställa om personen har en demenssjukdom och i så fall vilken - eller annan sjukdom som orsakar symtomen. Utredningen syftar också till att fastställa vilka funktionsnedsättningar som finns och vad som kan göras för att minimera eller kompensera för dessa. Vid behov samråd med specialistmottagning. Prioritetsklass enligt Socialstyrelsen.

Vårdnivå/remiss

Den basala utredningen skall utmynna i uteslutande av demenssjukdom eller fastställandet av en specifik demensdiagnos (Alzheimers sjukdom, vaskulär demens samt Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada - blanddemens). I övriga fall skall fortsatt handläggande ske i samråd med eller av specialistmottagning.

Specialistklinikens åtagande

I de fall där den basala utredningen inte gett tillräcklig information för att ställa diagnos/eller är svårvärderad, bör kontakt tas med specialistklinik. *Den basala utredningen ska som regel vara slutförd innan remiss skickas*. De patienter som i *första hand* har behov av utvidgad demensutredning/bedömning på specialistklinik efter avslutad basal utredning är:

- Komplicerade diagnostiska och terapeutiska problem vid misstänkt/verifierat demenstillstånd.
- Misstanke om ovanlig demenssjukdom, atypiska symtom.
- Alla yngre personer < 70 år med demenssymtom eller MCI.
- Personer äldre > 80 år med demenssymtom eller MCI om särskilda skäl (ska då anges i remiss).
- Personer med snabbt progredierande demenssymtom.
- Hjälp med bedömning angående lämplighet att inneha körkort och/eller vapen på grundval av kognitiv funktion (basal demensutredning ska vara genomförd)
- Second opinion

Patienter med schizofreni eller annan kronisk psykossjukdom (t.ex schizoaffektiv sjukdom och bipolär typ I) och med misstänkt demensutveckling, remitteras till och utreds av psykiatrin. Vuxna patienter med bestående funktionsnedsättning enligt LSS remitteras till och utreds av vuxenhabiliteringen, basal somatisk utredning sker dock via primärvården.

Översikt basal demensdiagnostik	
Utredningens innehåll • Strukturerad anamnes inklusive innehav av körkort/körkortsklass och vapen • Anhörig-/närståendeintervju • Fysiskt, psykiskt och kognitivt tillstånd • MMSE-SR och klocktest • Funktions- och aktivitetsförmåga • DT hjärna • Hb, SR/CRP,ALAT,krea+eGFR,Na,K,Ca,Alb,Glucos,TSH/Tyroxin,Homocystein,BMI • (Serologi kan tas för borrelia, HIV eller syfilis vid klinisk misstanke)	
Kriterier för demenssjukdom (p. 1-4) och Alzheimers sjukdom (p. 5-6) 1. Minnesstörning 2. Minst en av följande; • Störning i förmågan att tolka intryck (agnosi) • Försämrad praktisk förmåga (dyspraxi/apraxi) • Försämrad planeringsförmåga 3. Sjukdom får konsekvenser i dagliga livet 4. Symtom har pågått mer än sex månader och kan inte förklaras av annan känd sjukdom 5. Punkterna 1-4 ovan är uppfyllda och tillståndet försämras fortlöpande 6. Om ingen annan orsak till demenssymtomen hittas överväg diagnosen Alzheimers sjukdom	
Diagnoskoder + ev. tilläggskod	
Alzheimers sjukdom, tidig debut	F00.0 (G30-)
Alzheimers sjukdom, sen debut	F00.1 (G30-)
Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada (mixed demens)	F00.2 (G30-)

Vaskulär demens	F01.9
Demens UNS (ospecificerad)	F03.9
Lindrig kognitiv störning (MCI)	F067
Efter demensdiagnos; Information och registrering i SveDem	
LÄKEMEDELSBEHANDLING – SYMTOMLINDRANDE SYFTE	
Kolinesterashämmare • **Donepezil** (tabl. el munsönderfallande tabl) • **Rivastigmin** (plåster eller kapsel) • **Galantamin** (kapsel eller oral lösning)	Alzheimers sjukdom av mild till måttlig svårighetsgrad. Även Mixed demens (Alzheimers sjukdom med inslag av cerebrovaskulär sjukdom) bör bli föremål för behandling
NMDA-receptor antagonist • **Memantin** (Tabl)	Alzheimers sjukdom av medelsvår till svår grad. Kan användas i kombination med kolinesterashämmare eller som monoterapi.
UPPFÖLJNING	
4 veckor efter insatt behandling (telefon)	Biverkningar ? Compliance ? Dosökning ?
Inom 6-12 månader efter insatt behandling och/eller diagnos samt därefter minst årligen	Läkarbesök Uppföljning av behandling, kognition, funktionsförmåga, somatiskt och psykiskt status. Uppföljning registrering i SveDem rekommenderas. Uppföljning av biståndsinsatser.

Diagnos och utredning

Anamnes

Grundar sig på uppgifter från patient och anhörig, använd: Symtomenkät

Checklista	Förekomst av Ja	Förekomst av Nej
Minnesstörning Försämring av minnet som påverkar vardags- eller arbetsliv	☐	☐
Försämrad tankeförmåga Svårare än tidigare att tänka, resonera, lösa problem vilket yttrar sig i svårigheter att klara av vardagliga handlingar (t ex betala räkningar, telefonera)	☐	☐

Språkstörning ☐ ☐
Svårare än tidigare att förstå eller uttrycka sig i ord och skrift

Spatial oförmåga ☐ ☐
Svårare än tidigare att hitta i nya miljöer och/eller välkända omgivningar

Förändring av personligheten ☐ ☐
T ex omdömessvikt, blödighet, känslomässig avflackning, aggressivitet, försämrad insikt

Psykiska symtom ☐ ☐
Nedstämdhet, initiativlöshet, livsleda, ångest, vanföreställningar, hallucinationer

Vid förekomst av ett eller flera symtom finns misstanke om demenssjukdom. Gå vidare!

Social situation
Närstående? Vilka kan kontaktas? Självständighet? Behov av hjälp? Bilkörning? Vapen?
Aktuellt
Vilka symtom? Förlopp. Konsekvenser i vardagen. Problem? Förväntningar? För kompletterande anamnes, använd gärna Symtomenkät
Hereditet
Förekomst av demens eller psykisk sjukdom bland syskon, föräldrar, mor/far-föräldrar.
Somatiska och psykiska sjukdomar, **Alkohol, Rökning**
Aktuell medicinering
Läkemedel som kan ha negativ effekt på kognitionen?

Basal Status

Somatiskt status
Inklusive neurologi. Syn. Hörsel. Prio 1.
Psykiskt status
Depression, hallucinationer, vanföreställningar. Prio 1.
Kognitiva funktioner
MMSE-SR och klocktest. Prio 1.
Laboratorieundersökning

Hb, SR/CRP, ALAT,Krea+eGFR,Na,K,Ca,Alb,Glucos,TSH/Tyroxin,Homocystein,BMI
(Serologi kan tas för borrelia, HIV eller syfilis vid klinisk misstanke)
Basala undersökningar
DT hjärna (skyndsamt vid atypisk klinik) samt EKG Prio 2. (DT hjärna sent skede Prio 10)

Bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga

Prio 1. Särskilt för äldre och ensamstående. Kompletterande bedömning P- och I-ADL via arbetsterapeut för att ge underlag till rehab- och omsorgsåtgärder. (P = personlig ADL, I = instrumentell ADL; laga mat, tvätta, inköp, läkemedelshantering, betalningar etc)

Checklista för åtgärder som skall vara vidtagna för en komplett utredning

- Diagnos ICD10.
  - Diagnosinformation skriftligt och muntligt
    Patientinformation demenssjukdomar
- Behandling.
- Körkort/Vapen: Fortsatt innehav? Se TSFS 2013:2 Kap 10
- Åtgärder för att minska konsekvensen av demenssjukdom. Bemötandestrategier. Hjälpmedel. Bostadsanpassning.
- Ställningstagande till tandvårdsintyg.
- Fullmakt? Godmanskap?
- V b överrapportering mellan hälso- och sjukvård och kommunal omsorg.
- Inbjudan till anhörigutbildning/anhörigstöd.
- Vårdplanering vid behov av omsorgsinstanser.
- Registrering i SveDem rekommenderas.
- Uppföljning.

Behandling

Läkemedelbehandling vid Alzheimers sjukdom

(samma behandlingsprinciper gäller vid Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada – s.k. blanddemens.)

En strukturerad uppföljning är en förutsättning för en adekvat läkemedelsbehandling.

Behandling påbörjas om patienten bedöms vara i ett tillstånd där man har glädje att **bevara funktionsnivån**. Behandlingen botar inte sjukdomen, men kan påverka dess förlopp så att för patienten viktiga funktioner förbättras eller bibehålls över tid.

Kolinesterashämmare. Prio 2. Alzheimers sjukdom av mild till medelsvår grad.

Samma behandlingsprinciper gäller vid Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada - s.k. blanddemens.

1:a hand:

Donepezil: Startdos 5 mg x 1 i en månad. Därefter överväga dosökning till 10 mg x 1.

2:a hand:

Plåsterbehandling kan vara ett alternativ vid svårtolererade gastrointestinala biverkningar av tablettformen inom gruppen eller vid sväljsvårigheter

Rivastigmin (Depotplåster Exelon®): Upptitrering enlig FASS .

Kapsel el Oral lösning Galantamin är ytterligare en möjlighet; Upptitrering enligt FASS

Biverkningar

Kolinesterashämmare kan ge biverkningar, de vanligaste är gastrointestinala sådana, men är som regel övergående. En långsam dosökning och att inta läkemedlet med föda (om tablett) minskar risken för biverkningar. Doseringen skall individualiseras med hänsyn till effekter/bieffekter. Då de kolinerga preparaten är vagotont verkande skall försiktighet iakttas vid överledningsrubbningar och då patienten redan står på hjärtpåverkande mediciner med dämpande effekt på hjärtat (t ex beta-blockerare).

Iaktta även försiktighet vid astma, ulcussjukdom och ulcerös kolit.

Memantin. Prio 3. Alzheimers sjukdom av måttlig till svår grad.

Samma behandlingsprinciper gäller vid Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada - s.k. blanddemens.

Flertalet patienter som har Alzheimers sjukdom av medelsvår till svår grad står redan på en acetylkolinesterashämmare där man försökt motverka försämringen med dosoptimering. Om patienten trots detta försämras ytterligare, kan tilläggsbehandling med memantin vara ett alternativ. Memantin kan även initieras som monoterapi.

Memantin (Ebixa® eller generika): Upptitrering dag 1-28 med startdos 5 mg x1 vecka 1, 10 mg x1 vecka 2, 15 mg x1 vecka 3, därefter 20 mg x1 dagligen (alternativt startpaket Ebixa®, 28 dagar).

Biverkningar

Låg förekomst, främst huvudvärk och yrsel. **STOR** försiktighet vid epilepsi!

Intervention/behandling vid Vaskulär Demens

Cerebrovaskulär sjukdom kan orsaka demens eller bidra till symptomen vid andra demenssjukdomar. Det finns idag ingen etablerad behandling för vaskulär demens, även om förebyggande av nya infarkter och progress av cerebrovaskulär sjukdom troligen minskar sjukdomens utveckling. Intervention/behandling av kardiovaskulära riskfaktorer enligt gängse rutiner rekommenderas. Kolinesterashämmare och memantin är ej indicerad vid ren vaskulär demens.
Blandform av vaskulär demens och Alzheimers sjukdom är vanligt, och behandlingen ska då rikta sig mot båda dessa tillstånd.

Uppföljning

Alla patienter med demenssjukdom skall, oavsett vårdform, bedömas åtminstone årligen avseende demenssjukdomen och dess konsekvenser (medicinskt inklusive läkemedel, funktionellt, omvårdnadsmässigt) och vid behov initieras vårdplanering eller vidtas ytterligare åtgärder. Prio 1.

Patienten med nyinsatt demensläkemedel bör följas upp efter **en månad** utifrån eventuella biverkningar samt dostitrering. Detta kan göras av erfaren sjuksköterska per telefon. EKG vid behov. (Effektutvärdering efter 6 månader). Även för de patienter som inte fått insatt medicinsk behandling bör en avstämning göras efter en månad för att fånga upp frågor och funderingar hos patienten och/eller närstående.

Uppföljning av samtliga patienter med demensdiagnos ska ske **6-12 månader** efter diagnostillfället, **sedan årligen**. Demenssjukdomens förändring över tid samt läkemedelseffekt värderas genom skattning av de olika funktionerna i Uppföljning av demenssymtom, samt kognitiva funktioner följs med MMSE och klocktest.

Demenssjukdomen leder till att personens funktionsförmåga förändras över tid. Enligt Nationella riktlinjerna bör den årliga uppföljningen göras av både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Årlig uppföljning gäller både personer som bor i ordinärt boende och särskilt boende.

Behandlingstid och utsättning

En tumregel är att behandlingen med kolinesterashämmare eller memantin bör fortgå så länge patienten bedöms ha utbyte av sin omgivning, dvs kan interagera med anhöriga/vårdare eller har någon kvarvarande ADL-förmåga. Vid tveksamhet om effekt kan utsättning prövas följt av ny värdering inom 2-3 veckor. Om ytterligare påtaglig försämring då skett bör preparatet återinsättas, men om ingen skillnad noteras, kvarstår utsättningen.
Utsättning av läkemedel mot demenssjukdom skall undvikas i nära anslutning till större förändring (t. ex. byte av bostad) i den behandlades tillvaro.

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD

Analys av bakomliggande medicinska och sociala orsaker samt åtgärdande av dessa. Prio 1. Omvårdnadsinsatser. Undvikande av all sederande eller dämpande läkemedelsbehandling. Se Läkemedelsverkets riktlinjer: Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation vid BPSD.

Vid behov kontakt med specialistmottagning för diskussion.

Länkar/Bilagor

Nationella länkar

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2016
Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation vid BPSD 2008
MMSE-SR och Klocktest - Svenskt Demenscentrum
Blankett för uppföljning av demenssymtom
Symtomenkät, neurokognitiv
Patientinformation demenssjukdomar
DemensSam
SveDem (Mall för grundregistrering Primärvård)

Örebro 2015 – 09 - 24

DELTAGARE

Michael Holmér (sammankallande) överläkare, Geriatriska Kliniken, USÖ

Björn Strandell, chefsläkare, Primärvården, Region Örebro Län

Marie Wikner, överläkare, Vuxenhabiliteringen, Region Örebro Län

Chariklia Lempessi, överläkare, Medicinkliniken, USÖ

Spyridon Kilaidakis, chefsöverläkare, Psykiatrin, Region Örebro Lan

Lina Rosenberg, STläkare, Geriatrik- och medicinkliniken, Karlskoga lasarett

Bengt Jacobsson, överläkare, Geriatrik- och medicinkliniken, Lindesbergs lasarett

Maria Stenevang, projektledare DemensSam, Örebro kommun

Revideras senast 2017-10-01

Konfusion hos äldre

Öl Michael Holmér Ger Klin USÖ 2015

Definition	Bakgrund
Ett **akut** (under period av timmar-dagar) insättande psykiskt syndrom karaktäriserat av intellektuell och psykomotorisk störning samt störd sömn- vakenhetscykel. Observera att konfusion utgör **symtom på en bakomliggande sjukdom** !	Vid konfusion drabbas patienten av en **global nedsättning av högre funktioner**. Det innebär bland annat störningar i: -Medvetandegrad -Uppmärksamhet -Kognition -Perception Följden av detta blir en av olika grad desorienterad patient som uppträder lite oroligt och ångestfyllt till aggressivt och utagerande.

Symtom (fluktuerar)	Orsaker
Förvirring (desorientering tid, rum, person och sammanhang)	Infektion
Sömnstörning – förändrad dygnsrytm	Trauma och större kirurgi
Starka känsloyttringar eller –växlingar	Hypoglykemi
Illusioner eller hallucinationer	Organsvikt
Andra vanföreställningar	Läkemedelspåverkan
Minnesstörningar	Urinstämma och förstoppning
Oförmåga att fokusera	Smärta
Personlighetsförändring	Malnutrition och elektrolytrubbningar
Utagerande beteende - aggressivitet	Dehydrering
	Hjärtsvikt, hjärtinfarkt

Splittrad tankeverksamhet	CVL, TIA
Ångest och oro	Lungemboli
Hypo – hyperaktivitet.	Anemi

Utredning – skyndsam – allvarligt tillstånd

Kliniskt status inkl. BT L/S	Hb, P-glucos, SR
Läkemedelsgenomgång	CRP, LPK
Ekg, saturation (ev. artärgas), temp	Hjärtenzymer
Bladderscan	Na, K, kreatinin, korr S-Ca
DT hjärna (misstanke om skallskada eller CVL)	ALAT, ASAT, ALP, GT, Bil
Ev. Rtg pulm (el. DT thorax), DT buk, hjärteko, skelettröntgen.	TSH, fT4
	U-sticka, U-odling (svårvärderat !)
	Ev. PK, D-dimer, homocystein, BNP

BEHANDLING

Icke-farmakologisk (viktigast !)	**Farmakologisk behandling;**
Kausal behandling är primär !	**Avvakta gärna 1-2 dagar.**
Undvik sederande-anticholinerga och psykoaktiva läkemedel.	**Sömnstörning**
	C. Heminevrin 300 mg 1-2 tn (< kl 24)
Smärtstilla.	**Utagerade och psykotiska symtom**
Behandla förstoppning	T. Haldol 0.5-1 mg x 2-3 eller
Undvik KAD, men beakta urinstämma.	T. Risperdal 0.5-1 mg x 2.
Omvårdnad. Miljöfaktorer	Kort behandling, halvera dosen redan efter några dagar! Obs! Extrapyramidala biverkningar !
Vätska. Nutrition	