

Vårdprogram DEMENS

Innehåll

1. INLEDNING	5
Mål för vårdprogrammet Demens	5
2. VAD MENAS MED DEMENS	7
Definitioner	7
3. BAKGRUND	8
Folksjukdomar i glömska	8
Patienten	9
Anhöriga/närstående	9
Översiktligt om demenssymtom och symtomprofiler	9
Symtomprofiler	10
Översiktligt om demenssjukdomar	10
4. SYMTOM OCH SYMTOMPROFILER – FÖRDJUPAD BESKRIVNING	12
5. SJUKDOMAR SOM ORSAKAR DEMENS – FÖRDJUPAD BESKRIVNING	18
Alzheimers sjukdom	18
Demens vid pannlobsdegeneration	20
Demens vid utbredd Lewy body sjukdom (DLB)	21
Progressiv supranukleär pares (PSP)	21
Demenssymtom vid Parkinsons sjukdom	21
Kortikobasal gangliedegeneration	22
Vaskulära demenssjukdomar ("blodkärlsdemens")	22
Normaltrycks hydrocefalus	23
Demens vid hjärntumör och subduralhämatom	23
Infektionssjukdomar som orsak till demens	23
Creutzfeld-Jakobs sjukdom	23
Demens vid tillstånd med vitaminbrist	24
Demens vid metabola sjukdomar	24
Toxisk påverkan som demensorsak	24
Depressiv pseudodemens	25
6. MEDICINSK UTREDNING	26
Syfte	26
Kartläggning av symtom- och funktionsstörningar	27
Orsaksutredning	29
Kompletterande utredning och bedömning	30
Uppföljning och utvärdering	31
7. VÅRD OCH BEHANDLING	32
Övergripande om läkemedelsbehandling i samband med demens	32
Sjukdomsspecifik läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom ...	32
Sjukdomsspecifik läkemedelsbehandling vid vaskulär demens	33

8. PALLIATIV VÅRD VID DEMENSSJUKDOMAR	34
Smärta hos demenspatienter	34
Sväljningssvårigheter vid grav demens	35
Antibiotikabehandling vid grav demens	36
9. VÅRDKEDJAN	36
Ansvarsfördelningen	36
10. OMVÅRDNADSASPEKTER	38
Omvårdnad vid demens	38
Kost	42
Munvård	44
11. DEMENS OCH KÖRKORT	45
12. FORTBILDNING OCH HANDLEDNING	46
13. KVALITETSUTVECKLING	46
14. VÅRDPROGRAMMETS UTVÄRDERING OCH UPPDATERING	47
15. STÖD TILL NÄRSTÅENDE	47
16. FRAMTIDSPERSPEKTIV	49
17. ETIK	50
18. LITTERATURHÄNVISNINGAR	52
19. BILAGOR	57
Bilaga A	Formulär för intervju vid misstänkt demens.
Bilaga B	Mall för klinisk undersökning vid demensutredning.
Bilaga C	Laboratorieprov och undersökningar vid demensutredning.
Bilaga D	Läkarintyg i samband med demensvård.
Bilaga E	Läkemedel som kan förvärra psykiska funktionsstörningar vid demens.
Bilaga F	Terapiförslag vid psykiatriska symtom hos patienter med demenssjukdom.
Bilaga G	Demenslarm.
Bilaga H	Blankett: Ankomstsamtal- livshistoria.
Bilaga I	Telefonlista
Bilaga J	Sammanställning av antal gruppboendeplatser för dementa i Mark och Svenljunga kommuner.
Bilaga K	Demensskala
Bilaga L	Viktiga variabler att titta på då man bedömer lämpligheten för att köra bil.

1. INLEDNING

Vårdprogram för demensvården i Mark och Svenljunga 2001

Vårdkedjan för demens har fått i uppdrag av LAPRIKO, ledningsgruppen för Mark och Svenljungas socialförvaltningar, primärvård och Skene lasarett, att arbeta fram ett vårdprogram för demensvården i vårt område.

Enligt statens Prioriteringsdelegations slutbetänkande (SOU 2001:8) så hör demenssjukdomarna till prioriteringsgrupp 1. Demenssjukdomarna är kroniska sjukdomar som leder till nedsatt autonomi.

Ett vårdprogram står för den aktuella forskningen i vården av demenssjuka. Vad är det vi ska göra för att enligt nuvarande rön utreda, behandla, vårda och rehabilitera på bästa sätt. Vårdprogrammet ska vara ett underlag för att vi i möjligaste mån ska kunna ge likvärdig vård i våra organisationer. Det är också ett underlag för lokala handlingsplaner.

I Mark och Svenljunga har vi cirka 700-800 personer med måttlig till svår demens enligt de beräkningar man kan göra på befolkningsunderlaget utifrån undersökningar gjorda i Sverige. Vårdkedjan har inventerat hur många som vi faktiskt känner till av dessa patienter. Vi fann då att vi endast känner till knappt hälften av dem. Nya inventeringar kommer att göras framöver.

Vårdkedjan arbetar för att utveckla demensvården, föra ut information till allmänhet och personal och att utbilda i demensfrågor.

Hälsoekonomiskt finns det inte tillräckligt med studier som kan omsättas för att räkna ut vad demensvården i vårt område kostar. 1991 gjordes en nationell studie som visade att demensvården då kostade 30 miljarder kronor i landet som helhet. Mark och Svenljunga kommuner motsvarar cirka en halv procent av riket, vilket motsvarar 150 miljoner kronor för Mark och Svenljunga kommuners demensvård enligt denna studies beräkning (Demensvård för nästa sekel, Svenska kommunförbundet, Äldreberedningen, 1999).

Mål för vårdprogrammet Demens

- att hos berörd personal ge en tydlig bild av vården för att kvalitativt ge ett gott omhändertagande av de demenssjuka i våra gemensamma organisationer såväl medicinskt, rehabiliterande som omvårdnadsmissigt
- att vårdprogrammet ska vara ett bra underlag för planering av vården och dess resurser genom att beskriva de olika vårdgivarnas ansvarsområde i vårdkedjan
- att all berörd personal har god kännedom om vårdprogrammet och dess tillämpning
- att vara en utgångspunkt för kvalitetsutveckling

Det finns flera lokala vårdprogram framtagna i Västra Götaland. Det mest aktuella programmet när vi påbörjade vårt arbete 1999 var Skaraborgs program som utkom samma år. Efter kontakt med deras programgrupp tackar vi dem för att vi fått tillåtelse att kopiera det som vi anser aktuellt för vårt område. Skaraborg har i sin tur använt sig av både Borås och Göteborgs vårdprogram.

På nationell nivå pågår sedan många år framtagande av riktlinjer för stora sjukdomsgrupper. Ännu finns inte några sådana riktlinjer framtagna för demenssjukdomarna. I framtiden är det möjligt att gemensamma vårdprogram för Västra Götaland skapas och läggs ut på nätet.

För framtagande av vårdprogrammet enligt uppdrag från LAPRIKO står följande personer:

..... *Per Anders Hulthén*

Per-Anders Hulthén neuropsykiater, länssjukvården Borås

Christel Svensson, distriktsläkare, Skene vårdcentral (tjänstledig)

..... *Martin Lindman*

Martin Lindman, distriktsläkare, Svenljunga vårdcentral

Jeanette Åkesson, biståndsbedömare, Svenljunga kommun (tjänstledig)

..... *Birgitta Boo*

Birgitta Boo, anhörigkonsulent, Svenljunga kommun

..... *Maria Grönberg*

Maria Grönberg, anhörigkonsulent, Marks kommun

..... *Siv Tagesson*

Siv Tagesson, vårdkedjeledare för demensvården i Mark och Svenljunga

Övriga deltagare i framtagandet av vårdprogrammet är:

Inger Fridmar, omsorgsutredare, Marks kommun

Kerstin Gustafsson, distriktssköterska, primärvården Horred

Yvonne Spendrup, psykiatrisköterska, öppenspsykteamet för Mark (kap. Etik)

Kerstin Gunverth, arbetsterapeut, Marks kommun

Eva Skogsberg, tandhygienist, folktandvården Mark (kap. Omvårdnadsaspekter, munvård)

Pia Westman, dietist, Marks kommun (kap. Omvårdnadsaspekter, kost)

Elisabeth Svensson, läkare, palliativa teamet, Borås (kap. Palliativ vård vid demenssjukdomar)

För LAPRIKO

..... *Kurt Patriksson*

Kurt Patriksson, ordförande Lapriko, primärvårdsområdeschef

..... *Britt-Marie Börjesson*

Britt-Marie Börjesson, socialchef Marks kommun

..... *Lena Danielsson*

Lena Danielsson, socialchef Svenljunga kommun

..... *Thomas Lindén*

Thomas Lindén, områdeschef medicinska specialiteter, SÄS

..... *Lise-Lotte Risö-Bergerlind*

Lise-Lotte Risö-Bergerlind, verksamhetschef psykiatri, SÄS

2. VAD MENAS MED DEMENS?

Definitioner

Ordet *demens* kan härledas till latinets *de* (= av, bort) och *mens* (= förstånd). För att betecknas som *demens* måste försämringen ha debuterat i vuxen ålder och orsakats av ett sjukdomstillstånd. Intellectuella och emotionella funktionsnedsättningar som är medfödda eller uppstått under uppväxten brukar inte betecknas som *demens*.

Demens är heller inte något normalt åldrandefenomen. Begreppet ”senildemens” är därför missvisande och bör undvikas.

Glömska är ett vanligt fenomen som ibland framkallar oro för begynnande *demens*. En viss försvagning och långsamhet i minnesfunktionerna förekommer normalt hos många människor från omkring 60-70 års ålder men försämras obetydligt med stigande ålder. Svårigheter att komma ihåg namn eller detaljer kring en händelse är typiskt vid denna åldersrelaterade minnesnedsättning och skall inte förväxlas med de kraftigt tilltagande minnesstörningar och övriga symtom som förekommer vid *demenssjukdom*. Detsamma gäller om någon enstaka förvirringsepisod, som kan förekomma hos äldre vid svåra påfrestningar som akut sjukdom eller närståendes frånfälle.

Demens är ett samlingsnamn för en grupp av symtom och funktionsstörningar som kan förekomma i olika kombinationer. *Demens* är inte beteckning för någon enskild sjukdom, eftersom mer än 70 olika sjukdomar kan yttra sig i form av *demens*.

Flertalet av dessa sjukdomar innebär en gradvis förlust av nervceller i hjärnan. Bland dessa är Alzheimers sjukdom den vanligaste.

Sjukdomens karaktär och utbredning i hjärnan bestämmer i hög grad vilka symtom på *demens* som först framträder och vilka som dominerar det fortsatta sjukdomsförloppet. Andra faktorer som ålder, övriga sjukdomar, arbets- och familjeförhållanden har också stor betydelse för hur *demenssymtomen* påverkar den drabbades tillvaro, liksom den närmaste omgivningen. Om den sjuke saknar egen insikt om symtomen och inte heller de närstående förstår vad det rör sig om, kan symtomen utvecklas under lång tid innan man söker hjälp inom vården. I tidigt skede av *demenssjukdom* kan *symtombilden* vara smygande och svårtolkad, ibland även för läkaren. I mera framskridna sjukdomsstadier är funktionsstörningarna uppenbara och övergår efterhand i svåra psykiska, kroppsliga och sociala handikapp med ökande beroende av hjälp och vård. Förloppet av de vanligaste *demenssjukdomarna* innebär att man oftast avlider 5-15 år efter de första sjukdomstecknen.

Man brukar dela in *demenstillstånd* efter svårighetsgrad och vårdbehov i mild, medelsvår respektive svår *demens*. Vid *mild demens* kan vårdbehovet omfatta regelbunden hjälp t.ex. med att klara sin ekonomi, sköta ärenden och att hantera sina mediciner korrekt. Vid *medelsvår demens* kan man behöva hjälp med t.ex. av- och påklädning, personlig hygien eller förflyttningar utanför bostaden liksom stöd med att upprätthålla sociala kontakter. Oro, aggressivitet eller andra psykiska symtom kan bli svåra att hantera för den drabbade och omgivningen. Vid ett medelsvårt *demenstillstånd* föreligger som regel omvårdnads- eller tillsynsbehov under dygnets alla timmar. Vid *svår demens* är vårdbehoven allomfattande och hjälp behövs i alla basala vardagsfunktioner. Svårigheter att kommunicera ingår vanligtvis varför omgivningen måste vara lyhörd och kunna tolka den dementes allt svagare signaler.

En kortfattad definition av begreppet demens är ”långvariga och omfattande försämringar av intellektuella och emotionella funktioner av sådan grad att individens yrkesmässiga och sociala funktioner begränsas”.

Hjärnsjukdomar vars symtombild domineras av demensutveckling brukar kallas demenssjukdomar.

3. BAKGRUND

Folksjukdomar i glömska

Tidigare har demenssjukdomar haft en låg angelägenhetsgrad inom sjukvården, bland annat beroende på att möjligheterna till diagnostik och behandling varit begränsade. Kunskaper och resurser vad gäller bland annat omvårdnad och anpassning av boendeformer har varit bristfälliga. Tilltagande glömska och förvirring hos äldre tillskrevs förr ofta åldrandet som sådant eller ansågs bero på ”åderförkalkning”. Under de senaste 10-15 åren har forskningsaktiviteten kring demenssjukdomar ökat kraftigt. I USA beskrivs Alzheimers sjukdom som århundradets sjukdom och i Sverige har vi engagerat oss, bland annat på grund av den ökande vårdtyngden. Nya forskningsrön och erfarenheter har ökat såväl kunskaperna om orsaker till demens som möjligheterna till behandling i olika avseenden. Specifika behandlingsmöjligheter vid vissa sjukdomar innebär ett ökande behov av att kunna ställa preciserade diagnoser vid demens.

Befolkningsutvecklingen innebär att andelen äldre personer växer, framförallt i åldrarna över 80 år. 1980 fanns i Sverige cirka 1,3 miljoner individer över 65 år och av dessa var 260 000 över 80 år. 1990 var motsvarande siffror 1,5 miljoner respektive 370 000. År 2000 var antalet personer över 65 oförändrat medan antalet 80-åringar och äldre hade ökat till 455 000. Efter år 2010 ökar antalet pensionärer åter kraftigt och antalet över 80 år kommer år 2025 att vara minst 580 000. Antalet personer med sjukdomar som korrelerar till stigande ålder kommer således att öka. Andelen personer i arbetsför ålder kommer samtidigt att minska och frågan är huruvida samhällets resurser för att möta dessa ökande behov av vård och omsorg i framtiden kommer att vara tillräckliga.

Risken att drabbas av någon demenssjukdom ökar med åldern. 6-7 % av befolkningen som är över 65 år beräknas ha medelsvår eller svår demens. Förekomsten av mild demens är svårare att värdera men brukar anges till ungefär 5 % i samma åldersgrupp. Vid studier av olika åldersgrupper har man funnit att bland 65-69-åringar lider cirka 1 % av medelsvår eller svår demens och bland 70-74-åringar 3 %. Bland 75-79-åringar rör det sig om 6 %, bland 80-84-åringar 11 % och bland 85-89-åringar 21 %. Bland dem över 90 år är så många som 32 % drabbade av medelsvår eller svår demens.

Omräknat till antal individer innebär ovanstående siffror att antalet demenssjuka i Sverige kommer att öka dramatiskt framöver. I början av 1990-talet fanns i Sverige drygt 100 000 personer med medelsvår eller svår demens, år 2000 hade antalet ökat till 121 000 och år 2025 kommer uppskattningsvis 156 000 lida av medelsvår eller svår demens.

Också medelålders och yngre individer drabbas av demenssjukdomar, även om detta är mindre vanligt. Demens som debuterar i arbetsför ålder innebär särskilda problemställningar och behov i vården liksom för de närstående, vilket är viktigt att komma ihåg eftersom diskussioner om vård, omsorg och boende vid demens ibland fokuseras enbart på de äldre demenssjukas behov. Många demenssjuka i olika åldrar mår idag inte bra därför att de inte får omvårdnad på adekvat vårdnivå eller på grund av att kunskaperna bland vårdpersonal är otillräckliga.

En intensiv forskningsaktivitet pågår för att bland annat lösa gåtorna kring Alzheimers sjukdom. Förebyggande eller botande behandling saknas fortfarande vid denna och övriga demenssjukdomar med tilltagande förlust av nervceller.

Möjligheterna till symtomlindrande behandling har emellertid ökat och under 1990-talet har läkemedel utvecklats, som i viss omfattning kan lindra och bromsa symtomutvecklingen i tidiga skeden av Alzheimers sjukdom.

Dessutom har 10-15 % av patienter med demensliknande symtom direkt behandlingsbara orsaker.

Exempel på direkt behandlingsbara orsaker är ämnesomsättningssjukdom, vitamin B₁₂-brist, störningar i hjärnvätskans cirkulation, godartade hjärntumörer, cirkulations-

Mark och Svenljunga kommuner motsvarar cirka 0,5 % av Sveriges befolkning.

rubbningsar i hjärnan eller behandlingsbara psykiska störningar såsom depression eller psykos. Ökande behandlingsmöjligheter motiverar noggrann medicinsk utredning vid demenssymtom. Genom utredning kan även andra och kanske försvårande faktorer som hjärtsvikt, ledproblem, dåligt tandstatus m.m. upptäckas och komma under behandling.

Övergripande mål i all utredning, omvårdnad och behandling vid demens är att patienten i alla sjukdomsstadier ska kunna få sakkunnig hjälp till optimal livskvalitet, boendeform och omvårdnad. En utredning av den demenssjukes resurser, begränsningar och sociala förhållanden är en grundläggande förutsättning för detta.

Patienten

För en utomstående är det omöjligt att helt förstå och sätta sig in i den demenssjukes situation. Sjukdomen innebär att man alltmer drabbas av allvarliga funktionshinder som minnesstörningar, svårigheter att tolka det som sägs eller skrivs liksom svårigheter att uttrycka sig eller att orientera sig i eller runt bostaden. Med ökande ångslan, oro och beroende av andra avtar självkänsla och livsglädje. I tidiga sjukdomsskeden kan en smärtsam insikt om de egna symtomen och deras innebörd öka tendensen till nedstämdhet och depression. Förmågan att kontrollera känslouttryck och beteende avtar ofta efterhand liksom förmågan till inlevelse och hänsyn till andra. Relationerna till familj och vänner påverkas av sjukdomen och dess symtom. Möjligheterna att kommunicera med omgivningen och att klara en självständig tillvaro begränsas alltmer. I senare stadier av demenssjukdom sker också en påtaglig fysisk försämring. Aptiten, som till en början kan vara stegrad, avtar efterhand med risk för undernäring. I samband med påfrestningar, såsom infektioner eller biverkningar av olika läkemedel, kan svåra förvirringstillstånd eller medvetanderubbningar uppstå. I slutstadier av demenssjukdom ter sig patienten omedveten om sig själv och sin omgivning, reagerar mindre på t.ex. smärta och blir alltmer orörlig och svårkontaktad. Kramper, muskelryckningar eller ofrivilliga rörelser kan förekomma. Ofta avlider man i någon tillstötande infektion.

Anhöriga/närstående

I fortsättningen benämner vi anhöriga med begreppet *närstående* då det även inbegriper andra, ej släkterelaterade, anhöriga.

Få sjukdomstillstånd berör de närstående i sådan omfattning som demens.

Smygande minnesförsämring uppmärksammas ofta först av de närstående men även då minnessvårigheterna nått en funktionshinderande nivå vill man kanske skylla på trötthet eller hög ålder. Man känner inte längre igen den drabbade som får personlighetsförändringar som initiativlöshet, apati eller ökande känslouttryck som gråt eller aggressivitet utan uppenbar orsak. Närstående väljer ofta att skylla över problemen och hålla upptäckten inom den egna kretsen. Relationen till den demenssjuke förändras - man känner sorg och undran, oro och skuld. Man blir tvungen att ta över ansvar för den sjukes dagliga livsföring och säkerhet. Insatserna och uppoffringarna ökar gradvis, man anpassar sig och lär sig leva med den dementes funktionsnedsättningar, ibland på bekostnad av den egna hälsan och man söker kanske inte hjälp förrän en krissituation uppstått. Ibland avslöjas inte problemen förrän den demenssjuke eller den närstående drabbas av någon akut sjukdom och fördenskull måste läggas in på sjukhus.

Översiktligt om demenssymtom och symptomprofiler

Liksom vid alla sjukdomar eller skador i hjärnan påverkas symtomen vid demenssjukdom såväl av vilken del av hjärnan som främst drabbas som hur hastigt sjukdomsprocessen framskrider. De första sjukdomstecknen är ofta diffusa och svårbegripliga för omgivningen och ibland även för en läkare eller sjuksköterska med kunskap om demenssjukdomar. Vid närmare genomgång av sjukhistorien med patient och närstå-

Mål med utredning.

Palliativ vård vid demenssjukdomar, kapitel 8, sid. 34.

Närstående inbegriper även andra, ej släkterelaterade, anhöriga.

Vid vissa demenssjukdomar kan rörelsestörningar, balansrubbingar och andra somatoneurologiska symtom förekomma redan tidigt, trots att minne och andra högre funktioner ännu är relativt bevarade. I så fall utgör de viktiga ledtrådar till den bakomliggande sjukdomsdiagnosen.

ende samt undersökning brukar emellertid symtomen på demens framträda. Ofta kan också en viss kombination av funktionsstörningar, en "hjärnskadeprofil" skönjas. Denna pekar på vilka delar av hjärnan som är påverkade och symtomprofilen utgör därigenom en god vägledning i den medicinska utredningen. Den sammantagna symtombilden är också en nödvändig grund för planering av stöd- och omvårdnadsåtgärder.

Enbart en avgränsad och ensidig skada i hjärnan, t.ex. en infarkt inom en hjärnhalva, anses inte kunna leda till demens. I praktiken innebär därför demens att en sjukdomsprocess drabbar båda sidor av hjärnan. I tidiga stadier med "mild demens" är sjukdomsförändringarna ännu lindriga och mindre utbredda i hjärnan. De degenerativa demenssjukdomarna visar sig i tidigt skede ofta med vissa karaktäristiska symtom, men för att uppfatta dessa kan krävas kunskap och erfarenhet från omgivningen. När demensutvecklingen nått stadiet "medelsvår" och de kunskaps- och känslomässiga funktionsstörningarna blivit påtagligt funktionshindrande, kan en viss hjärnskadeprofil uppfattas tydligare, t.ex. de markanta språkliga och rumsliga funktionsstörningarna vid Alzheimers sjukdom. I stadiet "svår demens" med omfattande funktionshinder och hjälpbehov kvarstår den speciella symtomprofilen men blir nu mindre utmejslad, eftersom stora delar av hjärnan är angripen av sjukdomen.

Symtomprofiler

Olika symtom- eller hjärnskadeprofiler brukar benämnas efter den del av hjärnan som är mest drabbad.

Parietotemporalt hjärnskadesyndrom tyder på dominerande skador inom hjäss- och tinninglober.

Frontalt hjärnskadesyndrom kan uppstå vid skador inom pannlobernas främre-nedre delar.

Frontotemporalt hjärnskadesyndrom tyder på påverkan inom såväl pann- som tinninglober.

Subkortikalt hjärnskadesyndrom kan härledas till skador i storhjärnans djupare strukturer, de djupa nervkärnorna och den vita substansen. Trots att hjärnbarkens vävnadsstruktur i dessa fall kan vara välbevarad är impulstrafiken mellan nervcellerna allvarligt påverkad genom att förbindelserna mellan hjärnans olika delar inte fungerar.

Vid ett *globalt* hjärnskadesyndrom föreligger symtom tydande på utbredd sjukdomspåverkan diffust i hjärnan.

Vid sidan av de typiska kognitiva (kunskaps- och färdighetsrelaterade) och emotionella (känslorelaterade) funktions- och beteendestörningarna vid demenssjukdomar förekommer ofta också "kroppsliga" tecken på sjukdom i nervsystemet, så kallade *somatoneurologiska symtom*.

Vanliga exempel på somatoneurologiska symtom vid demenssjukdom är tilltagande balans- och rörelsesvårigheter, muskelstelhet, nedsatt tal- eller sväljförmåga, störning av ögonrörelser eller ofrivilliga rörelser i kroppen. Sådana sjukdomstecken blir alltmer påtagliga ju längre sjukdomen framskridit.

Översiktligt om demenssjukdomar

Demenssjukdomar innebär regelmässigt en gradvis undergång av hjärnans nervceller. Sjukdomsförändringarnas karaktär och utseende skiftar från sjukdom till sjukdom och deras bakomliggande orsaker är bara delvis kända.

Man känner nu till mer än 70 olika sjukdomar som kan förorsaka demens och antalet definierbara sjukdomar ökar hela tiden genom nya forskningsrön.

Den stora mängden delvis utforskade sjukdomstillstånd samt det faktum, att en och samma sjukdom kan medföra olika symtom hos olika individer, komplicerar diagnosen ytterligare. Undersökningsmetoder som magnetkamera, mätningar av hjärnans blodflöde och prov på likvor (vätskan kring hjärna och ryggmärg) har utvecklats mycket under senare år och kan ofta vara till god hjälp i utredningen. Informationen de ger är dock fortfarande ofta otillräcklig för att man hos varenda patient säkert ska kunna fastställa en exakt sjukdomsdiagnos. Genom kombinationen av symtomgenom-

gång och läkarundersökning samt vissa kompletterande undersökningar kan emellertid i flertalet fall en sannolik sjukdomsdiagnos ställas. En tillförlitlig sjukdomsdiagnos liksom dokumentation av eventuell hjärnskadeprofil har avgörande betydelse för fortsatta behandlings- och omvårdnadsåtgärder.

Demensorsakande sjukdomar indelas i tre grupper:

1. Primära degenerativa hjärnsjukdomar, vilket innebär tilltagande nervcellsförlust och förtvining av hjärnvävnad utan någon annan påvisbar bakomliggande sjukdom. De svarar för ungefär hälften av alla demensfall. Vanligast är *Alzheimers sjukdom* samt *pannlobsdegeneration (frontallobsdegeneration)*. *Huntingtons sjukdom* är en ärftlig degenerativ hjärnsjukdom som förutom ofrivilliga rörelser (danssjuka) och psykiska besvär vanligtvis leder till demens. Andra, mindre kända degenerativa sjukdomar med rörelsestörningar och inslag av demensutveckling är *diffus Lewy-body-sjukdom*, *kortikobasal degeneration* samt *progressiv supranukleär pares*. Sistnämnda sjukdomar är svåra att säkerställa med mindre än mikroskopisk undersökning av hjärnvävnad. De är sannolikt vanligare än man tidigare uppfattat och har ibland uppfattats som Parkinsons sjukdom med anmärkningsvärt inslag av demensutveckling. Vid Parkinsons sjukdom, som också är en degenerativ nervsjukdom, förekommer demensutveckling men endast hos en mindre andel av patienterna. Forskningen kring primära degenerativa hjärnsjukdomar har intensifierats under senare år och innefattar såväl nervcellsförtviningens mekanismer liksom de underliggande risk- och orsaksfaktorerna. Utgående från dessa rön börjar man nu kunna behandla vissa sjukdomsspecifika symtom med läkemedel, bland annat för att förbättra den störda impulsaktiviteten i vissa nervbanor. Trots detta är sjukdomarnas grundorsaker fortfarande okända.

2. Vaskulära demenssjukdomar eller "blodkärlsdemens". De orsakar uppskattningsvis en tredjedel av alla demensfall. Flera olika vaskulära demenssjukdomar har definierats. Gemensamt är att hjärnans blodtillförsel försämras i tilltagande grad beroende på antingen upprepade akuta infarkter (stroke), på utbredd avstängning av tunna blodkärl djupt i hjärnan eller på hjärnblödningar av varierande orsaker. Begrepp som åderförkalkning eller arterioskleros betecknar förändringar i blodkärlens väggar men utgör inte någon demenssjukdom eller direkt orsak till demens. En blandad sjukdomsbild med inslag av såväl Alzheimer som vaskulär demenssjukdom (mixed dementia) hos samma individ är troligen ganska vanlig. Det är osäkert i vilken omfattning blodkärlförändringarna i sig bidrar till de degenerativa vävnadsförändringarna i dessa fall. Forskningen kring blodkärlsdemens behandlar såväl orsaksfaktorer och förebyggande behandlingar som akuta behandlingsmöjligheter vid stroke.

3. Sekundära och övriga demensorsaker. Inom denna grupp ryms en mängd olika sjukdomar av varierande slag. Sekundär betyder att det finns en definierad bakomliggande sjukdom som påverkar hjärnan och att det inte rör sig om en primär degeneration. *Tillsammans orsakar de inte mer än cirka 15 % av demensfallen men de är mycket viktiga att upptäcka i tid, eftersom adekvat behandling kan innebära att en demensutveckling kan stoppas.* Exempel på detta är normaltryckshydrocefalus (störning i hjärnvätskans cirkulation), sköldkörtelsjukdom med tilltagande ämnesomsättningsstörning, vitamin B₁₂-brist, långdragna infektioner i hjärnan, t.ex. borreliainfektion liksom tilltagande hjärnsador vid alkohol- eller drogmissbruk.

4. SYMTOM OCH SYMTOMPROFILER – FÖRDJUPAD BESKRIVNING

Detta och följande kapitel innehåller fördjupade översikter av demenssymtom och demenssjukdomar, som är nödvändiga att känna till i samband med utredningar och vård. Texten vänder sig därför främst till medarbetare i vården. Vissa begrepp kan vara svårbegripliga för en oinvid men har inte helt kunnat undvikas.

Hur definieras demens?

En tydlig och allmänt vedertagen definition av begreppet demens är en självklar utgångspunkt för all medicinsk utredning, vård och omsorg. Demens är en kombination av olika symtom och det finns ingen laboratorieundersökning som kan avgöra om demens föreligger eller ej.

Vilka kriterier gäller för att en person ska bedömas ha ett demenstillstånd, d.v.s. att symtomdiagnosen demens ska kunna ställas?

I det nu gällande internationella diagnossystemet för sjukdomar och hälsoproblem, ICD-10 definieras demens enligt följande (modifierat efter Marcusson m.fl.: Demenssjukdomar, Liber förlag 1997):

- A. Demens är ett syndrom som beror på hjärnsjukdom, vanligen kronisk eller progressiv till sin natur.
- B. Demens innebär störning av flera högre kortikala funktioner som minne, tänkande, orienteringsförmåga, förståelse, räkneförmåga, inlärningskapacitet, språk och omdöme.
- C. Medvetandet är inte grumlat av annan orsak.
- D. Försämringen av kognitiva funktioner åtföljs ofta, och är ibland föregången, av försämring av emotionell kontroll, socialt beteende, eller motivation.
- E. Demens medför avsevärd försämring av intellektuella funktioner och påverkar vanligen dagliga aktiviteter som tvättning, påklädning, ätande och toalettbesök.
- F. Demenssymtomen skall ha funnits i minst sex månader innan en säker klinisk demensdiagnos kan ställas.

Hur funktionsstörningarna vid demens manifesteras beror i stor utsträckning på de sociala och kulturella omständigheter under vilka patienten lever.

I början av 90-talet utarbetade svenska experter kriterier för symtomdiagnosen demens, till stor del grundade på det psykiatriska diagnosystemet DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder).

DSM-kriterierna överensstämmer till stor del med ICD-10 men innehåller vissa kompletteringar av praktiskt värde. Enligt dessa krävs för symtomdiagnosen demens att följande kriterier A till och med E är uppfyllda (vissa formuleringar har modifierats något av arbetsgruppen):

- A. Omfattande och varaktig (mer än sex månader) försämring av intellektuella funktioner till sådan grad att individens yrkesmässiga och vardagliga, sociala funktioner allvarligt påverkas.
- B. Minnesstörning: Uppenbart försämrade förmåga att, jämfört med tidigare, komma ihåg t.ex. tidpunkter, personliga förhållanden, aktuella händelser eller personer.
- C. Minst en av följande störningar:
 1. Störning i abstrakt tänkande, t.ex. svårigheter att konkret tolka ordspråk, oförmåga att finna likheter/olikheter mellan relaterade ord eller svårigheter att definiera ord och begrepp.
 2. Försämrade omdömesförmåga.
 3. Någon eller några nytillkomna cerebrala funktionsstörningar såsom:
Afasi: Svårigheter att förstå eller uttrycka sig i ord och skrift.

ICD-10, internationellt diagnossystem för sjukdomar och hälsoproblem.

DSM-IV, psykiatriskt diagnosystem.

Apraxi: Svårigheter att klara inlärda, vardagliga färdigheter t.ex. telefonera, knyta skor eller klä sig, trots intakta motoriska och språkliga funktioner.

Agnos: Oförmåga att känna igen t.ex. personer eller föremål med syn, hörsel eller känsel, trots att dessa sinnesfunktioner är intakta.

Visuospatiala störningar: Störningar i rumslig orientering, t.ex. oförmåga att hitta i välkända omgivningar eller oförmåga att uppfatta eller avbilda tredimensionella figurer.

4. Personlighetsförändring.

- D. Tillståndet får inte orsakas enbart av medvetandegrubling (konfusion) eller psykogena faktorer som depression eller psykos ("pseudodemens").
- E. Antingen (1) eller (2) skall föreligga:
 - (1) Sjukhistoria, status eller laboratorieundersökning tyder på en eller flera (om möjligt specificerade) organiska orsaker till symtomen.
 - (2) Icke-organiska (psykoga) orsaker kan uteslutas.

Vilka symtom brukar föranleda vårdkontakt?

Funktionshinderande glömska i kombination med avtagande språkliga funktioner, svårigheter att känna igen, att orientera sig eller att klara vardagliga göromål är klassiska demenssymtom som i regel föranleder kontakt med sjukvården. Ungefär lika vanligt är att symtombilden vid begynnande demenssjukdom inte följer något typiskt mönster utan är svårtolkad och diffus. Förändringar av beteende och personlighet, t.ex. tilltagande initiativlöshet och apati eller okontrollerad impulsivitet och aggressivitet är exempel på detta. Ibland är det kroppsliga symtom såsom försämrade gåmförmåga eller balans som leder till en första läkarkontakt och vid närmare undersökning uppdagas då demenssymtomen. Detsamma kan gälla när patienten söker för oklara och svårbeskrivna symtom, t.ex. oklar yrsel, "dimkänsla" eller annan underlig känsla i huvudet. Ibland ordnas besök hos läkare eller sjuksköterska via närstående som uppmärksammat demenssymtomen, medan den drabbade själv kan vara omedveten om sina problem. I vissa fall uppdagas underliggande demenssymtom först efter att den sjuke råkat in i ett akut förvirringstillstånd i samband med t.ex. infektion med hög feber eller som biverkan av något läkemedel.

Vilka symtom bör utredas under misstanke om demens?

Markant och tilltagande glömska är det symtom som vanligast förknippas med demens. Avtalade möten glöms helt bort, den drabbade frågar om och om igen om samma sak trots givna besked och glömmar namn – även på nära anhöriga. Om sådana svårigheter tydligt ökar under en överskådlig tidsperiod (månader – något år) och glömskan försvårar eller hindrar vardagsaktiviteter, så bör detta föranleda sjukdomsmisstanke och utredas. Misstanken om demenssjukdom ökar om individen verkar omedveten om sina svårigheter liksom om ytterligare demenssymtom förekommer.

Normala åldersrelaterade minnessvårigheter: Hos flertalet människor inträffar efter ungefär 60 års ålder en viss försämring av förmågan att memorera och kvarhålla ny information, liksom att minnas detaljer som namn på en person man träffat eller tidpunkten för en viss händelse. Det rätta ordet kan "ligga på tungan" men minnet av personen eller händelsen är i övrigt bevarat. Minnesfunktionerna förlängs också något med åren. Detsamma gäller tankeförmågan t.ex. för att lösa en viss uppgift. I regel är man medveten och oroad över minnessvårigheterna. I dessa fall är det rimligt att avvakta med sjukdomsmisstankar eller utredning, om besvären inte förorsakar uppenbara problem i vardagslivet, förutsatt att det i övrigt saknas symtom som tyder på sjukdom i nervsystemet. Undersökningar har visat att sådan åldersrelaterad glömska inte försämras markant med stigande ålder. Om samma person däremot drabbas av demenssjukdom som t.ex. Alzheimer så märks en mera dramatisk och hastig minnesförsämring.

Minnesstörningar.

Andra kognitiva symtom.

Tilltagande *språkliga funktionsstörningar* motiverar alltid utredning eftersom de kan orsakas av lokaliserad sjukdom i hjärnan eller vara tidigsymtom på degenerativ demenssjukdom. Det kan handla om ökande svårigheter att formulera sig i tal eller skrift, att hitta bärande ord eller nyanser i meningar. Man säger fel ord, ordförrådet blir alltmer begränsat och språket tunnare ut på innehåll. Ord eller fraser upprepas stereotypiskt eller den drabbade verkar alltmer fåordig. Komplexa och abstrakta budskap, t.ex. innebörd av ordspråk eller liknelser blir svåra att begripa och förklara. Det kan bli svårt att tala i telefon och att skriva brev. En *försämrad räkneförmåga* kan medföra att individen som tidigare klarat ekonomiska frågor utan problem börjar räkna fel och inte kan sköta bankärenden. *Störningar i den rumsliga förmågan* kan visa sig som tendens att gå vilse eller svårigheter att orientera sig i välbekanta omgivning, t.ex. i bostaden. *Praktiska problem* med att använda köksredskap, oförmåga att förstå instruktioner, att klä sig eller svårigheter med att känna igen bekanta personer eller föremål är andra symtom som bör föranleda utredning.

Vid Alzheimers sjukdom är tilltagande minnesstörningar i kombination med en eller flera av dessa kognitiva funktionsstörningar den mest typiska debutsymtomatologin och det är karaktäristiskt att besvären påtalas mer av närstående än av den drabbade själv.

Emotionella symtom.

Vid flertalet demenssjukdomar förekommer *känslomässiga förändringar* tidigt i förloppet. Det är dock viktigt att påpeka att tilltagande nedstämdhet, oro över ”småsaker”, diffus ångest, katastrofkänsla, irritabilitet, aggressivitet, nedstämdhet eller olika typer av somatiseringssymtom alltid i första hand bör inge misstanke om en behandlingsbar depression.

Särskilt hos äldre kan även minnessvårigheter och andra kognitiva symtom förekomma som depressionssymtom. Detta innebär svårigheter att avgränsa en depression hos äldre gentemot en organisk sjukdom i hjärnan. Vid demenssjukdom är förläckning av känslolivet, med avtagande förmåga till engagemang och inlevelse samt tilltagande likgiltighet eller självupptagenhet, mera framträdande och vanliga tecken. Vid demenssjukdom har symtomen i regel pågått under längre tid innan patienten kommer till vård.

Förändringar i personlighet och beteende.

Ofta är det närstående som först lägger märke till de smygande beteendeförändringar som är vanliga vid demens. Den sjuke kan verka alltmer oengagerad och initiativlös eller har oförklarligt förändrat sina levnadsvanor. Vid ett första möte med läkare eller sjuksköterska kan patienten verka ointresserad, lite frånvarande, ger vaga och svävande besked och vänder sig ofta till närstående för att få hjälp med svar på frågor. Ibland förnekas alla besvär.

En påtaglig förändring av viljemässiga funktioner är ett vanligt tidigsymtom vid demens. En tidigare energisk och aktiv person tappar gradvis lusten och verkar ointresserad av det mesta. Initiativ och förmåga till självständigt agerande försämras. Koncentrationsförmågan försämras och olika aktiviteter distraheras lätt av ovidkommande störningar. Förstärkning av speciella personlighetsdrag kan förekomma, t.ex. att pedanteri och misstänksamhet övergår i paranoia eller att humör med ”kort stubin” ökas till aggressivitet och våldsamhet. Förmågan till ett socialt liv försämras med tillbakadragenhet, isolering och svårigheter att umgås med andra.

I ett mer framskridet skede av demenssjukdom avtar den viljemässiga aktiviteten alltmer och blir samtidigt mer stereotyp, upprepanande och verkar meningslös (t.ex. ett rastlöst vandrande) eller styrs enbart av tillfälliga impulser. Åtbeteendet kan förändras. I tidigare stadier kan aptiten stegras, ibland våldsam, medan senare sjukdomsstadier i regel innebär ett alltmer ökat beroende av påstötning och assistans från omgivningen för ett tillräckligt födointag.

Svårigheter att kontrollera frustration och känsloutlösningar och impulser är vanligt och kan ta sig uttryck i aggression eller skrik.

Vid demenssjukdom är det en regel med få undantag att den drabbade förr eller senare helt tappar insikt om sina symtom och även de närstående kan till en början ha

svårt att uppfatta de smygande förändringarna som tecken på någon hjärnsjukdom. Man skyller på trötthet eller på någon annan, mera konkret sjukdom. Detta är en förklaring till att man ofta dröjer med att söka vård, trots uppenbara svårigheter i hem och arbete.

Hastigt påkommande och upprepade förvirringstillstånd, t.ex. vid förändringar i boende eller familjeförhållande, plötslig sjukdom eller sjukhusvistelse kan vara en första varningssignal om demenssjukdom.

Det är inte svårt att förstå att patienten som själv märker t.ex. begynnande minnes-svårigheter eller svårigheter att uttrycka sig drar sig undan för att dölja sina svårigheter. Tilltagande kontrollbeteende eller misstänksamhet kan vara andra sätt att försöka bemästra närminnesproblem. Detta kan beskrivas som sekundära demenssymtom. Fenomen som fobiska reaktioner, ångest, hypokondri, regressivt beteende, depression eller maniskt beteende har tidigare också ansetts uttrycka patientens psykologiska reaktioner och anpassningsförsök under demensutvecklingen. Denna typ av symtom förekommer ofta tidigt i sjukdomsförloppet och kan till det yttre överskugga de ”egentliga” demenssymtomen. Numera anses alltmer att det är svårt att avgöra vad som är egentliga (organiska) demenssymtom respektive psykologiska reaktioner på demensutveckling och att dessa reaktioner i själva verket är direkta utslag av den organiska sjukdomsprocessen i hjärnan. En enkel tumregel kan vara att om patienten tidigare i livet inte haft någon benägenhet till psykiska symtom av denna typ är det troligare att det rör sig om organiskt betingade delsymtom vid demenssjukdomen.

Utöver de ovan nämnda kognitiva, personlighetsmässiga och emotionella demenssymtomen noteras hos flertalet demenssjuka också någon form av ”kroppsliga” neurologiska symtom. Störningar i autonoma nervsystemet med t.ex. inkontinens och blodtrycksfall är inte ovanliga. Rörelsestörningar som balans- och koordinationsrubbnings, generellt trögt rörelsemönster och parkinsonliknande hållning är relativt vanliga. Vid prövning av passiv muskeltonus noteras framförallt i benen ett ökat, ofta fluktuerande motstånd. Gångförmågan försämras med långsamhet och små steg. Ofrivilliga rörelser, muskelryckningar, danssjukeliknande rörelser och även epileptiska anfall kan förekomma vid vissa demenssjukdomar.

Somatoneurologiska symtom förekommer vid demenssjukdomar i avancerat skede. Om de uppstår tidigt i sjukdomsförloppet bör de inge misstanke om vaskulär demenssjukdom, hydrocefalus eller någon mindre vanlig degenerativ sjukdom. Om patienten i sin sjukhistoria eller vid datortomografi har tecken på flera hjärninfarkter eller blödningar och efterhand utvecklar ett demenstillstånd, är en vaskulär demenssjukdom sannolik.

Asymmetriska somatoneurologiska symtom, t.ex. halvsidig förlamning hör däremot inte till bilden vid degenerativ demenssjukdom utan pekar på en eller flera *lokaliserade* skador eller sjukdomar i nervsystemet. Andra exempel på sådana *fokalneurologiska symtom* är halvsidiga rörelse- och koordinationsrubbnings liksom synfälts- eller känselnedsättningar. Vid fokalneurologiska symtom bör utredning alltid ske i syfte att påvisa eller utesluta någon lokal sjukdomsprocess, t.ex. tumör.

Kan det finnas motiv för att avstå från utredning?

Om det vid samtal och undersökning finns tecken på personlighetsförändringar, men tecken på kognitiva funktionsstörningar samtidigt inte kan påvisas, så föreligger definitionsmässigt inte demens. Om man ändå i vissa fall associerar till begynnande demenssjukdom krävs noggranna individuella överväganden inför utredning. Det starkaste motivet för att utreda diskreta symtom är möjligheten att tidigt upptäcka en behandlingsbar sjukdom. Å andra sidan kan man vare sig diagnostisera eller påbörja någon sjukdomsspecifik behandling mot primär degenerativ demenssjukdom (Alzheimer) innan ett demenstillstånd enligt rådande definitioner har kunnat fastställas. De psykologiska konsekvenserna för patient och anhöriga av att få veta att t.ex. Alzheimers sjukdom misstänks, men vare sig kan bekräftas eller behandlas, är svåröverskådli-

Återkommande förvirringsepisoder.

Sekundära demenssymtom.

Somatoneurologiska symtom.

Sammanfattningsvis kan det i enstaka situationer finnas skäl för läkaren att avstå från utredning. Den grundläggande förutsättningen för all medicinsk utredning vid misstanke om demenssjukdom bör vara att utredningen förväntas kunna tillföra individen och dennes närstående ökad information om demenssjukdomar, ge bästa möjliga underlag för behandling samt utgöra ett bättre stöd för omvårdnads- och boendeplanering.

Parietotemporalt hjärnskadesyndrom (parietallobssyndrom).

Frontalt eller frontotemporalt hjärnskadesyndrom (frontallobssyndrom).

ga och kräver också särskilda överväganden. Klart står dock att behoven av tidig diagnostik av Alzheimers sjukdom, liksom av andra demenssjukdomar, kommer att öka framöver i takt med ökande, sjukdomsspecifika behandlingsmöjligheter.

En annan särskild frågeställning är vilka medicinska utredningsåtgärder som ska aktualiseras vid långt framskriden demenssjukdom, när patienten själv saknar förmåga att medverka och någon sjukdomsspecifik behandling inte längre är möjlig. I denna situation föreslås att man tillämpar den allmänna medicinsk-etiska regeln att undvika sådana utredningsåtgärder som bedöms vålla patienten obehag och som inte förväntas tillföra patienten några ytterligare behandlingsmöjligheter. Information och samråd med närstående om de individuella ställningstagandena är i dessa fall absolut nödvändig.

Symtomprofiler vid demenssjukdomar

Att försöka beskriva vilken symtomprofil som dominerar i det enskilda fallet är viktigt både för diagnostik av bakomliggande orsak och för behandlingsåtgärder. De vanliga hjärnskadeprofilerna vid demenstillstånd karaktäriseras av individuellt varierande förekomst av följande symtom och funktionsstörningar.

Denna symtomprofil förekommer framför allt tidigt vid tidigdebuterande (presenil) form av Alzheimers sjukdom.

- Tilltagande minnes- och inpräglingssvikt: Särskilt svårigheter att minnas händelser.
- Sensorisk afasi: Innehållsfattigt, osammanhängande tal. Svårigheter att förstå eget och andras tal. Svårigheter att benämna.
- Agnosi: Svårigheter att tolka syn- eller känselintryck, att känna igen föremål och personer trots normal syn och känsel.
- Apraxi: Oförmåga att utföra ändamålsenliga, invanda rörelsemönster, t.ex. att klä sig, att äta, att promenera eller att använda redskap.
- Visuospatjala störningar: Bristande kroppsmedvetande, oförmåga att orientera sig i rummet, att rita av en kub eller läsa av en klocka.
- Emotionella symtom som ångslan och depression.
- Ofta relativt bevarad personlighet och fasad.

Denna symtomprofil förekommer främst vid degenerativa sjukdomar som drabbar pannloberna. Den är också typisk vid alkoholorsakad demens och kan förekomma efter svåra skallskador.

- Nedsatt motivation, nedsatt initiativförmåga, koncentrationssvårigheter.
- Relativt välbevarat närminne och rumslig orientering.
- Emotionell avtrubbning, nedsatt inlevelseförmåga, indifferens.
- Bristande emotionell och beteendemässig kontroll, ohämmat eller asocialt beteende, ibland ökande missbruk.
- Sviktande omdöme och självkritik, bristande sjukdomsinsikt.
- Förändrat stämningsläge, förhöjt euforiskt eller sänkt med depression och apati.
- Motoriska talstörningar, torftigt språk, stereotypt, upprepande tal, minskat spontantal, efterhand mutism (stumhet).
- Rörelsestörningar med avtagande psykomotorik ("kroppsspråk") och mimik, stereotypa beteenden, rigiditet (stelhet) och rörelsearmod.
- Perseveration, upprepningstendens.
- Förändrat oralt och sexuellt beteende (vid avancerad symtombild).

Denna symtomprofil förekommer vid utbredda djupa skador i storhjärnans vita substans och/eller djupa kärnstrukturer, t.ex. vid vaskulär demens beroende på småkärlssjukdom, vid så kallad normaltryckshydrocefalus samt vid primära degenerativa demenssjukdomar såsom progressiv supranukleär pares, kortikobasal degeneration, i vissa fall av Parkinsons sjukdom samt vid Huntingtons sjukdom.

- Psykisk och psykomotorisk förlångsamning. Initiativförmågan ofta nedsatt. Tankeförmåga, minne, språkliga och visuospatiala funktioner är ofta innehållsmässigt relativt välbevarade men förlångsammade.
- Stämningläget i regel sänkt och depression är vanligt.
- Generellt förlångsamt rörelsemönster. Muskelstelhet och motstånd vid rörelser (rigiditet), förminskade, tröga viljemässiga rörelser (hypokinesi).
- Förändrat gångmönster med startsvårighet, korta steg och stel kroppshållning, framåtböjd eller statyliknande upprätt.
- Vid vissa sjukdomar: ofrivilliga rörelser, t.ex. tremor vid Parkinsonism eller koreoatetos (vinkande eller ormande rörelsemönster) vid Huntingtons sjukdom.
- Förlamningssymtom, svaghet och spasticitet framförallt i benen. Babinskifomenen, subklonus, livlig reflexaktivitet.
- Tröga och inskränkta ögonrörelser. Snubblande, entonigt eller svårartikulerat tal. Trög sväljning, stegrad masseterreflex, primitivreflexer.

Denna symtomprofil förekommer vid diffusa och utbredda hjärnskador, t.ex. resttillstånd efter hjärtstopp eller skallskada vid trafikolycka.

- Minnesstörning och ett eller flera av följande statusfynd:
- Nedsatt abstraktionsförmåga (nedsatt numerisk förmåga, nedsatt ordspråksförståelse, nedsatt logisk förmåga).
- Anomi (benämningssvårigheter).
- Desorientering (tid, rum).
- Visuospatial störning (nedsatt förmåga att avbilda en kub och/eller läsa av en klocka).

Subkortikalt hjärnskadesyndrom.

Globalt hjärnskadesyndrom - en allmänintellektuell störning.

5. SJUKDOMAR SOM ORSAKAR DEMENS – FÖRDJUPAD BESKRIVNING

I detta kapitel beskrivs i korta drag de vanligaste bland de dryga 70-talet hittills kända demensorsakande sjukdomarna.

Primära degenerativa hjärnsjukdomar

Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom är en primär degenerativ hjärnsjukdom av okänd orsak med karaktäristiska mikroskopiska vävnadsförändringar. Symtomdebuten är smygande och sjukdomen tilltar successivt under åtskilliga år. Sjukdomen kan debutera i olika åldrar: antingen tidigt (i 45-65-årsåldern, så kallad typ I eller presenil Alzheimers sjukdom), eller i åldrar över 65 år (vanligast över 80, så kallad typ II, tidigare benämnd senil demens av Alzheimerstyp). Vid den tidiga formen är symtombilden karaktäristisk med relativt hastigt tilltagande minnesstörningar i kombination med svårigheter att förstå eller uttrycka sig i tal och skrift eller att hitta i välbekanta omgivningar. Vid debut i högre åldrar, vilket är vanligare, är symtombilden mera diffus och mångfasetterad, men minnesstörningarna är fortfarande de mest framträdande debutsymtomen. Försämringstakten är långsammare än vid den tidiga formen.

Diagnoskriterier

Olika exempel och symtombeskrivningar kan ge stöd i utredningsarbete men är otillräckliga för att ställa diagnosen Alzheimers sjukdom. Ett internationellt arbete bedrivs sedan länge med att ta fram säkra och praktiskt användbara kliniska diagnoskriterier för Alzheimers sjukdom.

Dock måste påpekas att diagnosen Alzheimers sjukdom fortfarande inte kan fastställas hundra procentigt annat än med mikroskopisk undersökning av hjärnvävnad efter döden.

Alzheimers sjukdom med tidig debut

Förslag till kliniska kriterier (enligt Wallin, i Marcusson m.fl.: Demenssjukdomar, Liber förlag 1994.)

	Obligata kriterier	Stödjande kriterier	Exklusionskriterier
1. Debutålder		<65 år	>75 år
2. Typ av debut och progress	Smygande debut, jämn progress		Plötslig debut och stegvis progress
3. Symtomatologi	Demens med markerade instrumentella symtom (t.ex. apraxi)		a) Markerade frontallobs-symtom tidigt i förloppet. b) Markerade subkortikala symtom tidigt i förloppet. c) Fokala neurologiska symtom tidigt i förloppet.
4. Symtomatologi (produktiva symtom)			Regelbunden förekomst av konfusionssymtom tidigt i förloppet.
5. Vaskulära fynd			Anamnes och kliniska fynd av cerebrovaskulära episoder (TIA, RIND, stroke) Anamnes eller kliniska fynd av vaskulära sjukdomar (hypertoni, diabetes, ischemisk hjärtsjukdom).

	Stödjande kriterier	Exklusionskriterier
6. CT/MRT	Atrofi av hippocampus/mediala temporalloben.	a) Expansiva processer b) Vitsubstansskada, stora infarkter, lakuner.
7. rCBF/SPECT	Blodflödesreduktion i temporoparietalkortex	Blodflödesmätningar som kan hänföras till cerebrovasculära skador.
8. Laboratoriefynd	Likvoranalys: a) <5 vita/mm ³ b) Normal albuminkvot c) Normalt IgG-index, inga oligoklonala band i likvor.	Blodprov talande för sekundär demenssjukdom, (t.ex. förhöjd TSH).

Vad sker i hjärnan vid Alzheimers sjukdom?

De båda formerna av sjukdomen skiljer sig något åt beträffande sjukdomsprocessens karaktär och utbredning. Den tidiga formen drabbar först hjärnbarkens gränsområden mellan hjäss-, tinning- och nackloberna samt djupt i tinninglobernas insidor. Dessa områden är betydelsefulla för varseblivning och tolkning av syn, hörsel- och känsel-förnimmelser liksom minnesinlagring. Vid sendebuterande Alzheimer är sjukdomsprocessen mera diffust utbredd i hjärnbarken och engagerar även djupare strukturer och detta torde förklara den mera diffusa symtombilden. Vid mikroskopisk undersökning är emellertid vävnadsförändringarna desamma vid båda typerna av sjukdomen. Man ser rikligt med *senila plaques*, som är 10-20 tusendels millimeter stora anhopningar av rester efter döda nervutskott runt en kärna av ett protein som kallas beta-amyloid.

Den andra karaktäristiska förändringen är de så kallade *neurofibrillära förändringarna* som är nystan av olika stödjeproteiner som ansamlats inuti nervcellkropparna. Inom angripna områden i hjärnvävnaden är kontaktpunkterna, synapserna, mellan nervcellerna kraftigt reducerade i antal. Mellan skadade och döda nervceller förekommer ett ökat antal gliaceller, vilket är en vanlig reaktion vid olika sjukdomar i nervsystemet. Det kan eventuellt tolkas som att en viss inflammatorisk aktivitet förekommer vid sjukdomen.

Vilka är orsakerna?

De bakomliggande orsakerna är inte kända men flera teorier har framlagts under senare år. Enligt en av dessa utgör en onormal bildning och anhopning av proteinet beta-amyloid orsaken till nervcellernas undergång. Förstadiet till beta-amyloid är amyloidprotein, som normalt förekommer i stor mängd i hjärnan. I ett 20-tal släkter i världen med kraftig anhopning av tidiga Alzheimerfall har man funnit speciella mutationer på kromosom 21. Djurförsök styrker teorin om att denna mutation förorsakar en ökad bildning och upplagring av beta-amyloid. Beta-amyloid skadar nervceller och skulle härigenom kunna utgöra en orsak till Alzheimer. Sannolikt kan även andra medfödda eller förvärvade störningar i amyloidproteinets omsättning bidra till Alzheimers sjukdom. Hos ett fåtal släkter med anhopade tidiga Alzheimerfall har andra genetiska störningar, som påverkar nervcellsproteinerna presenilin I respektive presenilin II, identifierats.

Ovannämnda genetiska avvikelser kan emellertid förklara endast en mycket liten andel av tidiga Alzheimerfall. En annan teori innebär att en genetisk variation inom

Orsaker

kromosom 19 påverkar egenskaperna hos apolipoprotein E, ett protein som har betydelse bland annat för kolesteroltransporten och sannolikt även för förmågan att reparera små skador på nervceller. Det har visat sig att omkring hälften av alla patienter med Alzheimers sjukdom har den så kallade E4-varianten av apolipoprotein och motsvarande gen för att bilda detta protein. I befolkningen som helhet finns detta protein hos 15-20 %. Om man har dubbel genuppsättning för att bilda apolipoprotein E4 är risken för att få Alzheimers sjukdom ökad 6-8 gånger och detta gäller främst den sjukdomsform som startar i hög ålder. Man har kallat denna gen för en sårbarhetsgen, men dess betydelse för sjukdomsutveckling vid Alzheimers sjukdom är fortfarande osäker. Möjligen skulle den kunna innebära ökad tendens till inlagring av beta-amyloid.

Ytterligare en teori går ut på att det vid Alzheimer finns en defekt i omsättningen av det så kallade tau-proteinet. Tau-proteinet har normalt en stabiliserande inverkan på trådliknande strukturer i nervcellerna.

Vid den sent debuterande formen av Alzheimers sjukdom förekommer ofta även utbredda blodkärlsförändringar, vilket skulle kunna vara förenligt med vaskulär demenssjukdom. I dessa fall är det osäkert vilket samband som kan finnas mellan nervcells- och blodkärlsförändringarna. I allmänhet anses att det är alzheimerförändringarna, som i dessa fall av så kallad mixed dementia, utgör den dominerande orsaken till demenssymtomen.

Finns någon behandling?

Det pågår en intensiv forskning för att hitta läkemedel som på olika sätt kan hindra eller bromsa sjukdomsutvecklingen. Att minska bildning eller inlagring av beta-amyloid är en möjlighet som undersöks, en annan är att på olika sätt bromsa den diskreta inflammatoriska reaktion som förekommer i hjärnvävnaden, även om man inte känner till dess betydelse i sjukdomsutvecklingen. Östrogenbehandling eller tillförsel av olika tillväxtfaktorer för att bromsa undergången av nervceller är andra möjligheter som prövas.

På flera håll i världen pågår också forskning för att undersöka möjligheterna att tillföra (transplantera) friska nervceller till drabbade områden i hjärnan. Tillförsel av gener (arvsanlag) som motverkar negativa effekter av sårbarhetsgener är andra tänkbara framtidsmöjligheter. Sannolikt kommer vi att få vänta ett flertal år innan resultat av dessa och andra forskningsaktiviteter kan komma till praktisk användning.

Även om det för närvarande saknas någon behandling, som har visats kunna förhindra eller påverka sjukdomsprocessen, har forskningen kommit fram till viss symptomlindrande behandling vid Alzheimers sjukdom. Under de senaste åren har introducerats en grupp av läkemedel som kan lindra intellektuella funktionsstörningar och öka förmågan till självständighet i olika aktiviteter under tidiga sjukdomsskedan och även förlängsamma symtomförsämringen något. Denna typ av läkemedel verkar genom att förbättra nervimpulser som har betydelse bland annat för minnesfunktioner genom att öka mängden av signalsubstansen acetylcholin i vissa delar av hjärnbarken. Läkemedlen påverkar emellertid inte själva sjukdomsprocessen.

Demens vid pannlobsdegeneration

Pannlobsdemens (frontal- eller frontotemporal demens) är ett symtomkomplex som kan förekomma vid några olika sjukdomstillstånd i hjärnan. Bland dessa sjukdomar är *frontallobsdegeneration* samt *Picks sjukdom* renodlade demenssjukdomar och orsakar tillsammans ungefär 10 % av alla demensfall.

Pannlobsdemens debuterar ofta i 50-60-årsåldern, det vill säga vanligen tidigare än Alzheimers sjukdom eller vaskulära demenssjukdomar. Symtomen är smygande med framförallt personlighetsförändringar och emotionella störningar. Socialt viktiga funktioner som t.ex. förmåga till omtanke och känslomässig inlevelse liksom omdöme och insikt om den egna sjukdomen kan tidigt förloras. Insikt om den egna personligheten liksom självkontroll av beteenden och känslouttryck försvagas alltmer och känslolivet förflackas. Meningslös hyperaktivitet eller aggressivitet kan förekomma omväxlande

med perioder av nedstämdhet och apati och suicidrisken kan vara ökad. Intresse och kontaktförmåga med vänner och anhöriga upphör alltmer. Aptit och naturlig drift att äta kan tidigt försämrats. Rörelsemönstret kan bli fattigt eller stereotypt upprepande och så småningom övergå i ett orörligt tillstånd. Talförmågan avtar på motsvarande sätt med till slut total stumhet. Minne och förmåga till rumslig orientering kan (till skillnad mot Alzheimers sjukdom) länge bevaras, varför den sjuke kan registrera och delvis förstå det som sker i omgivningen men ändå verka passiv, apatisk och stum.

De smygande och svårbeskrivna tidigsymtomen gör dessa sjukdomar svåra att upptäcka i tidigt stadium och de kan då vara svåra att skilja från depression eller begynnande schizofreni. De tidigt förekommande känslö- och beteendeförändringarna vid pannlobsdegeneration innebär samtidigt stora påfrestningar för anhöriga och övrig omgivning.

Liknande men betydligt mindre framträdande demenssymtom med pannlobsprägel kan förekomma som delsymtom vid neurologiska sjukdomar av annat slag, t.ex. Huntingtons sjukdom, ALS, parkinsonliknande sjukdomar liksom vid en del fall av vaskulära demenssjukdomar.

Demens vid utbredd Lewy body-sjukdom (DLB)

Denna sjukdomstyp har uppmärksammats mera under 90-talet såsom en sannolikt vanlig demensorsak. Mikroskopiskt kännetecknas den av nervcellförändringar i form av så kallade Lewy bodies. Dessa är utbredda diffust i hjärnan. Samma typ av förändringar förekommer som typiska fynd vid Parkinsons sjukdom men då begränsat endast till mindre områden högt upp i hjärnstammen. Orsaksfaktorer är okända. Symtombilden kännetecknas av en subkortikal hjärnskadeprofil med allmän förlångsamad tanke- och rörelseförmåga liksom språkliga, rumsliga och praktiska svårigheter, vissa svårigheter att tolka sinnesintryck med mera. Rörelsestörningar med förminskade, svårstartade rörelser samt muskelstelhet påminnande om Parkinsons sjukdom förekommer tidigt i förloppet, liksom svårigheter att tolka sinnesintryck med tendens till hallucinos. Hallucinos försämrats ofta i samband med försök att behandla rörelsestörningarna med parkinsonläkemedel. Depressionssymtom är vanligt förekommande. Sjukdomssymtomen tilltar relativt hastigt under loppet av några år. Allmänt accepterade diagnoskriterier saknas ännu beträffande denna sjukdom, som hittills kunnat säkerställas endast genom mikroskopisk undersökning av hjärnvävnad.

Progressiv supranukleär pares (PSP)

Denna relativt ovanliga sjukdom, som varit känd sedan 1960-talet, påminner i flera avseenden om Parkinsons sjukdom. De första symtomen brukar uppstå vid 55-70 års ålder och framträder som generell stelhet i muskler och rörelsemönster. Gångförmåga och balans försämrats och kroppshållningen blir stel, upprätt och statyliknande och tendens till plötsliga fall är vanligt. Ögonrörelserna blir inskränkta, mest nedåt. Rösten, artikulationen och sväljningsförmågan försämrats inom ett par år från sjukdomsdebuten. Skakningar (tremor) förekommer sällan (i motsats till Parkinsons sjukdom). En måttlig demensutveckling av subkortikal karaktär förekommer hos 60-80 % av patienterna med denna sjukdom. Orsaksfaktorer är hittills okända och parkinsonläkemedel kan lindra rörelsesymtomen i viss utsträckning men påverkar inte demensutvecklingen.

Demenssymtom vid Parkinsons sjukdom

Demensbilden har vanligen en subkortikal prägel. Orsaksfaktorerna bakom Parkinsons sjukdom är fortfarande till stor del okända. Läkemedlen vid Parkinsons sjukdom är mycket effektiva mot rörelsesvårigheterna och en fortlöpande finjustering och kombination av de tillgängliga preparaten ger möjligheter till bibehållande av arbetsförmåga och ADL-funktioner under ett flertal år. Vid demenssymtom eller andra psykiska eller kognitiva symtominslag krävs en ökad försiktighet och ibland minskning av dessa läkemedel, eftersom de hos dessa patienter medför risker för psykisk försämring eller biverkningar som t.ex. hallucinos.

Demensutveckling förekommer hos cirka 20 % av Parkinsonsjuka, det vill säga i en mindre andel av fallen. Eftersom Parkinsons sjukdom är relativt vanlig (drabbar cirka 3 av 1 000 individer) är detta viktigt att känna till.

Några allmänt vedertagna diagnoskriterier för vaskulär demens existerar inte.

Vid vaskulär demens föreligger sammanfattningsvis ofta tidiga somatoneurologiska symtom med störningar av rörelseförmåga, känsel- och synfunktioner liksom asymmetriska förlamningar och reflexrubbnings. I sjukhistorien framkommer ofta upprepade plötsliga insjuknanden av strokekaraktär.

Kortikobasal gangliedegeneration

Detta är en först under senare år uppmärksammas degenerativ sjukdom som drabbar de basala ganglierna. Dessa har stor betydelse för kontroll av rörelser och reglering av muskeltonus men även för kognitiva och emotionella funktioner. De första sjukdomssymtomen består ofta av parkinsonliknande rörelsestörningar i form av skakningar och muskelstelhet liksom fumlighet i händerna. Efterhand ökar stelheten och rörelseförmågan kan helt falla bort t.ex. i ena handen. Apraxi, det vill säga oförmåga att utföra olika praktiska göromål, är ett framträdande symtom. En tilltagande svårighet att uttrycka sig i tal är också typisk. Ett demenstillstånd med kognitiva och emotionella symtom utvecklas efterhand.

Vaskulära demenssjukdomar ("blodkärlsdemens")

Vaskulär demens utgör resultatet av vanligen utbredda eller mångfaldiga infarkter, blödningar eller andra störningar i hjärnans blodförsörjning. Många äldre individer, med eller utan demens, har tidigare haft ett eller flera strokeinsjuknande av mer eller mindre märkbart slag.

Kärlförändringarnas och hjärninfarktens utbredning och karaktär, liksom symtombilden, skiljer sig från fall till fall. Tidigare ansågs att nästan alla fall av vaskulär demens utgjordes av patienter som fått upprepade medelstora eller stora infarkter i hjärnan och som följd av dessa trappstegsvis utvecklade ett demenstillstånd, så kallad *multiinfarktdemens*. Numera vet man att även ett mindre antal små, men centralt belägna infarkter kan förorsaka demens (så kallad *strategisk infarktdemens*). Man har också upptäckt att partiellt skadade områden runt totalskadade infarktömråden kan bidra till demenssymtom.

Dessutom har en annan och sannolikt vanlig form av vaskulär demens påvisats. Den betingas av mikroskopiska förändringar i de smala och djupa blodkärl som försörjer vit substans och nervkärnor i hjärnans djupare delar. Denna typ av kärlsjukdom i hjärnan brukar sammanfattas med begreppet *småkärlsjuka*. Kärlförändringarna kan medföra total eller partiell tilltäppning av de smala ändartärerna, varvid små infarkter (så kallade *lakunära infarkter*) eller partiella skador uppstår i kärlens försörjningsområden. Bland annat kan nervfibrens viktiga fettskidor (myelinskidor) skadas selektivt.

Flera olika demenssjukdomar på småkärlsbasis har beskrivits utifrån dessa skademekanismer: *status lakunaris*, *subkortikal vitsubstansdemens* liksom *Binswangers sjukdom*. Medan multiinfarktdemens kännetecknas av hastiga och vanligen påtagliga insjuknanden med samtidiga förlamningar, känselstörningar, afasi m.m. och en trappstegsvis demensutveckling efterhand, ser man vid småkärlssjukdomarna en mera smygande och successiv demensutveckling.

Sjukdomsyttringarna har ofta en subkortikal prägel, det vill säga tyder på utbredda djupa hjärnskador och kännetecknas av avtagande intellektuell rörlighet, förlängsammade tanke-, språk- och rörelsefunktioner, depressionsliknande symtom m.m. Gångförmågan drabbas ofta tidigt i förloppet, stegen blir korta och trippande. En nedsatt förmåga att kontrollera känslouttryck resulterar i emotionell instabilitet med lättutlöst gråt eller skratt. Inkontinens kan vara ett tidigt symtom. Vid undersökning noteras ofta generellt stegrade muskelreflexer liksom så kallade primitivreflexer.

Ibland har patienten sökt och vårdats på sjukhus på grund av en eller flera hjärninfarkter men i vissa fall har insjuknandena varit så diskreta och odramatiska att patienten inte sökt vård för dem. Högt blodtryck, rökning, höga blodfetter och diabetes innebär ökad risk för stroke och sannolikt även för att utveckla vaskulär demens.

Vid undersökningar av hjärnan med datortomografi eller magnetkamera återfinns vanligen infarkter eller infarktliknande förändringar som överensstämmer med symtombilden. Även i fall med utbredda synliga infarktförändringar kan demenssymtomen påminna mer om Alzheimers sjukdom och då kan det vara svårt att avgöra om patienten har vaskulär demens, Alzheimers sjukdom eller en kombination av bådadera (mixed demens).

Normaltryckshydrocefalus

Vid hydrocefalus eller ”vattenskalle” föreligger en tryckökning i hjärnans vätskefyllda hålrum (ventriklar), beroende på någon störning i hjärnvätskans (likvor) normala cirkulation och omsättning. Till skillnad mot en plötslig tryckökning som ger dramatiska symtom kan en långsamt tilltagande och mera måttlig tryckökning medföra sakta tilltagande, ibland diffusa symtom med demens eller demensliknande inslag. Tryckökningen i hjärnans hålrum medför ett tryck inifrån på hjärnans djupa vitsubstans. Det typiska inledningssymtomet är en sakta tilltagande gångsvårighet. Man får svårt att resa sig och starta, gången blir långsam och balansen försämras, framförallt vid vändningar. Svårigheter att kontrollera urinblåsan med inkontinens är ett annat typiskt problem i detta sammanhang. Efterhand utvecklas demensliknande symtom med allmän psykomotorisk förlångsamning, koncentrationssvårigheter och lättare minnessvårigheter.

Hydrocefalus kan utgöra komplikation till en tidigare blödning eller infektion i eller kring hjärnan och uppmärksammas i så fall ofta i kontakterna med sjukvården. Vanligast är emellertid att symtomutvecklingen är smygande och att någon utlösande sjukdom saknas. Diagnosen verifieras med specialiserad utredning vars syfte är att avgöra om en operation är motiverad för tryckavlastning i ventrikelsystemet. Under förutsättning att annan sjukdom eller skada i hjärnan inte föreligger ger shuntoperation ofta en dramatisk förbättring med gradvis normalisering.

Demens vid hjärntumör och subduralhämatom

Tumörer i eller kring hjärnan kan ibland ge upphov till en demensliknande symtomutveckling. Framförallt gäller detta långsamväxande tumörer i frontalloberna, hjärnbalken (corpus callosum) eller hjärnans inre-främre delar. Ofta men inte alltid förekommer samtidigt andra symtom som föranleder vårdkontakt, t.ex. huvudvärk, epileptiska anfall, illamående, kräkningar, synstörningar m.m. Framförallt vid sådana symtomkombinationer, men även vid hastigt tilltagande demenssymtom utan ytterligare symtom, bör diagnosmöjligheten hjärntumör hållas i åtanke och motivera skyndsamt utredning. Ungefär samma resonemang kan tillämpas angående kroniskt subduralhämatom (blödning under hårda hjärnhinnan) som kan uppstå med fördröjning efter fall eller slag mot huvudet.

Infektionssjukdomar som orsak till demens

Några olika infektioner som angriper hjärna, hjärnhinnor eller hjärnans blodkärl kan medföra demens eller demensliknande symtom. Den numera mycket sällsynta sjukdomen *syfilis* var i sitt slutstadium en vanlig demensorsak i gångna tider. Tillståndet kallas dementia paralytica.

Borrelia är en med syfilis besläktad mikroorganism (spiroket) som sprids via fästingar och kan orsaka en långdragen, ibland kronisk infektion med engagemang av nervsystemet. I sällsynta fall kan en demensliknande sjukdomsbild förekomma och denna kan till stor del gå tillbaka efter i tid insatt adekvat antibiotikabehandling. Provtagning angående borreliainfektion bör därför göras vid minsta misstanke.

HIV/AIDS kan orsaka ett direktangrepp på hjärnan och medför i sitt slutstadium ofta en demensliknande sjukdomsbild. Till följd av immunförsvagningen innebär denna sjukdom också en ökad risk för andra, utbredda infektioner i hjärnan.

Creutzfeld-Jakobs sjukdom

Creutzfeld-Jakobs sjukdom är en mycket ovanlig (ca 1 fall per miljon invånare och år) och obotlig demenssjukdom med omfattande och typiska neurologiska symtom. Demensutvecklingen sker hastigt i kombination med tilltagande balansstörningar, plötsliga muskelryckningar m.m. I hjärnan förekommer specifika mikroskopiska förändringar. Sjukdomen anses vara orsakad av en gåtfull typ av protein, s.k. prion eller möjligen av ett oidentifierat virus. Sjukdomen inträffar vanligtvis i medelåldern eller senare men kan ske när som helst i vuxen ålder. Den leder till döden inom loppet av ett halvt till ett år.

Övriga demensorsakande sjukdomar

Adult hydrocefalus utgör ett exempel på ett botbart demensstillstånd som man speciellt bör ha i åtanke vid kombination av gångstörningar, inkontinens och psykomotorisk förlångsamning.

Låga värden av vitamin B₁₂ liksom folat (med förhöjt S-homocystein) kan således via olika mekanismer bidra till demens och demensliknande symtom, varför provtagning bör ske vid all demensutredning och behandling insätts vid bristvärden.

Även om vitaminbehandling insätts vid låga värden är en viss försiktighet att rekommendera med att hänföra demenstillstånd enbart till låga laboratorievärden av vitamin B₁₂, eftersom det kan finnas risk att andra sjukdomsdiagnoser försummas.

Demens vid tillstånd med vitaminbrist

Flera B-vitaminer är av avgörande betydelse nervsystemets funktioner. Störst betydelse för kognitiva funktioner har vitamin B₁ (tiamin), B₂ (niacin), B₆ (pyridoxin), B₁₂ (kobalamin) samt folsyra. Sambanden mellan brist på någon av dessa faktorer och demenssjukdom är endast delvis kända. Vid näringsbrist i samband med långvarigt alkoholmissbruk anses tiaminbrist och alkoholeffekterna bidra till de ibland bestående minnesstörningarna. B₁₂-vitaminbrist, som sannolikt är ett underdiagnostiserat tillstånd, har traditionellt förknippats med låga hemoglobinvärden, t.ex. vid pernicios anemi. Bristssymtom från nervsystemet kan emellertid uppstå långt innan någon anemi hunnit uppstå och de neurologiska symtomen kan ta sig olika uttryck, bland annat generella demensliknande symtom, vilka kan gå tillbaka efter B₁₂-tillförsel. En fullt utvecklad demensbild enbart på basis av B₁₂-brist är sannolikt ovanligt men provtagning bör ske på vida indikationer och ingår i basal provtagning.

Låga nivåer av vitamin B₁₂ liksom folsyra förekommer enligt flera undersökningar hos fler patienter än förväntat med Alzheimers sjukdom och i dessa fall föreligger samtidigt förhöjda blodvärden av aminosyran homocystein, vars omsättning är beroende av bland annat dessa vitaminer.

Demens vid metabola sjukdomar

Vid nedsatt sköldkörtelfunktion (hypothyreos) blir ämnesomsättningen generellt sänkt, vilket återspeglas i en mängd olika symtom såsom trötthet, frusenhet, viktuppgång, långsam puls, hudförändringar m.m. Nervsystemet påverkas också och i vissa fall finns framträdande psykiska symtom i form av förlångsamning, minnesstörning och apati som kan te sig som demens. Tillståndet kan botas genom behandling med sköldkörtelhormon. Hypothyreos påvisas enkelt genom blodprover och sådana bör regelmässigt ingå i demensutredningar.

Förhöjd nivå av kalciumjoner i blod, nervsystem och andra vävnader (hyperkalcemi) kan också ge upphov till ett flertal olika symtom inklusive från nervsystemet. Trötthet, försämrad initiativ- och koncentrationsförmåga, depression och minnesstörningar kan förekomma vid hyperkalcemi och kan utvecklas till demens. Det finns flera olika orsaker till hyperkalcemi, bland annat förhöjd aktivitet i bisköldkörtlarna (hyperparathyroidism) eller olika tumörsjukdomar. Kalciumnivån i blod bör rutinmässigt bestämmas vid demensutredning och om förhöjning noteras sker riktad utredning av orsaken.

Njurinsufficiens kan leda till en mängd olika störningar i kroppens vätske- och saltbalans vilket kan påverka nervsystemet på olika sätt. Demensliknande symtom kan förekomma i form av minnesstörningar, trötthet, koncentrationssvårigheter och förvirring. Dialysbehandling och olika läkemedelsbehandlingar vid njurinsufficiens kan också medföra olika mentala symtom. Enkla prover för att utesluta njursjukdom bör ingå vid demensutredning.

Svåra leversjukdomar som cirros (skrumplever) vid kronisk alkoholism kan orsaka långsam eller hastig utveckling av demenslika symtom med nedsatt koncentrationsförmåga och uppmärksamhet, varierande vakenhetsgrad och minnesstörning. Somatoneurologiska symtom i form av en karaktäristisk tremor, förhöjd muskelspänning och livliga reflexer liksom gångsvårigheter kan samtidigt förekomma. Vid akutiserad leverinsufficiens tillstötter medvetandesänkning och koma. Det är rimligt att enkla leverfunktionsanalyser ingår i basalutredning av demenstillstånd.

Toxisk nervpåverkan som demensorsak

Demens är en välkänd komplikation till långvarigt alkoholmissbruk och förekommer hos ungefär 3 % av kroniska alkoholister. En försämrad näringsstillförsel och brist på olika vitaminer - främst B₁ - bidrar till utvecklingen av en mångfald neurologiska symtom: skador på perifera nerver (polyneuropati), lillhjärnsskador (balans-, koordinations- och talstörningar), olika skador i storhjärnan (förvirringstillstånd, känslomässig

avflackning, psykomotorisk förlångsamning, perseveration (upprepningstendens) och i vissa fall svåra demenstillstånd.

Organiska lösningsmedel såsom toluen, etylenglykol, perkloretylen och triklöretylen kan vid långvarig yrkesmässig exposition försaka demensliknande symtom som minnes- och koncentrationssvårigheter, emotionell instabilitet och personlighetsförändringar. Även sömnstörningar och huvudvärk förekommer. Dessa symtom kan tillta under fortsatt exposition men brukar avta eller stagnera när expositionen avbryts. En tilltagande försämring av dessa symtom så att demens enligt gällande definitioner uppstår är emellertid mycket ovanligt och ifrågasätts av många forskare.

Depressiv pseudodemens.

Hos många äldre förekommer demensliknande symtom vid depression och detta får inte förväxlas med demenssjukdom. Kännetecknande är relativt hastigt (veckor eller några månader) tilltagande nedstämdhet, pessimism, grubbel, oföretagsamhet/apati, ångest, ibland misstänksamhet eller vanföreställningar och samtidig hämning av kognitiva funktioner med minnessvårigheter. En påtaglig psykomotorisk förlångsamning är också vanlig. Till skillnad mot organisk demenssjukdom är patienten mera medveten om dessa svårigheter, även om handlingskraften att söka vård kan ha försvunnit. Depressionssymtomen kan debutera i anslutning till någon psykisk påfrestning, t.ex. anhörigs frånfälle, eller vid kroppslig sjukdom, t.ex. stroke. Många gånger saknas någon uppenbar utlösande faktor. Under adekvat antidepressiv behandling sker en gradvis förbättring och som regel återgång till tidigare funktionsnivå.

Övergående förvirringstillstånd kan ibland felaktigt uppfattas som demens. Förvirringen uppstår hastigt och orsakas i regel av någon akut sjukdom, rubbning i blodsocker eller vätskebalans, svår smärta, läkemedelsbiverkan eller infektion. Förvirring kännetecknas av grumlat medvetande och fluktuerande vakenhets-sänkning med bland annat svårighet att tolka sinnesintryck och ofta svår oro. I regel normaliseras tillståndet snabbt under adekvat behandling. Vid Alzheimers sjukdom förekommer förvirringstillstånd vid olika påfrestningar men när förvirringen släppt avslöjas grundsjukdomen genom de långsiktigt försämrade psykiska funktionerna.

Det finns fortfarande, trots omfattande informationsinsatser, en risk att vissa individer med *personlighetsstörningar, schizofreni eller begåvningshandikapp* felaktigt uppfattas som dementa. Även patienter med avgränsade funktionsstörningar t.ex. hörsel- och synproblem kan ibland missförstås liksom de med tal- och kommunikationssvårigheter, t.ex. efter stroke och andra hjärnskador.

Pseudodemens - tillstånd som lätt förväxlas med demenssjukdom

6. MEDICINSK UTREDNING

Syfte

Demensmisstänkta symtom skall utredas i syfte att:

- Påvisa demenstillstånd genom att närmare kartlägga symtom och funktionshinder.
- Utesluta annat sjukdomstillstånd som orsak till demensliknande symtom.
- Så säkert som möjligt diagnostisera bakomliggande demenssjukdom.
- Ge underlag för planering av adekvata behandlings-, omvårdnads- och boende åtgärder.
- Få underlag för information till närstående och involverad vårdpersonal.

Utredning vid misstanke om demens innefattar följande väsentliga aspekter:

I. Kartläggning av symtom- och funktionsstörningar.

Föreligger ett demenstillstånd utifrån gällande definitioner eller är det fråga om en övergående funktionsstörning i hjärnan till följd av någon psykisk eller somatisk sjukdom? Om demens föreligger, vilka är i så fall de dominerande och för patienten mest funktionsstörande delsymtomen? Pekar symtomprofilen ut var i hjärnan sjukdomsprocessen är belägen? Vilka stöd- och vårdbehov bedöms patienten ha för närvarande och framöver, med tanke på aktuell symtombild och hittillsvarande förlopp?

II. Orsaksutredning. Botbara sjukdomsorsaker.

Finns botbara sjukdomsorsaker till demenstillståndet eller till de demensliknande symtomen? Vilken demenssjukdom föreligger? Vilken vägledning till diagnos och eller en mera riktad orsaksutredning kan man få av patientens symtomprofil? Kan det finnas flera sjukdomstillstånd hos samma individ? Innebär symtombild och sjukdomsdiagnos att det finns möjligheter till sjukdomsspecifik (orsaksinriktad eller symtomlindrande) behandling med läkemedel och/eller andra åtgärder?

III. Kompletterande utredning och bedömning

I många fall kan en noggrann basal utredning enligt ovan besvara frågorna om demensutveckling föreligger, vilken hjärnskadeprofil det rör sig om liksom den sannolika demensorsaken. Av olika skäl kan det emellertid vid demensutredning finnas anledning till kompletterande utredning och bedömning på specialistnivå.

IV. Uppföljning och utvärdering

Dessa aspekter måste beaktas i varje enskilt fall och är grundläggande för en individualiserad vård- och boendeplanering.

Utredningen inleds med en kartläggning av symtom och funktionsstörningar och i anslutning till denna görs en orsaksutredning.

Demensutredningen kan komma till stånd via olika vägar, t.ex. på patientens eller närståendes initiativ, via distriktssköterska, eventuellt förekommande demensteam, socialtjänst eller läkare som kommer i kontakt med patienten.

Utredningen, som skall ske i samråd med patient och närstående, skall genomföras i enlighet med nedanstående plan och vara samlad i tid. Utredningsansvaret bör i första hand vara samlat hos en läkare inom primärvården. Efter utredningen skall en sammanfattande information ges till patient och närstående.

Förberedande kartläggning kan i vissa fall med fördel ske via demensteam.

*Kartläggning av symtom- och funktionsstörningar.
Bilagor A, B, C, D*

*Orsaksutredning. Botbara sjukdomsorsaker.
Bilagor A, B, C, D*

*Principer för basal utredning
Bilagor B, C, D*

I. Kartläggning av symtom och funktion

Basen i medicinsk utredning vid misstanke om demens utgörs av en enkel kartläggning av patientens hjärnfunktioner, kroppsligt och mentalt hälsotillstånd liksom av sociala bakgrundsfaktorer och funktioner. Detta görs genom grundlig klinisk läkarundersökning som omfattar anamnesgenomgång, allmänsomatisk undersökning, orienterande neuropsykiatriskt och neurologiskt status samt ett enkelt så kallat minimaltest. Det är en fördel om patientens närstående kan närvara vid undersökningen. Ett enskilt samtal med närstående är värdefullt och ibland nödvändigt för att belysa ibland känsliga frågor om t.ex. personlighets- och beteendeförändringar.

Enkel checklista vid genomgång av sjukhistoria liksom mallar för allmänsomatisk undersökning, genomgång av neuropsykiatriskt och neurologiskt status liksom minimaltest finns som bilaga C i detta vårdprogram och kopior kan användas som dokumentationsunderlag i det enskilda fallet.

A. Anamnesgenomgång

Det kan vara lämpligt att först låta patient och närstående spontant *beskriva besvär och frågeställningar* och därefter specifikt efterfråga nytillkomna kognitiva störningar, t.ex. minnesproblem, räkne- eller skrivproblem (betala räkningar, uträta ärenden), praktiska svårigheter (vardagsbestyr i hemmet), svårigheter att hitta i välkända omgivningar, nedsatt språklig förmåga (hitta ord, förstå, uttrycka sig adekvat). Efterfråga särskilt problem vid bilkörning liksom tecken på försämrade bedömnings- eller omdömesförmåga.

Nästa steg är att försöka *utröna förekomst av emotionella symtom* (t.ex. oro, ångslan, nedstämdhet, inadekvat upprymdhet) liksom förändrade beteenden (t.ex. initiativlöshet, apati, irritabilitet, aggressivitet, blödighet, ändrat sömnmönster, ät- och dryckesvanor, kontakter med andra, tendens till isolering eller inaktivitet).

Fråga även om eventuella psykotiska symtom såsom *illusioner, hallucinos eller vanföreställningar*. Denna typ av frågor kräver särskild taktkänsla och lyhördhet vid samtalet.

B. Allmänsomatisk undersökning.

C. Orienterande neuropsykiatriskt status.

D. Orienterande neurologiskt status.

E. Instrument för kartläggning av funktioner.

Det är värdefullt att känna till den dementes funktioner och eventuella svårigheter i det vardagliga livet. Denna kunskap ligger sedan till grund för den framtida planeringen av boende och omsorg. En detaljerad personbeskrivning om vanor, intressen och personliga förhållanden är nödvändig för en fullständig helhetsbedömning och ger riktlinjer för träning i dagliga aktiviteter.

Vid sida av mottagningsbesök är i regel hembesök lämpligt för att få en helhetsbedömning av patientens praktiska funktionsnivå och eventuella svårigheter i hemmiljön.

Bedömningen syftar till att vara en *probleminventering* och en *resursbedömning*.

Olika skattningssystem har utvecklats för att beskriva patientens förmåga/ oförmåga att prestera i vardagsaktiviteter, hantera sin ekonomi, utöva hobbyaktiviteter och medverka i sociala sammanhang. Activities of daily living (ADL) beskriver status för patienten i praktiska livssituationer såsom badning, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens och att äta.

Vid jämförelser av utbrett använda grundskalor för iADL respektive ADL har man funnit en större känslighet hos iADL att upptäcka och gradera tidiga och funktionspåverkande demenstillstånd.

För att beskriva patientens praktiska funktionsstatus i schematisk form, t.ex. i samband med läkarintyg kan den så kallade *Bergersskalan* i sex steg liksom *Katz'ADL-index* användas.

Mini-Mental-Test – översiktlig undersökning av kognitiva funktioner.

För att på ett systematiskt, snabbt och praktiskt sätt kunna undersöka kognitiva, ”högre” hjärnfunktioner har under de senaste årtiondena olika ”minimala tests” (förkortas MMT) utvecklats. Mini-Mental-Test är ett enkelt screening-test som inte avslöjar subtila intellektuella dysfunktioner men där dåliga testresultat ofta är

Bilaga B 1

Bilaga B 2

Bilaga B 3

Bilaga B 4

Bilaga B 5

Dessa skalor återfinns på baksidan av bilaga D. Läkarintyg för demensvård. Intyget kan hämtas i PROF.doc (dokument/blanketter).

Förutsatt att MMT utförs korrekt och via en erfaren undersökare samt att den undersökte medverkar efter sin bästa förmåga är känsligheten för påvisande av måttligt avancerad demens god, särskilt vid parietotemporalt hjärnskadesyndrom som vid Alzheimers sjukdom. Detta eftersom testet främst skattar funktioner som orientering, minne, språk, visuospatial funktion samt praxis.

Det kan inte nog framhållas att resultat av minimaltest och liknande screeningtest aldrig ensamma får bevisa eller utesluta demens. Om demens föreligger eller ej måste värderas mot bakgrund av helhetsbilden vid klinisk undersökning och utredning. I tveksamma fall bör undersökningen upprepas efter en tid alternativt kompletteras med en mer omfattande neuropsykologisk undersökning via psykolog.

förenliga med demenssjukdom. Testet skattar främst funktioner som orientering, minne, språk och visio-spatiala funktioner. Utbildningsnivå, kulturell bakgrund och fysiskt handikapp kan påverka testresultatet. Testet bör genomföras utan tidspress och av personer med erfarenhet av testet. Det kan upplevas som kränkande av patienten om det inte utförs med lyhördhet.

Ett minimaltest används som ett komplement till ovannämnda kliniska undersökning för att försöka besvara frågan om demens föreligger eller inte. Det internationellt mest använda minimaltestet är utarbetat av Folstein på 70-talet och det återfinns i flertalet svenska vårdprogram och utredningsrutiner för demenssjukdomar. Detta MMT består av ett begränsat antal frågor och uppgifter och går att genomföra på 15-20 minuter. Olika delresultat poängsätts och summeras till en totalsumma. Totalsumman i testet har validerats i olika jämförande undersökningar och den kan i samband med demensutredningar användas som ett grovt, sammanfattande mått på kognitiva funktioner. Delpoäng vid enstaka frågor måste emellertid bedömas med stor försiktighet.

Poängskalan vid MMT går från 0 till maximalt 30 poäng. Översiktligt kan tidig demens misstänkas vid poängsumma under 24. Individer med hög utbildningsnivå kan emellertid uppnå högre poäng trots tidig demens och individer med låg utbildningsnivå kan ha svårt att uppnå 24 poäng trots att något demenstillstånd inte föreligger.

MMT har andra viktiga begränsningar beträffande sitt diagnostiska värde. Det är kortfattat med ett litet antal frågor varför enstaka missade delfrågor ger stora utslag i totalpoängen. Vid demens med frontal eller subkortikal hjärnskadeprofil är resultaten mycket varierande. Om demens av sådan typ misstänks föreligga så kan inte detta uteslutas av en hög totalpoäng vid MMT. Å andra sidan kan en låg totalpoäng inte tas som belegg för demens om patienten är påtagligt psykomotoriskt förlångsammad (exempelvis vid Parkinsons sjukdom).

Tillfälliga faktorer som nedsatt vakenhetsnivå, motivation, samarbetsvilja och andra psykologiska faktorer måste också vägas in vid resultatvärderingen, liksom undersökarens vana vid testet.

Hos flertalet individer med mild – måttlig demens har emellertid MMT:s totalpoäng en god reproducerbarhet och testet kan därför användas som enkelt hjälpmedel att följa kognitiva funktioner hos en individ under ett sjukdomsförlopp. Det används med fördel vid utvärdering av läkemedelsbehandling riktad mot kognitiva funktionsstörningar vid Alzheimerdemens.

MMT skall ingå som en del i den kliniska läkarundersökningen vid misstanke om demens och resultatet skall vägas in i den övriga bedömningen. Undersökande läkare måste göra sig förtrogen med metoden genom att använda den regelbundet. Detsamma gäller arbetsterapeut eller sjuksköterska med erfarenhet av demensvård, som skall tillämpa den i praktiken.

Klinisk analys enligt nämnda riktlinjer är vanligen tillräcklig för att särskilja en demens av måttlig till avancerad grad från tillfällig eller mera begränsad cerebral funktionsstörning (t.ex. efter stroke) liksom från pseudodemens vid depression eller psykos. Oklara och diskreta demenssymtom kan vara svårvärderade och kräva kompletterande och mera riktad utredning.

Katz ADL-index

Mätning av ADL-funktionen.

Katz index utarbetades på 50-talet vid ett rehabiliteringssjukhus i USA.

Bland ADL-aktiviteter hos patienter noterades sex funktioner, som under tillfrisknandet återkom trappstegsvis efter varandra: att klara födointag, kontinens, förflyttning, toalettbesök, på- och avklädning och sist heltvättning.

Detta mönster liknar delvis barnets utveckling från 0 till 7 år.

Man kompletterade med fyra så kallade instrumentella ADL-aktiviteter nämligen, städning, matinköp, transport och matlagning som är nödvändiga för ett oberoende liv. Man bedömer om patienten är oberoende, delvis beroende eller beroende.

Ej vad patienten *kan* utan vad den *gör/utför*.

Metoden är observation.

GBS-skalan

Bedömning av demensgraden.

GBS-skalan (Gottfries-Bråne-Steen) är en skattningsskala som mäter demensgraden utifrån intellektuella svårigheter, beteendestörningar och ADL-dysfunktioner.

Skalan används bland annat på vissa utredningsavdelningar men vänder sig också till personal som vårdar demenssjuka personer.

Den syftar också till att ge berörda ett gemensamt språk och en gemensam syn på demenssymtomen hos patienterna och utifrån detta kunna genomföra en god omvårdnad.

En GBS-bedömning görs genom intervju med personen och en observation av beteende i testsituationen. GBS-intervjun är semistrukturerad, vilket innebär att personen ges möjlighet att fritt berätta om det han kan och inte kan göra i det dagliga livet. Intervjuaren ställer också konkreta och direkta frågor som han skall besvara. En GBS-skala kan vara till hjälp både i utredning och behandling. Dessutom kan den användas under hela demensprocessen för bedömning av vårdnivå.

För att använda GBS-skalan skall man minst ha genomgått grundläggande utbildning under en heldag.

AMPS – Bedömning av förmågan att utföra en aktivitet

AMPS – Assessment of Motor and Process Skills – är ett arbetsterapeutiskt observationsinstrument. Det är standardiserat, internationellt och tvärkulturellt i sin utformning.

Efter observation bedöms 16 olika motoriska färdighetsmoment och 20 olika processfärdighetsmoment.

AMPS är konstruerat för att användas vid mätning av kvaliteten på en persons utförande av färdigheter och mäts i form av effektivitet, skicklighet eller säkerhet.

AMPS är ett instrument inför en behandlingsplanering och dokumentation av förändring och även ett redskap vid utvärderingsforskning.

AMPS resultat kan användas för att ge svar på frågan: ”Varför upplever denna person svårigheter?”, ”Vilken grad av aktivitetsutmaning kan denna person klara av?”

Bedömaren skall ha genomgått AMPS- utbildning och blivit godkänd att använda AMPS dataprogram.

II. Orsaksutredning

Syftet med orsaksutredning vid demens och demensliknande symtom är att klarlägga den bakomliggande sjukdomen. Degenerativa demenssjukdomar såsom Alzheimer och frontallobsdegeneration kan fortfarande inte med fullständig säkerhet fastställas annat än med mikroskopisk undersökning av hjärnvävnad. I framtiden kommer likvorundersökningar, med olika markörer för nervcellsönderfall liksom för olika demenssjukdomar, med all sannolikhet att öka i betydelse. Idag används de alltmer i forskningssyfte men är fortfarande otillräckliga som enda grund för diagnos.

Snar diagnos av behandlingsbara demensorsaker har högsta prioritet vid utredning. Exempel på sådana är vitamin B₁₂-brist, thyreoidea- eller parathyreoideasjukdomar, infektioner som kronisk neuroborrelios eller neurokirurgiskt behandlingsbara tillstånd som vissa hjärntumörer eller hydrocefalus. Vissa former av vaskulär demenssjukdom kan förebyggas/bromsas om behandling inleds tidigt i förloppet. Det är ganska vanligt med flera samtidiga demensorsaker och därmed svårigheter att avgöra vilken av dessa som har störst betydelse för patientens symtom. Ibland saknas en ”typisk demensprofil” som vägleder till orsaksdiagnos.

Att så långt som möjligt klarlägga orsaker till demens underlättar symtomatiska behandlingsåtgärder, stöd och omvårdnad och har prognostiskt och psykologiskt värde inte minst för anhöriga. Mer specifik demensdiagnostik har på sistone fått ökad betydelse genom tillkomst av sjukdomsspecifik, symtomlindrande behandling (framför

Bilaga K

Av anamnes och klinisk undersökning skall framgå vilka symtom och funktionsbinder som är dominerande för patient och närstående. Även om en typisk hjärnskadeprofil inte alltid kan anges så är en beskrivning av symtomprofilen viktig för vidare planering av omvårdnadsåtgärder, boendeformer m.m. Den utgör också en god vägledning i orsaksutredningen då den, speciellt i ett tidigt skede, kan ge en uppfattning om var i hjärnan sjukdomsprocessen tycks dominera.

Att klarlägga den bakomliggande sjukdomen.

Snar diagnos av behandlingsbara demensorsaker är viktig.

*Förtydligande av laboratorieundersökningar som ingår i basal orsaksutredning av demens.
Bilaga C*

*Vid riktade frågeställningar
Bilaga C*

*Neuropsykiatriska enheten,
Borås*

allt vid Alzheimers sjukdom) och är därför alltid motiverad när patienten bedöms kunna dra någon nytta av sådan behandling.

Av dessa skäl bör i princip alltid en basal laboratorieutredning och datortomografi av hjärnan ingå i demensutredning.

- Blodstatus (B-Hb, B-Lpk)
- B-SR
- B-glukos S-Natrium, S-Kalium, S-Calcium, albuminnormerat, S-Kreatinin
- Leverstatus, S-gamma-GT
- Thyreoideaprov
- B-kobalaminer, P-folat och S-homocystein.
- Urinsticka
- EKG
- Datortomografi av hjärnan (CT)
- Koncentrationsprov av läkemedel
- Antikroppar mot Borrelia och/eller HIV i serum
- Ortostatiskt prov
- Röntgen av hjärta-lungor

III. Kompletterande utredning och bedömning

På lasarettet i Borås finns en neuropsykiatrisk enhet som tillhör psykiatriska kliniken. Neuropsykiatriska enheten bedriver poliklinisk verksamhet. I uppdraget från psykiatriska kliniken ligger att i första hand ta emot patienter som är aktuella inom psykiatri. Utvidgad utredning av misstänkt demenshandikapp kan ske på remiss enligt nedanstående remisskriterier. Inneliggande utredning har förekommit i enstaka fall. Förutsättningen är då att respektive psykiatriskt öppenvårdsteam som förfogar över vårdplatserna beslutat om inläggning. Miljön på en akutpsykiatrisk avdelning är dock föga lämpad för patienter med demenssjukdom.

Remisserna till neuropsykiatriska utredningsenheten rör patienter yngre än 65 år. Det handlar då om misstanke om presenil demensutveckling. Sjukdomsbilden är ofta diffus och kräver omfattande insatser för utredning. Många av remisserna är riktade direkt till psykolog.

Till neuropsykiatriska utredningsenheten kan följande patienter remitteras:

- Oklara tillstånd med minnesstörning, personlighetsförändring etc. där utredning i primärvården ej lett till klar diagnos och där det bedöms angeläget att driva diagnostiken vidare.
- Tillstånd där differentialdiagnosen är svår mellan eventuell demenssjukdom/hjärnskada och psykiatrisk störning.
- Tillstånd som redan diagnostiserats på ett tillfredsställande sätt men där ytterligare insatser behövs för att optimera medicinering och övrig behandling.

I den neuropsykiatriska utredningsenheten ingår läkare, sjuksköterska, psykolog, kurator och arbetsterapeut som samtliga har speciell inriktning och erfarenhet vad gäller utredning av neuropsykiatriska störningar.

Efter behov fördjupas utredningen med psykologbedömning, funktionsutredning av arbetsterapeut och liquoranalys. Beroende på utfallet kan det bli aktuellt med MRT (magnetresonanstomografi) eller CBF (cerebral blodflödesmätning).

Förutom diagnostiken görs också bedömning av lämplig vårdnivå för fortsatt stöd och vård. Här kan t.ex. observation i grupp ge viktig information.

Om misstanke väcks redan i primärvården på t.ex. normaltryckshydrocefalus, hjärntumör, kroniskt inflammatoriskt tillstånd, Huntingtons sjukdom, demens vid Parkinsonism etc. bör patienten primärt remitteras till neurologsektionen.

Neuropsykiatriska utredningsenheten

Till neuropsykiatriska utredningsenheten remitteras patienter där, efter utredning på vårdcentral, inte framträtt någon klar diagnos. Det medicinska ansvaret för patienten är kvar hos inremitterande läkare även under utredningen.

I utredningen kan följande ingå:

läkarbedömningar
funktionsbedömningar
psykologutredningar
kuratorskontakt

Läkarbedömning

Görs av specialistläkare med psykiatrisk kompetens.

Psykologundersökning

Psykologen intresserar sig för direkta effekter av nedsatt hjärnfunktion och utreder/bedömer funktioner som minne, språk, perception, personlighet och emotionellt status med hjälp av olika tester (psykometri), beteendeobservationer och samtal. Vidare analyseras patientens neuropsykologiska tillgångar och eventuella störningar med hänsyn till differentialdiagnostiska överväganden, rätt placering m.m. Underlag tas också fram inför ställningstaganden i pensionsärenden, körkortsfrågor. Psykologen har viss anhängkontakt, dels i diagnostiskt syfte och dels med anledning av vad som framkommit i psykologundersökningen. Betr. psykologuppgifter vid demensutredning se vidare "Konsensus om demenssjukdomar (II)", Läkartidningen Nr 51-52 1990 under rubriken "Neuropsykologisk utredning" sid 4445-4446.

Kuratorskontakt

När diagnos har fastställts, erbjuds anhöriga samtal med kurator. För anhörigas del är det olika angeläget med information om stöd som finns att söka i den egna kommunen, beroende av hur långt demenssjukdomen har utvecklats. Om anhöriga önskar, kan kurator vara behjälplig med att kontakta berörd demensansvarig sjuksköterska/biståndsbedömare i kommunen. Anhörig informeras också om intresseföreningars verksamhet samt pågående äldreanhörigprojekt m.m.

Arbetsterapeutbedömning

I vissa fall görs bedömning av arbetsterapeut gällande patientens funktion och aktivitetsförmåga. Enheten har blivit mer restriktiv med dessa bedömningar eftersom det är en aktuell bedömning som snabbt kan ändras beroende av hur demensen fortskrider och oftast inte behövs för att fastställa diagnos. Patientens förmåga bedöms i förekommande fall bland annat beträffande initiativ, planering, koncentration, uppmärksamhet, inlärning, minne, självständighet och uthållighet.

IV. Uppföljning och utvärdering

Uppföljning bör göras för att utvärdera behandling och vårdinsatser som gjorts. Önskvärt är att närstående och de olika vårdgivare som deltar i vården samverkar för att utvärdera och planera kommande vård tillsammans. Demenssjuka tappar också kroppskännedomen varför en regelbunden somatisk uppföljning är viktig så att man inte missar andra behandlingsbara sjukdomar som kan uppkomma.

Patienten med demenssjukdom i ordinärt boende bör *erhålla läkarkontroller minst 1-2 gånger årligen*. Läkarkontrollerna utformas som en *allmän hälsokontroll*.

Bilaga E, F

Arbetsterapeutbedömning syftar till att vara en probleminventering och resursbedömning.

7. VÅRD OCH BEHANDLING

Grundläggande syften med vård- och behandlingsåtgärder vid demens är att söka lindra och bromsa sjukdomsutvecklingen och att hjälpa den sjuke till bästa möjliga livskvalitet.

Behandlingsinsatserna måste individualiseras med hänsyn till typ av demenssjukdom, sjukdomsstadium, eventuellt föreliggande störningar av känslomässiga funktioner och beteende samt individens ålder.

Övergripande om läkemedelsbehandling i samband med demens

Behandling av annan, samtidig sjukdom

Symtomen vid demenssjukdom kan ibland maskera signaler på något annat, samtidigt sjukdomstillstånd och innebära att detta därför inte behandlas adekvat. Exempel på detta kan vara hjärtsvikt, infektioner, förstoppning eller vattenkastningsproblem. I tidiga skeden av demensutveckling är en behandlingsbar depression inte ovanlig. Samtidigt är extra försiktighet med läkemedelsbehandling alltid motiverad vid demenssjukdom. Led- och muskelsmärter kan vara svåråtkomliga med läkemedel utan att samtidigt riskera biverkningar och i dessa fall bör i första hand fysikaliska metoder, t.ex. värme, stödjande ortoser, sjukgymnastik eller transkutan nervstimulering användas.

Förutom risken att behandlingsbar sjukdom försummas kan också demenssymtomen riskeras.

Läkemedelsöversyn

Vissa läkemedel är olämpliga vid demens eftersom de kan förvärra minnesstörningar och förvirringstendens. Exempel på sådana läkemedel är psykofarmaka inom de traditionella neuroleptika- och bensodiazepingrupperna samt läkemedel som har antikolinerga effekter. Interaktioner mellan olika läkemedel kan också medföra risker.

Behandling av psykiatriska delsymtom vid olika demenssjukdomar

Depressionssymtom, oro, ångest, förvirring, vanföreställningar, avvikande beteende, aggressivitet eller hallucinationstendens ställer krav på särskilda behandlingsinsatser.

Sjukdomsspecifik läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom

Den grupp av läkemedel som hittills dokumenterats och nått praktisk användning för att förbättra kognitiva funktionsnedsättningar vid Alzheimers sjukdom i stadierna mild och medelsvår demens är de långverkande kolinesterashämmarna med central verkningsmekanism. Denna består i en hämmad nedbrytning av signalsubstansen acetylkolin i hjärnan, varigenom för minnesfunktioner viktiga nervimpulser underlättas. Denna ännu begränsade grupp av läkemedel kan även användas vid milda till medelsvåra kognitiva funktionsstörningar i samband med demens av blandad typ, det vill säga när det finns tydliga inslag av såväl Alzheimers sjukdom som vaskulär demens. Vid andra demenssjukdomar liksom i senare stadier av Alzheimers sjukdom används inte kolinesterashämmare eftersom belägg för nyttoeffekter saknas.

- Genom utredning fastställd definitiv eller sannolik Alzheimers sjukdom eller blandad Alzheimer och vaskulär demens stadierna mild eller medelsvår demens
- Att patienten är i förhållandevis gott allmäntillstånd och att inga medicinska hinder föreligger mot läkemedelsbehandlingen (se FASS).
- Att behandlingen kan följas upp och värderas enligt fastställda rutiner. Detta innebär att läkare som är förtrogen med utredning och vård vid demenssjukdomar initierar och följer upp behandlingen. I samarbete med ordinerande läkare bör demensjuksköterska ombesörja fortlöpande kontroller enligt ett fastställt uppföljningsprogram.

Regelbunden översyn av samtliga patientens läkemedel är därför särskilt viktig vid demens.

Bilaga E

Bilaga F

Följande kriterier gäller för att behandling med centralt verkande kolinesterashämmare ska aktualiseras.

Efter inledande kontroller för dosjustering med mera (se FASS för riktlinjer beträffande det specifika läkemedlet) bör läkarbesök ske var 6:e - 12:e månad för bedömning och ställningstagande till fortsatt behandling.

- Vid behov sker samråd med neuropsykiatrisk specialist inför eller under behandlingen.

Generellt kan förväntas att cirka 1/3 av patienterna blir allmänt förbättrade, får bättre koncentrationsförmåga och mindre oro och hos dessa ser man i regel en förbättring även i kognitiva test. Cirka 1/3 av patienterna stabiliseras, det vill säga försämringen tycks bromsas upp under viss tid. Ett resultat som dokumenterats av denna behandling är att en ökad andel av behandlade jämfört med icke behandlade kan bo kvar i eget boende.

Man kan emellertid inte förvänta sig någon genomgripande effekt på emotionella symtom, inte heller på sjukdomsförloppet i den meningen att sjukdomsframkallande processer bromsas.

Hos den resterande tredjedelen av behandlade patienter kan ingen positiv effekt påvisas utan symtomförsämringen framskrider som tidigare.

Sjukdomsspecifik läkemedelsbehandling vid frontallobsdemens

Sjukdomsspecifik läkemedelsbehandling saknas. Symtom som ångest, rastlöshet, depression, hallucinationer kan vara tillgängliga för farmakologisk behandling.

Sjukdomsspecifik läkemedelsbehandling vid vaskulär demens.

Vid misstänkt eller säkerställd tromboembolisk cerebrovaskulär sjukdom ges acetylsalicylsyra 75-250 mg per dygn eller annan sekundärprofylaktisk behandling enligt rådande riktlinjer/vårdprogram för strokesjukdomar.

Försiktig hypertoni-behandling (symtomgivande låga blodtryck måste undvikas).

Behandling av hjärtsvikt och rytmrubbningar.

Undvikande av dehydreringstillstånd.

Vid mixed demens, det vill säga tecken till såväl vaskulär demens som till Alzheimers sjukdom, i stadiet mild till måttlig demens kan långtidsverkande kolinesterashämmare övervägas som symtomlindrande mot alzheimerkomponenten.

Annan sjukdomsspecifik behandling

Om annan, behandlingsbar demensorsakande sjukdom kunnat fastställas skall naturligtvis adekvat riktad behandling aktualiseras utan dröjsmål.

8. PALLIATIV VÅRD VID DEMENSSJUKDOMAR

Demenspatienter drabbas också av livshotande tumörsjukdomar.

Olika typer av demenssjukdomar leder till att den drabbade får svårigheter att förklara förändringar i kroppen. Närstående eller vårdpersonal, som känner patienten väl, måste reagera när patienten ändrar sitt beteende. De måste också vara observanta på kroppsliga förändringar t.ex. en nytillkommen knöl i patientens bröst.

Det finns beskrivningar av att patienter med så kallat *rop-beteende* har visat sig ha smärtor på grund av en cancersjukdom som orsak till ropandet (1). *Ökad oro eller aggressivitet* kan ibland bero på elakartad sjukdom med smärtor.

En *utredning av rimlig omfattning* i förhållande till patientens grad av demens bör genomföras. Om patienten är gravt dement det vill säga patienten saknar användbar rörelseförmåga och språk, är urin- och avföringsinkontinent kan det vara rimligt att endast ge symtomlindring. Denna måste dock följas upp noga, så att patienten verkligen får så god lindring som möjligt.

Smärta hos demenspatienter

Demensdrabbade personer förlorar förmågan att uttrycka smärta på vanligt sätt. Ibland kan en person oväntat ge en mycket precis angivelse av smärta, vilken måste utredas och behandlas. Oftast innebär patientens smärtbeteende *en förändring av patientens vanliga beteende*. En patient, som vandrar omkring mycket, vill kanske en dag inte alls gå ur sängen eller stiga upp från matbordet. En annan patient, som brukar sitta lugnt vid matbordet, vill kanske vandra runt hela tiden. Personal och närstående måste vara observanta på beteendeförändringar. Smärta kan vara en av orsakerna till sådana förändringar.

Vid grav demens måste personal och närstående observera patientens ansiktsmimik, grimaser, blinkningar och ljud. Sker det förändringar i beteendet kan detta bero på smärta. Har patienten ont vid omvårdnadsåtgärder, syns detta ibland bara som en ökad blinkningsfrekvens. När smärtstillande medicin (analgetika) insätts, får effekten observeras genom att iaktta patientens beteende. Patienten skall helst bete sig och reagera som vanligt, kanske bli lugnare än tidigare.

Om man ska bedöma effekten av insatt smärtlindrande behandling, måste detta göras med kännedom om patientens vanliga beteende. När patientens beteende är som vanligt, har patienten med största sannolikhet fått tillräcklig dos analgetika (2). Rekommendationer för smärtbehandling gäller för demenspatienter på samma sätt som för andra äldre patienter.

Bedömning av demenspatienter med oklar symtomatologi.

Om en sjuksköterska kallas till en demenspatient för bedömning av oklara obehag/smärtor bör följande undersökningar genomföras i rimlig omfattning utifrån den aktuella situationen (3).

- Blodtryck, puls, temperatur, urinsticka
- Inspektion av ögon, öron, näsa, mun, hud
- Palpation av buk, armar och ben
- Rörelseprovning av armar och ben

Om inget anmärkningsvärt hittas, kontrolleras att den dagliga omvårdnaden fungerar optimalt inklusive att patienten inte är förstoppad. Om sjuksköterskan hittar något avvikande ska patientansvarig läkare kontaktas. Jourhavande läkare kontaktas om akuta insatser behövs under jourtid.

Analgetikabehandling vid demenssjukdom

Konfusion = förvirring är en vanlig komplikation vid kraftig analgetikabehandling vid demens. Det är viktigt att inte påverka de mentala funktionerna vid sådan behandling.

Paracetamol (Alvedon) påverkar inte konfusionströskeln och bör vara bas i analgetika-behandling vid demens.

Lätta opioider som dextropropoxifen (Dexofen) och tramadol (Tiparol) ger ofta biverkningar, särskilt förvirring, utan att patienten alltid får tillräcklig smärtlindring. Det kan vara bättre att använda låga doser långverkande opioider, vilka även kan ges som injektioner eller stolpiller när patienten inte längre kan svälja.

Om opioider (Morfin, Ketogan m fl.) behövs, bör man eftersträva en så jämn serumkoncentration som möjligt för att undvika koncentrationstoppar. Man kan starta med låg dos av depot-beredningar (Dolcontin, Ketodur). Toleransen för ett individuellt preparat kan variera och ibland kan byte från ett preparat till ett annat fungera bättre.

Även dementa patienter med cancer kan behöva opioider i hög dos för god smärtlindring men man bör vara försiktig vid insättandet och börja med mycket små doser, då dessa patienter tål opioider sämre. En stegvis ökning av dosen får göras och den får balanseras mot biverkningar och observerad effekt. Man bör vara beredd att ompröva dosens storlek vid behov samt regelbundet utvärdera effekt och behov.

Andra tillstånd än cancer, som kan kräva opioidbehandling eller annan avancerad smärtlindring, är svåra trycksår, djupa bensår med dagliga omläggningar, smärta efter bältros, svår osteoporos med kotkompressioner, avancerad arthros/arthritis och diabetesneuropati.

Om patienten skulle behöva höga doser av opioider, kan Durogesic-plåster vara ett alternativ särskilt om det är svårt att få patienten att svälja medicin på regelbundna tider eller om patienten inte kan svälja eller kräks upp tabletter. Observera att det svagaste plåstret 25 µg/t motsvarar cirka 75 mg morfin peroralt per dygn.

Sväljningssvårigheter vid grav demens

I slutstadiet av demenssjukdom får patienten allt svårare att svälja. Patienten klarar inte att bearbeta födan i munnen till lämpliga tuggor att svälja. Placeras en sked med passerad kost långt bak på tungan utlöses en sväljningsreflex. Detta förutsätter att patienten öppnar munnen.

Om patienten inte öppnar munnen spontant, gör han/hon det kanske vid beröring av munnen med skeden. Att stryka under hakan leder ibland till att patienten öppnar munnen. Enstaka gånger tar patienten emot vätska via nappflaska. Ibland går inte heller detta. Då kan munnen fuktas genom att vätska sprutas in i mungipan. Detta får endast göras om patienten inte påtagligt värjer sig mot denna vätsketillförsel. Om patienten sätter i halsen vid sådana försök till vätsketillförsel får man inte heller fortsätta.

När situationen blivit så svår att patienten inte får tillräckligt med näring, måste detta diskuteras noga i personalgruppen, för att man ska kunna göra en bedömning av vad som är rimligt. Närståendes synpunkter är värdefulla, inte minst om de vet om patienten har uttryckt några särskilda önskemål inför livets slutskede. Dessa synpunkter är en viktig del av beslutsunderlaget.

Det är av yttersta vikt att närstående informeras om när demenssjukdomen har gått så långt att patienten inte kan matas tillräckligt. De ska också få veta att patienten i övrigt kommer att få den symtomlindring som är möjlig.

Patientens munvård ska skötas noggrant. Här kan närstående göra en god insats om de får lämplig instruktion.

Trycksårsprofylax är viktigt. Om vändning är plågsamt för den sjuke, kan man minska antalet vändningar de allra sista dygnet.

Den dagliga medicineringen ska bedömas, så att patienten t.ex. får smärtlindring som stolpiller eller injektion om patienten inte kan svälja mediciner längre.

Antibiotikabehandling vid grav demens

När patienter med grav demens får infektioner uppkommer ofta frågan om antibiotikabehandling verkligen skall ges. Aspirationspneumonier (lunginflammation till följd av att patienten svält fel) är ganska vanligt förekommande. Förlänger man inte bara sjukdomstiden utan att patienten har glädje av det? Det finns inte belägg för att antibiotikabehandling förlänger livet hos gravt dementa. (4, 5)

Tidigare i demensförloppet kan antibiotikabehandling däremot förlänga livstiden, vilket i allmänhet svarar mot patientens och de närståendes önskan.

Antibiotikabehandling kan vid lunginflammation ge mindre segt sekret, vilket kan innebära en symtom lindring för patienten. Det är dock tveksamt om detta uppvägs av obehag av antibiotikabehandling i injektionsform.

Patienten har själv rätt att säga nej till behandling om patienten är tillräckligt väl bevarad i kognitivt avseende för att kunna ta ett beslut efter att ha förstått given information. I andra fall bör närståendes uppfattning och kännedom om patientens tidigare inställning beaktas innan läkaren beslutar om behandling.

9. VÅRDKEDJAN

Demenssjukas behov av insatser varierar mycket och möjligheter till stöd och omvårdnad måste anpassas efter deras sjukdomssymtom och olika individuella behov.

Beskrivningen av en vårdkedja med dess olika länkar syftar till att förtydliga behoven av olika stödinsatser under olika skeden av demenssjukdom. Följande faktorer utgör viktiga förutsättningar för utformning och kapacitet.

- **Politiska beslut.** Resurser och organisation för stöd- och vårdformer vid demenssjukdom grundas på politiska beslut på olika nivåer och anger ramar för vårdkedjan och dess länkar.
- **Planering.** Fungerande omhändertagande förutsätter överblick och planering inom kommun och landsting. En framåtblickande inventering av antalet demenshandikappade och deras stödbehov inom respektive kommun är en viktig åtgärd. Vårdprogrammet ska vara underlag för lokala handlingsplaner.
- **Information.** Information till allmänheten om demens och vart man vänder sig vid frågor eller misstanke om demenssjukdom bör vara lättillgänglig på vårdcentraler, apotek och via socialtjänsten.

Ansvarsfördelning

- **Primärvårdens utredningsansvar.** Den grundläggande medicinska utredningen vid misstanke om demens sker inom primärvården. Målet bör vara att man inom primärvården ska kunna fastställa sjukdomstyp och svårighetsgrad hos dem som drabbats av de vanligaste demenssjukdomarna. Möjlighet att vid behov remittera till specialistbedömning eller vård ska finnas.

Det kan vara både tidsbesparande och värdefullt att ett *demensteam* (sjuksköterska och/eller arbetsterapeut) först träffar patienten och närstående för en strukturerad intervju. I många fall behöver också en funktionbedömning göras av arbetsterapeut, som också bedömer behov av bostadsanpassning och hjälpmedel.

Minimental-test kan utföras i anslutning till denna träff som med fördel sker i hemmet. Enbart intervju tillsammans med MMT utgör emellertid otillräcklig

grund för demensdiagnos och kan aldrig ersätta en grundlig läkarundersökning och bedömning.

När utredningsresultaten föreligger bör patient och närstående delges bedömningen i sin helhet och vid behov kallas till en samlad *vårdplanering* i samråd med patient, närstående, läkare, demensteam och biståndbedömare.

- **Länssjukvårdsansvar.** Eventuell utvidgad utredning av demens sker vid specialistenhet under vissa förutsättningar. De närmaste i vårt område är neuropsykiatriska utredningsenheten i Borås, geriatriska mottagningen på Alingsås lasarett, minnesmottagningen i Mölndal och psykiatriska kliniken i Varberg.
- **Demenssjuksköterskan.** Särskild demenssjuksköterska finns numera inom många kommuner och behovet av en sådan funktion kommer att växa i och med det ökande antalet demenssjuka. Demenssjuksköterskans uppgifter är av stödjande, samordnande och informerande karaktär. I Mark och Svenljunga finns ännu inte denna funktion. I vårdkedjans handlingsplan (2000-2001) finns ett förslag till demensteam bestående av arbetsterapeut och demenssjuksköterska vars uppgift bland annat blir att bistå vid utredning, samordna vårdplanering och göra uppföljning av vårdplanering och behandling.

Kommunens ansvar.

En stor satsning bör ske på ordinärt boende, i syfte att höja livskvaliteten för den drabbade liksom närstående. Färdtjänst med ledsagare behövs i många fall.

- **Dagverksamhet** innebär några timmars strukturerat omhändertagande av den demenssjuke och samtidigt en välbehövlig avlastning för de närstående.
- **Avlastningsperioder/korttidsboende/växelvård/nattvård.** När den demenssjukes och närståendes situation så påkallar bör kortare avlastningsperioder på enhet för korttidsvård inom kommunen aktualiseras. I vissa fall kan detta planeras långsiktigt med regelbundet återkommande avlastningsperioder, så kallad växelvård.
- **Gruppboende.** Särskilt gruppboende för patienter med demenssjukdom har blivit allt vanligare och är ändamålsenligt med tanke på de speciella omvårdnadsbehoven. Varje gruppboende har en läkare som gör besök varje vecka. Vissa patienter kan parallellt behandlas av annan läkare som då fortlöpande bör hålla den för gruppboendet ansvarige läkaren informerad.
- **Omvårdnadsavdelning. GBS-skala.** Beslut finns i Mark och Svenljunga att när man inte längre har behov av den specifika vården som finns på ett demensboende så kan det *efter samråd med närstående* bli aktuellt att flytta till annat boende för patienter med stort omvårdnadsbehov. Med hjälp av GBS-skalan kan man avgöra när annan vårdform är aktuell.

*Boendeformer i Mark och Svenljunga.
Bilaga J*

GBS-skalan. Bilaga K

10. OMVÅRDNADSASPEKTER

Omvårdnad vid demens

Omvårdnad kan beskrivas som allmän respektive specifik. Allmän omvårdnad är oberoende av sjukdom och medicinsk behandling, medan specifik omvårdnad är relaterad till och kräver kunskap, inte bara om människans normala funktioner utan också om den aktuella sjukdomen och dess behandling. Den demenshandikappade behöver såväl allmän som specifik omvårdnad. Hälso- och sjukvårdslagen anger att målet för hälso- och sjukvården är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. Därav följer att god omvårdnad syftar till optimal hälsa även för den demenshandikappade. Med tanke på de begränsningar av livsinnehållet som de demenshandikappades gravt nedsatta funktioner medför inom flera områden, är det en synnerligen grannliga uppgift att medverka till deras goda hälsa.

Då det saknas bot för många demenssjukdomar och den drabbade själv har begränsad förmåga att själv berika sin tillvaro är det vården, omsorgen och boendet som måste tillgodose det dagliga livets innehåll. Dessa tre faktorer kan därför tillsammans sägas utgöra en behandlingsform.

Det krävs lyhördhet, känslighet och kunskap hos personal och närstående så att omvårdnadsåtgärderna anpassas till den demenshandikappades individuella behov under alla skeden av sjukdomen.

Omvårdnaden hjälper till att bibehålla patientens allmänna hälsotillstånd och olika stimulansåtgärder förefaller bland annat öka hjärnans signalsubstanser. Att uppnå rätt stimulansnivå är en svår balansgång - det får varken vara för lite eller för mycket. Träning av de intellektuella, emotionella och sociala funktionerna hjälper till att hålla kvar dessa färdigheter under en längre tid. Det går att hjälpa till med att återkalla minnen som ändå finns kvar, att låta den demenssjuke känna att han är till nytta och att ge honom positiva upplevelser av samhörighet och medmänsklig kommunikation. Lagom är bäst, för mycket träning kan skapa ångest och mindervärdeskänslor medan för lite kan bidra till att funktioner förloras. Bäst är att patienten får leva ett så naturligt liv som möjligt, umgås och tala med andra människor, lyssna på musik och sköta vardagsysslor i hemmet, promenera och göra allt annat som ingår i ett normalt friskt liv i så stor utsträckning som är praktiskt möjligt.

Vad som är bra omvårdnad i en aktuell situation måste vi komma fram till genom att tolka, handla utifrån våra tolkningar och sedan observera hur den sjuke reagerar på vår tolkning. Vi måste alltid vara beredda att ompröva våra tolkningar.

Mål för omvårdnad

Målet för omvårdnaden bör vara att hjälpa den demenshandikappade med alla hinder som hjärnskadan skapar, att göra omvärlden så tydlig och begriplig som möjligt. Varje dement har rätt att få en individuellt anpassad omvårdnad för att de skall uppleva helhet och mening i livet med bevarad integritet. När den demenshandikappade kommer in i vården upprättas därför snarast en individuell vårdplan.

För att uppnå individuellt anpassad omvårdnad krävs också tid och engagemang av dem som vårdar. Hos en närstående som vårdar en demenshandikappad finns oftast engagemanget på ett självklart sätt. För att skapa en liknande inlevelse hos en professionell vårdare krävs att de lär känna den demente och dennes närstående.

Redskap för utveckling och bemötande

Hur vi bemöter andra människor handlar om människosyn, värderingar, kunskaper, erfarenheter och förväntningar. Hur ska vi då kunna bli tryggare i vårt bemötande av demenssjuka? Ett sätt är att skaffa sig mera kunskaper om demenssjukdomar för att kunna förstå olika beteenden. Men för att utveckla förmågan att bemöta den demenssjuke är det bra att ha ett metodiskt arbetssätt. En metod är ett redskap för att syste-

Mål

Vårdplanering

*Ankomstsamtal - livshistoria.
Bilaga H*

matisera och sätt ord på den ”tysta kunskap” som man redan har. Vi vill här kort presentera några omvårdnadsmetoder som kan vara till hjälp i det dagliga arbetet. Fördjupning av metoderna kan till exempel ske genom handledning, litteraturstudier och studiecirkel.

Validation

Är ett sätt att öka patienternas livskvalitet. Metoden har utvecklats av Naomi Feil sedan mitten av 60-talet fram till 80-talet. Metoden är väl utprovad i Europa, USA och Australien. I korthet kan metoden beskrivas som ett sätt att känna in hans eller hennes sinnesstämning. Att försöka ”gå i sin patients skor”, att bekräfta och sätta ord på känslor. Feil delar in desorientering i fyra stadier och hon har utvecklat tekniken för hur den demenssjuke skall bemötas i dessa stadier. Målen för validation är:

- att återställa självkänslan
- minska stressen
- rättfärdiga existensen
- arbeta för att lösa konflikter från det förflutna
- minska behovet av kemiska och fysiska tvång
- öka den verbala och ickeverbala kommunikationen
- förhindra tillbakadragande till vegeoterande stadium
- förbättra gångförmåga och fysiskt välbefinnande

Reminiscens

Innebär att man skapar miljön så att de sjuka känner igen sig, för att de skall vara trygga och få hemkänsla. Det innebär enkla saker som att uppleva luktntryck av hemlagad mat, bullbak – kanske ljudet av hönskackel också går att ordna.

Jagstödande förhållningssätt

Den demenssjuke behöver hjälp av omgivningen för att behålla greppet om sin person, sitt jag. Detta sätt att se på omvårdnaden av dementa har Cars och Zander utvecklat i sin bok ”Samvaro med dementa”. Den demenssjuke, menar de, behöver hjälp för att veta och känna vem han fortfarande är och vem han har varit.

I början av sjukdomen handlar detta om att vara hjälp till självhjälp. Den demenshandikappade behöver uppmuntran, vägledning och hjälp att se vad han klarar av, men också hjälp att acceptera sina begränsningar.

I ett senare stadium av demenssjukdomen fungerar vårdaren som ett hjälp-jag. Den sjuke behöver nu mera konkret hjälp i olika situationer. Vårdaren lånar ut till exempel sitt minne, sin orienteringsförmåga och sitt omdöme för att spara den sjukas energi till det som han kan njuta och ha glädje av.

Att ta över och aktivt hjälpa kräver att man tar hänsyn till den dementes vanor, värderingar och personlighet.

Integritetsbefrämjande omvårdnad

Livet består av ett antal livskriser som vi måste lösa. För den åldrande människan som nått fram till den sista livskrisen är uppgiften att finna en balans mellan integritet och förtvivlan för att kunna uppnå vishet och tillit till tillvaron som en helhet inför döden. Mona Kihlgren har utvecklat en integritetsbefrämjande omvårdnad för dementa. Metoden beskrivs i ”Att vara dement – människa instängd i trasig hjärna”.

Hon menar att för den demente blir det svårt att klara av åldrandets kris då de har svårt att tänka abstrakt och inte har alla sina minnen av livserfarenheter intakt. Det är svårt att uppleva helhet och mening i tillvaron då den dementes upplevelser är splittrade. Det blir då i stället vårdarens uppgift att hjälpa den demenshandikappade att uppleva sitt liv som en positiv och fin berättelse.

Man kan däremot hjälpa dem till att uppleva en helhet i en begränsad situation till exempel i matsituationen. Detta innebär att varje vårdhandling ska leda till minst två

Läs även Etik på sidan 50

mål. Dels måste handlingens konkreta mål uppnås, t.ex. Albin ska äta. Dels behöver individen få uppleva helhet och mening (integritetsbefrämjande) i situationen, vilket innebär att uppleva tillit, självständighet, initiativ, identitet, gemenskap, integritet, att få använda sin kunskap och att uppleva betydelse och värde under måltiden.

Taktil stimulering

Taktil stimulering är en behandling i form av ytlig massage som ges i syfte att ge ökad kroppsmedvetenhet, bättre självkänsla och avslappning. Metoden har utvecklats av Siv Ardeby. Massagen ger även en kommunikation och närhet mellan den demenshandikappade och vårdaren, när det inte längre finns ett språk att kommunicera genom. Den främjar även vårdarens förmåga att vårda. Metoden och effekterna av den kan man se i filmen ”Taktil simulering”

Lära känna

För att lära känna och förstå den demente behöver man känna till hans livshistoria. Detta är en förutsättning för att uppfatta det unika hos den demenshandikappade och för att bemötandet ska kunna ge inlevelse och respekt. Hur har han levt sitt liv? Hurdan var barndomen, stor eller liten familj? Var växte han upp? Vad har han haft för huvudsakliga sysselsättning? Viktigaste hobbyer eller intressen? Har han varit en sällskapsmänniska eller ensamvarg? Matintressen, musiksmak o.s.v?

Trygghet

Bemötandet kräver stor lyhörddhet, känslighet och kunskap hos personal och närstående för att omvårdnaden skall kännas trygg i alla skeden av sjukdomen. Som vårdare gäller det att behandla den demenshandikappade så att han känner tillit och förtroende, man måste vara pålitlig och närvarande i mötet.

Att kunna möta de sjuka på de områden där de har sina minnen och associationer är en nyckel till trygghet. De sjuka skall i möjligaste mån känna att deras känslor blir bekräftade.

Bäst är att få leva ett så naturligt liv som möjligt och att stimulansnivån blir ”lagom”. Umgås och tala med andra människor i en välkänd miljö, lyssna på musik, sköta vardagssysslor i hemmet, promenera och göra annat som man kan klara av praktiskt i så stor utsträckning som möjligt.

Att invandraren som glömt sitt ”nya ” språk får personal som kan hans ursprungliga språk är något som man måste sträva mot.

Funktionsbedömning

Det är svårt att lägga hjälpen på rätt nivå. De demenssjuka har rätt att mötas med respekt och maximal förståelse för de individuella funktionshinder som var och en har. En del dementa har en förmåga att dölja sina problem och verkar friskare än de är. En del dementa ger ett intryck av att inte klara någonting, men kan utföra många praktiska saker om de får handledning och tid på sig. En god demensvård förutsätter att vi tar hand om den demensjukes hjälplöshet, samtidigt som vi uppmuntrar honom att utnyttja den kapacitet som finns kvar. Det är viktigt att få reda på den sjukets förutsättningar det vill säga vad han kan och vad han har problem med. Detta får man fram med noggrann funktionsbedömning.

Vardagsaktiviteter

För att utföra en aktivitet påverkas människan av i första hand:

- motivation
- vanor
- funktioner och färdigheter

Minnespsykologerna talar om olika minnen.

- semantiska, vad olika föremål heter
- episodiska, komma ihåg olika händelser eller episoder
- procedur, hur man motoriskt minns utförande av aktivitet

Vid valet av olika aktiviteter är det viktigt att analysera ovanstående och utgå från nuvarande förmågor.

Motivation och vilja är överordnat, det vill säga det som personen är intresserad av och har lust att göra.

Procedurminnet är oftast längst bevarat hos de demenssjuka. Det kan beskrivas som ett motoriskt och autonomiskt minne vi använder när vi exempelvis äter, cyklar, promenerar.

I vårt dagliga liv är vi beroende av alla minnets delar. Men om det går att anpassa dagliga aktiviteter så, att det vilar mer på att bevara procedurminnesfunktioner och mindre på förlorade funktioner, så skulle den demente oftare lyckas i sina handlingar och därmed öka sin självkänsla.

En metod kan vara att ”guida” den demente genom en aktivitet, genom att vara i närheten och syssla med något annat, stödja och ge råd, men inte ingripa i skeendet. Det förutsätter att miljön är tillrättalagd så att redskap och föremål är väl synliga och kanske anpassade för att öka förståelsen för hur de skall användas.

Undvik valsituationer, stöd det han kan och undvik det han inte kan.

Vad man når genom att utföra en handling eller aktivitet tillsammans är att bryta den dementes isolering, bibehålla hans självbild vilken i sin tur är viktig för identiteten.

Praktiska tips i vardagen

Har den sjuke neglect kan han t.ex. inte uppfatta något till vänster. Då måste man hjälpa till med att vrida tallriken vid en måltid, raka eller sminka den sidan av ansiktet.

Ett mörkt golv i en dusch kan uppfattas som en avgrund och vara en orsak till rädsla för att duscha.

Man måste kunna avleda och försöka sätta sig in i den sjukas föreställningsvärld. Uppmuntra, vägleda och hjälpa är vanliga redskap – aldrig tvinga eller hota.

Ropare och vandrare är störande och oroande för omgivningen. Ropare kan ropa mindre om de får vara nära personalen, de bör ej lämnas ensamma.

Aggressivitet måste analyseras. Vad kan det finnas för tänkbara förklaringar? Kan- ske någon infektion eller smärta. Ofta är det omvårdnadssituationen som inte förstås, vilket gör att den sjuke kan känna sig kränkt. Situationen måste göras så rofylld som möjligt. Lirka och avleda, inte tvinga eller hota.

Alltid ha ögonkontakt med den man sköter.

Försök massera armar och axlar som spänns i vanmakt (taktil stimulering).

Om den sjuke har hallucinationer måste man försöka tolka dessa och lyssna på upplevelsen.

Man får aldrig ställa frågor som man vet att den sjuke inte kan besvara.

Man får aldrig förebrå så att den sjuke känner sig dum.

Senare stadier i sjukdomen

I slutet av demenssjukdomen krävs full omvårdnad. Den sjuke saknar då språk för att uttrycka sina önskningar, symtom, problem eller obehag. Då måste personalen tolka rätt utifrån kroppsspråk och skiftningar i mimiken. Det kan endast personer som har känt personen länge.

Sväljningsproblem uppträder ofta i slutstadiet då man får ta till olika knep med förtjockningsmedel i flytande föda och vara uppmärksam på kvävningstillbud. Sjuk- sköterskor är en viktig resurs för stöd och undervisning till personalen när de ger den demenssjuke total skötsel i livets slutskede.

En viktig förutsättning för god omvårdnad är att vårdpersonalen har en positiv attityd och upplever meningsfullhet i sitt arbete. Detta uppnås bättre om utbildning och handledning kontinuerligt erbjuds.

Tips

Palliativ vård vid demenssjuk- dom. Kapitel 8 sid. 34.

Biståndshandläggning

Kommunens omsorg om demenshandikappade regleras huvudsakligen i SoL, socialtjänstlagen. Den enskildes rätt till bistånd för sin försörjning och livsföring i övrigt regleras i 6 §. Behovet av hjälp kan initieras av individen själv men även av andra, t.ex. anhöriga, god man, distriktssköterska, läkare eller sjukhus i samband med utskrivning.

Handläggningen av ett ärende påbörjas i och med att det blir känt hos en omsorgsutredare/biståndshandläggare som gör en utredning om behovet av insatser samt att den enskilde lämnat sitt medgivande. Utredningen ska ge en bild av den enskildes situation och behov. Den berörde har själv rätt att vara delaktig i utredningen. Omsorgsutredaren/biståndshandläggaren kan behöva ta kontakt med olika resurspersoner, som t.ex. närstående, sjukvårdspersonal med flera. Utredningen skall dokumenteras.

Utifrån insamlat underlag fattar nämnd, eller den som har delegation, beslut enligt 6 § SoL. Demenshandikappade kan behöva olika stöd, vård och boende, dagverksamhet eller avlastning efter behov, hemtjänst i form av t.ex. hjälp med inköp, promenader eller social kontakt.

God man eller förvaltare behöver ibland utses för att bevaka att den demenssjukes behov blir tillgodosedda. Det bör påpekas att god man/förvaltare inte bara skall se till ekonomiska spörsmål utan också ha ansvar för att den sjukes övriga intressen tas till vara. Tingsrätten beslutar om god man eller förvaltare skall förordnas. Överförmyndaren har tillsynsansvaret.

LSS-insatser till yngre personer med demenssjukdom

Insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, kan bli aktuellt för vissa yngre demenssjuka. LSS är i huvudsak en lag som ska trygga att personer i arbetsför ålder med funktionshinder ska ha levnadsförhållanden som, i så stor utsträckning som möjligt, liknar levnadsförhållandena för andra i motsvarande ålder. Insatser som kan bli aktuella är framför allt personlig assistans, ledsagarservice, avlösarservice, korttidsboende och särskilt boende.

Kost

Ätandet är för de allra flesta en självklar process. Vi kan äta samtidigt som vi gör andra saker; samtalar, kör bil eller arbetar. Vi använder oss då av basala erfarenheter och funktioner som vi dessutom kan styra med viljan. Ett komplext signalsystem hjälper oss att reglera intaget av mat. Vi känner hunger och mättnad. Smak, lukt, syn och hörsel stimulerar aptiten. Sinnena är dessutom till vår hjälp när vi bör välja bort otjänlig mat. Det behövs exempelvis ytterligt lite härsket fett i ett livsmedel för att vi skall känna smaken av det. Vid demenssjukdomar förändras, försvagas eller försvinner de grundläggande funktionerna för ätandet. Ätbeteendet ändrar också karaktär under sjukdomsförloppet. Stödåtgärder kan då behövas för att underlätta för patienten att täcka sitt basala behov av mat. Åtgärderna anpassas efter individens behov och kan bestå i allt från speciella bestick till sondnäring.

Målsättningen med näringsstöd vid demenssjukdom

- Att förebygga bristsjukdomar samt över-/undervikt genom ett allsidigt näringsintag och ett adekvat energiintag.
- Att stödja och träna det friska för att kvarhålla funktioner så långt som möjligt.
- Att kompensera förlorade funktioner.

Mat vid demenssjukdom

Det finns ingen särskild kostbehandling för demenssjukdom, utan anpassningen av maten gäller främst olika stödåtgärder. Hänsyn kan behöva tas bland annat till följande beteendeförändringar:

- *Minnesförlust*, som kan medföra svårigheter med att handla, laga mat, komma ihåg att äta, sätta på och stänga av spisen m.m. Personen kan också glömma av vad man gör med besticken eller vad som finns i matförpackningar.
- *Desorientering* kan göra att det är svårt att hitta till affären, i köket och att hitta hem.
- *Svårighet att samordna och utföra rörelser*, använda bestick, diska, baka och sent i sjukdomen att tugga, svälja och öppna munnen.
- *Hallucinationer, nedstämdhet, rädsla och förvirring* kan göra att personen exempelvis blir rädd för vad som ligger på tallriken eller plötsligt kan vandra iväg från matbordet.
- *Oförmåga att känna igen och namnge föremål och företeelser* kan göra att personen inte kan uttrycka exempelvis lukt- och smakförnimmelser. Personen kan inte tala om vad han eller hon vill ha eller vad som står på bordet.

Många personer får en ökad aktivitetsgrad vilket medför ett större behov av energi. Detta i kombination med en försämrad ätförmåga ökar markant risken för undernäring. Undernäring medför försämrat immunförsvar, sämre sårhäkning, sämre organfunktion och depression. Faktorer som ytterligare försämrar patientens tillstånd. Det är därför av största vikt att personen redan tidigt tillsammans med anhöriga eller hemtjänstpersonal får hjälp och rådgivning i kostfrågor av dietist. Ibland har personen redan någon kostbehandlad sjukdom t.ex. diabetes. Dietisten tar då hänsyn till detta och anpassar kostråden därefter.

Vårdpersonalen inom kommunens äldreboenden och hemtjänst bör äga särskilda kunskaper om kost och demens. Personalen bör därför erhålla regelbunden fortbildning på området. Näringsstatusbestämning skall göras av sjuksköterska när patienten flyttar in i särskilda boenden. Därefter är *vägning* det enklaste sättet att följa patientens näringsstillstånd.

Kommunens kök står till tjänst med specialkost vid behov både för särskilda boenden, restaurang och hemtjänst. Det finns möjlighet att beställa energi- och proteinrik (EPR) kost. Olika koster kan också konsistensanpassas.

Praktiska råd

- *Måltiden* innebär möjlighet att aktivera den demenssjuke på ett naturligt sätt. Låt personen delta i praktiska förberedelser. Delta vid måltiden för att påminna om hur man gör när man äter. Hjälプ till att skära och mosa vid behov. Ge få valmöjligheter för att minska förvirring. Fråga inte om personen vill ha ”kaffe eller te?”, utan ge endast ett alternativ och invänta svar. *Måltiden måste få ta tid och vara fri från stress.*
- *Upplevelsen av färg och kontrast* kan stimulera ätandet. Röda och gula livsmedel och maträtter signalerar till den demenssjuka att äta. Olika uppsättningar porslin för ljusa och mörka rätter ger kontraster och gör att den sjuke har lättare att se maten på tallriken.
- *Regelbunden måltidsordning* ger struktur åt dagen. Frukost, lunch och middag, samt två mellanmål och ett kvälls-/nattmål är att föredra. Tänk på att nattfastan ej skall överstiga elva timmar. Om måltiderna serveras för tätt under dagen blir det svårt för många att orka äta tillräckligt.
- *Maträtter* väcker minnen. Servera mat som den demenssjuke känner igen sedan tidigare.
- *Konsistensanpassa* maten vid behov.
- *Berika* gärna dryck med glukospolymerer (ex. Nutrical, Semper energi, Maxijuul) till dem som tappar i vikt.
- *Kosttillägg* i form av pulver och näringsdrycker behövs ibland för att täcka behovet av energi och näring. Patienter i eget boende har rätt till regionbidrag för kosttillägg. Förskrivning av dessa görs av läkare eller dietist inom regionsjukvården. I särskilda boenden kan kosttillägg beställas från köket.

Det är lättare att så långt det går förebygga än att åtgärda undernäring.

Råd

Pedagogisk måltid

Munvård

Munvården har stor betydelse för allmäntillståndet. En hel och ren mun inklusive tänder tar många av oss för självklart.

Att kunna äta och njuta av maten är också en viktig del av livet. Vi umgås dagligen kring mat och tänker sällan på att det finns människor som inte längre tar det för självklart. Munnen är ett mycket privat område. Vi talar sällan om för omgivningen när vi har bekymmer, gränsen kan gå vid att berätta om tandvärk. Omgivningen ger å andra sidan sällan signaler om den upplever att det finns problem t.ex. med dålig andedräkt. Problem med munnen kan innebära en social isolering. Vi skäms över att vi har dåliga tänder, trots att det kanske beror på sjukdom.

Omgivningen drar sig ofta för att erbjuda sin hjälp. Att hjälpa till med munvård kan för många upplevas som obehagligt. Med ökad kunskap hos vårdpersonal kan problem upptäckas och ofta enkelt åtgärdas. Ibland krävs hjälp av tandvårdspersonal.

Målet med munvård

Målsättningen i stort är att må så bra som möjligt och med så lite obehag som möjligt i munnen också vid svåra sjukdomstillstånd. Patienten bör så långt som möjligt vara väl informerad om skötsel, ha tillgång till lämpliga hjälpmedel och handledas/hjälpas av kunnig personal.

Munvård vid demens

Många av de problem som uppkommer i tandvårdssituationen är likartade oavsett specifik demensdiagnos.

Relativt tidigt i sjukdomsförloppet uppkommer ett ointresse för den personliga hygienens inklusive munhygienens. Även om patienten har en vårdande närstående som stöttar och hjälper, lämnas ofta munvård till en av de sista saker som tas över av vårdare. Detta på grund av att munnen är ett mycket intimt område som det både kan vara känsligt att ta emot hjälp med att sköta och svårt för den vårdande att ta initiativ till att ge hjälp med.

Tandvårdssituationen med den speciella lukten, ljuden av borrh, sug och bläster, behandlingsstolen m.m. är exempel på sinnesintryck som reflexmässigt kan leda den demente till ett adekvat beteende hos tandläkaren trots en relativt långt framskriden sjukdom. Detta innebär att man inte bör bryta en etablerad tandvårdskontakt utan tvärtom försöka bibehålla den så länge det går.

En patient som håller på att utveckla en demenssjukdom blir med tiden allt sämre och därmed också svårare att behandla. Munhygienens kommer alltmera att behöva stöttas av vårdare/anhöriga. Om patienten har avtagbara konstruktioner kan dessa behöva tas ut och sättas in av någon annan än patienten. Så småningom kan det bli så att patienten får svårare att kooperera – inte vill gapa.

Nya proteser eller andra förändringar kan vara svåra för patienten att acceptera medan en väl adapterad protes kan fungera länge i sjukdomsutvecklingen. Minnet av protesbärandet kan dock släckas ut snabbt, så det är viktigt att proteserna kommer tillbaka i munnen snabbt efter en eventuell protesreparation.

Då motoriken blir alltmer oprecis blir det svårt att utföra tandborströrelser. Vidare kan ett repetitivt beteende uppkomma så att när patienten väl börja borsta på överkäkens framtänder, fastnar han i den rörelsen och borstar inte de övriga tänderna. Vårdpersonal kan då uppfatta detta som att patienten klarar av sin munhygien själv. Det är en konst att ge hjälp och stöd när funktionerna sviktar, utan att ta ifrån personen det som fortfarande fungerar.

I tandborstsituationen bör patienten få ledning och kompletterande hjälp men inte fräntas den aktivitet som fortfarande finns kvar.

Den orala motoriken blir också mer passiv, mat ligger kvar i kindpåsarna och dålig munslutning leder till dregling. I sena stadier har patienten förlorat tuggreflexen och kan av det skälet inte längre tugga sin mat med behov av konsistensanpassad kost som följd. Behovet av tänder för att kunna tugga kommer alltså i sjukdomens slutstadier

inte att finnas kvar. Däremot förefaller det som tuggförmågan stannar kvar längre i sjukdomsutvecklingen hos patienter som har egna tänder

Rumsuppfattning och orientering försvinner även i munnen och av det skälet kan patienten inte lokalisera sig i sin egen mun heller. När en dement klagar över smärta i munnen kan besvären i själva verket komma från en helt annan del av kroppen.

Det finns ett känt samband mellan begär efter sötsaker och demens. Orsaken är oklar men vid ett ökat och frekvent intag av sötsaker ökar även risken för en försämrad tandhälsa, särskilt som den orala motoriken också fungerar långsamt.

Patienten förlorar successivt också den neuromotoriska förmågan att styra sina proteser i munnen även om de har god retention och passform.

Nedsatt svalgmotorik gör att det är lättare att sätta i halsen utan att hostreflex utlöses. Stora föremål kan obemärkt sväljas eller i värsta fall aspireras. Proteser eller annan avtagbar protetik skall då ej längre användas.

Med rätt stimulans och i en trygg miljö kan det gå bättre i tand-/munvårdssituationen. Det är då viktigt att känna till så mycket som möjligt om patienten för att kunna kommunicera på hans/hennes villkor.

Då den demente inte kan tolka och förmedla sina smärtsignaler adekvat kan tandvärk manifesteras sig som oro, aggressivitet eller irritation. I en sådan situation är det fullt rimligt att man värjer sig mot varje intrång i munnen eftersom man inte förstår orsak och verkan. Värme, kyla eller sötna i maten kan utlösa tandvärk i en sjuk tand eller smärta från sårigt tandkött. Smärta från skavsår under protesen kan på samma sätt utlösa avvärjningsbeteende. Det kan också ha funnits tandvårdsrädsla tidigare i patientens liv som påverkar personens reaktioner.

Vid tandbehandling kan utöver tålmod även behövas sedering.

När demensen fortskrider till en sen fas kan det återigen bli lättare att utföra munvård.

Närstående är viktiga samarbetspartners. De bör vara väl informerade om den dementes situation i munnen, vad som krävs i omvårdnad och vilka behandlingsåtgärder som kan bli aktuella.

Munvårdsprogram, instruktion och information om specifikt utformad munvård för den enskilda personen kan fås av tandvårdspersonal som har hand om uppsökande tandvård i området.

11. DEMENS OCH KÖRKORT

Kurt Johansson, Trafikmedicinskt Centrum, Huddinge sjukhus 1999

I september 1994 samlades världens ledande forskare inom demensområdet i Stockholm med Vägverket som sponsor. Man försökte nå ett konsensus runt: när skall man köra och när skall man inte köra bil vid demens?

Vad man kunde komma överens om var följande:

Måttlig - svår demens	Skall inte köra bil
Mild demens	
a) påverkad körning	Skall bedömas av specialist
b) progredierande sjukdom	Skall bedömas av specialist
c) stabil sjukdom	Periodisk uppföljning

Mötet hade svårigheter att koppla bilkörning till ett MMT-värde. Man tvingades lägga detta värde så lågt som 14. Ett problem i USA är att så många är okunniga i att läsa och skriva. Afasi-patienter har också låg poäng på MMT eftersom man inte kan uttrycka sig bra.

Råd

Checklista bilaga L.

12. FORTBILDNING OCH HANDLEDNING

Betydelsen av utbildad personal

En betydelsefull faktor i miljön för personer med demens är att vårdpersonalen är välutbildad och välutbildad. Detta bidrar till ökad kvalitet i omvårdnaden och ett professionellt förhållningssätt till patienterna och sjukdomssymtomen.

Studier av bl.a. Kihlgren 1992 har visat att det genom utbildning av personal är möjligt att skapa en för demenssjuka mer stödjande och lättolkad miljö. Bråne m.fl. visade 1989 att demenspatienter som vårdades av utbildad personal uppvisade minskad ångest, depression och förvirring samt ökad vakenhet, motorisk förmåga liksom biokemiska indikationer på stimulerad hjärnfunktion. Därtill visade patienterna mer självständighet, eget initiativ och en bättre förmåga att föra samtal. Kompetensutvecklingen i äldrevården är således en viktig faktor för en god vårdkvalitet.

Kunskapen om demenssjukdomar ökar ständigt. För att det skall vara möjligt att grunda sitt arbete på vetenskap och beprövad erfarenhet behöver kommunernas omvårdnadspersonal fortlöpande öka sina kunskaper genom regelbunden fortbildning.

Specialistteam och omvårdnadspersonal inom psykiatri behöver en än högre kunskapsnivå när det gäller demenssjukdomar liksom neuropsykologiska och psykiatriska omvårdnadsaspekter på dessa.

Förslag till kompetensutveckling av vårdpersonal

- Fortbildning för undersköterskor/vårdbiträden om demensvård.
- Kontinuerlig processinriktad *omvårdnadshandledning* av sjuksköterska med specialisering inom demenssjukvård och psykiatri.
- Fördjupning inom psykiatri, geriatrik/gerontologi, demensomvårdnad, etik och läkemedelsbehandling för arbetsledare/biståndsbedömare/sjuksköterskor.
- Fördjupning i neuropsykologi och demensomvårdnad för omvårdnadspersonal och behandlingsteam inom neuropsykiatrisk verksamhet.

Stöd och handledning av vårdpersonal

Arbete med demenssjuka är mycket påfrestande, såväl fysiskt som psykiskt och den psykiska påfrestningen kan innebära risk för utbrändhet.

För att förebygga utbrändhet och skapa förnyelse i vårdarbetet behöver personalen stöd. Processinriktad omvårdnadshandledning är en sådan stödinsats som kan ge förbättrad handlingsberedskap inför svåra och ibland oväntade situationer i arbetet liksom en ökad självkännet och förståelse för andra. Innehållet i handledningen utgörs av omvårdnadens substans, den egna lärandeprocessen samt relationen till varandra. För att uppnå handledningens syfte, en yrkesmässig tillväxt, är relationen en bärande kraft. Genom relationen kommer inläring och integrering av kunskaperna till stånd.

Med ökad självkännet vågar den handledde lita på sin inre vägvisare och därmed kan modet stärkas. Tydlighet hos den vårdande personalen medverkar till en stärkt yrkesidentitet. Ytterst kommer detta patienterna till godo. Handledning bidrar även till integrering av teori och praktik samt befrämjar ett reflekterande tänkande.

13. KVALITETSUTVECKLING

Att tillgodose de demenssjukas och deras närståendes behov är att skapa kvalitet i vården och omsorgen.

Det är viktigt att skapa fungerande vårdkedjor och att nödvändiga resurser finns och görs tillgängliga utifrån individuella behov. Den fysiska miljön bör anpassas, så att ett boende med harmoni och trygghet skapas. Ett nära och gott samarbete mellan de

Personal inom demensvård arbetar med sig själva som instrument, vilket med nödvändighet innebär ett känslomässigt engagemang.

aktörer som ger vård och omsorg, stöd och hjälp till den sjuke liksom goda relationer mellan patient, närstående och vårdpersonal har stor betydelse för demensvården i sin helhet. Tid, kontinuitet och tillhörighet är aspekter som förstärker en god relation. Att finnas till hands när problem uppstår och att få träffa välkänd vårdpersonal är viktigt. Vårdkedjan Demens i Mark och Svenljunga arbetar med följande kvalitetsfrågor:

- Får patienten och närstående den information som önskas angående diagnos, behandling, funktionsbedömning, demenssjukdomen och stödåtgärder som finns? Detta följs genom FOCUSgrupper, det vill säga gruppintervjuer med närstående.
- Korttidsplatser - finns det efter behov?
- Kan inflyttning till särskilt boende ske inom en månad?
- Får de demenssjuka rätt medicin, i rätt mängd, vid rätt tidpunkt?
- Har demenssjukdom identifierats och trolig typ fastställts? Är demensgrad och funktionsnivå utredd?
- Är återbesök/uppföljning bestämd?

14. VÅRDPROGRAMMETS UTVÄRDERING OCH UPPDATERING

Vårdprogrammet kommer att användas och spridas bland annat i samband med de studiecirkel som kommer att pågå i projektet Vårdsamverkan och kompetensutveckling under år 2001 i Mark och Svenljunga kommuner, primärvårdsområden och på Skene lasarett.

Detta vårdprogram kommer att utvärderas efter beslut och uppdrag från LAPRIKO.

15. STÖD TILL NÄRSTÅENDE

I Sverige finns det minst en halv miljon närstående till demenshandikappade. Det ställs stora krav på talamod, förståelse och kunskap hos dessa. Att förlora sitt jag, sin kapacitet och sin framtid är något som tungt drabbar den demenssjuke. De närstående är delaktiga i detta och får i många fall själva ta en stor andel av den psykiska och fysiska bördan.

Demenssjukdomen utvecklas i regel långsamt. Hos den demensdrabbade finns i allmänhet under inledningskedet en ökad observans och känslighet för den försämrade förmågan och för omgivningens reaktioner. Trots att den närstående gradvis anpassar sig till den demenssjukes förändrade beteende och ser till att han ständigt finns till hands ökar den sjukes oro, aggressivitet eller andra beteendeförändringar. Den närstående kanske inte alltid förstår att förändringen beror på demens. Kontakterna med vänner glesnar, ofta på grund av att den närstående vill undvika insyn från andra om vad som händer i familjen. Man gör sitt yttersta för att orka med både den sjuke och sig själv. Det är vanligt att närstående till demenshandikappade förr eller senare hamnar i en krissituation.

SOS-syndromet är enligt psykologen Marianne Winqvist ett fenomen, som drabbar alla närstående till personer med demenssjukdom. SOS står för Sorg – Oro – Samvetsförebåelser.

Sorg – att livet tillsammans med livskamraten slutar så traumatiskt och det man planerat tillsammans inte kan förverkligas. Man mister den person man håller av men tillåts inte sörja eftersom personen inte är död, bara förändrad.

Oro – att personen inte ska klara sig, glömmer att laga mat till sig eller att kranen är på i badrummet. Hittar personen hem eller kör bil?

Håller man själv på att få demenssjukdom? Oron sitter både i kropp och själ.

Samvetsförebråelser – att inte ha upptäckt sjukdomen tidigare eller att orka bo tillsammans lite till. Hur ska man orka hälsa på personen oftare?

En annan beskrivning som kan spegla den närståendes situation är den så kallade kriteorin enligt Johan Cullberg. De fyra faser man går igenom är: chock – reaktion – bearbetning – och nyorienteringsfas.

Chockfasen – det är svårt att ta in vad som har hänt. Problemen förnekas. Oftast märks inte denna fas hos den närstående eftersom sjukdomen kommer smygande och man har levt med misstanken en längre tid.

Reaktionsfasen – när reaktionerna kommer och man inser vad som hänt. Alla planer på vad man skulle ha gjort tillsammans förändras. Man känner vrede, sorg, oro och skuld.

Bearbetningsfasen – verkligheten blir mer uppenbar och man tvingas öppna ögonen för det som har inträffat och börjar bearbeta och acceptera den närståendes demenssjukdom.

Nyorienteringsfasen – det inträffade är något man måste leva vidare med och man börjar anpassa sig till vardagen. Man lär sig hantera situationer som uppstår på ett mer tillfredsställande sätt.

Det är ett gemensamt ansvar att fånga upp närstående, då det inte finns någon självklarhet för de närstående att självmant ta kontakt för stöd.

Stödet behöver inte bara bestå av praktiska lösningar, lika viktig är mental avlastning. Kontakten med andra som har samma erfarenhet är oerhört mycket värd och kan ibland vara inkörsporten till att ta emot annat stöd från samhället.

Gemensamhetsträffar är ett bra stöd, där den närstående blir tryggare i sin vårdarroll och orkar vårda längre. Ett annat bra stöd är dagvård med kvälls- och nattmöjligheter, avlösning i hemmet, korttidsboende och särskilda boenden. Närstående behöver alltså olika valmöjligheter i sitt stöd.

Har man som närstående varit vårdare hemma så fortsätter man oftast på ett naturligt sätt att vara det när omsorgstagaren flyttar in på särskilt boende. För att närstående ska fortsätta att vara delaktiga i omsorgen måste personalen ta initiativet och bjuda in. Många närstående har berättat att det betyder mycket att bli välkomnad av någon personal när man besöker det särskilda boendet.

När närstående tar det svåra beslutet om inflyttning till särskilt boende innebär det att en del av det gemensamma hemmet nu finns där. Detta ger den närstående och omsorgstagaren:

- rätt att betrakta boendet som en del av det gemensamma hemmet
- rätt att framföra önskemål och krav
- rätt till ett privat liv
- rätt för närstående att ta del av vad som händer omsorgstagaren.

Därför är det en viktig aspekt att utföra en arbetsplan för att utveckla ömsesidigt stöd och samarbete mellan närstående och personal.

Marks kommun:

Anhörigkonsulent för närstående och den demenshandikappade finns på halvtid. Uppgifterna är att ge råd, stöd samt att informera om demenssjukdomar och olika rättigheter. En annan uppgift är att handleda personal som arbetar med demenshandikappade.

Svenljunga kommun:

Anhörigrådgivare finns för närstående och patienter med demenshandikapp. Man ordnar en regelbunden mötesplats med café och studiecirkelverksamhet, råd, stöd och information.

Personal inom demensvård arbetar med sig själva som instrument, vilket med nödvändighet innebär ett känslomässigt engagemang.

Vad säger socialtjänstlagen (SoL)?

Socialnämnden bör genom stöd och avlösning underlätta för dem som vårdar närstående som är långvarigt sjuka, äldre eller som har funktionshinder. Socialnämnden bör också genom hemtjänst, dagverksamhet eller genom annan liknande socialtjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra. Ett förslag till en lagändring finns för att förstärka möjligheter till närståendestöd.

16. FRAMTIDSPERSPEKTIV

Medicinsk behandling

Det finns skäl för optimism inför att det inom rimlig tid kan finnas mera specifika läkemedel mot Alzheimers sjukdom och andra demensformer. Tack vare den snabba utvecklingen inom den molekylärgenetiska forskningen har man kunnat kartlägga såväl sjukdomsgener, sårbarhetsgener och sannolika sjukdomsmekanismer vid Alzheimers sjukdom. Bland skönjbara utvecklingsperspektiv kan nämnas:

Läkemedel som motverkar bildning av b-amyloidfibriller kan skapa förutsättningar för att bromsa sjukdomsförloppet. Läkemedel som hämmar sammanslagningen av b-amyloidfibriller skulle kunna minska plackbildningen.

Eventuellt kan antiinflammatoriska läkemedel också få en plats i terapiarsenalen.

Betydelsen av hormonella faktorer är långtifrån klarlagd, men man vet att kvinnor som efter klimakteriet behandlats med östrogen har lägre risk att insjukna i Alzheimers sjukdom.

Neuroprotektiva substanser, det vill säga läkemedel som skyddar nervcellerna på olika sätt, är ett stort forskningsfält som berör många olika sjukdomar i nervsystemet. Sådana läkemedel skulle kunna bromsa den fortskridande processen vid demenssjukdomar. Det finns idag indicier på att ett antal olika läkemedel skulle kunna ha sådan effekt, t.ex. propentofyllin, så kallade NMDA-antagonister, vitamin E och andra antioxidanter, MAO-B-hämmare.

Tillväxtfaktorer till hjärnan för att få döende nervceller att växa igen kan komma att bli ytterligare en möjlighet att påverka demenssjukdomar.

Kan demens förebyggas?

Eftersom såväl högt som alltför lågt blodtryck utgör riskfaktorer för framförallt vasculär demens torde en optimerad blodtrycksbehandling långsiktigt bidra till att minska frekvensen av vasculär demens.

Eftersom brist på viktiga näringsämnen kan bidra till uppkomsten av demens är det särskilt viktigt att äldre människor har en fullvärdig kosthållning.

Omvårdnad

Parallellt med de ökade medicinska behandlingsmöjligheterna kan omvårdnaden förbättras genom att man alltmer tar hänsyn till varje individs behov. Detta förutsätter att samhället kan ställa tillräckliga resurser till förfogande.

17. ETIK

Etik är ett system av regler och principer och teorier som talar om för oss vad som är rätt eller gott. Etik är frivilligt, om individen inte gör det goda kan individen inte tvingas till att utföra goda handlingar. Tvång finns inte inom etiken.

Moral betecknar den enskilda individens handlingar. Alla vuxna människor har en moral eftersom alla vuxna utför olika handlingar och därmed gör medvetna val. Moralen ser olika ut hos olika individer, i olika kulturer. För att kunna beteckna en handling att vara utförd ur ett etiskt perspektiv krävs att individen har reflekterat över värderingar och handlingar.

Etiska ställningstaganden måste tas i hela vårdkedjan tillsammans med den demenssjuke och dennes närstående. Organiserandet av demensvården kräver sina ställningstaganden, t.ex. får rätt patient platsen på gruppboendet? Har personalen de kunskaper om demensvård som krävs för att kunna ge vård med kvalitet?

Vid utredning är det viktigt att ta ställning till om en utredning tillför patienten och dess närstående något. Till exempel vid långt framskriden demens när patienten själv saknar förmåga att medverka och någon sjukdomsspecifik behandling inte längre är möjlig. Här tillämpar man då den allmänna medicinska etiska regeln att undvika sådana utredningsåtgärder som bedöms orsaka patienten obehag och som inte förväntas tillföra patienten något.

När utredning sker måste den utföras på ett sådant sätt att patienten inte upplever den kränkande. Testsituationer med t.ex. MMT kräver stor lyhördhet och vana hos testaren för att inte upplevas kränkande.

Det dagliga arbetet inom vårdområdet kräver ofta etiska ställningstaganden flera gånger om dagen. Patientens integritet och därmed hans värdighet vill alla respektera. Konsten är att kunna tvätta någon i stjärten utan att det uppstår blåmärke i själen. Det kan uppstå motsättningar mellan patientens behov och omvårdnadspersonalens. Motsättningarna måste ses och inte förnekas för att kunna hanteras. Båda parter perspektiv och värderingar är lika viktiga ur integritetsperspektivet. I en organisation eller på en arbetsplats blandas skilda omvärldsuppfattningar och olika moraluppfattningar. Hur dessa olika synsätt skall tas tillvara och smälta samman till något enhetligt, som alla kan enas om, blir en spännande uppgift för alla att engagera sig i. Det viktiga är tror jag att människosyn, omvärldsuppfattning, moral och olika etiska aspekter är föremål för diskussion på arbetsplatsen, detta för att i det dagliga arbetet varje människa skall kunna känna att detta ställningstagande är integrerat i mig, jag har reflekterat över detta och jag har tagit ställning för den handling jag nu skall utföra. Edlund (1995).

Relationen mellan omvårdnadspersonal och patient är beroende av vilken människosyn som präglar de båda parterna. Barbosa da Silva & al. (1993) tar upp två olika aspekter på människosyn, subjekt-objekt-relation och subjekt-subjekt-relation. I den förstnämnda ingår att vårdpersonalen ser sig själva som autonoma och kunniga, de som har kunskapen om vilka handlingar som leder till ökad hälsa. Patienten blir i detta perspektiv en passiv mottagare av vård och behandling. Det finns inga förväntningar på patienten att han/hon skall ta ansvar för sin sjukdom eller rehabilitering.

I subjekt-subjekt-synen är båda parter jämbördiga, båda ser på varandra som kreativa personer med fri vilja och förmåga till upplevelser och ansvarstagande. Denna människosyn präglas av helhet, människan betraktas inte enbart som vårdare eller enbart

som sin sjukdom. Patienten är kapabel och tar ansvar för sin sjukdom och sin rehabilitering.

Barbosa da Silva & al. (1993)

I det dagliga vårdarbetet ingår ständiga etiska ställningstaganden. I de flesta fall sker dessa val med goda handlingar som resultat och vårdaren och patienten upplever tillfredsställelse med handlingen. Det finns varje dag, också för vårdpersonalen, tillfällen där det inte går att göra gott, man hamnar i det etiska dilemman. Exempelvis vägrar en demenssjuk patient att duscha. Väljer ansvarig omvårdare att respektera patientens integritet och okränkbarhet, är konsekvensen att patienten av medpatienter och anhöriga uppfattas som ofräsch och vårdpersonalen som icke skötande sitt arbete. Väljer vårdpersonalen istället att bortse från patientens integritet och okränkbarhet får patienten duscha under tvång. Vårdaren kan luta sig emot pliktetiken, det är mitt ansvar att patienten är fräsch, det kan också förutsättas att hade patienten varit frisk hade han/hon gjort samma val. Hur vårdpersonalen än väljer att handla uppstår en inre konflikt som om den upprepas ofta under lång tid leder till uttrötning i omvårdnaden av patienterna. En möjlighet att mildra verkan av det etiska dilemman kan vara att i personalgruppen diskutera problemet, kanske komma överens om en gemensam hållning och ge varandra stöd för de val varje individ gör. Det är viktigt att varje arbetsplats har tydliga mål för omvårdnadsarbetet. Exempel: Omvårdnaden på avdelningen beaktar i första hand individens integritet och autonomi. Denna ståndpunkt delas av personal och anhöriga.

Etiska ställningstaganden.

Referenser:

Edlund, Lena Etik i arbetslivet Halmstad Konsultförlaget AB 1995

Barbosa da Silva, Antonio & al. Vetenskap och människosyn i sjukvården Malmö Team Offset 1993 .

18. LITTERATURHÄNVISNINGAR

Litteratur som utgjort underlag vid utarbetandet av detta vårdprogram:

- Adolfsson, R, Sandman, P O, Wikander, Birgitta, Hagmans förlag 1991, *Äldreliv*.
- Adolfsson m.fl. *Checklista för demensdiagnostik och basal utredning på primärvårdsnivå*. Läkartidningen 1990: 87:4098-99.
- Almberg, B & Jansson, W, Liber utbildning 1994, *Fånga stunden – hur man bemöter och förhåller sig till personer med demenshandikapp*.
- Alzheimer Insights special edition* june 1997.
- Annerstedt m.fl. *Demensanpassat boende*. Läkartidningen 1992; 89:2285-91.
- Ardeby.S. *Taktil stimulering – ett sätt att höja kvalitén inom vården*. Vita Media 1994. HUMANUS utbildning AB.
- Aremyr, G, Liber utbildning 1994, *Om att leva livet glömsk – aktivering vid demenssjukdomar*.
- Aremyr, G, Liber utbildning 1996, *Varför vägrar Asta duscha? eller Personlig hygien i demensvård*.
- Artikelserie i Läkartidningen 1990, *Konsensus om demenssjukdomar*.
- Baer, J, Norman/Örnen 1991, *Som en osynlig mur*.
- Beck-Friis, B, 1992, *Det blir lättare när det blir svårare – Råd till personal och anhöriga som vårdar senildementa*.
- Beck-Friis, B, Gothia Förlag 1988, *Hemma på Baltzarsgården – om vård av åldersdementa i gruppboende*.
- Beck-Friis, B, Spri 1994 (Spri-rapport 3889), *Borta bra men hemma bäst – humanitär och ekonomisk sjukhusbaserad hemsjukvård*.
- Brandt, Anders, Sahlin, Håkan, Svensson, Anette, Alzheimerföreningen i Sverige 1994, *Jag vet vad som väntar... men har svårt att acceptera det!*
- Brydolf, Gösta & Sahlin, Jan, *Demens och juridik*. Härnösands-Medelpads hälso- och sjukvård (1994)
- Bryson, H M & Benfield, P, Donepezil, *Drugs & Aging* 1997, March 10 (3) 234-241.
- Bråne, Görel, 1998, Artikel, Göteborg.
- Bråne.G, *Att bedöma demens med GDS-skalan*. Natur och Kultur. Stockholm 1997.
- Cars,J, Zander.B, *Samvaro med dementa. Råd till anhöriga och vårdbiträden om förhållningsätt*. 1998. Förlagshuset GOTHIA.
- Clarke et al, Folate, *Vitamin B₁₂ and serum total homocysteine levels in confirmed Alzheimer Disease*, Arch Neurol 1998;55:1449-1455.
- Cobbold Hjörne, M, Bonniers 1995, *Guppy till middag*.
- Dahl, A, Arbetarkultur 1990, *Ingenting blir sagt*.
- DeKosky (ed) e et al, *Managing Alzheimers disease*, Neurology 1997;48, Supplement 6.
- Demens utredningsrutiner 1998*. Kompendium Primärvården och Sahlgrenska Universitetssjukhuset Psykiatri.
- Dencker, K, Dencker, S.J. Tema hälsa 1994, *Vård av demenssjuka*.

- Fant, Maj, Natur kultur 1988, *Att bli mamma till sin mamma.*
- Fant, Maj, Natur & Kultur 1991, *De sista åren.*
- Folstein MF et al. Mini-mental state, *A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.* J Psychiatr Res 1975;12:189-198.
- Forskningsrådsnämnden 1995, *Värdigare vård – Aktuell forskning om Alzheimer och andra demenssjukdomar*, Källa 48.
- Forskningsverksamheten 1996, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Friström, Wilgott, Datastudion, *Kerstin, ett alzheimeröde.*
- Gottfries, C G, Karlsson, I and Nyth, L, *Treatment of Depression in Elderly Patients With and Without Demential Disorders.* Int. Clin Psychopharmacology, 1992, 6 suppl 5 s 55-64.
- Gottfries, C G, *Alzheimers sjukdom*, Hässle Inf 7/97 resp 8/98.
- Grafström, M, Hagmans förlag 1994, *Bilder av alzheimer – Fem situationer ur livet.*
- Guo ZC et al, *Low blood pressure and early death of elderly people with dementia.* Lancet 1998 Sep 26;352(9133):1035-1036.
- Hanserkers, Joyce, 1987 Studentlitteratur, Lund, *Det är svårt att vara anhörig.*
- Hanserkers, Joyce, 1987, Studentlitteratur, *Som när solen går i moln.*
- Ignatieff, M, Bromberg 1994, *Sprickor i vävnaden.*
- Isaksson, U, Bonniers 1995, *Boken om E.*
- Jonsson, T. *Demensutredningsmall.*
- Josephsson.S. *Everyday activities as meetingplaces in dementia.* Section of geriatric Medicin, Karolinska Institute, Stockholm
- Kielhofner.G. *A model of human occupation, theory and application.* 2nd ed. Baltimore: William & Wilkins. 1995
- Kihlgren.M. 1992, *Artikel: Personalutbildning ger färdigheter även hos patienterna*, Örebro.
- Larsson, R, Liber utbildning 1991, *År med Maria – Att leva nära en demenssjuk.*
- Lindgren, B, Rabén & Sjögren 1988, *Nu är du mitt barn.*
- Lindgren, B. En bok för alla 1993, *Loranga, Loranga.*
- Lovestone, S, *Early diagnosis and treatment of Alzheimer's disease.* Novartis 1998
- Lundström, K, Liber utbildning, 1995, *Glömmer, glömmer ej*, lärarhandledning och elevbok.
- Lundström.K, Johansson o Skyttmo förlag 1998, *Demens – Begrepp och förklaringar A-Ö.*
- Länsstyrelsernas demensstudie. Socialstyrelsen *Ädel-utvärderingen 1996:8.*
- Marcusson m.fl. *Demenssjukdomar. Lärobok* (1995) Almqvist&Wiksell, Stockholm.
- Marcusson, J, 1995, Liber utbildning; *Demenssjukdomar.*
- Marcusson, Jan, *Tidig diagnos och vårdplan – ett bättre liv för dementa.* Medicinskt forum nr. 8 1996 sid. 14-16.
- Mattson, Set, *Vårdkedjor – framtidens sjukvårdsorganisation.* Medicinskt forum nr 8 1996, sid. 30-31.
- McKhann et al, *Clinical diagnosis of Alzheimer's disease*, report of the NINCDS-ADRDA Work group under the auspices of Department of Health and Human Service Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology 1984;34:939-944.

- Miller et al, *A Study of the Lund-Manchester research criteria for frontotemporal dementia*, Clinical and single-photon emission CT correlations. *Neurology* 1997;48:937-942.
- Norberg, A, Engström, B, Nilsson, L. Bonnier Utbildning 1994, *God omvårdnad, grundvårdningar*.
- Norberg, Astrid, Zingmark, Karin, Nilsson, Lena, Bonnier utbildning, 1994 *Att vara dement – Människa instängd i trasig hjärna*.
- Nystrand, A, Röhl, A., MFR Medicinska Forskningsrådet, *Demens – Aktuell medicinsk forskning 1997*.
- Nyth, A L et al, *A controlled multicenter clinical study of citalopram and placebo in elderly depressed patient with and without concomitant dementia*. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86: 138-145.
- Olafsdottir & Marcusson, *Distriktsläkarens uppgift i familjemedicinskt perspektiv*. Kompetens kring demens bör byggas upp. *Läkartidningen* 1997, nr 11: 957-960.
- Pettersson, B, Natur & Kultur 1991, *De frånsinta*.
- Pettersson, Bertil, Fripress bokförlag, Natur & Kultur 2:a uppl. 1990, *Så är det bara – en dokumentär om senildemens*.
- Rabins, Peter V, Mace, Nancy I, Natur och kultur 2:a uppl., 1992. Studiehandedning finns; 36-timmarsdygnet.
- Rajala, Pertti, Centralförbundet för de gamlas väl, Finland. Översättning och bearbetning Annelie Hollo Spri-rapport 300 1991, *Minnesboken*.
- Rogers, S & Friedhoff, L. *Long-term efficacy and safety of donepezil in the treatment of Alzheimer's disease*. *European Neuropsychopharmacology* 8 (1998) 67-75.
- Sjöström, Kerstin, 1998, *Primärvårdens utveckling, nationell kvalitet*. Riktlinjer för vård demens PUNK – kvalitetshandbok, Stockholm. Utarbetad i samarbete med Vårdförbundet.
- Skoog, Ingemar, *Blood pressure and dementia*. Handbook of Hypertension, vol. 18.
- Skote, Inger, Norstedts, *Gå inte ifrån mig*.
- Sonde, Lars, Rapport 1996:9, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, *Demensutredningar – Resurser och praxis inom Stockholms län*, delrapport 3 inom projektet "Kvalitetsbokslut för äldre.
- SoS 1996:2*.
- Spångberg, Eva, Förlaget Åsnan 1990, *Det är fint att vara gammal*.
- Spångberg, Eva, Förlaget Åsnan 1990, *Jag – en åsna*.
- Spångberg, Eva, Förlaget Åsnan 1991, eller Spris förlag (finns i engelsk översättning), *Glasfönster om Ruth, ett åldrande i senil demens*.
- Spångberg, Eva, Förlaget Åsnan 1995, *Välkommen till mitt hjärtas hus*.
- Spångberg, Eva, Åsnan 1994, *Brevet till dig som anhörig till en demenssjuk*.
- Svedmyr, Sigrid, *Demenssjukdomar*. Prioritetsprojekt, Vårdprogram. Sydvästra sjukvårdsområdet och Södertälje sjukvårdsområde, Stockholms läns landsting, 1996.
- Svensson, Marianne, Edebalk, Per Gunnar, Rosén, Per, IHE arbetsrapport 1996:2, IHE- Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, *Äldreomsorg i kommunal och privat regi – verksamhet, kostnad och kvalitet*.
- The Lund and Manchester Groups. *Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal*

dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1994;57:416-418.

Tiwe, Eva, Spri Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut, 1998, *Den goda demensvården – Konsekvenser för individ och samhälle*.

Tiwe, *Den goda demensvården*. Spri förmedlar 9, Spris förlag, Stockholm 1998.

Wallin m.fl.: Klassifikation och utredning. Läkartidningen 1990; 87:3856-65.

Wallin, Anders, Karlsson, Ingvar, Robertsson, Barbro, Göteborgs universitet, 1994, Astra läkemedel, *Demens och demensliknande syndrom - Symtombeskrivning och behandling*.

Wallin m.fl., *Utredning och speciell diagnostik*. Läkartidningen 1990; 87:4443-48.

Wallskär, H, Verbum 1996, *Ett stöd betyder så mycket* – om avlösning för anhöriga till personer med demenshandikapp.

Wallskär, Helen, Svenska kyrkans församlingsnämnd 1997, *Anhöriga i fokus - cirkelmodellen*.

Widén, Lennart Red Professor, 1995, Tiden/Rabén, *En bok om hjärnan*. 32 svenska forskare om hjärnan och dess sjukdomar.

Wimo, Anders & Winblad, Bengt. *Hur demonstreras neuronprotektion vid behandling av demens?* Geriatrik nr. 2198 (1998) 78-81.

Wimo, Anders, Karlsson, Göran, Sandman, Per Olov, Winblad, Bengt, Rapport 1994:2 Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; *Vården av dementa – en tickande kostnadsbom – Förändring av prevalens och kostnader 1980-2025*.

Wimo, Anders, *I vardagslivet avslöjas tidiga tecken på demens*. Medicinskt Forum nr 4 1997 sid 16-20.

Vårdprogram demensstillstånd. I samverkan mellan Borås kommun och Landstinget i Älvsborg 1996. Vårdplaneringskansliet, Kommunalskontoret centrum, Borås.

Information om demenssjukdomar riktad till närstående och allmänhet:

Apoteket AB, *Allt åldrande är inte naturligt*. Informationsskrift Demensåret 1994.

Bohman, Gösta, *Sagan om Gunnel*. Bonniers förlag, Stockholm 1990.

Grafström, Winblad, Borell och Burenius, *Bilder av Alzheimer*. Inblick i demenssjukas och anhörigas vardag. Förlaget Hagman, Stockholm.

Persson My, *Förvirrad och glömsk*. Faktabok om Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar. Tre Böcker, Göteborg.

Cullberg J. *Kris och utveckling*. Natur och Kultur, Stockholm 1975.

Nordström C, Thunved A. *Nya sociallagarna*. ISBN 91-39-10377-3.

Winqvist M. *SOS – syndromet*. Liber 1984.

Etik:

Edlund L. *Etik i arbetslivet* Halmstad Konsultförlaget AB 1995

Barbosa da Silva. A. & al, *Vetenskap och människosyn i sjukvården*. Malmö Team Offset 1993.

Kost:

Karlström B, Landin I, Rothenberg E, Faxén I, m.fl., *Mat och kostbehandling för äldre, problem och möjligheter*. SLV 1998

Marcus E, Berry E, *Refusal to eat in the elderly*, Nutrition Reviews, 1998; 6: 163-171

Socialstyrelsen, *Näringsproblem i vård och omsorg, prevention och behandling*. SoS rapport 2000:11

Munvård:

Ahlborg.B, Alborn.B, Andersson.J. *Handbok för vårdpersonal*. AnA-Förlag
Nordenram.G, Nordström.G. *Äldretandvård*. Förlagshuset GOTHIA

Palliativ vård vid demens:

1. Socialstyrelsen Information om risker inom hälso- och sjukvården 1997:1 *Orsaken till att en åldersdement patient skriker kan vara smärta!* RiskRonden
2. Marzinski L. *The Tragedy of Dementia: Clinically Assessing Pain in the Confused, Nonverbal Elderly* Journal of Gerontological Nursing 1991;6:25-28
3. Kovach, Ch et al *Assessment and Treatment of Discomfort for People with Late-stage Dementia* Journal of Pain and Symptom Management 1999;6:412-419
4. Fabiszewski K. et al *Effect of Antibiotic Treatment on Outcome of Fevers in Institutionalized Alzheimer Patients*. JAMA 1990;23:3168-72,
5. Hanrahan P et al *Criteria for Enrolling Dementia Patients in Hospice: a Replication*. Am J Hosp Palliat Care 1999;16(1):395-400

Rättssäkerhet:

Institutet för medicinsk rätt AB. www.imrab.se

Hälso- och sjukvårdslagen SFS 1982:763. I lagen föreskrivs om vårdgivarens skyldighet att erbjuda en god och säker vård. ”Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område SFS 1998:531. Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att utföra sitt arbetet i överenskommelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, sakkunnigt och omsorgsfullt.

Lagen om Psykiatrisk tvångsvård (LPT) SFS 1991:1128

Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) SFS 1991:1129

SOSFS 1980:87 Socialstyrelsens kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård

SOSFS 1992:17 (S) Socialstyrelsens allmänna råd om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad.

SOSFS 1997:16 (S) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för personer. Ändring i *SOSFS 1992:17* om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad.

Vapenlagen 1996:67, 6 kap, 6§

Vägverkets författningssamling VVFS 1996:200, 10 kap, 1§

Formulär för intervju vid misstänkt demens

(modifierat efter Vårdprogram Demenstillstånd Borås kommun och Landstinget i Älvsborg 1996)

Namn:.....

Personnummer:.....

Minnesstörning JA NEJ

om JA hur länge?.....

Har patienten svårare än tidigare att komma ihåg

- a) tidpunkter
- b) personliga förhållanden
- c) händelser
- d) personer

Spatial oförmåga

Har patienten svårare än tidigare att hitta

- a) i nya miljöer
- b) i välkänd omgivning
- c) hemma i bostaden

Språkstörning

Har patienten svårare än tidigare att

- a) läsa
- b) skriva
- c) följa med i TV-program
- d) tala

Märker intervjuaren under samtalet tecken på

- a) ordglömska
- b) svårigheter att förstå vad som sägs
- c) svårigheter att tala

Praktisk oförmåga

Har patienten svårare än tidigare att klara

- a) vardagshandlingar (instrumentell ADL)
- b) telefonera
- c) ADL

Förändrat beteende

Har patienten visat tecken på

- a) omdömeslöshet
- b) känslomässig avflackning
- c) känslomässig instabilitet (ökande humörväxlingar)
- d) aggressivitet

Ange eventuellt avvikande beteende vid observation av patienten under intervjun

Intervjun kompletteras med kommunens vårdtagardata om social situation och hjälpbehov

Patientens och/eller anhörigas tillstånd att lämna denna information till utredande läkare har inhämtats datum.....

Intervjudatum.....

Intervjun utförd av (namn, titel)

.....

Mall för klinisk undersökning vid demensutredning

Avsedd att användas som checklista i samband med inledande läkarundersökning vid demensutredning. Den är modifierad och i delar hämtad från Demensutredningsrutiner, Göteborgs Sjukvård 1998 och kan kopieras för dokumentation som del i patientjournal. Om ett eller flera av symtomen i det inledande frågeschemat bejakas vid genomgång med patient och närstående bör utredning under demensmisstanke genomföras. Observera att enbart anamnestiska uppgifter aldrig bevisar eller utesluter demens!

1. Anamnesgenomgång med patient och närstående

Frågeschemat belyser vanliga tidigsymtom vid flertalet demenssjukdomar men är speciellt inriktat mot tidigsymtom vid Alzheimers sjukdom och i viss mån mot pannlobsdegeneration.

Minnesstörning?

Svårare än tidigare att komma ihåg tidpunkter, egna förhållanden, händelser eller personer.

Ja Osäkert Nej

Spatial oförmåga?

Svårare än tidigare att hitta i nya miljöer eller välkända omgivningar.

Ja Osäkert Nej

Språkstörning (dysfasi)?

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

Ja Osäkert Nej

Praktisk oförmåga (apraxi)?

Svårare än tidigare att klara av inlärd färdigheter eller att utföra

vardagliga handlingar, t.ex. telefonera, knyta skor, klä sig. Bilkörning?

Ja Osäkert Nej

Förändring av personlighetsdrag?

T.ex. omdömeslöshet, blödighet, känslomässig avflackning, aggressivitet, insiktslöshet, förändrat ätbeteende.

Ja Osäkert Nej

2. Allmänsomatisk undersökning

(att särskilt observera inom parentes)

Allmäntillstånd

Näringstillstånd (*uttorkning, avmagring, tecken på endokrin störning, thyreoideasjukdom m.m.*)

Hygien (*klädsel, händer, fötter, lukt*)

Hud (*blekhet, cyanos, ikterus, ev. sår, infektioner, utslag, vaskulittecken*)

Rörelseförmåga (*gå/stå, hjälpmedel, personstöd etc.*)

Smärtpåverkan (*spontan/vid undersökning*)

Munhåla och svalg

Slemhinnor, tandstatus/proteser

Lymfkörtlar och sköldkörtel

Hals, supraklavikulärt, axiller, ljumskar

Cirkulation och andning

Inkompensationstecken (*andnöd i liggande, vid tal eller rörelser, bensvullnad, cyanos*)

Blodtryck liggande och stående (*inkl. pulsökning vid uppresning. Kompletteras ev. med ortostatiskt prov*)

Hjärtrytm och frekvens

Ev. blåsljud hjärta och/eller carotis

Buk

Palpation lever, galla, njurloger, tarm, blåsa (*resistens, ömbet, förstoppning, blåsfyllnad*)

3. Översiktligt neuropsykiatriskt status

Allmänt

Medverkan och motivation vid undersökning. Insikt om symtom. Förmåga att beskriva symtom, behov av sufflering av medföljande.

Vakenhet och orientering

Uppmärksamhet, kontaktförmåga (*vakenhetsänkning, grad?*). Psykisk klarhet (*desorientering, inadekvat beteende, spontant/vid uppmaning, förvirrat beteende*).

Psykomotoriskt tempo

(*förlängsamning*)

Emotionella/affektiva funktioner

Stämningssläge (*depression - atypisk med somatiska symtom?, eufori*), Affektyttringar, affektiv kontroll (*gråtmildhet, blödighet, inadekvat glättighet, irritabilitet, aggressivitet*).

Psykotiska eller paranoidea symtom

Vanföreställningar (*t.ex. misstänksamhet, förföljelse, besökare*). Illusioner (*missstolkningar*). Hallucinos (*syn, hörsel, lukt, känsel*).

”Frontallobssymtom”

Emotionell förflockning eller reduktion, indolens, tappar tråden eller persevererar, upprepar eller ger upp lätt. Nedsatt spontantal, nedsatt psykomotorik, apati. Ohämmat tal/beteende. Distanslöshet, nedsatt omdöme.

4. Orienterande neurologiskt status

- **Rörelsemönster vid gång.** Uppmärksamma lokalisering/typiska skademönster:
Parkinsonism: *startsvårigheter, korta basande steg, propulsion, anteflexion, nedsatta armmedrörelser, arm/handtremor, sidoasymmetri*
Subkortikalt/frontalt/(obs hydrocefalus): *gångapraxi, långsambet, vackling vid vändning, rel. bevarade armmedrörelser*
Cerebellärt: *bredspårighet, ryckighet, svajning, falltendens även i seende, spec. vid vändning*
Djupkänslstörning/sensorisk ataxi: *bredspårighet, falltendens, bättre i seende, ofta droppfotstendens*
Spastisk pares: *stelhet, ryckighet, dåligt framskjut, utåtrotation eller saxningstendens, nedsatt hälgångsstyrka, översträcken. i knäled. Vid hemipares armadduktion + armbågs-flexion*
- **Ofrivilliga rörelser**
Tremor, hyperkinesier? (*Parkinsonism med under/övermedicinering*)
Småvinkande eller slängande choreatiska rörelser? (*t.ex. Huntington*)
Flapping tremor? (*hepatisk encefalopati Wernicke*)
Upprepande myoklonier? (*t.ex. avancerad degenerativ sjukdom, Creutzfeld-Jakob??*)
- **Syn, hörsel** (grov bedömning, ev. visustavla, viskstämma, komplettera vid nedsättning).
- **Tal och språk**
Röst: (*monoton, snubblande, dysartri?*)
Tal: (*upprepande, perseveration?*)
Ordflöde: (*gott flyt men innehållsfattigt eller endast enstaka, bärande ord? Nedsatt spontantal, mutism?*)
Förståelse av talat respektive skrivet språk (*sensoriska afasiinslag?*)
Benämningsförmåga?
- **Kranialnerver**
Enkel synfältsprövning (*Donders eller dubbelkonfrontation*).
Ögonrörelser: *blickpares horisontellt (stroke eller annan lesion) Blickpares nedåt/uppåt? (supranukleär pares, hydrocefalus, hög hjärnstamslesion)*
Blickriktningsnystagmus (*cerebellopati, hjärnstamslesioner, Wernicke*)
Dubbelseende, dyskonjugation (*hjärnstamslesion, oculomotorius- eller abducenspares*)
Pupiller: Anisokori, trög ljusreaktion (*expansiv process eller synnervspåverkan*)

Sväljförmåga (vatten), svalgreflexer (*trög sväljn + livl reflexer vid central/bilat skada, trög sväljn + nedsatt reflex + nasalt tal vid bulbär pares, myasteni*)

Tungmotorik (*deviation, atrofi, fascikulationer*)

- **Motorik i extremiteter**

Grasset (*positiv = central pares: pronation+fingerflexion+sänkning eller nedsatt armlyft*)

Handgreppstyrka, fingerspel.

Benlyft från liggande, fot/stortåextension.

Passiv tonus i ben/armar: *Spasticitet, klonus? Blyrörs- eller kugghjulsrigiditet (extrapyramidal sjukdom)?*

Aktivt motstånd mot passiv rörelse (Gegenhalten, paratoni vid subkortikal/frontal sjukdom, hydrocefalus)

- **Reflexer**

Muskelreflexer (*asymmetri – höger/vänster, armar/ben?*)

Fotsulereflex (*normalt plantarrespons eller Babinskäfenomen?*)

Primitivreflexer (*vid avancerad degenerativ eller vaskulär sjukdom eller hydrocefalus*): *Snout/sugreflex, palmomental, gripreflexer.*

- **Känsl**

Prova först distalt i fötter händer, om nedsatt fortsatt proximalt. Vasst/trubbigt. Ev. dubbelsimultan stimulering (*hypoalgesi? heminattention, neglekt?- fr.a. efter stroke*). Vibrationssinne (*stämgaffel 120 Hz, jämför med egen känsl!*) *finngar och tår/anklar (B12-brist, diabetes, alkohol).*

- **Balans och koordination**

Rombergs prov, finger-näs, diadochokinesis, häl-knä (*cerebellär eller sensorisk ataxi, förlångsammad diadochokinesis vid parkinson, frontal skada, pares*).

5. Mini Mental Test enligt Folstein

Datum:.....Undersökare.....

Patient (födelsnr, namn).....

Ev tillfälliga faktorer som kan påverka undersökn.

Poäng

(...) 5

(...) 5 **Orientering**

Ange år, månad, veckodag, datum, årstid

Land, län/landskap, ort, vårdcentral/sjukhus, avdelning eller motsvarande

(...) 3 **Registrering/inläring**

Nämna tre föremål (nyckel, tandborste, lampa) eller tre verb såsom äta, prata, torka. Repetera tills patienten kan upprepa orden, men högst 6 gånger. 1 poäng för varje rätt.

(...) 5 **Räkneförmåga/uppmärksamhet**

Räkna högt 100-7 o.s.v. i 5 steg.

Stava baklänges till KONST

Så fort ett fel uppstår (som patienten inte själv korrigerar) kan inga ytterligare poäng uppnås. Den uppgift som klaras bäst ska bokföras.

(...) 3 **Minne**

Vilka var de tre föremålen (eller handlingarna) som nämndes tidigare?

(...) 1 **Spatial förmåga**

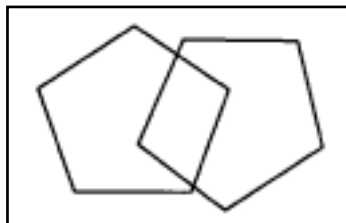
Rita av mönstret med

femhörningarna

(alla hörn och

beröringspunkter

krävs för att få poäng)



(...) 2

(...) 1 **Benämningsförmåga**

Visa en klocka och en penna och be patienten säga vad det är

Be patienten upprepa följande: Inga om och eller men.

(...) 3 **3-stegsuppmaning**

”Ta det här papperet i din högra hand, vik det på mitten och lägg det på golvet!”

(1 poäng för varje moment)

(...) 1 **Läsförståelse**

Be patienten utföra vad som står på ett papper ”blunda i 5 sekunder och titta sedan igen!” eller

”peka på dörren/fönstret!”

(...) 1 **Skrivförmåga**

Be patienten skriva en mening vilken som helst. (Meningen ska ha subjekt och predikat samt ha en innebörd. Stavfel ignoreras.)

(...) 30 **Summa**

Tidig demens kan misstänkas vid poängsumma under 24.

Se kommentarer och observanda kapitel 6, sid 27

Förtydligande av laboratorieprov och undersökningar vid demensutredning

Basal utredning

Blodstatus (B-Hb, B-LPK): Allvarlig blodbrist försämrar syretransporten till hjärnan med åtföljande yrselsymtom, trötthet m.m., men kan inte som enda faktor förorsaka demens. Anemi kan försvåra vid befintlig demens.

B-glukos: Diabetes kan debutera med trötthet, svaghet, yrsel, allmänpåverkan och speciellt hos äldre kan de klassiska diabetesymtomen ibland komma i skymundan.

B-SR: Hög sänka kan tyda på bakomliggande infektion, t.ex. i urin- eller luftvägar, inflammationstillstånd, t.ex. temporaliserit eller i vissa sjukdomar i blodbildande organ.

S-Natrium, S-Kalium, S-Calcium, albuminnormerat: Elektrolytrubbningar av olika orsaker kan försämra funktioner i centrala nervsystemet. Förhöjd kalciumnivå kan förekomma vid bland annat sjukdomar i bisköldkörtlar och skelettvävnad och kan leda till bland annat förvirringstillstånd och demensliknande symtom.

S-Kreatinin: Påvisa njurfunktionsnedsättning/njursjukdom.

S-ALP, S-ALAT, S- γ -GT: Leverfunktionsprover för att belysa eventuell leversjukdom, leverpåverkan vid alkoholmissbruk eller av läkemedel.

Thyreoidaprov: Förhöjd eller sänkt sköldkörtelfunktion.

B-kobalaminer, P-folat och S-homocystein: Vitamin B₁₂-brist kan leda till blodbrist men långt innan en sådan hunnit uppstå kan symtom från nervsystemet uppkomma och även bli bestående. De typiska symtomen vid B₁₂-brist är domning, känselnedsättning, balansstörning i benen men yrsel och demensliknande symtom är sannolikt också vanliga symtom. Folsyrebrist kan sannolikt påverka nervsystemet på delvis liknande sätt även om detta inte är helt säkerställt. En säkrare markör för bristnivåer är förhöjt S-homocystein. Se även avsnittet i om vitaminbriststillstånd i kapitlet om demensorsakande sjukdomar.

Urinsticka: Screening för äggvita, blod, socker och bakterier, bland annat med tanke på eventuell diabetes, urinvägsinfektion eller njursjukdom.

Ev koncentrationsprov av läkemedel: Läkemedelsbiverkningar som drabbar centrala nervsystemet är vanligare och kan också vara svårare att upptäcka hos äldre. Hjärtläkemedel, blodtryckssänkande, analgetika, anti epileptika, bensodiazepiner liksom olika psykofarmaka kan ge upphov till bland annat trötthet, yrsel, förvirring eller muskelsvaghet.

EKG: EKG bör ingå i demensutredning som en del av kartläggning av hjärtfunktionen. Förmaksflimmer och andra rytmstörningar med risk för redan inträffade eller hotande infarkter i hjärnan som eventuellt kan förebyggas med läkemedel. Hjärtsvikt kan försämra hjärnans syresättning med åtföljande diffusa symtom som trötthet, yrsel, oro eller förvirring m.m. EKG är även viktigt i samband med bedömning och behandling av högt blodtryck.

Ortostatiskt prov: Blodtrycksfall eller konstant lågt blodtryck kan utgöra en försämrande faktor vid olika hjärnsjukdomar, inte minst vid vaskulär demens med redan befintliga störningar i hjärnans

blodflöde. Yrsel- och falltendens är vanligt hos många äldre, med ökad risk för bland annat skullskador. Ibland är orsaken överbehandling av högt blodtryck. Ortostatiskt prov bör därför göras på vida indikationer vid demensutredning. Obs korrekt manschettbredd. Vilotryck och puls mäts efter minst 10 minuters vila. Omedelbart efter uppresning liksom efter en, fem och tio minuter kontrolleras tryck och puls igen. Om patienten ej kan stå – mät efter uppsittning. Observera tecken på yrsel, svimningstendens.

Ev. röntgen hjärta-lungor: Andnöd, störningar av hjärtrytm liksom allmän trötthet kan vara symptom på hjärtsvikt. Förvirringstillstånd och andra symptom från hjärnan kan samtidigt förekomma. Vid misstanke om hjärtsvikt bör röntgen av hjärta och lungor ingå i demensutredningen.

Datortomografi av hjärnan (CT): Denna undersökning bör i princip ingå i alla utredningar vid demensmisstanke. Den är numera allmänt tillgänglig, går snabbt att utföra och är enkel för den undersökte. Datortomografi bör göras skyndsamt vid snabb demensutveckling (veckor – månader) liksom när den kliniska bilden i övrigt antyder ett snabbt tilltagande sjukdomstillstånd i hjärnan, t.ex. tumör. Syftet med CT vid demensutredning är i första hand att påvisa respektive utesluta behandlingskrävande sjukdomar som hydrocefalus, tumörer, blödningar, lokalisation och utbredning av en eller flera hjärninfarkter eller andra tecken på ischemi, t.ex. småkärlssjukdom. Vid vaskulär demens och vid kombination av cerebrovaskulär sjukdom och Alzheimer kan ofta multipla håligheter och/eller omfattande vitsubstansskador påvisas i storhjärnans djupare strukturer. I detta sammanhang skall påpekas att vitsubstansskador ofta påträffas även hos kognitivt friska äldre människor. Sådana förändringar är även relaterade till hög ålder och till annan hjärt-/kärlsjukdom.

Vid degenerativa demenssjukdomar i tidigt skede kan CT visa normala förhållanden eller lokal hjärnbarksatrofi (minskad vävnadsvolym), t.ex. i pannloben vid frontallobsdegeneration. Omvänt kan hos många friska äldre med bevarade kognitiva funktioner påvisas mindre atrofiska förändringar liksom ovannämnda små håligheter i den djupa vita substansen. CT-fyndet kan i dessa fall inte ensamma vare sig utesluta eller bevisa att demenssjukdom föreligger. Vid långt framskriden degenerativ demenssjukdom brukar CT visa utbredd eller generell atrofi i storhjärnan. Ibland förekommer hos samma patient utbredda vitsubstansförändringar eller andra tecken på småkärlssjukdom vilket försvårar bedömningen av vilken sjukdom som är den mest avgörande för patientens demensstillstånd.

Vid avancerad demens kan patienten ha svårt att medverka, ligga still och resultatet kan bli svårbedömt. Om det vid avancerad demenssjukdom inte finns kliniska misstankar på någon bakomliggande åtgärdbar hjärnsjukdom torde CT-undersökning av hjärnan ha begränsad praktisk betydelse för behandlingen.

Kompletterande undersökningar

EEG

EEG kan vare sig säkert påvisa eller utesluta en strukturell sjukdom i hjärnan. Elektroencefalografi avspeglar summan av den elektriska nervimpulsaktiviteten i hjärnbarken. Flertalet demenssjukdomar men även andra sjukdomstillstånd i hjärnan påverkar den normala grundrytmen i hjärnbarken så att denna vid EEG-undersökning blir långsammare. Detta förhållande kan motivera EEG som led i demensutredning i speciella fall, t.ex. som hjälp för att särskilja depression eller pseudodemens av annan orsak från en organisk demenssjukdom med strukturskada i hjärnan. Vid depression brukar EEG vara normalt. Med stigande ålder sker även hos helt friska individer en viss förlångsaming av grundrytmen i EEG, vilket kan begränsa undersökningens informationsvärde.

En dominerande anledning till att utföra EEG är i övrigt när det finns misstanke om epilepsi eller epileptiska anfall, vilket kan förekomma under förloppet av flera demenssjukdomar. Även om patienten haft endast enstaka epileptisk anfall innebär påvisad så kallad epileptiform aktivitet vid EEG att antiepileptisk medicinering bör övervägas liksom ytterligare stöd för restriktion mot körkortsinnehav.

Vid konstaterat demenstillstånd ger EEG sällan ytterligare diagnosinformation. Vid frontallobsdemens kan EEG vara normalt. Den ovanliga sjukdomen Creutzfeld-Jakob medför emellertid ett typiskt EEG-mönster som stöder diagnosen.

Sammanfattningsvis bör EEG betraktas som en undersökning att utnyttja enbart vid riktade frågeställningar: 1. Vid oklara demensliknande symtom - demens eller pseudodemens? 2. Vid misstanke om epilepsi eller epileptiska anfall.

Likvorundersökningar

Den så kallade albuminkvoten utgör ett mått på graden av albuminläckage från hjärnans blodkärl ut i hjärnvävnaden och likvor (cerebrospinalvätskan). Detta läckage ökar något med normalt åldrande vilket resulterar i en lätt stigande albuminkvot. Vid kärlsjukdomar, infektioner, inflammationer liksom tumörsjukdomar i hjärnan är denna blod-hjärnbarriär skadad vilket medför ökat äggviteläckage från blodkärlen och en förhöjd albuminkvot vid jämförelse serum/likvor. ”Ren” Alzheimersjukdom eller annan primär degenerativ demenssjukdom påverkar inte albuminkvoten. Detta förhållande kan användas i differentialdiagnostik. Vid kroniska, inflammatoriska sjukdomar och infektioner i hjärnan med demenssymtom föreligger vanligen såväl ett ökat antal vita blodkroppar som förhöjning av immunoglobuliner (antikroppar) i likvor. Om sådan typ av sjukdom misstänks vid demens bör likvorundersökning alltid göras.

Undersökningar av likvor har fått ett alltmer ökande värde i forskningssammanhang och kompletterande utredningar för att kartlägga vissa markörer på nervcellsönderfall såväl vid vaskulär demens som vid primära degenerativa demenssjukdomar har blivit tillgängliga.

Sammanfattningsvis finns det ännu inte skäl för rutinmässig lumbalpunktion vid samtliga demensutredningar. Däremot bör undersökning ske vid riktade frågeställningar, som ett led i kompletterande utredningar.

Hjärnperfusionsscintigrafi – SPECT

Hjärnans regionala blodflöde avspeglar nervcellernas aktivitet i olika delar av hjärnan. Vid demenssjukdomar avtar denna aktivitet inom de hjärnbarksregioner som är mest påverkade av sjukdomsprocessen. Genom att injicera svagt radioaktiv substans i blodet och mäta distributionen av denna i hjärnan med strålkänslig kamera kan man på så sätt få en grov uppfattning om avvikelser i fördelningen av hjärnans blodflöde. Nervcellsaktiviteten och blodflödet påverkas emellertid även av andra mekanismer och kan t.ex. vara nedsatt vid svår depression. Blodflödesmätningar med SPECT måste därför tolkas med erfarenhet och försiktighet och ger i flertalet demensfall otillräcklig information för att avgöra demensorsak. Undersökningen ger emellertid kompletterande och värdefull information i vissa fall och kan därför ingå som kompletterande undersökning vid vissa frågeställningar.

Magnetresonanstomografi (MRT) eller magnetkamera.

MRT är jämfört med datortomografi en nyare, dyrare och för patienten mera krävande metod för avbildning av hjärnan. Jämfört med datortomografi är bildupplösningens förmåga betydligt bättre, varför ned till millimeterstora vävnadsförändringar kan studeras. Även vävnadsegenskaper som blodflöde, energiomsättning m.m. kan studeras. Hjärnans ventrikelsystem och dess flöden av likvor kan undersökas.

Magnetkamera har fått en ökande roll vid demensutredningar liksom vid utredning av andra sjukdomar i nervsystemet. Den bör aktualiseras vid riktade frågeställningar som led i kompletterande utredningar.

Neuropsykologisk undersökning

Neuropsykologisk undersökning innebär att en specialiserad psykolog med olika standardiserade neuropsykologiska tester eller ”testbatterier” noggrant kartlägger patientens kognitiva funktioner och eventuella störningar i dessa. Denna typ av undersökningar är betydligt känsligare än screening-test, såsom MMT, för att upptäcka och dokumentera symtom på begynnande demenssjukdom.

En neuropsykologisk undersökning kan även ge värdefulla insikter om den demenssjukes reaktion på sin sjukdom och upplevelse av aktuell livssituation. Undersökningen måste ofta anpassas individuellt för att ge bästa möjliga belysning av patientens funktionshinder. Den kan utföras och värderas endast av specialiserad psykolog, neuropsykolog och den är tidskrävande. Allt detta innebär tyvärr begränsade praktiska möjligheter att utföra neuropsykologiska undersökningar som rutin vid alla demensutredningar, även om detta i princip vore önskvärt.

Läkarintyg i samband med demensvård

(Finns att hämta i PROFF.doc, dokument/blanketter)

Namn:.....Personnummer:.....

- 1 Orsak till hjälpbehovet:
- 2 Provtagning för basal demensutredning, datum:
- 3 Demenssjuksköterskans utredning, datum:
- 4 Grundläggande läkarundersökning p g a demenssymtom, datum:
- 5 Bedömning efter utredning:
 - a. Symtombild förenlig med hjärnskadesyndrom:

<input type="checkbox"/> frontalt/frontotemporalt	<input type="checkbox"/> parietalt	<input type="checkbox"/> subkortikalt
<input type="checkbox"/> globalt	<input type="checkbox"/> blandform	<input type="checkbox"/> obestämt
 - b. Patienten kan vara störande för omgivningen p g a följande beteendeförändring:
 - c. Aktuell funktionsförmåga
 - enl Berger grad.....
 - enl Katz ADL-index.....
 - d. Övriga sjukdomar eller behov av behandling:
 - e. Behov av kompletterande utredningar inklusive ev. remissdatum:
- 6 Diagnos (demensorsaker), en eller flera:
- 7 Utifrån medicinska grunder rekommenderas

<input type="checkbox"/> dagsjukvård
<input type="checkbox"/> gruppboende
<input type="checkbox"/> korttidsvård (växel- eller avlastningsvård)
<input type="checkbox"/> sjukhem

Underskrift

Ort och datum

Namnunderskrift

Telefonnummer

Befattning

Provtagning för basal demensutredning

Blodstatus (B-Hb, B-Lpk.), B-SR

B-glukos

S-Natrium, S-Kalium, S-Calcium, albuminnormerat, S-Kreatinin

S-ALP, S-ALAT, S- γ -GT

Thyreoidaprov

B-kobalaminer, P-folat och S-homocystein

Urinsticka

EKG

Datortomografi av hjärnan (CT)

Ev koncentrationsprov av läkemedel, serologi mot Borrelia, HIV

Ev ortostatiskt prov

Ev röntgen hjärta-lungor

Berger-skalan

Grad 1. Kan fungera i de flesta miljöer. De dagliga aktiviteterna påverkas/störs dock ofta av glömska.

Grad 2. Reder sig själv, men endast i välbekant miljö.

Grad 3. Behöver vägledning för att fungera i välbekant miljö. Svarar adekvat på instruktioner.

Grad 4. Behöver hjälp (handgripligt, praktiskt) för att fungera. Kan inte handla enbart efter instruktioner.

Grad 5. Förflyttar sig själv. Behöver hjälp med att fungera. Kan inte kommunicera verbalt på ett begripligt sätt.

Grad 6. Säng- eller rullstolsbunden. Svarar endast på beröringsstimulans.

Katz' ADL-index

+ = oberoende av hjälp - = beroende av hjälp

ADL-grad B, K, T, F, I, M

A + + + + + +

B - + + + + +

C - - + + + +

D - - - + + +

E - - - - + +

F - - - - - +

Övriga: Beroende vid minst två aktiviteter men ej klassificerbara enligt ovan

B = Badning

K = På- och avklädning

T = Toalettbesök

F = Förflyttning

I = Kontinens

M = Födointag

Frontotemporalt hjärnskadesyndrom (frontallobsyndrom)

- Nedsatt motivation, nedsatt initiativförmåga, koncentrationssvårigheter
- Relativt välbevarat närminne och rumslig orientering
- Emotionell avtrubning, nedsatt inlevelseförmåga, indifferent
- Bristande emotionell och beteendemässig kontroll, ohämmat eller asocialt beteende, ibland ökande missbruk
- Sviktande omdöme och självkritik, bristande sjukdomsinsikt
- Förändrat stämningsläge, förhöjt euforiskt eller sänkt med depression och apati
- Motoriska talstörningar, torftigt språk, stereotyp, upprepande tal, minskat spontant, efterhand mutism (stumhet)
- Rörelsestörningar med avtagande psykomotorik och mimik, stereotypa beteenden, stelhet (rigiditet) och rörelsearmod
- Perseveration, upprepningstendens
- Förändrat oralt och sexuellt beteende (vid avancerad symtombild)

Parietotemporalt hjärnskadesyndrom

- Tilltagande minnes- och inpräglingssvikt: Särskilt svårigheter att minnas händelser.
- Sensorisk afasi: Innehållsfattigt, osammanhängande tal. Osammanhängande tal, svårigheter att förstå eget och andras tal, att benämna.
- Agnosi: Svårigheter tolka syn- eller känseltryck, att känna igen föremål och personer, trots normal syn och känsel.
- Apraxi: Oförmåga att utföra ändamålsenliga rörelsesekvenser, t.ex. att klä sig, äta, att promenera eller använda redskap.
- Visuospatala störningar: Bristande kroppsmedvetande, oförmåga att orientera sig i rummet, att rita av kub eller läsa av en klocka.
- Emotionella symtom som ångslan och depression. Ofta relativt bevarad personlighet och fasad.

Subkortikalt hjärnskadesyndrom

- Psykisk och psykomotorisk förlängsamning. Initiativförmågan ofta nedsatt. Tankeförmåga, minne, språkliga och visuospatala funktioner ofta innehållsmässigt relativt bevarade men förlängsamade.
- Stämningsläget i regel sänkt och depression är vanligt.
- Förlängsammat rörelsemönster. Muskelstelhet och motstånd vid rörelser (rigiditet), förminskade, tröga viljemässiga rörelser (hypokines).
- Förändrat gångmönster med startsvårighet, korta steg och stel kroppshållning, framåtböjd eller statyliknande upprätt.
- Vid vissa sjukdomar: ofrivilliga rörelser, t.ex. tremor vid Parkinsonism, eller koreoatetos (vinkande, ormande rörelser) vid Huntingtons sjukdom.
- Förlamningssymtom, svaghet och spasticitet fr.a. i benen kan. Babinskifomen, subklonus, livlig reflexaktivitet.
- Tröga och inskränkta ögonrörelser. Snubblande, entonigt eller svårartikulerat tal. Trög sväljning, stegrad masseterreflex, primitivreflexer.

Globalt hjärnskadesyndrom

- Minnesstörning och ett eller flera av följande statusfynd:
- Nedsatt abstraktionsförmåga (nedsatt numerisk förmåga, nedsatt ordspråksförståelse, nedsatt logisk förmåga)
- Anomi (benämningssvårigheter)
- Desorientering (tid, rum)
- Visuospatal störning (nedsatt förmåga att avbilda en kub och/eller läsa av en klocka.

Läkemedel som kan förvärra psykiska funktionsstörningar vid demens

Läkemedel med antikolinerga bieffekter. Hos flertalet patienter med demens är den kemiska signalöverföringen i hjärnan försämrad redan på ett tidigt stadium. Speciellt vid Alzheimers sjukdom är acetylkolinsystem försvagat vilket medför en ökad känslighet för läkemedel med centrala antikolinerga bieffekter. Även i låg dosering kan sådana läkemedel medföra försämrad kognitiv funktion och förvirringstillstånd. Risk för denna typ av biverkningar finns med bland annat antiemetika, disopyramid, icke-selektiva neuroleptika samt tricykliska antidepressiva.

Läkemedel som kan framkalla konfusion via andra mekanismer är histamin₂-receptorblockerare, digitalispreparat, betareceptorblockerare, kortikosteroider, vissa NSAID-preparat, baklofen, opioider (morfin och besläktade analgetika, t.ex. dextropropoxifen), dopaminerga läkemedel, litium, bensodiazepiner, teofyllin, sederande antihistaminer, acyklovir, acetazolamid, vissa laxantia.

Depressiva symtom kan orsakas av betablockerare, dopaminerga läkemedel, neuroleptika, indometacin, kortikosteroider, dextropropoxifen.

Extrapyramidala biverkningar förekommer vid behandling med neuroleptika, metoklopramid, cisaprid.

Generell försämring av cerebrala symtom, förvirring m.m. kan uppkomma på grund av sänkt blodsocker av antidiabetiska läkemedel, på grund av dehydrering och saltbalansstörningar av diuretika liksom vid all överbehandling av högt blodtryck.

Terapiförslag vid psykiatriska symtom hos patienter med demenssjukdom.

Allmänt

Man bör i första hand försöka värdera och minimera sådana faktorer i patientens omgivning som kan bidra till de psykiatriska symtomens uppkomst.

Ibland förekommer patientens symtom vid en speciell tidpunkt och då kan det räcka med att ändra dagliga rutiner för att symtomen ska lindras.

Vid demensomvårdnad är det viktigt med regelbundna dygnsrutiner.

Hunger, otrivsel och obehag kan bidra till psykiatriska symtom.

Goda ljusförhållanden dagtid kan förhindra desorientering.

Höga ljud och buller kan skapa oro.

Ompröva all läkemedelsbehandling regelbundet, t.ex. varje månad. Försök att sanera läkemedelsbehandlingen, att ta bort alla läkemedel som patienten inte bedöms ha någon kort- eller långsiktig nytta av.

Vid säkerställd Alzheimers sjukdom: överväg insättning av kolinesterashämmare som kan vidmakthålla ADL-förmåga och lindra kognitiva symtom vid mild till måttlig grad av demens. Bör ske i samråd med geropsykiatrisk specialist och utifrån gällande lokalt vårdprogram. Regelbunden läkaruppföljning av behandlingen är nödvändig, för utvärdering av effekter och eventuella biverkningar.

Patienter med demens är speciellt känsliga för läkemedel. Därför finns rådet om generell återhållsamhet. Speciellt gäller det neuroleptika och bensodiazepiner.

Om neuroleptika bedöms indicerat väljs risperidon före haloperidol på grund av risperidons lägre risk för extrapyramidala biverkningar och sannolikt mindre påverkan på kognitiva funktioner. Acceptera hellre kvarstående symtom än att neuroleptika dosen höjs så att biverkningar uppstår. Undvik tillägg av antikolinergika som i sig kan ge upphov till ytterligare biverkningar.

Det bör observeras att flera av nedanstående symtomgrupper vid demenssjukdom delvis kan bero på eller förvärras av samtidig depression. Svårigheter föreligger för diagnos av depression vid demenssymtom. Användningen av skattningsskalor kan vara ett hjälpmedel.

Aggressivitet

1. Uteslut kroppslig sjukdom, t.ex. infektion. Uteslut smärttillstånd som orsak.
2. Faktorer i omgivningen som orsakar symtom?
3. Om misstanke på depression: SSRI-preparat, t.ex. Citalopram 10 mg x 1 alt Sertralin 50 mg x 1.
4. Den antiaggressiva effekten av SSRI-preparat kommer inom en vecka och inte fördröjd som den antidepressiva effekten.
5. Om depression kan uteslutas: Risperidon 0,5-1 mg x 1-2 alternativt karbamazepin 50-100 mg x 2 (initialt); gradvis upp till 600-800 mg/dygn.

Hallucinationer

Risperidon 0,5-1 mg x 1-2

Paranoia

Risperidon 0,5-1 mg x 1-2

Ångest

1. Uteslut kroppslig sjukdom. Smärtor?
2. Oxazepam 5-30 mg/dygn. Korttidsbehandling enbart.
3. Vid långtidsbehandling rekommenderas Buspiron med startdos 10 mg/d. Måldos 30 mg/d.
4. SSRI-preparat vid panikångest.
5. Clomethiazol vid tillfälliga nattliga ångestattacker.

Nedstämdhet

1. SSRI-preparat Citalopram 10 mg x 1 alt Sertralin 50 mg x 1.
2. SSRI-preparat i kombination med Mianserin 10-30 mg till natten.
3. Moclobemid 150 mg x 2
4. SNRI-preparat

Akut förvirring

1. Läkemedelssanering.
2. Läkemedel med antikolinerg effekt bör undvikas.
3. Uteslut kroppslig sjukdom.
4. God omvårdnad
5. Klomethiazol vid svår oro och sömnsvårigheter, 300-1200 mg till natten.
6. Oxazepam, 5-15 mg/dygn
7. Risperidon 0,5-1 mg x 1-2, vid inslag av hallucinos.

Sömnstörningar

1. Uteslut kroppslig sjukdom. Depression?
2. Störande omgivningsfaktorer?
3. Zopiclon 3,75-7,5 mg alternativt Zolpidem 5-10 mg till natten.
4. Klomethiazol till natten, tillfälligt som singelmedel eller kombinerat med annat läkemedel.
5. Oxazepam 2,5-10 mg till natten.

Vid svåra sömnstörningar kan ett insomningsmedel exempelvis Zolpidem ½-1 tim före sänggåendet kombineras med Levomepromazin 5-10 mg alternativt Propiomazin 12,5-25 mg 2 tim före sänggåendet. Vissa dementa tål antihistaminer som sedativa, andra får biverkningar i form av förvirring, grav sedering och intellektuell påverkan.

Ropbeteende

1. Svårbehandlat. I första hand ett omvårdnadsproblem.
2. Uteslut smärta/ångest/rädsla/protest
3. God omvårdnad
4. SSRI-preparat
5. Risperidon

Vagabonderande

1. Svårbehandlat. I första hand ett omvårdnadsproblem.
2. Patienter med Alzheimerdemens med tidig debut får ibland motorisk oro sent i sjukdomsbilden. Vissa förbättras av karbamazepin.
3. SSRI-prep.
4. Risperidon

Mani

Remiss till psykiatrisk specialist. Eventuellt Risperidon eller Litiumprofylax.

Demenssymtom vid Parkinsons sjukdom

Vid Parkinsons sjukdom och samtidiga behandlingskrävande demenssymtom bör neuroleptika undvikas, med undantag för klozapin.

1. Överväg sänkt dosering av dopaminerga farmaka.
2. Kontakta neurolog alternativt geropsykiatrisk specialist för samråd angående ytterligare dosjusteringar av läkemedlen mot parkinsonsymtomen och/eller klozapin-behandling, som även i små doser kan ha symtomlindrande effekt utan att menligt påverka de motoriska parkinsonsymtomen.

Demenslarm i Mark och Svenljunga kommuner

Externa larm i eget boende:

Dörrlarm

När det finns risk att den demenshandikappade går ut och inte kan hitta hem kan dörrlarm installeras vid entrédörr, lägenhetsdörr samt altandörr m.m. Detta larm tidsinställs, så att vid övriga tider på dygnet kan passage ske. Installation sker av installatör. Ordinerar av sjuksköterska.

Larmmatta

Larmmattan kan placeras vid lägenhetsdörr eller framför säng. När den demenshandikappade ställer sig på mattan aktiveras larmet. Ej tidsinställning. Möjlighet till tidsinställning kan beställas. Detta är dock ej standard. Kopplas larmmattan till befintligt dörrlarm, kan tidsinställning erhållas via dörrlarmets tidsinställning.

Installation sker av vårdpersonal. Ordinerar av sjuksköterska.

Sängvakt

Denna placeras i sängen och är tidsinställd. När den demenshandikappade lämnar sängen och är borta längre tid än förinställd tid så aktiveras larmet. Installationen sker av installatör samt i vissa fall av personal. I moderna spisar finns inbyggd spisvakt. Ordinerar av sjuksköterska.

Spislarm

Med hjälp av spisvakten stängs spisen automatiskt av vid överhettning eller när plattan varit på för länge. Vid installation av spisvakten kan bostadsanpassningsbidrag utgå. Ordinerar av sjuksköterska.

Nödsändare/trygghetsklocka

Vid risk för försvinnande kan den demenshandikappade erhålla Salvo nödsändare. Den har form av en klocka som bärs på armen. Närstående eller personal anmäler försvinnandet till polisen. SOS Alarm aktiverar sedan nödsändaren, polisen kan sedan pejla in var den demenshandikappade finns. Ordinerar av sjuksköterska.

Interna larm i särskilda boendeformer:

Demenslarm i form av dörrlarm, sängvakt samt larmmatta. Se ovan.

Övriga larm:

Enkla anropssystem

Påkallningssignal kan ordinerar till person med funktionshinder och som inte kan påkalla uppmärksamhet inom bostad. Även sändare för att påkalla uppmärksamhet i offentlig miljö, exempelvis vid post, bank eller bensinstation. Ordinerar av distriktsarbetsterapeut.

Anfallslarm

Dessa larm reagerar på skakningar, används vid epilepsi t.ex. när man själv inte kan påkalla hjälp. Ordinerar av distriktsarbetsterapeut.

Datum:

Ankomstsamtal- livshistoria för:

.....
namn och födelsedata

Kontaktperson:.....

Födelseort

Ev. tidigare efternamn och smeknamn

Barndomshem och bostadsorter

Barndomshemmet - finns det kvar och besöks?

Föräldrars namn och yrke

Syskons namn

Plats i syskonskara – relation till syskon

Skolgång(skolor, antal år etc)

Yrkesutbildning och ev. värnplikt

Atmosfären i barndomshemmet

Barndomstiden – Hur var den?

Viktiga händelser från barndomen som ofta återkommer

Viktiga saker från barndomen

Yrke(n)

Familj (civilstånd, make/makas/sambo namn, yrke, årtal för ev. bortgång)

Bostadsorter och flyttningar

Barnens och barnbarnens namn och bostadsorter

Viktiga arbetskamrater och vänner

Ensamhet/umgänge

Intressen/livsstil

Språk/dialekt

Vanor och personlighet (mat, kläder, dygnsrytm, rökning, hygien, egenskaper, m.m.)

Händelser och ting från vuxenlivet som ofta återkommer

Ev. förändringar av familjeförhållanden, vanor, boende m.m.

Egna attityder till åldrandet och döden

Viktiga händelser under ålderdomen som ofta återkommer i samtal

Personlighetsförändringar i samband med demenssjukdomen

Intressen/aktiviteter som fortfarande utövas eller som man gärna talar om

Annat som Du tycker vi bör känna till

Närståendes önskemål och situation

.....
Namn, adress, telefon, relation

Vilka önskemål om hur följande ska ordnas har du/ni

- information om det dagliga livet för er anhörig (dagbok, telefonkontakt från/till avdelningen)
- möjlighet att få vara ostörd med min/vår anhörig
- möjlighet till att kunna övernatta
- information om förändringar i din/er anhöriges hälsotillstånd
- hur vill du/ni få information om er anhörige hastigt skulle avlida (vem ska kontaktas, kan besked lämnas även nattetid)

Önskar du/ni regelbundna samtal med

Patientansvarig sjuksköterska	Ja/Nej	Kontaktperson	Ja/Nej
Enhetschef/verksamhetschef	Ja/Nej	Patientansvarig läkare	Ja/Nej

Har din/er anhörig uttryckt några speciella önskemål inför livets slutskede

Även om personalen har huvudansvaret för omvårdnaden av din/er anhörig skulle det kanske kännas meningsfullt för dig/er att delta på något sätt, helt enligt din egen och din anhöriges önskemål

Nej

Ja Hur vill du/ni i så fall vara delaktiga

Vill du/ni ha information om aktiviteter på avdelningen, för att eventuellt kunna delta tillsammans med er anhörig

Hur går det ekonomiskt att klara ensamboende? (Du som tidigare varit sammanboende med din anhörige) Går det bra! Önskas ekonomisk rådgivning!

Hur är ditt kontaktnät; har du någon att samtala med

Önskar du/ni delta i anhöriggrupp?

Telefonlista

Marks kommun

Anhörigkonsulent, Maria Grönberg **0320-170 03**
Distriktsköterska/sjuksköterska i hemsjukvården i Marks kommun,
 nås via växeln i Marks kommun **0320-170 00**, ange boendeområde.
God man, överförmyndarmyndigheten i Mark,
 nås via växeln i Marks kommun **0320-170 00**
Hjälpmedel, rehabenheten **0320-77 94 62**
Omsorgsutredare (hemtjänst, avlastning, boende),
färdtjänsthandläggare och LSS-ärenden
 via växeln i Marks kommun **0320-170 00**, ange boendeområde.

Svenljunga kommun

Anhörigrådgivare, Birgitta Boo **0325-180 00** onsdag-fredag.
Biståndsbedömare (hemtjänst, avlastning, boende), **färdtjänsthandläggare och LSS** nås via växeln i Svenljunga **0325-180 00**, ange boendeområde.
Distriktsköterska/sjuksköterska i hemsjukvården i Svenljunga kommun,
 nås via växeln till Svenljunga kommun **0325-180 00**, ange boendeområde.
God man, överförmyndarmyndigheten i Svenljunga,
 nås via växeln i Svenljunga kommun **0325-180 00**
Hjälpmedel **0325-18 560**

Lasarett

Alingsås lasarett **0322-22 60 00**
 Borås lasarett **033-616 10 00**
 Mölndals lasarett, Minneskliniken **031-343 10 00**
 Skene lasarett **0320-77 80 00**

Primärvården i Mark och Svenljunga

Jourcentralen **0320-77 93 00**
 Fritsla vårdcentral **0320-721 85**
 Horreds vårdcentral **0320-308 80**
 Kinna vårdcentral **0320-306 00**
 Skene vårdcentral **0320-77 93 01**
 Svenljunga vårdcentral **0325-126 30**
 Sätla vårdcentral **0301-475 66**

Stödföreningar

Alzheimerföreningen i Sverige **046-14 73 18**, fax 046-18 89 76
 Demensförbundet i Sverige **08-658 52 22**
 Lokala demensföreningen för Mark-Svenljunga Birgitta Svensson **0301-432 41**
 Lokalföreningen i Borås. Laila Hillevidsson **033-24 73 50**
 Lokalföreningen i Mölndal. Eivor Strandefjord **031-795 53 33**
 Lokalföreningen i Göteborg. Inger Jacobsson **031-88 25 87**
 Lokalföreningen i Kungsbacka-Varberg-Falkenberg Alice Bengtsson 0340-61 17 39

Vårdkedjan-Demens i Mark och Svenljunga

Vårdkedjeledare Siv Tagesson **0320-77 91 36**

Sammanställning av antal *gruppboendeplatser för dementa* i Mark och Svenljunga kommuner.

SVENLJUNGA KOMMUN

Lysjöområdet

Skogslyckan - 8 platser, Bofinken - 7 platser

Måsen - 5 platser

Centralorten Svenljunga

Furubergsgården: Duvan - 8 platser

Klockaregården: Kattfot - 8 platser

Rosengränd - 7 platser

Kindaholm

Östrabo: Södergränd - 8 platser

Hagabacken - 7 platser

Avlastningsplatser och dagvård finns i anslutning till gruppboenden.

MARKS KOMMUN

Kinna

Kinnaborg 1, korttidsboende – 12 platser med blandade diagnoser

Kinnaborg 2 - 7 platser

Klockarbo, dagvårdsverksamhet för dementa - 8 platser/dag

Rönnäng avd 5 - 8 platser

Skene

Soläng – 10 platser

Fritsla

Klockaregården - 12 platser

Örby

Lugnet – 8 platser

Torestorp

Kullabyn – 7 platser

Horred

Eckbacken – 8 platser

Sätla

Björkeberga 16 platser

GBS-skalan

Skala för skattning av demens

Ref: Bråne G. Att bedöma demens med GBS-skalan. Natur och Kultur, 1997.
© Görel Bråne

Anvisningar: Bedöm individens tillstånd utifrån följande frågeformulär. Skattningspoängen kan bli antingen 0,1,2,3,4,5 eller 6 på varje fråga. Sätt ett kryss för det svarsalternativ du tycker stämmer överens med tillståndet. Om tillståndet ej motsvarar vad som definierats utan ligger någonstans emellan, kryssa för alternativ 1, 3 eller 5.

Nedsatt funktion av ADL

	0	1	2	3	4	5	6
Av- och påklädning	Klär sig helt själv. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Får hjälp med knappar, dragkedja och dylikt. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Måste ha hjälp av vårdare vid av- och påklädning, men deltar aktivt. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Måste kläs helt. <input type="checkbox"/>
Måltider	Äter själv. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behöver tillsyn och hjälp vid måltiderna. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Måste alltid ha tillsyn och hjälp vid måltiderna, men hjälper till själv. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Måste matas helt. <input type="checkbox"/>
Fysisk aktivitet	Kan gå obehindrat, eventuellt med käpp. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behöver stöd för att kunna gå (gånghjälpmedel). <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behöver levande stöd för att kunna gå. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Är stols- eller sängbunden <input type="checkbox"/>
Spontanaktivitet	Normal motorik och spontanaktivitet. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sitter ofta mer stilla än vad som kan anses normalt, men agerar eller rör sig spontant vid lätt stimulering. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rör sig spontant endast vid kraftig stimulering som t.ex. när anhöriga kommer på besök. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visar ingen spontanaktivitet, rör sig endast vid direkt uppmaning såsom tillsägelse att gå till matsal, säng osv. eller för att tillfredsställa elementära behov (t.ex. gå på toaletten). <input type="checkbox"/>
Personlig hygien	Klarar att själv sköta sin personliga hygien. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Måste ha viss hjälp vid duschande och badande men klarar själv att t.ex. tvätta sig, kamma sig och borsta håret och tänderna. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Måste ha hjälp med all personlig hygien, men deltar själv aktivt. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Måste hjälpas helt med den personliga hygien, hjälper inte till själv. <input type="checkbox"/>
Kontroll av blåsa och tarm	Kan kontrollera blåsa och tarm. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Misslyckas någon gång med vattenkastningen, men klarar sig för övrigt med påminnelse eller om han/hon blir snabbt hjälpt till toalett eller med bäcken. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Misslyckas med vattenkastningen flera gånger i veckan och/eller är faecesinkontinent ibland. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ständigt urin- och/eller faecesinkontinent. <input type="checkbox"/>

GBS-skalan

Skala för skattning av demens

Ref: Bråne G. Att bedöma demens med GBS-skalan. Natur och Kultur, 1997.
© Görel Bråne

Anvisningar: Bedöm individens tillstånd utifrån följande frågeformulär. Skattningspoängen kan bli antingen 0,1,2,3,4,5 eller 6 på varje fråga. Sätt ett kryss för det svarsalternativ du tycker stämmer överens med tillståndet. Om tillståndet ej motsvarar vad som definierats utan ligger någonstans emellan, kryssa för alternativ 1, 3 eller 5.

Intellectuell funktionsnedsättning

	0	1	2	3	4	5	6
Person-orientering	Känner väl till sitt namn och kan ange yrke, ålder och födelsedatum. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Känner till sitt namn men har brister i kännedomen om yrke, ålder och födelsedatum. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Känner hjälpligt till sitt namn men inte yrke, ålder eller födelsedatum. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helt desorienterad till sin egen person.. <input type="checkbox"/>
Tidsorientering	Helt orienterad i tiden, dvs. känner till veckodag, datum, månad och år. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Delvis orienterad, klarar åtminstone två av tidsvariablerna veckodag, datum, månad och år. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vet vilken årtid det är men inte veckodag, datum, månad eller år. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helt desorienterad i tiden. <input type="checkbox"/>
Rumsorientering	Vet vilken geografisk ort, vilket sjukhus/avdelning/rum han/hon befinner sig på, dvs. är helt orienterad i rummet. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har brister i rumsorienteringen, men är orienterad på den egna avdelningen eller i sitt hem. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorienterad, dvs. har brister i rumsorienteringen på den egna avdelningen eller i sitt hem. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helt desorienterad i rummet. <input type="checkbox"/>
Närminne	Ingen närminnesstörning, känner till vad som hämt de senaste dygnet. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nedsatt närminne, vilket dock endast märks vid mer ingående samtal. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Så nedsatt närminne att det även märks vid ytliga samtal. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Närminnet helt utplånat, kommer inte ihåg något från den ena stunden till den andra. <input type="checkbox"/>
Fjärrminne	Ingen fjärrminnesstörning, minns vid ingående samtal samn på för honom/henne viktiga personer och viktiga politiska eller andra händelser från tidigare perioder i livet. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har svårt att minnas för honom/henne viktiga personer och viktiga politiska händelser från tidigare perioder i livet. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Redan vid ytliga samtal märks att fjärrminnet är nedsatt, minns t.ex. ej familjemedlemmarnas namn, antal, var de bor osv. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fjärrminnet helt utplånat. <input type="checkbox"/>
Vakenhet	Helt vaken.. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förefaller av och till lätt dåsig. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visar tecken på dåsighet, men endast lätta uppmaningar krävs för att han/hon skall hålla sig vaken. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Somnolent dvs dåsig, går att väcka men sjunker snart tillbaka i dåsigheten igen. <input type="checkbox"/>
Koncentration	Inga koncentrations-svårigheter, inga svårigheter att samla tankarna i intervju-situationer, följa ett TV-program eller läsa en skriven text. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verkar av och till okoncentrerad, dvs. avviker från diskussionsämnet och har vissa svårigheter att läsa eller följa ett TV-program. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Påtagligt koncentrationsstörd, har svårt att hålla en rak linje i samtalet eller finna sammanhang i TV-program, tidningsartiklar och dylikt. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Så grava brister i sin koncentrationsförmåga att något meningsfullt samtal ej kan genomföras. <input type="checkbox"/>

	0	1	2	3	4	5	6
Tempo	Klarar att skynda sig då detta krävs. <input type="checkbox"/>	Klarar av en uppgift även om han/hon påskyndas, men prestationsförmågan försämras då påtagligt. <input type="checkbox"/>	Klarar av en uppgift även om han/hon påskyndas, men prestationsförmågan försämras då påtagligt. <input type="checkbox"/>	Då han/hon påskyndas, försämras prestationsförmågan i sådan utsträckning att han/hon ej ens kan genomföra enkla uppgifter och blir redig, orolig och/eller förvirrad. <input type="checkbox"/>	Så avtrubbad att han/hon inte alls reagerar när man försöker skynda på honom/henne. <input type="checkbox"/>		
Förströddhet	Normalt samlad. <input type="checkbox"/>	Verkar av och till förströdd. <input type="checkbox"/>	Verkar av och till förströdd. <input type="checkbox"/>	Måttligt men konstant förströdd. <input type="checkbox"/>	Konstant mycket förströdd, oförmögen till målinriktad sysselsättning. <input type="checkbox"/>		
Omständlighet	Uttrycker sig ej omständligt. <input type="checkbox"/>	Av och till mångordig och detaljrik i sin framställning, dock inga som helst problem med att hålla sig till ämnet. <input type="checkbox"/>	Av och till mångordig och detaljrik i sin framställning, dock inga som helst problem med att hålla sig till ämnet. <input type="checkbox"/>	Konstant mångordig och detaljrik, har svårigheter att "komma till sak" och gör många utvikningar från ämnet. <input type="checkbox"/>	Ingen förmåga att uttrycka vad han/hon önskar, förlorar sig helt i ordrika detaljer. <input type="checkbox"/>		
Distraherbarhet	Uppmärksamheten kvarhålls normalt vid stimulering. <input type="checkbox"/>	Uppmärksamheten störs då och då av ovidkommande stimuli. <input type="checkbox"/>	Uppmärksamheten störs då och då av ovidkommande stimuli. <input type="checkbox"/>	Uppmärksamheten är konstant påfallande störd. <input type="checkbox"/>	Uppmärksamheten är så allvarligt störd att meningsfull aktivitet (t.ex. lättare sysslor eller ett normalt samtal) ej kan genomföras. <input type="checkbox"/>		
Språkstörningar	Inga språkstörningar, talar felfritt och flytande och förstår vad som sägs till honom/henne. <input type="checkbox"/>	Språkstörningar förekommer ibland, t.ex. i form av begränsat ordförråd och långsamt, hackigt men fullt förståeligt eller flytande men svårförståeligt tal eller i form av ljud/ordförväxlingar eller minskad förmåga att förstå andras tal. <input type="checkbox"/>	Språkstörningar förekommer ibland, t.ex. i form av begränsat ordförråd och långsamt, hackigt men fullt förståeligt eller flytande men svårförståeligt tal eller i form av ljud/ordförväxlingar eller minskad förmåga att förstå andras tal. <input type="checkbox"/>	Språkstörningar förekommer ofta i enkla samtal, t. ex. i form av mycket begränsat ordförråd och mycket långsamt men förståeligt tal eller i form av upprepade ljud/ordförväxlingar, flytande nonsental eller kraftigt nedsatt förmåga att förstå andras tal. <input type="checkbox"/>	Kan inte göra sig förstådd verbalt. Har ständigt mycket stora svårigheter att förstå andras tal. <input type="checkbox"/>		

Emotionell funktionsnedsättning

	0	1	2	3	4	5	6
Emotionell funktion	Ingen funktionsstörning, har förmåga att reagera med sorg, glädje, hat, rädsla, ilska m.m. i olika situationer. <input type="checkbox"/>	Funktionsstörning förekommer ibland, visar då tecken på sorg, glädje m.m., men de "fina" nyanser som tidigare karakteriserat honom/henne har gått förlorade. <input type="checkbox"/>	Funktionsstörning förekommer ibland, visar då tecken på sorg, glädje m.m., men de "fina" nyanser som tidigare karakteriserat honom/henne har gått förlorade. <input type="checkbox"/>	Visar ibland tecken på sorg, glädje m.m., men gör det på ett grovt, onyanserat sätt. <input type="checkbox"/>	Helt utslacknade emotionella funktioner, har ej förmåga att visa tecken på sorg, glädje m.m. <input type="checkbox"/>		
Emotionell labilitet	Normal förmåga att kontrollera känslomässiga reaktioner. <input type="checkbox"/>	Gråter eller skrattar på ett ohämmat eller överdrivet sätt vid kraftig känslomässig stimulering. <input type="checkbox"/>	Gråter eller skrattar på ett ohämmat eller överdrivet sätt vid kraftig känslomässig stimulering. <input type="checkbox"/>	Reagerar även vid måttlig känslomässig stimulering på ett ohämmat sätt. <input type="checkbox"/>	Förmågan att kontrollera känslomässiga reaktioner är helt förlorad. <input type="checkbox"/>		
Motivation	Motiverad för aktivitet och sysselsättning. <input type="checkbox"/>	Behöver en hel del uppmuntran för att påbörja en uppgift och visar ofta endast ett förstrött intresse för denna. <input type="checkbox"/>	Behöver en hel del uppmuntran för att påbörja en uppgift och visar ofta endast ett förstrött intresse för denna. <input type="checkbox"/>	Brister tydligt i sin motivation och måste om och om igen manas på för att påbörja och fullfölja en uppgift. <input type="checkbox"/>	Över huvud taget inte motiverad till sysselsättning, påbörjar aldrig en uppgift spontant, kan inte ens med mycket kraftig stimulering förmås delta i en aktivitet. <input type="checkbox"/>		

GBS-skalan

Skala för skattning av demens

Ref: Bråne G. Att bedöma demens med GBS-skalan. Natur och Kultur, 1997.

© Görel Bråne

Anvisningar: Bedöm individens tillstånd utifrån följande frågeformulär. Skattningspoängen kan bli antingen 0,1,2,3,4,5 eller 6 på varje fråga. Sätt ett kryss för det svarsalternativ du tycker stämmer överens med tillståndet. Om tillståndet ej motsvarar vad som definierats utan ligger någonstans emellan, kryssa för alternativ 1, 3 eller 5.

Ofta förekommande demenssymptom

	0	1	2	3	4	5	6
Förvirring	Har förmåga att tänka klart och har normala kontakter med människorna i sin omgivning. <input type="checkbox"/>		Förefaller villrådig och sökande. <input type="checkbox"/>		Uppenbart förvirrad, intervjun är svår och tidsödande och svaren ofta inadekvata, men korta stunder av klarhet förekommer. <input type="checkbox"/>		Helt förvirrad, vilket gör meningsfull kommunikation omöjlig. <input type="checkbox"/>
Irritabilitet	Visar inga tecken på irritabilitet. <input type="checkbox"/>		Visar av och till tecken på irritabilitet, i synnerhet vid närgångna frågor. <input type="checkbox"/>		Kontakt som ej borde vara provocerande utlöser ofta irritabilitet som ej alltid kan bemästras. <input type="checkbox"/>		All kontakt utlöser kraftig irritabilitet som ej kan bemästras. <input type="checkbox"/>
Ängslighet	Visar ingen överdriven ängslighet. <input type="checkbox"/>		Av och till bekymrad, oroar sig i onödan för saker och ting men kan behärska sig. <input type="checkbox"/>		Ständigt överdrivet ängslig, oroar sig för bagateller men kan avledas. <input type="checkbox"/>		Så påtagligt ängslig att han/hon ej kan utföra ändamålsenliga handlingar, oroar sig för bagateller; kan ej avledas. <input type="checkbox"/>
Ängestkänslor	Har varken psykiska eller kroppsliga tecken på ängest. <input type="checkbox"/>		Visar av och till tecken på vag psykisk olust, men tillståndet kan bemästras. <input type="checkbox"/>		Visar konstant tecken på diffus psykisk olust som kan stegras till panik, tillståndet avspeglar sig i kropps-hållningen, vegetativa symptom som svettning och hjärtklappning kan före-komma; kan ej avledas. <input type="checkbox"/>		Visar tecken på kraftig diffus psykisk olust med långdragna panik-attacker, känslor av skräck och/eller dödsångest förekommer, och kan ej bemästras. <input type="checkbox"/>
Sänkt stämningläge	Neutralt stämningläge. <input type="checkbox"/>		Förefaller av och till nedstämd och själv-förebrående, men stunder av ljusare stämningläge dominerar. <input type="checkbox"/>		Påfallande nedstämd, vilket märks både verbalt och i ansiktsuttryck och kropps-hållning (känner sig t.ex. försummad av familj och vänner och klagar över värk, trötthet, sömnproblem m.m.). <input type="checkbox"/>		Extremt deprimerad, vilket gör honom/henne oförmögen att fungera i de allra flesta situationer. <input type="checkbox"/>
Rastlöshet	Ingen rastlöshet. <input type="checkbox"/>		Vissa tecken på rastlöshet, ändrar t.ex. ställning flera gånger under samtalet, har svårt att hålla händer och fötter stilla och plockar gärna med föremål. <input type="checkbox"/>		Förefaller påtagligt rastlös, kan t.ex. ej sitta stilla, gör ständiga ansatser att resa sig under samtalet, vrider händerna eller plockar intensivt med närliggande föremål. <input type="checkbox"/>		Vandrar nästan konstant av och an och kan ej förmås att sitta stilla ens en kortare stund. <input type="checkbox"/>

GBS-profil

	0	1	2	3	4	5	6
Personorientering
Tidsorientering
Rumsorientering
Närminne
Fjärrminne
Vakenhet
Koncentration
Tempo
Förströddhet
Omständlighet
Distraherbarhet
Språkstörningar

Summa

Emotionell funktion	.	.	.	.	.	.	.
Emotionell labilitet	.	.	.	.	.	.	.
Motivation	.	.	.	.	.	.	.

Summa

Av-och påklädning	.	.	.	.	.	.	.
Måltider	.	.	.	.	.	.	.
Fysisk aktivitet	.	.	.	.	.	.	.
Spontanaktivitet	.	.	.	.	.	.	.
Personlig hygien	.	.	.	.	.	.	.
Kontroll blåsa och tarm	.	.	.	.	.	.	.

Summa.....

Förvirring	.	.	.	.	.	.	.
Irritabilitet	.	.	.	.	.	.	.
Ängslighet	.	.	.	.	.	.	.
Ångest	.	.	.	.	.	.	.
Sänkt stämningsläge	.	.	.	.	.	.	.
Rastlöshet	.	.	.	.	.	.	.

Patientens namn:.....

Födelsenummer.....

Bedömare:..... Datum.....

Problem relaterade till indirekt bedömning av förarlämplighet hos äldre körkortsinnehavare.

1. Avsaknad av lämpliga normer, stor spridning i normalpopulationen.
2. Testprestationen är beroende av begåvning eller utbildningsnivå.
3. Betydelsen av skicklighet och vana, personen har kanske varit yrkesförare. Rutinerna vid bilkörning sitter djupt rotade i ryggmärgen
4. Neuropsykologiska test belyser inte tillräckligt viktiga områden som omdöme och insikt.

Viktiga variabler att titta på då man bedömer lämpligheten för att köra bil.

- Reaktionshastighet – enkel och komplex. När man kommer åkande i 100 km fart betyder tiondelarna av sekunder mycket i färdsträcka och kan betyda skillnad mellan kollision eller inte kollision. Våra patienter kör dock inte i 100 km/tim, de är kända för att köra långsamt. I vägforsningsolyckor är det inte så mycket tiondelarna det handlar om utan det är uppfattningsförmågan som är det viktiga. Reaktionshastigheten är dock inte oväsentlig. Den kan var ett tecken på att övriga hjärnfunktioner är störda.
- Psykomotorisk hastighet har ett visst samband med reaktionshastighet, men i begreppet ingår framför allt processhastigheten för informationsbearbetningen. Patienterna uppvisar ofta långsamhet med besluten.
- Visuospacial förmåga handlar om att uppfatta och tolka omgivningen korrekt.
- Uppmärksamhetsfunktioner (selektiv, delad, bibehållen) har stor betydelse vid bilkörning.
- Vid testning ses ibland bra koncentration den första timmen för att därefter snabbt sjunka.
- Minnesfunktioner är självklart viktiga i trafiken. Vad visade exempelvis skylten jag passerade? Skulle jag lämna företräde eller ej?
- Förmågan att omsätta all information i praktisk och adekvat handlande, är också mycket avgörande för lämpligheten som bilförare.
- Omdöme och insikt i egna begränsningar! Den normale åldringen anpassar sig efter sina begränsningar. Han undviker att köra i mörker eftersom den begynnande starren gör att man lätt blir bländad vid möten. Man undviker svår trafik och trafikomläggningar för att det blir krångligt med alla vägmärken. Vid demenssjukdom förloras omdöme och insikt vilket innebär att kompensationsförmågan försvinner och man tror att man är en lika bra och skicklig förare som förr i tiden.

OBS Förbud mot fortsatt bilkörning och körkortsåterkallelse leder till KRISREAKTION. Man vet fortfarande inte vad som händer med dem som förlorar sitt körkort. Blir de fortare institutionaliserade eller ej? Studier för att se vad som händer pågår.

Sammanfattning:

-Tag ställning till fortsatt bilkörning. Man måste fråga om de fortfarande kör bil.

-Ha en beredskap och ett handlingsprogram för att hjälpa patienterna i denna nya situation. Färdtjänst? Hjälp till med att finna alternativa transportmöjligheter.

- Bli uppmärksam på krisreaktioner och stötta patienten och anhöriga.

Läkarintyg i körkortshänsende

- a. Anmälan enligt KKL 17A§
- b. Föreläggande för Länsstyrelsen.
- c. Körkortstillstånd.

Intyg till myndigheten bör innehålla:

- uppgift om orsaken till intyget
- uppgift om att man tagit del av handlingarna vid föreläggande
- beskrivning av undersökningsresultaten
- din egen bedömning av lämpligheten för körkortsinnehav
- eventuella förslag till kompletterande undersökningar, synfält, neuropsykologisk testning, praktiskt förarprov

Att tänka på:

- lämna relevanta uppgifter om sjukdomar som kan påverka trafiksäkerheten.
- vid progredierande tillstånd: Ange förslag till lämpligt kontrollintervall.
- det föreligger större krav på personer i grupp II-III (yrkesbehörighet).

EGNA ANTECKNINGAR

EGNA ANTECKNINGAR

EGNA ANTECKNINGAR