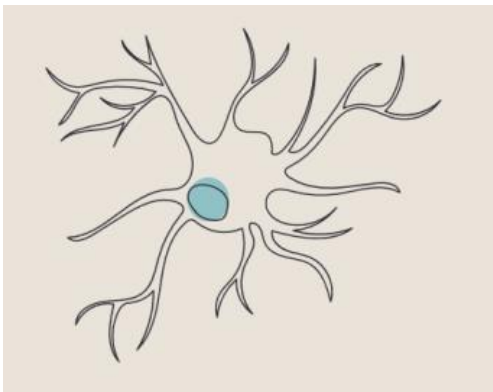


Lewy Body demens - en underdiagnosticerad demenssjukdom?

Lewy Body demens, även kallad Lewy Body dementia, Lewy Body sjukdom och Lewykroppsdemens, är en demenssjukdom som först beskrevs under 1980-talet. Vid Lewy Body demens ses en ansamling av Lewy Bodies/Lewykroppar, det vill säga små skadliga proteinansamlingar, i hjärnans nervceller, vilka påverkar förbindelserna mellan nervcellerna i hjärnan på ett negativt vis. Proteinansamlingarna kan finnas utspridda i hjärnans olika delar, både i hjärnbark som hjärnstam.



Lewy Body demens klassas som en primärdegenerativ demenssjukdom och debuterar oftast efter 65 års ålder. Sjukdomen har likheter med både Alzheimers sjukdom och Parkinsons sjukdom, men är en egen diagnos. Ibland beskrivs Parkinsondemens och Lewy Body demens som samma sjukdom. Vilken av diagnoserna patienten får beror på om de kognitiva funktionsnedsättningarna eller rörelsenedsättningen kommer först (vid Lewy Body demens är patientens intellekt oftast väl bevarat). Lewy Body demens tros stå för cirka 10-15 % av demenssjukdomarna. Troligen är antalet patienter med Lewy Body demens dock underdiagnostiserat då risken är stor att sjukdomen förväxlas med andra demenssjukdomar.

Ett tidigt symptom vid Lewy Body demens är synhallucinationer, vilka många gånger kan vara i form av ansiktslösa människor. Ibland beskriver patienterna initialt det som att de har nattliga mardrömar (inte alltid att patienten i början beskriver det som hallucinationer). Ett annat tidigt symptom vid Lewy Body demens är nedsatt uppmärksamhet. Ytterligare symptom som kan förekomma vid sjukdomen är trötthet, störd drömsömn, nedsatt förmåga att bedöma avstånd (exempelvis att patienten missbedömer avståndet inför en nedsittning på en stol och då sätter sig bredvid stolen), långsamma/hasande rörelser (hypokinesi), stelhet i muskler (rigiditet) samt nedsatt minne (kommer sent i sjukdomen). Symptomgraden vid Lewy Body demens kan variera/fluktuera, men en gradvis försämring sker då sjukdomen progredierar. I samband med Lewy Body demens är det även viktigt att kontrollera patientens blodtryck då så kallad ortostatism är vanligt förekommande hos patientgruppen, det vill säga att blodtrycket kraftigt förändras i samband med hastig lägesändring från

liggande-stående. Ortostatismen kan visa sig exempelvis i form av upprepande fallincidenter, trötthet och konfusion.

Lewy Body demens kan, i likhet med andra demenssjukdomar, ej botas men läkemedelsbehandling kan minska/lindra vissa symptom, exempelvis när det gäller synhallucinationer. Elisabet Londos (Överläkare vid Minneskliniken i Malmö vid Skånes universitetssjukhus samt lektor vid Lunds universitet, expert inom området Lewy Body demens) rekommenderar att läkemedelsbehandling sätts in i rätt ordning vid en Lewy Body demens. Med detta menar Elisabet att så kallade acetylkolinestrashämmare (symptomhämmande läkemedel vid demens, så som bland annat Donepezil och Rivastegmin) sätts in först, därefter kan L-Dopa testas som behandling mot parkinsonismen. Om synhallucinationerna fortsätter att upplevas besvärande trots behandlingen så kan läkemedel så som Ouetiapin testas. När det gäller läkemedelsbehandling är det dock viktigt att beakta att patienter med Lewy Body demens inte bör behandlas med så kallad neuroleptika (exempelvis Haldol och Risperdal vid behandling av synhallucinationer) på grund av en ökad känslighet/risk för läkemedelsbiverkningar.

Lewy Body demens ur ett kliniskt perspektiv

Jag arbetar som sjukgymnast inom Förenade Care Uppsala Hemvård och möter i mitt arbete där dagligen personer med demenssjukdom. I detta reportage har jag valt att beskriva mitt sjukgymnastiska arbete kring en patient med Lewy Body demens.

Patienten hade en sedan tidigare av läkare konstaterad Lewy Body demens. Patienten bodde i ordinärt boende och var i stort behov av vård- och omsorg i hemmet. Patienten uppvisade alla de symptom som beskrivits tidigare här i reportaget. Patientens symptombild varierade/fluktuerade över dygnet och en gradvis försämring kunde ses då sjukdomen progredierade. Patienten hade en tydligt nedsatt förflyttningsförmåga, nedsatt balans samt ökad risk för fall. Patienten hade ramlat vid flertalet tillfällen och hade en konstaterad ortostatism. Flera av fallincidenterna skedde i samband med förflyttningar som patienten försökte göra själv, exempelvis att patienten missbedömde avståndet i samband med nedsittning på sängkant/stol.

Där jag arbetar finns ett välfungerande team kring patienterna (bestående av sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska, enhetschef, omvårdnadspersonal/vårdbiträden samt, om det är aktuellt, anhöriga) och under den tid patienten hade stöd från oss inom hemvården så arbetade vi tätt inom teamet. Under den tid jag träffade patienten genomförde jag som sjukgymnast kontinuerligt bedömningar kring patientens förflyttningsförmåga, muskelstyrka i nedre extremitet, balans, fallrisk samt hjälpmedelsbehov. När det gäller bedömning/uppföljning kring förflyttningsförmåga och hjälpmedelsbehov samarbetade jag mycket med min arbetsterapeutkollega inom hemvården. Sjuksköterska inom hemvården genomförde vidare regelbundet bedömningar/uppföljningar kring patientens allmänna hälsotillstånd. I teamet på arbetsplatsen genomfördes även bedömningar enligt Senior Alert, det vill säga bedömning kring risk för undernäring, trycksår, fall samt ohälsa i munnen. I teamet genomfördes också en BPSD-registrering, det vill säga en bedömning kring beteendemässiga och psykiska symptom hos patienten.

Handledning av patienten, omvårdnadspersonal samt anhöriga skedde när det gäller förflyttningsteknik och hjälpmedelshantering (både av mig som sjukgymnast och min arbetsterapeutkollega). Fallriskbedömningar, åtgärdsplanering för att förebygga fall/fallskador samt uppföljning kring valda åtgärder skedde vidare kontinuerligt inom teamet. Patientens bostad sågs bland annat över och anpassades för att minska fallrisk, patienten erhöll några nya hjälpmedel (gånghjälpmedel bland annat) och fick stöd med fysisk träning i fallförebyggande syfte. Den träning patienten genomförde fokuserade på generell rörlighet, styrka i nedre extremitet samt balans. Patienten hade svårt att utföra träningen på egen hand så undertecknad stöttade denne initialt med träning i hemmet cirka 2 g/v under en period på cirka 6 v. Därefter handleddes omvårdnadspersonal som besökte patienten ofta i att fortsätta hjälpa patienten med träning, cirka 2 g/v, enligt ett av mig upprättat träningsprogram.

Patientens läkemedel sågs vidare över av sjuksköterska i samråd med läkare och vissa läkemedelsjusteringar genomfördes.

Vissa förbättringar av patientens allmäntillstånd, förflyttningsförmåga, muskelstyrka i nedre extremitet och balans kunde ses under den tid patienten hade kontakt med oss inom hemvården. Trots ett nära samarbete inom teamet och individuellt anpassade åtgärder för patienten så försämrades dock patienten gradvis och patienten flyttade efter en tid till ett vård- och omsorgsboende, då dennes behov av vård/omvårdnad blev större än det vi i hemvården kunde tillgodose.

Att arbeta i team kring patienter med demenssjukdom, som i detta fall Lewy Body demens, upplever jag som centralt för att patienten ska kunna erbjudas en god/säker vård. I mitt arbete som sjukgymnast har jag utöver detta haft ett gott stöd av de webutbildningar kring demens som tillhandahålls via exempelvis Svenskt Demenscentrum samt BPSD-registret. Boken "Aktivitet vid demenssjukdom. En praktisk vägledning" av Rosemary Oddy upplever jag också har varit till god hjälp i mitt arbete. I boken beskrivs bland annat strategier för att underlätta förflyttningar i vardagen.

Reportaget skrivet av Karin Nordell

Kontaktombud samt styrelsemedlem
för sektionen för Äldres Hälsa
Uppsala, 2019-06-14

Faktareferenser till reportaget

Svenskt Demenscentrum [Internet]. Stockholm: Svenskt Demenscentrum [citerad 2019-06-04] Hämtad från: <http://www.demenscentrum.se/>

BPSD – Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens [Internet]. Malmö: BPSD – Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens [citerad 2019-06-04] Hämtad från: <http://www.bpsd.se/utbildning/#/>

Tema Lewy Body sjukdom (LBD). "Jag har aldrig sett deras ansikten – Lewy body-patienter berättar inte hela sanningen för anhöriga". Tillgänglig via; [file:///C:/Users/karin/AppData/Local/Packages/microsoft.windowscommunicationsapps_8wekyb3d8bbwe/LocalState/Files/S0/8412/Attachments/Lewy%20Body%20Elisabeth%20Londos\[14331\].pdf](file:///C:/Users/karin/AppData/Local/Packages/microsoft.windowscommunicationsapps_8wekyb3d8bbwe/LocalState/Files/S0/8412/Attachments/Lewy%20Body%20Elisabeth%20Londos[14331].pdf)

Oddy R. Aktivitet vid demenssjukdom. En praktisk vägledning. Första upplagan. Stockholm: Liber AB; 2013.

Bildreferenser till reportaget

BPSD – Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens. Lewy Bodies/Lewykroppar. [Bild]. Okänt publiceringsår [citerad 2019 juni 4] Hämtad från: <http://www.bpsd.se/utbildning/#/dementia>

Alzheimerfonden. Påverkade områden i hjärnan vid Lewy Body demens. [Bild]. Okänt publiceringsår [citerad 2019 juni 4] Hämtad från: <https://www.alzheimerfonden.se/demenssjukdom/parkinsondemens-och-lewykroppsdemens>