



Vägen till en demensdiagnos

En demenssjukdom innebär sjukliga förändringar i hjärnan och är inte en del av det naturliga åldrandet. Demens är inte en sjukdom utan, som det går att läsa på Svenskt Demenscentrums hemsida, "en diagnos för en rad symptom som kan bero på olika sjukdomar och skador". Vid demenssjukdom påverkas flera av hjärnans funktioner däribland vår förmåga att tänka, planera, minnas, ta egna initiativ, tala och förstå tal samt uppleva och kontrollera våra känslor.

När det gäller demenssjukdom så brukar man tala om tre huvudgrupper;

- Primärdegenerativa sjukdomar
- Vaskulära sjukdomar
- Sekundära sjukdomar

Bland de så kallade primärdegenerativa sjukdomarna återfinns Alzheimers sjukdom (den vanligaste typen av demenssjukdom), Frontotemporal demens, Lewy Body demens samt Parkinsons sjukdom med demens. När det gäller vaskulära sjukdomar omnämns Vaskulär demens, ibland kallad blodkärlsdemens. Sekundära sjukdomar i sin tur är sjukdomar och/eller skador som kan leda till att en demenssjukdom utvecklas, däribland kan nämnas alkoholmissbruk.

Vid misstanke om en demenssjukdom är det viktigt att en medicinsk utredning genomförs för att utesluta andra tillstånd eller sjukdomar som kan ge demensliknande symptom. Tillstånd som bland annat liknar demenssjukdom är akut förvirringstillstånd (konfusion) samt depression. Socialstyrelsen publicerade under 2017 en reviderad upplaga av de nationella riktlinjerna kring vård och omsorg vid demenssjukdom och i dessa beskrivs bland annat hur utredningar kring demenssjukdom bör genomföras.

En utredning kring demenssjukdom syftar till att försöka bestämma om det rör sig om en demenssjukdom och i så fall vilken typ av demenssjukdom det handlar om. Socialstyrelsen rekommenderar att en så kalla basal demensutredning ska erbjudas av hälso- och sjukvården till personer med misstänkt demenssjukdom. En så kallad utvidgad demensutredning kan därefter genomföras om den basala utredningen, som det går att läsa i riktlinjerna från Socialstyrelsen, "inte varit tillräcklig eller då det finns andra komplicerade omständigheter". Nedan följer en beskrivning kring vad som ingår i den basala respektive utvidgade demensutredningen.

Basal demensutredning

I Socialstyrelsens riktlinjer står att läsa hur den basala demensutredningen syftar till att fastställa om en patient har en kognitiv svikt vilken är orsakad av en demenssjukdom eller om den kognitiva svikten är orsakad av en annan sjukdom. Den basala demensutredningen syftar även till att fastställa vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och insatser för att kompensera/minimera dessa. Den basala demensutredningen kan även påvisa vilka patienter som kan vara i behov av en utvidgad demensutredning.

Den basala demensutredningen innefattar en grundlig anamnes, intervjuer med anhöriga och/eller andra personer kring patienten, kroppsundersökning (undersökning av bland annat hjärta, lungor, blodtryck), blodprovstagning, bedömning kring patientens funktions- och aktivitetsförmåga, kognitiva tester (MMSE-

SR, Klocktes samt RUDAS om personen är utrikesfödd). I den basala demensutredningen ingår även en strukturell hjärnabbildning med datortomografi.

Utvidgad demensutredning

I Socialstyrelsens riktlinjer går att läsa hur innehållet i den utvidgade demensutredningen beror "dels på vad som framkommit i den basala utredningen, dels på vad hälso- och sjukvården bedömer som nödvändigt i det enskilda fallet". Vid en utvidgad demensutredning genomförs neuropsykologiska test vilka täcker in fler kognitiva domäner, strukturell hjärnabbildning med magnetkamera, FDG-PET undersökning, lumpalpaktion samt SPECT.

I arbetet med utredningar av demenssjukdom behövs som regel bedömning och åtgärder från flera olika yrkesgrupper. Socialstyrelsen rekommenderar vidare att regelbundna och strukturerade uppföljningar för personer med demenssjukdom ska genomföras.

På Kognitiva mottagningen vid Karolinska universitetssjukhuset används en ny modell i arbetet med demensutredningar, en arbetsmodell som uppmärksammades bland annat i en artikel i Dagens Medicin i oktober 2018 (<https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2018/10/24/ny-modell-ger-yngre-snabb-demensdiagnos/>). Modellen är inriktad på demensutredningar av yngre patienter (under 70 år med misstänkt demens), men skulle kunna användas även för patienter i högre ålder. Modellen har visat sig korta tiden till diagnos från tre månader till fem dagar, något som upplevts mycket positivt.

Migrationskolan vid Region Skåne har i sin tur arbetat med att ta fram en kortfilm om demensutredningar. Syftet är att filmen ska kunna förbereda patienten inför en demensutredning (<http://www.demenscentrum.se/Nyheter/film-forbereder-patient-infor-utredning/>). Som det går att läsa på Svenskt Demenscentrums hemsida så är filmen "framtagen för utredningar på specialistklinik men kan även användas inom primärvården".

På Svenskt Demenscentrums hemsida går att läsa hur kvaliteten på primärvårdens demensutredningar tycks förbättras. Detta enligt Svenska Demensregistrets (SveDem) årsrapport. I årsrapporten beskrivs bland annat hur andelen patienter som genomgått en basal demensutredning fortsätter att öka, även om det förekommer stora geografiska skillnader. I rapporten beskrivs även hur andelen patienter som får en specifik demensdiagnos ökar och att andelen patienter som fått diagnosen ospecificerad demens (UNS) har minskat. När det gäller uppföljning av patienter efter diagnosticering av demenssjukdom så finns dock fortsatt brister.

I "Vård Fokus – Tidning för vårdförbundet" publicerades i december 2018 en artikel kring bristerna vid minnesutredning av utrikesfödda. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer kring vård och omsorg vid demenssjukdom framgår att patienter med utländskt påbrå bör erbjudas bedömning enligt RUDAS (Rowland universal dementia assesment scale), Som det går att läsa i artikeln är bedömningsinstrumentet "utvecklat för minnesutredningar av personer med annat modersmål än vårdpersonalens, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå". I artikeln belyser man även att flera landsting saknar rutiner för tolkanvändning i samband med demensutredning. I en demensutredning har tolken en särskilt viktig roll då "feltolkningar" kring vad patienten säger kan riskera att resultatet i utredningen blir felaktig.

Inför det här reportaget så intervjuade jag Ylva Cedervall,. Ylva tog sin sjukgymnastexamen 1987 vid Uppsala universitet och är även specialist inom området Äldres hälsa. Ylva har arbetat vid minnes- och geriatrikmottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala sedan 1998 och år 2014 disputerade hon med en avhandling kring fysisk aktivitet och Alzheimers sjukdom. Ylva arbetar i nuläget 50 % kliniskt på minnes- och geriatrikmottagningen och forskar resterande tid.



Minnes- och geriatrikmottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala är en specialistmottagning för utredning av patienter i alla åldrar med misstanke om demenssjukdom. Mottagningen har cirka 450 nybesök och cirka 1 500 uppföljande besök varje år. Om den basala demensutredningen inom primärvården för en patient inte givit tillräcklig information för diagnos och underlag för behandling, kan patienten remitteras till minnes- och geriatrikmottagningen för en utvidgad utredning. Patienter under 65 år och patienter som har ett snabbt sjukdomsförlopp är exempel på patienter som alltid bör utredas på specialistnivå.

På minnes- och geriatrikmottagningen där Ylva arbetar finns ett team bestående av läkare, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, kurator och psykolog (samt logoped och dietist vid behov). De patienter som kommer till mottagningen handläggs utifrån individens behov. Teamet träffas varje vecka, men har inga formella diagnosronder.

Ylva berättar att merparten av patienterna som kommer till minnes- och geriatrikmottagningen kommer via remiss från husläkare inom primärvården eller läkare på Akademiska sjukhuset. Varje inkommande remiss bedöms av läkare på mottagningen. I de fall det av remissen framkommer problem med motoriken (exempelvis förändrad balans, fallolyckor, förändrat gångmönster och dylikt), bokas ett besök till sjukgymnast/fysioterapeut in. Sjukgymnast/fysioterapeut utför då en motorisk bedömning innan det första läkarbesöket och rapporterar muntligt till läkaren om resultaten (samt dokumenterar efter det i patientjournalen) och om det föreligger förändringar som inger misstanke om specifik demenssjukdom eller om det finns andra potentiella förklaringar till patientens problem.

Enligt Ylva tar sjukgymnastens/fysioterapeutens bedömning på mottagningen i regel drygt en timme att utföra och bedömningen innehåller tre delar: dels en kvalitativ bedömning av gångmönster (vissa gångsekvenser dokumenteras ofta med video), dels en kvantitativ bedömning av gång- och balans. Bedömningsinstrument/tester som Ylva bland annat använder sig av är bekväm gånghastighet, Timed Up and Go (TUG), dual-task gång, FBG och Bergs balansskala. Ylva framhåller vikten av att använda vedertagna bedömningsinstrument/tester för att verkligen kunna utvärdera om det föreligger en progress av motorikproblem eller ej. Bedömning av associerade symtom/tecken görs även (till exempel koordination, tonus, balansreaktioner, fallrädsla samt tecken på störd rums- och kroppsuppfattning). Detta för att komma fram till en möjlig klinisk förklaring till patientens problem. Det kan naturligtvis vara så att patienten förutom symtom som kan härledas till minnessjukdom, även kan ha andra sjukdomar (exempelvis en höftartros) som påverkar deras motorik, något som är viktigt att fånga upp i den sjukgymnastiska/fysioterapeutiska bedömningen.

Ylva berättar att hon som sjukgymnast på minnes- och geriatrikmottagningen i regel träffar varje patient bara vid ett tillfälle för en bedömning. Det kan dock vid vissa fall bli aktuellt med uppföljande besök i samband med uppföljande läkarbesök (efter till exempel ett år) för att bedöma en eventuell progress (vilket kan behövas för diagnostiken). Det kan också vara så att det vid ett nybesök eller uppföljande besök hos läkare framkommer saker som gör att läkaren misstänker att patienten har någon sjukdom som förutom att påverka kognitiva funktioner även påverkar motoriken (exempelvis Lewy-body demens, annan atypisk parkinsonism, NPH, vaskulära skador och så vidare). Läkaren brukar då skriva en informell "remiss" till Ylva som i sin tur kallar patienten för en vidare bedömning.

Förutom motorisk bedömning som led i diagnostiken ingår i sjukgymnastens/fysioterapeutens en översyn av fysisk aktivitetsnivå och råd om fysisk träning om det finns behov av det. Det finns ingen möjlighet för patienterna att få träning via minnes- och geriatrikmottagningen där Ylva arbetar, då det inte ingår i

enhetens uppdrag. Ylva berättar att hon dock ofta tar kontakt med kollegor i kommunen för överrapportering kring patienter som hon möter och för att undersöka om det finns möjlighet för stöd till fortsatt träning. Inom teamet på mottagningen genomförs även varje termin mycket undervisning framför allt för anhöriga till personer med demenssjukdom, men även för personer som själva har Alzheimers sjukdom. Föreläsningar för personal som arbetar inom demensvård, exempelvis inom primärvård och kommun, genomförs också regelbundet.

Enligt Ylva är det viktigt att man som sjukgymnast/fysioterapeut när man möter personer med minnesproblematik (oavsett sammanhang) gör en kort eller mer omfattande bedömning (beroende på resurser) där man beskriver gångmönster och specifika symtom som kan härledas till demenssjukdomen samt att man utför kvantitativa tester av gång och balans. Ett minimum när det gäller tester, enligt Ylva, bör vara bekväm gånghastighet samt någon form av balanstest.

Ylva lyfter även hur det i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom som Socialstyrelsen givit ut går att läsa hur "Fysisk inaktivitet är ett stort hälsoproblem bland personer med demenssjukdom". Många av de personer som har en demenssjukdom uppnår inte den fysiska aktiviteten som rekommenderas i – "Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling" (FYSS 2015) eller de internationella rekommendationerna om fysisk aktivitet för att förebygga ohälsa bland äldre personer (WHO 2010). Eftersom många patienter med demenssjukdom är fysiskt inaktiva behöver man som sjukgymnast/fysioterapeut försöka kartlägga patientens nuvarande och tidigare fysiska aktivitetsnivå. Att veta patientens begränsningar samt vilka resurser de har är av stor vikt för att kunna stötta dem och anhöriga på ett bra vis.

Ylva belyser vidare hur möjligheten att få motionera av många personer med demenssjukdom även upplevs som en meningsfull aktivitet, inte bara för att man vill behålla sin fysiska kapacitet, utan också för att fysisk aktivitet kan vara ett medel för att känna välbefinnande och behålla självkänsla när ens kognitiva förmåga sviktar. Tyvärr är det, enligt Ylva, en stor brist på friskvårdsaktiviteter som är anpassade för personer med kognitiva svårigheter. "Anpassad friskvård" för personer med kognitiv svikt och demens skulle exempelvis kunna vara ett gym/träningslokal där personerna ges möjlighet att träna enligt de nationella hälsorekommendationerna med tillräckligt hög intensitet. Till det behövs en lugn miljö med personal som stöttar, det vill säga måttlig-hög fysisk intensitet, men låga kognitiva krav.

Reportaget skrivet av

Karin Nordell

Styrelsemedlem inom styrelsen för sektionen för Äldres Hälsa samt administratör för det demensnätverk för sjukgymnaster/fysioterapeuter som drivs via sektionen

Referenser

Svenskt Demenscentrum [Internet]. Stockholm: Svenskt Demenscentrum [uppdaterad 2016-01-21; citerad 2019-01-29] Hämtad från: <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utredning-och-diagnos/>

Demensförbundet [Internet]. Stockholm: Demensförbundet [citerad 2019-01-29] Hämtad från: <http://www.demensforbundet.se/>

Socialstyrelsen [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [citerad 2019-01-29] Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-2>

Hjärnfonden [Internet]. Stockholm: Hjärnfonden [uppdaterad 2018-09-17; citerad 2019-01-29] Hämtad från: <https://www.hjarnfonden.se/2018/09/att-gora-en-demensutredning/>