

Fastställda december 2011 av Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltiga till december 2013.

Huvudbudskap

- Utredning och diagnostik av demenssjukdom är en förutsättning för lämplig vård och behandling
- Utvärdering av påbörjad behandling ska alltid ske
- Uppföljning av kontinuerlig behandling ska ske minst årligen
- Om utebliven effekt vid första utvärdering eller efter en längre tids behandling kan utsättningsförsök provas. Om försämring noteras inom 2-4 veckor bör läkemedlet återinsättas.
- Personer med Alzheimers sjukdom ska erbjudas läkemedelsbehandling mot demenssymtom
- Behandling med antipsykotiska läkemedel bör undvikas vid demenssjukdom
- Bedömning av lämplighet att inneha körkort och vapenlicens ska göras

Bakgrund

Demens är ett samlingsbegrepp för olika sjukdomar där hjärnans högre funktioner sviktar och leder till ökande svårigheter att klara ett självständigt liv. Alzheimers sjukdom utgör cirka två tredjedelar av alla demenssjukdomar. Socialstyrelsen presenterade 2010 Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. I arbetet med de nationella riktlinjerna har framkommit att det föreligger stora variationer både vad gäller diagnostik och läkemedelsbehandling. Västra Götalandsregionen vill genom detta dokument öka kunskapen om riktlinjerna, för att personer med demenssjukdomar ska få en god och jämlik vård.

SveDem

Svenska Demensregistret är ett nationellt kvalitetsregister avseende demenssjukdomar. SveDem följer indikatorer enligt Socialstyrelsens riktlinjer för att förbättra demensvården i Sverige. Hälso- och sjukvårdsutskottet och regionstyrelsen vill att täckningsgraden i SveDem ökar. I ägaruppdraget anges att täckningsgraden i SveDem kommer att mätas vid utgången av 2012.
Hemsida: www.ucr.uu.se/svedem

Symtom

Initialt kan det vara svårt att skilja demenssymtom från andra tillstånd t.ex. depression eller utmattningstillstånd. Symtomen som framträder beror på i vilken del av hjärnan de organiska förändringarna finns.

Demenssjukdomar är progressiva tillstånd som leder till omfattande organisk hjärnskada med successivt alltmer påtaglig funktionsnedsättning som på sikt leder till döden.

Diagnostik och vårdnivå

Vid misstanke om demenssjukdom ska basal utredning göras. Denna är oftast tillräcklig för att ställa diagnos och för att bedöma behov av stöd och behandling. Basal utredning bör göras i primärvården, men kan alternativt utföras där patienten har sin huvudsakliga vårdkontakt.

Basal utredning

Basal utredning bör innehålla:

- Strukturerad anamnes från patient och närstående
- Bedömning av fysisk och psykisk status
- Strukturerad bedömning av kognition, funktions- och aktivitetsförmåga
- Blodprovstagning
- Hjärnabbildning med datortomografi (eller magnetkamera)

Det viktigaste instrumentet för att ställa rätt diagnos är anamnes och status.

Kognitiva test som bör användas är MMT (Mini Mental Test) och klocktest. Tillsammans kan dessa verktyg ge en uppfattning om den kognitiva förmågan. Provtagning bör innefatta Hb, SR, P-Glukos, elstatus inklusive S-Ca, prover för att utesluta störd sköldkörtelfunktion och B12/folsyrebrist.

Provtagning och hjärnabbildning görs för att utesluta andra tillstånd med demensliknande symtom som t.ex. depression, läkemedelsbiverkningar, metabola rubbningar, hjärntumör, subduralhematom och normaltryckshydrocefalus.

Utvidgad utredning

Då basal utredning inte gett tillräckligt underlag för att ställa diagnos kan utvidgad utredning ske vid specialistenheter på följande sjukhus: Skaraborgs Sjukhus, Södra Älvsborgs Sjukhus, NU-sjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Kungälv Sjukhus. Det kan gälla exempelvis:

- Yngre personer
- Avvikande sjukdomsförlopp

Alzheimers sjukdom

Vid Alzheimers sjukdom, som är den vanligaste demensformen, kommer minnesnedsättning tidigt. Språkstörning, försämrad rumsuppfattning (visuospatial störning) samt dyspraxi (oförmåga till målinriktade rörelser) är andra vanliga symtom vid sjukdomen. Alzheimers sjukdom utvecklas gradvis. Personlighetsförändring, gångrubbning, fokalneurologiska symtom tidigt i sjukdomsförloppet kan tala för annan genes än Alzheimers sjukdom.

Vaskulär demens

Vid vaskulär demens är ofta motorisk och psykisk förlångsämning samt nedsatt förmåga till målinriktad aktivitet tidiga symtom. Neurologiska symtom är vanliga, t.ex. pares eller afasi. Minnesnedsättning är oftast inte så påtaglig tidigt i förloppet.

Blanddemens

Kombinationer av olika demensformer är vanliga, speciellt Alzheimers sjukdom och vaskulär demens.

Lewybodydemens

Vanliga symtom är konfusionsepisoder, synhallucinationer, sömnstörning, parkinsonism, ortostatism, fall och synkope. Minnesnedsättning är oftast inte påtaglig tidigt i förloppet. Patienterna har stor känslighet för antipsykotiska läkemedel, vilka bör undvikas.

Parkinsondemens

Demenssymtom vid Parkinsons sjukdom liknar dem vid Lewybodydemens, men de motoriska symtomen föregår demenssymtomen.

Frontotemporal demens

Lägre ålder vid insjuknande än vid övriga demenssjukdomar. Tidiga symtom är bl.a. personlighetsförändringar med bristande insikt och omdöme. Minnesnedsättning kommer sent i förloppet.

Behandling

Behandling med demensläkemedel är symtomatisk och bromsar inte sjukdomens progress. Farmakologisk behandling med demensläkemedel ska ske parallellt med omvårdnadsinsatser.

Kolinesterashämmare

Vid mild till medelsvår Alzheimers sjukdom med eller utan vasculärt inslag bör kolinesterashämmare erbjudas. Det finns tre kolinesterashämmare, alla med likartad klinisk effekt. Dessa är Aricept (donepezil), Exelon (rivastigmin) och Reminyl (galantamin). Läkemedlen skiljer sig åt avseende beredningsform och farmakokinetik, vilket kan ha betydelse vid val av preparat. Vid biverkningar av ett preparat kan ett av de andra provas.

Rivastigmin har även indikationen Parkinsondemens. Det finns positiv klinisk erfarenhet av behandling med kolinesterashämmare vid Lewybodydemens.

Positiva effekter av behandlingen kan vara förbättring av uppmärksamhet, koncentrationsförmåga, initiativförmåga och social funktion. Detta kan leda till positiva effekter på ADL-funktion. Ungefär två tredjedelar av dem som behandlas med kolinesterashämmare uppvisar positiv effekt av behandlingen. Minnesfunktionen påverkas i mindre utsträckning av läkemedel.

För att minska risken för biverkningar av kolinesterashämmare bör behandlingen inledas med lägsta dos och trappas upp. Gastrointestinala biverkningar är vanliga, men ofta övergående. Försiktighet vid behandling av patienter med obstruktiv lungsjukdom, epilepsi, ulcus och kardiella överledningsrubbnings.

NMDA-receptorantagonist

Ebixa (memantin) har indikationen medelsvår till svår demens av Alzheimerstyp. Doseringen trappas upp och kan läggas till tidigare insatt kolinesterashämmare eller ges i monoterapi. Positiva behandlingseffekter kan vara humörstabilisering och/eller förbättring av ADL-funktion. Biverkningarna är få och behandlingen vältolererad.

Utvärdering

Regelbunden utvärdering ska göras efter insatt behandling. Information om upplevd effekt från patient, närstående och omvårdnadspersonal är viktig. Utvärdering kan kompletteras med MMT, klocktest och andra skattningsinstrument. Behandlingen bör pågå så länge patienten bedöms ha nytta av den. Så länge patienten kan interagera och/eller har någon kvarvarande ADL-förmåga bör behandlingen därför kvarstå. Vid tveksamhet rörande behandlingseffekt kan utsättningsförsök göras.

Successiv utsättning av läkemedlet över några veckor rekommenderas. Utsättningsförsöket ska utvärderas inom 2-4 veckor. Vid försämring bör behandlingen återinsättas. Undvik utsättning i anslutning till förändring såsom t.ex. byte av boende.

Kolinesterashämmare:

Första utvärdering av effekt ska ske efter 3-6 månader, därefter minst en gång per år samt i samband med utsättning.

NMDA-receptorantagonist:

Första utvärdering av effekt ska ske efter 1-3 månader, därefter minst en gång per år samt i samband med utsättning.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) omfattar en rad olika symtom som aggressivitet, skrik, vandring, plockande, störd dygnsrytm, hallucinationer, vanföreställningar, ångest och depression. Behandlingen bör inriktas på att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna till symtomen, t.ex. behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem, för höga krav, brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan somatisk sjuklighet. God omvårdnad är grunden, men i vissa fall kan läkemedelsbehandling bli nödvändig. Vid tillfällig oro kan kortverkande bensodiazepiner användas. Depressiva symtom bör behandlas med SSRI-preparat. Vid aggressivitet och agitation kan behandling med memantin prövas. Psykotiska symtom och aggressivitet kan behandlas med antipsykotiska läkemedel. Biverkningar som kan förekomma är ökad fallrisk och nedsatt kognition. Hos personer med demenssjukdom har man även funnit ökad risk för stroke samt ökad mortalitet. Behandlingen ska pågå så kort tid som möjligt och ska omprövas inom 2 veckor.

Konfusion

Alla kan drabbas av förvirringstillstånd vid påfrestningar. Personer med kognitiv nedsättning är mer sårbara. Vanliga orsaker till symtomen är somatiska sjukdomar som t.ex. hjärtsvikt, infektioner, smärta, urinretention, förstopning och abstinensstillstånd. Andra vanliga orsaker är läkemedelsbehandling, miljöombyte och operativa ingrepp. Utredningen bör inriktas på att söka grundorsaken och behandla denna. Om läkemedelsbehandling är nödvändig för att kupa oro/ångest kan kortverkande bensodiazepiner eller klometiazol användas.

Äldre

Hög ålder är i sig ingen kontraindikation för behandling med demensläkemedel. Vid demenssjukdomar är läkemedel med antikolinerga effekter olämpliga, exempelvis medel mot urininkontinens och sederande antihistaminer.

Körkort

Demenssjukdom kan utgöra hinder för innehav av körkort. Läkaren är skyldig att informera patienten och anmäla till Transportstyrelsen. I vissa fall vid lindrig demens kan grupp 1-behörighet medges. Vid svårbedömda fall finns möjlighet till bedömning hos Mobilitetscentrum (se länk nedan).

Vapen

Demenssjukdom kan utgöra hinder för att inneha skjutvapen. Läkaren är skyldig att informera patienten och anmäla vapeninnehav till polismyndigheten.

FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

DECEMBER 2011

Kristina Are – Psykiatri
Daniel Carlzon – Klinisk farmakologi
Georg Dolk – Apotekare
Carl Henrik Du Rietz – Geriatrik
Karin Lind – Neuropsykiatri
Ulla-Britt Mattsson – Neuropsykiatri
Hasse Olofsson – Psykiatri
Lennart Stubelius – Allmänmedicin

Länkar

www.vgregion.se/vardivarstod/psykiatri
www.demenscentrum.se
www.mobilitetscenter.se

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Psykiatri
Georg Dolk, georg.dolk@vgregion.se