

Demens

Förekomst och handläggning på Mälarlundens Vårdcentral i Strängnäs

Skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer inom ramen för läkares
specialisttjänstgöring i allmänmedicin SOSFS 2015:8

Författare:

Nikolas Abadji, ST-läkare

Mälarlundens Vårdcentral

2022-11-01

Vetenskaplig handledare:

Henrietta Norman, medicine doktor och distriktsläkare

Vårdcentralen Mariefred

Primärvårdens utvecklingsenhet i Sörmland

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	1
Bakgrund	3
Typer av demens	4
Alzheimers sjukdom	4
Vaskulär demens.....	4
Frontaltemporal demens	4
Lewykroppsdemens	5
Utredning.....	5
Strukturerad anamnes	6
Fysisk och psykisk undersökning	6
Anhörigintervju	6
Kognitiva test.....	6
Hjärnavbildning	8
Syfte	8
Frågeställningar	8
Material och metod.....	8
Inklusionskriterier.....	9
Exklusionskriterier.....	9
Etiska överväganden	10
Resultat.....	10
Förekomst av demens.....	10
Åldersintervall.....	10
Könsfördelning.....	11
Strukturerad intervju med anhöriga	11
Kognitiv testning	12
Hjärnavbildning	13
Provtagning	13
Remittering till specialistklinik	14
Behandling	15
Slutgiltig diagnos	15
Diskussion	16
Incidens av demenssjukdom	18
Utredning av demenssjukdom	16
Styrkor och svagheter	19
Slutsats	19
Referenser.....	20

Sammanfattning

Bakgrund

Demens är ett samlingsnamn för ett flertal olika sjukdomar som orsakar en nedsatt kognitiv funktion. I Sverige insjuknar varje år 20.000-25.000 människor i demenssjukdom och det beräknas att 250 000 personer i Sverige kommer att ha utvecklat en demenssjukdom år 2050. Demens karaktäriseras av en kronisk bred nedsatt förmåga av 2 eller fler kognitiva förmågor av så pass hög grad att den drabbade påverkas både funktionellt och socialt. Den vanligaste formen av demens är Alzheimers sjukdom. Övriga typer inkluderar vaskulär demens, frontallobsdemens, lewykroppsdemens, alkoholrelaterad demens, kronisk traumatisk encefalopati demens samt mindre vanliga varianter. För att utreda demens används idag flertalet verktyg som Mini Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) och Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS), samt radiologisk diagnostik. Utöver detta är patientens anamnes och kliniska status en vital del i diagnossättning av demens. Enligt nationella riktlinjer ska följande inkluderas i demensutredning:

- Strukturerad anamnes
- Fysisk och psykisk undersökning; klinisk status, EKG, blodprov
- Anamnes från anhöriga, även kallat anhörigintervju
- Kognitiva test (MMSE-SR med klocktest, MoCA, RUDAS (om tillämpligt))
- Hjärnabbildning med datatomografi eller magnetkamera

Syfte

Syftet med arbetet var att undersöka om Vårdcentralen Mälarlunden Strängnäs utreder kognitiv svikt i enlighet med nationella och Socialstyrelsens rekommendationer och riktlinjer.

Metod

Arbetet genomfördes som en retrospektiv deskriptiv journalstudie på Mälarlundens vårdcentral genom sökning i Medrave M4 på alla listade patienter erhållit en demensdiagnos mellan 180101–220831, och inkluderades om utredningen var genomförd på vårdcentralen. Journaler granskades systematiskt med avseende på utredning i enlighet med nationella riktlinjer. Data samlades med hjälp av en standardiserad mall och infördes senare i ett Exceldokument.

Resultat

77 av vårdcentralens 7281 listade patienter (1%) hade erhållit en demensdiagnos mellan åren 2017-2022. Samtliga patienter inkluderades för journalgranskning. Utav dessa uppfyllde 20 stycken inklusionskriterierna. 19 patienter (95%) var över 65 års ålder vid diagnos. 9 patienter (45%) av patienternas anhöriga hade blivit intervjuade under utredningen. Samtliga 20 patienter hade genomgått testning med MMSE och klocktest i samband med utredningen. Ingen hade dock utretts vidare med MoCA. 16 stycken (80%) av patienterna hade genomgått hjärnabbildning med DT. Avseende provtagning hade 9 stycken (45%) av patienterna utretts med ett EKG och 10 stycken (50%) av patienterna med blodprovstagning. 3 stycken (15%) av patienterna remitterades vidare till en klinik specialiserad inom demens. 6 stycken (30%) av patienterna erhöll farmakologisk behandling riktad mot demens. 9 stycken (45%) av patienterna erhöll diagnosen vaskulär demens, varav övriga jämnt fördelat erhöll diagnoserna Alzheimers sjukdom, blanddemens eller ospecificerad demens.

Slutsats

Mälarlundens Vårdcentral i Strängnäs hade en likvärdig förekomst av patienter med demenssjukdom jämfört med svensk statistik. Ett fåtal av patienterna utreddes helt i enlighet med nationella riktlinjer, men majoriteten av patienterna utreddes ändå i enlighet med vad som borde anses vara adekvat för diagnossättningen av demenssjukdom. Studien påvisar att det finns förbättringspotential gällande utredningsrutinen avseende demenssjukdom på vårdcentralen. Detta för att samtliga utredande läkare skall utreda lika, samt att alla patienter som utreds skall utredas likadant.

Bakgrund

Demens är ett samlingsnamn för ett flertal olika sjukdomar som orsakar en nedsatt kognitiv funktion, se figur 1. I Sverige insjuknar varje år 20.000–25.000 människor i demenssjukdom och det beräknas att 250 000 personer i Sverige kommer att ha utvecklat en demenssjukdom år 2050. Demens karaktäriseras av en kronisk bred nedsatt förmåga av 2 eller fler kognitiva förmågor av så pass hög grad att den drabbade påverkas både funktionellt och socialt.^(1,45) Den vanligaste formen av demens är Alzheimers sjukdom. Övriga typer inkluderar vaskulär demens, frontallobsdemens, lewykroppsdemens, alkoholrelaterad demens, kronisk traumatisk encefalopati demens samt mindre vanliga varianter.^(2,3)

Definitionen av demens ^(1,2,4)

För att klassas som en demenssjukdom enligt ICD-10 måste följande vara uppfyllt:

- En tydlig minnesstörning, framförallt avseende nyinlärnining.
- Svikten ska påverka flera kognitiva funktioner med en tydlig reduktion i visuospatial förmåga, språk, tal, exekutiv förmåga och annat.
- Det ska råda en tydlig försämrad funktionsnivå jämfört med tidigare funktionsnivå.
- Den kognitiva svikten ska påverka den drabbades sociala och/eller arbetsliv.

Stadieindelning av demenssjukdom enligt Socialstyrelsen(16):

- Mild demenssjukdom betecknar ett tidigt skede när personen kan klara vardagen utan stora insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor.
- Svår demenssjukdom betecknar det skede när personen behöver ständig tillsyn och hjälp med det mesta.

Figur 1. Definitionen av demens

Cirka 90% av patienterna med demenssjukdom har även andra symtom som aggressivt beteende, nedstämdhet, agitation och psykos. Dessa symtom har en tendens att ökas i intensitet och frekvens allteftersom sjukdomen progredierar.⁽⁵⁾

Typer av demens

Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom är den vanligaste formen av demens och utgör cirka 60-80% av fallen. Sjukdomen är en obotlig kronisk neurodegenerativ sjukdom som huvudsakligen drabbar den mediala temporalloben och närliggande hjärnbark. Karaktäristiskt för sjukdomen är plackbildning bestående av proteinet amyloid samt så kallade fibriller vilka är nystan av proteinet tau.⁽⁶⁾ Majoriteten av patienterna insjuknar sporadiskt men en mycket liten andel av patienterna drabbas av en ärftlig form kallad familjär Alzheimers sjukdom.⁽⁷⁾

Alzheimers sjukdom utreds snarlikt andra former av demens med undantag att man vid denna utredning även kan utföra likvoranalys av basala biomarkörer.

Sjukdomen går att behandla men ej bota. Det finns idag 4 godkända bromsmediciner i Sverige; donepezil, galantamin, memantin och rivastigmin.⁽⁸⁾

Vaskulär demens

Vaskulär demens, även kallad blodkärlsdemens, är den näst vanligaste orsaken till demens och utgör cirka 25-30% av fallen. Det finns olika varianter av sjukdomen. Den vanligaste varianten drabbar hjärnbarken och karaktäriseras av nedsatt blodcirkulation på grund av förträngningar i blodkärlen och/eller som en komplikation av ett slaganfall, där cirkulationen till vitala struktur blir kraftigt nedsatt och orsakar celldöd.^(9,10,11)

Det finns även så kallad småkärlsdemens, som karaktäriseras av vitsubstansskador på grund av förträngningar i de minsta kärlen vilket orsakar celldöd. En liten andel av de drabbade med vaskulär demens kan även bara på basen av en vaskulitsjukdom.^(9,10,11)

Till skillnad från Alzheimers sjukdom finns det ingen godkänd behandling för vaskulär demens, utan behandlingen riktas och fokuseras mot att behandla riskfaktorer.⁽¹⁰⁾

Frontaltemporal demens

Frontaltemporal demens är en form av demens som framför allt drabbar pannloberna men som även kan drabba temporalloberna. Symtombilden är lik den vid Alzheimers sjukdom, och

kommer smygande med successiv försämrad kognitiv förmåga.⁽¹²⁾ Karakteristiskt för varianten är en förändrad personlighet med försämrad initiativförmåga, aggression, samt förändrat emotionellt beteende. Patienten får allteftersom sjukdomsförloppet försämrats även ett karaktäristiskt utseende med stel och uttryckslös mimik.⁽¹³⁾

Lewykroppsdemens

Lewykroppsdemens är en vanlig form av demens som har likheter med både Alzheimers sjukdom och Parkinsons sjukdom. Sjukdomen uppstår på grund av ansamlingar av ett defekt protein, α -synuclein, som aggregerat bildar så kallad lewykroppar i hjärnan. Denna ansamling förorsakar celldöd i hjärnans olika strukturer och följaktligen kognitiv svikt samt parkinsonism. Det finns i dagsläget ingen behandling utan fokus riktas mot att lindra symtomen.^(14,15)

Majoriteten av demensutredningar genomförs i primärvården. Socialstyrelsen har upprättat nationella riktlinjer hur demens ska utredas.

Utredning

En basal demensutredning bör enligt nationella riktlinjer erbjudas när patienten lider av kognitiv svikt utan att en känd bakomliggande orsak är fastställd. Utredningen syftar till att klarlägga om patienten har en kognitiv svikt och i sådana fall den bakomliggande orsaken till svikten. Utredningen ska även identifiera vilka patienten som är i behov av utvidgad utredning via till exempel en klinik specialiserad i minnesstörningar och kognitiv svikt samt identifiera vilka funktionsnedsättningar den kognitiva svikten har inneburit för patienten.

Syftet med en demensutredning är att:

- bekräfta att patienten lider av en kognitivt nedsatt funktion
- bekräfta att den kognitiva svikten är på basen av en demenssjukdom och inte andra sekundära orsaker.
- dokumentera på vilket sätt demenssjukdomen påverkar patienten i sitt vardagliga liv och arbetsliv och vilka stödinsatser som behövs sättas in.
- avgöra om patienten är förmögen att framföra fordon eller handhava vapen.
- vid behov undervisa och stötta anhöriga.⁽²⁴⁾

Enligt nationella riktlinjer ska följande inkluderas i utredningen:

- Strukturerad anamnes
- Fysisk och psykisk undersökning; klinisk status, EKG, blodprov
- Anamnes från anhöriga, även kallat anhörigintervju
- Kognitiva test (MMSE-SR med klocktest, MoCA, RUDAS (om tillämpligt))
- Hjärnabbildning med datatomografi eller magnetkamera ^(16,17)

Strukturerad anamnes

Anamnesen är en viktig del i utredning av demenssjukdom och riktar sig på att huvudsakligen kartlägga problematiken men även på att utesluta sekundära orsaker till den upplevda kognitiva svikten patienten lider av. ⁽¹⁷⁾

Fysisk och psykisk undersökning

En sedvanlig fysisk och klinisk status skall utföras för att kunna utesluta sekundära orsaker till den kognitiva svikten som till exempel depression. Även blodprovstagnning och EKG rekommenderas. Blodprovstagningen ämnar sig åt att utesluta anemi, sköldkörtelrubbing, njursvikt, elektrolytrubbning och diabetes. ⁽¹⁷⁾

Anhörigintervju

Anhörigintervjun riktar sig mot att med hjälp av anhöriga kunna kartlägga patientens kognitiva svikt närmare. Den/de närmaste anhöriga får svara på frågor avseende patientens eventuella minnesstörning, visuospatial oförmåga, språkstörning, praktiska oförmåga, förändring av personlighetsdrag samt aktuella psykiska symtom. ⁽¹⁸⁾

Kognitiva test

MMSE (Mini Mental State Examination, även kallat MMT – Mini Mental Test)

MMSE har sedan det togs fram 1975 varit ett av världens mest använda kognitiva undersökningsinstrument avseende kognitiv funktion. Det är framförallt utformat för att hjälpa till att diagnostisera Alzheimers sjukdom. I Sverige används en reviderad variant kallad MMSE-SR. Testet är utformat med 20 frågor som fokuserar på 11 olika områden. Testets syfte är att kontrollera patientens orientering, minne, språk samt visuospatiala funktioner. Maximal poäng på testet är 30 poäng. Normalvärde är mellan 24-30 poäng, medan under 24 poäng talar för demenssjukdom. Specificiteten vid gränsvärdet 24 var 0,9 och sensitiviteten var 0,85 ⁽⁴⁵⁾. Det finns flertalet faktorer som kan påverka provresultatet och därför är inte testet i sig

diagnostiskt, utan en viktig del i utredningen som tillsammans med övriga undersökningar ska underlätta diagnostiseringen.

KLOCKTEST

Klocktest används tillsammans med MMSE och är ytterligare ett instrument för att mäta den kognitiva funktionen. Klocktestet ger en bild av patientens konstruktionsförmåga, tidsuppfattning samt eventuell nedsättning i abstraktion och planering. Klocktest kan indikera kognitiv svikt redan tidigt i sjukdomsförloppet, speciellt när det gäller Alzheimers sjukdom.

Klocktest del 2: Rita av en klocka



Testet genomförs genom att patienten får rita en klocka som visar tiden 10 minuter över 11. själv ritar urtavlan och sedan siffror och visare. Tiden som ritas in med visarna ska vara 10 minuter över 11. Maximal poäng är 4 poäng. Alla poäng lägre än 4 ger indikation att ytterligare utredning avseende patientens kognitiva svikt är nödvändig. ⁽¹⁹⁾

Figur 2. Klocktest

MoCA, The Montreal Cognitive Assessment

MoCA skapades i början av 2000-talet som ett alternativ till MMSE och är ett verktyg för att detektera lätt kognitiv svikt. Testets känslighet är 90%. Moca bedömer närtidsminne, visospacial förmåga, exekutiv funktion, uppmärksamhet, koncentration, arbetsminne, språk och orientering. Testtiden är 10 minuter och maximala poäng är 30. Ett testresultat under 26 poäng indikerar nedsatt kognitiv funktion. ^(20,21)

RUDAS (The Rowland Universal Dementia Assessment Scale)

Testet RUDAS kan i vissa fall tillämpas och vara ett bättre alternativ vid screening av kognitiv funktion. Testet är utformat för att screena människor med annan kulturell bakgrund eller annat modersmål än svenska. Det kan även tillämpas för människor med låg utbildningsnivå. I Sverige används en reviderad version, RUDAS-S. ^(22,23,24)

Hjärnavbildning

En viktig del i utredning av kognitiv svikt är den radiologiska undersökningen. CT betraktas idag som första hands valet i utredning, även om undersökningen i sig har lägre känslighet jämfört med en magnetkameraundersökning att hitta associerade tecken till kognitiv svikt. ⁽²⁵⁾

Syfte

Syftet med arbetet var att undersöka om Vårdcentralen Mälarlunden Strängnäs utreder kognitiv svikt i enlighet med nationella och Socialstyrelsens rekommendationer och riktlinjer.

Frågeställningar

1. Hur många patienter utreddes via vårdcentralen och erhöll en demensdiagnos kodad i sin journal mellan åren 2017-2022?
2. Hur många patienter utreddes i enlighet med nationella riktlinjer?
3. Hur många av de som utreddes för demenssjukdom fanns det:
 - Strukturerad anamnes
 - Fysisk och psykisk undersökning; klinisk status, EKG, blodprov
 - Anamnes från anhöriga
 - Kognitiva test (MMSE-SR med klocktest, MoCA)
 - Hjärnavbildning med datatomografi eller magnetkamera

Material och metod

Arbetet genomfördes som en retrospektiv deskriptiv journalstudie på Mälarlundens Vårdcentral. Vårdcentralen ligger i Strängnäs och drivs i privat regi sedan år 2011, och ägs idag av PrimaVård AB. I augusti 2022 fanns det 7281 listade patienter. Könsfördelningen var 51,4% män och 48,6% kvinnor. Listningsantalet har successivt ökat med några hundra per år de senaste

åren. Augusti år 2022 fanns det 1 fast anställd specialistläkare, 2 ST-läkare, 2 BT-läkare och 1 AT-läkare. Vårdcentralen har en utbildad demenssköterska som genomför utredningarna avseende kognitiv svikt tillsammans med varje enskild läkare på vårdcentralen som sedan även tar ansvar för eventuell behandling och uppföljning. Vårdcentralen har inget specifikt PM eller rutin nedskriven avseende utredning för kognitiv svikt. Patientdata samlades in via programmet Medrave M4, som är ett program som är synkroniserat med journalsystemet som används på vårdcentralen, NCS cross. Programmet sammanställde en lista i form av ett Exceldokument som sedan var underlag för journalgranskningen i journalsystemet. Som sökkriterier valdes listade patienter som erhållit en demensdiagnos (F00-F03, F107A, G30, G318A) mellan 2018-01-01 till 2022-08-31, med alla åldrar och bägge kön.

Inklusionskriterier

- Utredning initierades och genomfördes av Mälarlundens Vårdcentral.
- Patienten erhöll en demensdiagnos efter utredningen var slutförd. (F00-F03, F107A, G30, G318A)

Exklusionskriterier

- Patienten erhöll en demensdiagnos av Mälarlundens Vårdcentralen men utredningen var genomförd på annan vårdenhets.

Journalerna granskades systematiskt och data samlades in med hjälp av verktyg utformat specifikt för studien (bilaga 1). Besöksanteckningar relevanta för studien lästes i löptext och varje delmoment i utredning utforskades och angavs som antingen ”utförd” eller ”ej utförd”. Blodprovstagning markerades endast som ”utförd” om samtliga blodprover var tagna senast 6 månader tillbaka i tiden. De blodprover som krävdes för att delmomentet i utredningen skulle vara helt utfört var screening avseende anemi (blodstatus), diabetes (glukos), njursvikt (kreatinin), sköldkörtelrubbnings (TSH), B12- och folatbrist (kobalamin, folsyra, homocystein), elektrolytrubbning (natrium, kalium), hyperkalcemi (albumin, calcium, joniserat calcium). Om samtliga prover ej var tagna eller provtagningen ägde rum för mer än 6 månader sedan noterades delmomentet som ”ej adekvat utförd” respektive ”ej utförd”. EKG taget senaste 6 månader innan utredningen initierades markerades som ”utförd” delmoment, annars som ”ej utförd”. Efter journalgranskningen identifierades all data, och varje patient erhöll ett specifikt nummer. All insamlad data strukturerades i olika tabeller och fördes in i ett exceldokument.

Etiska överväganden

Innan arbetets start tillfrågades verksamhetschefen på Mälarlundens vårdcentral om samtyckte och tillstånd att utföra studien. Tillståndet gavs skriftligt och godkände journalgranskning. Övriga medarbetare blev informerade att ett en studie skulle utföras och i vilket syfte den utfördes. Att vissa medarbetare i personalgruppen kunde uppleva besvär av att deras handläggning granskades i denna studie bedömdes inte motiverande nog att inte genomföra studien jämfört med eventuell förbättring av arbetet som studie kunde leda till. Att data insamlades från patienters journal och därmed kunde anses vara ett intrång i patientens integritet, när en annan läkare utöver patientansvarig läkare läser journalen, bedömdes inte heller vara tillräckligt motiverande att inte genomföra studien. Detta då studien i sig förhoppningsvis skulle leda till förbättrade utredningar av patienter med demenssjukdom. Den data som samlades in avidentifierades och all data analyserades på gruppnivå. Ingen ansökan om etisk prövning bedömdes vara nödvändig då resultatet av studien inte ska publiceras eller redovisas utanför det lokala sammanhanget.

Resultat

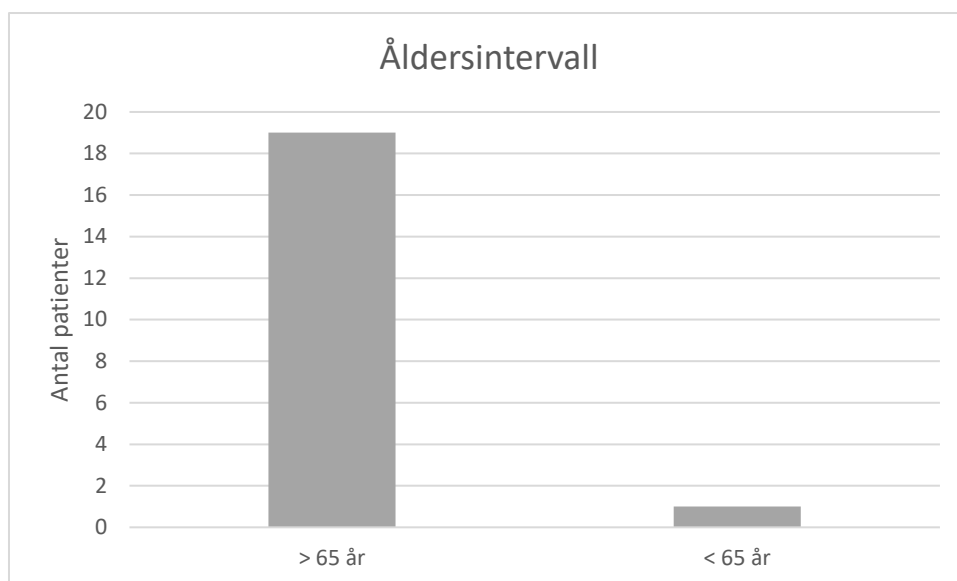
Förekomst av demens

Sökningen i Medrave efter alla patienter som erhållit en demensdiagnos under tidsperioden 2017-01-01 till 2022-08-31 resulterade i totalt 77 patienter. Samtliga patienter inkluderades för journalgranskning. Endast 20 patienter uppfyllde inklusionskriterierna och 57 patienter exkluderades då de inte genomgått utredning på Mälarlundens Vårdcentral.

Könsfördelningen av dessa 77 patienter var 28 stycken (36%) män och 49 stycken (64%) kvinnor. 73 stycken (95%) av patienterna var över 65 år gamla vid diagnossättningen. Av de 20 patienter som uppfyllde inklusionskriterierna var könsfördelningen 8 stycken (40%) män och 12 stycken (60%) kvinnor och 95% var över 65 års ålder vid diagnos.

Åldersintervall

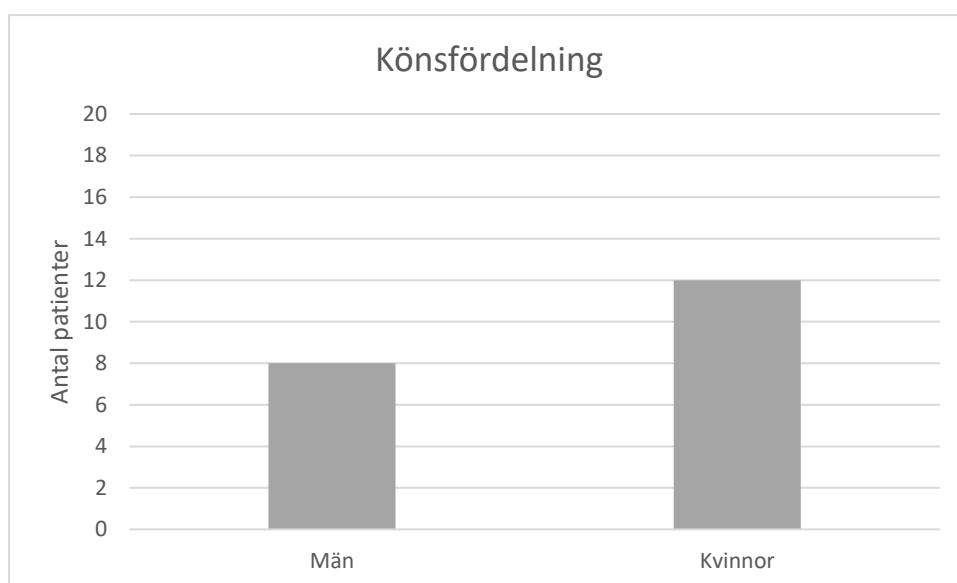
Av de 20 patienterna som uppfyllde inklusionskriterierna var 19 stycken (95%) över 65 års ålder vid diagnos. Se figur 3.



Figur 3. Åldersintervall av patienterna vid diagnossättning

Könsfördelning

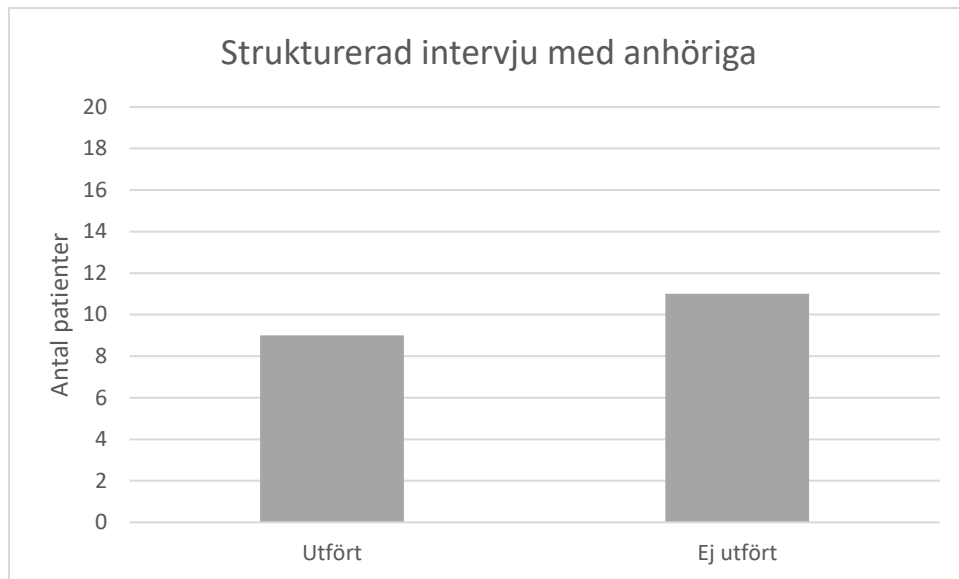
Av de 20 patienter som uppfyllde inklusionskriterierna var könsfördelningen 8 stycken (40%) män och 12 stycken (60%) kvinnor vilket demonstreras i figur 4.



Figur 4., Könsfördelningen av de 20 patienter som inkluderades i studien

Strukturerad intervju med anhöriga

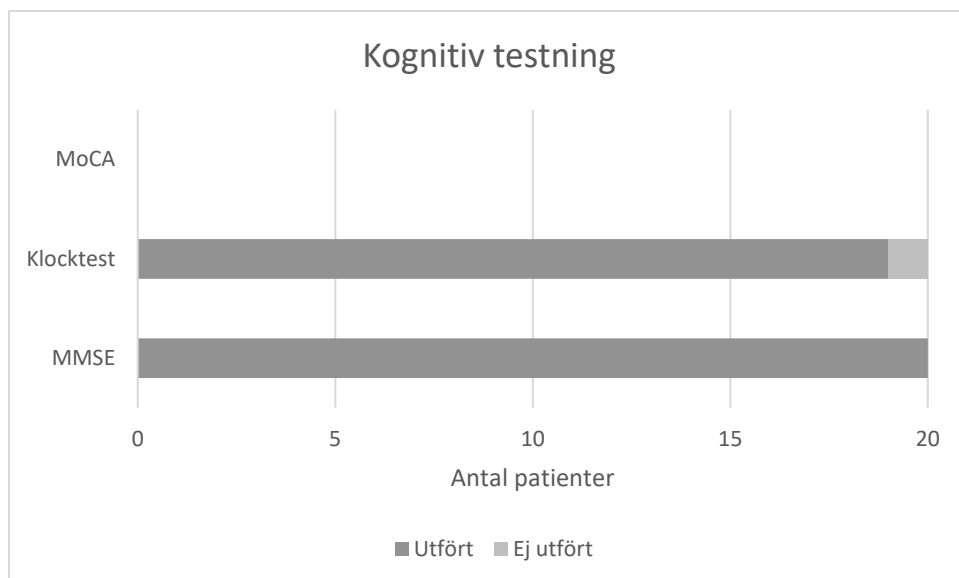
45% av patienternas anhöriga hade blivit intervjuade under utredningen. I övriga 55% utfördes ingen anhörigintervju. I två fall saknades anhöriga att tillfråga. Detta demonstreras i figur 5.



Figur 5. Antal patienter där det genomfördes en strukturerad intervju med anhöriga

Kognitiv testning

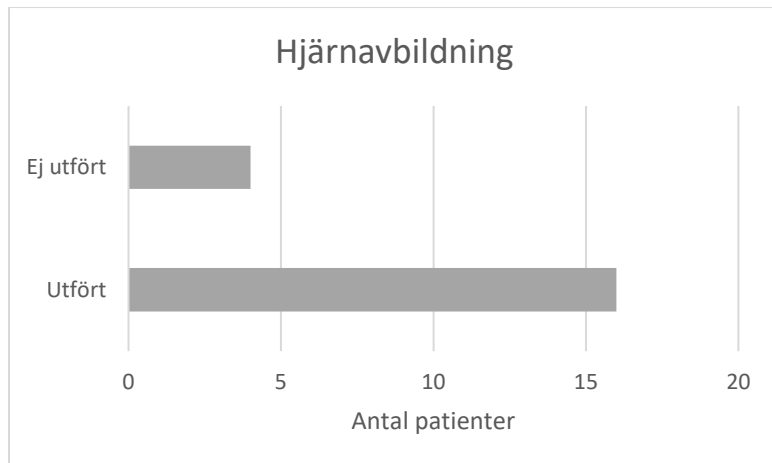
Utav de 20 patienter som uppfyllde inklusionskriterierna hade samtliga patienter genomgått testning med MMSE och alla förutom en hade genomgått ett klocktest i samband med utredningen. Ingen hade dock utretts vidare med MoCA. Ingen patient hade heller utretts med RUDAS. Detta demonstreras i figur 6.



Figur 6. Antal patienter som utretts med MoCA, MMSE och Klocktest

Hjärnavbildning

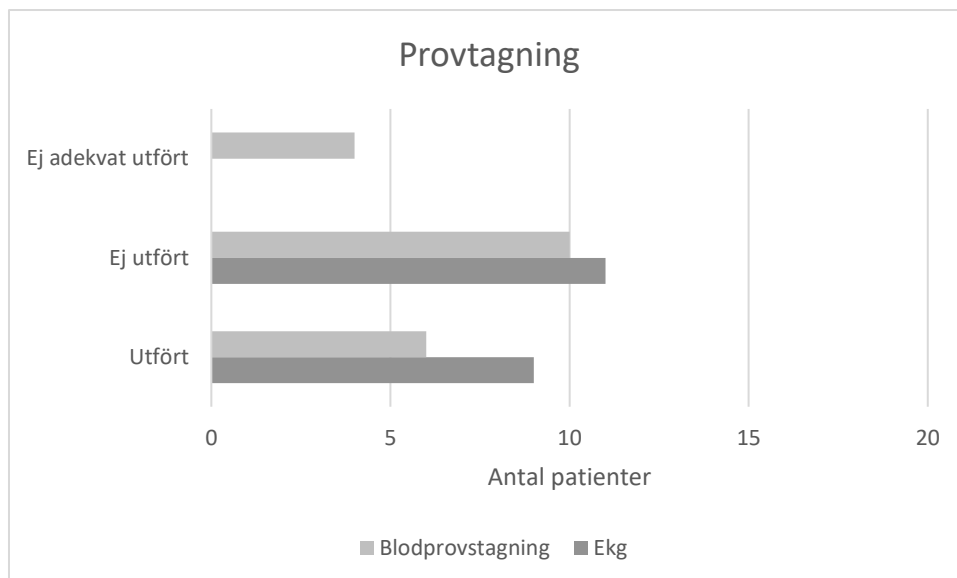
16 stycken (80%) av patienterna hade genomgått hjärnavbildning med DT. Av oklar anledning genomfördes ingen radiologisk undersökning på 4 stycken (20%) av patienterna och det motiverades inte i journalen varför undersökningen ej var genomförd. Ingen genomgick en magnetkameraundersökning. Detta visas i figur 7.



Figur 7. Antal patienter där radiologisk undersökning var genomförd

Provtagning

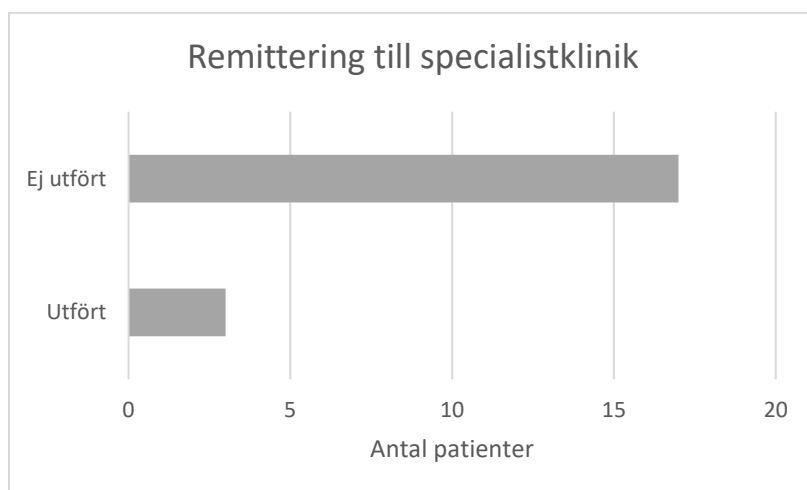
Avseende provtagning hade 9 stycken (45%) av patienterna utretts med ett EKG och 10 stycken (50%) av patienterna med blodprovstagning. Om samtliga prover ej var tagna eller provtagningen ägde rum för mer än 6 månader sedan angavs som "ej adekvat utförd" respektive "ej utfört". EKG som var taget inom en 6 månader period från att utredningen initierades räknades även in. En andel av patienterna som fick lämna blodprover lämnade inte samtliga prover som rekommenderas enligt nationella riktlinjer. Detta visas i figur 8.



Figur 8. Antal patienter som genomgått blodprovstagning och där EKG var utfört

Remittering till specialistklinik

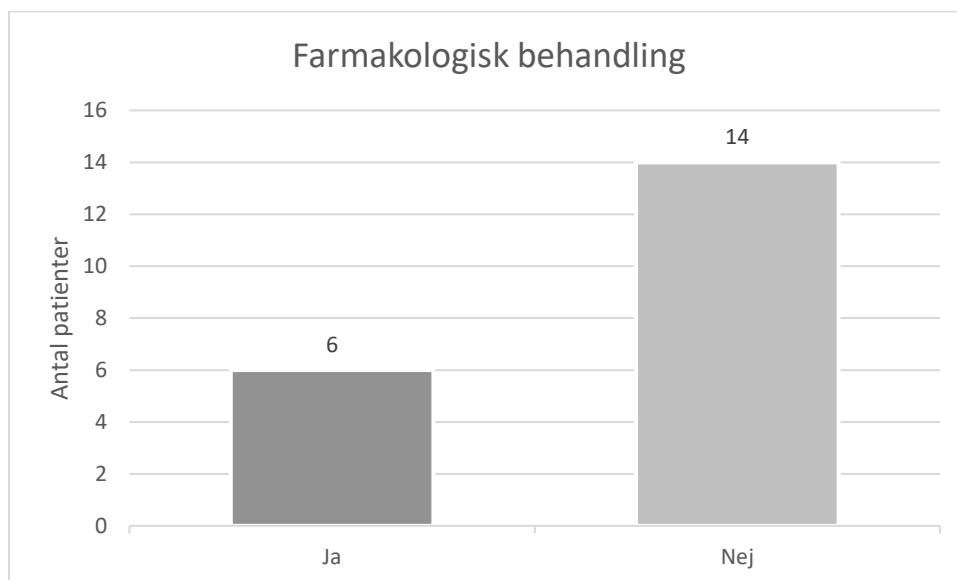
Majoriteten av patienterna kunde handläggas i sin helhet inom primärvården, men 3 stycken (15%) av patienterna remitterades vidare till en klinik specialiserad inom demens. Detta visas i figur 9.



Figur 9. Antal patienter som remitterades till specialistklinik

Behandling

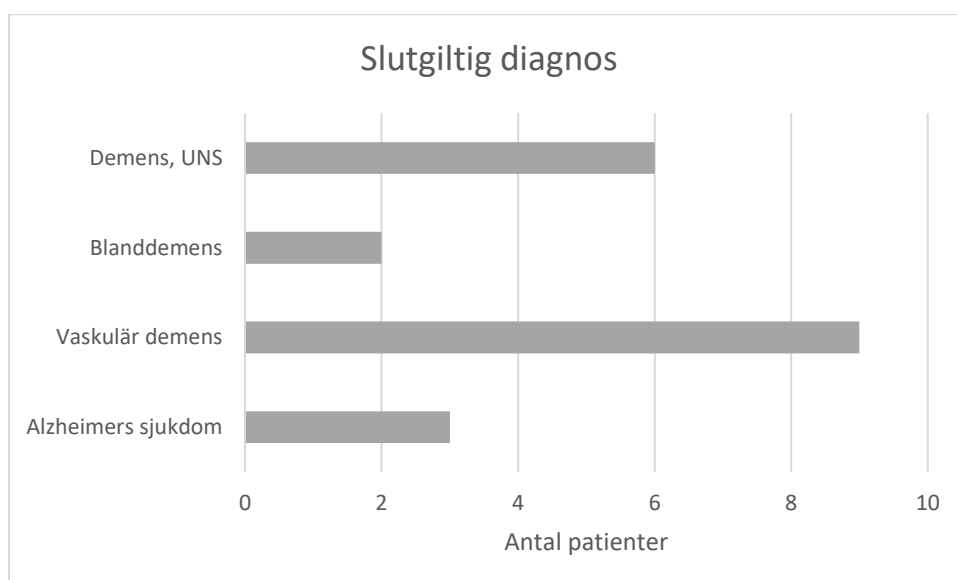
6 stycken (30%) av patienterna erhöill behandling riktad mot demens. Detta visas i figur 10.



Figur 10. Antal patienter som erhöill farmakologisk behandling

Slutgiltig diagnos

9 stycken (45%) av patienterna erhöill diagnosen vaskulär demens, varav övriga jämnt fördelat erhöill diagnoserna Alzheimers sjukdom, blanddemens eller ospecificerad demens. Detta demonstreras i figur 11.



Figur 11. Fördelningen av slutdiagnoser bland patienterna i studien

Diskussion

Utredning av demenssjukdom

Syftet med denna studie var även att utreda om vårdcentralen följer de nationella riktlinjer som rekommenderas av Socialstyrelsen för att utreda demenssjukdom. Av de patienter som inkluderades i studien hade endast 8 stycken (40%) genomgått en fullständig utredning i enlighet med nationella riktlinjer. Ytterligare av de patienter som inkluderades i studien hade endast patientens anhöriga intervjuats i 45% av fallen. Orsaken till varför en anhörigintervju inte var genomförd motiverades aldrig i journalen. En strukturerad anhörigintervju rekommenderas av Socialstyrelsen och det råder även generell konsensus att detta är en mycket viktig del i utredningen av demenssjukdom ⁽³³⁾. En förklaring till varför en anhörigintervju endast ägt rum i låg omfattning kan vara att utredande läkare många gånger kan ha upplevt att man haft tillräckligt med underlag för diagnossättning genom den övriga testningen patienten genomgått.

Samtliga patienter som uppfyllde inklusionskriterierna i studien hade i utredningens gång genomgått testning med MMSE och ett klocktest (dock hade 1 patient inte genomfört ett klocktest av oklar anledning). MMSE är det vanligaste verktyget som används för utredning av demenssjukdom idag trots att flera studier visat att testet har lägre känslighet ⁽³⁴⁾ jämfört med andra test och att ett positivt eller negativt utfall inte skall vara avgörande i diagnossättningen. Trots detta har det näst vanligaste verktyget, MoCA, inte genomförts en enda gång på de patienter som deltagit i studien. En förklaring till detta kan vara att utredande läkare kan bedömt att de eventuella radiologiska fynden tillsammans med resultatet på MMSE har varit adekvat för diagnossättning. Inte heller RUDAS har genomförts på någon av patienterna, men detta förklaras av att ingen av patienterna uppfyllde kriterierna för att genomgå denna typ av testning. Det saknas rimlig förklaring till varför MoCA inte genomförts på någon av patienterna då det flertalet studier talat för att MoCA har högre känslighet i diagnostisering av MCI (mild cognitive impairment). ^(35,36)

80% av patienterna hade genomgått hjärnavbildning med en datortomografi. Ingen av patienterna hade valts att utredas med magnetresonanstomografi trots att andra studier påvisat att en magnetkameraundersökning ger betydligt högre Fazekas-gradering jämfört med en datortomografi. ⁽³⁷⁾ Samtidigt saknas det bevis att en magnetkameraundersökning jämfört med en datortomografi i utredning av demenssjukdom upptäcker fler fall, då radiologin i första hand

används för att utesluta sekundära orsaker.⁽³⁸⁾ En förklaring till varför ingen magnetkameraundersökning genomfördes på någon av patienterna kan vara att det inte rekommenderas av varken Socialstyrelsen eller Sörmlands vårdprogram, men kan även bero på datortomografins fördel avseende tillgänglighet och kostnad. Varför 20% av patienterna inte genomförde någon radiologisk undersökning motiveras ej i journalen och även här kan det misstänkas att utredande läkare ansåg att den övriga testningen var adekvat för att sätta diagnos trots bristande radiologi.

Endast hälften av patienterna fick genomgå blodprovstagnig och/eller ett elektrokardiogram som ett led i utredningen av demenssjukdom. Det finns studier som påvisats att man kan dra slutsatser av gemensamma EKG-förändringar i vissa typer av demens ⁽³⁹⁾, samt att hjärtsjukdomar som till exempel förmaksflimmer är en vanligt förekommande hos patienter med demenssjukdom eller att hjärtsjukdomen i sig kan orsaka kognitiv svikt ⁽⁴⁰⁾. Ett elektrokardiogram anses därför fortsatt som ett viktigt verktyg i utredningen av demenssjukdom. En förklaring till varför endast hälften av patienterna fått genomgå en EKG-undersökning har inte angetts i respektive journal, men kan bero på att det ansetts ha ett litet värde i diagnossättningen. Det kan även förklaras av att den utredande läkaren tittat på äldre elektrokardiogram och valt att avstå ett nytt då patienten till synes varit hjärtfrisk eller i oförändrat tillstånd avseende tidigare känd hjärtsjukdom.

Endast 15% av patienterna som ingick i studien behövde remitteras vidare till en klinik specialiserad på kognitiv svikt, vilket är förenlig med Socialstyrelsens mål ⁽⁴¹⁾ om att majoriteten av patienter med kognitiv svikt skall kunna vårdas i sin helhet inom primärvården. De fall som remitterades, remitterades i första hand på grund av osäker typsättning av diagnos eller på grund av osäkerhet gällande val av medicinering. Endast 30% av patienterna erhöll behandling riktad mot kognitiv svikt vilket är förenligt med studiens övriga fynd då endast Alzheimers sjukdom och i vissa fall blanddemens behandlas, och dessa patientgrupper stod för 25% av fallen. Den enstaka patient som erhållit behandling trots att det egentligen saknar indikation kan förklaras av många faktorer som press av anhöriga att medicinera, byte av demensdiagnos i ett senare skede eller okunskap gällande vilka demenstyper som kan behandlas.

45% av patienterna erhöll diagnosen vaskulär demens, varav övriga jämnt fördelat erhöll diagnoserna Alzheimers sjukdom, blanddemens eller ospecificerad demens. Detta talar emot

den normala prevalensen i Sverige och övriga världen där Alzheimers sjukdom är dominerande och utgör cirka 60% av fallen följt av vaskulär demens^(42, 43). En förklaring till detta kan vara denna studies mindre omfattande storlek med ett lågt patientantal som granskats. Det kan även bero på att diagnossättning i slutändan är en subjektiv bedömning från utredande läkare och att här finns rum för en felmarginal.

Incidens av demenssjukdom

Den beräknade incidensen av demenssjukdom på Vårdcentralen Mälarlunden var liknande den som beräknas vara 0,25 % i Sverige per år. 1% av vårdcentralens patienter fick minst en gång en demensdiagnos kodad i sin journal under åren 2017-2022. Dock finns det flertalet faktorer som kan påverka detta resultat. Vårdcentralen har historiskt genomgående haft ett yngre klientel vilket kan påverka resultatet, men resultatet även ha påverkats av bristande diagnoskodning av personal på vårdcentralen. Enligt Socialstyrelsen och Svenskt Demenscentrum är även demenssjukdom i stor grad underdiagnostiserat i Sverige^(26,27) och många patienter med liknande symtomatologi löper risk att erhålla andra diagnoser som kan förklara symtomen snarare än grundsjukdomen⁽²⁸⁾. Det finns även flertalet studier som visar att demenssjukdom underdiagnostiseras i hög grad⁽²⁹⁾, samt att faktorer som etnicitet kan påverka och försena diagnossättningen⁽³⁰⁾.

Av de patienter som inkluderas i journalgranskningen var könsfördelningen av dessa 77 patienter 36% män och 64% kvinnor. Detta resultat är förenligt med litteraturen då det finns flera studier som påvisats att kvinnor i större omfattning drabbas av demenssjukdom jämfört med män^(31,32). 95% av patienterna var över 65 års ålder när diagnosen för demenssjukdom fastställdes. Även detta är förenligt med litteraturen vad gäller incidensen av demens då majoriteten av fallen diagnostiseras efter 65 års ålder med en kraftigt förhöjd prevalens ju äldre patienten blir.⁽³²⁾

Syftet med denna studie var enbart ge en översikt av vårdcentralens utredning av demenspatienter, och därför går inte att dra några slutsatser om orsaken bakom en eventuell underdiagnostisering.

Styrkor och svagheter

En styrka med studien att denna genomfördes grundligt och systematiskt med hjälp av journalgranskande verktyg som fanns tillgängliga. En annan styrka är att det var en och samma person som genomförde journalgranskningen. Metoden som valdes för att insamla data kan betraktas som säker och tillförlitlig. En svaghet var att det dock fanns en risk att data kan ha missats i löptext jämfört med att använda sökbara mätvärden. Ett stort antal patienter exkluderades från studien trots att de kunde uppfylla inklusionskriterierna då deras data eller journal inte ansågs vara adekvat nog för att ge en representativ bild av utredningens förlopp. Granskning av löptext kan innebära en större risk att missa information jämfört sökbara mätvärden men i detta fall bedöms det snarare varit en fördel. Tidsintervallet som valdes för studien är 5 år och ger därför en representativ bild av hur demensutredningar ägt rum under längre tid på vårdcentralen.

En svaghet i studien var att få patienter utretts för demenssjukdom på vårdcentralen under den granskade tidsperioden. Incidensen på vårdcentralen var jämförbar med incidensen i Sverige men eftersom det totala patientantalet endast var 20 patienter går det inte att dra stora slutsatser på dessa data.

Slutsats

Mälarlundens Vårdcentral i Strängnäs hade en förekomst av patienter med demenssjukdom som är jämförbart med resten av Sverige. Ett fåtal av patienterna utreddes helt i enlighet med nationella riktlinjer, men majoriteten av patienterna utreddes ändå i enlighet med vad som borde anses vara adekvat för diagnossättningen av demenssjukdom. Studien påvisar att det finns ett stort behov av standardisering och en utredningsrutin på vårdcentralen för att samtliga utredande läkare skall utreda lika, samt att alla patienter som utreds skall utredas likadant.

Referenser

1. Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and Management of Dementia: Review. JAMA. 22 oktober 2019;322(16):1589–99.
2. Vanliga demenssjukdomar. I 2019 [citerad 1 oktober 2022]. Tillgänglig vid: <https://www.demensforbundet.se/om-demens/demenssjukdomar/>
3. Types of dementia | Dementia Australia [Internet]. [citerad 1 oktober 2022]. Tillgänglig vid: <https://www.dementia.org.au/information/about-dementia/types-of-dementia>
4. Demens – utredning i primärvård. I: Internetmedicin [Internet]. [citerad 1 oktober 2022]. Tillgänglig vid: <https://admin.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/demens-utredning-i-primarvard/>
5. Aarsland D. Epidemiology and Pathophysiology of Dementia-Related Psychosis. J Clin Psychiatry. 15 september 2020;81(5):AD19038BR1C.
6. De-Paula VJ, Radanovic M, Diniz BS, Forlenza OV. Alzheimer's disease. Subcell Biochem. 2012;65:329–52.
7. Blennow K. Alzheimers sjukdom – diagnostik och behandling i dag och i framtiden - Läkartidningen. I 2020 [citerad 24 oktober 2022]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2020/03/alzheimers-sjukdom-diagnostik-och-behandling-i-dag-och-i-framtiden/>, <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2020/03/alzheimers-sjukdom-diagnostik-och-behandling-i-dag-och-i-framtiden/>
8. Behandling av demens vid Alzheimers sjukdom [Internet]. Alzheimerfonden. [citerad 2 oktober 2022]. Tillgänglig vid: <https://www.alzheimerfonden.se/demenssjukdom/alzheimers-sjukdom/behandling>
9. Vaskulär demens (blodkärlsdemens) [Internet]. [citerad 2 oktober 2022]. Tillgänglig vid: <https://demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/Vaskular-demens>
10. O'Brien JT, Thomas A. Vascular dementia. Lancet. 24 oktober 2015;386(10004):1698–706.
11. Iadecola C. The pathobiology of vascular dementia. Neuron. 20 november 2013;80(4):844–66.
12. Talbot PR. Frontal lobe dementia and motor neuron disease. J Neural Transm Suppl. 1996;47:125–32.
13. Frontotemporal demens [Internet]. [citerad 24 oktober 2022]. Tillgänglig vid: <https://demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/Frontotemporal-demens>
14. Sanford AM. Lewy Body Dementia. Clin Geriatr Med. november 2018;34(4):603–15.

15. Gomperts SN. Lewy Body Dementias: Dementia With Lewy Bodies and Parkinson Disease Dementia. Continuum (Minneap Minn). april 2016;22(2 Dementia):435–63.
16. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom Stöd för styrning och ledning [Internet]. Socialstyrelsen; december 2017. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>
17. Demens – utredning i primärvård. I: Internetmedicin [Internet]. [citerad 4 oktober 2022]. Tillgänglig vid: <https://admin.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/demens-utredning-i-primarvard/>
18. Demensutredning; Anhörigintervju. [Internet]. [citerad 4 oktober 2022]. Tillgänglig vid: https://viss.nu/download/18.d9ec095172e6db9637be5f3/1599898653170/Demensutredning_a_nhorigintervju.pdf
19. Klocktest [Internet]. [citerad 4 oktober 2022]. Tillgänglig vid: https://www.demenscentrum.se/globalassets/utbildning_pdf/verktygslada_pv/klocktest.pdf
20. Ciesielska N, Sokołowski R, Mazur E, Podhorecka M, Polak-Szabela A, Kędziora-Kornatowska K. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis. Psychiatr Pol. 31 oktober 2016;50(5):1039–52.
21. Montreal Cognitive Assessment; Instruktioner för testning och utvärdering [Internet]. [citerad 4 oktober 2022]. Tillgänglig vid: https://viss.nu/download/18.3505c98f1741126faff66e24/1610097360236/MoCA_instruktioner_version7.pdf
22. Coelho-Guimarães N, Garcia-Casal JA, Díaz-Mosquera S, Álvarez-Ariza M, Martínez-Abad F, Mateos-Álvarez R. [Validation of RUDAS: A screening tool for dementia in Primary Health Care settings]. Aten Primaria. maj 2021;53(5):102024.
23. RUDAS-S [Internet]. [citerad 6 oktober 2022]. Tillgänglig vid: <https://demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/rudas-s>
24. Pasi M, Poggesi A, Pantoni L. The use of CT in dementia. Int Psychogeriatr. september 2011;23 Suppl 2:S6-12.
25. Vård och omsorg vid demenssjukdom Nationella riktlinjer – Utvärdering Sammanfattning med förbättringsområden. [Internet]. [citerad 4 oktober 2022]. Tillgänglig vid:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-3-1.pdf>

26. Sammanfattning av SBU:s rapport om: Demenssjukdomar En systematisk litteraturöversikt. [Internet]. [citerad 6 oktober 2022]. Tillgänglig vid:
https://www.demenscentrum.se/globalassets/myndigheter_departement_pdf/06_sbu_demenssjukdomar_sammanfattn.pdf
27. Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. [Internet]. [citerad 6 oktober 2022]. Tillgänglig vid:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2014-2-4.pdf>
28. Multisjuklighet och demens Vad kan förebyggas? [Internet]. [citerad 6 oktober 2022]. Tillgänglig vid:
https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/myndigheter_departement_pdf/07_folkhalsoinstitut_multisjuk.pdf
29. Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. december 2009;23(4):306–14.
30. Ruitenberg A, Ott A, van Swieten JC, Hofman A, Breteler MMB. Incidence of dementia: does gender make a difference? *Neurobiology of Aging*. juli 2001;22(4):575–80.
31. Salwierz P, Davenport C, Sumra V, Iulita MF, Ferretti MT, Tartaglia MC. Sex and gender differences in dementia. *Int Rev Neurobiol*. 2022;164:179–233.
32. Garre-Olmo J, Genís Batlle D, del Mar Fernández M, Marquez Daniel F, de Eugenio Huélamo R, Casadevall T, m.fl. Incidence and subtypes of early-onset dementia in a geographically defined general population. *Neurology*. 05 oktober 2010;75(14):1249–55.
33. Stähelin HB, Monsch AU, Spiegel R. Early Diagnosis of Dementia via a Two-Step Screening and Diagnostic Procedure. *Int Psychogeriatr*. december 1997;9(S1):123–30.
34. Creavin ST, Wisniewski S, Noel-Storr AH, Trevelyan CM, Hampton T, Rayment D, m.fl. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 13 januari 2016 [citerad 9 oktober 2022]; Tillgänglig vid:
<https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011145.pub2>

35. Ciesielska N, Sokołowski R, Mazur E, Podhorecka M, Polak-Szabela A, Kędziora-Kornatowska K. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis. *Psychiatr Pol.* 31 oktober 2016;50(5):1039–52.
36. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, m.fl. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* april 2005;53(4):695–9.
37. Kaltoft NS, Marner L, Larsen VA, Hasselbalch SG, Law I, Henriksen OM. Hybrid FDG PET/MRI vs. FDG PET and CT in patients with suspected dementia – A comparison of diagnostic yield and propagated influence on clinical diagnosis and patient management. 02 maj 2019;14(5):e0216409.
38. Health Quality Ontario. The appropriate use of neuroimaging in the diagnostic work-up of dementia: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2014;14(1):1–64.
39. Kloppel S, Stonnington CM, Barnes J, Chen F, Chu C, Good CD, m.fl. Accuracy of dementia diagnosis--a direct comparison between radiologists and a computerized method. *Brain.* 21 juni 2008;131(11):2969–74.
40. Ott A, Breteler MMB, de Bruyne MC, van Harskamp F, Grobbee DE, Hofman A. Atrial Fibrillation and Dementia in a Population-Based Study: The Rotterdam Study. *Stroke.* februari 1997;28(2):316–21.
41. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen. [Internet]. [citerad 9 oktober 2022]. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>
42. Yamada T, Hattori H, Miura A, Tanabe M, Yamori Y. Prevalence of Alzheimer's disease, vascular dementia and dementia with Lewy bodies in a Japanese population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* februari 2001;55(1):21–5.
43. Wu YT, Beiser AS, Breteler MMB, Fratiglioni L, Helmer C, Hendrie HC, m.fl. The changing prevalence and incidence of dementia over time - current evidence. *Nat Rev Neurol.* juni 2017;13(6):327–39.
44. Creavin ST, Wisniewski S, Noel-Storr AH, Trevelyan CM, Hampton T, Rayment D, m.fl. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, redaktör. *Cochrane Database of Systematic*

Reviews [Internet]. 13 januari 2016 [citerad 10 oktober 2022]; Tillgänglig vid:

<https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011145.pub2>

45. Demens i siffror [Internet]. [citerad 24 oktober 2022]. Tillgänglig vid:

<https://demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demens-i-siffror>