

> 30 SveDem-publikationer 2013 - 2017

Grattis



10 år!

170914

Lena Kilander

överläkare, docent

Akademiska sjukhuset

Inst för folkhälso- och vårdvet/Geriatrik

Uppsala universitet

> 30 SveDem-publikationer 2013 – 2017,
en snabbtitt på deskriptiva och jämförande studier:

1. Demens & samsjuklighet/vård på lika villkor?
2. Demens & SE faktorer/hälsoekonomi
3. Demens & diagnostik
4. Demens & läkemedel
5. Övrigt

- **SveDem – a tool for improving the quality of diagnostics, treatment and care in clinical practice (Religa -15)**
n=28.722

1. Demens & samsjuklighet/vård på lika villkor?

- **Diabetes (Secnik -17)**
Samkörning med Patientregistret och Läkemedelsregistret.
DM var yngre vid diagnos, VAD >> LBD & PDD, färre behandlade med antidepressiva och AD-läkemedel (av AD).
- **Akut hjärtinfarkt (AMI) (Cermakova -17)**
n=525, av STEMI fick 55% fick intervention med angio/PCI (jämfört med c:a 80% av åldersmatchat kontrollmaterial).
Dessa var yngre, hade högre MMSE-p, och lägre mortalitet jämfört med AMI-pat i SveDem som ej fick intervention.

1. Demens & samsjuklighet/vård på lika villkor?

- **Hjärtsvikt (Cermakova -17)**
Samkörning med RiksSvikt, n=775. VAD > AD. Ingen skillnad i mortalitet map svikt-typ eller demenstyp.
- **LBD vs AD med avseende på samsjuklighet (Fereshtehnejad -14)**
Depression, stroke, migrän m.fl DLB > AD
- **Dödsorsaker (Garcia-Ptacek -16)**
n=5368: CVD (37%), 'Demens' (30%)
- **Mortality risk by dementia type (Garcia-Ptacek -14)**
FTD > LBD > VAD > PDD > AD
- **Kardiovaskulära sjukdomar olika demenssjukdomar (Cermakova -15)**

2. Demens & sociodemografi/hälsoekonomi

- **Living alone with Alzheimer's disease (Cermakova -17)**
n=26.163 AD varav 46% bodde ensamma, ssk äldre kvinnor. Ensamboende hade i något mindre utsträckning genomgått CT, MR och LP i utredningen. De behandlades något mindre ofta med AD-läkemedel och CV-läkemedel; men något oftare med antidepressiva, antipsykotika och hypnotika/sedativa.
- **Costs of diagnosing dementia (Wimo -13)**
n=11.561. Medelkostnad för utredning var 6.777:- i PV, och 11.682:- inom specialistvården, med stora regionala skillnader.

3. Demens & diagnostik

- **Dementia diagnosis differs in men and women and depends on age and dementia severity (Religa -12)**
n=6.937: antalet undersökningar lägre hos 75+ (4/11 vs 6/11); antal test positiv korrelation med MMSE. Könsskillnad pga ålder.
- **The use of MRI, CT and LP in diagnostics (Falahati -15)**
n=17.057: CT 87%; MRI 16%; LP 40%. Ålder och MMSE.
- **Skillnader mellan AD med tidig resp sen debut (Eriksson -14)**
Early onset extensivare utredning, oftare ChEI, = antidepr och AP
- **Skillnader primärvård och specialistvård (Garcia-Ptacek -17)**
n=9,625 varav 40% PV. Dessa var äldre (81 vs 76 år), fler kvinnor, MMSE 21 vs 22 p. PV: färre diagnostiska test och kortare utred-tid. Mindre antipsykotika; = AD-läkemedel.

3. Demens & diagnostik

- **Benchmarking biomarker-based criteria for AD (Rosén -15)**
n=2357 AD med CSF-data från Mölndal. (Bara) 77% hade patologiska värden på Abeta och t-tau/p-tau. Orsak?
- **CSF neurofilament light (NFL) (Skillbäck -14)**
n=3356: högst värden vid subkortikal skada som VAD och MIX, men även vid FTD. Höga värden korrelerade med låg MMSE och mortalitet (även vid AD).
- **CSF tau and Abeta in dementia (Skillbäck, Brain -15)**
n=5676 demensdiagnos med CSF-data från Mölndal.
Två cluster: eAD och IAD respektive VAD, FTD, PDD, DLB.
Förväntade skillnader mellan grupperna, men stora överlapp:
t.ex fanns patologiskt låga Abeta-värden hos 53% av VAD;
hos 34% av FTD och hos 67% av LBD-patienterna.
AD: korrelation mellan Abeta, t-tau/p-tau och MMSE.

3. Demens & diagnostik

- **Early-onset dementia (Konijnenberg -17)**
n=1325 från Danska DR (20%), SveDem (21%)
och Amsterdam (48%). LP utfört >80%. Inte fullgod
kvalitet vad gäller utredningstid, AD-läkemedel.
- **Diagnostik och behandling SveDem vs DK (Fereshtehnejad -15)**
- **Diagnostik SveDem vs Girona, Spanien (Garre-Olmo -16)**

3. Demens & diagnostik

- **Early-onset dementia (Konijnenberg -17)**
n=1325 från Danska DR (20%), SveDem (21%) och Amsterdam (48%). LP utfört >80%. Inte fullgod kvalitet vad gäller utredningstid, AD-läkemedel.
- **Diagnostik och behandling SveDem vs DK (Fereshtehnejad -15)**
- **Diagnostik SveDem vs Girona, Spanien (Garre-Olmo -16)**

<u>Diagnoser:</u>	AD	56% Spa	48% DK	37% Sve
	MIX	13% Spa	11% DK	25% Sve
	VAD	6% Spa	16% DK	19% Sve

FTD och DLB inga stora skillnader

4. Demens & läkemedel

- **Läkemedel m.m. vid LBD och PDD (Fereshtehnejad -13)**
ChEI oftare till DLB (n=487) än till PDD (n=297); AP, mem, antidep =
- **Läkemedel vs demensdiagnos (Johnell -13)**
n=7.570. AD-läkemedel till >80% AD; 86% LBD. Totalt behandlades 6% med antipsykotika; och 16% av DLB-patienterna.
- **Anti-dementia drugs and comedication (Fereshtehnejad -14)**
n=5.907 mild AD: 75% ChEI, 8% Mem, 1% båda. Polyfarmaci dvs ≥ 5 läkemedel hos 33%; medan <2% hade ≥ 3 psykotropa läkemedel
- **CV läkemedel olika demenssjukdomar (Cermakova -14)**
70% av alla, särskilt VAD och MIX; män, äldre, sambos.

4. Demens & läkemedel

- **Kolinesterashämmare, hjärtinfarkt och död (Nordström -13)**
n=7073 AD/MIX, de som behandlades med ChEI hade 34% lägre risk för hjärtinfarkt/död (n=503). Vagoton effekt? Anti-infl effekt? Selektion, dvs kärsljuka behandlas mer sällan med ChEI?
- **Antidepressiva och dödlighet (Enache -16)**
n=20.050, samkörning med Läkemedelsregistret –3 år före demensdiagnos, uppföljning c:a 2 år, 26% avled. Användande av antidepressiva före diagnos: lägre mortalitet.

5. Övrigt

- **Demens och bilkörning (Lovas -16)**
n=15.113 med körkort: 9% anmäldes till TS; 16% utan åtgärd; f.ö. överenskommelser. Män; MMSE < 25 p och FTD anmäldes oftare.
- **FTD: Age-related incidence and family history (Nilsson -14)**
n=352 FTD-pat, 70% >65 år, ökade exp med ålder till 80-84 år
- **BMI in different dementia diagnoses (Faxén-Irving -14)**
n=12,015; medel BMI 24, >25% hade BMI <22
- **BMI and mortality (Garcia-Ptacek -14)**
Högst mortalitet bland de med BMI <23 (<18.5) (och >30 för män)
- **Demens och tandvård (Fereshtehnejad -17)**
n=58.037, tandvårdsreg: färre efter diagnos ssk VAD och låg MMSE.
- Senior Alert (Johansson -17): Improving nutritional status using a national preventive care program. Health care professionals' usage and documentation (SA).

Och under de kommande tio åren...