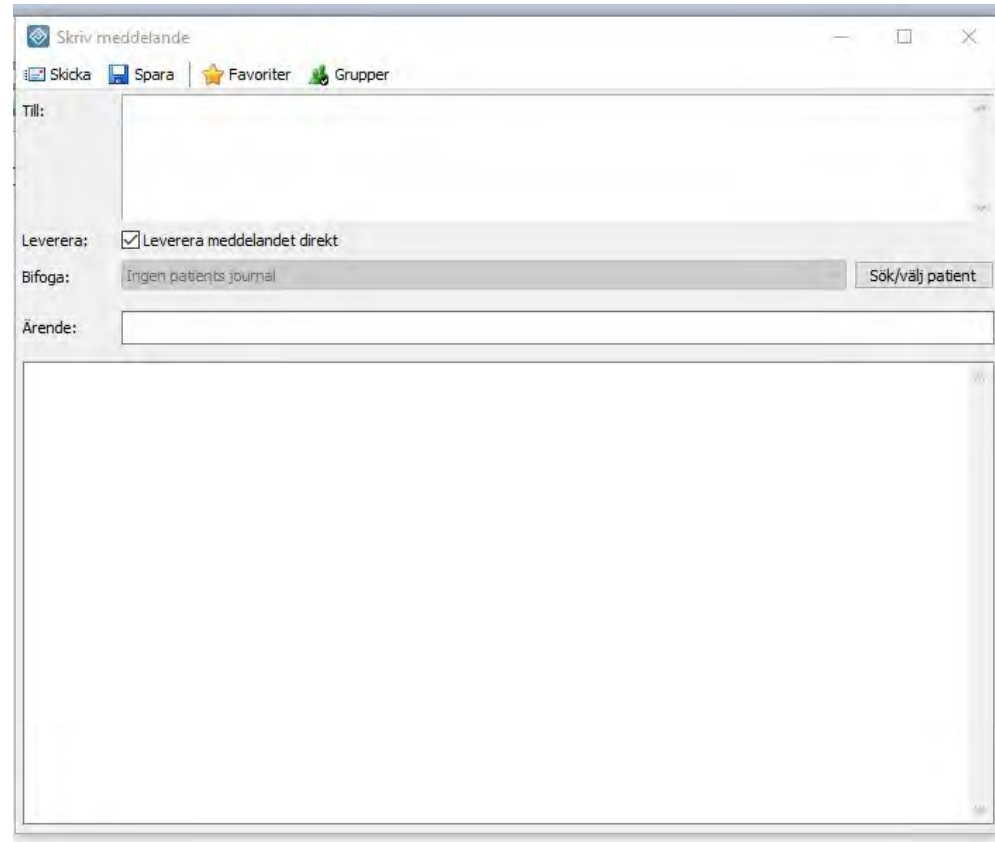


Närhälsan Tuve Vårdcentral..
Minnesutredning



MR Emad Al-Bayati & DSK Susanne Gole
Sept 2024

**Meddela ansvarig DSK
(Kan meddelas av vem
som helst om behov anses
föreligga och man
har stämt av med
patienten).**



The screenshot shows a web application window titled "Skriv meddelande". At the top, there are navigation links: "Skicka", "Spara", "Favoriter", and "Grupper". The main form has several fields: "Till:" (To:) with a large text area; "Leverera:" (Deliver:) with a checked checkbox "Leverera meddelandet direkt"; "Bifoga:" (Attach:) with a dropdown menu showing "Ingen patients journal" and a "Sök/välj patient" button; and "Ärende:" (Subject:) with a text field. Below these fields is a large, empty text area for the message content.

Närhälsan Tuve Vårdcentral..
Minnesutredning

- * Kallar patient**
- * Minnestester (MMSE-NR3 alt. RUDAS-S samt klocktest).**
- * Uppgift om hereditet, vapen, körkort, alkohol, behov av insatser via kommunen? SIP?**
- * Remiss arbetsterapeut.**
- * Anhörigintervju.**



Närhälsan Tuve Vårdcentral..
Minnesutredning

- * Provtagning.**
- * CT-hjärna.**
- * Tid hos läkare.**



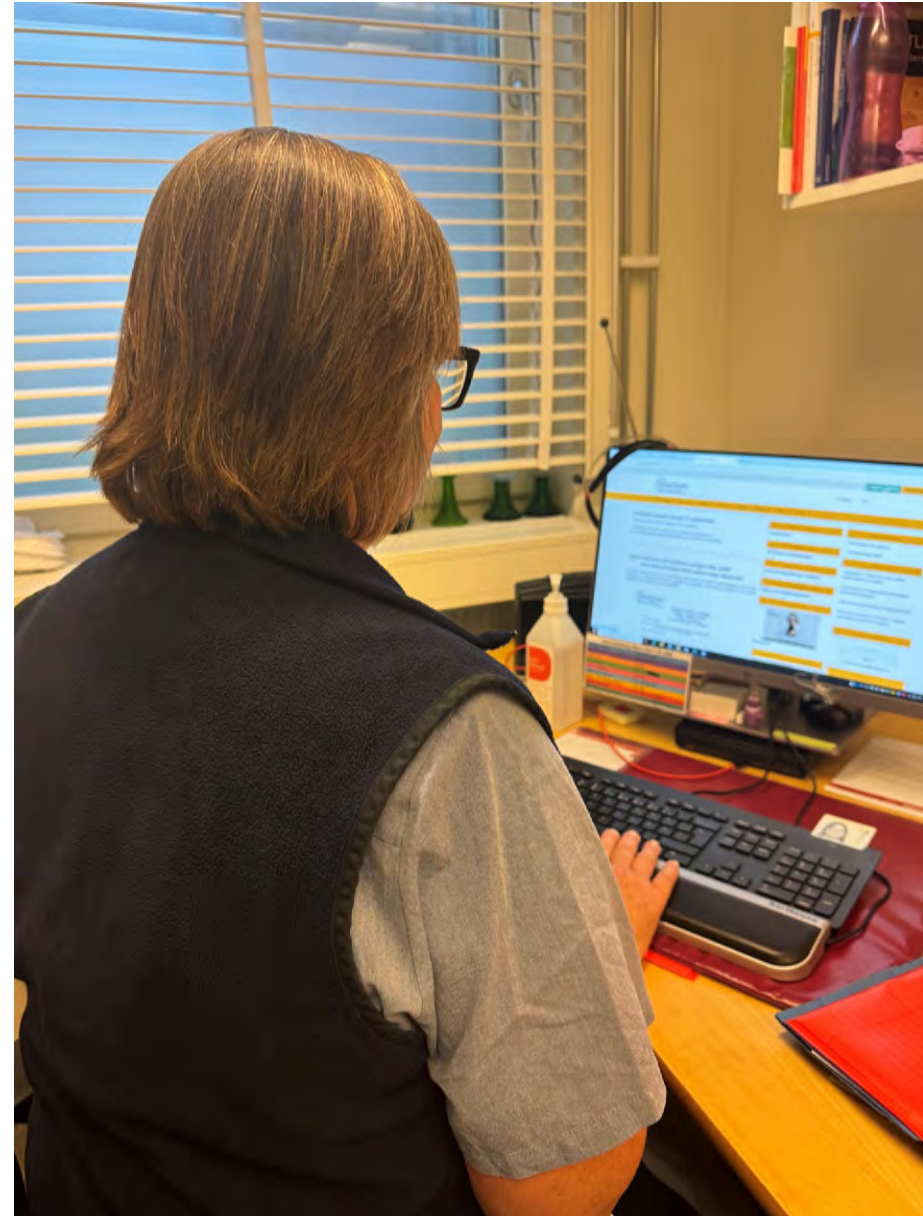
Närhälsan Tuve Vårdcentral..
Minnesutredning

- * Anamnes, klinisk undersökning och ev. EKG.**
- * Diagnos samt ev. läkemedel.**
- * Planera för uppföljning.**
- * Körkort?**
- * Remiss till Minnesmottagningen?**
- * Lämna skriftlig information till patienten.**
- * Meddela DSK.**



Närhälsan Tuve Vårdcentral..
Minnesutredning

- * Registrera i SveDem.**
- * Årlig uppföljning.**
- * Intyg N-tandvård. (alt. läkare.)**



Närhälsan Tuve Vårdcentral.. Minnesutredning

Flödesschema på VC

Närhälsan

Flödesschema minnesutredning Närhälsan Tuve vårdcentral

1. → Meddela ansvarig dsk som kallar patienten för minnestester, MMSE-NR3 alternativt RUDAS-S samt klocktest. (Kan meddelas av vem som helst om behov anses föreligga och man har stämt av med patienten). Uppgift om hereditet, vapen, körkort, alkohol efterfrågas vid besöket. Behov av insatser via kommunen? SIP?

→ Provtagning ordinerar av dsk i PALs namn: Blodstatus, SR, glukos, Na, K, Krea, Ca, T4/TSH, B-Peth, folsyra samt Kobalamin (+ ev Homocystein). Registrera även vikt och längd.

→ Remiss CT-hjärna skrivs av PAL efter meddelande från dsk. Frågeställning: Infarkter (lakunära)? Generell atrofi? Regional atrofi (ffa mediala temporalloben och hippocampus)? Vitsubstansskador (grad av)? Tecken på NPH? Expansivitet? Förändring jämfört med eventuell tidigare undersökning?

→ Remiss arbetsterapeut för bedömning av funktions- och aktivitetsnivå skrivs av dsk.

→ Anhörigintervju lämnas till anhörig av dsk. Skickas ifylld till PAL.

2. → Läkarbesök för neurologiskt och somatiskt status (om ej redan tagits), bedömning om EKG behöver tas, diagnos samt eventuell insättning av läkemedel. Planera för uppföljning avseende läkemedel för utvärdering av effekt och biverkningar samt för eventuell dosökning.

→ Körkort ok?? Remiss Mobilitetscenter (alt. enklare bedömning av arbetsterapeut på Eriksberg rehab). Transportstyrelsen när körkort ska dras in. Undvik muntliga överenskommelser.

→ Remiss till Minnesmottagningen SU/Mölndal, alt geriatriken Kungälv sjukhus, för patienter under 65 år, vid ovanlig demens såsom Lewy body, frontallobsdemens eller vid svårbedömda symtom.

→ Informera dsk för registrering i SveDem, lämna skriftlig information till patienten.

3. → Årlig uppföljning via ansvarig dsk efter demensdiagnos. Intyg N-tandvård skrivs av dsk eller läkare när demensdiagnos finns.

Regional medicinsk
riktlinje - Demens

Regional medicinsk riktlinje, RMR	
Gäller för: Västra Götalandsregionen	Giltig från: 2024-05-07
Innehållsansvar: Camilla Högström, (camho5), Verksamhetschef	Giltig till: 2026-04-26
Granskad av: Karin Fröjd, (karfr18), Specialistläkare	
Godkänd av: Karin Loostrom Muth, (karlo2), Direktör	

Regional medicinsk riktlinje

Demenssjukdom, utredning och
uppföljning

Innehållsförteckning

Syfte	1
Huvudbudskap	1
Vårdnivå och samverkan.....	2
Bakgrund.....	2
Förändringar sedan föregående version	2
Utredning	2
Läkemedel.....	6
Remissrutiner	6
Sjukskrivning	6
Klinisk uppföljning	6
Patientmedverkan och kommunikation.....	7
Relaterade dokument	7



REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE – LÄKEMEDEL

Demens

Färdställd december 2022 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. december 2024.

Huvudbudskap

- Vid misstanke om demenssjukdom ska utredning göras enligt [SveDem](#), [Demenssjukdom, utredning och uppföljning](#)
- Personer med Alzheimers sjukdom ska erbjudas behandling mot demenssymtom med demensläkemedel. Demensläkemedel bör även övervägas vid alzheimers sjukdom i kombination med vaskulär demens, s.k. blanddemens.
- Vid utebliven effekt vid första utvärdering eller efter en längre tids behandling kan utbättring provas. Om försämring noteras inom 2–4 veckor bör läkemedlet återsättas.
- Antipsykotiska läkemedel bör undvikas vid demenssjukdom.
- Bedömning av lämplighet att inneha körkort och vapenlicens ska göras.
- Stödmåttar till patient och närstående har stor vikt.

Blanddemens

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

Lewybodydemens

Vanliga symptom är konfusionsepisoder, synhallucinationer, sömnstörning, parkinsonism, ortostatism, fall och synkope. Kognitiva symptom som förvägning och visuospatiala störningar kan komma tidigt. Minnesnedbättring är oftast inte påtaglig tidigt i förloppet. Patienterna har hög kärlsjukhet för antipsykotiska läkemedel, vilka bör undvikas.

Parkinsonsdemens

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

Frontotemporal demens

Lägre ålder vid insjuknande än vid övriga demenssjukdomar är vanligt. Tidiga symptom är bl.a. personlighetsförändringar med bristande insikt och ödmode. Språkstörningar är vanliga. Minnesnedbättring kommer sent i förloppet.

Bakgrund

Demens är ett samlingsbegrepp för olika sjukdomar där hjärnans högre funktioner sviktar och leder till ökande svårigheter att klara ett självständigt liv. Demenssjukdomar är progressiva tillstånd som leder till omfattande organisk hjärnskada med tilltagande funktionsnedsättning och som på sikt leder till döden. I DSM5 används istället begreppet kognitiv sjukdom.

Alzheimers sjukdom

Vid Alzheimers sjukdom, som är den vanligaste demensformen, kommer minnesnedbättring tidigt. Språkstörning, visuospatial störning (förändrad rumsliguppfattning) samt dyspraxi (förmåga till målriktade rörelser) är andra vanliga symptom. Alzheimers sjukdom utvecklas gradvis.

Personlighetsförändring, gångrubbning och fokale neurologiska symptom tidigt i sjukdoms-förloppet

kan tala för annan demenstyp än Alzheimers sjukdom.

Vaskulär demens

Tidiga symptom är psykisk och motorisk förvägning samt nedsatt exekutiv förmåga (nedsatt initiativ och planeringsförmåga). Neurologiska symptom är vanliga, t.ex. pares eller atasi. Minnesnedbättring är oftast inte så påtaglig tidigt i förloppet.

Diagnostik

Vid misstanke om demenssjukdom ska basall utredning göras enligt RMR [Demenssjukdom, utredning och uppföljning](#). Utredningen är oftast tillräcklig för att ställa diagnos, utesluta andra tillstånd och för att bedöma behov av stöd och behandling. Utredningen bör göras i primärvården, men kan utföras där patienten har sin huvudsakliga vårdkontakt. De viktigaste instrumenten för att ställa rätt diagnos är anamnes och status. Kognitiva test som bör användas är MMSE (Mini Mental State Examination) och Clocktest.

Blanddemens

Basall utredning bör innehålla:

- Anamnes från patient och närstående
- Bedömning av alkoholkonsumtion med AUDIT och alkoholskattskema B-PHt och CDT
- Bedömning av fysiskt och psykiskt status
- Strukturerad bedömning av kognition, funktions- och aktivitetsförmåga
- Blodprover: Hb, S8, P-glukos, S-Na, S-K, S-Ca, S-krea samt prover för att utesluta störd sköldkörtelfunktion och B12-folatbrist
- Blodtryck och EKG
- Hjärnabildning med datortomografi eller magnetkamera
- Läkemedelsgenomgång

Utredning

Utredning görs för att utesluta andra tillstånd med demensliknande symptom som t.ex. depression, beröende, opioider, B12, metabola rubbningar, hjärntumör, subduralhematom och normaltryckshydrocefalus. Utredningen syftar också till att fastställa demensgrad och demenstyp.

Utvidgad utredning

Då basall utredning inte gett tillräckligt underlag för att ställa diagnos kan utvidgad utredning ske vid specialisterheter på sjukhus.

Icke-farmakologisk behandling

Informera om sjukdomen och inleda stödmåttar i vardagen. Erbjud meningsfulla aktiviteter för att träna och stödja kognitiva funktioner. Bekräfta fysisk aktivitet för att bibehålla kondition, muskeltstyrka och balans. Beakta att stöd behövs för att möjliggöra detta, se "EVS5".

Läkemedelsbehandling

Behandling med demensläkemedel är symptomatisk och bromsar inte sjukdomens progress och ska ske parallellt med omvårdnadsåtgärder.

Kolinesterashämmare

Vid mild till medelsvår Alzheimers sjukdom med eller utan vaskulärt inslag ska kolinesterashämmare erbjudas. Positiv erfarenhet finns även vid Lewybodydemens. Det finns tre perorala kolinesterashämmare, alla med likartad klinisk effekt. Dessa är donepezil, som är rekommenderat förstahandsmedel, rivastigmin och galantamin.

Kolinesterashämmare

EKG 2–4 veckor efter insatt behandling för att upptäcka kardiella biverkningar (t.ex. bradykardi och överledningsrubbingar). Effektvärdering ska ske efter 3–6 månader, därefter minst en gång per år samt i samband med utbättring.

NMDA-receptorantagonist

Effektvärdering ska ske efter 1–3 månader, därefter minst en gång per år samt i samband med utbättring.

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom (BPSD)

Beteendemässiga och psykiska symptom kan ofta härledas till problem i omvärlden. Symtom som svår oro, irritabilitet, psykomotorisk oro, plöjande, störd dygnsrytm, hallucinationer, vanföreställningar, fientligheter, perceptionsstörningar, ångest och depression är sammanhängande och bör uppmärksammas.

Behandling

Behandlingen bör i första hand 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 och fysisk aktivitet, smärta eller annan sensorisk sjuklighet. God omvårdnad är grunden, men vissa fall kan läkemedelsbehandling bli nödvändig.

Antipsykotiska läkemedel

Psykotiska symptom och aggresivitet kan undanrättas behandlas med olanzapin. Behandling ska vara kortvarig. Olanzapin munsönderfallande tabletter finns i kommunala akutläkemedelsföråd.

Uppföljning

Regelbunden utvärdering av effekt ska genomföras vid olika tidpunkter beroende på preparat. Ev. biverkningar bör bedömas tidigare än den positiva effekten av läkemedlet. Patientnyttan ska utvärderas av patient, närstående och vårdpersonal. Se RMR [Demenssjukdom, utredning och uppföljning](#). Minnesfunktionen förbättras normalt sett inte.

Behandling

Behandlingen bör pågå så länge patienten bedöms ha nytta av den, t.ex. kan interagera med sin omgivning och/eller har någon ADL-förmåga kvar. Vid tvivel om nyttan av behandlingen ska utvärdering göras. Succesrikt utbättring av läkemedlet över några veckor rekommenderas och utvärderas inom 2–4 veckor. Vid försämring bör behandlingen återsättas. Undvik utbättring i anslutning till förändring såsom t.ex. byte av boende. Läkemedelsgenomgång bör genomföras minst en gång per år (KVÄ XV016).

Konfusion

Personer med kognitiv nedsättning är mer sårbara för konfusionstillstånd. Vanliga orsaker är hjärtsvikt, lågt blodtryck, infektioner, smärta, urinretention, förstoppning och abstinensstillstånd. Även läkemedelsbehandling, miljöbyte och operativa ingrepp kan bidra till konfusion.

Kontakt:

Sekretariat i terapigrupp psykiatri
Georg Dahl, georg.dahl@vggregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på [www.vgregion.se/medicinska-riktlinjer-lakemedel](#). Kan även beställas från [Apotek B, Distributionssystem, västra.gotabehandlingssystem@vggregion.se](#)

De olika preparaten har olika farmakokinetik och interaktionsrisker. Om det är önskvärt att preparatet har kort halveringstid och få interaktioner kan rivastigmin användas. Rivastigmin i plåsterbehandling har färre magtarmbiverkningar än kapselbehandling och är lättare att trappa upp till fuldos. Plåstret är dock dyrare och rekommenderas därför som ett andrahandsalternativ. Rivastigmin har även indikationen Parkinsonsdemens.

Ungefär två tredjedelar uppvisar positiv effekt av kolinesterashämmare som t.ex. förbättring av uppmärksamhet, koncentrationsförmåga, initiativförmåga och social funktion. Detta kan i sin tur leda till positiva effekter på ADL-funktioner. Minnesfunktionen påverkas dock i mindre utsträckning.

För att minska risken för biverkningar av kolinesterashämmare bör behandlingen inledas med lägsta dos och trappas upp. Gastrointestinala biverkningar är vanliga, men ofta övergående. Läkta förstörighet vid behandling av patienter med obstruktiv lungsjukdom, epilepsi, ulcus, kardiella överledningsrubbingar och patienter som har samtidig behandling med frekvensärligande läkemedel. Ta EKG innan insättning.

Antikolinerga läkemedel, t.ex. läkemedel vid urininkontinens, har motsatt effekt, varför kombinationen bör undvikas.

NMDA-receptorantagonist

Memantin har indikationen medelsvår till svår demens av Alzheimertyp. Dosen trappas upp och läggs till tidigare insatt kolinesterashämmare eller ges i monoterapi om patienten inte kan använda kolinesterashämmare. Positiva behandlings effekter kan vara humörstabilisering och/eller förbättring av ADL-funktion. Biverkningar är få. Trötthet och yrsel kan förekomma.

Vid tillfällig svår oro kan oxazepam användas under en kort tid. Behandling med memantin kan påverka, om detta inte redan är insatt, för att stabilisera humörsvängningar. Depressiva symptom bör behandlas med SSRI-preparat.

Antipsykotiska läkemedel

Psykotiska symptom och aggresivitet kan undanrättas behandlas med olanzapin. Behandling ska vara kortvarig. Olanzapin munsönderfallande tabletter finns i kommunala akutläkemedelsföråd.

Biverkningar av olanzapin som förekommer är stelhet, ökad färlin och nedsatt kognition under behandlingstiden. Vid långtidsanvändning av antipsykotika har man även funnit ökad risk för stroke samt ökad mortalitet. För att kvalitetsutvärdera läkelsen bör [BPSD-uppgifter](#) användas.

Uppföljning antipsykotiska läkemedel

Effektvärdering ska ske kontinuerligt, och utbättring ska ske så snart som möjligt, helst inom 14 dagar. Personer med psykosjukdom, bipolär sjukdom eller organiskt förstärkningsyndrom behöver oftast fortsatt behandling för en grundsjukdom. Dosisreglering ska övervägas.

Konfusion

Personer med kognitiv nedsättning är mer sårbara för konfusionstillstånd. Vanliga orsaker är hjärtsvikt, lågt blodtryck, infektioner, smärta, urinretention, förstoppning och abstinensstillstånd. Även läkemedelsbehandling, miljöbyte och operativa ingrepp kan bidra till konfusion.

Kontakt:
Sekretariat i terapigrupp psykiatri
Georg Dahl, georg.dahl@vggregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på [www.vgregion.se/medicinska-riktlinjer-lakemedel](#). Kan även beställas från [Apotek B, Distributionssystem, västra.gotabehandlingssystem@vggregion.se](#)

REGIONALA MEDICINSKA RIKTLINJER. På uppdrag av våra medlemskommittéer har expertgrupper riktlinjer inom strategiskt viktiga diagnosgrupper. Riktlinjerna färdställda efter godkännande av sjukhusutredningarna och berörda doktorandiska organisationen.

Närhälsan Tuve Vårdcentral..
Minnesutredning

