

## Basal minnesutredning i primärvården

### Allmänt

Denna bilaga kompletterar kapitlet utredning i det Läns gemensamma programmet för vård och omsorg vid demenssjukdom i Sörmland.

Vid misstanke om demenssjukdom är det viktigt med en adekvat medicinsk utredning för att bedöma den kognitiva funktionsnedsättningen och fastställa eller utesluta demenssjukdom. Symtom som bör uppmärksammas är minnes- eller språkstörningar, tilltagande svårigheter i vardagen, svårigheter att orientera sig, förändrad personlighet eller psykiska symtom som nedstämdhet, ångest eller initiativlöshet. Den basala utredningen kan initieras av anhöriga, sjukvårds- och omvårdnadspersonal eller av patienten själv. Beslut om att inleda minnesutredning fattas av läkare samråd med patienten.

### Ansvar för utredning

Primärvården ansvarar för basal utredning av personer som bor i ordinärt- och särskilt boende. Utredningen i särskilt boende/korttidsplats initieras av läkare eller sjuksköterska knutna till boendet och genomförs i samverkan mellan primär- och kommunal hälso- och sjukvård. Utredning ska inte ske i nära anslutning till större förändringar som CVL, akut sjukdom, miljöombyte som flytt eller dödsfall hos anhörig.

Ett multiprofessionellt och teambaserat arbetssätt är nödvändigt för att få en helhetsbild av medicinska besvär, sociala aspekter samt påverkan på funktions- och aktivitetsförmåga i det dagliga livet. Anhörigas medverkan i utredningen ska eftersträvas.

I primärvårdens uppdrag ingår hembesök av sjuksköterska och arbetsterapeut för att genomföra anhörigintervju, kognitiva bedömningar och bedömning av funktionsförmåga i aktivitet.

Yngre patienter och patienter med svårbedömd symtombild, komplicerade sjukdomar och medicineringsbehov, eller vid behov av second opinion kan remitteras **efter** basal utredning.

I remissen för utvidgad utredning bifogas testresultat och sammanfattad symtomenkät.

Om patienten inte varit på datortomografi ska remiss vara skriven.

### Utredning

Demensdiagnos ställs på kliniska grunder. Den baseras på uppgifter om hereditet, sjukdomsförlopp, symtomprofil, testresultat, funktionsnivå och radiologi.

Det är viktigt att fokusera på de olika kognitiva funktioner som påverkar förmågan i personens dagliga liv.

### Utredningen syftar till att:

- Bedöma om symptomen beror på en demenssjukdom eller annan sjukdom/tillstånd
- Bedöma förutsättningar för att inneha körkort och vapen
- Kartlägga funktionsnedsättningar och vad man kan göra för att minimera eller kompensera för dem
- Ge ett underlag för planering av vård- och omsorgsbehov
- Ge information och stöd till patient och anhöriga (inkl. olika former av fullmakter)

### Anamnes

Inhämtas vid första läkarbesöket

#### Bakgrund

- Hereditet för kognitiva sjukdomar
- Familjeförhållanden
- Utbildning, yrkesutövning
- Intressen och fritidsaktiviteter och livsstil
- Tobak, alkohol eller andra droger
- Körkort och Vapen
- Tidigare fysiska- psykiska sjukdomar, ev. trauma och sömnapné

#### Symtom

- Upplevd och/eller observerad nedsättning av kognitiva förmågor och förändring av personlighetsdrag
- Beteendemässiga och psykiska symtom
- Symtomdebut och förlopp samt konsekvenser i vardagen för patienten och anhöriga (från sammanställd anhörigintervju)

### Bedömning av fysiskt och psykiskt tillstånd

Vid läkarbesöket utförs somatiskt status med neurologiskt och kardiovaskulärt fokus (blodtryck inkl. ortostatisk mätning, puls, hjärta-lungor, EKG, syn och hörsel).

Har patienten läkemedel görs en läkemedelsgenomgång (*Phase 20 alt. Phase proxy*).

Den neurologiska undersökningen syftar till att bedöma hjärnskadorna i topografiskt och etiologiskt hänseende. En bedömning av det psykiska tillståndet ingår för att utreda eventuell förekomst av bland annat depressions sjukdom, ångest eller psykotiska symtom (för bedömning av depression/nedstämdhet kan *Geriatric- Depression- Scale och/eller Cornells depressionskattningsskala användas*)

#### Laborationsprover kan spåra eller utesluta andra orsaker till patientens problem.

Det finns i dagsläget inga demensspecifika blodprover. Utifrån anamnes och klinisk bedömning görs en helhetsbedömning där man tar ställning till vilka prover som är lämpliga att ta i det enskilda fallet.

Vanliga prover som är aktuella:

- TSH, T4
- Kreatinin, elektrolytstatus inklusive kalciumfritt
- Hb
- Glukos
- Homocystein, folat
- Vikt, längd och BMI
- EKG

Vid misstanke: lues-, borrelia- och HIV-serologi ev. PETH. I enstaka fall kan hyperkalcemi kopplas till symtom på kognitiv svikt eller vara en utlösande faktor vid konfusion. D-vitaminbrist är vanligt.

### *Radiologi*

Datortomografi är, med kompetent tolkning, mest kostnadseffektiv men även MR kan bidra till att urskilja karakteristiska Alzheimerfynd och identifiera andra sjukdomstillstånd. DT och MR kan förstärka eller försvaga diagnosförslag men diagnos ställs alltid på kliniska grunder.

Remissen ska omfatta en kortfattad anamnes inklusive framträdande kognitiva symtom. Lämpliga frågeställningar på remissen är: *Atrofi generellt och/eller mediala temporalloben, (gradering enligt MTA)? Genomgången infarkt/blödning, förändring i vit substans (gradering enligt Fazekas)? Frågeställning tumör är aktuell vid specifik misstanke.*

Remiss kan skrivas för eftergranskning av tidigare röntgenundersökningar med frågeställning avseende demenssjukdom enligt ovan.

### Strukturerad intervju med anhöriga

#### **Intervju med anhörig eller annan närstående**

Intervjun är den viktigaste delen i utredningen och görs av personal som har god kunskap om demenssjukdomar. Den görs med fördel i samband med inledande hembesöket, då man också får information om hur patienten klarar sitt dagliga liv. Anhörigintervjun har syftet att identifiera:

1. Skillnaden mellan patientens respektive anhörigas beskrivningar ger en uppfattning om sjukdomsinsikten
2. Minnesstörning, t.ex. svårigheter att komma ihåg tider eller händelser.
3. Spatial oförmåga, t.ex. svårighet att hitta på nya platser eller känna igen tidigare bekanta miljöer eller personer.
4. Språkstörning, t.ex. ordglömska, svårigheter att förstå information, läs-, skriv- och räknesvårigheter.
5. Praktisk oförmåga, t.ex. svårigheter att klara inlärd färdigheter eller utföra vardagliga handlingar, t.ex. påklädning, matlagning etc.
6. Personlighetsförändring, t.ex. nedsatt initiativförmåga, bristande insikt och omdöme.
7. Aktuella psykiska symtom, t.ex. nedstämdhet, aggressivitet, ångest, sömnstörning, hallucinationer.
8. Helhetsbedömning av patientens och anhörigas situation och behov av stöd.

Det är viktigt att få fram när och hur den kognitiva störningen debuterat, hur förloppet varit och eventuell utlösande händelse som t.ex. stroke, skallskada, missbruk, medicinbiverkan eller psykiskt trauma. Vid intervjun ställs även frågor om bilkörning och vapeninnehav.

För ökad diagnostisk säkerheten och reliabilitet mellan olika intervjuare används antingen *Neurokognitiv symtomenkät R. Åstrand* eller *R. Åstrands Anhörigintervju för identifiering av demens och demensliknande symtom*. Resultatet sammanfattas i patientjournal.

(Verktygen finns att tillgå på FoU i Sörmlands hemsida under Områden/Äldre/Rådet för vård och omsorg vid demenssjukdomar)

### Kognitiv screeningtest

Som en del i basal utredningen genomförs kognitiva tester vilka mäter rums- och tidsorientering, uppmärksamhet, minne, språk och visospacial förmåga, förmåga att utföra viljemässiga rörelser och handlingar. Det går inte att ställa diagnos eller att utesluta demenssjukdom enbart med kognitiva screeningtest, eftersom andra medicinska eller psykiska tillstånd också kan påverka kognitionen.

### *MMSE-SR (Minimal State Examination – Svensk revidering)*

För att förbättra reliabiliteten mellan olika testledare ska alltid MMSE-SR användas i stället för det tidigare använda MMT som finns i många olika varianter. MMSE-SR är ett ”grovt” verktyg, utvecklat för att screena för Alzheimers sjukdom. Vanligt är att vi missar att identifiera kognitiv svikt hos yngre- och högutbildade personer samt vid lindrig kognitiv svikt. Det är även svårtolkat avseende personer med språkliga problem (annat modersmål eller efter stroke); hänsyn ska tas till individens förutsättningar såsom utbildnings- och yrkesbakgrund.

### *MoCA (the Montreal Cognitive Assessment)*

Används som komplement till-, eller i stället för MMSE-SR, framförallt vid lätt kognitiv nedsättning eller vid vaskulära skador. Testar flera kognitiva domäner än MMSE-SR och fångar bättre upp exekutiva- och visuspatiala förmågor vid vaskulära skador.

### *Rudas*

Bedömningsinstrumentet RUDAS kan användas istället för ovan nämnda instrument i utredning vid annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller vid låg utbildningsnivå. Före bedömning är det viktigt att gå igenom test och förhållningssätt med tolken.

### *Klocktest*

Ett test som speglar olika hjärnfunktioner. Mäter konstruktionsförmåga, tidsuppfattning samt nedsättning i abstraktion och planering. Används versionen där patienten ska läsa instruktionen, mäts även förmågan att läsa och följa en skriftlig instruktion.

### *Komplettering med andra test*

MMSE-SR, MoCA och RUDAS kompletteras ofta, t.ex. om patienten kör bil med såväl test för domänerna uppmärksamhet som för exekutiv förmåga med t.ex. AQT och TMT - A och B

Beskrivning av olika kognitiva test se bilaga Sammanfattning av tester och instrument vid minnesutredning och uppföljning. Webbaserade utbildningar för utförande och tolkning finns att tillgå via *SveDems* och *Svenskt demenscentrums* hemsidor.

## Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga

I utredningen ingår att bedöma vilka funktionsnedsättningar som den kognitiva nedsättningen medför i det dagliga livet. Funktionsbedömning genomförs av arbetsterapeut och omfattar en strukturerad bedömning i hemmiljö med ADL taxonomin. Bedömningen är ett viktigt underlag till biståndshandläggarens utredning av personens behov av insatser.

Det är viktigt att fokusera på de olika kognitiva funktioner som påverkar aktivitetsförmågan. Även personer med demenssjukdom i tidigt skede kan ha problem med minne, tidsuppfattning, att få ihop helhetsbegrepp, abstraktion och exekutiv förmåga.

### *Riskbedömning*

Personer med demenssjukdom kan redan tidigt i sjukdomen ha en ökad risk för undernäring, fall och ohälsa i munnen. Risken för trycksår ökar ju längre sjukdomen fortskrider. En riskbedömning med åtgärder ska alltid göras vid minnesutredning och vid uppföljning.