

Dokumenttyp Vårdrutin	Ansvarig verksamhet Vårdvalskontor	Organisation Region Värmland	Version 3
Dokumentägare Eric Le Brasseur Specialist i allmänmedicin	Fastställare Nina Blomgren Tf chef Område allmänmedicin	Giltig fr.o.m. 2024-11-18	Giltig t.o.m. 2026-11-18

Kognitiv utredning på vårdcentral

Gäller för: Vårdcentralsområde norra Karlstad, Vårdcentralsområde norra Värmland, Vårdcentralsområde södra Karlstad, Vårdcentralsområde västra Värmland, Vårdcentralsområde östra Värmland

Innehållsförteckning

Syfte	1
Bakgrund	1
Arbetsätt	2
Mål	2
Basal kognitiv utredning	2
Anamnes	3
Bakgrundsanamnes	3
Symtomanamnes	3
Anhörigintervju	3
Fysisk och psykisk undersökning	3
Status	3
Kognitiva screeningtest	4
Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga (ADL)	4
Laborarieutredning	4
Datortomografi av hjärnan	4
Utvidgad kognitiv utredning	4
Munhälsa	4
Information och planering	4
Uppföljning	5
Referens	5

Syfte

Dokumentet beskriver rekommenderat arbetsätt på vårdcentral vid utredning av kognitiv svikt vid en misstänkt demenssjukdom.

Bakgrund

Demenssjukdom är en uttalad kognitiv svikt där Activities of Daily Living (ADL) är påverkat. Lindrig kognitiv funktionsnedsättning (även kallad MCI mild cognitive impairment) innebär en svikt där ADL *inte* är påverkat.

Uppskattningsvis lever 130 000–150 000 personer med en demenssjukdom i Sverige. Varje år insjuknar cirka 24 000 personer och ungefär lika många avlider.

I Värmland är motsvarande siffror 5 000 och cirka 800.

Demenssjukdomar utgör en påfrestning för individen och individens anhöriga samt innebär en kostnad för samhället.

Arbetsätt

Tidig utredning av misstänkt kognitiv sjukdom eftersträvas, för att kunna sätta in stödande åtgärder och, vid Alzheimers sjukdom, blandformer med Alzheimers sjukdom och vaskulär demenssjukdom samt Lewybodydemens även läkemedelsbehandling.

Utredningen kan initieras av anhörig eller närstående, sjukvårds- och omvårdnadspersonal eller av patienten själv. Det är viktigt att utredningen genomförs med respekt för patientens integritet och med hänsyn till patientens förmåga att ta emot information. För patienter som inte vill genomgå utredning är det viktigt att ge möjlighet till kontakt längre fram.

Det rekommenderas att arbeta i demensteam, där läkare, demenssjuksköterska och om möjligt även arbetsterapeut ingår, i annat fall kan remiss skrivas till arbetsterapeut. Demensteam finns även i kommunerna och samverkan med dessa är av stor vikt.

Arbetsuppgifterna fördelas inom teamet. När utredningen är slutförd hålls ett teammöte med målsättningen att fastställa diagnos samt ange lämplig behandling och behov av stödinsatser. Vid vårdplanering är det viktigt att ha etablerad kontakt med kommunens biståndshandläggare (eller för personer under 65 år – LSS-handläggare) och andra personer i patientens omgivning som är väl förtrogna med patientens situation.

Mål

- Undersöka huruvida lindrig kognitiv funktionsnedsättning eller en demenssjukdom föreligger och försöka fastställa etiologin
- Bedöma patientens kroppsliga och psykiska hälsotillstånd
- Kartlägga den sociala situationen
- Skapa underlag för riktad behandling mot underliggande orsak vid sekundär kognitiv sjukdom, symtomatisk behandling vid degenerativa kognitiva sjukdomar och intensifierad prevention vid vaskulär orsak till kognitiva symtom
- Beskriva patientens symtom och funktionshinder som underlag för vård- och behandlingsplanering samt för information till patient, anhöriga och berörd vårdpersonal
- Bedöma patientens förutsättningar för att inneha körkort och vapen

Basal kognitiv utredning

- Strukturerad anamnesupptagning
- Strukturerad intervju med anhöriga till personer
- Neurokognitiva tester
- Strukturerad utredning av personlig och instrumentell ADL¹
- Datortomografi av hjärnan
- Laboratorieutredning
- Bedömning av fysiskt och psykiskt tillstånd, inklusive neurologstatus

¹ Aktiviteter i dagliga livet. Med *instrumentell ADL* menas vardagsteknik, till exempel att använda mobiltelefon, dator, att kunna ta läkemedel. Med *personlig ADL* menas egen omvårdnad, som att klä sig och duscha.

Anamnes

Bakgrundsanamnes

- Hereditet för kognitiva sjukdomar
- Familjeförhållanden
- Utbildning och yrkesutövning
- Intressen, fritidsaktiviteter och livsstil
- Tobak och alkohol
- Körkort och vapeninnehav
- Premorbid kognitiv funktionsnivå och personlighet
- Tidigare psykiska sjukdomar
- Tidigare somatiska sjukdomar, inkluderande insjuknanden av anfallskaraktär, CNS-infektion,
- Skalltrauma
- Snarkproblem eller andra symtom på sömnapné syndrom
- Tidigare neurokognitiva effekter och bieffekter av farmaka

Symtomanamnes

- Upplevd och/eller observerad reduktion av kognitiva förmågor och förändring av personlighetsdrag
- Associerade beteendemässiga och psykiska symtom
- Symtomdebut och förlopp samt konsekvenser i vardagen för patienten och hans/hennes anhöriga/närstående

Anhörigintervju

En viktig del i en kognitiv utredning. Intervjun kan med fördel delegeras till sjuksköterska eller annan personal med god kunskap om kognitiva sjukdomar och kan genomföras i samband med till exempel ett hembesök, då man också får information om hur patienten klarar sitt dagliga liv. Syftet med intervjun är att identifiera tillkomst av:

- Minnesstörning, till exempel svårigheter att komma ihåg tider eller händelser
- Spatial oförmåga, till exempel svårigheter att hitta på nya platser eller känna igen tidigare bekanta miljöer eller personer
- Språkstörning, till exempel ordglömska, svårigheter att förstå information, läs-, skriv- och räkningsvärigheter
- Praktisk oförmåga, till exempel svårigheter att klara inlärd färdigheter eller utföra vardagliga handlingar, till exempel påklädning, matlagning etcetera.
- Personlighetsförändring, till exempel nedsatt initiativförmåga, bristande insikt och omdöme
- Aktuella psykiska symtom, till exempel nedstämdhet, aggressivitet, ångest, sömnstörning, hallucinationer

Det är viktigt att få fram när och hur den kognitiva störningen debuterat, hur förloppet varit och eventuell utlösande händelse som exempelvis stroke, skallskada, missbruk, medicinbiverkan eller psykiskt trauma. Det är även väsentligt att ta upp frågor om bilkörning och vapeninnehav.

Det är lämpligt att använda instrumentet *Neurokognitiv symtomenkät*, se referens i slutet av dokumentet.

Fysisk och psykisk undersökning

Status

- Somatiskt: neurologiskt och kardiovaskulärt fokus, inkluderande syn, hörsel, ortostatiskt prov och EKG
- Psykiskt: stämningsläge och sjukdomsinsikt samt förekomst av ångest, hallucinationer, vanföreställningar, sömnstörning, konfusion

Kognitiva screeningtest

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) anses vara det känsligaste testet vid utredning av kognitiv svikt. Det är bortfallet i specifika områden (kognitiva domäner) som är relevant, och inte totalpoängen i sig.

Klocktest ingår i MoCA.

Kompletterande kognitiva test kan vid behov användas om intresse, kunskap och resurser finns för detta på vårdcentralen eller inom ramarna för lokal samverkansmodell.

Minnestest 5x3 rekommenderas i de flesta fall för att närmare bedöma den grad av minnesstörning som föreligger.

Trail making test är värdefulla att använda vid bedömning av psykomotoriskt tempo (TMT-A) och exekutiv funktion (TMT-B). Båda är viktiga vid körkortsbedömning.

RUDAS används till personer med annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå.

Mini Mental Test (MMSR-SE) används fortfarande, men är inte längre förstahandsval och är föremål för diskussion.

Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga (ADL)

Beroende på lokala förhållanden bör remiss skrivas till regiondriven eller kommunal arbetsterapeutmottagning. Resultatet av denna är en del av utredningen men ger också viktig information om vad som fungerar när vidare planering görs.

Laboratorieutredning

Ett provpaket *Kognitiv utredning (allmänmedicin)* finns i Cosmic. Provpaketet innehåller Blodstatus, Na, K, Kreatinin, albuminkorrigerat kalcium, lipidstatus, Glukos, ALAT, ALP, TSH, FT4, Homocystein, vitamin B12, folat och PEth.

Datortomografi av hjärnan

Bör alltid utföras. Vid snabb progress av minnesstörning eller vid neurologiska statusfynd bör undersökningen utföras skyndsamt. Datortomografi av hjärnan syftar till att påvisa tumör, kärlskador, subduralhematom, hydrocefalus samt förändringar i hjärnans grå och vita substans.

Utvidgad kognitiv utredning

Fortsatt utredning bör göras då man inte fått fram en sannolik diagnos. Utredningsansvarig allmänläkare kan då konsultera specialist i geriatrik, psykiatri eller neurologi, beroende på huvudsaklig symtombild.

Munhälsa

Problem med munhälsan bidrar till försämrad hälsa generellt och det är dessvärre vanligt att personer med en kognitiv svikt avbokar eller uteblir från besök hos tandläkare. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör enligt Socialstyrelsen erbjuda diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument till personer med demenssjukdom. Dietist och tandvård ska kopplas in vid misstanke om problem med munhälsan. Remiss till ordinarie eller vald tandvårdsklinik säkerställer ett patientsäkert omhändertagande.

Information och planering

Ovanstående utredningsmall ger oftast underlag för en diagnos och en vårdplanering tillsammans med patienten, anhöriga och företrädare för kommunens vård- och omsorgsverksamhet och demensteamet. Det är viktigt att vara lyhörd för anhörigas behov av information och stöd eftersom en demensdiagnos väcker många känslor och kanske farhågor inför framtiden.

Det är också viktigt att anhöriga får tid att fundera över sin och patientens situation innan eventuellt beslut om behandling eller annat boende blir aktuellt. Fortlöpande stöd och information har stor betydelse både enskilt och i grupp.

Uppföljning

Årlig medicinsk och social uppföljning har högsta prioritet enligt nationella riktlinjer, eftersom sjukdomen som regel är progressiv och läkemedelsbehandlingen ofta behöver omprövas.

Beträffande utvärdering och uppföljning av läkemedelsbehandling mot demens, se terapiriktlinjer från Läkemedelskommittén i Värmland (Demens vid Alzheimers sjukdom).

Patientens psykosociala situation och behov av stödåtgärder behöver samtidigt följas upp.

Uppföljning beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och utvärdering av insatta åtgärder är viktigt, inte minst på SÄBO.

Referens

[Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - 1177 för vårdpersonal](#)

[Symtomenkät - Listvy \(symtomenkaten.se\)](#)

Utarbetad av: Eric Le Brasseur