

Utredning av patienter med demens på Spånga vårdcentral

- Följer vi nationella riktlinjer?

Lina Isacson, ST-läkare, Spånga vårdcentral

November 2017

lina.isacson@sll.se

Vetenskaplig handledare: Solvig Ekblad, leg psykolog vid Akademiskt primärvårdscentrum och adj professor i multikulturell hälso- och sjukvårdsforskning, Institutionen LIME/ Cultural Medicine. E-post: Solvig.Ekblad@ki.se

Klinisk handledare: Dr Isabel Gustafsson, spec. allmänmedicin, Spånga vårdcentral. E-post: isabel.gustafsson@sll.se

SAMMANFATTNING

BAKGRUND: Demens drabbar den äldre delen av befolkningen och ökar i takt med befolkningens stigande ålder. Socialstyrelsen har 2010 utarbetat nationella riktlinjer för utredning av demens. Hur väl vi på Spånga vårdcentral utreder och förhåller oss till nationella riktlinjer avseende utredning av demens är osäkert.

SYFTE: Syftet med studien var att kartlägga patienter med demenssjukdom på Spånga vårdcentral samt följsamheten till de nationella riktlinjerna för utredning. Studien omfattar tidsperioden 1 januari 2015 till och med 31 december 2016.

METOD: Journalbaserad kvantitativ retrospektiv tvärsnittsstudie. Studiepopulationen består av patienter ≥ 65 år på Spånga vårdcentral där någon av diagnoserna F00-F03, F107A, G30, G318A noterats i journalen under perioden 1 januari 2015 till 31 december 2016, samt de patienter där diagnoserna F067, R418, R418A och Z032 noterats för första gången under samma tidsperiod. Patienter yngre än 65 år, avlidna, utflyttade, olistade, personer med skyddade personuppgifter, reservnummer eller skyddat boende samt patienter som erhållit demensdiagnos på annan vårdinrättning innan 1 januari 2015 exkluderades.

RESULTAT: Ingen patient ($n = 0$) på Spånga vårdcentral hade genomgått en komplett basal demensutredning. Det fanns signifikanta könsskillnader vid anhörigintervju ($p > 0,05$) där data talar för att män i större grad utreds med anhörigintervju än kvinnor. Inga andra signifikanta könsskillnader påvisas. Över hälften av alla patienter (53 %) remitterades vidare till specialistenhet innan diagnos fastställdes.

SLUTSATS: Spånga vårdcentral följer idag inte Socialstyrelsens riktlinjer för diagnostik av demenssjukdom.

MESH-termer: Demens, följsamhet, riktlinjer, journalgenomgång, retrospektiva studier, patientjournaler, primärvård.

Innehållsförteckning

Bakgrund	4
Syfte	5
Frågeställningar	6
Material och metod	6
Studiedesign	6
Material	6
Metod	9
<i>Begrepp och variabler</i>	9
<i>Teknik, hur data insamlats och bearbetats</i>	9
Statistik	11
Etiska överväganden	12
Resultat	13
Diskussion	16
Styrkor	17
Implikationer	17
Framtida studier	18
Slutsats	18
Referenser	19
Bilagor	21

Bakgrund

Demens är ett samlingsnamn för en rad olika symtom som utvecklas under tid och påverkar individen på många olika plan. Demenssjukdom leder till en nedsatt funktion både i det sociala livet men även i arbetslivet.

Enligt ICD-10 SE definieras demens (F00-F03) som ”*ett syndrom som beror på hjärnsjukdom som vanligtvis är av kronisk eller progredierande art. De högre kortikala funktionerna, inkluderande minne, tänkande, orientering, förståelse, räkneförmåga, inlärningskapacitet, språk och omdöme är störda. Medvetandet är inte grumlat. Försämringen av kognitiva funktioner åtföljs ofta, och är ibland föregången av, försämring av emotionell kontroll, socialt beteende eller motivation. Detta syndrom förekommer vid Alzheimers sjukdom, vid cerebrovaskulär sjukdom och vid andra tillstånd som primärt eller sekundärt påverkar hjärna*” (1).

Demens är ett sjukdomstillstånd som drabbar främst den äldre delen av befolkningen. Demenssjukdomarna ökar i takt med befolkningens stigande ålder. Förekomsten av demenssjukdom uppskattas till ca 1 % av 65-åringarna och ca 50 % av 90-åringarna (2). För närvarande uppgår personer med demenssjukdom i Sverige till omkring 160 000 individer (3). I Stockholms län uppgår antalet till omkring 18 000 personer över 65 år (4).

Socialstyrelsen gav 2010 ut nationella riktlinjer för diagnostik, behandling och uppföljning av individer med demens (5). Minnesutredningarna i primärvård och specialistvård bygger på dessa riktlinjer. En nationell utvärdering av demensvården genomfördes under 2014. Utvärderingen baserades på data från 2012 hämtade från det svenska demensregistret (SveDem) som är ett av världens största demensregister. Registret består av patientdata som rapporterats in framförallt från specialistvården men även från primärvården (6). Den nationella utredningen visade bland annat att mindre än hälften (46 %) av de som utretts i primärvården genomgått en komplett basal demensutredning, och att nästan hälften endast fått en ospecifik demensdiagnos (3). Man såg också att utredningen och omhändertagandet av patienter med demens skiljer sig mycket mellan de olika landstingen (3). Rapporten har lett till att nya, omarbetade riktlinjer tagits fram och väntas publiceras under hösten 2017 (7). I remissförslaget definieras en fullständig demensutredning som att personen i fråga har genomgått CT eller MR, klocktest, MMT/MMSE-SR samt blodkemi (7).

SveDems årsrapport från 2015 visar att andelen patienter som genomgått en komplett basal demensutredning ökat till uppemot 70 % (6). Man ser också att majoriteten av patienterna med demensdiagnos får sin slutliga diagnos på specialistmottagningarna och inte inom primärvården.

Brittiska forskare har undersökt följsamheten till nationella riktlinjer och kunnat visa att de brittiska allmänläkarna ("family physicians" eller "GP's") generellt har en god följsamhet till de kliniska riktlinjerna. De flesta patienterna med misstänkt demens remitteras vidare till specialistkliniker för utredning (8). Man har även noterat en låg dokumentationsgrad av vidtagna åtgärder. I en studie fanns bara det kognitiva testet Mini Mental State Examination (MMSE) dokumenterat hos ca 40 % av patienterna, och beteendemässiga och psykiska symtom nämndes i färre än 40 % av fallen (9). Den svenska nationella utvärderingen har gjort liknande observationer (3,9). Frågan är om det är dokumentationen som brister eller om vissa delar av demensutredningen inte alls undersöks.

I litteraturen finns också en koppling mellan antalet utförda test i demensutredningen och patientens ålder, samt poäng på MMSE. Stigande ålder och lägre MMSE-resultat medförde färre antal test (10).

På Spånga vårdcentral i Stockholm är det idag okänt hur många patienter som diagnostiseras med demenssjukdom. Det finns sedan 2012 ett utarbetat lokalt samverkansprogram mellan primärvården, Spånga Tensta Stadsdelsförvaltning, primärvårdsrehabiliteringen, Järvapsykiatrien och minnesmottagningen vid Bromma sjukhus. Målet med samverkansprogrammet är att förbättra omhändertagandet av personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt. Det finns också osäkerhet kring hur vi på Spånga vårdcentral utreder, behandlar och följer upp våra patienter med demenssjukdom vilket har föranlett denna studie. Förhoppningsvis kan resultatet från studien även fungera som en utgångspunkt för framtida kvalitetsförbättringsarbete på vårdcentralen. I förlängningen kan rapporten även förbättra samverkan mellan stadsdelsförvaltningen, rehabiliteringen, minnesmottagningen och psykiatrien.

Syfte

Syftet med studien var att kartlägga patienter med demenssjukdom på Spånga vårdcentral samt följsamheten till de nationella riktlinjerna för utredning. Studien omfattar tidsperioden 1 januari 2015 och till och med 31 december 2016.

Frågeställningar

Avseende patienter på Spånga vårdcentral med demenssjukdom under perioden 1/1 2015 till 31/12 2016:

1. Hur stor andel av patienterna med demenssjukdom är utredda enligt nationella riktlinjer?
2. Finns det könsskillnader avseende demensutredning?
3. Hur stor andel av patienterna får diagnos på vårdcentral respektive minnesmottagning/specialistmottagning?

Material och metod

Studiedesign

Studien är en journalbaserad kvantitativ retrospektiv tvärsnittsstudie.

Material

Spånga vårdcentral ligger i västra Stockholm och majoriteten av patienterna är medelinkomsttagare. Området angränsar till Tensta och Rinkeby som är områden med låg socioekonomisk status. Mottagningen har ca 17700 listade patienter. Uppdelning på åldersgrupper återfinns i Tabell 1 (11).

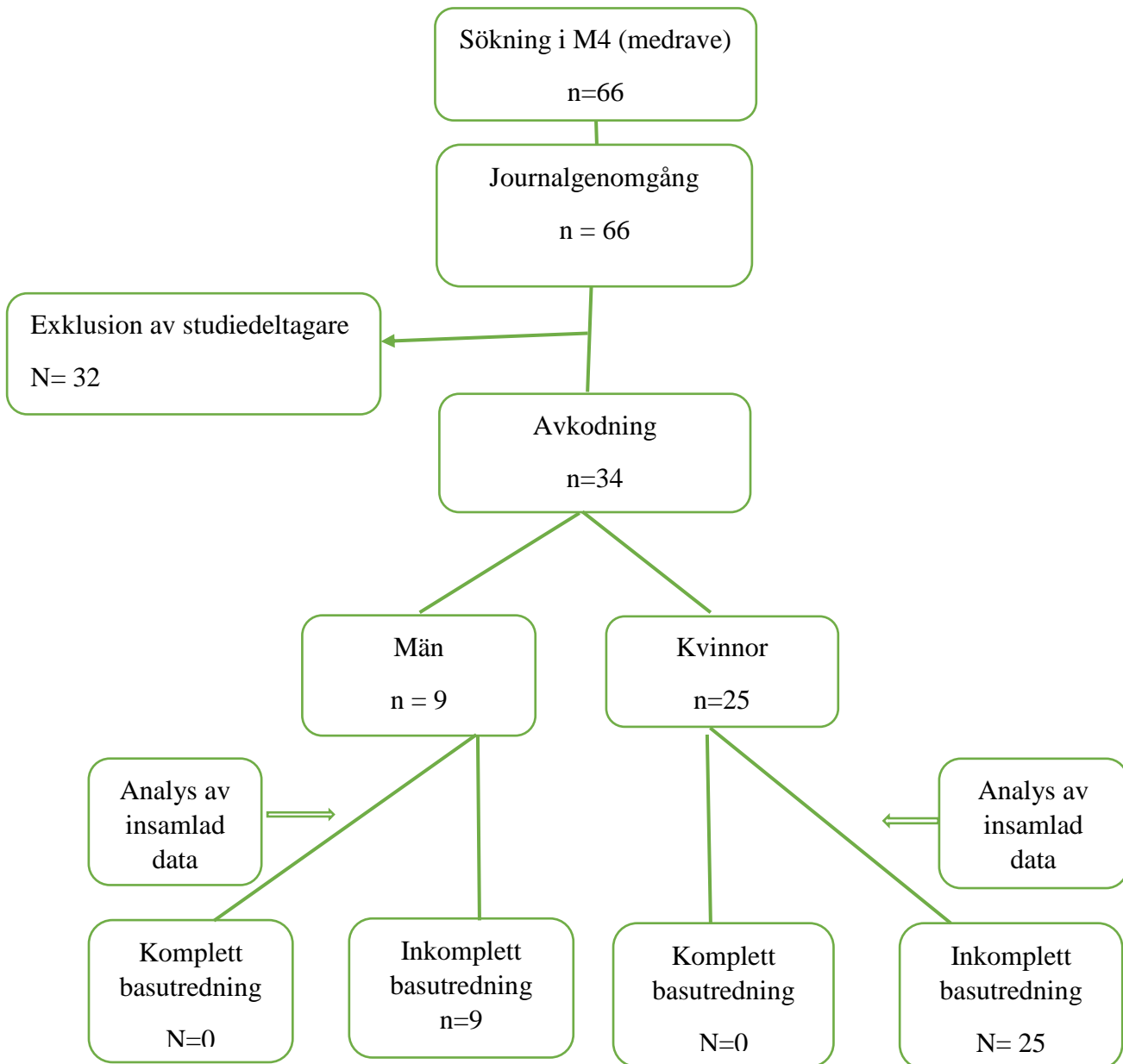
Tabell 1. Listningsuppgifter för Spånga vårdcentral 2017-03-02 (11).

	0 – 5 år	6 – 64 år	65 – 74 år	75 – 199 år	Summa
Antal listade patienter	896	13905	1751	1157	17709

Studiepopulationen bestod av patienter ≥ 65 år gamla på Spånga vårdcentral där följande diagnoser noterats i journalen under perioden 1 januari 2015 till 31 december 2016.

- demens vid Alzheimers sjukdom (F00)
- vaskulär demens (F01)
- demens vid andra sjukdomar som klassificeras annorstädes (F02)
- ospecificerad demens (F03)
- alkoholdemens (F107A)
- Alzheimers sjukdom (G30)
- degenerativa förändringar vid lewybodydemens (G318A)
- lindrig kognitiv störning (F067)
- minnessvårigheter (R418) och lindrig kognitiv störning, subjektiv (R418A)
- observation för misstänkt kognitiv störning (Z032A)

Ur studiepopulationen exkluderades patienter yngre än 65 år, avlidna, utflyttade, olistade, personer med skyddade personuppgifter, reservnummer eller skyddat boende samt patienter som erhållit demensdiagnos på vårdcentralen eller på någon annan vårdinrättning innan 1 januari 2015. Patienter där diagnoserna F067, R418, R418A eller Z032A dokumenterats för första gången i journalen under tidsperioden 1 januari 2015 till 31 december 2016 inkluderades. Studiepopulationen identifierades med hjälp av dataprogrammet M4 (tidigare Medrave). Därefter avidentifierades patienterna med hjälp av en kodnyckel. Kodnyckeln förvaras inlåst på vårdcentralen tills rapporten godkänns och endast studieledaren har tillgång till kodnyckeln. Flödesschema över insamlingsprocessen presenteras i figur 1.



Figur 1. Flödesschema över urvalsprocessen i samband med kartläggningen av patienter med demens vid Spånga vårdcentral.

Metod

Begrepp och variabler

Enligt Socialstyrelsen består en basal demensutredning av en strukturerad anamnes som även innefattar kognition och psykosociala förhållanden, anhörganamnes, somatisk och psykisk undersökning (psykiskt status) (4,5). Utredningen skall vidare innehålla testning av kognitiva funktioner med standardiserade test som Mini Mental State Examination, svensk reviderad upplaga (MMSE-SR), klocktest, samt en aktivitets- och funktionsbedömning som lämpligen görs genom remiss till arbetsterapeut (4,5).

Undersökningar innefattar elektrokardiografi (EKG), bilddiagnostik av hjärnan (datortomografi, DT) och blodprover. Blodproverna består av blodstatus (Hb, MCV, LPK, TPK), SR, CRP, blodsocker, kreatinin, elektrolytstatus, kalcium, albumin, leverprover, TSH, eventuellt T4, homocystein, eventuellt B12 och folat, samt urinstatus. Vid behov eventuellt läkemedelskoncentration samt vid misstanke även screening för syfilis, borrelia och HIV(4,5).

Tanken med den basala utredningen är att inte alla patienter ska behöva remitteras till specialistmottagningarna, d v s minnesmottagningar, utan att diagnos ska kunna sättas i primärvården där man även ska kunna påbörja medicinering om så bedöms vara lämpligt.

Teknik, hur data insamlats och bearbetats

Dataprogrammet M4 (Medrave 4) användes för att ta fram data för att identifiera patienter med registrerad demenssjukdom i journalsystemet Take Care från 2015-01-01 till 2015-12-31. Efter genomläsning av journalerna kvarstod endast 19 studiedeltagare som uppfyllde inklusionskriterierna. Då togs beslut om att utöka studien till att omfatta tidsperioden 2015-01-01 till 2016-12-31. Deltagarna uppgick därefter slutligen till 34 inkluderade patienter. Samtliga studiedeltagares journaler genomlästes och data insamlades manuellt och fördes in i en tabell, se tabell 2a och 2b nedan.

Tabell 2a. Matrisen för dataregistrering under journalgranskning på Spånga vårdcentral maj-juni 2017. (MMSE-SR = Mini Mental State Examination, svensk reviderad upplaga; EKG = elektrokardiografi, DT = datortomografi)

Försöks- person/ ID-nummer	Kön 1 = man 2 = kvinna	Somatiskt status 0 = nej 1 = ja	Psykiskt status 0 = nej 1 = ja	Anhörig- intervju 0 = nej 1 = ja	MMSE- SR 0 = nej 1 = ja	Klocktest 0 = nej 1 = ja
1	1	0	0	1	0	0
2	2	1	1	0	1	1
3						

Tabell 2b. Matrisen för dataregistrering under journalgranskning på Spånga vårdcentral maj – juni 2017, forts. (MMSE-SR = Mini Mental State Examination, svensk reviderad upplaga; EKG = elektrokardiografi, DT = datortomografi)

Försöks- person/ ID- nummer	Blodprover 0 = nej 1 = ja 2 = ofullständig	EKG 0 = nej 1 = ja	DT hjärna 0 = nej 1 = ja	Arbetsterapeut bedömning 0 = nej 1 = ja	Remiss till minnes- mottagning (specialist- mottagning) 0 = nej 1 = ja	Diagnos 0 = på vårdcentral 1 = på specialist- mottagning
1	0	0	0	0	0	0
2	1	1	1	1	1	1
3						

När insamlingen av data slutförts analyserades data. För att förenkla analysen av data och lättare möjliggöra slutsatser delades resultaten in i komplett basutredning och inkomplett basutredning (flödesschema, figur 1).

En komplett basutredning har definierats tidigare under metod delen och ska bestå av

- autoanamnes (från patient)
- anhörganamnes
- somatisk undersökning
- psykisk undersökning (psykisk status)
- kognitiva tester (MMSE-SR och klocktest)
- Blodprover
- Elektrokardiogram (EKG)
- Hjärnabbildning med datortomografi (DT) hjärna
- Aktivitets- och funktionsbedömning hos arbetsterapeut

Varje punkt bedömdes enskilt som utförd (kodades ja) eller inte utförd (kodades nej). För att kognitiva tester skulle bedömas som utförda krävdes att både MMSE-SR och klocktest var utförda. Blodprover tolkades som utförda om man hade kontrollerat blodstatus, SR, CRP, blodsocker, kreatinin, elektrolytstatus, kalcium, albumin, leverprover, TSH, homocystein, och urinstatus. Efter sammanställning av resultaten slogs de ofullständiga provtagningarna ihop med avsaknad av provtagning för att lättare kunna genomföra statistiska beräkningar.

För att ta reda på om patienten remitterats till röntgenundersökning (DT hjärna), arbetsterapeut och minnesmottagning kontrollerade studieledaren aktuella utgående och inkommande remisser i journalen.

Statistik

Alla insamlade data utgörs av nominaldata. Deskriptiv statistik användes för att beskriva åldersfördelningen bland patienterna (medelålder, median) och för att beskriva hur stor andel av patienterna som hade utretts enligt nationella riktlinjer. Värdena anges med standardavvikelser och 95 % konfidensintervall (CI). Vid undersökning av könsfördelning och könsskillnader användes parametriska test av typ Fischers exakta test för att påvisa eventuell statistisk skillnad. Fischers exakta test valdes p.g.a. liten studiepopulation. För beräkning av signifikansnivå användes $p < 0,05$.

För statistiska beräkningar användes Excel och statistikprogrammet PAST3.

Etiska överväganden

Det fanns en risk att studiedeltagarna och kollegorna på vårdcentralen skulle utsättas för integritetsintrång eftersom journalerna lästes igenom av studieledaren. För att minska risken för följderna av detta sattes ett anslag upp i väntrummet med information om pågående granskning av journaler i kvalitetsförbättringssyfte (Bilaga 1). Verksamhetschefen gav studieledaren i uppdrag att genomföra projektet som del av VESTA (kurs i vetenskap och evidens för ST-läkare i allmänmedicin). Verksamhetschefen godkände projektet den 2 maj 2017 (Bilaga 2). Läkare och övrig personal informerades skriftligt (Bilaga 3) och muntligt på ett personalmöte den 18 maj 2017 innan studien inleddes.

Journalerna genomlästes med verksamhetschefens tillåtelse. Läsning av journalerna begränsades till de fakta som behövdes för studiens genomförande. För att garantera studiedeltagarnas anonymitet avidentifierades personnummer och journalerna avkodades. Koden har hållits inlåst på vårdcentralen under hela studietiden och kommer att förstöras när studien är avslutad och projektrapporten är godkänd. Endast studieledaren har åtkomst till koden.

Ovan nämnda risker kan möjligen uppvägas av att omhändertagandet av patienter med misstänkt eller konstaterad demens på Spånga vårdcentral, och i förlängningen även i det lokala samverkansprogrammet, förbättras i framtiden.

Resultat

På Spånga vårdcentral hittades 66 patienter över 65 år med diagnoserna F00-F03, F067, R418, R418A eller Z032A registrerade för första gången 2015-01-01 – 2016-12-31. Av dessa uppfyllde endast 34 patienter (52 %) studiens inklusionskriterier. De exkluderade patienterna listas nedan i tabell 3 där även orsakerna till exkluderingen listas.

Tabell 3. Tabellen visar antal patienter som exkluderats ur studien på Spånga VC samt orsaker till exkludering.

Orsak	2015	2016	Totalt antal patienter (%)
Avliden	6	0	6 (19 %)
Listat om sig	3	0	3 (9 %)
Demensboende (inte längre listad på Spånga vårdcentral)	6	1	7 (22 %)
Utredd innan 2015 eller på annan mottagning	13	3	16 (50 %)
Totalt	28	4	32 (100 %)

Antalet studiedeltagare uppgick till 34 patienter. Av dessa var nio patienter män (26 %) och 25 patienter kvinnor (74 %). Den yngsta deltagaren var 65 år och den äldsta 95 år. Medelåldern för hela studiepopulationen var 80 år (CI 78 – 83 år) och medianåldern 78 år. För männen var medelåldern 81 år (CI 75 – 87 år) och medianåldern 78 år medan motsvarande siffror för kvinnorna var 80 år (CI 77 -83 år) respektive 78 år.

Ingen patient hade genomgått den tidigare definierade kompletta basutredningen.

Signifikanta könsskillnader verkar finnas vid anhörigintervju där data talar för att män i större grad utreds med anhörigintervju än kvinnor. I övrigt kunde inga signifikanta könsskillnader påvisas (tabell 4).

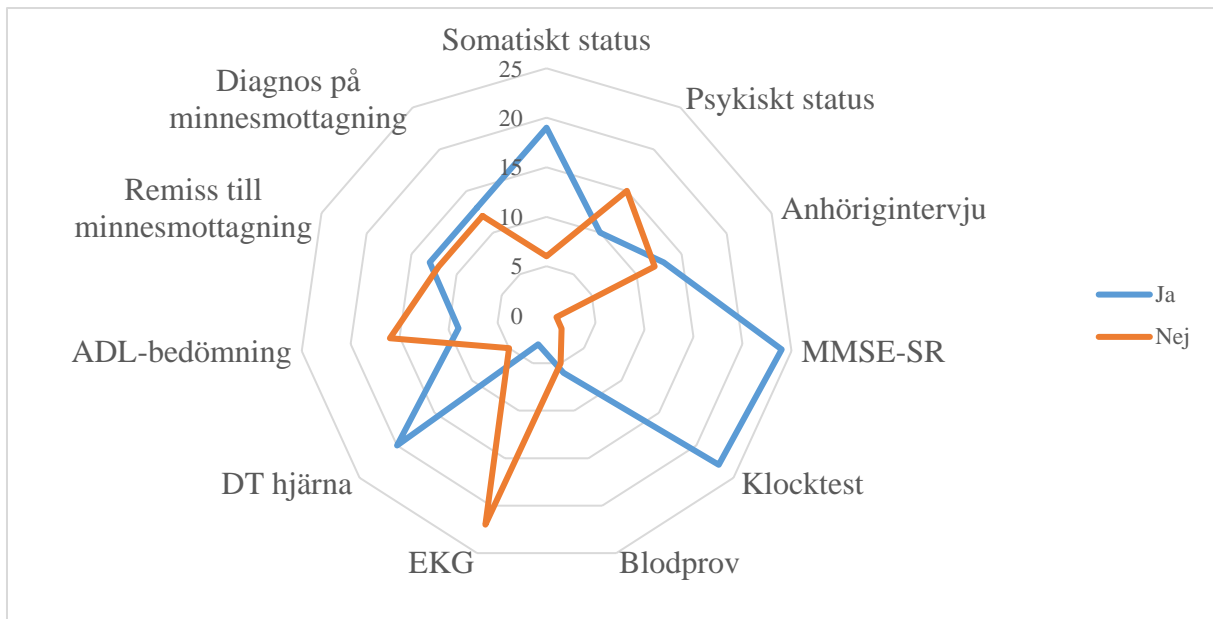
Tabell 4: Sammanställning av genomförda undersökningsmoment i studien om diagnostik av demens på Spånga vårdcentral 1/1 2015 – 31/12 2016 (n=34).

	Antal n (%)	kvinnor n (%)	män n (%)	95 % CI	p-värde
Somatisk status	27 (79)	19 (70)	8 (30)	62 - 91	0,64
Psykisk status	15 (44)	10 (67)	5 (33)	27 - 62	0,46
<i>Anhörigintervju</i>	22 (65)	13 (59)	9 (41)	47 - 80	0,01*
Kognitiv testning	29 (85)	22 (76)	7 (24)	69 - 95	0,59
MMSE-SR	31 (91)	24 (77)	7 (23)	76 - 98	0,16
Klocktest	30 (88)	23 (77)	7 (23)	73 - 97	0,26
Blodprov	10 (30)	6 (60)	4 (40)	15 - 48	0,4
EKG	6 (18)	3 (50)	3 (50)	7 - 35	0,31
DT hjärna	27 (79)	20 (74)	7 (26)	62 - 91	0,7
ADL-bedömning	13 (38)	9 (69)	4 (31)	22 - 56	0,7
Remiss till minnesmottagning	18 (53)	13 (72)	5 (28)	35 - 70	1
Diagnos på minnesmottagning	18 (53)	13 (72)	5 (28)	35 - 70	1

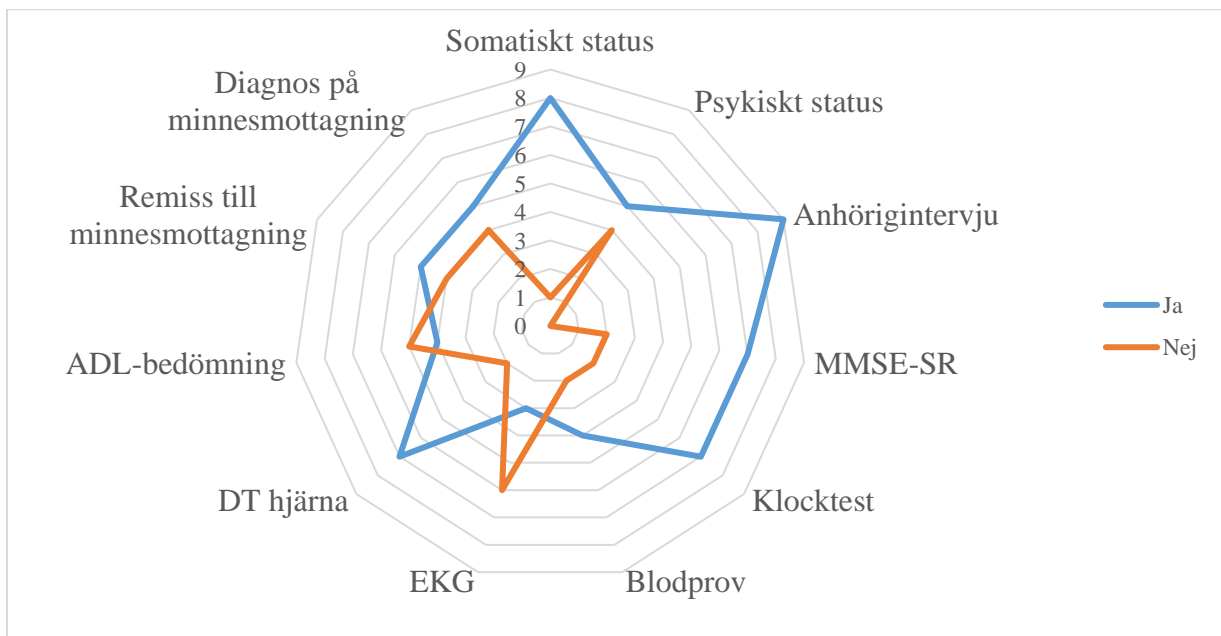
* $p < 0,05$ visar signifikant skillnad

CI – konfidensintervall, MMSE-SR – Mini Mental State Examination – svensk reviderad upplaga, EKG – elektrokardiogram, DT – datortomografi, ADL – activity of daily living d.v.s. arbetsterapeutbedömning.

Sammantaget hade 16 av patienterna (47 %) fått sin diagnos på vårdcentralen, och 18 av patienterna (53 %) på minnesmottagning. Av männen hade fyra patienter (44 %) fått sin diagnos på vårdcentralen och fem patienter (56 %) på minnesmottagning. Av kvinnorna var siffrorna ganska likartade, 12 patienter (48 %) fick diagnos på vårdcentralen och 13 patienter (52 %) på minnesmottagningen (Figur 2 och 3, tabell 4).



Figur 2: Antal kvinnor som genomgått respektive undersökningsmoment i basutredning av misstänkt demenssjukdom på Spånga vårdcentral under 2015-01-01 till 2016-12-31. Under diagnos på minnesmottagning tolkas ja som att diagnosen är ställd på minnesmottagningen och nej tolkas som att diagnos ställts på vårdcentralen.



Figur 3: Antal män som genomgått respektive undersökningsmoment i basutredning av misstänkt demenssjukdom på Spånga vårdcentral under 2015-01-01 till 2016-12-31. Under diagnos på minnesmottagning tolkas ja som att diagnosen är ställd på minnesmottagningen och nej tolkas som att diagnos ställts på vårdcentralen.

Diskussion

Ingen av de 34 patienterna som ingått i studien har genomgått en komplett basal demensutredning såsom Socialstyrelsen definierat den. Tittar man närmare på resultaten noteras att 91 % av patienterna (n = 31) hade genomgått screening med MMSE-SR, 79 % av patienterna (n = 27) hade genomgått DT hjärna och 38 % av patienterna (n = 13) hade genomgått ADL-bedömning. Bara 30 % av patienterna (n= 10) hade utretts med fullständiga blodprover. 53 % av patienterna (n = 18) remitterades vidare till specialistmottagning. Jämförelsevis är siffrorna på nationell nivå (ur SveDems årsrapport 2015) 90 % för MMSE-SR, 78 % för DT hjärna, och ca 30 % för ADL bedömning (6).

En liknande studie i Storbritannien fann att så få som 28 % av patienterna hade genomgått kognitiva tester under den basala demensutredningen. Där remitterades 58 % vidare till specialistmottagning för diagnos (8). Ytterligare en studie genomförd 2009 - 2012 i Storbritannien visade förekomst av provtagning hos 56 % av patienterna, kognitiv testning 40 % av patienterna, och remiss till specialistmottagning hos 64 % av patienterna (9).

Ett intressant bifynd i studien är att så många av patienterna på Spånga vårdcentral avlidit (19 %, n = 6) eller flyttat in på demensboende (22 %, n = 7) inom två år efter demensdiagnos (tabell 3). Det talar för sen diagnos. Det kan också vara en del av förklaringen till att utredningarna blir korta. Svenska forskare har 2007-2009 kunnat påvisa en signifikant skillnad avseende ålder och demensutredning inom specialistvården där yngre patienter genomgått fler utredningsmoment än äldre (10). I samma studie kunde man även påvisa signifikanta könsskillnader avseende utredning med lumbalpunktion, hjärnabbildning med MRT (magnetresonanstomografi) ADL-bedömning och neuropsykiatrisk bedömning, medan man i denna studie endast fann signifikanta könsskillnader avseende anhörigintervju.

Är vi för dåliga på demensutredning?

Det finns utrymme för tolkning anser jag. Denna studie visar att vi på Spånga vårdcentral är dåliga på att följa de nationella riktlinjerna så som de är utformade idag. Tittar man på kriterierna för fullständig basal demensutredning i svenska demensregistret ser verkligheten annan ut. Då talar resultaten för att vi gör ett bra arbete trots allt. Man kan nämligen utläsa ur resultaten att 23 patienter (68 %) på Spånga vårdcentral definitionsmässigt skulle ha genomgått en basal demensutredning jämfört med inga patienter (0 %) idag.

Styrkor

Studien omfattar en lång tidsperiod (två år) på Spånga vårdcentral vilket medför att majoriteten av de patienter som fått demensdiagnos bör ha inkluderats. Genom att dessutom inkludera diagnoskoderna lindrig kognitiv störning (F067) minnessvårigheter (R418) och lindrig kognitiv störning, subjektiv (R418A) samt observation för misstänkt kognitiv störning (Z032A) bör majoriteten av patienterna med demenssymtom ha fångats upp och inkluderats i studien.

Svagheter

Patientunderlaget i denna studie var för litet för att man ska kunna dra några egentliga statistiska slutsatser. Ofullständig journalföring kan även ha påverkat resultaten av studien.

Sammanläggningen av ofullständig provtagning med ingen provtagning påverkade sannolikt resultatet och gör det svårt att dra några egentliga slutsatser om just könsskillnader vid provtagning.

Man kunde även ha använt en sökning i läkemedelsmodulen för att inte missa någon patient som står på demensläkemedel där man glömt att registrera diagnoskoden korrekt. Studien innehöll många parametrar vilket gör studien omfattande men även svår att sammanfatta.

Implikationer

Många olika faktorer spelar in vid patientmötet vilket kan och bör påverka den framtida demensutredningen. I första hand kommer förstås patientens autonomi, hans eller hennes egen vilja att tillstå en försämring av minnet och i fortsättningen även önska en utredning. En god läkarkontinuitet medför god kännedom om patienten och underlättar i många avseenden mötet. Detta kan möjliggöra tidig upptäckt av försämringen och underlätta när läkaren själv lyfter frågan. Det händer sig också att patienten till en början väljer att inte gå vidare med en demensutredning eftersom besvären är ringa – just nu.

Studien har ett flertal framtida implikationer. Förhoppningsvis kan denna studie fungera som ett underlag för fortsatt diskussion bland medarbetarna på Spånga vårdcentral. Det finns utrymme för förbättringar i handläggningen av patienter med misstänkt minnesstörning. En lokal rutin med en tydlig instruktion om vilka parametrar som ska undersökas, och hur, skulle kunna leda till en mer jämlik utredning av patienter med misstänkt demens. Vissa parametrar,

till exempel anhörsamtal, MMSE-SR samt EKG skulle kunna utföras hos distriktssköterska innan läkarbesöket. För att minimera risken för ofullständig journalföring kan man t ex använda en speciell kognitiv mall ("demensmall") vid journalföring i det aktuella journalsystemet Take Care.

Spånga vårdcentral kommer att ansluta sig till svenska demensregistret som en följd av denna studie.

Framtida studier

Det vore intressant att göra denna studie på fler vårdcentraler i Stockholm med olika socioekonomisk profil och även ute i landet för att se om man får olika resultat avseende följsamhet till nationella riktlinjer, könsskillnader och grad av remittering till specialistmottagning. Det vore även intressant att göra om samma studie på Spånga vårdcentral om fem eller tio år för att se om vi blivit bättre på att misstänka och utreda demens i ett tidigare skede, samt för att se om denna studies resultat haft någon märkbar effekt på tillvägagångssättet vid utredning av patienter med minnessvårigheter.

Det vore också intressant att utforma en intervjustudie med läkare på Spånga vårdcentral eller andra primärvårdsenheter för att undersöka hur man förhåller sig till riktlinjer och begreppet basal demensutredning i mötet med patienten.

Slutsats

Spånga vårdcentral följer idag inte Socialstyrelsens riktlinjer för diagnostik av demenssjukdom. Utrymme för förbättring finns. Trots detta kan man ändå konstatera att handläggningen av patienter med demens på Spånga vårdcentral inte verkar sämre än för riket.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning – Svensk version 2016 – Del 1-3 (3) [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 22]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-5-17>
2. SBU - Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Demenssjukdomar. [Internet]. 2006 [cited 2017 Mar 22]. Available from: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/demenssjukdomar/>
3. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 – Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 22]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-2-4/Sidor/default.aspx>
4. Serander B. Viss - medicinskt och administrativt stöd för primärvården. Stockholms läns landsting. [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 22]. Available from: <http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Geriatrik/Demenssjukdomar/>
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 [Internet]. 2010 [cited 2017 Mar 22]. Available from: <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Nationella-riktlinjer-for-demensvarden/>
6. Eriksson M. Svenska Demensregistret. SveDem. Årsrapport 2015. [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 22]. Available from: <http://www.ucr.uu.se/svedem/om-svedem/arsrapporter>
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (remissversion). [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 22]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/demens>
8. Wilcock J, Iliffe S, Turner S, Bryans M, O'Carroll R, Keady J, et al. Concordance with clinical practice guidelines for dementia in general practice. *Aging Ment Health*. 2009 Mar;13(2):155–61.

9. Wilcock J, Jain P, Griffin M, Thuné-Boyle I, Lefford F, Rapp D, et al. Diagnosis and management of dementia in family practice. *Aging Ment Health*. 2016;20(4):362–9.
10. Religa D, Spångberg K, Wimo A, Edlund A-K, Winblad B, Eriksson-Jönhagen M. Dementia diagnosis differs in men and women and depends on age and dementia severity: data from SveDem, the Swedish Dementia Quality Registry. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2012;33(2–3):90–5.
11. Stockholms läns landsting (SLL). ListOn [Internet]. [cited 2017 Mar 29]. Available from: <https://liston.bkv.sll.se/OpenListOn/OpenListOnN/Login.aspx>

Bilagor

1. Skriftligt informationsblad till väntrum
2. Uppdrag från verksamhetschefen till ST-läkaren att genomföra VESTA - projekt eller annat projektarbete
3. Skriftlig information till läkarkollegorna

Till dig som är patient på Spånga vårdcentral

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska kvalitén på vårdcentralen systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras, så att du som patient får rätt och säker vård.

Läkare som gör sin specialistutbildning här på vårdcentralen är enligt Socialstyrelsens bestämmelser skyldiga att göra ett vetenskapligt projekt-arbete. Detta kvalitetsarbete görs på uppdrag av verksamhetschefen. Det kan innebära att viss avkodad information inhämtas från patientjournaler. Inga namn eller data som kan härledas till enskilda individer kommer att redovisas i dessa kvalitetsarbeten.

Verksamhetschefen ansvarar för att projektarbetet görs enligt Patientdatalagen, PDL, det vill säga enligt riktlinjer för hantering av patient-/journal-uppgifter.

Har du några frågor eller synpunkter, eller om du inte vill att din journal ska ingå i detta arbete, är du välkommen att kontakta verksamhetschefen, se nedan.

Stockholm 2017-04-25

Britt-Marie Carlsson

Verksamhetschef

Britt-marie.carlsson@sll.se

Tel: 08-123 393 00

Se separat PDF-fil.

Bromma 170517

Till läkarkollegorna på Spånga vårdcentral

Jag kommer under våren och hösten 2017 att genomföra en journalstudie om våra demensutredningar på Spånga vårdcentral som del av min ST-utbildning (VESTA). Resultaten kommer att presenteras på Akademiskt primärvårdscentrum och senare även på vårdcentralen i samband med en arbetsplatsträff eller ett läkarmöte.

Om ni har några frågor angående detta är ni välkomna att kontakta mig personligen, via e-post eller per telefon.

Vänliga hälsningar

Lina Isacson, ST-läkare

Lina.isacson@sll.se

Tel: 0704 93 77 06