

Lokal rutin för uppföljning av kognitiv sjukdom

Stöd vid situationer då personen avböjt utredning

Om en patient med tydliga kognitiva svårigheter avböjer utredning, ska husläkaren erbjuda en allmän hälsokontroll efter förslagsvis sex månader, för att skapa förtroende och fånga upp försämring.

Intyg i anslutning till diagnos (Husläkare)

- 1) Demensintyg: Om patienten genomgått utvidgad utredning vid en minnesmottagning (i regel Sabbatsberg Kognitiva Mottagning), brukar hen få ett diagnosintyg därifrån. Intyget kan behöva uppdateras i takt med att patienten försämras. Intyget ligger till grund för kommunala insatser såsom dagverksamhet eller annat boende och man graderar sjukdomens svårighetsgrad i lätt – medelsvår – svår sjukdom, utifrån behovet av stöd i vardagen. Det förekommer även att vi sätter diagnos i primärvården, efter dialog med minnesmottagningen. I dessa fall är det husläkaren som utfärdar diagnosintyg.
- 2) Godman: Tillsammans med Äldresköterskan bedöms behovet av godman. En godman är en person som får ett arvode för att hjälpa patienten med att betala räkningar och få tillgång till stödsatser från samhället (exempelvis hålla reda på läkartider, ansöka om bidrag, se över att boendet, omvårdad och fritidsaktiviteter fungerar för patienten). Om behov föreligger, utfärdar läkaren Intyg om Godmanskap. Godman tilldelas av Tingsrätten, intyget skickas direkt till Överförmyndarförvaltningen eller till patientens biståndshandläggare.
- 3) Körkort: Demens utgör hinder för körkortsinnehav och läkaren har skyldighet att anmäla till Transportstyrelsen samt informera patienten om anmälan. Undantag från anmälan kan göras då det är uppenbart att patienten inte kommer att köra bil. Vid lindrig demens krävs heller ingen anmälan, men lämplighet ska då bedömas årligen. Vid tveksamhet kan man remittera patienten till Trafikmedicinskt Centrum på Huddinge sjukhus för bedömning.
- 4) Vapen: Om vi bedömer att sjukdomen utgör hinder för att hantera skjutvapen (och framför allt om vi får kännedom om att patienten innehar eller har tillgång till vapen), är läkaren skyldig att informera patienten och anmäla sjukdomstillståndet till polismyndigheten (enligt vapenlagen).
- 5) Munhälsa: En god munhälsa medför förbättrat näringsintag och hälsorelaterad livskvalitet. Munhälsan för personer med demens riskerar att snabbt försämras. Om demensdiagnos finns ska tandvårdsintyg utfärdas som patienten/anhöriga tar med sig till tandläkaren. Läkaren ska uppmuntra till tandvårdskontakt, sådan kontakt ger större vinst i ett tidigt sjukdomsskede då kognitiva funktioner är mindre påverkade.
- 6) Färdtjänst: Inventera behovet av färdtjänst, före eller senare brukar det bli aktuellt med färdtjänst (för att exempelvis komma iväg på dagverksamhet) och intyg för detta utfärdas av husläkaren.

Läkemedel (Husläkare)

För närvarande finns fyra läkemedel godkända i Sverige vilka främst är avsedda för behandling av demenssymtom. Donepezil (Aricept), rivastigmin (Exelon) och galantamin (Reminyl) är acetylcholinesterashämmare avsedda för behandling av lätt till måttlig demens pga Alzheimers sjukdom. NMDA-receptorantagonisten memantin (Ebixa) är avsedd för behandling av måttlig till svår demens pga Alzheimers sjukdom. Vid vaskulär demens kan blodtryckssänkande behandling, Trombyl och statiner vara aktuella. "Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom" (BPSD) är vanliga. Här ingår olika symtom som aggressivitet, psykiska symtom, nedstämdhet, sömnrubbningar, vandringsbeteende och andra tecken på hyperaktivitet. Beroende på symtom och samsjuklighet, lindras symtom med SSRI, Mirtazapin, Haldol, Risperidon (ej Lewy-Body!), Olanzapin. Tänk livskvalitet! En trygg och strukturerad livssituation är viktig för den demente patienten och har ofta bättre effekt än symptomlindrande farmaka.

Det är husläkarens uppgift att ta ställning till ovanstående medicinering. Läkaren kan sedan ta hjälp av Äldresköterskan att följa upp effekt och biverkningar, dock är det läkarens ansvar att ändra dosering eller preparat utifrån patientens symtom. Vid osäkerhet rekommenderas konsultation med Sabbatsberg Kognitiva Mottagningen. Det händer även att vi får remisser från minnesmottagningen för insättning och uppföljning av ovanstående preparat och att vi den vägen får vetskap om att en av våra patienter fått diagnos Kognitiv Sjukdom.

Att "trygga upp" kring patienten (Äldresköterskan)

- 1) Uppföljning efter insättning av läkemedel: Följ upp patienten efter insättning av läkemedel avseende eventuella biverkningar och för utvärdering av effekt. Förslagsvis sker detta via telefonkontakt med patienten själv eller anhöriga efter två, fyra och åtta veckor. Informera husläkaren vid uppkomst av biverkningar eller utebliven effekt.
- 2) Kognitiva hjälpmedel: Bedömning och råd om behov av hjälpmedel inklusive kognitiva hjälpmedel bör göras på enhet inom vårdval rehab. Remiss för detta skickas av Äldresköterskan. Inventera behovet av spisvakt. Intyg för detta kan skrivas av arbetsterapeut, men om ärendet brådskar, ska det utfärdas av Äldresköterskan.
- 3) Anhörigstöd: Anhöriga ska få tillgång till vår Äldretelefon och information kring kommunens anhörigstöd.
- 4) Samverkan med kommunen: Äldresköterskan är första-hands kontakt till patientens biståndshandläggare, så länge patienten inte är inskriven i hemsjukvården. Kommunikation med biståndshandläggaren sker via LifeCare. Äldresköterskan kallar till samordnad vårdplanering vid behov.
- 5) Hembesök: För att få en bättre bild av patientens behov och av läkemedelshanteringen, kan det vara av värde att besöka patienten i sin hemmiljö. Besöket genomförs av Äldresköterskan med eller utan läkarmedverkan. Avseende läkemedelshantering är det Äldresköterskan som bedömer om patienten skulle vara betjänt av dosdispenserade läkemedel och/eller administrering av läkemedel via hemsjukvården. Om sådan är fallet, kontaktar Äldresköterskan hemsjukvårdsteamet (i första hand sköterskan som ansvarar för patientens gata och i andra hand enhetschefen för hemsjukvården) för vidare handläggning. Kontakten kan med fördel ske fysiskt, det vill säga att Äldresköterskan söker upp ansvarig

hemsjukvårdssköterska på rummet, det ska dock även läggas ett administrativt ärende i hemsjukvårdssköterskans tidbok.

- 6) Årlig uppföljning vid mottagningen: Om patienten inte ansluts till hemsjukvården, ska Äldresköterskan kalla patienten för årlig uppföljning till sin egna mottagning. Vid uppföljningen ska följande gås igenom/dokumenteras:

- MMSE
- Phase-20, där även vikt, blodtryck och senaste GFR ska anges
- Se över om patienten haft kontakt med sin husläkare senaste året, annars rondärende till husläkaren som i sin tur kallar patienten på årskontroll
- Se över läkemedelshanteringen
- Dokumentera aktuella vård- och omsorgsinsatser
- Nutritions genomgång, vid behov förskrivning av näringsdryck
- Förflyttning och fallrisk, vid behov remiss till rehab
- Eventuella andra hjälpmedel, ex inkontinensskydd