

ST-projekt

Utvärdering av rutiner för demensutredning vid Rättviks Vårdcentral

Damien Dugne, ST-läkare, Rättviks Vårdcentral

April 2015

DamienRene.Dugne@ltdalarna.se

Tfn 0761762899

Vetenskaplig handledare

Björn Stållberg, specialist i allmänmedicin Med Dr, Gagnefs Vårdcentral.

Åsa Wiberg, specialist i allmänmedicin Med Dr, Vårdcentral Kvarnsveden, Borlänge.

Klinisk handledare

Anna Åberg, specialist i allmänmedicin, Rättviks Vårdcentral.

Sammanfattning

Bakgrund: Demenssjukdom är en allvarlig sjukdom som drabbar framförallt äldre. Det finns olika demenstyper som ger fysiska besvär men även svårigheter i patientens vardagsliv. Sjukdomen kan vara svår att identifiera framför allt tidigt i sjukdomsförloppet och en omfattande utredning behövs för att ställa diagnosen. Distriktsläkaren har huvudansvaret för diagnostiken.

Syfte: Studiens syfte var att undersöka hur distriktsläkarna har ställt demensdiagnos på Rättviks vårdcentral, om utredningen följer nuvarande vårdprogram samt att se i vilken omfattning patientens ålder påverkar demensutredning och diagnossättning.

Metod: Studien är en kvantitativ retrospektiv journalgranskning av journaler tillhörande patienter som genomgått en utredning och fått en demensdiagnos på vårdcentralen under elvaårsperioden från 2002 till 2012. Journalerna filterades fram, genomlästes och olika parametrar registrerades. Parametrarna valdes efter den rekommenderade basala demensutredningen som beskrivs i "Vårdprogram för personer med demenssjukdom i Dalarna". Utöver detta noterades kön, ålder vid diagnossättning samt vilket år demensdiagnosen sattes. Utifrån insamlade data gjordes enkla statistiska beräkningar avseende hur de inkluderade patienterna blivit utredda innan de fick sin demensdiagnos.

Resultat: Efter journalgranskning var det 302 patienter som utreddes och fick en demensdiagnos på Rättviks Vårdcentral under den avsedda perioden. Den basala utredningen har varierat genom åren, ofta beroende på vilken läkare som träffat patienten. När intresset för demens varit högt på vårdcentralen blev fler patienter diagnostiserade, utredningen mer omfattande och följsamheten till riktlinjer större. Studien visar också att utredningen blev mindre omfattande ju äldre patienten var. 20 % av patienterna blev remitterade till specialist för kompletterande utredning.

Slutsats: Det har funnits stora skillnader i utredning och diagnossättning av demenssjukdom genom åren. Att skaffa bra rutiner för demensutredning på vårdcentralen, som följer nuvarande vårdprogram, är nödvändigt för att höja vårdkvalitén vid demenssjukdom.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Innehållsförteckning	3
Bakgrund	4
Syfte	5
Frågeställningar	6
Studiepopulation	6
Metod och datainsamling	6
<i>Exklusionskriterier</i>	7
<i>Statistik</i>	7
Etiska överväganden	7
Resultat	8
Diskussion	16
<i>Styrkor och Svagheter</i>	19
<i>Förslag till förbättringar</i>	19
<i>Framtida studier</i>	20
Slutsats	20
Referenser	21

Bakgrund

Demenssjukdom definieras enligt ICD 10 som nedsatt minnesförmåga, nedsatt kognitiv funktion, förändrad emotionell kontroll eller förändring i socialt beteende som kan leda till svårigheter i patientens vardagsliv. Symtomen ska ha funnits i åtminstone 6 månader för att uppfylla diagnoskriterierna [1]. Demenssjukdom drabbar framförallt äldre personer med en låg prevalens före 60 års ålder, vilket sedan växer exponentiellt till 45 % av befolkning efter 95 års ålder [2].

Det finns olika typer av demens. Demens kan bero på neurodegenerativa sjukdomar som Alzheimers sjukdom, frontotemporal demens, Lewy Body demens eller Parkinsons sjukdom med demens. Bakgrunden kan också vara vaskulära sjukdomar eller sekundära tillstånd efter hjärnskador. Det kan också vara en blanddemens, det vill säga en kombination av olika typer av demens [3] [4]. Enligt studier som genomförts mellan 1984 och 2004 av den totala prevalensen av demens i Europa, Nordamerika och Afrika så har ca 60-70% av patienterna diagnosen Alzheimers demens, 10-20% vaskulär demens och 10-30% övriga diagnoser [2].

Att ställa diagnosen demens och att fastställa vilken typ av demens patienten lider av är viktigt för bedömning av patientens vård och omsorgsbehov, för stöd till anhöriga och som hjälp vid val av läkemedelsbehandling [5][6]. En omfattande utredning är också viktig för att hitta differentialdiagnoser som ger demensliknande symptom. En bra anamnes med både patient och anhöriga ger möjlighet att upptäcka till exempel en snabb utveckling av kognitiv svikt vilket i första hand inger misstanke om tumör, intrakraniellt hematom, inflammation/infektion eller andra tillstånd som kan ge konfusionsbild. Detta kan därefter bekräftas med hjälp av neurologiskt status, laborietutredning och hjärnröntgen [7]. Ett psykiskt status är viktigt för att hitta depressioner som i många avseenden kan likna demensutveckling hos äldre människor [8]. Ämnesomsättningsrubbningar kan också ge demensliknande symptom som kan vara reversibla med behandling [9]. Studier visar också ett starkt samband mellan hög homocysteinnivå och nedsatt kognitiv förmåga. Dock ger studierna inte stöd för att behandling med vitamin B12 eller folsyra ger förbättring av kognitiv funktion hos dementa patienter [10].

Primärvården är ofta den första instans som observerar patienter med eventuell demens och primärvårdsläkaren är ofta den enda läkaren som genomför utredningen [11]. I Sverige utförs över 90 % av alla demensutredningar fullständigt inom primärvården och patienterna behöver inte remitteras till specialistklinik [12]. Man brukar använda olika vanliga kognitiva tester, som mini mental test (MMT), för att utreda patienter med potentiell demens. Men resultaten av enbart dessa tester räcker inte för att med säkerhet ställa korrekt diagnos och utesluta differentialdiagnoser [13]. En förutsättning för att ställa korrekt demensdiagnos är att genomföra en komplett basal utredning med bland annat radiologisk bedömning och omfattande laborietundersökning, enligt Socialstyrelsens nya riktlinjer från 2010 [5].

För att hjälpa vårdaktörer i Dalarna kom 2012 ett ”vårdprogram för personer med demenssjukdom”. Vårdprogrammet definierar bland annat den basala utredning som skall göras innan man fastställer en demensdiagnos. I den basala utredningen ingår:

- Strukturerad anamnes med både patient och anhöriga
- Psykiskt och somatiskt status
- Laboratorieundersökningar med Hb, LPK, MCV, TPK, SR, CRP, Na, K, Krea, Ca²⁺, albumin, glukos, TSH, homocystein, kobalamin
- Datortomografi (DT) av hjärnan
- Kognitiv bedömning med MMT och klocktest
- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsnivå, vilken bör utföras av arbetsterapeut [3]

Om den basala utredningen inte räcker för att säkert ställa demensdiagnosen bör patienten remitteras till specialistvård för utvidgad demensutredning. Dock är den basala demensutredningen ett krav innan man remitterar patienten till specialistsjukvård [3].

Rättviks kommun är en kommun i Dalarnas län med 10778 invånare med en area på 2181 km². Vårdcentralen ligger i centralorten Rättvik, en av 42 orter i kommunen, och är den enda vårdcentralen i kommunen [14]. Närmaste sjukhuset med specialistgeriatriklinik och datortomografilab finns i Mora 3 mil från vårdcentralen.

Eftersom det inte har funnits några tydliga riktlinjer, vårdprogram eller särskild skriftlig lokal rutin för demensutredning är det sannolikt att rutinerna varierat mellan olika läkare på Rättviks vårdcentral, men det har tidigare saknats kunskap om detta. Det är också okänt hur många patienter med misstänkt demensdiagnos som blir diagnostiserade varje år, vilken typ av demens de har, i vilken ålder de blev diagnostiserade och vilka undersökningar som utförts vid demensutredningen mellan 2002 och 2012.

Genom att jämföra våra nuvarande rutiner med det nya vårdprogrammet kan ändringar göras för att optimera utredningsgången och behandlingen av demenssjukdomar på vårdcentralen.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur man har ställt demensdiagnos på Rättviks vårdcentral, om utredningen följer rådande vårdprogram samt att se i vilken omfattning patientens ålder påverkar demensutredning och diagnosättning.

Frågeställningar

- 1) Hur många patienter utreddes och fick en demensdiagnos på Rättviks vårdcentral under perioden 2002-01-01 till 2012-12-31?
- 2) Finns det komponenter i det nya vårdprogrammet som inte fanns med i den basala utredningen som genomförts under perioden 2002-01-01 till 2012-12-31?
- 3) Kan man se en förändring av läkarnas rutiner vid demensutredning under denna tidsperiod?
- 4) Finns det ett samband mellan patientens ålder och hur omfattande utredning som utförts vid diagnostisering av demenssjukdomen?
- 5) Hur stor andel av patienterna med demensdiagnos blev remitterade till specialist för kompletterande utredning?

Studiepopulation

Studiepopulationen består av alla patienter som fått en demensdiagnos på Rättviks vårdcentral under perioden 1:a januari 2002 - 31:a december 2012.

Metod och datainsamling

Studien är en kvantitativ retrospektiv journalgranskning. Studiepopulation filtrerades fram med hjälp av en sökfunktion i journalsystemet som hittar alla patienter med en demensdiagnos under den valda tidsperioden. I journal III som vårdcentralen använt sig av under denna tidsperiod finns demensdiagnoserna: *Vaskulär demens* (F01.- enligt KSH97-P), *Demens UNS* (F03.-P) eller *Alzheimers sjukdom* (G30-) och deras undergrupper [15].

Därefter genomlästes samtliga patienters journal för att verifiera om demensutredning utfördes och demensdiagnos sattes under den aktuella tidsperioden. Om detta var fallet inkluderades patienterna och olika parametrar registrerades. De studerade parametrarna definierades enligt den basala demensutredning som beskrivs i "Vårdprogram för personer med demenssjukdom i Dalarna" [3].

Ingående parametrar från journalgranskningen som registrerades var: en strukturerad anamnes, anhörigintervju, psykiskt och somatiskt status, laboratorieundersökningar, DT hjärna (högst 12 månader gammal), kognitiv bedömning med hjälp av MMT och klocktest, en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning utförd av arbetsterapeut eller demenssjuksköterska samt dokumentation av kön, patientens ålder vid diagnossättningen samt vilket år denna sattes. Alla parametrar sammanställdes i en Excel-tabell. I sammanställningen

av data kodades varje person med ett studienummer och alla insamlade studiedata var på så sätt avidentifierade.

Exklusionskriterier

Patienter exkluderades ur studien om de genomgått en demensutredning och fått demensdiagnosen före den 1:a januari 2002 samt om de började eller genomförde demensutredningen på en annan vårdcentral än Rättviks vårdcentral eller på sjukhus under perioden 1:a januari 2002 - 31:a december 2012.

Statistik

Utifrån insamlade data gjordes enkla statistiska beräkningar med frekvenstabeller och medelvärden avseende hur de inkluderade patienterna blivit utredda i samband med att de fick sin demensdiagnos.

Etiska överväganden

Patientjournalerna genomlästes bara för att ta reda på hur demensutredningen utfördes i samband med att diagnosen sattes. Detta gjordes med syftet att utvärdera vårdcentralens rutin och ge möjlighet till kvalitetsutveckling. Patienterna blev inte kontaktade vare sig för information eller för att erbjudas ytterligare vård oavsett hur utredningen genomförts. Studien har inte haft till syfte att kontrollera hur den enskilde läkarens arbete är utfört och ingen bedömning eller redovisning av personligt läkararbete har gjorts oavsett vad man har läst i patienternas journaler. Vid sammanställningen av resultaten kodades varje person med ett studienummer och alla studiedata var på så sätt avidentifierade. För att kunna koppla registrerade data till en patient krävdes användning av en kodlista. Denna förvarades i ett utrymme på vårdcentralen avsett för journalhandlingar. Eftersom data blev kodade kan alla deltagare, både patienter och vårdgivare, garanteras anonymitet vid presentation av resultaten. Det kodade materialet hanteras endast av studieledare som står under sekretessplikt. Verksamhetschefen vid Rättviks vårdcentral har gett sin skriftliga tillåtelse för genomförandet av denna studie i kvalitetshöjande syfte.

Resultat

Antalet patienter med demensdiagnos som sökte Rättviks Vårdcentral under perioden 2002-01-01 till 2012-12-31 var 444 st.

Efter journalgranskning var det 302 av de 444 patienterna som utreddes och fick en demensdiagnos på Rättviks Vårdcentral under den avsedda perioden. 191 av 302 patienter var kvinnor (63 %) och 111 var män (37 %). Åldersspannet var 45-99 år, med genomsnittlig ålder 83,7 år och medianålder 84,5 år. Av de som utreddes bodde 77 patienter (25 %) på ett äldreboende när de fick diagnosen.

Av alla med demensdiagnos exkluderades 142 patienter olika anledningar, se tabell 1.

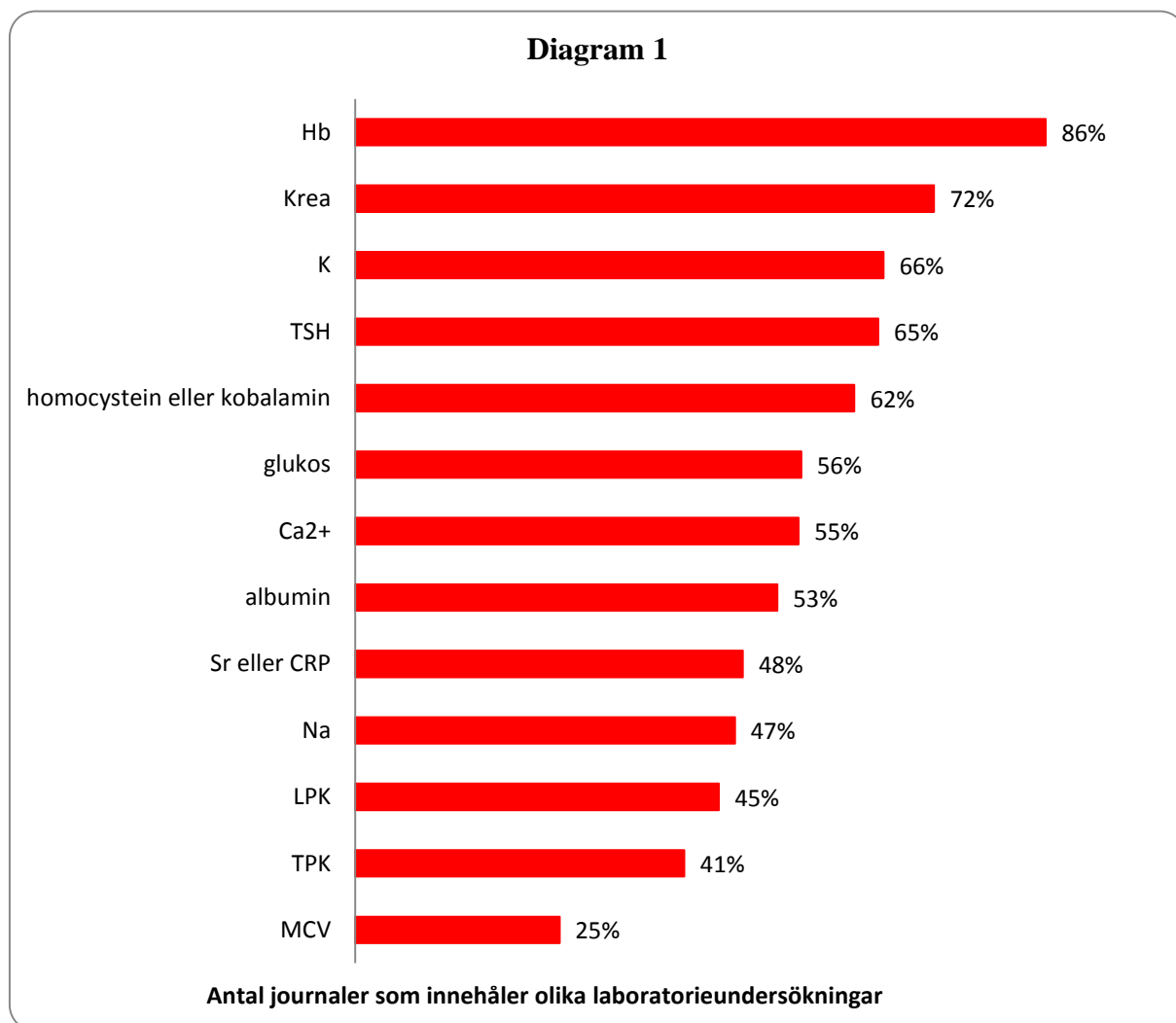
Tabell 1.

Exklusionsorsak	Antal patienter (n=142)
Diagnos och utredning före 2002	59
Diagnos och utredning via den privata vårdcentralen, "Rättvikshälsan"	10
Diagnos och utredning via Mora Lasarett	36
Diagnos och utredning via någon annan vårdinstans	20
Diagnos vid tillfälligt besök på Rättviks Vårdcentral	1
Fel diagnos. Ingen spår av minnessvårigheter i journalen	14
Övrigt	2

I 266 journaler (88 %) fanns en anamnes/sjukhistoria. Någon form av anhörigintervju fanns i 204 journaler (68 %), 148 journaler (49 %) innehöll ett psykiskt status och 198 (66 %) journaler nämnde en somatisk undersökning.

Vad gäller kognitiv bedömning genomfördes det på 233 patienter ett MMT (77 %) och på 181 patienter ett klocktest (59 %).

I 93 % av alla journaler förekom någon form av blodprovstagning. Laboratorieundersökningar utfördes i varierande utsträckning, se diagram 1



Drygt hälften av patienterna (173 patienter, 57 %) utreddes med en DT-hjärna och 7 patienter (2 %) fick en strukturerad bedömning av funktion- och aktivitetsnivå av en arbetsterapeut. En bedömning av demenssköterska fanns i 79 journaler (26 %).

Under tidsperioden 2002-01-01 till 2012-12-31 fick 302 patienter en demensdiagnos på Rättviks vårdcentral, i medeltal 27,5 patienter per år. Diagnossättningen varierade kraftigt under tidsperioden., se diagram 2.

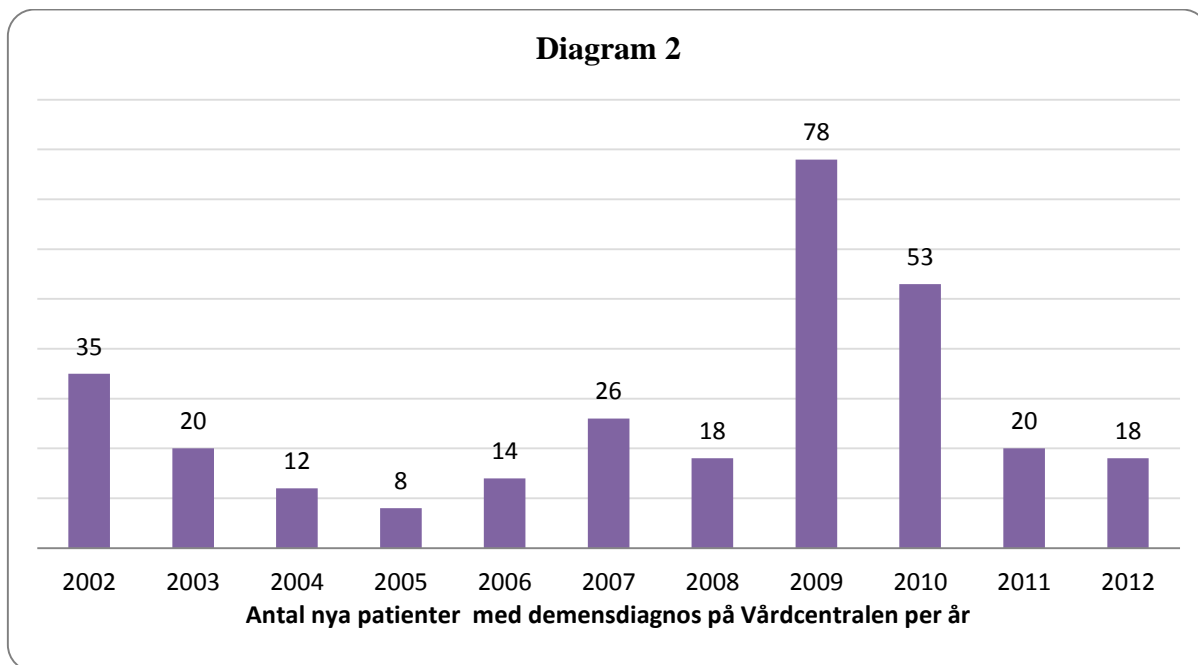


Diagram 3 illustrerar andelen patienter som fick demensdiagnos på äldreboende under tidsperioden 2002-01-01 till 2012-12-31.

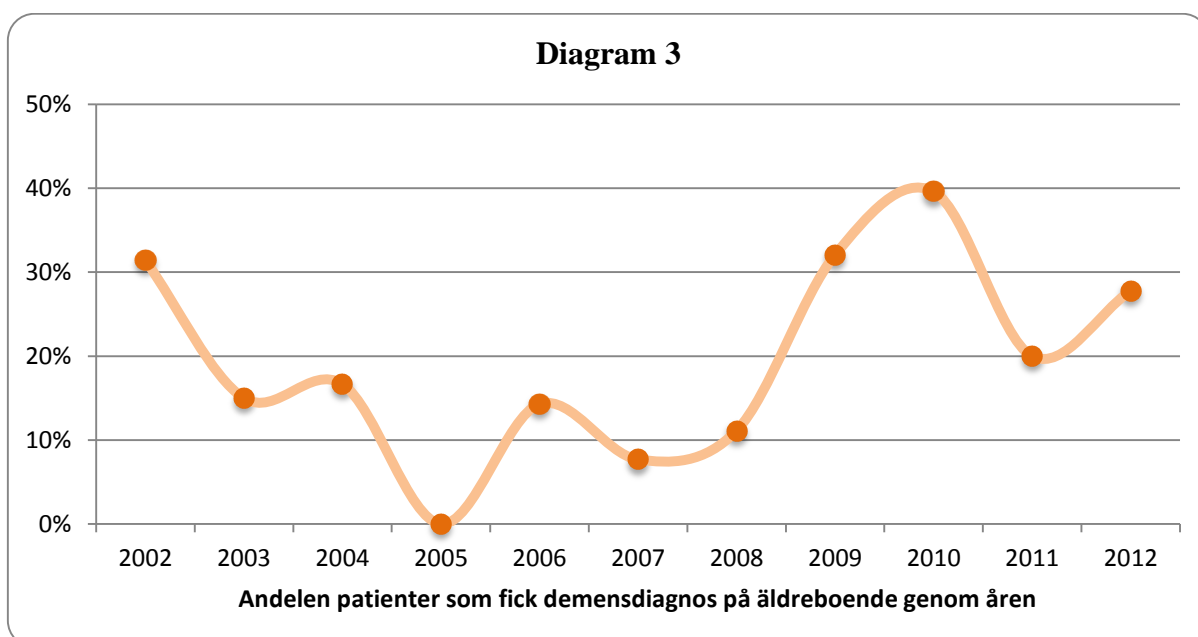


Diagram 4 visar utvecklingen av hur DT hjärna utförts genom åren bland de som ingår i journalgranskningen.

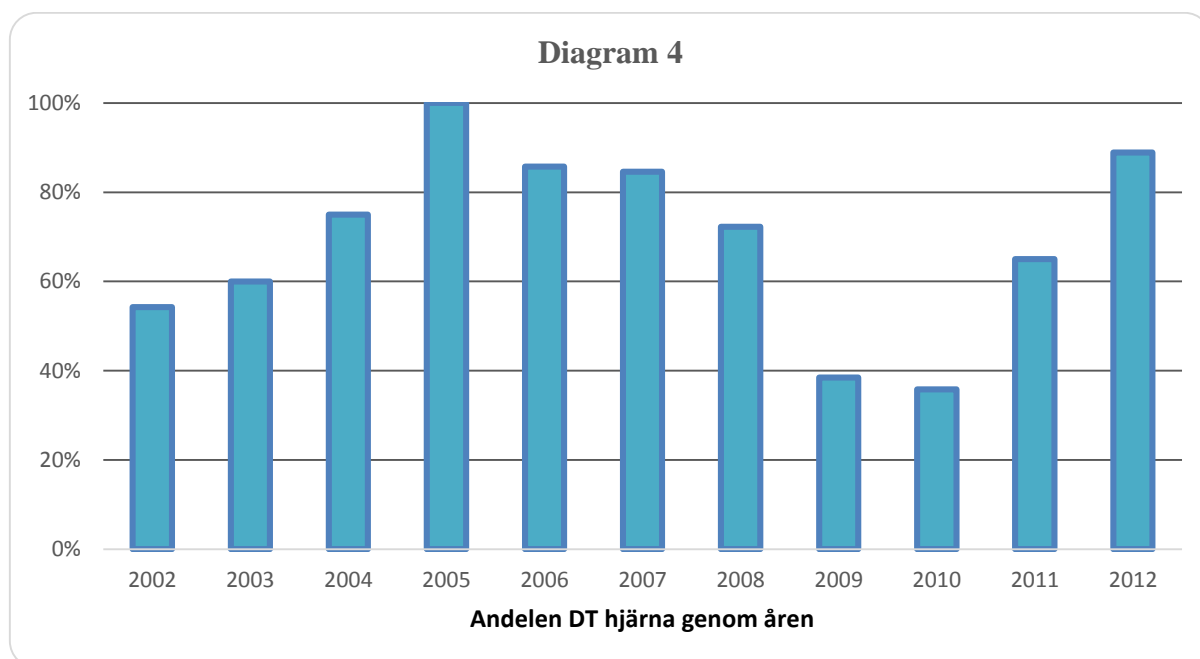


Diagram 5 illustrerar andelen journalen som innehåller MMT och klocktest genom åren.

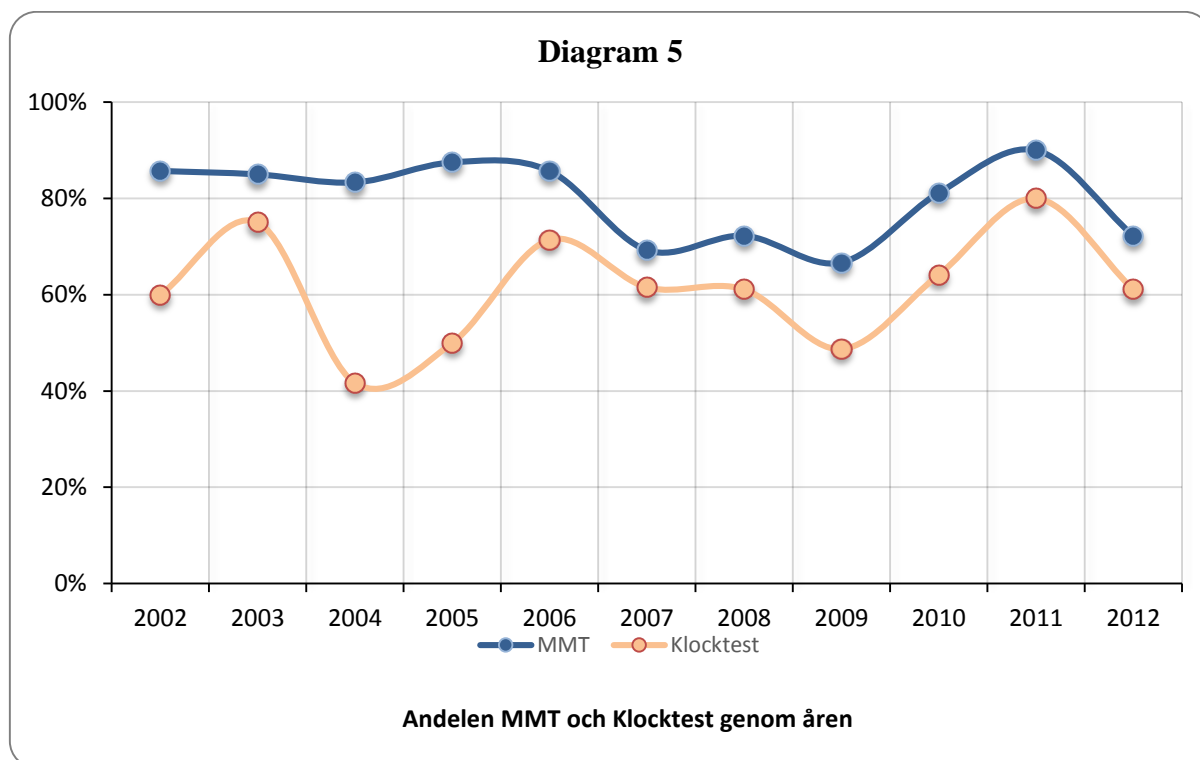
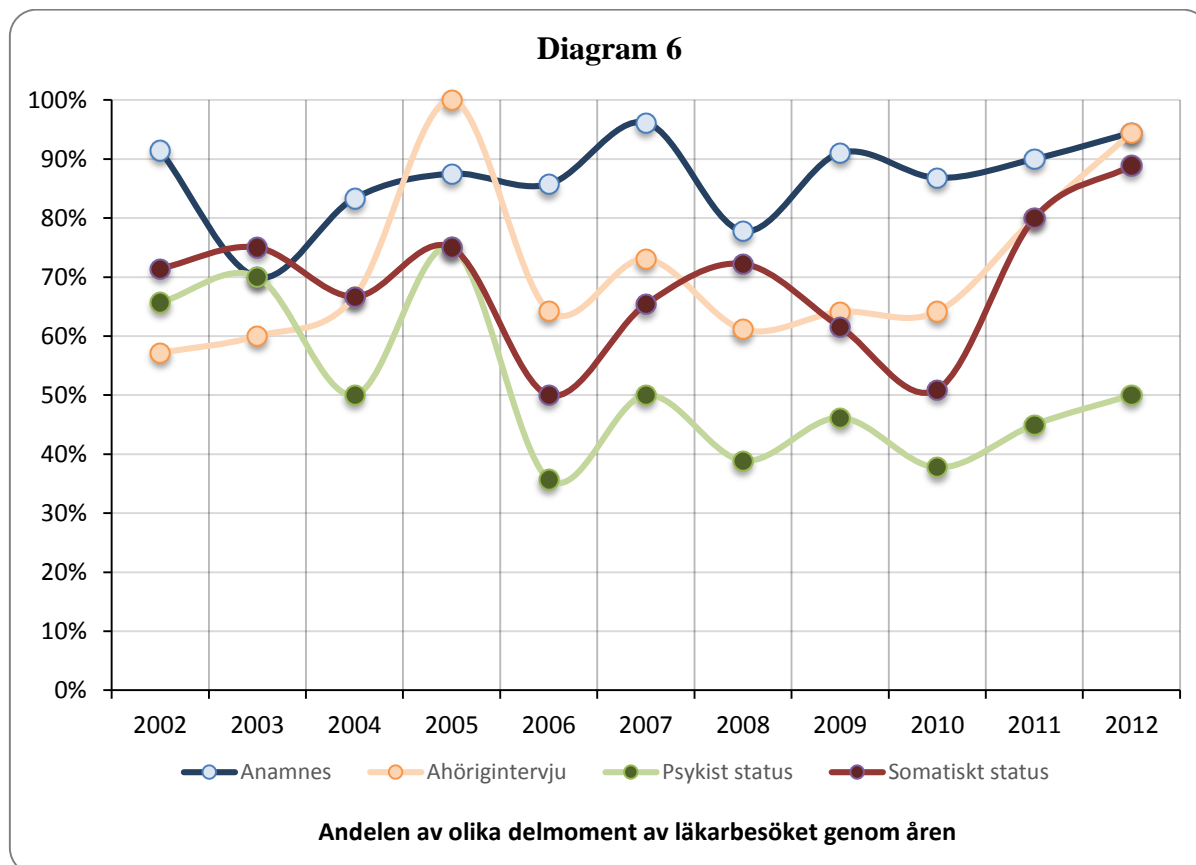


Diagram 6 visar hur de delmoment som nu ofta ingår vid ett läkarbesök för demensutredning (anamnes, anhörigintervju, klinisk status och psykiatrisk status) har varierat genom studieperioden.

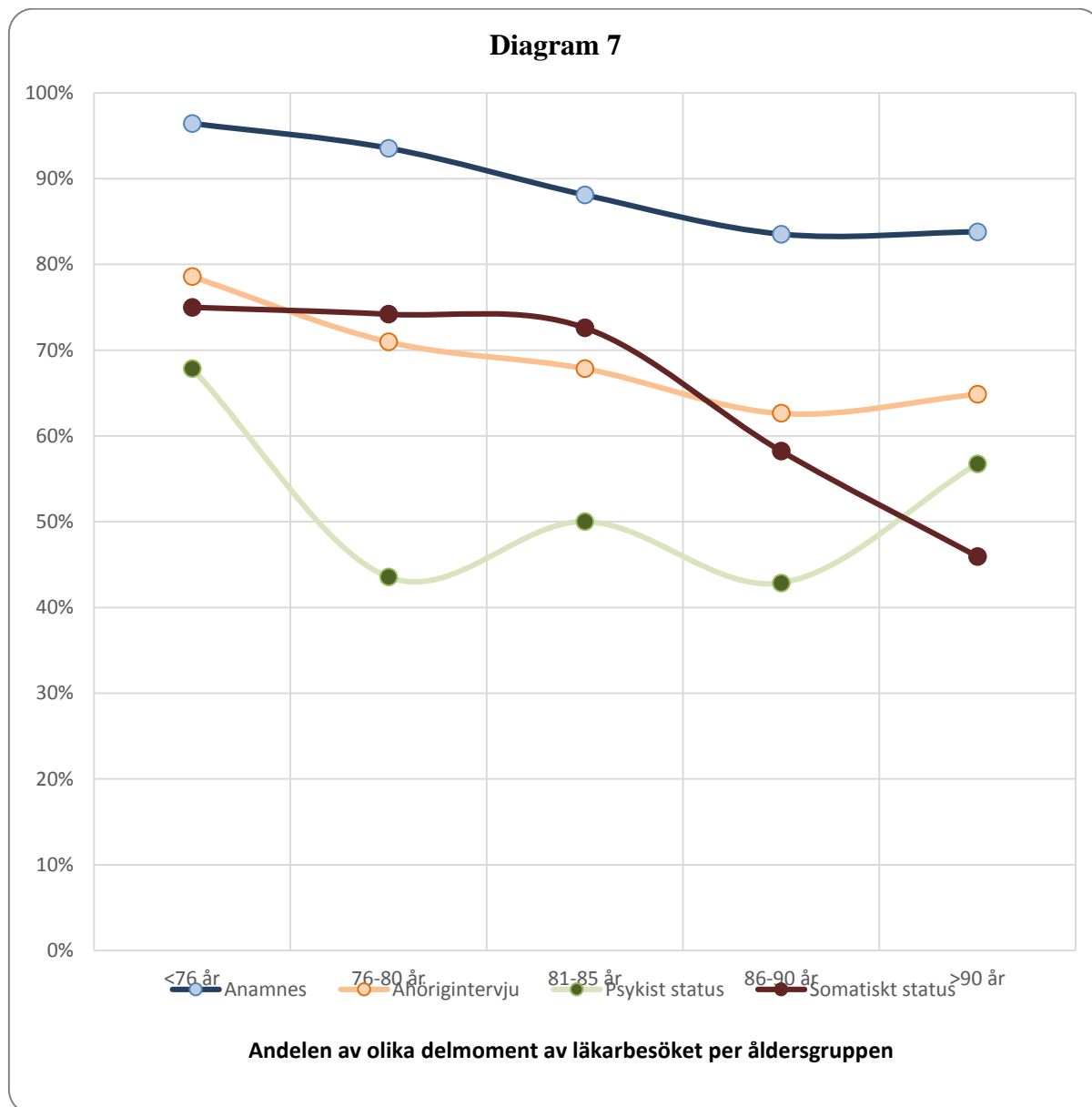


Majoriteten av patienterna fått sin demensdiagnos mellan 80 och 90 år (tabell 2).

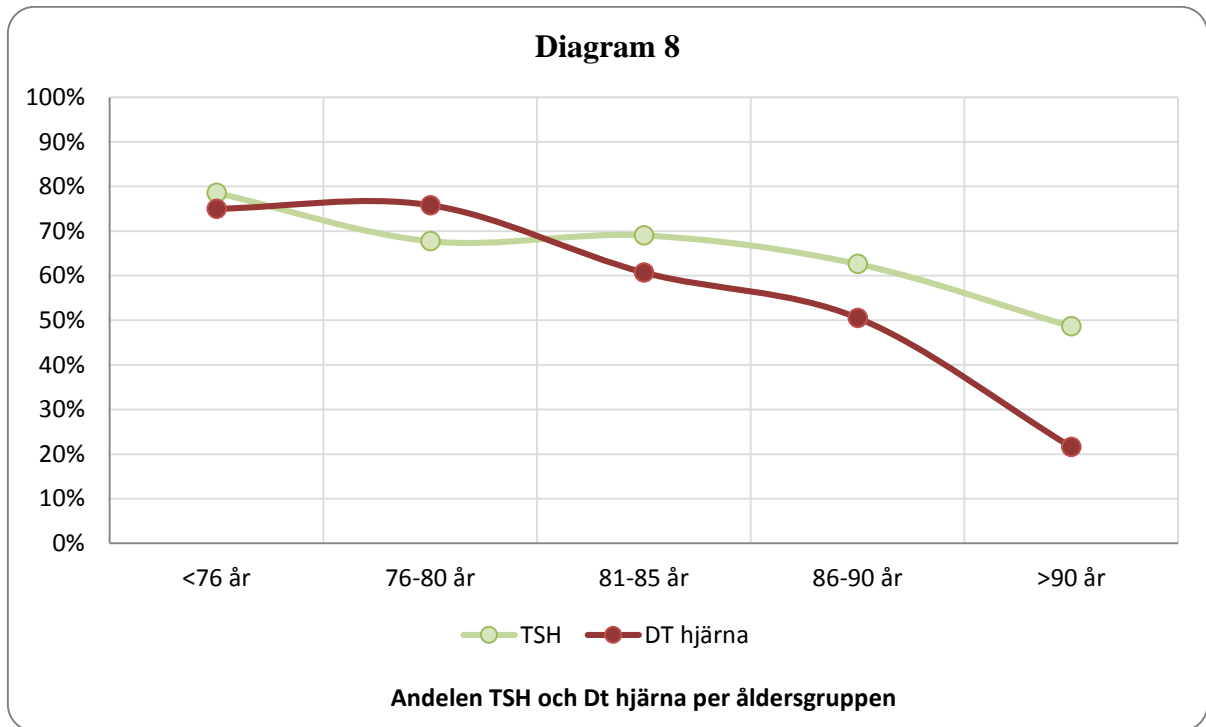
Tabell 2 – ålder vid demensdiagnos

Ålder vid diagnos	Antal Patienter n (%)
<76 år	28 (9 %)
76-80 år	62 (21 %)
81-85 år	84 (28 %)
86-90 år	91 (30 %)
>90 år	37 (12 %)

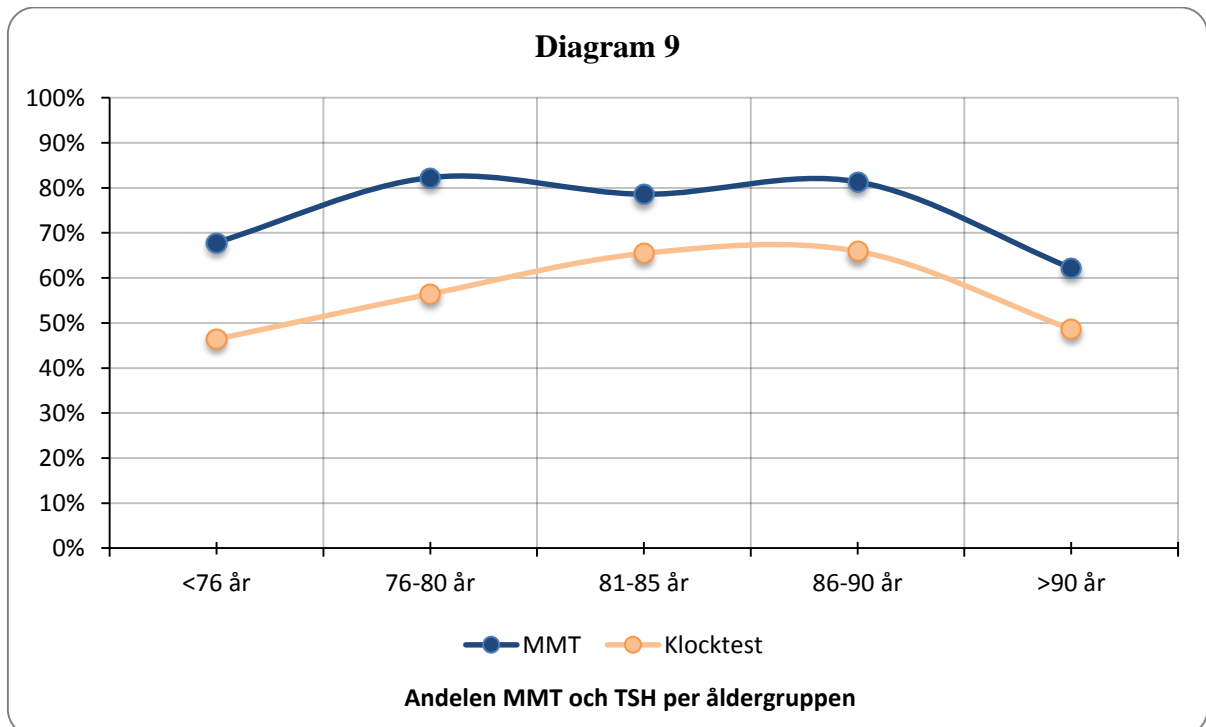
Om man tittar på de delmoment som ofta ingår i ett läkarbesök kan man se att de blir färre med ökande ålder hos patienten. Psykisk status och anhörigintervju förekommer dock i ökad utsträckning i den äldre gruppen, se diagram 7.



DT-Hjärna och TSH-analyser utfördes i minskad utsträckning i den högre åldersgruppen, se diagram 8.

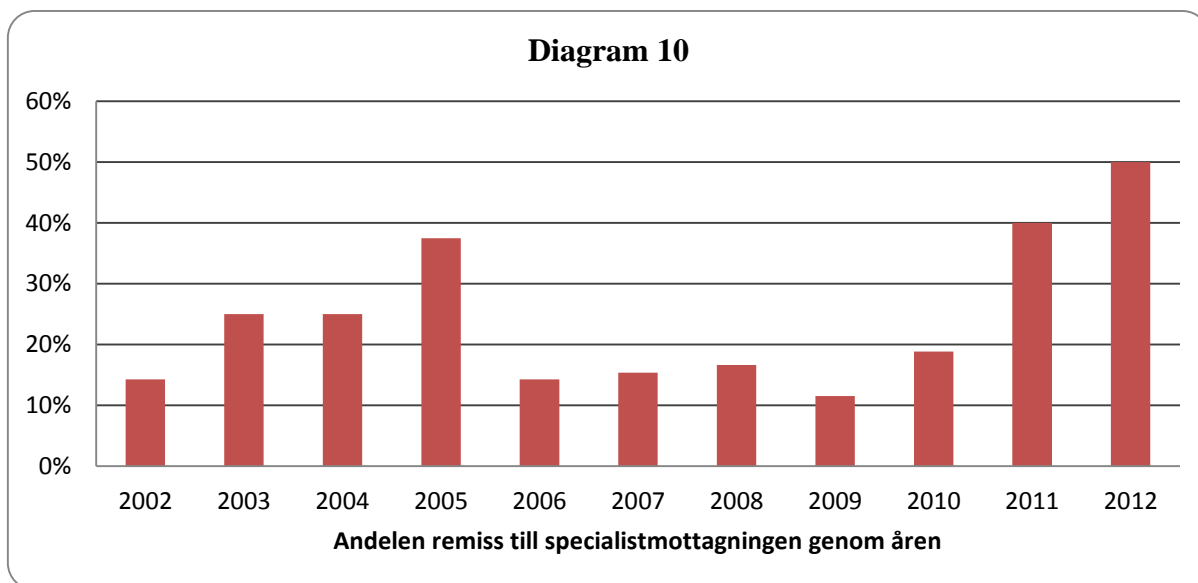


MMT och Klocktest utfördes utan större skillnader mellan åldersgrupperna, se diagram 9.

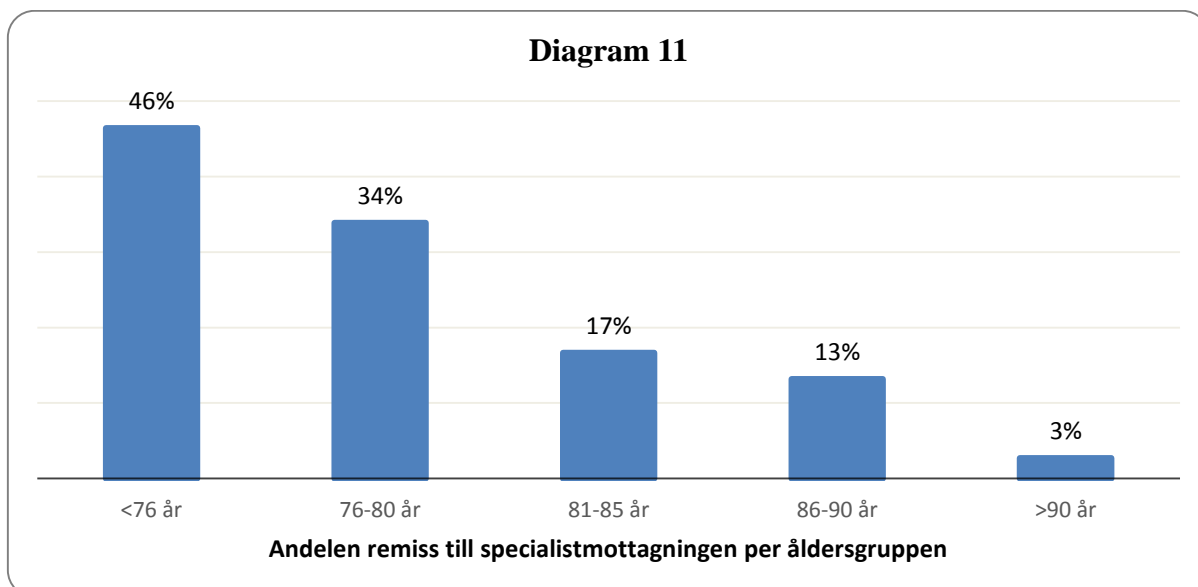


Under tidsperioden 2002-01-01 till 2012-12-31 blev av de 302 patienter som ingår i studien 61 patienter (20 %) remitterade till specialist för kompletterande utredning. Av patienter som fick en demensdiagnos när de redan bodde på ett äldreboende blev 6 % remitterade jämfört med 25 % av patienterna med ett privat boende.

Diagram 10 visar andelen patienter som remitterades till specialistmottagning bland de som fått demensdiagnosen under studieperioden.



Ju äldre patienten var desto mer sällan blev de remitterade till en specialistmottagning, se diagram 11.



Diskussion

Detta arbete redovisar att mer än tre hundra patienter fick en demensdiagnos efter utredning på Rättviks vårdcentral under perioden 2002 till 2012. Eftersom det inte fanns något vårdprogram, eller tidigare rutiner på vårdcentralen för demensutredning, har den basala utredningen varierat beroende på vilken läkare som träffat patienten och vilket år utredningen genomfördes. När intresse för demens var högt på vårdcentralen blev fler patienter diagnostiserade. Studien har också visat att utredningen blev mindre komplett ju äldre patienterna var.

I avsaknad av tidigare lokal statistik är det svårt att jämföra resultaten från det framtagna materialet. Sedan 2007 finns däremot Svenska demensregistret (SveDem) som publicerar siffror för nationell jämförelse.

Totalt 302 patienter fick en demensdiagnos på Rättviks vårdcentral under perioden 2002-01-01 till 2012-12-31. Andelen kvinnor var 63 %, en siffra som överensstämmer relativt väl med statistik från SveDem där andelen kvinnor 2011 samt 2012 var 58 respektive 59 % [16]. I det studerade materialet var medelåldern för diagnos 83.7 år vilket är högre jämfört med siffror från SveDem där medelåldern 2011 och 2012 var 79 respektive 80 år [16]. En förklaring till detta är att statistiken från SveDem inkluderar både primär- och specialistvården där specialistvården i de flesta landsting i högre utsträckning utreder yngre personer och i betydligt större grad registrerar patienter i SveDem-registret. En annan förklaring till åldersskillnaden är att en fjärdedel av patienterna som fick sin diagnos på vårdcentralen redan bodde på ett äldreboende och i många fall säkerligen haft symptom flera år innan utredning och diagnosättning.

Vad gäller de olika delmomenten i en basal utredning är det förvånande att endast 88 % av journalerna innehåller en dokumenterad anamnestagning och endast 68 % innehåller en somatisk undersökning. Anamnes och status är grundläggande medicinska verktyg som bör dokumenteras vid samtliga läkarbesök, oberoende av besöksorsak.

En kvalitativ intervjustudie, ”Brister och behov för en god demensvård inom primärvård” utförd under 2009 i Stockholm visade att den största svårigheten för en distriktsläkare under en demensutredning är att få en bra anamnes. De uttryckte att den bästa möjligheten att få en bra anamnes är att göra en anhörigintervju [17]. I studien på Rättviks vårdcentral förekom enligt journalanteckningar en anhörigintervju i 68 % av fallen. Redskapet är mycket värdefullt men att genomföra en bra anhörigintervju vid alla demensutredningar ärorealistiskt eftersom det finns patienter utan nära anhöriga med möjlighet att närvara, samt patienter som redan bor på äldreboende utan någon nära anhörig närvarande.

Mindre än hälften av journalerna innehåller ett psykiskt status. Detta är en stor brist då mer än 80 % av patienter med diagnosen Alzheimers demens får psykiska symtom under utvecklingen av sjukdomen [18]. Ett psykiskt status är ett viktigt verktyg för att skilja demens från psykiatriska differentialdiagnoser [19]. I ovan nämnda studie från Stockholm var detta en av de största diagnostiska svårigheterna för en läkare vid en demensutredning [17].

Endast 77 % av journalerna innehöll ett MMT och endast 59 % ett Klocktest. Dessa är viktiga komponenter där målet borde vara 100 %. En förklaring till att detta inte uppnås är att besökstiden inte räcker till, varför läkarna själva inte hinner utföra testen under läkarbesöket. I många journaler framkommer det att undersökningarna planerats, ofta då delegerat till en annan yrkeskategori, men att det aldrig blir av och att diagnosen sätts utan att detta värdefulla verktyg används såsom anges i vårdprogram/riktlinjer [3] [5].

Blodanalys har genomförts i någon form på 93 % av samtliga patienter med demensdiagnos. Det har tidigare inte funnits några generella rekommendationer avseende vilka analyser som bör ingå i en demensutredning varför det förekommit stora skillnader mellan olika läkare och valda analysmetoder. Av idag rekommenderade analyser hade Hb-analys utförts i 86 % av fallen medan MCV endast är noterat i en fjärdedel av journalerna. Det har tidigare funnits en mall i Rättviks vårdcentralers journalsystem för beställning av laborationsprover vid demensutredning. Mallen har dock inte uppdaterats enligt de nya riktlinjerna från 2010 eller det nya vårdprogrammet från 2012.

Bara drygt hälften av patienterna hade genomgått en DT hjärna. Detta kan delvis förklaras med att röntgenkliniken finns på Mora Lasarett, 30 kilometer bort, och att äldre patienter framförallt de på äldreboende inte orkar eller vill åka så långt. Det finns noterat i flera journaler att läkaren aktivt avstår från undersökningen på grund av lång resväg och nedsatt allmäntillstånd. Det finns även fall där undersökningen glömts bort, att diagnosen satts innan undersökningen utförts och att patienterna av olika anledningar uteblir från den inbokade tiden. Vilken läkare som träffat patienten har också haft en stor betydelse för vilka undersökningar som beställts och hur utredningen genomförts.

Att bara enstaka patienter fått en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsnivå av en arbetsterapeut beror på att resursen under tidsperioden saknats på vårdcentralen. Det har däremot förekommit att en demenssjuksköterska deltagit i demensutredningen vilket är noterat i en fjärdedel av journalerna. Siffran är inte helt pålitlig då demenssjuksköterskan varit anställd av Rättviks kommun och att samarbetet med vårdcentralen varierat under tidsperioden. Sjuksköterskeanteckningarna för de som bott på ett kommunalt boende har också dokumenterats i kommunens journal som inte varit tillgänglig för vårdcentralsläkarna, förutom vid specifika läkarronder på boendet. Kommunens journaler har inte heller varit tillgängliga i denna studie varför den riktiga procentsatsen kan vara betydligt högre.

Rättviks Vårdcentral har sedan 2012 anställt en arbetsterapeut med kompetens att utföra funktions- och aktivitetsnivåbedömningar, både på vårdcentralen och i hemmet, samt MMT och Klocktest på remiss från läkare, vilket kommer att förbättra utredningen vid misstänkt demens.

Antalet patienter per år som fick en demensdiagnos har varierat mycket under den studerade tidsperioden 2002 till 2012. Till exempel fick 5 personer en diagnos 2005 jämfört med 78 personer 2009. Detta kan förklaras med att intresset för demens varierat hos de anställda läkarna på vårdcentralen i Rättvik. Intresset var lågt framförallt under perioden 2003 till 2007. I slutet av 2008 anställdes en läkare med geriatrisk utbildning och med stort intresse för demenssjukdomar. Denne arbetade mycket med kommunens äldreboenden. Detta kan vara en förklaring till att diagnosställningen ökade under år 2009, framförallt på äldreboenden. Intresset för demenssjukdomar har säkerligen också förmedlats till andra kollegor vilket har resulterat i att diagnosställningen ökat även på vårdcentralen. Många av de patienter som fick en diagnos under år 2009 och 2010 borde egentligen fått den tidigare, detta gäller speciellt patienter på äldreboende. Den nämnda läkaren slutade på vårdcentralen i början på 2011 varefter diagnosställningen tydligt minskade, liksom kvoten av patienterna som fick diagnos på ett äldreboende.

Detta visar som flera tidigare studier har visat att intresse och utbildning kring demens hos läkare leder till en bättre kompetens vid demensutredning och per konsekvens en bättre vårdkvalité för patienten [17] [20].

Noterbart är att förekomsten av klocktest var betydligt lägre än andelen MMT under de första studerade åren. Detta jämnar dock ut sig senare under den valda tidsperioden och delmomenten förekommer i liknande utsträckning efter år 2005. I det nya vårdprogrammet rekommenderas det att undersökningarna görs vid samma besökstillfälle. Det finns flera anledningar till att detta inte skett systematiskt på Rättviks vårdcentral. En förklaring är att det funnits en okunskap bland läkare och övrig personal om att de bör utföras samtidigt [21]. En annan förklaring är att klocktest inte ingick i den digitala MMT-blanketten som tidigare kunde ifyllas direkt i journalsystemet, en möjlighet som användes av många läkare före år 2006.

Positivt under åren är att journalanteckningarna successivt har blivit mer omfattande. Även om anamnes, anhörigintervju, somatisk status och DT hjärna varierat mellan olika år så är intrycket att det blivit vanligare mot slutet av undersökningsperioden. Förklaringen kan vara bland annat ökad fortbildning för läkarna och övrig personal, tydligare riktlinjer, bättre teamarbete och större intresse hos arbetande läkare.

Resultatet visar att utredningen ofta blir mindre omfattande ju äldre patienten blir. Dalarnas vårdprogram rekommenderar att alla patienter ska erbjudas samma basala utredning oavsett ålder [3]. I praktiken, framförallt för personer som bor i ett glesbygdsmråde, är detta inte alltid genomförbart. Till exempel har i många fall äldre patienter som bor på äldreboende inte genomgått någon röntgenundersökning av hjärnan. En orsak kan vara att dessa patienter i stor utsträckning haft minnessvårigheter sedan många år med oförändrade symptom. Även lång resväg, nedsatt allmäntillstånd samt organisatoriska svårigheter bidrar säkert till att utredningen inte varit fullständig.

I de fall där undersökningen inte väntas tillföra någonting till behandling eller prognos kan det vara motiverat att avstå. Omständigheterna måste där få styra. Det är dock viktigt att det i samtliga fall dokumenteras en bra somatisk utredning, inklusive neurologisk och psykiatrisk undersökning, samt att det i journalen motiveras varför vissa undersökningar inte utförs. Vad gäller blodprovstagning bör detta utföras enligt vårdprogrammets rekommendationer minst en gång under demensutredningen, oavsett ålder. Provtagning är enkelt, relativt billigt och kan utföras direkt på de flesta äldreboenden. Det är ett viktigt instrument för att hitta behandlingsbara differentialdiagnoser.

En femtedel av de inkluderade patienterna blev remitterade till specialist för kompletterande utredning. Andelen patienter som remitterats till specialistmottagning har varit låg genom åren (förutom 2005) men ökar sista åren och når hälften av patienterna 2012. Studien visar också att det framför allt var yngre patienter som remitterades vidare. Detta är i enlighet med de nuvarande riktlinjerna [3].

Styrkor och Svagheter

Mer än 300 patienter är inkluderade i studien vilket är en styrka, såväl som att den valda tidsperioden sträcker sig över 11 år. En svaghet är att studien inte inkluderar patienter som genomgått en demensutredning utan att få en demensdiagnos. Vi vet därför inte vad deras utredning bestod av och kan därför inte dra några slutsatser för denna patientgrupp. Det har även visat sig svårt att redovisa vilken typ av demens som patienterna fick då majoriteten av patienterna fick diagnosen ”Demens UNS”. Mer specifika diagnoser som t.ex. Alzheimers demens eller vaskulär demens är i de flesta fall inte dokumenterat.

Förslag till förbättringar

Som visats i tidigare studier och artiklar finns det mycket att vinna, både vad gäller tid och resultat, om demensutredningen genomförs som ett multiprofessionellt teamarbete där läkaren är den som slutligen fastställer diagnosen [17] [22]. Ett förslag kan, med tanke på bristen på läkartider, vara att läkaren träffar patienten minst två gånger under utredningen. En gång för att intervjua patient och anhöriga, undersöka patienten samt planera och initiera utredningen samt en gång för att sammanfatta utredningen, fastställa en eventuell diagnos samt erbjuda åtgärder och behandling.

Det vårdprogram för demensutredning som kom 2012 i landstinget Dalarna kan också användas som grund för att skaffa bättre rutiner och underlätta beslutsfattandet vid demensutredning på Vårdcentralen [3].

För att undvika att missa viktiga moment i utredningen kan man också använda sig av en mall för demensutredning. Det finns sedan tidigare en mall i det nya vårdprogrammet alternativt att varje delmoment ska finnas med när blanketten ifylls vid registrering i Svedem [3] [23].

Patientgruppen är divergent vad gäller bland annat sjukdomstyp, progress och funktionsnedsättning. Det är därför viktigt att varje vårdcentral har tydliga och allmänna rutiner, vilket inkluderar samtliga yrkeskategorier.

Kunskap och riktlinjer är nödvändigt för att identifiera patienter med minnessvårigheter, våga påbörja en utredning och att slutligen sätta en demensdiagnos. Detta arbete är en början men det kommer behövas återkommande utbildningar och information till samtliga yrkeskategorier framöver. Detta för att öka intresset och uppdatera kunskaperna enligt aktuella rekommendationer med målet att på bästa möjliga sätt möta patienter och anhöriga samt erbjuda en jämlik och bra vård.

Framtida studier

Denna studie kan användas som grund för utformning av liknande studier i framtiden för att kartlägga och följa förändringar i läkarrutiner efter införandet av vårdprogrammet.

Slutsats

Demens är en allvarlig sjukdom där en korrekt diagnos baserad på en noggrann och standardiserad utredning är viktigt. Demensdiagnosen ökar möjligheterna till stöd och hjälp för både den drabbade och närstående samt också i vissa fall möjlighet till behandling. Denna studie från Rättviks vårdcentral visar att demensutredningens kvalitet och innehåll varierat mycket under den undersökta perioden från år 2002 till 2012. Studien visar också att genomförda utredningar i många fall avviker från rekommendationer och vårdprogram.

Tack

Tack till mina handledare Åsa, Björn och Anna.

Tack till Maria Vågbratt och alla i personalen på Rättviks Vårdcentral.

Stort tack till My för hjälpen med språket.

Referenser

1. Sjöbeck M, Nilsson C. ABC om demens. Läkartidningen.2009;106(20):1369.
2. SBU. Dementia – Etiology and Epidemiology. A Systematic Review.2008;1:236-237. Available from: <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utredning-och-diagnos/Diagnoskriterier/Demens-ICD-10/>
3. Vårdprogram för personer med demenssjukdom i Dalarna. Region Dalarna. 2012.
4. Berg L, Gustafson L, Hansson G, Kilander L, Klingén S, Marcusson J, Näsman B, Passant U, Wahlund LO, Wallin A. Harmonisering av demensdiagnoser – en nödvändig kvalitetssäkring. Läkartidningen.2001; 98(34):3534.
5. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen.2010:18.
6. Boise L, Eckstrom E, Fagnan L, King A, Goubaud M, Buckley DI, Morris C. The rural older adult memory (ROAM) study: a practice-based intervention to improve dementia screening and diagnosis. J Am Board Fam Med.2010 Jul-Aug;23(4):487.
7. Sjöbeck M, Nilsson C. ABC om demens. Läkartidningen.2009;106(20):1371.
8. Thorsen O, Bloch Thorsen G-R, Hundskår S, Straand J. Psykiska hälsoproblem och beteendestörningar. I: Hundskår Steinar (red): Allmänmedicin. Studentlitteratur. 2007:433-437.
9. SBU. Dementia – Etiology and Epidemiology. A Systematic Review.2008;2:35. Available from: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content1/1/Dementia_Vol2.pdf
10. SBU. Dementia – Etiology and Epidemiology. A Systematic Review.2008;2:60. Available from: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content1/1/Dementia_Vol2.pdf.
11. van Hout H. Studies on recognition of dementia by primary care physicians are inconsistent. Arch Intern Med.2001;161:1238-1239.
12. Haglund A. Demensriktlinjerna ska främst vara ett stöd i utredning och behandling. Läkartidningen. 2009; 106(49): 3358.
13. Boustani M, Callahan CM, Unverzagt FW, Austrom MG, Perkins AJ, Fultz BA, Hui SL, Hendrie HC. Implementing a Screening and Diagnosis Program for Dementia in Primary Care. J Gen Intern Med. 2005 Jul;20(7):575.
14. Fakta om Rättviks kommun. Available from: <http://www.rattvik.se/kommunfakta>.
15. KSH97-P. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/laddaner/kodtextfiler>
16. SveDem. Årsrapporter. Available from: <http://www.ucr.uu.se/svedem/index.php/om-svedem/arsrapporter>
17. Ghozzi R. Brister och behov för en god demensvård inom primärvård. En kvalitativ intervjustudie. Available from: <http://www.cefam.se/projekt?view=project&id=308&layout=default>

18. Galvin JE, Sadowsky CH. Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia. *J Am Board Fam Med.* 2012 May-Jun;25(3):375
19. Hälsö- och sjukvårdsprogrammet för Demenssjukdomar i region skåne. 2005:22
20. Iliffe S, Koch T, Jain P, Lefford F, Wilcock J, Wong G, Warner A. Developing an educational intervention on dementia diagnosis and management in primary care for the EVIDEM-ED trial. *Trials* 2012 13:142.
21. Dagens medicin Nr 47/13 onsdag 20 november 2013.
22. Ólafsdóttir M, Marcusson J. Distriktsläkarens uppgift i familjemedicinskt perspektiv. Kompetens kring demens bör byggas upp. *Läkartidningen* 1997;94:957-960.
23. SveDem. Mallar. Available from: <http://www.ucr.uu.se/svedem/index.php/verktyg/mallar>