

# Demensvård i Primärvård

## Anders Wimo

Adjungerad professor i geriatrisk allmänmedicin, Alzheimer's Disease Research Center, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet, Stockholm OCH Familjeläkare, Hälsocentralen i Harmånger, Primärvården Hälsingland, Gävleborgs läns landsting.

Kontaktuppgifter:

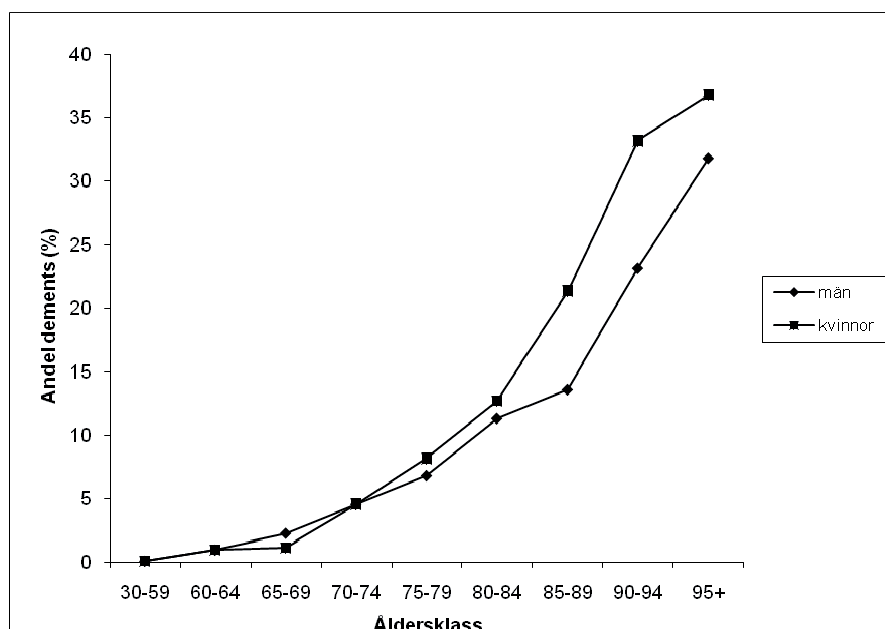
Anders.Wimo@ki.se

Anders Wimo, HC Harmånger, Backvägen 3, 820 75 Harmånger

1970 fanns det ca 70 000 personer med demenssjukdom i Sverige. Idag, 2008 har antalet ökat till ca 150 000.

Jag minns hur situationen var inom sjukvården i slutet på 70 talet och i början av 80 talet, när den kraftiga ökningen av dementa började (som en följd av att antalet äldre personer ökade kraftigt, eftersom prevalensen av demens ökar med stigande ålder,

se figur 1). Dementa fanns "överallt". De irrade omkring på sjukhusavdelningar och påträffades i centralhallen på sjukhuset. De klassades som "klinikfärdiga" men det fanns ingensans att placera dem. Den offentliga vården var inte alls förberedd på den situationen. Det fanns inga gruppboenden för dementa, det skrevs vårdintyg för placering i psykiatri och jag



Figur 1. Prevalens av demenssjukdomar i olika åldersklasser.

minns att på Sidsjöns sjukhus delade flera dementa på utrymme i dagrummet då det inte fanns några platser på Långvården! Kunskapen om demenssjukdomar var mycket bristfällig på alla nivåer.

Det bistra uppvaknandet hade dock positiva effekter! Pionjärinsatser gjordes av CG Gottfries, Lars Gustavsson, Barbro Beck-Fries och Bengt Winblad för att sätta demenssjukdomarna på agendan både i debatten och inom forskningen. Omvårdnadsforskning inleddes med Astrid Norberg i främsta ledet. Gruppboenden etablerades och utbildningsinsatser initierades. I och med Ädelreformen fördes ansvaret för långtidsvården över till kommunerna och begreppet Särskilda boendeformer (säbo)dök upp. Reformen är än idag kontroversiell och dess för och nackdelar diskuteras ständigt. Något "Ädelretro" tror jag dock inte på. Även om det finns problem, inte minst beträffande medicinsk säkerhet, så har boendestandarden för äldre i säbo förbättrats påtagligt och det tror jag inte hade skett om verksamheten varit kvar inom den traditionella sjukvården.

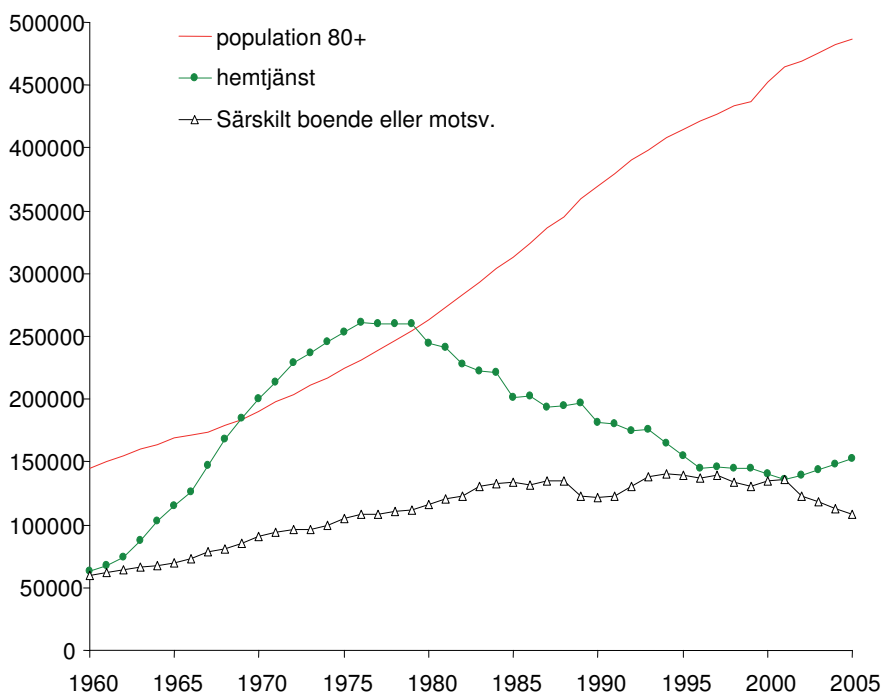
Medvetenheten om demenssjukdomarnas påverkan på den kommunala

verksamheten och sjukvården sammanföll i tiden med tilltagande ekonomiska problem inom den offentliga verksamheten och stora strukturförändringar har skett. Mest påtagligt är minskningen i antalet slutenvårdplatser inom geriatriken även efter Ädelreformen 1992 (tabell 1), men även inom den kommunala verksamheten (hemtjänst och särskilda boenden) har det skett stora förändringar (figur 2). Samtidigt har antalet personer 80 år och äldre ökat kraftigt.

Även om vi även idag i media kan konfronteras med dramatiska larmrapporter om brister i äldre vården i allmänhet och demensvården i synnerhet, så är vård och omsorg om dementa inte ett bortglömt eller dolt problemområde under 2000-talet. Läkemedelsverket presenterade 2002 rekommendationer om behandling av kognitiv störning vid Alzheimers sjukdom. Socialdepartementet gav 2003 ut boken På väg mot en god demensvård. 2006 startade forskningskonsortiet Swedish Brain Power, där demenssjukdomar är en viktig del. Socialstyrelsen presenterade 2007 en rapport om demenssjukdomarnas samhällskostnader. SBU har under 2000-talet drivit ett stort demensprojekt där den fullständiga rapporten i 3 delar publi-

Tabell 1. Förändringar i vårdplatser i slutenvård 1992 – 2006. Källa: Socialstyrelsen

	1992	2002	2006	92-06
<b>Medicin</b>	14106	10449	9747	-31%
<b>Kirurgi</b>	15367	8205	7756	-50%
<b>Geriatrisk</b>	7983	2298	2067	-74%
<b>Psykiatri</b>	11846	4875	4291	-64%
<b>Alla</b>	52584	27735	26540	-54%



Figur 2. Antalet personer med hemtjänst och som bor i särskilt boende (eller motsvarande) i relation till antalet personer 80 år och äldre (Figuren utarbetad av Kristina Larsson, Stiftelsen Äldrecentrum, Stockholm)

cerades 2008. För närvarande arbetar Socialstyrelsen med riktlinjer om demensvård som möjligen kommer att presenteras 2009. Svensk demenscentrum invigdes av HM drottningen Silvia och socialminister Maria Larsson 2007. I skrivande stund presenterar Läkemedelsverket rekommendationer om Behandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom – ”BPSD”. Farmakologisk behandling av Alzheimers sjukdom står också på Läkemedelsförmånsnämndens agenda över kommande projekt.

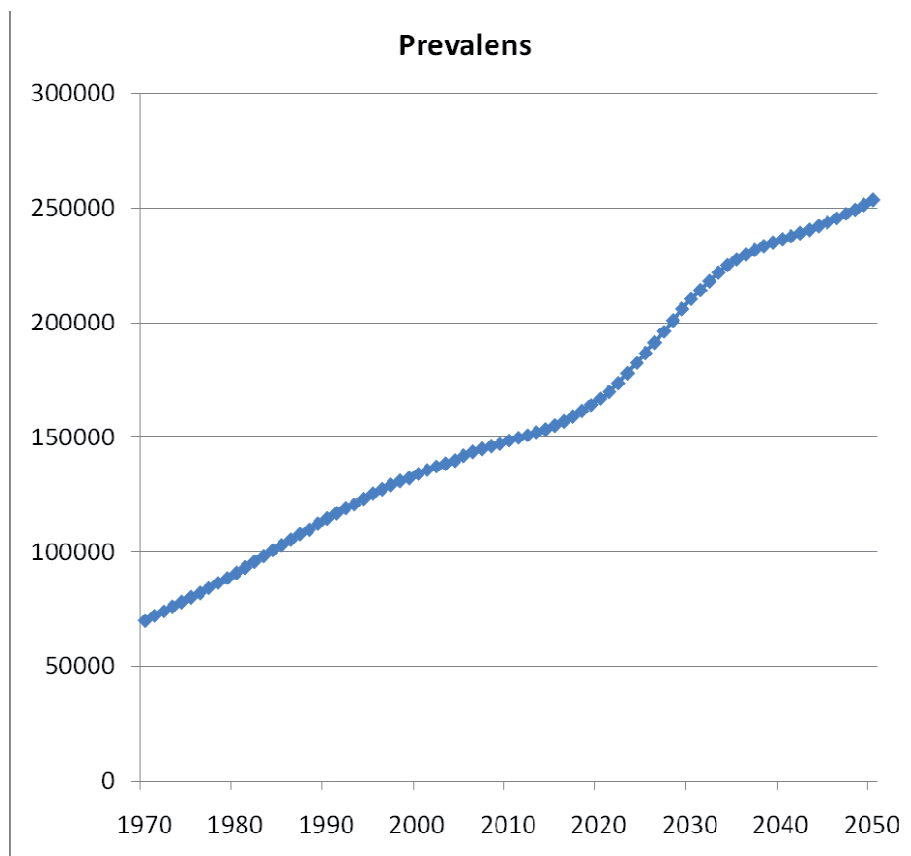
Det förbättrade kunskapsläget och det faktum att vi för närvarande är inne i en något lugnare demografisk situa-

tion än under perioden 1970-2000 då antalet mycket gamla och dementa ökade kraftigt (figur 3) tyder på att situationen borde vara ganska bra.

Men

Efter år 2020, där de stora 40 talskullarna blir 80 åringar och äldre kommer antalet dementa att öka kraftigt om inte dramatiskt framgångsrika behandlingsmetoder kommer till stånd. Vi har således ett drygt decennium på oss att förbereda oss för detta.

Vård och omsorg om dementa är en kostsam verksamhet. De samhälleliga kostnaderna för demensvård har beräknats till ca 50 miljarder kr år 2005



Figur 3. Skattad prevalensutveckling av demenssjukdomar 1970-2050.

(tabell 2). Som synes utgör de kommunala kostnaderna den i särklass största kostnadsposten. Kostnaderna för landstingen är förhållandevis små. Med tanke på den kraftiga ökningen av antalet dementa som förväntas ef-

ter år 2020 står vi inte bara inför stora utmaningar beträffande vård och omsorg om enskilda patienter med demenssjukdom utan även påfrestningar på samhällsekonomin.

Tabell 2. Samhälleliga bruttokostnader för demenssjukdom år 2005. Källa: Wimo-Johansson-Jönsson, Socialstyrelsen, 2007.

SÄBO	33.4	miljarder SEK
Hemtjänst dagvård	9.0	
Informell vård	4.6	
Landsting	2.6	
Produktionsförluster	0.4	
<b>Totalt (brutto)</b>	<b>50</b>	<b>(352 000/dement)</b>
<b>Totalt (netto)</b>	<b>36</b>	<b>(256 000/dement)</b>

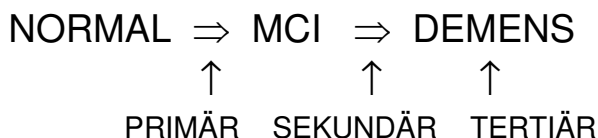
Emellertid finns ändå ju redan nu stora uppgifter för sjukvården i allmänhet och för primärvården i synnerhet för att förbättra kvaliteten i demensvården .

Årligen insjuknar i Sverige ca 25 000 personer i någon form av demens . Med tanke på de olika problem som finns inom de specialiteter som utredder misstänkt demens på specialistnivå (geriatrik, psykiatri, geropsykiatri, neurologi, internmedicin mm) är det uppenbart att primärvården har och även fortsättningsvis kommer att ha ett mycket stort ansvar dels för att utreda misstänkt nyinsjuknande i demens och sedan i det fortsatta omhändertagandet av dementa (och stöd till deras familjer).

En basal demensutredning klarar en allmänläkare. Sjukhistorien hör fortfarande till de viktigaste diagnostiska instrumenten! SBUs genomgång av det vetenskapliga underlaget om demenssjukdomar visade att en strukturerad sjukhistoria är mycket viktig och kombinerat med något enkelt kognitivt test (Mini mentaltest duger bra om det tolkas klokt ), en läkarundersökning, en basal labuppsättning och en CT hjärna utgör detta ett tillförlitligt och ganska billigt första steg. Alla med misstänkt demens kan inte genomgå avancerade neuropsykologiska test, magnetkamera eller PET, lumbalpunktion etc. Det krävs en första linjens sållning (och ibland räcker det med enbart detta) för en kostnads-effektiv demensutredning.

Ibland dyker frågan om screening

av demens upp. Entusiaster nämner möjligheterna till tidigt socialt stöd, läkemedelsbehandling etc. Som jag ser det så är detta I NULÄGET inte alls någon bra idé. Screening kräver sin egen infrastruktur och ser man till de allmänna kraven på screening ( bra billig säker screening metod, möjlighet till botande behandling vid tidig upptäckt etc) så är det uppenbart att det idag inte alls finns något skäl att överväga det. Situationen kan dock förändras, åtminstone beträffande Alzheimers sjukdom. Läkemedelsbehandlingen idag är enbart symptomatisk. Dock pågår flera studier i olika faser av läkemedelsutveckling med en potential att kunna påverka neuronskadan och neurondöden vid Alzheimers sjukdom. Eftersom sjukdomen oftast är långt gången i hjärnan när symptomen dyker upp (många års presymptomatisk fas) så är det självfallet önskvärt att behandla så tidigt som möjligt OM sådan behandling finns. Själva demensbegreppet är också i gungning – många menar att vi skall dra konsekvenserna av detta fullt ut och skrota demensbegreppet. Man har ju Alzheimers sjukdom länge innan man får Alzheimers demens. Demensbegreppet som paraplybegrepp skulle då dels ersättas av de olika sjukdomarna (t ex Alzheimers sjukdom) och dels ett nytt paraplybegrepp, t ex ”kognitiva sjukdomar”. OM läkemedel skulle bli tillgängliga som kan påverka själva neurondöden så kan situationen beträffande diagnostik förändras dramatiskt och då kan det bli aktuellt med utredningar av mycket lindriga kognitiva symptom. Ur ett preventionsperspektiv



## PREVENTION

Figur 4. Preventionsstrategier vid demens. MCI = mild cognitive impairment (eller motsvarande begrepp innan demenskriterier uppfylls).

skulle vi åtminstone flytta oss från tertiärprevention (där vi är idag) till sekundärprevention (figur 4).

Detta skulle göra demensutredningarna svårare (för att diskriminera mot "normalt") och kanske kräva mer avancerade metoder tidigt. Primärvården måste rimligen ändå spela en stor roll i ett sådant scenario. Mass-screening (t ex alla 65 år och äldre) ter sig inte ens då realistiskt, däremot kanske riktad screening (genetiska analyser kan även idag utpeka riskgrupper).

Bristen på specialister som kan göra vidgad demensutredning kommer troligtvis att bestå. Åldersstrukturen bland landets geriatriker är skev och även om specialiteten är stark (och forskningsmässigt världsledande) på universitetsorterna är situationen ut-  
anför dessa mycket allvarlig. Som en god vän till mig sa: "Först var vi en klinik, sedan blev vi en sektion och nu är vi snarast en sekt!" När geriatriken position som en självständig specialitet var hotad för några år sedan föreslog jag att geriatrik skulle kunna bli en grenspecialitet till allmänmedicin (och inte enbart grenspecialitet till internmedicin). Jag fick då inget stöd för

denna tanke från vare sig geriatriker eller allmänläkare. Nu räddades geriatriken den gången men fortfarande är rekryteringen en stort problem. Primärvården kan ensamt inte klara av att utreda de "svåra" misstänkta demenssjukdomarna, vi behöver stöd i att handlägga och behandla svår-  
bemästrade symptom (även kallat BPSD) samt undervisning och handledning. Vi kan i och för sig inte lösa geriatrikens identitetsproblem – skall man vara de äldres allmänläkare med äldrevårdcentralen och liknande (det tycker inte jag) eller spetskompetenta specialister och forskare (det tycker jag) men för de dementa och deras anhöriga liksom för oss allmänläkare är en geriatrik i kris ingen bra situation. I och för sig finns spetskompetens inom andra specialiteter också (det varierar ju, i Skåne och längs västkusten har delar av psykiatri av tradition en stark position inom specialistvården av dementa) men det är nog ändå geriatriken som de flesta allmänläkare ser som demenssjukdomarnas specialitet.

Många dementa bor i särskilt boende (säbo). Den medicinska kvaliteten i säbo har sedan Ädelreformen ständigt

varit under debatt. Läkarinsatserna uttryckt mått som läkarminuter per boende och månad, sjukskötersketätheten, sjuksköterskebemanningen på kvällar-nätter, personaltätheten, kompetensutveckling etc, har diskuterats och ses som indikatorer på bristande medicinska insatser och risker. Användandet av ogynnsamma läkemedel (t ex neuroleptika) vid demenstillstånd är vanligt i såbo, vilket inte minst i skrivande stund lett till en debatt efter en artikelserie i Dagens Nyheter. Här finns det dock hjälpmedel som börjat användas i allt större grad. Läkemedelsgenomgångar och dataprogramstöd för att analysera patienters läkemedelslistor i förhållande till t ex njurfunktion kan förbättra situationen avsevärt. Dock, det är viktigt att klargöra ansvarsförhållanden. Goda råd utan ansvar, oavsett om det är en apotekare vid en läkemedelsgenomgång eller ett dataprogram som står för det, kan aldrig ta ifrån oss det yttersta ansvaret för våra ordinationer.

Det har också nyligen startats ett kvalitetsregister kring demens (Svedem). Registret är under uppbyggnad och idag de flesta anslutna enheterna specialister. Antalet primärvårdsenheter är få men det är önskvärt att primärvårdens deltagande ökar.

Primärprevention har man knappast förknippat med demenssjukdomar. Möjligen har det i medvetandet haft relevans för Vaskulära demenser. Det som dock hör till det mest spännande nu inom demensområdet är två fenomen som bägge hör hemma inom det primärpreventiva området. Bägge

dessa fenomen bygger i huvudsak på data från longitudinella populationsstudier och viss försiktighet i tolkningarna rekommenderas därför. Hönan eller ägget ?

Det ena fenomenet handlar om livsstilsfaktorer. Fysisk motion, intellektuell aktivitet, sociala nätverk, utbildning etc tycks ha ett samband med förekomst av demenssjukdomar. Det andra fenomenet handlar mer om etablerade och kända riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom (högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes etc) är i populationsstudier inte bara riskfaktorer för hjärt kärlsjukdom och vaskulär demens utan även för Alzheimers sjukdom. Om bägge dessa fenomen står sig (jag är skeptisk utifrån hönan eller ägget perspektivet åtminstone till livsstilsfenomenet) öppnar sig ju primärpreventiva möjligheter där primärvårdens roll verkligen blir aktuell!

Annars, innan primär och sekundärprevention blir aktuellt, så har primärvården ändå en mycket vikt stor roll inom demensvården. Vi känner patienten och hela familjen sedan förr, dvs innan demensfrågeställningen dyker upp. Vi har närhet till patienten, familjer och kommunala verksamheter. Vi kan följa och finnas till hands under hela förloppet. Primärvården är alltså inte en andrahandslösning pga brist på specialister utan vi utgör det självklara och positiva första linjens alternativ.