

Geriatrisk i praktik

Geriatrisk grundkurs/uppdatering/repetition

Alexander Selin

Specialistläkare i allmänmedicin, Geriatriska kliniken



Organisation

- Akutsjukvård
 - Geriatrik och medicinsk rehabilitering
 - Minnesmottagning
 - Akut geriatrik (14 vårdplatser)
 - Geriatrikavdelning (geriatrisk rehab) (7 vårdplatser)
 - Rehabilitering i öppenvård (inom denna också körförmågebedömningar av patienter med nyupptäckta hjärnskador, tex stroke)

Vem hamnar på akutgeriatrisk avdelning?

- Generellt: >75åå utan uppenbar diagnos som kräver omhändertagande på annan specialistklinik
- Geriatrisk riskprofil: 3 eller fler av
 - Fem eller fler läkemedel
 - Ensamboende eller ingen tillgänglig anhörigvårdare
 - Svårigheter att gå eller förflytta sig/har nyligen fallit
 - Varit inlagd på sjukhus de senaste tre månaderna
 - Kognitiv svikt (konfusion/förvirring, kognitiv sjukdom/demens)
- Alltså: våra mest sköra äldre

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

- Holistiskt arbetssätt med stor vikt på teamets bedömning
- Minskad risk för återinläggning
- Fler patienter med bibehållen ADL-funktion
- Fler patienter kvar i eget boende

Disposition

- Äldre och läkemedel
- Samtal vid svår sjukdom
- Kort om körförmågebedömningar
- Patientfall

Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre (Soc 2019)

- 35 000 sjukhusinläggningar/år beror på läkemedelsrelaterade problem (5-30%, olika undersökningar)
- 8-22% av patienter i primärvård har läkemedelsbiverkan
- 4 gånger högre risk för äldre att drabbas av biverkan som kräver sjukhusvård
- Uppemot 50% av akutbesök och inläggningar skulle kunna undvikas?

Läkemedelsbiverkningar som orsak till sjukhusvård

Symtom/tillstånd	Läkemedelsgrupp
Fall	Psykofarmaka, opioider, antiepileptika, diuretika
Blödning (inkl hjärnblödning)	Antikoagulantia, NSAID, kortison, antidepressiva
Hypotoni/ortostatism	Hjärt-kärläkemedel, antidepressiva
Saltrubbningar	Antidepressiva, urindrivande, ARB, ACE
Hjärta	Betablockad, digoxin, antidepressiva, NSAID
Konfusion, medvetandesänkning	Opioider, psykofarmaka, antiepileptika, antikolinergika
Njursvikt	NSAID, ACE, ARB
Hypoglykemi	Perorala antidiabetika, insulin
Magtarmbesvär	Opioider, NSAID, Digoxin, antibakteriella medel

Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre

- Rekommendation från Socialstyrelsen, första utgåva 2004, senaste revidering 2017

Läkemedel som bör undvikas (om inte särskilda skäl föreligger)

- Långverkande bensodiazepiner (diazepam, nitrazepam, flunitrazepam)
- Tramadol (Tradolan)
- Propiomazin (Propavan)
- Kodein (Citodon, Panokod, Treo Comp)
- Läkemedel med betydande antikolinerg effekt

Den antikolinerga effekten kan, hos framför allt äldre, leda till

- Trötthet
- Förvirring (konfusion, delirium), kognitiv nedsättning
- Yrsel
- Fall
- Muntorrhet
- Förstoppning
- Urinretention, urininkontinens
- Takykardi
- Torra ögon
- Akut glaukom hos riskpatienter
- Torr hud
- Sämre ADL-funktion
- Sämre livskvalitet

Läkemedelsgrupp	Substans	Preparatexempel
Medel vid funktionella tarmsymtom	glykopyrron	Robinul
	hyoscyamin	Egazil
Antiemetika	hyoscin	Scopoderm
Medel mot överaktiv blåsa	tolterodin	Detrusitol
	solifenacin	Vesicare
Muskelavslappnande medel	orfenadrin	Norflex, Norgesic
Opioider i kombination med spasmolytika		Ketogan supp
Medel vid parkinsonism	biperiden	Akineton
Vissa antipsykotiska läkemedel	klozapin	Leponex
	perfenazin	Trilafon
	olanzapin	Zyprexa
Vissa lugnande medel	hydroxicin	Atarax
Antidepressiva, icke selektiva monoaminåterupptagshämmare	klomipramin	Anafranil
	amitriptylin	Saroten
Antihistaminer (1a generationen)	alimemazin	Alimemazin
	prometazin	Lergigan

ÄLDRE OCH LÄKEMEDEL

Tänkvärt och tänk efter!

Läkemedel/läkemedelsgrupper som hos äldre innebär ökad risk för biverkningar. Beakta alltid njurfunktion (eGFR).

Läkemedelsgrupp/substans	Kommentar
Protonpumpshämmare	Risk för utsättningssymtom. Trappa ned dos över minst en månad. För profylaktisk PPI-terapi se Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre.
ASA	Klart ökad blödningsrisk. Indikationen bör omvärderas med jämna mellanrum.
Digoxin	Endast som tillägg för frekvensreglering hos patienter med förmaksflimmer. Smal terapeutisk bredd. OBS! Njurfunktion. Mät s-digoxin.
Loopdiuretika	Risk för dehydrering. Överväg dosminskning alt. dosering vid behov.
COX-hämmare	Se nästa uppslag
Gabapentin	Starta med 100 mg/dag, upptrappning till 100 mg x 3 → utvärdera. OBS! Njurfunktion.
Neuroleptika (Antipsykotika)	Endast vid behandlingskrävande psykotiska tillstånd. Omvärdera indikation efter 2–3 veckor. Dosminska eller sätt ut? Maxdos: haloperidol 2 mg/dygn och risperidon 1,5 mg/dygn. Risk för extrapyramidala symtom, kognitiva störningar, sedering, ortostatism, fall. Ökad mortalitet hos demenssjuka.
Oxazepam	Dosberoende risk för ökat fall och trötthet. Olämpligt i dos > 30 mg.
SSRI	Risk för utsättningssymtom. Om möjligt trappa ned dos över några månader.
Citalopram > 20 mg/d eller Escitalopram > 10 mg/d	Risk för QTc-förlängning och arytmier.

Läkemedelsbehandling av de MEST SJUKA OCH SKÖRA ÄLDRE

BEHANDLINGSREKOMMENDATIONER 2022-2023

ÄVEN SOM
APP



Läkemedel
Gävleborg



GULDPILLRET

*Belönad med Dagens Medicins
utmärkelse Guldpillret 2014*

Regional Samverkansgrupp Läkemedel i Uppsala-Örebro
Sjukvårdsregion samt Läkemedelskommittéerna
i Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköpings Län, Region Kalmar Län,
Region Kronoberg och Region Västernorrland

Biverkningsöversikt					
Sök		Rapportera biverkningar			
	Mycket vanliga	Vanliga	Mindre vanliga	Mycket sällsynta	Ingen känd frekvens
Candesartan Krka 32 mg					
Hypertoni, barn					
Andningsorgan	Hosta.	Nasofaryngit.			
Hypertoni, vuxna					
Andningsorgan				Hosta.	
Ezetimib Actavis 10 mg					
Ezetimib givet ensamt eller tillsammans med en statin					
Andningsorgan			Hosta.		Dyspné.
Rosuvastatin Krka d.d. 40 mg					
Generell					
Andningsorgan					Hosta, dyspné.

Smärtlindring

- Inget nytt
- Som hos alla pat: tänk smärtmekanism
- Allmän omsorg, massage, röreseaktivering...
- OBS! Alvedon 1x3 rimlig maxdos hos äldre
- OM opioid allmängiltiga: Begränsad behandlingstid, tänk biverkningar, förstoppning, profylax

Smärtlindringsalgoritm

ÄLDRE OCH NOCICEPTIV SMÄRTA

Beakta alltid njurfunktion (eGFR)

Viktigt bedöma smärtmekanism: nociceptiv, neuropatisk eller nociplastisk. Smärtskattning viktig för uppföljning av behandling. Smärtskattningsinstrument t ex VAS och vid kognitiv svikt SÖS-stickan eller "Abbey pain scale".

Icke-farmakologisk behandling

Läkemedelsbehandling: 1:a hand

Läkemedelsgrupp/substans	Preparat/Dos	Kommentar
paracetamol	Maxdos 3 g/dygn	I första hand vid all nociceptiv smärta
COX-hämmare (NSAID inkl. COX-2-hämmare)	Välj kortverkande preparat dvs naproxen eller ibuprofen	Riskläkemedel för äldre Endast vid inflammatoriska tillstånd Endast som kort kur (1–2 veckor) och halva "normaldosen" Stor försiktighet vid hjärtsvikt el. nedsatt njurfunktion Kontraindicerat vid eGFR < 30 ml/min

Läkemedelsbehandling: Tilläggsbehandling vid otillräcklig effekt vid framför allt malign smärta eller smärta i livets slutskede

Evidens saknas för att opioider har bra effekt på långvarig icke-malign smärta och de kan dessutom orsaka allvarliga biverkningar.

- Vid behov av tillägg till paracetamol gå direkt till opioider.
- Planera (om relevant) behandlingstid/utsättningsdatum och uppföljning.

Läkemedelsgrupp/substans	Preparat/Dos	Kommentar
oxikodon	Startdos 5 mg x 2	Även om eGFR < 30 ml/min. Finns som oral lösning. OBS! Ekvipotens 2:1 mot morfin
morfin	Startdos 5-10 mg x 2	Ej om eGFR < 60 ml/min
buprenorfin	Depotplåster Startdos 5 mikrogram/tim	Vid sväljsvårigheter Ej njurfunktionsberoende
fentanyl*	Depotplåster Startdos 12 mikrogram/tim	Vid sväljsvårigheter Ej njurfunktionsberoende

Tramadol och kodein ska EJ användas till äldre – Riskläkemedel!

Samtliga opioider bör kombineras med läkemedel mot förstoppning och eventuellt illamående

Förstoppning: Forlax, Omnilax eller Laktulos. Ej bulkmedel t ex Vi-Siblin, Inolaxol.

Illamående: Postafen 

Smärtlindringsalgoritm

ÄLDRE OCH NEUROPATISK SMÄRTA

Beakta alltid njurfunktion (eGFR)

Viktigt bedöma smärtmekanism: nociceptiv, neuropatisk eller nociplastisk. Smärtskattning viktig för uppföljning av behandling. Smärtskattningsinstrument t ex VAS och vid kognitiv svikt SÖS-stickan eller "Abbey pain scale".

Läkemedelsgrupp/substans	Preparat/Dos	Kommentar
1:a hand		
gabapentin	startdos 100 mg till natten, upptrappning till 100 mg x 3 → utvärdera	OBS! Njurfunktion Ej vid eGFR < 30 ml/min Risk för förvirring vid högre doser eller vid snabb upptrappning
amitriptylin	startdos 10 mg till natten	Kan användas trots att det är riskläkemedel för äldre Maxdos 30 mg/dygn
duloxetin	startdos 30 mg x 1	Ej antikolinerg bieffekt Ej vid eGFR < 30 ml/min

2:a hand

Evidens saknas för att opioider har bra effekt på långvarig icke-malign smärta och de kan dessutom orsaka allvarliga biverkningar.

REKOMMENDATIONER FÖR FYSISK AKTIVITET FÖR ÄLDRE

- Regelbunden fysisk aktivitet under veckans alla dagar, sträva efter att nå 7 000–10 000 steg per dag
- Begränsa långa perioder av stillasittande
- Pulshöjande fysisk aktivitet 150-300 minuter per vecka
- Balansträning tre dagar i veckan + fallprevention
- Tänk på att rörelse kan vara den bästa smärtlindringen

Hjärt/njursvikt

- SGLT-2-hämmare: indikation både vid hjärtsvikt och njursvikt.
- Hjärtsvikt: HFpEF/HFrEF. Behandling utifrån typ.
- Njursvikt: behandla riskfaktorer (HT, Diabetes)
- Obs! Omvärdera njurfunktion.

Nya Alzheimersläkemedel?

- Lekanemab
- Antikropp som minskar bildning och eliminering av befintliga plaque vid Alzheimer
- Minskad/långsammare kognitiv försämring vid testning
- Men:
 - **Klinisk** signifikant förbättring oklar
 - Risk för biverkningar i form av hjärnsvullnad och hjärnblödning
 - Dyr och tidskrävande (oklart kostnad-nyttaförhållande)

Samtal vid svår sjukdom

- ”Tidigt brytpunktssamtal”
 - Vad gör vi om ...
 - Vad vill patienten om ...
- Vårdförlopp palliativ vård – nationellt vårdförlopp sedan juni 2022
 - Inkluderar ”patienter med en eller flera livshotande sjukdomar, det vill säga att sjukdomen/sjukdomarna kan leda till döden inom veckor, månader eller år”
 - En del i vårdförloppet är att ha samtal med pat kring sjukdomen, informera och fånga upp patientens önskemål och behov

Körförmågebedömning?

Kognitiv screening som del i bedömning av körförmåga

- MMSE
- MoCa
- TMT A+B
- AQT

MoCa

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

Svensk version / Swedish version

NAMN :

Utbildning :

Födelsedatum :

Kön :

DATUM:

VISUOSPATIAL / EXEKUTIV

Rita av kuben

Rita en KLOCKA (tio över elva) (tre poäng)

Poäng

Gränsvärden för MoCA-poäng

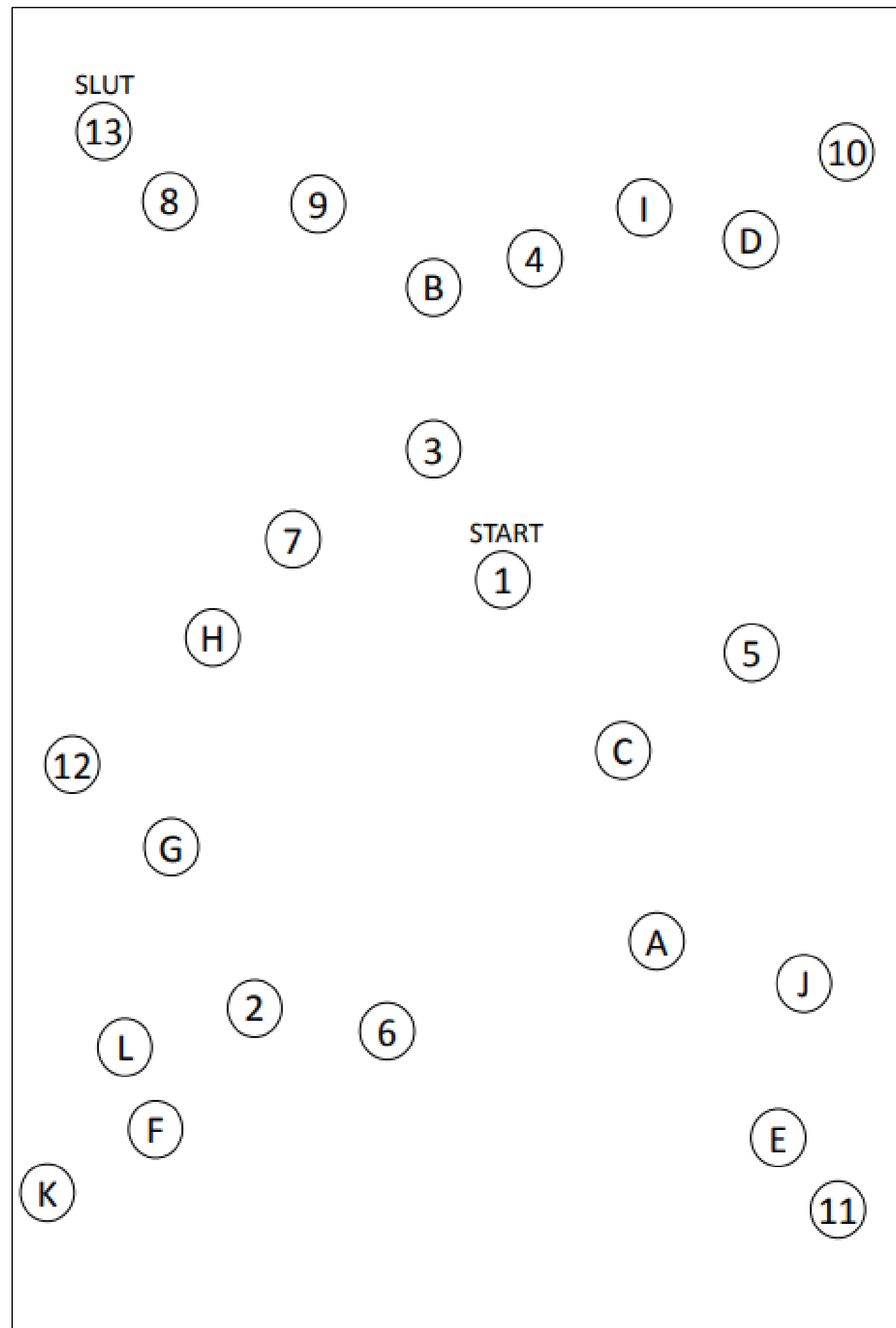
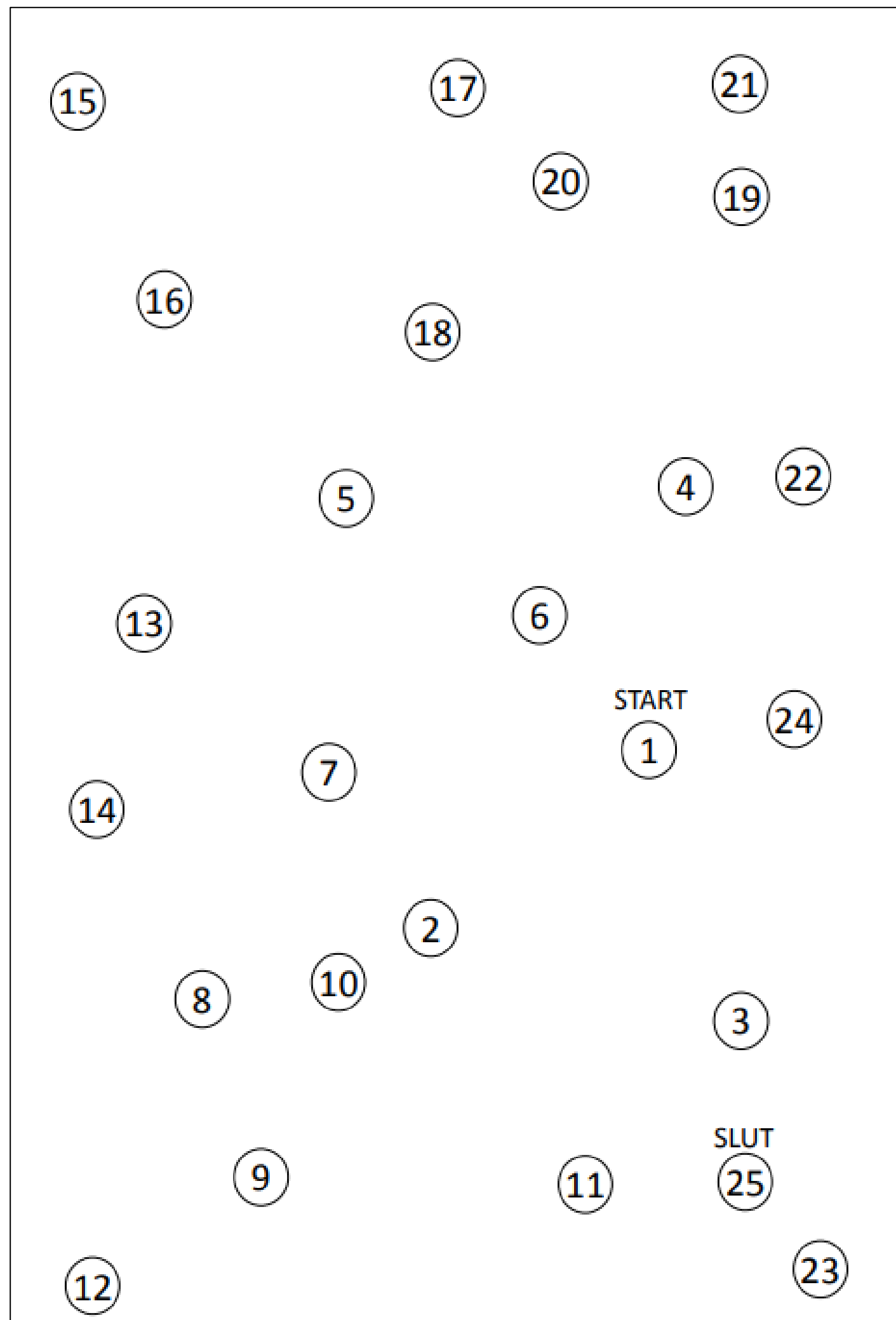
Åldersgrupp	Grundskoleutbildning	Gymnasieutbildning	Högskole-/ universitetsutbildning
65-75 (n=534)	≤24	≤25	≤25
	≤21	≤23	≤24
70-80 (n=442)	≤23	≤24	≤25
	≤21	≤22	≤23
75-85 (n=265)	≤22	≤23	≤25
	≤20	≤21	≤23

Gula rutor anger MoCA-poäng -1 SD och röda -2 SD under medelvärdet i kontrollpopulationen

* Överlappande åldersgrupper har använts för mer tillförlitliga data. I praktiken ska man använda sig av den åldersgrupp i vilken patientens ålder är närmst mittvärdet (70, 75 respektive 80).

FÖRDRÖJD ÅTERGIVNING	Måste komma ihåg orden utan hjälp	STOL []	PLÅNBOK []	TÅNG []	MUNSPEL []	SAX []	Poäng endast för korrekta svar utan hjälp.	___/5	
Valfritt	Hjälp med kategori Hjälp med alternativ								
ORIENTERING	[] Datum	[] Månad	[] År	[] Dag	[] Plats	[] Ort		___/6	
© Z.Nasreddine MD Version 7.0 Svensk översättning: Thomas Lindén MD							www.mocatest.org	Normal ≥ 26 / 30	TOTAL ___/30 Lägg till 1p om max 12 års utbildning

TMT A+B



TMT A+B

- Del A: psykomotorisk hastighet (hastighet i tanken, avsökning och motorisk hastighet)
- Del B: psykomotorisk hastighet + mental flexibilitet (strategibyte mellan siffror och bokstäver)

AQT

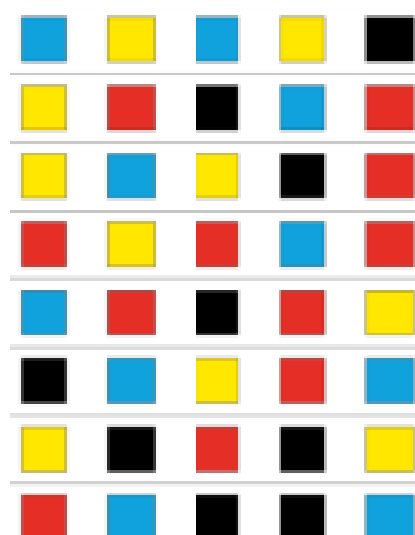


AQT

Namn: _____

Personnr: _____

Datum: _____

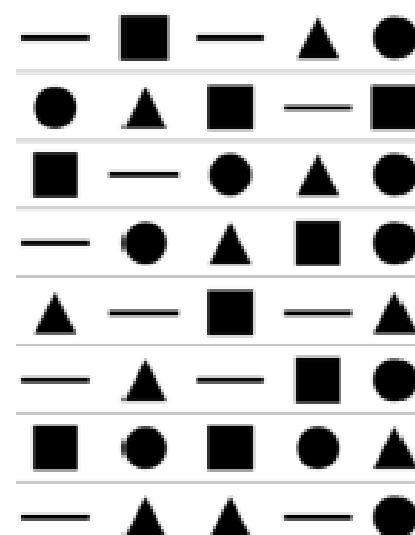


Del 1: Färg

Antal sekunder: _____

Antal fel: _____

Kommentarer: _____

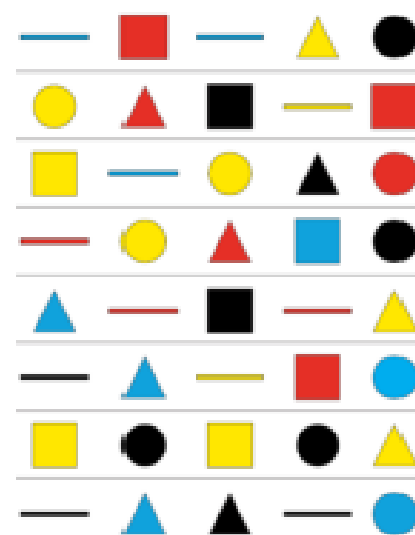


Del 2: Form

Antal sekunder: _____

Antal fel: _____

Kommentarer: _____



Del 3: Färg & Form

Antal sekunder: _____

Antal fel: _____

Kommentarer: _____

AQT

- Del 1+2: testar uppmärksamhet (occipitala+temporala funktioner)
- Del 3: även exekutiv förmåga (parietala funktioner)

Svårt uppdrag även för oss

- Förändrings- och förbättringsarbete pågår
- Kalibrerar oss mot övriga landet
- Tar hjälp av Trafikmedicinskt Centrum Huddinge (tillhör Karolinska Sjukhuset) vb

Transportstyrelsen gör bedömning och tar beslut!

- Är du osäker – skicka det underlag du har till Transportstyrelsen!
- De är både bedömande och beslutsfattande organ.



Läkares anmälan

enligt 10 kap. 5 § körkortslagen (1998:488) och 3 kap. 5 § taxitrafiklagen (2012:211)
om medicinsk olämplighet att inneha körkort, körkortstillstånd, traktorkort eller
taxiförarlegitimation



90200031

Identiteten är styrkt genom:		(läsämndnr)
<input type="checkbox"/> ID-kort*	<input type="checkbox"/> Företagskort eller tjänstekort**	
<input type="checkbox"/> Svenskt körkort	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom	
<input type="checkbox"/> Försäkrat enligt 18 kap. 4 §***	<input type="checkbox"/> Pass****	
Asterisk-förklaringar på sid 2		Personnr: Namn: Adress:

 Anmälan om olämplighet

Om en läkare vid undersökning av en person finner att personen av medicinska skäl är olämplig att ha körkort, körkortstillstånd, traktorkort eller taxiförarlegitimation, ska läkaren anmäla det till Transportstyrelsen. Innan anmälan görs ska läkaren underrätta personen.

eller

 Anmälan om sannolikt olämplighet

Om en läkare vid undersökning eller genomgång av journalhandlingar finner det sannolikt att personen av medicinska skäl är olämplig att ha körkort, körkortstillstånd, traktorkort eller taxiförarlegitimation och personen motsätter sig fortsatt undersökning eller utredning, ska läkaren anmäla förhållandet till Transportstyrelsen. Personen som anmälan avser behöver inte underrättas innan anmälan görs.

Medicinska förhållanden som utgör grund för anmälan (ange Lex. diagnos och funktionsnedsättning)

Senaste undersökningsdatum: _____

Läs mer om gällande bestämmelser i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. på www.transportstyrelsen.se.

På grunder som anges ovan bedömer jag att personen är olämplig/sannolikt olämplig att ha

- Alla behörigheter inkl. körkortstillstånd, traktorkort och taxiförarlegitimation, eller
 AM, A1, A2, A, B, BE, traktorkort, eller
 C1, C1E, C, CE D1, D1E, D, DE Taxiförarlegitimation

AM = moped klass I, A1 = lätt motorcykel,
A2 = mellanstor motorcykel, A = motorcykel,
B = personbil och lätt lastbil,
C1 = medeltung lastbil, C = tung lastbil,
D1 = mellanstor buss, D = buss,
E = tungt släpfordon

Ort och datum

Adress

Telefon

Information om Transportstyrelsens beslut önskas.

Anmälan skickas till Transportstyrelsen, 701 97 Örebro

Läkarens underskrift

Namnförtydligande

Specialistkompetens

Patientfall

Agneta 101 år

- Inkommit akutmottagning pga ”nedsatt allmäntillstånd”, äter sämre.
- HFpEF, hypertoni, yrsel. Bor hemma, hemtjänst, sköter personlig ADL själv. Ingen kognitiv sjukdom.
- Läggs in på geriatrisk avdelning för utredning och ev behov översyn kommunala insatser
- Inga smärtor, minskad aptit över tid, inga infektionstecken.
- Hb 109, eGFR 39, ALP 2,4

Agneta 101 år

- Dagen efter inskrivning: framkommer att inget akut inträffat
- Hemtjänstpersonal blivit orolig då pat knappt ätit från sina matlådor på några dagar
- Journalgenomgång: haft diskussion med familjeläkare, nöjd med livet och tillvaron. Införstådd med att livet inte är för evigt och önskar inga utredningar trots blod i avföring och buksmärtor ibland. Vill vara hemma.
- Överenskommer att pat får åka hem igen med oförändrade insatser.

Josefine 82

- Demens.
- SÄBO, stökigt på nätterna. Synhallucinationer.
- Sköterska ringer, upplösningstillstånd. "Vi kan inte ha det så här". Pat stressad och orolig. Stör andra boende.
- Vad gör vi?

Josefine 82

- Omvårdnadsåtgärder hjälper inte
- Äter/dricker/kissar/bajsar ua.
- Läkemedel:
 - Alvedon 1x3
 - Melatonin tn ("hjälp ej")
 - Mirtazapin 15mg
 - Lerkanidipin 10mg
 - Heminevrin 300mg tn ("hjälp ej, trots dubblad dos")

Josefine 82

- Mitt i mottagning...
- Provar haldol succesiv ökning 0,5-1-2mg (hjälpte ej, dosökning med 1-2 dagars mellanrum)
- Mer stel, medvetandesänkt, tachykard, feber.
- Avlider efter ytterligare 2 dygn

- Malignt neuroleptikasyndrom?

Josefine 82

- Lewy Body-demens??
- Utremitterad från Geriatriken när pat skrevs in på SÄBO.
- Avslutat symptomlindrande behandling med rivastigmin.

- OM LDB: hellre tex Quetiapin (Start low, go slow – ofta känliga för läkemedel överlag)
- Äldrepsykiatrikonsult? Geriatrikkonsult?

Jonny – 79 år

- Besök på Geriatrikmottagningen -19.
- Möjligen symtomdebut -14 när pats fru avlidit men ej ihållande symtomförsämring då utan snarare varierande minnesnedsättning.
- Senaste året försämring med svårigheter att lära sig nya saker, nedsatt närminne, glömmer saker som sagts, mer minnesanteckningar, allt svårare med räkningar och sonen gör detta nu.
- Ingen känd ärftlighet för demens.

Undersökningsfynd

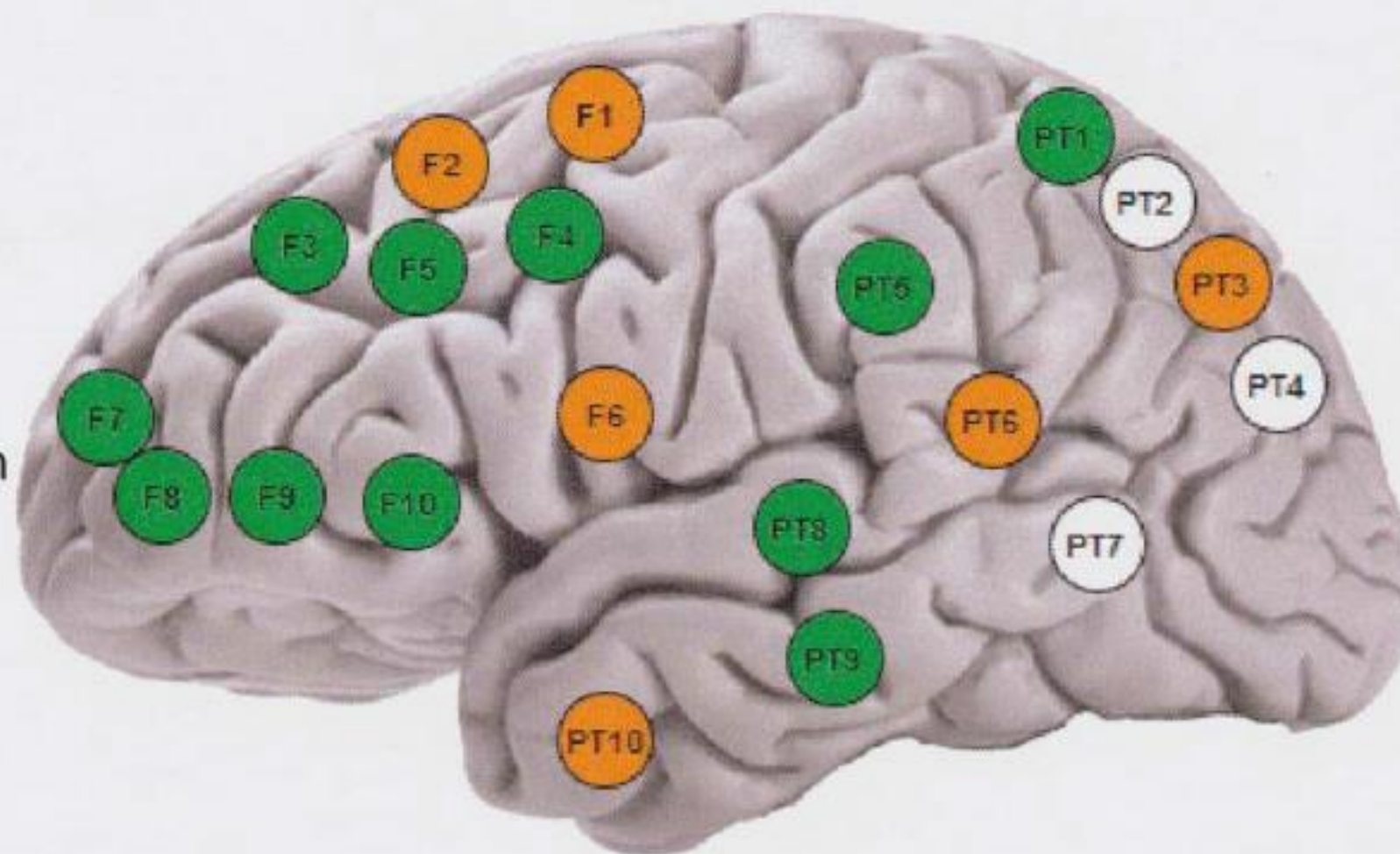
- Status: Inga neurologiska fynd som kan tala för Parkinson plus eller annan orsak bakom kognitiva svårigheter.
- MMSE 2015 26/30. 2018 22/30. Nu 20/30 (5/10 på orientering, 3/5 på uppmärksamhet, 0/3 fördröjd återgivning)
- Klocktest – Väl placerade siffror och planering av uppgift, placerar timvisaren lite innan 11.
- GDS20 0 poäng.

Regional Dysfunktionsprofil

Frontal

F1	Initiativ
F2	Planering
F3	Omdöme
F4	Insikt
F5	Emotionell Variation
F6	Språkvariation
F7	Humor
F8	Logik
F9	Beteende
F10	Aptitkontroll

Σ: 3 P



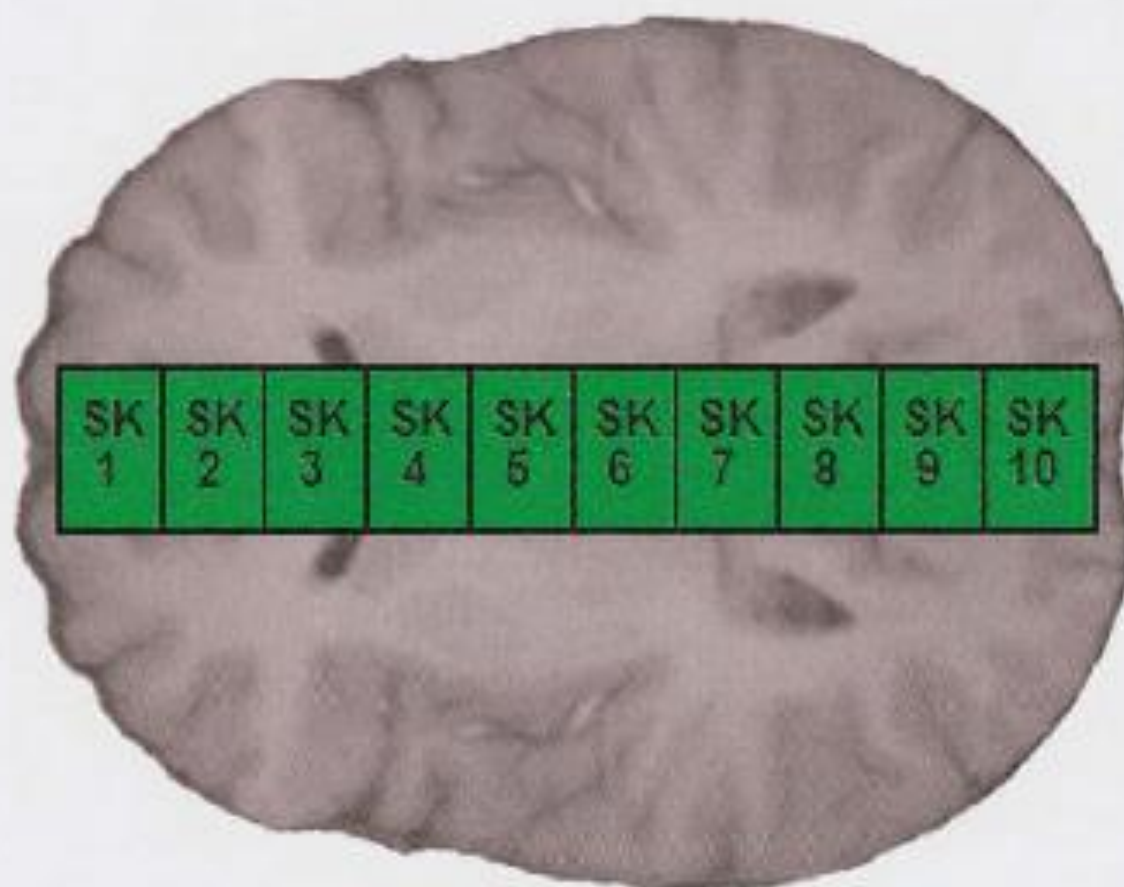
Parietal / Temporal

PT1	Praktisk förmåga
PT2	Konstruktion
PT3	Rumsorientering
PT4	Formsinne
PT5	Kroppsuppfattning
PT6	Räkneförmåga
PT7	Skrivförmåga
PT8	Språkförståelse
PT9	Igenkänningsförmåga
PT10	Benämningsförmåga

Σ: 3 P

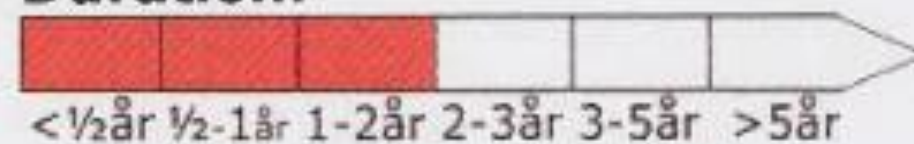
Subkortikal

SK1	Tanketempo
SK2	Reaktionsförmåga
SK3	Rörelsetempo
SK4	Muskeltonus
SK5	Gångmönster
SK6	Balans
SK7	Finmotorik
SK8	Mimik
SK9	Taltydlighet
SK10	Blåskontroll



Σ: 0 P

Duration:



Förlopp:



Förklaringar **Röd** Ja, uttalat / ofta = 2p
Orange Ja, något / ibland = 1p

Grön Nej = 0p
Ofärgad Vet inte / kan inte bedömma = 0p

Associerade Symtom

AS1	Stresskänslighet
AS2	Depression
AS3	Ångest
AS4	Sömnstörning
AS5	Emotionell Instabilitet
AS6	Aggressivitet
AS7	Vanföreställningar
AS8	Hallucinationer
AS9	Förvirringsepisoder
AS10	Frånvaroattacker

Σ: 3 P

Minne

M1	Närminne 1
M2	Närminne 2
M3	Planeringsminne 1
M4	Planeringsminne 2
M5	Fjärrminne
M6	Tidsuppfattning 1
M7	Tidsuppfattning 2

Σ: 10 P

Ytterligare undersökning

- AT funktionsbedömning – Kraftigt nedsatt arbetsminne, bristande uppmärksamhet och nedsatt visuospatial förmåga.
- DT hjärna med MTA grad 1 på vänster sida och grad 2 på höger sida, progress jämfört med 2 år sedan. GCA 1.
- Lumbalpunktion avstods då patientens anamnes, kognitiva nedsättningsprofil och status ej pekade på annan mer ovanlig demenssjukdom.

Alzheimers demenssjukdom - Jonny

- Anamnes med successiv debut och progress. Symtomenkät som visar på tydlig profil som vid Alzheimers sjukdom.
- MMSE med nedsättning främst i närminne och orientering.
- DT hjärna som inte visar uttalad MTA för åldern, men visar inte heller annan genes bakom kognitiv svikt.
- Testning hos arbetsterapeut som visar på kognitiv profil som överensstämmer främst med Alzheimers sjukdom.
- Informeras tillsammans med barnen tydligt om att detta är en progredierande sjukdom med enbart symtomlindrande behandling tillgänglig.

Behandling och plan framåt

- Insatt på Donepezil som symtomlindrande behandling.
- EKG kontrolleras innan pga gränslåg hjärtfrekvens på tidigare EKG.
- Status quo vid kontroll 1 år senare, MMSE sjunkit till 18/30 men funktionsgrad väs oförändrad.
- Pandemi
- Försämrats ytterligare i funktionsgrad och kognitiva förmågor. MMSE 13/30.
- Memantin insätts och kontakt med kommunen etableras tillsammans med anhöriga.
- Hjälpmedel från arbetsterapeut (spisvakt, elektronisk kalender) samt ApoDos uppstartas.
- Remitteras ut till primärvården för fortsatt uppföljning.

Roland – 63 år

- Inremiss från företagshälsovården med frågeställning demens 2019.
- 3-4 års symtom med främst stresskänslighet, uppmärksamhetssvårigheter, tappat tråd i samtal, nedsatt närminne och långsam arbetstakt. Svårt att ta till sig förändring i tidigare inlärd rutiner.
- Debut efter byte av arbetsplats och arbetsuppgifter. Produktionstekniker inom fordon.
- Sköter räkningar och teknik väl på egen hand. Behöver hjälp med att sköta hushållet nu.
- Nu sjukskriven 50%, upplever subjektiv förbättring i besvären och arbetsförmågan.
- Inga liknande besvär tidigare.

Undersökningsfynd

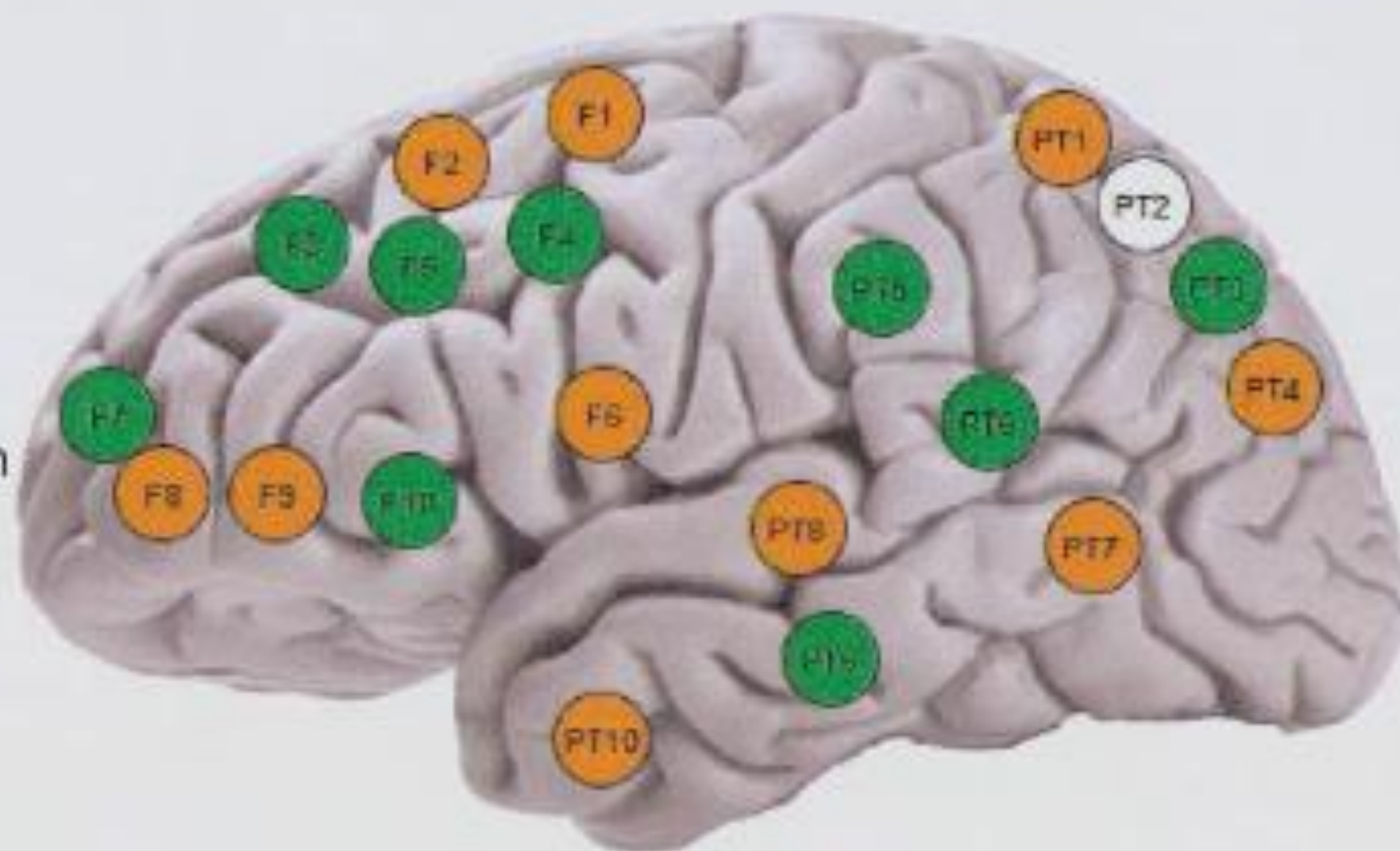
- MMSE 23/30 på FHV. På Ger mott 2 månader efter MMSE 20/30. Orientering 9/10. Uppmärksamhet 1/5. Fördröjd återgivning 0/3. Språkuppgifter 6/8.
- Klocktest – Glömmer instruktionerna flera gånger under utförandet. Placerar visare fel.
- Under samtalet tappar han ofta tråden, uppger att det står "helt stilla i huvudet". Ter sig nervös och orolig.
- MR hjärna utan atrofier eller vitsubstansförändringar.
- Lumbalpunktion normal.
- Funktionsbedömning hos arbetsterapeut (ihopmontering av lådor och pallar): Behöver viss verbal guidning och lite fumlig med händerna men klarar momenten väl.

Regional Dysfunktionsprofil

Frontal

F1	Initiativ
F2	Planering
F3	Omdöme
F4	Insikt
F5	Emotionell Variation
F6	Språkvariation
F7	Humor
F8	Logik
F9	Beteende
F10	Aptitkontroll

Σ: 5 P



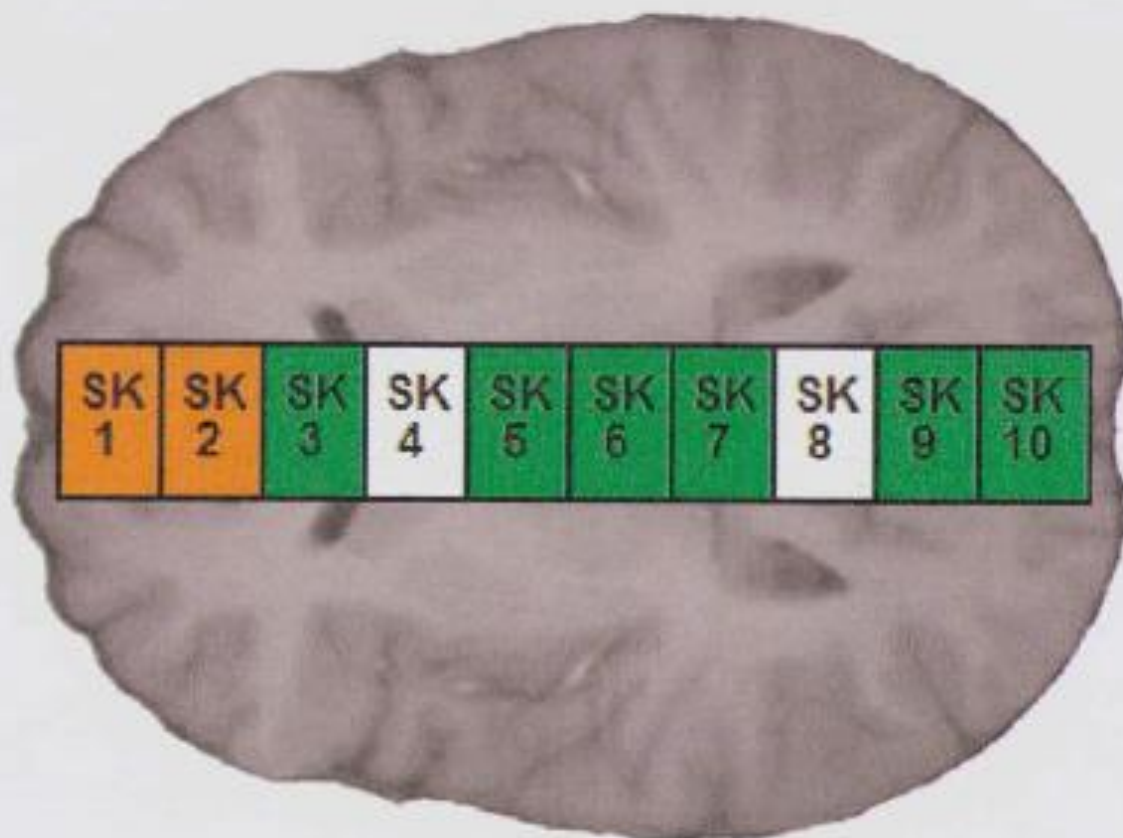
Parietal / Temporal

PT1	Praktisk förmåga
PT2	Konstruktion
PT3	Rumsorientering
PT4	Formsinne
PT5	Kroppsuppfattning
PT6	Räkneförmåga
PT7	Skrivförmåga
PT8	Språkförståelse
PT9	Igenkänningsförmåga
PT10	Benämningsförmåga

Σ: 5 P

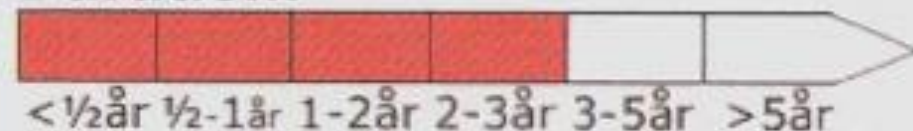
Subkortikal

SK1	Tanketempo
SK2	Reaktionsförmåga
SK3	Rörelsetempo
SK4	Muskeltonus
SK5	Gångmönster
SK6	Balans
SK7	Finmotorik
SK8	Mimik
SK9	Taltydlighet
SK10	Blåskontroll

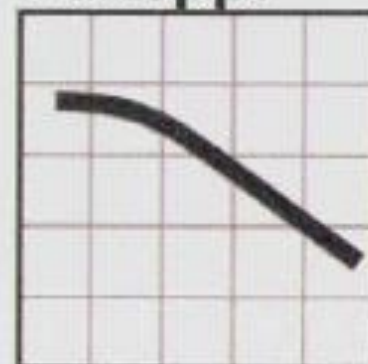


Σ: 2 P

Duration:



Förlopp:



Minne

M1	Närminne 1
M2	Närminne 2
M3	Planeringsminne 1
M4	Planeringsminne 2
M5	Fjärrminne
M6	Tidsuppfattning 1
M7	Tidsuppfattning 2

Σ: 3 P

Associerade Symtom

AS1	Stresskänslighet
AS2	Depression
AS3	Ångest
AS4	Sömnstörning
AS5	Emotionell Instabilitet
AS6	Aggressivitet
AS7	Vanföreställningar
AS8	Hallucinationer
AS9	Förvirringsepisoder
AS10	Frånvaroattacker

Σ: 4 P

Förklaringar

Röd Ja, uttalat / ofta = 2p

Orange Ja, något / ibland = 1p

Grön Nej = 0p

Ofärgad Vet inte / kan inte bedömma = 0p

Rolands diagnos?

- Uppfyllt kriterier för demens utifrån nedsatt funktionsnivå med tanke på att arbetet inte fungerade längre.
- Alzheimers? Atypisk demens? Ospecificerad demens? Ångest? Utmattning?
- Uppfyller dock inte kriteriet att annan orsak bakom kognitiva svikten är utesluten.
- Escitalopram 5mg med upptrappning till 10mg.

3 månader senare

- Nu gått i pension. Motionerar regelbundet, bättre kost. Förbättring upplevs även av anhöriga. Håller tråden i samtal klart bättre. Förbättrats kognitivt, sköter hushållet bättre. Tar Escitalopram enl ordination.

Omtestning 6 månader efter förra testningen

- MMSE 26/30. 2/5 på uppmärksamhet. 2/3 i fördröjd återgivning.
- Klocktest – Mycket säkrare utförande. Kämpar med visare men klarar i övrigt mycket snabbare.

Rolands diagnos?

Lindrig kognitiv störning/mild cognitive impairment (MCI)!

Om oklar genes bakom kognitiv svikt men misstanke finns om psykiskt dåligt mående, prova behandling och följ upp?

Mary 74 år

- Kronisk värk hela kroppen många år
- DM typ 2
- Upprepade lågenergifrakturer
- Vaskulär demens
- KOL
- Njursvikt (GFR 30)
- Depression och ångest
- HFrEF
- Angina
- Förmaksflimmer
- Primär hyperparathyreoidism (lätt förhöjt serumkalcium)
- Sömnstörning

Mary 84 år

- Inneliggande pga multipla lågenergifrakturer
- Hypoglykemier nattetid
- UVI

Mary 74 år

- Pantoprazol 20mg 1x1
- Movicol 1x1
- NovoMix 45+55E
- Divifarm 800IE 1x2
- Eliquiz 2,5mg 1x2
- Behepan 1x1
- Digoxin 0,13mg 1 var 4d
- Furix 40mg 1x1
- Bisoprolol 5mg 2+1,5
- Ovesterin 2/v
- OxyContin 5mg 2x2
- Alvedon 500mg 2x3
- Stilnoct 10mg 1tn
- Venlafaxin 75mg
- Spiriva 2x1
- Rosuvastatin 20mg 1x1
- Glytrin vb
- Oxynorm 5mg vb
- Bricanyl 0,5mg vb
- Prolia?
- ACE/ARB?

INDIKATION? TA BORT? LÄGGA TILL?

Sammanfattning

- Läkemedel: Undvik olämpliga, justera efter njurfunktion.
Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre som referens (pamflett eller app!)
- Planera och dokumentera om samtal kring vad pat vill vid försämring i kronisk sjukdom
- Finns flera verktyg för kognitiv bedömning – skicka till Transportstyrelsen vid osäkerhet!
- Sluta inte göra läkemedelsgenomgångar! 😊