

Demensriktlinjerna ska främst vara ett stöd i utredning och behandling

■ Läste med stort intresse Anders Nordlunds med fleras artikel om de kommande nationella demensriktlinjerna (LT 47/2009, sidan 3182). Allt engagemang och alla nya grepp, såsom »MIN«-projektet, är välkommet inom detta område, då demensvården i stora delar av landet är eftersatt.

Jag vill dock försvara riktlinjernas uppdelning i basal utredning och utvidgad utredning. För mig är denna uppdelning pedagogisk och ett stöd i utredningen. Den basala utredningen är det minimum som måste göras för att man ska kunna kalla det en demensutredning. Det handlar här till stora delar om utslutningsdiagnostik; man utsluter här tumor, normaltryckshydrocefalus, pseudodemens, depression osv. Ofta kan man efter den basala utredningen ställa en klar diagnos, medan den utvidgade utredningen är till för de fall där diagnosen är fortsatt osäker.

Men det är ett tankefel om man med denna uppdelning i basal och utvidgad utredning också menar en uppdelning i primärvård respektive geriatrik (eller geropsykiatri som i Skåne och Västra Götaland). Det finns inget som hindrar att hela utredningen görs i primärvården, både basal och utvidgad. Distriktsläkaren kan lika gärna skicka remiss för neuropsykologtest eller rCBF i förekommande fall som geriatrikern.

Vi har i Kalmar län arbetat i över 10 år efter riktlinjer som i stora delar sammanfaller med Socialstyrelsens förslag. Jag uppskattar att primärvården här klarar över 90 procent av alla utredningar helt självständigt. Geriatriska kliniken demensmottagning behövs förstås men kan ägna sig åt de fall där nyttan är

»... knäckfrågan är hur man ska öppna de närmast vattentäta skotten mellan landsting och kommuner.«

störst och specialistbedömning behövs samt vara litet av en lokal spjutspets.

Vi har också en uppskattad service med LP-mottagning, dvs vi gör bara lumbalpunktionen och tolkar provsvaren medan primärvårdsläkaren håller i utredningen i övrigt, ställer diagnosen och sköter behandlingen. Detta ger en rationell utredningsgång med korta väntetider till geriatriska kliniken; primärvården har kvar ansvaret för patienten, som behåller sin trygghet där.

Kalmarmodellen är känd framför allt för att funktionen demenssköterska finns på varje vårdcentral, och de kan också anlitas av privatläk-

karna. Demenssköterskan är något av spindeln i nätet, sköter kontakterna med kommunen, patient och anhöriga och innebär en oerhörd avlastning för distriktsläkaren, och jag kan bara rekommendera detta för resten av landet.

Men, »låt tusen blommor blomma« heter det ju, och MIN-modellen kan vara en annan framgångsrik väg. Ambitionsnivån verkar vara hög, men att denna modell skulle bli verklighet i större skala över landet verkar för mig mindre realistiskt. Detta främst av resursskäl: i en medelstor svensk stad finns en–två geriatriker som arbetar med demens, och på mindre orter inga alls.

Jag håller helt med om att knäckfrågan är hur man ska öppna de närmast vattentäta skotten mellan landsting och kommuner. Detta gäller ju inte bara demensvården utan äldrevården i stort. Denna fråga har stötts och blötts se-

dan Ädel-reformen infördes i början av 1990-talet, och det är knappast förvånande att Socialstyrelsens arbetsgrupp för demensriktlinjerna inte har någon lösning. Goda exempel finns på att biståndshandläggare från kommunen deltar i demensvårdkedjan, men det löser inte de brister som ofta finns i det medicinska omhändertagandet i demensboenden och sjukhem, brister som åtminstone delvis beror på att vården sköts av två olika huvudmän med olika journalsystem.

Kommunalisering av primärvården har varit ett radikalt förslag som framförts. I vilket fall krävs nog en mera omfattande organisatorisk förändring med beslut på politisk nivå.

Anders Haglund

överläkare,
demensmottagningen,
geriatriska kliniken,
Länssjukhuset i Kalmar
anders.haglund@ltkalmars.se

SOCIALSTYRELSEN:

Demensvården organiseras bäst lokalt

■ Anders Nordlund med flera (LT 47/2009, sidan 3182) har helt rätt i att organisationen spelar en stor roll i vården av och omsorgen om personer med demenssjukdomar, och att samverkan mellan kommuner och landsting är en nyckelfråga.

Det finns emellertid flera skäl till varför Socialstyrelsen inte ger rekommendationer om hur kommuner och landsting ska organisera sig för att uppnå bäst resultat. Socialstyrelsen ger utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet rekommendationer om vad kommuner och landsting bör göra. Men hur vården och

omsorgen ska organiseras är en fråga för landsting och kommuner.

Socialstyrelsen ger därför bara rekommendationer om organisation om det finns ett starkt vetenskapligt underlag som stöd. Något sådant underlag har vi inte kunnat finna inom demensområdet.

Ett annat skäl är att de lokala och regionala förutsättningarna i olika kommuner och olika landsting påverkar hur vården kan och bör organiseras. Det är därför svårt och i vissa fall rent olämpligt att på nationell nivå ge rekommendationer om organisation. Inom den mångfald av

organisatoriska lösningar som utmärker svensk demensvård finns med stor sannolikhet flera goda exempel på organisationer som bidrar till helhetssyn och samverkan.

I övrigt vill vi också passa på att påminna om att det fram till den 30 november 2009 är möjligt att lämna synpunkter på den preliminära versionen av riktlinjerna!

Lena Weilandt
enhetschef

Ulla Höjgård
projektledare;
båda Socialstyrelsen