REPLIK TILL SVARTHOLM OCH BELAND:

Diagnostik av demenssjukdom hos äldre är inte onödig

Robert Svartholm och Markus Beland har i artikeln »Demensriktlinjer under lupp« (LT 43/2009, sidorna 2740-1) kritiserat de föreslagna nationella riktlinjerna för demenssjukdom samt kvalitetsregistret Svenska demensregistret. De menar att äldre även utan en detaljerad demensdiagnos torde ha rätt till »social omsorg, personligt bemötande och värdig ålderdom« samt att demensdiagnoser »jagas« i onödan.

Vi har svårt att förstå varför äldre personer har mindre rätt att få sina sjukdomar diagnostiserade än yngre. Svartholm och Beland skriver: »Måhända är dessa svårt sjuka och utsatta patienter i behov av att redan i förväg ha fått tillgång till en personlig vård och kontinuerlig läkarkontakt med bred kompetens.« Behovet av adekvat diagnostisering av de sjukdomar (ofta flera) man lider av minskar inte när man är »svårt sjuk och utsatt« – snarare tvärtom. Självklart har alla rätt till personligt bemötande, respekt och omsorg oavsett om man har en diagnos eller inte.

Det är lika viktigt att diagnostisera en demenssjukdom som andra sjukdomar. Personer med tecken på långt framskriden demenssjukdom behöver ingen omfattande demensutredning för diagnos, medan utredningen är mer omfattande vid tidiga symtom. Av artikeln ges intrycket att de flesta patienter med demensdiagnos bor i »särskilt boende«.

Det är viktigt att påpeka att en betydande andel av patienter med demenssjukdom befinner sig i tidiga till måttliga stadier av sjukdomen och bor i eget hem. Patienter och anhöriga oroas över symtombilden och söker sjukvården för att få veta vad som är fel. Även om vi i dag inte kan bota demenssjukdomarna gör diagnosen att de många olika symtom som patienten successivt drabbas av får en förklaring och bidrar till ett bättre omhändertagande.

Svensk forskning i allmänmedicin har visat att det viktigaste för patienten är att få veta vad man lider av [1]. Detta gäller även för demenssjukdomar där forskning visat att det är en lättnad för en person och dennes anhöriga att erhålla en demensdiagnos jämfört med att leva i ovisshet om vad den kognitiva svikten beror på [2]. Att få en sjukdom diagnostiserad gör också att terapi, vård och bemötande kan bli mer specifikt inriktade mot sjukdomen, vilket är oerhört viktigt. Vi menar således, tvärtemot Svartholm och Beland, att demensdiagnosen i sig gör att patienten får hjälp av mer adekvat slag.

Svenska demensregistret, SveDem, ‹www.ucr.uu.se/svedem› är ett relativt nystartat kvalitetsregister för att följa diagnostik, vård och behandling av patienter med demensdiagnos, där utredningsinsatser, effekter av läkemedelsbehandling samt stödinsatser över tid kan utvärderas i en mer oselekterad population av patienter med demenssjukdom, något som Svartholm och Beland efterlyser. I SveDem finns i dag ca 6 000 patienter med en demensdiagnos.

Kvalitetsregistren har bidragit till förbättringar i behandlingen av en rad olika tillstånd där en diagnostisering av sjukdomen är en grundförutsättning för förbättringsarbetet. På motsvarande sätt kan SveDem komma att bli ett viktigt verktyg för att förbättra vården av demenssjuka patienter i landet.

Foto: Colourbox

Äldre personer bör ha samma rätt som yngre att få sina sjukdomar diagnostiserade.

För att förbättra vården av patienter med demenssjukdom krävs således en god diagnostik, vilket vi anser att de föreslagna nationella riktlinjerna för demenssjukdomar från Socialstyrelsen kommer att bidra till.

Styrgruppen för SveDem

Maria Eriksdotter Jönhagen
överläkare, docent, geriatriska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge; institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska institutet; registerhållare, Svenska demensregistret ‹www.ucr.uu.se/svedem› maria.eriksdotter.jonhagen@neurotec.ki.se

Ann-Katrin Edlund
leg sjuksköterska, landskoordinator SveDem, geriatriska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Sture Eriksson
överläkare, docent, Geriatriskt centrum vid Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Nicklas Granqvist
överläkare, Närsjukvården Västra Östergötland, Motala

Lena Kilander
överläkare, universitetslektor, geriatriska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Ulla-Britt Mattsson
överläkare, neuropsykiatriska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Anders Nelvig
överläkare, verksamhetschef, geriatriska rehabiliteringskliniken, Länssjukhuset Sundsvall–Härnösand

Katarina Nägga
överläkare, med dr, neuropsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Anders Wimo
familjeläkare, adjungerad professor, Hälsocentralen Harmånger;

Bengt Winblad
professor; båda vid Alzheimer's Disease Research Center, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska institutet

REFERENSER

1. Gisby C. »Viktigast för patienten är att få veta vad man lider av.« Läkartidningen. 2009;106:1880.
2. Robinson P, Ekman SL, Wahlund LO. Unsettled, uncertain and striving to understand: toward an understanding of the situation of persons with suspected dementia. Int J Aging Hum Dev. 1998;47:143-61.

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 uteslutningsdiagnostik; 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 klinikens 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 privatläkarna. 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 sedan 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@ltkalmar.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