

Välkommen till NATIONELLA DEMENS DAGEN 2020

Torsdagen den 12 mars 2020

Bonnier konferens, Stockholm

Moderator

Moa Wibom/Jan Marcusson

Föreläsarnas dokumentation

Moa Wibom , överläkare, Silvialäkare	9
Alexander F Santillo , med dr, psykiatriker	17
Frida Johansson Metso , psykolog	21
Rozita Torkpoor , sjuksköterska, doktorand	25
Elzana Odzakovic , distriktssköterska, med dr	31
Jan Marcusson , överläkare, professor	35

Akademi Forum är ett kunskapsföretag inom medicin och life sciences. Med pedagogiska föreläsningar och seminarier sprider vi kunskap baserad på nya rön och aktuell forskning.

Vårt mål är att förmedla de mest aktuella nyheterna genom ett nära samarbete med de främsta akademiska företrädarna i landet.

Akademi Forum

©Akademiforum, 2020

Bildmaterialet i detta kompendium tillhandahålls av föreläsarna och får användas vidare med adekvat citering till respektive författare. Vi kan av upphovsrättsliga skäl inte distribuera digitala PDF eller Power-Point originalfiler.

Om du är intresserad av enstaka specifika bilder som du vill använda i din egen undervisning rekommenderar vi dig att ta kontakt med respektive föreläsare direkt.

Konferensadministration, utställning
Pia Johansson, mobil 070 5744122
epost pia.johansson@eventman.nu

Program

- 0830-0930 Samling Kaffe Utställningsbesök
- 0930-0935 **Inledning**
Jan Marcusson, överläkare, professor, Minnesmottagningen, Linköping
- 0935-1015 **Unga närstående till personer med kognitiv sjukdom.** Vilka erfarenheter har unga anhöriga till personer med kognitiv sjukdom och hur mår de? Hur kan vi bäst anpassa utredning och den fortsatta vården så att även unga anhöriga, från barn till unga vuxna (5-30 år), får det stöd de behöver?
Moa Wibom, Silvialäkare, specialist i allmänmedicin, överläkare och enhetschef vid Enheten för kognitiv medicin, Ängelholms sjukhus
- 1015-1055 **Frontallobsdemens?** Hur och när ska vi upptäcka dessa sjukdomar tidigt i förloppet? Vilka är dom och hur skiljer dom sig åt? Vilka är de senaste rönen när det gäller diagnostik?
Alexander F Santillo, med dr, psykiatriker, Lunds universitet
- 1100-1140 **När kriget är allt du minns – om kognitiv sjukdom och PTSD.** Kan du skilja på en tidig utveckling av Alzheimers sjukdom och sent debuterande posttraumatisk stress? PTSD kan utvecklas decennier efter den traumatiska händelsen och förvärras av åldrande. Kognitiva sjukdomar och PTSD har många symtom gemensamt och risken för fel diagnos är stor – med allvarliga konsekvenser för patienten, eftersom PTSD kan botas.
Frida Johansson Metso, leg psykolog, Transkulturellt Centrum, Stockholm
- 1140-1200 Diskussionsforum
- 1200-1310 Lunch Utställningsbesök
- 1310-1315 **Inledning**
Moa Wibom
- 1315-1400 **Inga om men eller varför! Kognitiv utredning i det mångkulturella samhället.** Är den sedvanliga kognitiva utredningen individanpassad och tillförlitlig? Vilka utmaningar kan förekomma under kognitiv utredning av utrikes födda patienter? Vilka möjligheter finns det för mer tillförlitlig utredning av patienter med andra språklig-och utbildningsbakgrund?
Rozita Torkpoor, doktorand klinisk minnesforskning vid Lunds universitet och verksamhetsutvecklare vid Kunskapscentrum demenssjukdomar
- 1400-1440 **Hur skapar vi tillsammans ett demensvänligt samhälle.** Hur kan vi använda oss av de demenssjukas erfarenheter för att skapa ett mer demensvänligt samhälle?
Elzana Odzakovic, distriktssköterska, doktorand vid Linköpings universitet
- 1440-1500 Kaffe Utställningsbesök
- 1500-1540 **Kunskapsglapp. Alkohol och demens.** Vad är alkohol-demens? Wernicke Korsakoff-Demens? Vad är ett rimligt förfarande vid utredning av kognitiva symptom hos personer med alkohol-beroende.
Jan Marcusson
- 1540-1600 **Dialog och Avslut**

Deltagare och medverkande 165 personer

F Namn	U Företag	Epost
Adriansson, Åsa	GAVA, MEGA-kliniken, US Linköping	asa.adriansson@regionostergotland.se
Allerth, Ejbritt	Karlskrona kommun	ejbritt.allerth@karlskrona.se
Almgren, Christin	Minnesmottagningen Finspång	christin.almgren@regionostergotland.se
Alsuhairi, Nadia	Avesta Vårdcentral, Avesta	nadia.al-suhairi@ltdalarna.se
Andersson, Gunilla	Minnesmottagningen Sabbatsberg Stockholm	gunilla.e.andersson@sll.se
Andersson, Sara	Akademiska sjukhuset Uppsala	sara.b.andersson@akademiska.se
Antonsson, AnnaCarina	Tierps Vårdcentral, Tierp	anna-carina.antonsson@region uppsala.se
Aspelin, Karina	Minnesmottagningen Säffle	karina.aspelin@region varmland.se
Backman, Susanna	Minnes- och geriatrikmottagningen Akademiska sjukhuset Uppsala	eva-lis.lundberg@akademiska.se
Bell, Aleksi	Minnesmottagningen Jakobsbergs Sjukhus Järfälla	aleksi.bell@sll.se
Berrek, Lillemor	Bromma Minnesmottagning	lillemor.berrek@stockholms sjukhem.se
Besrat, Tigisti	Enskede Årsta Vantör stadsdelsförvaltning	tigisti.besrat@stockholm.se
Bjerkfeldt, Karin	Vårdcentral Bagaregatan Nyköping	karin.bjerkfeldt@regionsormland.se
Björ, Malin	Minnesmottagningen Falun	malin.bjor@ltdalarna.se
Brun, Jonas	Bromma Minnesmottagning	jonas.brun@stockholms sjukhem.se
Brundin, RoseMarie	Minnes- och geriatrikmottagningen Akademiska sjukhuset Uppsala	rose-marie.brundin@akademiska.se
Carlsson, Hanne	Ängens minnesmottagning Örebro	hanne.carlsson@regionorebrolan.se
Carrero, Karin	Minnesmottagningen Handen Stockholm	karin.carrero@ptj.se
Cedergren, Christina	Vårdcentralen Stadsfjärden Nyköping	christina.cedergren@regionsormland.se
Cedervall, Ylva	Akademiska sjukhuset Uppsala	ylva.cedervall@akademiska.se
Cornejo-Lingan, Ana	Geriatriska Kliniken Örebro	ana-maria.cornejo-lingan@regionorebrolan.se
Dahla, Jessica	Bromma Minnesmottagning	jessica.dahla@stockholms sjukhem.se
Dahlgren, Titti	Vårdcentralen Åsida Nyköping	titti.dahlgren@regionsormland.se
Dey, Debjanee	Handens minnesmottagning	debjanee.dey@ptj.se
Edén, Malin	Minnes- och geriatrikmottagningen Akademiska sjukhuset Uppsala	malin.eden@akademiska.se
Edgren, Jorun	Capio Geriatrik Nacka Stockholm	jorun.edgren@capio.se
Eklöf Lundin, Marita	Spånga Tensta Äldreomsorg	marita.eklof.lundin@stockholm.se
Ekström, Anette	Handens Minnesmottagning Stockholm	anette.ekstrom@ptj.se
Elf, Marianne	Länssjukhuset Ryhov Jönköping	marianne.elf@rjl.se
Elgered, Lisbeth	Åsengården, Hägersten	lisbeth.elgered@humana.se
Ericsson, Carina	Minnesenheten Karlskrona	carina-a.ericsson@regionblekinge.se
Eriksson, Anneli	Skutskärs Vårdcentral Skutskär	anneli.eriksson@region uppsala.se

Deltagare och medverkande 165 personer

F Namn	U Företag	Epost
Eriksson, Annelie	Falu Demens Omsorg Falun	info@faludemensomsorg.se
Eriksson, Gabriella	Dragonens Vårdcentral Capio	gabriella.eriksson@regionvasterbotten.se
Eriksson, Yvonne	Sundsvalls Demenscentrum	yvonne.eriksson@sundsvall.se
Esplund Lilja, Birgitta	Ängens minnesmottagning Örebro	birgitta.esplund.lilja@orebro.se
Fahlander, Amie	Minnesmottagningen, US Linköping	amie.fahlander@regionostergotland.se
Fernandez Ramirez, Camila	Bromma sjukhus Minnesmottagningen	camila.fernandezramirez@stockholmssjukhem.se
Filipsson, Tiina	Vårdcentralen Stadsfjärden Nyköping	tiina.filipsson@regionsormland.se
Filipsson, Viveka	Linköping	viveka.filipsson@linkoping.se
Fischer, Karin	Karlstads kommun	karin.jurss.fischer@karlstad.se
Forsman, Rickard	• Geras Solutions AB Stockholm	rickard.forsman@gerassolutions.com
Fredriksson, Kerstin	Vrinnevisjukhuset Norrköping	kerstin.fredriksson@regionostergotland.se
Friberg, Ida	Kognitiv medicin Ängelholm	IdaMaria.Friberg@skane.se
Furuskog, Gosia	Kognitiva mottagningen Norrtälje sjukhus Tiohundra AB	gosia.furuskog@tiohundra.se
Fällman, Katarina	Medicinska och Geriatriska akutkliniken Linköping	katarina.fallman@regionostergotland.se
G. Dunkars, Ewa	Minnesmottagningen Falun	ewa.dunkars@ltdalarna.se
Graff, Caroline	Ärftliga Demenssjukdomar Tema Åldrande Karolinska Univ sjukhuset Solna	caroline.graff@ki.se
Granath Brodin, Maria	Sabbatsbergsgeriatriken Stockholm	maria.granath-brodin@sll.se
Gullbrandsson, Caroline	Akademiska sjukhuset Uppsala	caroline.gullbrandsson@akademiska.se
Gustafsson, Karl	Vrinnevisjukhuset Norrköping	karl.gustafsson@regionostergotland.se
Gustafsson, Madelene	Kognitiv medicin Ängelholm	madelene.gustafsson@skane.se
Gustavsson, Katarina	Vårdcentralen Oxelösund	katarina.gustavsson@regionsormland.se
Günther, Sara	Sabbatsbergsgeriatriken Stockholm	sara.gunther@sll.se
Görling, Carin	Trosa Vårdcentral	carin.gorling@regionsormland.se
Hagman, Gun-Liz	Bromma Minnesmottagning	gun-liz.hagman@stockholmssjukhem.se
Hagman, Pia	Minnesmottagningen Akademiska sjukhuset Uppsala	pia.hagman@akademiska.se
Hamstedt, David	Vårdcentralen Bagaregatan Nyköping	david.hamstedt@gmail.com
Hansson, Elin	Minnesmottagningen Handens Sjukhus	elin.hansson1@ptj.se
Hedin Yangbyn, Miriam	Sabbatsbergsgeriatriken Stockholm	miriam.hedin-yangbyn@sll.se
Hedman-Vasquez, Jessica	Bromma Minnesmottagning	jessica.H.Vasquez@stockholmssjukhem.se
Hellström, Klas	Sabbatsbergsgeriatriken Minnesmottagningen Stockholm	klas.hellstrom@sll.se
Henley, Elisabet	Akademiska sjukhuset Uppsala	elisabet.henley@akademiska.se

Deltagare och medverkande 165 personer

F	Namn	U	Företag	Epost
	Hjelm, Catarina		Minnesmottagningen, Medicinska och Geriatriska akutkliniken, US, Linköping	catarina.hjelm@regionostergotland.se
	Holmberg Clausen, Marie		Mottagning för kognitiv medicin och geriatrik Eskilstuna	marie.holmberg.clausen@regionsormland.se
	Holmqvist, Joel		Jönköping	joel.holmqvist@rjl.se
	Ilberg, Mikael		Spånga Tensta Äldreomsorg	mikael.ilberg@stockholm.se
	Jacobsson, Beatrice		Minnesmottagningen Linköping	beatrice.jacobsson@regionostergotland.se
	Jahr, Manuela		Hemsjukvården Nyköping	manuela.jahr@nykoping.se
	Johansson, Ann-Catherine		Vårdcentralen Sunne	Ann-Catherine.Johansson@regionvarmland.se
	Johansson, Maria		Minnesmottagningen Universitetssjukhuset Linköping	maria.m.johansson@regionostergotland.se
	Johansson, Sofia		Minnesmottagningen Karlstad	sofia.johansson2@regionvarmland.se
•	Johansson Metso, Frida		Transkulturellt Centrum Stockholm	frida.johansson-metso@sll.se
	Johansson Rehn, Åsa		Demensteamet, Västerviks sjukhus	asa.johanssonrehn@regionkalmar.se
	Johanzon, Madelene		Minnesmottagningen Karlstad	madelene.johanzon@regionvarmland.se
	Josefsson, Maria		Minnesmottagningen Norrköping	maria.josefsson@regionostergotland.se
	Joudi, Warka		Minnesmottagningen Löwet Upplands Väsby	warka.joudi@capio.se
	Karisik, Munevera		MEGA kliniken Universitetssjukhuset i Linköping	munevera.karisik@regionostergotland.se
	Kedling, Gudrun		Bromma Minnesmottagning	gudrun.kedling@stockholmsjukhem.se
	Kjellmark, Marie		Capio Vårdcentral Vålberg	marie.kjellmark@gmail.com
	Klawitter Geyer, Lise-Lotte		Bromma Minnesmottagning	lise-lotte.geyer@stockholmsjukhem.se
	Klint, Karin		Sundsvall kommun	karin.klint@sundsvall.se
	Kubalska , Izabela		Geriatriska Kliniken Örebro	izabelakubalska@hotmail.se
	Kärkkäinen, Anne		Minnesmottagningen Sabbatsbergsgeriatriken Stockholm	anne.karkkainen@sll.se
	Lander, Karin		Minnesmottagningen Säffle	karin.e.lander@regionvarmland.se
	Landqvist-Waldö, Maria		Kognitiv medicin Ängelholm	maria.landqvistwaldo@skane.se
	Larsen, Anna		Bromma Minnesmottagning	anna.larsen@stockholmsjukhem.se
	Larsson, Anne-Lie		Högskolan Kristianstad	anne-lie.larsson@hkr.se
	Lewin, Anna		Åsengården Hägersten	anna.lewin@humana.se
	Limsjö, Camilla		Minnesmottagningen, US Linköping	camilla.limsjo@regionostergotland.se
	Lind, Cecilia		Geriatriskt centrum Umeå	Cecilia.Lind@regionvasterbotten.se
	Linder, Karin		Vårdcentralen Bagaregatan Nyköping	karin.m.linder@regionsormland.se
	Lindered, Petra		Minnesmottagningen Löwet Upplands Väsby	petra.lindered@capio.se

F = Föreläsare U = Utställare

Deltagare och medverkande 165 personer

F	Namn	U Företag	Epost
	Lindqvist, Anna	Praktikertjänst N.Ä.R.A. Dalengeriatriken	anna.lindqvist@ptj.se
	Lindqvist, Helena	Söderhamns kommun	helena.lindqvist@soderhamn.se
	Lorén, Marie	Praktikertjänst N.Ä.R.A AB Dalen	marie.loren@ptj.se
	Lundberg, Eva-Lise	Akademiska sjukhuset Uppsala	eva-lis.lundberg@akademiska.se
	Lundblad, Anna	Kuratorsmottagningen / Kognitiv Medicin, Ängelholm	anna.lundblad@skane.se
	Löfvenborg, Elisabeth	Minnesmottagningen Löwet Upplands Väsby	Elisabeth.Lofvenborg@capio.se
	Malmgren, Anitta	Demensteamet Karlstad	anitta.malmgren@karlstad.se
	Malmgren, Jenny	• Alzheimer Sverige Malmö	jenny@alzheimersverige.se
•	Marcusson, Jan	MEGA-klin, US, Linköping	jan.marcusson@liu.se
	Mattsson, Patrik	Bromma Minnesmottagning	patrik.mattsson@stockholmssjukhem.se
	Meyer, Jennie	Närhälsan Tanumshede	jennie.meyer@vgregion.se
	Modén, Erik	Minnesmottagningen Karlstad	erik.moden@regionvarmland.se
	Moreno, Teresa	Täby Vårdcentral Stockholm	maria.moreno-perez@sll.se
	Mäkelä, Tarja	Sabbatsbergsgeriatriken Stockholm	tarja.makela@sll.se
	Mörtsjö, Kristoffer	• Karolinska Institutet Uppdragsutbildning Stockholm	kristoffer.mortsjo@ki.se
	Naragaeva, Zoulfia	Sabbatsbergsgeriatriken Stockholm	zoulfia.naragaeva@sll.se
	Naumann, Ida	Geriatriska kliniken Norrköping	ida.naumann@regionostergotland.se
	Newman, Haza	• Geras Solutions AB Stockholm	haza.newman@gerassolutions.com
	Norberg, Elin	Linköping	elin.n.norberg@linkoping.se
	Nordin Ekman, Birgitta	Jakobsbergsgeriatriken Järfälla	birgitta.nordin-ekman@sll.se
	Nordvik, Dagrún	Stockholm	dagrun.nordvik@sll.se
	Notini, Hedvig	Sabbatsbergsgeriatriken avdelning 82	hedvig.notini@sll.se
	Nylund, Lotta	Kognitiv mottagning Karolinska univ sjukhuset Solna	lotta.nylund@sll.se
	Nägga, Katarina	Medicinska och geriatriska akutkliniken, US Linköping	katarina.nagga@regionostergotland.se
•	Odzakovic, Elzana	Linköpings Universitet	elzana.odzakovic@liu.se
	Olsson, Linnea	Minnesmottagningen Löwet Upplands Väsby	linnea.olsson@capio.se
	Pauls, Mats	Minnesmottagningen Mora lasarett	mats.pauls@regiondalarna.se
	Persson, Anna	Kognitiv medicin Ängelholm	Anna.T.Persson@skane.se
	Pettersson, Björn	Handens minnesmottagning	bjorn.pettersson@ptj.se
	Pihlström, Åsa	Nyköping	asa.pihlstrom@nykoping.se
	Rahm, Susanne	Minnesmottagningen Norrköping	Susanne.Rahm@regionostergotland.se

Deltagare och medverkande 165 personer

F Namn	U Företag	Epost
Renberg, Susanna	Minnesmottagningen Löwet Upplands Väsby	susanna.renberg@capiro.se
Rhodiner, Anna	Bromma sjukhus	anna.rhodiner@stockholmssjukhem.se
Rizell, Mikael	Trosa Vårdcentral	svenmikael.rizell@regionsormland.se
Roman, Catharina	Karolinska Institutet Solna	catharina.roman@ki.se
Rudehill, Sophia	SabatsbergsGeriatiken Stockholm	sophia.rudehill@sll.se
Rydé, Kerstin	Linköpings universitetet	kerstin.ryde@liu.se
Rydståle Wiberg, Carina	Stockholms sjukhems minnesmottagning Bromma	carina.wiberg@stockholmssjukhem.se
Sahlman, Kristina	Bromma Minnesmottagning	kristina.sahlman@stockholmssjukhem.se
Sandström, Martina	Geriatriskt centrum Umeå	Martina.Sandstrom@regionvasterbotten.se
• Santillo, Alexander F	Lunds universitet	alexander.frizell_santillo@med.lu.se
Sarlöv, Catharina	Kognitiva mottagningen Tiohundra AB Norrtälje	catharina.sarlov@tiohundra.se
Schönning, Emil	Vårdcentralen Bagaregatan Nyköping	emil.schonning@regionsormland.se
Segernäs Kvitting, Anna	Vårdcentralen Ekholmen Linköping	anna.segernas.kvitting@regionostergotland.se
Shakeri, Zahra	Minnesmottagning i Finspång	zahra.shakeri.joushaghan@regionostergotland.se
Sharify, Afat	Ängens minnesmottagning, Örebro	afat.sharify@orebro.se
Sjunneryd, Susanna	• Karolinska Institutet Uppdragsutbildning Stockholm	susanna.sjunneryd@ki.se
Staff, Gertrud	Minnesmottagningen Handen	gertrud.staff@ptj.se
Stenborg, Ramona	Falu Demens Omsorg Falun	info@faludemensomsorg.se
Sternesjö, Johnny	Tierps Vårdcentral, Tierp	johnny.sternesjo@me.com
Svensson, Margareta	Vårdcentralen Oxelösund	margareta.svensson@regionsormland.se
• Torkpoor, Rozita	Lunds universitet Kunskapscentrum Demenssjukdomar	Rozita.Torkpoor@skane.se
Troell, Margaretha	Eda	margaretha.troell.larsdotter@regionvarmland.se
Törn, Josefin	Minnesmottagning Ryhov Jönköping	josefin.torn@rjl.se
Wagner, Gudrun	Minnesmottagningen, US Linköping	gudrun.wagner@regionostergotland.se
Wahlund, Lars-Olof	KI, NVS sektionen för klinisk geriatrik, Huddinge	lars-olof.wahlund@ki.se
Valencia, Aracely	Trosa Vårdcentral	aracely.valencia@regionsormland.se
Wallqvist, Daniela	Bromma Minnesmottagning	daniela.wallqvist@stockholmssjukhem.se
Wengerzink, Katharina	Minnesmottagningen Vrinnevisjukhuset Norrköping	katharina.wz@icloud.com

Deltagare och medverkande 165 personer

F	Namn	U	Företag	Epost
	Wennberg, Tina		Minnesmottagningen Löwet Upplands Väsby	tina.wennberg@cario.se
	Wester, Maria		Täby Vårdcentral Stockholm	maria.wester@sll.se
	Westerlund, Kristina	•	Alzheimer Sverige Malmö	kristina@alzheimersverige.se
	Wibom, Linda		Universitetssjukhuset Linköping	lvibom@hotmail.com
•	Wibom, Moa		Enheten för kognitiv medicin Hälsostaden Ängelholm	Moa.Wibom@skane.se
	Widebeck , Maria		Ger/rehabkliniken Nyköping	maria.widebeck.waern-bugge@regionsormland.se
	Wilhelmson, Maria		Heby Vårdcentral	maria.wilhelmson@regionuppsala.se
	Wärnelius, Hanna		Demenscenter Linköpings Kommun	hanna.warnelius@linkoping.se
	Yoshinaga Galvér, Mariko		Tierps Vårdcentral, Tierp	marikogalver@gmail.com
	Yousif, Maysoon		Herrgårdets Vårdcentral Västerås	maysoon1@live.se
	Zanoni, Carolina		Sabbatsbergs geriatriken Minnesmottagningen Stockholm	carolina.zanoni@sll.se
	Zetterberg, Helena		Heby Vårdcentral	helena.zetterberg@regionuppsala.se
	Östrand, Emma		Trosa Vårdcentral	emma.ostrand@regionsormland.se

Antal: 165 personer

UNGA NÄRSTÅENDE TILL PERSONER MED KOGNITIV SJUKDOM

Ljusk Moa Wibom, Silvialäkare, överläkare och enhetschef på enheten för Kognitiv medicin, Ängelholms sjukhus. Moa.wibom@skane.se

”Säger jag: -*Min mamma har en demenssjukdom.*

Då svarar folk: -*Jaha, men då har hon i alla fall inte Alzheimer.*

Då säger jag: -*Jo, det är Alzheimer.*

-*Jaha, men då är det bara problem med minnet.*

-*Nä, det är allt annat än **bara** minnet.*

-*Jaha, men det är i alla fall inte dödligt.....*

Då ger man liksom upp att överhuvudtaget prata med folk om hur man har det.” (Anna 18 år)

Samhället har redan erfarenheter och rutiner för att hjälpa unga personer som förlorar en förälder i sjukdom och olycka. Det finns också en del vetenskap om hur det är att leva som ung anhörig till kroniskt sjuk vårdnadshavare. Men kännedom om, och kunskap av, unga personer som under många år lever nära en person med en neurodegenerativ sjukdom, det har vi brist på. Behovet av ytterligare forskning och kartläggning är stort både nationellt och internationellt.

Lägerverksamheten Unga anhöriga grundades av två eldsjälar i Avesta kommun, demenssjuksköterskan Gudrun Strandberg och anhörigkonsulenten Katrin Lindblom. Första lägret var 2010 och sedan dess har 370 personer varit med på något läger från Skåne till Luleå. Det är erfarenheterna från dessa läger liksom en litteraturgenomgång som ligger till grund för de riktlinjer som presenteras i dagens anförande.

En grov uppskattning ger oss siffran 7 000-10 000 unga personer (0-30) som i Sverige idag lever med eller nära en vårdnadshavare med en kognitiv sjukdom. Om begreppet ökas till att omfatta även tidiga symtom, en kognitiv svikt till följd av pågående neurodegenerativ process, kan antalet sannolikt ökas ytterligare. Barn och ungdomar har, i snitt, noterat symtom hos sin förälder 2,5 år innan sjukdomsdiagnos.

Vad dessa barn och ungdomar uppger att de behöver är någon som frågar hur de mår, en person att kontakta när det blir svårare (eller när de själva mognat i att vilja prata) och framförallt att samhället börjar prata om dessa sjukdomar som vilken annan dödlig sjukdom som helst. Otaliga är de beskrivningar om hur de inte kan förmedla vilken situation de är i, varken till närmaste omgivning (kompisar, föräldrar till kompisar), lärare eller vård- och omsorgspersonal. Att bara ordet *demens* ger folk förutfattade och felaktiga uppfattningar lider dessa personer av dagligen. Vår attityd och kommunikation med hela familjen kan ha långtgående effekter på familjens möjligheter att leva med sjukdomen och dess påverkan, för lång framtid. Ett barn kan, trots en frisk förälder, känna sig föräldralös.

Råd till oss alla som träffar personer med kognitiv svikt:

- Börja rutinmässigt fråga efter barnen (oavsett ålder) och se till patienten som en del av en familj, det är familjen vi behöver behandla/stödja (både sjukvård och kommunal omsorg).
- Om barn/ungdom, tänk multidisciplinärt – bra stöd från olika instanser.
- Informera tydligt om sjukdomen (undvik demens, förvillat). Erbjud information till skolan.
- Informera och uppmuntra till Unga anhörigas Facebookgrupp och läger.
- Finnas kvar – de unga kanske inte är mogna för att prata eller få hjälp när vi kan, men låt dörren stå öppen om de kommer igen.
- Att tänka ”vårdplan” i samband med diagnos kan ge struktur och tydlighet till hela familjen.
- Utgå från att en familj behöver betydligt mer stöd än de ser ut att behöva (”vi reder oss”) men låt dem så långt möjligt själva få forma stödet.
- Barnet ska stöttas i att själv bestämma om och hur de vill ha kontakt med sin sjuka förälder.

Stöd för stödet:

- Närmaste specialistmottagnings kurator
- Kommunens demenssjuksköterska och anhörigstödjare (och dessas nätverk regionalt/nationellt)
- Finns Barntraumateam/Barnskyddsteam i närheten? Konsult med dem.
- Unga anhöriga – kontakt via Alzheimerfonden

”Pappa dör två gånger, först psykiskt sedan fysiskt” (Ellen 22 år)

”Jag har inte sorg, fast jag har inte **inte** sorg. Man har en pappa men man har inte en pappa.” (Edvard 17 år)

Referenser:

Fearnley, R & Boland, J. W. Communication and support from health-care professionals to families, with dependent children, following the diagnosis of parental life-limiting illness: A systematic review. *Palliative Medicine* **2016**, 31, 212-222.

Fearnley, R & Boland, J. Parental life-limiting illness: What do we tell the children? *Healthcare* **2019**, 7, 47.

Hall, M & Sikes, P. “It would be easier if she’d died”: Young people with parents with dementia articulating inadmissible stories. *Qualitative Health Research* **2017**, 27, 1203-1214.

Hutchinson, K; Roberts, C; Kurrle, S & Daly, M. The emotional well-being of young people having a parent with younger onset dementia. *Dementia* **2014**, 15, 609-628.

Hutchinson, K; Roberts, C; Roach, P & Kurrle, S. Co-creation of a family-focused service model living with younger onset dementia. *Dementia* **2018**, 0, 1-22.

Löwenmark, A. How children of parents with dementia can make their subject positions understandable and meaningful. *Qualitative Health Research* **2019**, 1-13.

Rosenthal Gelman, C & Greer, C. Young children in early-onset Alzheimer’s disease families: Research gaps and emerging service needs. *American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias* **2011**, 26, 29-35.

Shifren, K & Kachorek, F. Does early caregiving matter? The effects on young caregivers’ adult mental health. *International Journal of Behavioral Development* **2003**, 27, 338-346.

Svanberg, E; Stott, J; Spector, A. ‘Just helping’: Children living with a parent with young onset dementia. *Aging & Mental Health* **2010**, 6, 740-751.

www.alzheimerfonden.se

www.unganhorig.se (drivs av Svenskt Demenscentrum)

<https://www.facebook.com/pg/Unganhorig/posts/>



1

UPPSKATTAD FÖREKOMST I SVERIGE
• Genetisk neurodegenerativ sjukdom: ca 1000-1500 i Sverige (AD, FTD) • Under 65 med kognitiv sjukdom: ca 10 000 personer. • Uppskattningsvis 7 000 – 10 000 unga anhöriga • 18-30 åringar ofta också vårdande roll • Särskullbarn – äldre förälder med kognitiv sjukdom utreds och behandlas av primärvård.
Wilson 2020

2

LITTERATUR - SAMMANFATTNING
• Få studier • Sannolikt stort mörkertal. • Traditionell forskning by proxy – barnens historier har inte räknats. • Viss kännedom om hur det är att vara ung anhörig till sjuk förälder men inte samma sak som att ha en kognitivt sviktande förälder. • Misstanke om stort lidande som får konsekvenser på framtida liv. • Begränsad erfarenhet hos vårdpersonal. • Barnen kan känna sig föräldralösa trots två föräldrar. • Förbjudna känslor, inte samma som andra kroniska sjukdomar (bättre om föräldern var död, hade cancer). • Rekommendation om att se en yngre patient med kognitiv sjukdom som en del av en familj – familjecentrerad behandling och stöd. • Barn och ungdomar behöver "safe space" att prata i. Att möta andra i samma situation kan vara avgörande.
Barn upplever sin förälders progressiva förlust av kognitiva förmågor under avgörande år i deras utveckling.
Wilson 2020

3

Ung anhörig vid kognitiv sjukdom

Så fungerar hjärnan

När det fungerar som bäst

Vad är kognitiv sjukdom?

Prognos och behandling

Sjukdomsförloppets fyra faser

Ung anhörig vid kognitiv sjukdom

Ärftlighet

Risikfaktorer

Fight Dementia - Nationella lågar för unga anhöriga

Wilson 2020

Alzheimer-fonden

POSTSTROKE

4

VAD SÄGER VI PÅ FAMILJELÄGRET?

Till barnen (de som vill, oftast med samtidig aktivitet):

- Förkortat liv
- Andra föräldern kommer inte bli sjuk (det smittar inte)
- Viktigt att du lever ditt liv

Andra barn har berättat för mig om..... känner du igen det?

Till frisk förälder:

- ditt barn är rädd för att mista dig
- hjälp ditt barn att leva sitt liv (du är förebild)
- inte meningen att barn ska ta hand om /skydda sin förälder (extra snäll)
- kamkap om kognition och sjukdomarna (livets slutskede), bemötande, juridik och ärftlighet.



Wilson 2020

5

VAD SÄGER VI PÅ UNGDOMSLÄGRET?

- Förkortat liv
- Utbildning i kognition och sjukdomar
- Utbildning juridik och bemötande
- Ung får det här kommer att hända (faser, palliation)
- Inte bli förälder till sin förälder (flytta?)
- Ärftlighet
 - Klinisk genetik KS – möjlighet till fosterdiagnostik utan egen vetskav (?)
- Upplevelsen är olika för alla (syskon emellan, jmf frisk förälder osv)
- Ta hjälp, gå med i grupp



Wilson 2020

6

SPRÅKETS BETYDELSE

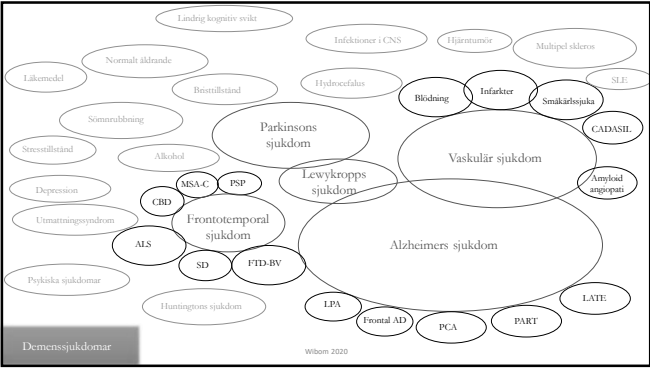
"Det var som att pappa fick en lapp på sig DEMENT. För mig var det – jaha men vad är skillnaden från igår? Han har ju varit konstig jättelänge. Och vad betyder det? Han sitter ju inte i rullstol och dreglar än, han ska ju följa med hem och imorgon kommer jag att hjälpa honom att komma ihåg att ta medicinen och borsta tänderna precis som vanligt. Är det inte Alzheimer då, eller?" (David 25 år)

"Säger jag: Min mamma har en demenssjukdom.
Då svarar folk: Jaha, men då har hon i alla fall inte Alzheimer.
Då säger jag: Jo, det är Alzheimer.
Jaha, men då är det bara problem med minnet.
Nä, det är allt annat än bara minnet.
Jaha, men det är i alla fall inte dödligt....." (Anna 20 år)

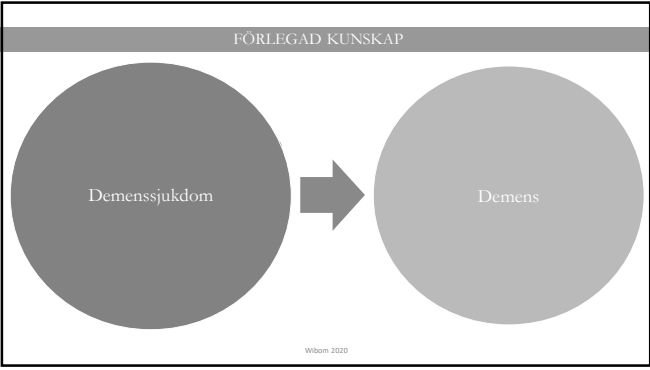


Wilborn 2020

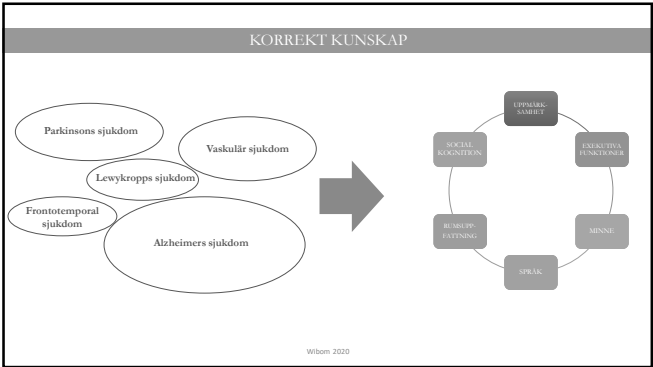
7



8



9



10

VAD KAN VI GÖRA? MINSKA BÖRDAN FÖR BARNEN

Råd till oss som träffar personer med kognitiv svikt:

- Börja rutinemässigt fråga efter barnen (oavsett ålder) och se till patienten som en del av en familj, det är familjen vi behöver behandla/stödja (både sjukvård och kommunal omsorg).
- Om barn/ungdom, tänk multidisciplinärt – bra stöd från olika instanser.
- Informera tydligt om sjukdomen (undvik demens, förvillat). Erbjud information till skolan.
- Informera och uppmuntra till Unga anhörigas Facebookgrupp och läger.
- Finnas kvar – de unga kanske inte är mogna för att prata eller få hjälp när vi kan, men låt dörren stå öppen om de kommer igen.
- Att tänka "vårdplan" i samband med diagnos kan ge struktur och tydlighet till hela familjen.
- Unga från att en familj behöver betydligt mer stöd än de ser ut att behöva ("vi reder oss") men låt dem så långt möjligt själva få forma stödet.
- Barnet ska stöttas i att själv bestämma om och hur de vill ha kontakt med sin sjuka förälder.

Wilson 2020

11

VAD KAN VI GÖRA? STÖD FÖR OSS

Stöd för stödet:

- Närmaste specialistmottagnings kurator
- Kommunens demensojskötterska och anhörigstödare (och dessas nätverk regionalt/nationellt)
- Finns Barntraumateam/Barnskyddsteam i närheten? Konsult med dem.
- Unga anhöriga – kontakt via Alzheimerfonden

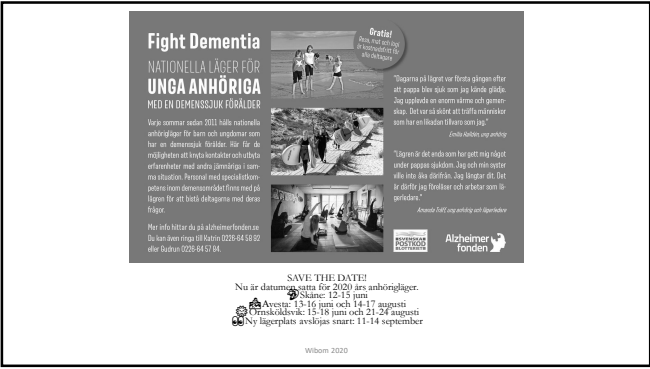
Det finns ingen mall – men skapa gärna enkla rutiner för upptäckt och nätverk kring familjen.
Glöm inte / blunda inte för de unga.
Korrekt tilltal om sjukdomarna.

Wilson 2020

12



13



14

Vad är vad i frontotemporal demens

Alexander Santillo, docent, specialist i psykiatri, enheten för klinisk minnesforskning
Lunds Universitet, Psykiatri Skåne Lund och Minneskliniken Skånes
Universitetssjukhus

Många är bekanta med patienten med en klassisk frontotemporal demens (frontotemporal kognitiv sjukdom) som ointresserad och obekymrad lyssnar medan vederbörandes respektive berättar om minskad empati, sociala övertramp, oövertänkta handlingar, ökat sug efter sötsaker och vanor och egenheter som tar orimligt stora proportioner. Vad är centralt i anamnesen, och hur använder vi olika undersökningsmetoder (neuropsykologi, biokemi, bildavgivande undersökningar) på bästa sätt för att komma fram till diagnos?^{1,2,3} Detta inleder dagens presentation. Vi går igenom de första svenska nationella riktlinjerna för utredning av frontotemporal kognitiv sjukdom⁴ som blir färdiga under våren 2020.

En stor utmaning när vi möter personer med misstänkt frontotemporal kognitiv sjukdom är överlappet i symtom med icke- neurodegenerativa psykiatriska tillstånd, vilket leder till *doctor's delay* ovanpå den *patient's delay* som oundvikligen finns. Aktuella differentialdiagnoser är, bland annat, depression, bipolär (manodepressiv) sjukdom och schizofreni. Vad i anamnesen hjälper oss bäst att särskilja dessa tillstånd från frontotemporal demens, och har vi någon hjälp av neuropsykologi, biokemi och bildavgivande undersökningar som MR och PET? Här kommer vi att gå igenom de nyligen färdigställda internationella riktlinjerna⁵ för differentialdiagnostiken mellan frontotemporal kognitiv sjukdom och psykiatriska sjukdomstillstånd.

En viktig aspekt av frontotemporal kognitiv sjukdom som skiljer den från andra kognitiva sjukdomar är att ca 20% av patienterna har en autosomt dominant genetisk mutation som orsak till sin sjukdom. Det är mutationer i tre gener som dominerar, dels i kromosom 9 open reading frame 72 (*C9orf72*), progranulin (*GRN*), och mikrotubuliassocierade proteinet tau (*MAPT*). Vi kommer att prata om *C9orf72* i detalj, i och med att det är den vanligaste mutationen i Sverige och har en mycket variabel och tyvärr särskilt utmanande klinisk presentation. Det är numera också

viktigt att översiktligt veta hur en utredning av friska familjemedlemmar ser ut, och hur vi kanske kan hjälpa nästa generation.

1 Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A. Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar. Liber, 2011. ISBN 9789147084821

2 Dickerson B (Ed.). Hodges frontotemporal dementia. Cambridge University Press, 2016. ISBN 9781107086630

3. Kelley RE, El-Khoury R. Frontotemporal Dementia. Neurologic Clinics 2016;34:171-181 (Open access)

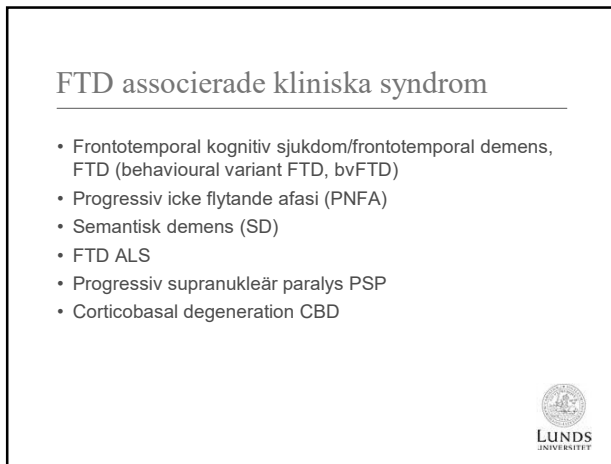
4 <https://frontallobsdemens.se>

4 Ducharme et al. Recommendations to Distinguish Behavioural Variant Frontotemporal Dementia from Psychiatric Disorders. Neuropsychiatric International Consortium for Frontotemporal Dementia (NIC-FTD). Accepted in Brain: a journal of neurology.

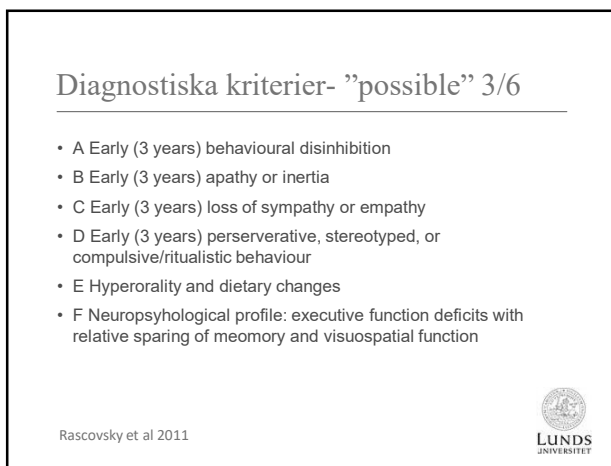
5 Greaves C, Rohrer J. An update on genetic frontotemporal dementia. Journal of neurology 2019;266:2075-2086 (Open access)



1



2



3

Diagnostiska kriterier- ”probable” 3/3

- A Meets criteria for possible bvFTD
- B Significant functional decline
- C Imaging results consists with bvFTD (CT, MRI, SPECT, PET)

Definite

Presence of autosomal dominant mutation, neuropathology or biopsy

Rascovsky et al 2011



Nationella demensdagen 2020

Frida Johansson Metso, leg psykolog.
Transkulturellt Centrum, Region Stockholm.
frida.johansson-metso@sll.se

**När kriget är allt du minns
– när sent debuterande PTSD misstas för demenssjukdom**

Sent utvecklad posttraumatisk stress (PTSD) kan oväntat drabba flyktingar som upplevt krig för flera decennier sedan – under 70-talet i Chile, 80-talet i Iran och Irak eller i Bosnien på 90-talet – och som aldrig plågats av sina minnen förrän det naturliga åldrandet påverkar deras kognitiva strukturer. När de tar kontakt med vården beskriver de minnessvårigheter, förvirring och att dåtiden blir mer verklig än vardagen – en problembeskrivning som riskerar att feldiagnostiseras hos äldre som demenssjukdom.

Utan korrekt diagnos förlorar patienten möjlighet till traumabehandling samtidigt som risken för att utveckla demenssjukdom är fördubblad hos PTSD-patienter – de båda sjukdomarna döljer och maskerar varandra. Även i tidig demensutveckling kan PTSD behandlas, men då är det bråttom: Traumaminnen är mer resistenta mot demenssjukdom än andra minnen. Utan hjälp kan krigsbilderna väckas till våldsamt liv i ålderdomen och förneka överlevare fred och frid även i livets slutskede.

Det pågår ett arbete i Region Stockholm och Region Skåne för att stötta i differentialdiagnostisering mellan kognitiv sjukdom och PTSD, som presenteras under föreläsningen.

Frida Johansson Metso, leg. psykolog på Transkulturellt Centrum, Region Stockholms kunskapscenter om patienter med migrationsbakgrund, gav 2018 ut boken "När kriget är allt du minns – om att lindra PTSD hos äldre" på Gothia förslag, om äldre traumatiserade flyktingar.

När kriget är
allt du minns

- När sent debuterande PTSD
missas för demenssjukdom

Frida Johansson Metso, leg psykolog
frida.johansson-metso@sl.se

Transkulturellt Centrum
REGION STOCKHOLM

Transkulturellt Centrum
REGION STOCKHOLM

Posttraumatisk stress

Symtomgrupper

1. Återupplevande
2. Ökad anspänning
3. Undvikande
4. Negativa tankar och känslotillstånd

Transkulturellt Centrum
REGION STOCKHOLM

BPSD eller PTSD?

Delayed-onset post-traumatic stress disorder symptoms in dementia

Clara Martínez-Clavera MBChB, MRCPsych, PGCE, Sarah James MBChB (Hons), BSc (Hons),
Eva Bowditch MBBS, MRCPsych, Tarun Kuruvilla FRCPsych

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is commonly associated with working-age adults and remains largely unrecognised in the elderly. In this review, Clara Martínez-Clavera et al consider three examples of delayed-onset PTSD and its frequent association, or misdiagnosis, as one of the numerous manifestations of the behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). Finally, recommendations for pharmacological and psychological interventions are suggested.

(either short or long lasting) of exceptionally threatening or catastrophic nature, which may cause pervasive distress. There is persistent remembering or 'reliving' the stressor by intrusive flashbacks, vivid memories, and recurring dreams or by experiencing distress when exposed to circumstances resembling or associated with the stressor. There is also actual or preferred avoidance of circumstances resembling or associated with the stressor (not present before exposure to the stressor). It may include increased psychological sensitivity and arousal such as: difficulty in falling or staying asleep; irritability; outbursts

*What makes old age
hard to bear
is not a failing of one's
faculties,
- mental or physical -
but the burden of one's
memories*
Somerset Maugham

Enkät 3:

"Patienten sa:
Hur kan du veta att det är exakt så här jag känner, det är så här jag känner. Hur kan du veta
det?"

Enkät 7:

"Det var väldigt bra. Jag har träffat patienten tidigare, då inte haft dessa tankar om PTSD.
Med bedömningsstödet kunde jag ställa andra frågor, som inte ställs med minnestester.

Patienten beskrev inte kriget tidigare, men nu blev det uppenbart när jag ställde frågor kring
rastlöshet, inte kunna sitta still etcetera, då blev det ett tydligare och bättre samtal.
Uppenbara problem kring PTSD."

Vill du vara med och testa bedömningsstödet?
Maila frida.johansson-metso@sll.se

*"Your memory
is only as good
as your last memory"*

Joseph LeDoux



Transkulturellt Centrum
REGION STOCKHOLM

Kognitiv utredning i det mångkulturella samhället

Rozita Torkpoor, Verksamhetsutvecklare, Kunskapscentrum demenssjukdomar, Skånes universitetssjukhus

Doktorand, Medicinska fakulteten Lunds universitet, Institutionen för kliniska vetenskaper, inriktning Minnesforskning

rozita.torkpoor@skane.se

rozita.torkpoor@med.lu.se

"Ni gör mig tokig" sa den äldre patienten till vårdpersonalen och tolken. Detta tolkades dock aldrig för vårdpersonalen. Tolken hade språksvårigheter i det språk som tolkades till och hade dessutom aldrig tolkat i en liknande situation tidigare. Frågorna i det test som användes var dessutom svåra att översätta. Patienten blev inte lyssnad på och förstod och kunde inte heller själv förstå vårdpersonalen eller tolken. Den bedömning och utvärdering som vårdpersonalen gjorde av patienten grundade sig i själva verket inte på de problem och behov som patienten hade - utan på vad tolken hade klarat av att förmedla i situationen.

Globaliseringen har medfört en ökning av antalet äldre utrikes födda i Europa och i Norden. Ett ökande antal äldre utrikes födda betyder att kognitiv sjukdom i dessa befolkningsgrupper blir en alltmer aktuell fråga och behovet av anpassade kognitiva utredningar, behandling, omvårdnad och stöd förväntas att öka avsevärt i framtiden (Nielsen et al. 2015). Antalet utrikes födda utgör 22 procent av Sveriges befolkning. Det är personer som kommer ifrån cirka 200 olika länder (SCB 2018).

Kognitiv utredning är en social situation som kräver en fungerande kommunikation och interaktion mellan de som medverkar i utredningen. Velfungerande kommunikation och samspel mellan personen som blir utredd och vårdpersonalen genom utredningsprocessen är en viktig förutsättning för tillförlitlig utredning och diagnos. En viktig faktor som påverkar interaktionen under den kognitiva utredningen är de screeningsinstrument som vanligtvis används vid utredningen och som är påverkade av språk, kultur och skolgång hos personen som utreds (Ardila 2005; Naqvi et al. 2015; Nielsen et al. 2015; Plejert et al. 2015; Sagbakken et al. 2018). Utbildningsbakgrund påverkar utredningen eftersom flera av screeningsinstrument som används vid den kognitiva testningen kräver att person som utreds kan läsa och skriva (Naqvi et al. 2015; Segers et al. 2013). Numera används RUDAS, The Rowland Universal Dementia Assessment Scale, i flera olika länder världen över, bland annat i Sverige. RUDAS, är ett kognitivt screeningsinstrument som är mindre påverkat av faktorer som språk-, kultur- och utbildningsbakgrund (Naqvi et al. 2015; Nielsen et al. 2017). RUDAS-S är den svenska versionen, översättningen, av RUDAS.

Språksvårigheter mellan vårdpersonalen och personen som genomgår utredning påverkar också tillförlitligheten och kvaliteten på den kognitiva utredningen (Haralambous et al. 2018; Majlesi & Plejert 2016; Torkpoor et al. 2020). I flera av de samtal som genomförs dagligen inom hälso- och sjukvården finns det behov av att tolk medverkar för att kommunikation mellan patient och vårdpersonal ska fungera. Tolken ska därför ha goda språkfärdigheter i de två språken som talas (Fioretos et al. 2014;). Språkkunskaper hos tolkar kan orsaka feltolkningar som kan leda till kliniska konsekvenser (Torkpoor et al. 2020). Tolk användandet i Sverige är förankrat i olika lagar och regleras framför allt i Förvaltningslagen (2017:900). Sedan 1980 finns dokumentet God tolksed i Sverige som definierar tolkens roll i praktiken samt yrkesetiska riktlinjer. Reglerna i God tolksed är generella och innefattar alla personer som arbetar som tolkar oberoende av vilken tolkutbildning de har (kammarkollegiet.se). God tolksed står för att tolken ska tolka allt som sägs, tolken ska vara neutral och opartisk, lyder under sekretesslagen och har tystnadsplikt och ska tolka i jagform. God tolksed står för hur en god tolk ska agera och hur ett tolkförmedlat möte ska utföras. Torkpoor et al. (2020)

belyser när tolkar inte följer dessa riktlinjer påverkas den kognitiva utredningen och den utvärdering som vårdpersonal gör på patientens symtom och kognitiva förmågor.

Kognitiv utredning är en komplex situation som påverkas av olika faktorer. Användning av anpassade screeningsinstrument, kunskap om tolkanvändande hos vårdpersonalen samt rutiner för tolkanvändning vid verksamheter ökar tillförlitligheten och kvaliteten på den kognitiva utredningen.

REFERENSER

Ardila, A. (2005). Cultural Values Underlying Psychometric Cognitive Testing. *Neuropsychology Review*, 15(4), 185-195.

Fioretos, I. Gustafsson, K. & Norström, E. (2014). *Tolkade möten: Tolkningens betydelse för rättssäkerhet och integration*. Lund: Studentlitteratur.

Haralambous, B., Tinney, J., LoGiudice, D., Meng Lee, S. & Lin X. (2018). Interpreted-mediated Cognitive Assessment: Who Wins and Who Loses?. *Clinical Gerontologist*, 41(3), 227-236.

Majlesi, A. R. & Plejert, Ch. (2016). Embodiment in tests of cognitive functioning: A study of an interpreter-mediated dementia evaluation. *Dementia*, 0, 1-26.
doi: 10.1177/1471301216635341

Naqvi, R. M., Haider, S., Tomlinson, G. & Alibhai, S. (2015). Cognitive assessments in multicultural populations using the Rowland Universal Dementia Assessment Scale: A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 187, E169–E175.

Nielsen, T. R., Antelius, E., Storstein Spilker, R. Torkpoor, R., Toresson, H. & Plejert, C. (2015). Dementia care for people from ethnic minorities: a Nordic perspective. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 20, 217-222.

Sagbakken M, Spilker RS, Nielsen TR, (2018) Dementia and immigrant groups: a qualitative study of challenges related to identifying, assessing, and diagnosing dementia. BMC Health Services Research. 2018; 18: 910. Published online 2018 Nov 29. doi: [10.1186/s12913-018-3720-7](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3720-7)

Segers K, Benoit F, Colsin C, Kovac V, Nury D, Vanderaspoilden V, (2013) Pioneers in migration, pioneering in dementia: first generation immigrants in a European metropolitan memory clinic. *Acta Neurologica Belgica*, 113, 435-440.

Socialstyrelsen (2018). Vård och omsorg vid demenssjukdom. *Sammanfattning med förbättringsområden*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Torkpoor R, Fioretos I, Essen B, Londos E, (2020). "I know hyena. Do you know hyena?". Challenges in interpreter-mediated dementia assessment, focusing on the role of the interpreter (Manuscript in process).




Inga om men eller varför , Kognitiv utredning i det mångkulturella samhället

Rozita Torkpoor
KUNSKAPSCENTRUM DEMENSSJUKDOMAR, REGION SKÅNE
 DOKTORAND, KLINISK MEDICIN MED INRIKTNING MINNESFORSKNING





Bland utrikesfödda äldre visar studier en ökad förekomst av

- Diabetes
- Förhöjt kolesterol
- Förhöjt blodtryck
- Hjärt och kärl sjukdomar
- Fetma
- Rökning
- Lägre socioekonomisk status

ökar risken för utveckling av kognitiva sjukdomar

Nielsen T R, (2012)



Demensvård för utrikesfödda!

Utredning

- Lägre MMSE poäng
- Flera undersökningar

Diagnos

- Alder vid demensdiagnos lägre
- Flera psykiatriska diagnoser

Demensspecifika läkemedel

- Färre antal behandlas

Neuroleptika, antipsykotiska läkemedel

- Flera som blir insatta

Kommunala bistånd

- Färre som utnyttjar bistånd

Stevnsborg et al. (2016)
 Segers et al. (2013)

Demensvård för utrikesfödda

- Synen på sjukdomar
- Kunskapen om kognitiva sjukdomar
- Kunskap om sjukvården
- Kommunikationssvårigheter
- Anpassade utredningar!



Ardila et al. (2010); Diaz et al. (2015); Mukadam et al. (2011)
Nielsen et al. (2016); Rovner et al. 2013; Sagbakken et al. (2018)

RUDAS, The Rowland Universal Dementia Assessment Scale Ett mångkulturellt kognitivt bedömningsinstrument

Design:

- Lättare att översätta
- Minimal påverkan av antal utbildningsår
- Innehåller ingen tids- och platsorienteringsdel
- Mindre konfronterande
- Mer relaterat till vardagliga situationer
- Innehåller praktiska moment



Etnografisk observationsstudie: Kognitiv utredning genom tolk

- 19 filmade nybesök
- 2015- 2017
- Specialistklinik i Region Skåne
- 10 vårdpersonal
- 14 tolkar
- Arabiska, Bosniska, Finska, Grekiska, Makedonska, Persiska, Somaliska, Spanska, Ungerska
- Intervjuer



Kommunikation genom tolk

Innan mötet

- Beställ tolk i rätt språk och dialekt
- Tolkade besök tar mer tid
- Avsätt tid med tolken, innan och efter besöket
- Papper och penna till tolken



Kommunikation genom tolk

Under mötet

- Låt tolken presentera sig
- Förklara för patienten om besöket och om tolkens roll
- Tala tydlig och i korta meningar
- Undvik fackspråk, talesätt/metaforer
- Ställ kontrollfrågor
- Låt inte patient och tolk tala sinsemellan. Kräv tolkning!



Tack för uppmärksamheten

rozita.torkpoor@med.lu.se
rozita.torkpoor@skane.se



Hur skapar vi tillsammans ett demensvänligt samhälle?

Elzana Odzakovic, distriktssköterska

Avdelningen för omvårdnad och reproduktiv hälsa (ORH), Linköpings universitet

elzana.odzakovic@liu.se

Idag bor majoriteten av personer som lever med demenssjukdom i sitt eget hem och mer än hälften är ensamboende (Odzakovic et al., 2019). Utvecklingen går alltså mot att fler personer som lever med demenssjukdom bor kvar i sin bostad och av dessa är hälften ensamboende, vilket ställer krav på att olika funktioner i samhället är tillgängliga för alla. I ett inkluderande samhälle kan personer med kognitiva funktionsvariationer vara aktiva och delaktiga.

Forskning inom demensområdet har en stabil grund inom medicinsk inriktade projekt för att förstå grundläggande mekanismer och orsaker till demensutveckling (Winblad et al., 2016). Men kunskapen om att leva med demens i ordinärt boende och hur vardagslivet i grannskapet gestaltar sig är begränsad. Det finns därmed omfattande kunskapsluckor då väldigt lite uppmärksamhet inom forskning hittills har inriktats mot de erfarenheter och strategier som de demenssjuka själva har (Keady et al., 2012). Vi behöver involvera personer med demenssjukdom för att ta reda på vad de själva upplever i deras vardag i grannskapet. Då allt fler personer lever i ordinärt boende under sjukdomsförloppet får olika funktioner i samhället en allt viktigare roll. En väg att hantera dessa utmaningar är att se personer med demens som experter som kan granska kritiskt och vara rådgivare för hur det omgivande samhället kan skapa stödjande miljöer i ett mer inkluderande samhälle – demensvänligt samhälle.

Demensvänliga samhällen utvecklades först i Japan och Skottland, vilket har gett inspiration till andra länder över hela världen. Syftet med demensvänliga samhällen är att skapa inkluderande samhällen där personer med demenssjukdom är aktiva medborgare (Alzheimers Disease International, 2017). Ett demensvänligt samhälle kan definieras ”Ett samhälle som medvetet agerar så att personer med demenssjukdom blir respekterade, får stöd och blir involverade för att kunna leva självständigt och oberoende så länge som möjligt. Samhället har beslutat att medverka till hållbara, goda och inkluderande levnadsvillkor för personer med demenssjukdom och deras närstående.” (Alzheimer’s Disease International, 2016, p. 10). Det har påvisats att initiativ för att upprätta demensvänliga samhällen måste baseras på lokal nivå inom ett samhälle för att överväga kulturella skillnader och senare utvidgas till nationell nivå (Alzheimer's Disease International, 2016). Dessutom saknas fortfarande perspektiv från människor som lever med demens i forskning om demensvänliga samhällen över hela världen (Buckner et al., 2019; Ebert et al., 2019; Herbert & Scales, 2019).

I forskningsprojektet ”Demensvänligt samhälle- Norrköpings modellen” har erfarenheter och kunskaper från personer med demens i ordinärt boende och erfarenheter från andra personer som kommer i kontakt med personer med demens tillvaratas för att bidra till en modell för ett demensvänligt samhälle. Resultaten från projektet baserat på intervjuer och dialogmöten med personer med olika erfarenheter av demens har påvisat följande vikten av *sociala*

mötesplatser, aktiviteter i vardagen som främjar hälsa och välbefinnande, hemmet, bostaden och grannskapet har stor betydelse och nuvarande kunskapsbrist om demenssjukdom behöver ersättas med kunskap. Övergripande stort behov av högre kunskapsnivå och kompetens vad gäller demenssjukdom i hela samhället har funnits. All samhällsservice bör genomföra en konsekvensbedömning inför åtgärder och beslut i relation till eventuella konsekvenser för personer som lever med demens., vad gäller t.ex. tillgänglighet. Volontärer och frivilligsektorn är en resurs som kan tillvaratas och utvecklas lokalt för personer som lever med demenssjukdom.

Vad kan vi ta med oss härifrån idag? Vi måste börja prata med personer som lever med en demenssjukdom och inte om dem, vilket är det första steget för att skapa ett demensvänligt samhälle. Personer med demenssjukdom är aktiva agenter över sina liv och bostadsområdet där de bor så kallat grannskapet är en betydelsefull del i deras vardagsliv för att främja hälsa och välbefinnande. Slutligen, vi måste tänka om i praktiken vad det gäller omvårdnaden, där sjuksköterskor måste tänka bortom inomhusmiljön, och då ofta på institutioner, ut till det som sker i de egna hemmen och i grannskapen (neighbourhood nursing).

Alzheimer's Disease International. (2016). *Dementia friendly communities: Key principles*. London: Alzheimer's Disease International. Available at: <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/dfc-principles.pdf>

Alzheimer's Disease International. (2017). *Dementia friendly communities. Global developments* (2nd ed.). London: Alzheimer's Disease International. Available at: <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/dfc-developments.pdf>

Buckner, S., Darlington, N., Woodward, M., Buswell, M., Mathie, E., Arthur, A., . . . Goodman, C. (2019). Dementia friendly communities in England: A scoping study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 1235–1243. doi: 10.1002/gps.5123.

Ebert, A. R., Kulibert, D., & McFadden, S. H. (2019). Effects of dementia knowledge and dementia fear on comfort with people having dementia: Implications for dementia- friendly communities. *Dementia*. doi: 10.1177/1471301219827708.

Herbert, C. A., & Scales, K. (2019). Dementia friendly initiatives: A state of the science review. *Dementia*, 18(5), 1858–1895. doi: 10.1177/1471301217731433.

Keady, J., Campbell, S., Barnes, H., Ward, R., Li, X., Swarbrick, C., . . . Elvish, R. (2012). Neighbourhoods and dementia in the health and social care context: a realist review of the literature and implications for UK policy development. *Reviews in Clinical Gerontology*, 22(2), 150–163. doi: 10.1017/S0959259811000268.

Odzakovic, E., Hydén, L. C, Festin, K., & Kullberg, A. (2019). People diagnosed with dementia in Sweden: What type of home care services and housing are they granted? A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(2), 229-239. doi: 10.1177/1403494818755600.

Winblad, B., Amouyel, P., Andrieu, S., Ballard, C., Brayne, C., Brodaty, H., . . . Zetterberg, H. (2016). Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurology*, 15(5), 455–532. doi: 10.1016/S1474- 4422(16)00062-4.

Hur skapar vi tillsammans ett demensvänligt samhälle ?

Elzana Odzakovic
 Distriktsköterska
 Avdelningen för omvårdnad och reproduktiv hälsa (ORH)

LINKÖPINGS
UNIVERSITET

1

Akademiforum

2

Man kan LEVA med demens

LINKÖPINGS
UNIVERSITET

2

Akademiforum

3

Vart bor personer med en demenssjukdom ?

- Av personer med demensdiagnos (2012) bor ca 72 % i det egna hemmet och hälften av dessa hade inga hemtjänstinsatser (Odzakovic et al., 2019)
- Ca 30 000 i SÄBO för personer med demenssjukdom (ger ca 19% av pmd bor i SÄBO) dvs 80 % bor i den egna bostaden (Socialstyrelsen, 2016-12-09, Statistik om särskilt boende)
- Andelen enpersonshushåll (äldre kvinnor) och utrikes födda ökar (SCB, 2015)

LINKÖPINGS
UNIVERSITET

3

Ett samhälle som medvetet agerar så att personer med demenssjukdom blir respekterade, får stöd och blir involverade för att kunna leva självständigt och oberoende så länge som möjligt. Samhället har beslutat att medverka till hållbara, goda och inkluderande levnadsvillkor för personer med demenssjukdom och deras närmaste.

(Alzheimer's Disease International, 2016, p. 10)

4

[illegible]

En folder baserad



Samtal i
grupp under
diagnositet



Summering av
gruppdiskussioner

[illegible]

Första forskningsprojekt i Sverige med inriktning på hur ett demensvänligt samhälle kan skapas.
Forskare: Agneta Kullberg (projekt ledare), Elzana Odzakovic, Ann-Charlotte Nedlund och Ingrid Hellström

5

Alkoholrelaterad kognitiv deficit (ARCD)

Jan Marcusson, professor, överläkare, Minnesmottagningen, Universitetssjukhuset, Linköping

Jan.Marcusson@liu.se

Varför måste alkohol uppmärksammas i samband med kognitiv utredning?

Både de positiva och negativa effekterna av alkohol har stark inverkan på hjärnans funktioner. Som en direkteffekt då alkohol finns i blodet men också som en konsekvens av alkoholbruk, även om alkohol inte finns kvar i kroppen. Alkoholens belönande effekt på hjärnan är ju själva drivkraften för alkoholintag. De allra flesta brukar alkohol utan problem, men för en del blir sökandet efter belöningseffekten ett beroende som i sig kan vara skadligt. Beroendet och toleransutveckling gör att man ökar alkoholintaget med risk för skador i flera av kroppens organsystem. Eftersom hjärnan är särskilt känslig för alkoholens negativa effekter riskerar man skador och funktionsnedsättningar långt tidigare än vad man kanske själv uppfattar och utan att se sig själv som alkoholberoende.

Bruket av alkohol tenderar att öka i den äldre åldersgruppen samtidigt som det verkar som att äldre är mer känsligt för alkoholens skadeverkningar [1]. Fler än 7-8 "standardglas" (t ex 15 cl vin) per vecka betraktas som riskbruk [1]. Med tanke på att (minst) 10% av äldre konsumerar risknivåer av alkohol måste vi i samband med kognitionsutredning klargöra alkoholens betydelse i det enskilda fallet. Vi ser ibland att man undervärderar hur mycket man dricker. Andra anger stora alkoholintag (en halv flaska vin per dag) och betraktar det som "normala mängder". Vi ser också hur personer med vissa demenssjukdomar under en period ökar sitt drickande. Det gör att alkoholens betydelse för det enskilda fallet måste klargöras i samband med kognitionsutredning. Är ett stort eller ökat alkoholintag en primär orsak till en kognitiv nedsättning där möjlighet till rehabilitering finns? Är alkoholvanan kopplad till en primär degenerativ demenssjukdom, men ändå skadlig och där det finns en möjlighet till en viss förbättring?

Alkoholen skadeeffekter och kliniska konsekvenser

Alkoholens skadeeffekter kan relateras dels till dess direkt neurotoxiska effekt men också till samtidig minskat tillgodogörande av näring där vitamin B1 brist kan orsaka allvarliga och irreversibla hjärnskador. Alkoholen orsakar initialt en oxidativ stress och inflammatoriska reaktioner som leder till synapsförluster och senare till nervcellsundergång. Degenerationen drabbar främst delar av frontalloben som orsakar nedsatta exekutiva funktioner (målinriktat beteende), nedsatt omdöme och nedsatt egenkontroll, inte minst över det egna drickandet. Alkoholen/näringsbristen orsakar också demyelinisering/atrofi i basala delar (diencephalon) och delar av lillhjärnan vilket orsakar nedsatt minne, gånggrubbingar och ögonmuskelstörningar. Man kan betrakta de kliniska tillstånden som alkoholen orsakar som ett kontinuum av kognitiva och neurologiska nedsättning orsakat av dels av alkoholens neurotoxiska effekter men också av upprepade och återkommande näringsbristskador, ledande till subkliniska varianter av Wernikes encefalopati, som annars är det akuta och livshotande tillståndet där man riskerar allvarliga och permanenta hjärnskador och demens (Korsakoffs syndrom) [2]. De mer lindriga effekterna kan beskrivas som alkoholrelaterad kognitiv deficit/nedsättning

(ARCD) som oftast påverkas frontala/exekutiva funktioner (insikt, omdöme, tålmod, arbetsminne, målinriktat beteende). Inte sällan ser man tidigt påverkan av lillhjärnsfunktioner med nedsatt balans och påverkad gångförmåga (ataxi). Nystagmus, ögonmuskelpåverkan kommer som en påverkan på hjärnstammen och lillhjärnan. De flesta menar att avhållsamhet från alkohol kan bromsa hjärnskadorna och i en del fall ses en viss reversibilitet. Även om skadorna är permanenta så kan avhållsamhet från alkohol stabilisera tillståndet, medan t ex skadorna vid Alzheimers sjukdom fortsätter att progrediera [3]. Det som skiljer alkoholskador från t ex Alzheimers sjukdom i klinisk profil är de tidigt utvecklade exekutiva svårigheterna, mer visuospatiala svårigheter och neurologiska symptom (ataxi, ögonmuskelstörningar) men mindre påverkade språkfunktioner och minnesstörningar som varierar [4]. Äldre verkar ha sämre förmåga att återfå funktioner då man slutar dricka och kvinnor utvecklar skador tidigare trots mindre alkoholintag [5].

Hur klarlägga alkoholens betydelse i det enskilda fallet vid kognitionsutredning?

Tidigare studier påvisar en klar underdiagnostik av alkohol som orsak till demens, vilket ibland uppges till minst 10% och som regel högre hos yngre än hos äldre [3, 5]. Ett systematiskt men "neutralt" faktainhämtande kring alkoholvanor är grunden (se Socialstyrelsen, 2015) kan minska underdiagnostiken. Frågor som fokuserar på vanorna i mer detalj är ett sätt att minska risken för svepande eller inkorrekta svar: Använder du alkohol? Hur många dagar i veckan? Vad dricker du då? Hur många glas alkohol dricker du per vecka, per dag? Det finns flera exempel och rekommendationer på hur alkoholbruket kan kartläggas, t ex Socialstyrelsen (2015). Ett komplement kan vara ett frikostigt blodprovstagande (Phospatidylethanol, PEth) för att spåra långvarig alkoholöverkonsumtion. Det har hög specificitet (inga falskt positiva svar) och reagerar på alkoholkonsumtion under de senaste två veckorna.

Hur förfara vid hög alkoholkonsumtion i samband med kognitionsutredning?

Om man vid utredningen noterar att det föreligger eller har förelegat en skadlig alkoholkonsumtion så bör man förstås ändå fullfölja utredningen, men som ofta behöver upprepas eftersom tillståndet är föränderligt om individen slutar dricka. Om riskbruk av alkohol föreligger bör man förstås försöka minska eller helt stoppa det. Huruvida man gör det i samarbete med beroendeklinik eller i den egna verksamheten beror på det enskilda fallet och de egna resurserna. Men ett tydligt "statement" från den enhet som står för kognitionsutredningen är en viktig del för att öka compliance för att minska alkoholintaget. Om patienten varit i ett skede av uppenbart hög konsumtion är det önskvärt att bedöma/testa om efter en nykter period på minst 2 månader för att få ett "alkoholfritt" testresultat [6]. Om patienten är motiverad kan läkemedelsbehandling som gör att man avstår från alkohol hjälpa. Det finns inga studier som visar att disulfiram eller akamprosot fungerar vid alkoholberoende/kognitiv nedsättning [6]. En del menar att antabus kan vara farligt vid nedsatt minne då patienten till följd av den kognitiva nedsättningen riskerar att glömma sin situation och fortsätta dricka trots behandling. En viss evidens finns för att opiatantagonisten naltrexon kan vara att föredra vid alkoholberoende/kognitiv nedsättning [7]. Men oavsett ovanstående, så är ett faktum att vi utreder och kommer att utreda en betydande andel personer med hög "normal" alkoholkonsumtion och som inte kommer till insikt om att minska sin konsumtion. För denna grupp är PEth ett sätt att följa konsumtionen och om PEth är förhöjd (>0.3) bör man vara försiktig att sätta slutgiltig demensdiagnos.

En omtvistad fråga är om man vid misstanke om ARCD ska ge tiamin parenteralt eller ej. Ingen tvekar att ge det vid ett akut tillstånd som Wernicke encefalopati. Men om hjärnskadorna vid ARCD är att betrakta som tidiga och lindriga hjärnskador lika mycket till följd av cerebral vitamin B1 brist, trots till synes normalt näringsintag kan man ifrågasätta varför inte vitamin B1 ges redan i ett mindre akut och allvarligt tillstånd.

Den diagnostiska processen vid utredning av kognitiva funktioner vid misstanke om hög alkoholkonsumtion

Eftersom alkohol kan ge både irreversibla och reversibla hjärnskador medför de fall med alkohol som etiologisk bakgrund till kognitiv nedsättning att man måste följa förloppet över tid och inte prematurt sätta definitiv diagnos av demensvalör. Många anser att den kognitiva testprofilen ofta är varierande och svårtolkad varför den kognitiva testningen bör utföras av neuropsykolog [6]. I litteraturen finns förbättringar beskrivna upp till ett år efter påbörjad nykterhet. Så det kan vara klokt att avvakta slutlig diagnos upp emot ett år. Begreppet alkoholrelaterad kognitiv nedsättning finns ju inte i vårt ICD10-system. Om de kognitiva symtomen är lindriga kan F06.7 Lindrig kognitiv störning + G31.2 Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol vara lämpliga diagnoskoder. Om man efter att ha följt ett förlopp är övertygad om att demens föreligger kan F02.8 Demens vid andra specificerade sjukdomar + G31.2 vara en lämplig kombination. Men det finns fler möjliga diagnoskoder att använda.

Referenser

1. Ahlner F SI, Waern M: **Alkohol och äldre - eftersatt fråga hos våra vanligaste patienter.** *Lakartidningen* 2018, **118**:1-2.
2. Zahr NM, Kaufman KL, Harper CG: **Clinical and pathological features of alcohol-related brain damage.** *Nature reviews Neurology* 2011, **7**(5):284-294.
3. Oslin DW, Cary MS: **Alcohol-related dementia: validation of diagnostic criteria.** *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2003, **11**(4):441-447.
4. Ridley NJ, Draper B, Withall A: **Alcohol-related dementia: an update of the evidence.** *Alzheimers Res Ther* 2013, **5**(1):3.
5. Sachdeva A, Chandra M, Choudhary M, Dayal P, Anand KS: **Alcohol-Related Dementia and Neurocognitive Impairment: A Review Study.** *Int J High Risk Behav Addict* 2016, **5**(3):e27976.
6. Hayes V, Demirkol A, Ridley N, Withall A, Draper B: **Alcohol-related cognitive impairment: current trends and future perspectives.** *Neurodegener Dis Manag* 2016, **6**(6):509-523.
7. Rosner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M: **Opioid antagonists for alcohol dependence.** *Cochrane database of systematic reviews* 2010(12):CD001867.



KUNSKAPSGLAPP

Alkohol och demens

Alkoholrelaterad kognitiv deficit (ARCD)

JAN MARCUSSON

Alkoholbruk

Alkoholism

Abstinens

Alkoholöverkonsumtion

Normalkonsumtion av alkohol

Hjärnpåverkan

Alkoholrelaterad demens (ARD)

Delirium
tremens

Wernickes
encefalopati

Korsakoffs
syndrom

Alkoholrelaterad demens (ARD)

Alkoholrelaterad kognitiv deficit (ARCD)

Normala kognitiva funktioner

Alkoholöverkonsumtion?

Riskkonsumtion

- Män: mer än 14 standardglas i veckan
- Kvinnor: mer än 9 standardglas i veckan
 - [Folkhälsomyndigheten, Systembolaget]

Riskkonsumtion äldre

- Royal College of Psychiatrists
 - 7 standardglas i veckan
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism
 - 8 standardglas i veckan



1 flaska
5 glas

Typ av riskbruk	Definition
Hög genomsnittlig konsumtion	Män: mer än 14 standardglas ¹ per vecka. Kvinnor: mer än 9 standardglas ¹ per vecka.
Intensivkonsumtion	Män: 5 standardglas ¹ eller fler vid ett och samma tillfälle. Kvinnor: 4 standardglas ¹ eller fler vid ett och samma tillfälle.

Rädgivande samtal om alkohol
(artikelnr 2015-1-8) kan beställas från
Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Fax: 035-19 75 29

Alkoholeffekter



Direkt toxisk
alkoholeffekt



Näringsbrist
(tiamin, vit B1)

Brist
Nedsatt
tillgodogörande



Hjärnskador

Oxidativ stress
Neuroinflammation
Degeneration
• Nekros, apoptos

Vitamin B1, tiamin

- Vitamin B1, tiamin behövs i glukosmetabolismen, för produktion av nukleinsyror, myelin och transmittorer samt skydd mot oxidativ stress

Hjärnskador relaterade tiamin-brist och alkohol

Frontal cortex: alkoholrelaterad degeneration, förlust av myelin, synapsförlust

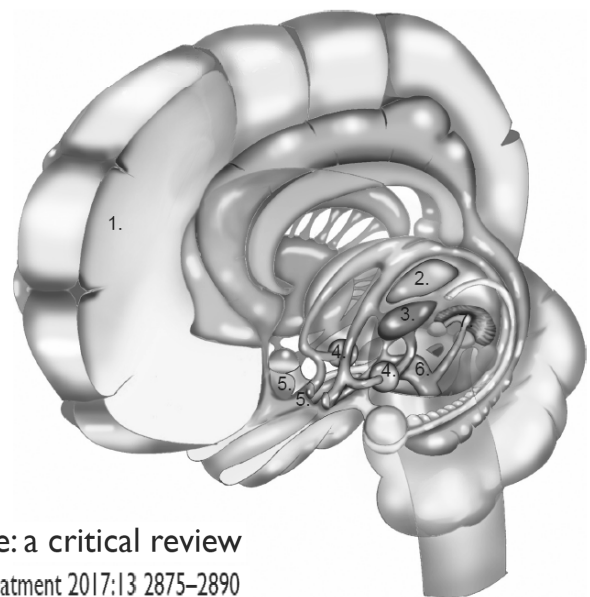
- Försämrade insikt, nedsatt empati, nedsatt emotionell kontroll

Diencephalon/lillhjärna: tiamin-brist orsakad myelin- och neuronförlust

- Nedsatt minne, ataxi

Nicolaas JM Arts^{1,2}
Serge JW Walvoort¹
Roy PC Kessels^{1,3,4}

Korsakoff's syndrome: a critical review
Neuropsychiatric Disease and Treatment 2017;13 2875–2890



Klinisk bild alkoholrelaterade skador

Ett kontinuum av symtom beroende på grad och tidslängd av alkoholbelastning och näringsbrist

Från ARCD, till ARD inkl Korsakoff's syndrom, ibland men långt ifrån alltid föregått av den akuta Wernicke encefalopatin

Hjärnskada

Alkohol

Alkohol +
Näringsbrist

Tid

Alkoholrelaterad kognitiv nedsättning (ARCD)

Hjärnskada

Fullt reversibel

Delvis reversibel

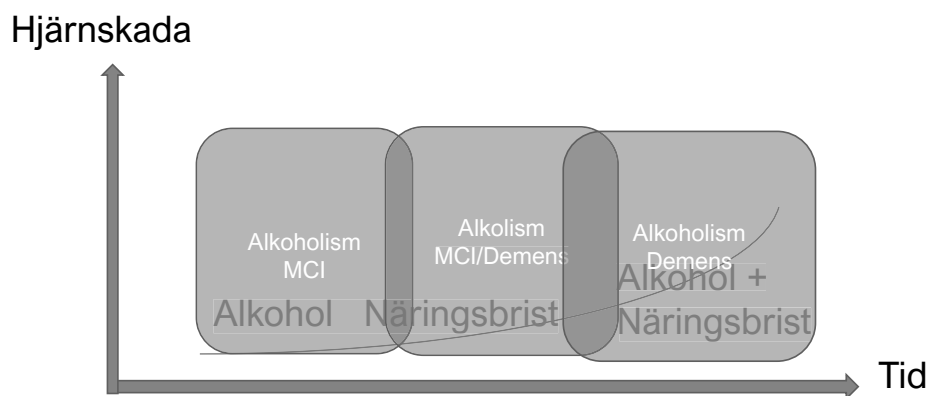
Minimalt reversibel,
irreversibel

Alkohol

Alkohol +
Näringsbrist

Tid

Alkoholrelaterad kognitiv nedsättning (ARCD)



Alkoholabstinens, delirium tremens

Klinisk bild: 1-4 dygn
efter större/längre
alkoholintag. obehag, oro,
orolig mage, pulsstegring,
BT stegring, tremor över
till hallucinationer (syn,
taktil), konfusion, kramper

Wernicke encephalopati

Klinisk bild: akut (timmar, dagar)

neuropsykiatrisk/neurologiskt tillstånd. Varianter av konfusion (>75%, ataxi (1/4) och ögonmuskelsymptom (1/4) (t ex abducens-pares) (men triaden ovanlig). Kan föregås av huvudvärk, irritation, magsymtom.

Etiologi: vitamin B1 (tiamin) brist..

Wernicke encephalopati

Diagnostik: anamnes (alkohol, ensidig kost), klinisk bild. CT/MR normalt till små lesioner.

Behandling: tiamin (B1) iv/im ev. + Magnesium. Frikostigt, även vid delirium tremens.

Korsakoffs syndrom

Klinisk bild: upprepade Wernicke episoder övergår till en kronisk form med demens och perifer polyneuropati/ataxi.

Alkohol och äldre – eftersatt fråga hos våra vanligaste patienter

Andelen äldre i befolkningen ökar [1], och dagens äldre dricker mer än tidigare generationer [2]. Ohälsan relaterad till alkohol ökar hos denna åldersgrupp, liksom antalet alkoholrelaterade dödsfall [3].

Läkartidningen vol 115, 2018, s 1-2

Alkohol demens upptar 10 (20)% av diagnosticerad demens, men bara känd i 1/4 av fallen

Carlen PL, McAndrews MP, Weiss RT, et al: Alcohol-related dementia in the institutionalized elderly. Alcohol Clin Exp Res 1994; 18:1330–1334

Felicia Ahlner, doktorand, folkhälsovetare
✉ felicia.ahlner@neuro.gu.se

Ingmar Skoog, professor, överläkare

Margda Waern, professor, överläkare, samtliga AgeCap-centrum för åldrande och hälsa, sektionen för psykiatri och neurokemi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Alkohol och betydelsen för kognitiv utredning

Alkoholöverkonsumtion ofta dold eller undervärderad, underdiagnostik

Funktionell påverkan även om "alkoholfri" vid testning

Svårt att avgöra hur mycket längre tids alkoholkonsumtion (inkl abstinens) inverkar på testresultatdirekt och hur mycket som kan förbättras

Svårt att urskilja om annan specifik degenerativ hjärnsjukdom föreligger därutöver

Ibland nydebuterad alkohol-överkonsumtion sekundärt till degenerativ hjärnsjukdom

Hur agera kring alkohol/kognitiv utredning?



Vilken struktur och hur uppmärksamma alkohol vid kognitionsutredning?



Hur ska vi agera vid högkonsumtion av alkohol?



Vem/hur testa kognition vid misstanke om ARCD?



Utredningsprocessen o diagnostik alkoholöverkonsumtion + ARCD?

Hur hanterar vi fortsatt alkoholöverkonsumtion?



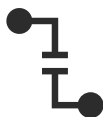
Hur/vem ska behandla/förebygga alkoholöverkonsumtion?

Förbättrat
diagnostiskt
samtal

Blodprov

Hur fånga alkohol (miss) bruk?

Alkoholnamnes



Autoanamnes?

Lågt samband mellan egen rapport om alkohol från kognitivt nedsatta och anhörigas rapportering



Inhämta alkoholnamnes även från närstående

Fokusera på vanorna men fråga även anhörig!

- Använder du alkohol?
- Hur många dagar i veckan brukar du dricka alkohol?
- Vad dricker du då?
- Tycker du det blir för mycket ibland?
- Hur många glas alkohol dricker du under en vanlig vecka?
- Hur ofta dricker du 5 glas eller mer (man) / 4 glas eller mer (kvinna) vid ett och samma tillfälle?

Socialstyrelsen 2015

Allt använd Screeningformulär (t ex AUDIT)

Tydliggör risker och ge råd



Information i dialog om risker och möjliga samband med patientens problem med hälsan/kognitionen.



Stimulera till att tala om en möjlig förändring av alkoholvanorna.



Diskutera vinsterna med en förändring av alkoholvanorna.



Försök få en uppfattning om motivation för att förändra alkoholvanorna.



Riskbruk

Med riskbruk av alkohol avses en hög genomsnittlig konsumtion eller intensivkonsumtion minst en gång i månaden



Blodprov Peth (fosfatidylethanol)

PEth (fosfatidyletanol) bildas endast i närvaro av etanol och har därmed hög specificitet. Falskt positiva resultat har inte påvisats, och sensitiviteten är högre än för CDT, MCV och gamma-GT såväl var för sig som i kombination.

Det finns ett starkt samband mellan alkoholkonsumtion de senaste 2 veckorna före provtagningen och mätvärdet, men hur pass stark förhöjningen av *PEth*-värdet blir kan skilja sig åt mellan olika individer även vid identiskt alkoholintag. Enstaka berusningstillfälle ger ingen förhöjning. Halveringstiden är cirka 4-7 dygn.



Utredningsprocessen alkohol/kognition

Status: undernäring? Ögonrörelser/nystagmus? Ataxi?

Lab: blodstatus, elektrolyter, leverprover, njurfunktion,
koagulationsprover, Peth

CT/MR hjärna

Hur agera vid ARCD?

- Tydligt "statement" om allvaret i situation
- Remiss till beroende-enhet eller motsvarande?
- Alt kvar på utredande enhet och fortsatt uppföljning/stöd
- Läkemedel mot beroende
- Planera fortsatt utredning utifrån möjlig alkoholfrihet



När kognitiv testning vid alkoholöverkonsumtion?

Uppenbar högkonsument och misstänkt påverkan:

- Efterhör senaste dagarnas konsumtion. Påverkad eller abstinenssymptom?
- Överväg att boka ny tid inom snar framtid och säkra minst en veckas alkofrihet innan ev testning.

Misstanke om alkoholöverkonsumtion som bidragande orsak till kognitiv nedsättning:

- Omtestning efter minst 2 månaders "alkolfrihet" innan ev fastställande av ARCD
[Oslin et al, Int J. Geriatr Psychiatry 13: 203-212, 1998.]

Förnyad bedömning efter 6-12 månader av alkofrihet innan ev. slutdiagnos:

"Avvakta 6-12 mån innan fastställande av ARCD"

[Marcusson]

Vem/hur bedöma kognition vid misstanke om alkoholskador?

- Alkoholorsakade skador på kognition kan vara diskreta och inte alltid "typiska" vilket talar för en bred och förutsättningslös kognitiv bedömning
- Fastställande av kognitiv nedsättning över en rad domäner så att man kan möta motsvarande behov
- "Flexible battery approach"
- = Neuropsykologisk bedömning

[Hayes et al, Neurodegener Dis Management 6: 509-523, 2016]



Alkohol



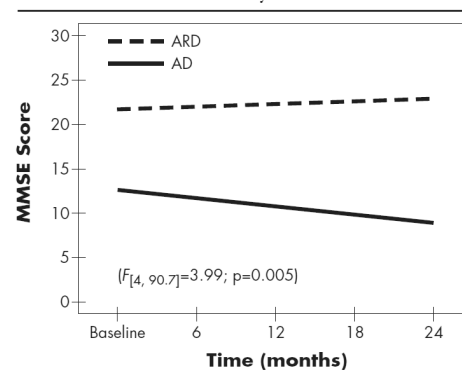
Kognitiv
nedsättning/demens

Diagnostik vid ARCD/ARD

Diffdiagnostik Alkoholskador vs Alzheimer

- ❖ Stabilisering/förbättring över tid om nykter
- ❖ Tidiga exekutiva och visuospatiala symtom (arbetsminne)
- ❖ Samtidigt neurologiska symtom från lillhjärna/hjärnstam (ataxi, nystagmus, ögonmuskeldysfunktion)
- ❖ Oftare bevarade språkfunktioner
- ❖ CT/MR mer cerebellär och hjärnstamsatrofi

FIGURE 1. Cognitive status (MMSE) of ARD and AD subjects over the course of 2 years



Note: MMSE: Mini-Mental State Exam; ARD: alcohol-related dementia; AD: Alzheimer disease.

Oslin et al, 2003

Am J Geriatr Psychiatry 11:4, July-August 2003

Diagnos vid ARCD?

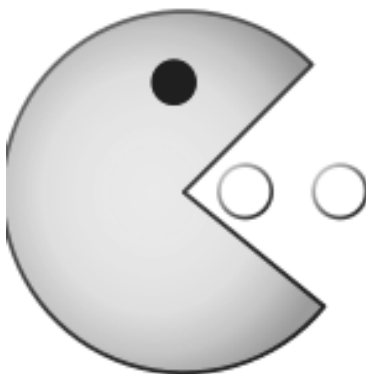
F06.7 Lindrig kognitiv störning + G31.2 Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol

F02.8 Demens vid andra specificerade sjukdomar + G31.2 Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol

.....
F10.6 Amnesisyndrom orsakat av alkohol

F10.7A Alkoholdemens

Läkemedel mot beroende/ARCD



Naltrexon, viss evidens

Disulfiram (Antabus), saknar evidens (försiktighet!)

Acamprosate (Campral), saknar evidens

Vem initierar/följer?

Nationella Demensdagen

Torsdag 18 mars 2021

Bonnier Conference Center

Fyll i utvärderingen och
påverka innehållet 2021



www.akademiforum.se