

Demensriktlinjer under lupp

Socialstyrelsens preliminära version av nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom bör både granskas och ifrågasätts. Riktlinjerna beräknas vara klara sommaren 2010.

Om P4P (pay for performance) och kvalitetsregister får styra vården kan möjligen en kallelse till demensutredning i framtiden se ut som i exemplet härintill. Datainspektionen kan ha en del att invända, åtminstone när det gäller att i preventivt syfte överföra individuppgifter om diagnoser mellan huvudmän och kliniker, och de etiska regelverken kan möjligen påverka formuleringarna i inbjudan en aning även om sakförhållandena kvarstår.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, den preliminära versionen [1], finns ett värdegrundskapitel och ett etiskt avsnitt som formulerar villkor om bemötande med mera. Dessa gäller dock bara dementa och är knappast mätbara. I det fingerade fallet har ju patienten ännu inte heller någon diagnos, varför de överväganden som görs där kanske inte är giltiga.

Kanske är behovet av personligt bemötande, respekt och omsorg inte lika stort för vanliga, icke-diagnostiserade patienter? Kanske kan också åldringsvården för »ännu ej dementa«, eller för individer med multisjuklighet i allmänhet, bedrivas mer opersonligt och i stordrift på ett annat sätt än för dem som diagnostiserats?

Utredningar, förslag och beräkningar presenteras som gällande för de dementa, vilket säkert är korrekt, men multisjuka och patienter med problematisk psykosocial situation undantas då från slutsatserna utan att detta nämns. Så-

dana patienter ingår oftast inte i de vetenskapliga analyser som ligger till grund för riktlinjerna. Det blir alltså allt mer betydelsefullt att ta hänsyn till exklusionskriterier både i studier och i kvalitetsregister vid skapandet av riktlinjer och i den kliniska praktiken [2]. Utvärderingen av medicinering till exempel har oftast förutsatt ett fungerande socialt nätverk, och bortfallsvolymerna var avsevärda i studierna.

I riktlinjerna konstateras att en stor del av de dementa saknar diagnos, vilket man tycker bör åtgärdas. Samtidigt konstaterar man att dessa patienter i många fall redan vistas på äldreboenden. Upp till 80 procent av de boende på servicehus har någon form av demens. Konsekvensen blir då att man på dessa boenden måste »jaga diagnoser« för att hyfsa statistiken i stället för att hantera och ge hjälp.

I bisatser konstateras att det i dessa åldersgrupper kanske går att låta bli att driva diagnostiken så långt, men då belastas ju å andra sidan utfallet med osäkra fall och bristande andel DT-undersökta, vilket ingår som mått i de föreslagna kvalitetsindikatorerna.

Existerande kvalitetsregister

Landstinget

Lokala minnesmottagningen
Glömskegatan 8
Glömskan

Glömskan 16 november 2009

Kallelse till demensutredning

När landstingets controller analyserat utfallet av Kvalitetsregister demens, noterar man att vår enhet har ovanligt få dementa patienter. Vi anses vara dåliga på att diagnostisera demens. Detta är ju ur samhällets synpunkt dåligt, eftersom man vet att virriga gummor och stora kostnader som följd.

Kommunen är ju också intresserad av vilka som är dementa, för att kunna planera för kommande nedläggningar av serviceboenden (»omstruktureringar«). I trafiken innebär tidig demens att många olyckor sker. Det är förstås också viktigt att jaktvapen tas omhand från dementa i god tid. Vi måste alltså öka vår registrering av demensdiagnoser för att vår enhet ska få ersättning från landstinget, nå en ekonomi i balans och kunna erbjuda god vård framöver.

Vi har på senare tid tyckt oss märka att du uppträder lite förvirrat. Därför förstår du säkert att det är viktigt att du infinner dej för ett samtal och en del provtagningar för att vi ska kunna fastslå diagnosen för vårt gemensamma bästa och eventuellt dra in ditt körkort och din vapenlicens innan någon olycka sker. Kanske behöver vi också utse en God man – allt för ditt eget bästa.

Visserligen är säkerheten i diagnostiken inte så hög ens vid minnesmottagningarna, men å andra sidan kan man ju vid fastslagen diagnos ibland i ända upp till dryga hälften av fallen gynnsamt påverka symtomen med mediciner, vilket kan vara viktigt. Vi förstår att du har annat att tänka på med alla dina andra sjukdomar och bekymmer, men nu har vi bokat in en tid åt dej, så du är välkommen att infinna dej på vår mottagning för kontroll.

Din tid för demenskontroll: Måndag 7 december kl 09.30



ROBERT SVARTHOLM

informationsläkare, specialist i allmänmedicin, Norrbottens landstings läkemedelskommitté
polarull.svartholm@telia.com



MARKUS BELAND

distriktsläkare, specialist i allmänmedicin, Jokkmokks vårdcentral

(SveDem) innehåller många av de i förslaget ingående måtten men också ett önskemål om att diskutera obduktion av hjärnan för att säkerställa diagnosen, vilket gör detta mindre tillämpligt i vanlig klinisk praxis [3].

Ett vanligt mått för att fastställa graden av demens är mini-mental-test (MMT). I klinisk praxis är det fullständigt klart att totalpoäng i MMT inte avgör behovet av institutionsboende. Denna koppling har man emellertid gjort i olika modellstudier. I olika populationer har man då noterat ett samband: ju mer demens, desto större behov av institutionsboende. I förhållande till detta har man vägt in de relativt få läkemedelsstudierna, med sina tydligt selekterade patienter och blygsamma utfall, och kommit fram till att »läkemedelsbehandling kan vara kostnadseffektiv«.

Denna slutsats förefaller något vidlyftig och definitivt väl så kortfattad. Även om man redovisar att evidensgraden är svag, och även om reservationer förs in i bisatser, lyfts formuleringen fram tydligt och frestande för

beslutsfattare, anhöriga och patientföreningar – följer man riktlinjerna så spar man pengar.

Under hösten 2009 anordnas seminarier runt om i landet för att »implementera« eller »påverka« riktlinjerna. Många tror och upplever att riktlinjerna redan är beslutade, och arbete pågår för att analysera konsekvenserna av förslagen. Frågan är dock om någon har tid och resurser nog att granska beslutsunderlag och förslag och i verklig mening påverka riktlinjernas innehåll, speciellt utifrån ett oberoende, kritiskt förhållningssätt.

I mångt och mycket är detta nödvändigt, inte minst eftersom en stor grupp potentiellt dementa patienter finns i primärvården och ofta saknar både sjukdomsinsikt och lust eller motivation att genomgå diagnostiska processer »i onödan«.

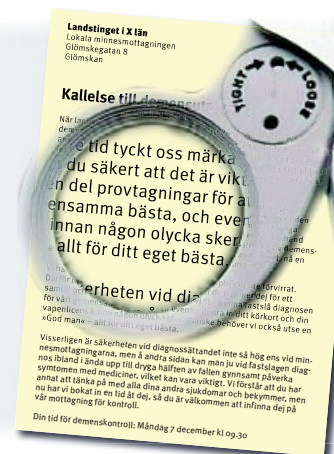
Även utan en detaljerad demensdiagnos torde äldre personer ha rätt till social omsorg, personligt bemötande och en värdig ålderdom. Måhända är dessa svårt sjuka och utsatta patienter i be-

hov av att redan i förväg ha fått tillgång till en personlig vård och kontinuerlig läkarkontakt med bred kompetens. Landets dementa patienter är värda att riktlinjerna granskas och ifrågasätts.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Preliminär version. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/demens>
2. Herlitz J. Hjärtinfarkt vård under lupp. Öppna jämförelser måste utvecklas och bli mer trovärdiga. Läkartidningen. 2009;106:2117.
3. Svenska demensregistret. Fråga 2.1.16. <http://www.ucr.uu.se/svedem/>



Bildcollage: Ewa Knutsson