

Demenssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt

SBUs sammanfattning och slutsatser



OLOF EDHAG, professor
ANDERS NORLUND, ekon dr,
 projektledare norlund@sbu.se
 båda SBU, Stockholm

Denna artikel är en förkortad, något bearbetad version av SBUs sammanfattning och slutsatser om demens. Avsikten är att fastställa kunskapsläget avseende demenssjukdom i vid bemärkelse: förekomst, orsaker, utredningar, behandlingar, omvårdnad, etiska värdegrunder, kultur och språk samt kostnadsaspekter på demenssjukdom. När det gäller åtgärder för utredning, behandling eller omvårdnad har en generell avgränsning gjorts till studier av interventioner. Med undantag för etik har deskriptiva studier exkluderats, likaså demenssjukdom som en följd av HIV- eller Borrelia-infektion. Interventionsstudier av lindrig kognitiv störning (MCI, mild cognitive impairment) har inte granskats, eftersom de inte uppfyller kriterierna för demenssjukdom.

Den fullständiga rapporten kommer att finnas tillgänglig på <http://www.sbu.se>.

Metod

Systematisk sökning och bedömning av publicerade studier ligger till grund för projektgruppens resultat och slutsatser. Projektgruppen har haft en tvärvetenskaplig sammansättning med 26 experter (se slutet av artikeln). Beroende på frågeställningar har litteratursökningar genomförts i olika databaser (Medline, CINAHL, PsycInfo, Sociological abstracts, Social Services Abstracts, SveMed+, Cochrane library, ERIC, NHSEED/HTA och HEED), de flesta avgränsade till det engelska språket. Den sökta perioden har som längst avsett tiden 1966 till juli 2004, men kortare tider förekommer för bl a läkemedel med introduktion under 1980-talet eller senare. Studier publicerade efter juli 2004 (epidemiologi december 2004) har inkluderats endast om de påverkat slutsatserna.

Med demensprojektets inriktning på bl a epidemiologi, diagnostiska utredningar, behandlingar, omvårdnad och hälsoekonomi följer att publicerade studier har olika utformningar – från longitudinella, populationsbaserade, epidemiologiska studier till randomiserade, kontrollerade studier med strikta kriterier för inklusion och exklusion. Detta har ställt krav på delvis olika lösningar för utformning av kriterier för projektgruppens bedömningar av relevanta studiers bevisvärde. Beskrivningar av tillämpade bedömningskriterier och granskningsmallar återfinns i de fullständiga manuskripten, <http://www.sbu.se>.

Syndromet demens

Demenssyndromets fundamentala defekt är nedsatt minnesfunktion. Demens är emellertid mer än enbart glömska, ett av följande symtom ingår också: försämrad tanke-, kommunikations- och orienteringsförmåga samt praktisk förmåga, dvs större svårigheter att upprätthålla inlärda färdigheter eller att klara vardagssysslor (Fakta 1). En del personer utvecklar även



Foto: Science Photo Library

Nedsatt minnesfunktion är den fundamentala defekten i demenssyndromet.

personlighetsförändringar med bristande insikt och dåligt omdöme, hämningslöshet, aggressivitet, känslomässig avtrubning och brist på empati. Dessa symtom och flera neurologiska kännetecken bestäms direkt av hjärnskadans lokalisation och svårighetsgrad, s k primära symtom.

Andra psykiska symtom som ångest, depression, misstänksamhet, vanföreställningar och tvångsmässigt beteende förefaller snarare mer vara relaterade till patientens reaktioner på brister i den mentala förmågan än vara en del i grundsjukdo-

SAMMANFATTAT

Ålder är den främsta riskfaktorn för att utveckla demens. Det finns ingen bot mot demens, men god kontroll av blodtrycket i medelåldern och ett aktivt liv i pensionsåldern kan fördröja demenssjukdomens utveckling.
Det finns i nuläget inga bra metoder för att upptäcka demenssjukdom tidigt. Vid utredning av demens är anamnes och status vid klinisk undersökning viktigast, kompletterade med enklare kognitiv test (t ex klocktest) och information från närstående. Efter basal utredning kan datortomografi eller magnetkameraundersökning med hög säkerhet identifiera personer med Alzheimers sjukdom.

Behandlingseffekten av alzheimerläkemedel är liten men signifikant, och tidsmässigt är effekten begränsad till cirka ett år, enligt publicerade studier. Biverkningar är vanliga. Uppföljning av läkemedlens effekter är viktig.
Av hittills publicerade studier är det svårt att bedöma om behandling med läkemedel är kostnadseffektiv eller inte.
Resultatet av omvårdnadsåtgärder för en patient med demens är beroende av en väl fungerande relation mellan patient och vårdare. Patienter som behandlas som kapabla personer visar sig ofta vara mer alerta, adekvata och oberoende.

FAKTA 1

Slutsatser: Förekomst och risk

Av beräknade 140 000 personer i Sverige med någon form av demenssjukdom har två av tre Alzheimers sjukdom. Andra vanliga demenssjukdomar är vaskulär demens (10 procent av samtliga) och frontallobsdemens (5 procent). Övriga demenssjukdomar utgör olika blandformer, varav Lewy body-demens ofta förekommer med Parkinsons sjukdom. Ett gemensamt kännetecken vid de olika formerna av demenssjukdomar är att minnesfunktion och kognitiv funktion nedsätts på grund av död av nervceller.

- Demens är ett syndrom med ålder som främsta riskfaktor (evidensstyrka 1). Antalet insjuknade i demenssjukdom ökar beroende på att allt fler lever längre. Förekomsten av demenssjukdom är omkring 1 procent vid 65 år och över 50 procent vid 90 års ålder.
- Kvinnor över 85 år har större andel Alzheimers sjukdom än män i samma ålder (evidensstyrka 2).
- Kända genetiska förändringar som orsak till Alzheimers sjukdom är sällsynta, men förändringar i en gen ökar individens risk för att utveckla Alzheimers sjukdom (ApoE4-allelen) (evidensstyrka 1).
- Det finns för närvarande ingen specifik förebyggande behandling av demenssjukdom, men god kontroll av blodtrycket i medelåldern reducerar risken för att senare insjukna i demenssjukdom (evidensstyrka 2).
- Behandling med blod-

tryckssänkande läkemedel minskar risken för att senare utveckla strokerelaterad demens (evidensstyrka 2).

- Sjukdomens utveckling kan fördröjas om äldre människor kan bibehålla ett aktivt liv med intellektuella sysselsättningar (evidensstyrka 2). Tillstånd med kognitiv försämring till följd av hypo- eller hypertyreoidism saknar samband med demenssjukdom men bör givetvis upptäckas och behandlas.
- Befintliga studier visar motstridiga resultat för samband mellan låg nivå av vitamin B₁₂ och nedsatt kognitiv funktion och Alzheimers sjukdom. Det finns ett måttligt starkt samband mellan låg nivå av folsyra och nedsatt kognitiv funktion. Det finns ett starkt samband mellan hög nivå av homocystein och nedsatt kognitiv funktion. Behandling med vitaminer, t ex B₁₂ eller folsyra, som sänker homocysteinhalten ger dock ingen förbättring av den kognitiva förmågan hos patienter med nedsatt kognitiv funktion.

Olika kriterier tillämpas för bevisvärdering av inkluderade studier beroende på område (risker, prevalens, diagnostik, behandling, omvårdnad, ekonomi), men samma princip används för summering av studiers bevisvärde till evidensstyrka, dvs starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka 1), måttligt starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka 2) och begränsat vetenskapligt underlag (evidensstyrka 3).

men. Det finns flera likartade symtom för de olika formerna av demens. Fokala hjärnskador kan orsaka svår minnesförlust, dysfasi och personlighetsförändringar. Långvariga förvirringstillstånd hos äldre, som t ex kan ha orsakats av läkemedel, kan mycket påminna om demens. Demens beskrivs därför som en förvärvad, omfattande försämring av flera hjärnbarksfunktioner men utan påverkan på medvetandegraden.

Enligt den svenska kliniska klassifikationen bör en grundlig analys av patientens bakgrund och en klinisk rutinundersökning vara utgångspunkt när diagnosen ställs.

Gränsen mellan normala och icke-normala kognitiva åldersförändringar är diffus. Lindrig kognitiv störning eller som det ofta kallas, MCI, håller alltmer på att uppmärksammas. Störningen beskrivs i allmänhet som en heterogen, oskarpt avgrän-

FAKTA 2

Slutsatser: Utredningar

Alzheimers sjukdom i tidigt skede med lätt kognitiv störning är svårt att definiera och att skilja från glömska vid normalt åldrande. Det finns i nuläget inget tillförlitligt test för att identifiera demenssjukdom i ett tidigt skede. Nuvarande former av diagnostiska instrument för demenssjukdom är inte heller tillräckligt utvecklade för att kunna användas vid screening för sjukdomen.

Det saknas en standardiserad norm (»gold standard«) för att identifiera demenssjukdom och utesluta andra sjukdomar. Bristande precision i definitioner av olika former av demenssjukdom begränsar möjligheterna att skilja dem från varandra.

- Anhörig eller närstående kan ge värdefull information som komplement till undersökning av patienten och hörande av patientens egen berättelse.
- Med standardiserade intervjuer för anhörigintervju (evidensstyrka 2) och enklare kognitiva test, såsom klocktest (evidensstyrka 2) kan man i primärvården eller på motsvarande nivå göra ett första urval av patienter inför eventuell fortsatt utredning.
- Ett stort antal metoder (skalor, index) tillämpas för att mäta graden av olika tillstånd av demenssjukdom, t ex grad av kognitiv försämring, funktionell nedgång och symtom på bete-

endeförändringar. Flertalet metoder är ofullständigt utvärderade, vilket försvårar möjligheterna att bedöma effekter av åtgärder för behandling och omvårdnad.

- Efter basal utredning kan påvisandet av atrofi av den mellersta tinningloben mätt med datortomografi (DT) respektive magnetkameraundersökning (MR) med hög säkerhet identifiera personer med Alzheimers sjukdom (evidensstyrka 1).
- Funktionell diagnostik (PET, SPECT) har måttligt starkt värde (evidensstyrka 2) och neurofysiologiska utredningar (EEG och kvantitativ EEG) har ett begränsat värde för diagnostik av demenssjukdom (evidensstyrka 3).
- Apolipoprotein Eε4 som markör för ApoE4-allelen är ett dåligt instrument för att ställa diagnosen Alzheimers sjukdom eller för differentialdiagnostik.
- Efter basal utredning är analys av biokemiska hjärnskademarkörer i ryggmärsvätska (CSF-analys) ett effektivt sätt att identifiera personer med Alzheimers sjukdom (evidensstyrka 1). Detta gäller även neuropsykologiska test (evidensstyrka 1).
- Det saknas studier där kombinationer av olika undersökningar har ingått. Därmed vet man inte med säkerhet vilka utredningsvägar som är mest kostnadseffektiva.

sad symtombild i gränslandet mellan normal hjärnfunktion och demenssjukdom. Den aktuella utredningen har inte granskat litteraturen som handlar om MCI, då de metoder som hittills använts inte i acceptabel omfattning kan skilja personer med förmodad MCI från friska.

Utredning av kognitiva symtom

Kognitiva symtom kan bero på normalt åldrande eller på ett brett spektrum av neurologiska, psykiatriska eller invärtesmedicinska tillstånd (Fakta 2). Utredning av kognitiva besvär och symtom är en tvärvetenskaplig uppgift, som inbegriper läkare inom olika specialitetsområden, psykologer, arbetsterapeuter, logoped, sjukgymnaster och annan hälso- och sjukvårdspersonal liksom personal inom socialtjänsten.

För den diagnostiska utredningen används olika informationskällor, men patientens anamnes och status vid klinisk undersökning är viktigast. Patientens medicinska anamnes bör kompletteras med information från anhöriga eller andra när-

FAKTA 3

Slutsatser: Etiska aspekter och attityder

- Etiska frågor är ofta aktuella, då demenssjukdom påverkar nästan alla aspekter av livet. Värderingar och normer, t ex synen på människan eller vilka handlingar som är riktiga, är viktiga och berör såväl diagnostik som behandling och vård. Frågorna och svaren är sällan enkla och okomplicera-

de utan kräver ofta en aktiv etisk reflektion med utgångspunkt i både kunskaper och värderingar.

- Demenssjukdom kan uppfattas som en stigmatiserande sjukdom. Med ökade kunskaper och större öppenhet om demenssjukdomen kan attityderna till denna sjukdom bli mindre negativa.

stående. En säker diagnos ställer krav på kliniska belägg med viss varaktighet, sex månader enligt det internationella klassificeringssystemet ICD-10. Mer sällsynta eller svårbedömda demenstillstånd förekommer i upp till 20 procent av fallen. Där kan utvidgad diagnostisk utredning erfordras. Att utreda demenssjukdomar och fastställa differentialdiagnoser är svårast i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet.

Förekomsten av demens hos patienter remitterade till minneskliniker är oftast ganska hög, mellan 50 och 100 procent, eftersom dessa patienter har bedömts i och härefter remitterats från primärvården. Förekomst av demens i primärvården är mot denna bakgrund mycket lägre än på minneskliniker.

Etik

Beslut om etiska frågor utgår från en uppfattning om fakta. Svaret på frågan om det är rätt att avsluta tillförsel av näring till personer med demenssjukdom hänger samman med om man tror att döende utan näring och vätska är plågsam och i vad mån sondmatning innebär fördelar för patienten.

Den empiriska forskningen är mager och motsägelsefull. Erfarenhet visar att personer med grav demenssjukdom, vilka verkar frånvarande, plötsligt under en kort stund kan visa att de minns, förstår och bryr sig. Litteraturgenomgången visar att det råder oenighet om vilka normer som finns eller bör gälla för vård av patienter med demenssjukdom. Samtidigt uppkommer det en rad svåra etiska avväganden och problemställningar i olika vardagssituationer när personer med demenssjukdom ges vård. Det är därför angeläget att den etiska reflektionen inom demensvården är aktiv. Den bör lyfta fram olika synsätt och väga samman dessa i väl övervägda etiska ställningstaganden.

I Prioriteringsutredningens slutbetänkande Vårdens svåra val (SOU 1995:5) betonas hälso- och sjukvårdens ansvar att snarast bedöma varje patient som söker vård. Den medicinska bedömningen inbegriper diagnostik. Vidare anges att vården skall vara till nytta, både ändamålsenlig och meningsfull. Då det i nuläget inte finns verkningsfulla biologiska test för att identifiera demenssjukdom i tidigt skede, och det heller inte finns studier som visar att demenssjukdom går att förhindra genom tidigt insatt behandling, är det inte etiskt försvarbart att bedriva avancerad diagnostik vid lindrig kognitiv störning. Däremot är det givetvis av stor betydelse att patientens behov av stöd och hjälp ges.

Att vårda en demenssjuk

Personer med demenssjukdom kan visa en rad symtom som försvårar det dagliga livet, t ex svårigheter att tolka synintryck (agnosi) och svårigheter att utföra viljestyrda handlingar (apraxi). Svårigheterna varierar med graden av demenssjukdom. Personer med lindrig demenssjukdom visar problem bara i pressade situationer, medan personer med svår demenssjuk-

FAKTA 4

Slutsatser: Omvårdnad av demenssjuka

- God vård baseras på en fungerande relation mellan vårdaren och patienten och på att vården har ett bra och relevant sakinnehåll. De studier som utvärderat olika former av omvårdnad har som regel inte kontrollerat för eller värderat effekterna av relationen, varför resultaten kan vara svåra att bedöma. Studierna har varierat mycket med avseende på syfte, typ av interventioner och instrument för utvärdering, vilket försvårar sammanvägningen av studierna till en evidensstyrka. Flera studier av omvårdnad, dock med generellt lågt bevisvärde, visade vissa positiva effekter av olika interventioner, exempelvis ökad livskvalitet för enskilda patienter av multisensorisk stimulering, musik och reminiscensterapi.

- Det finns många studier av klinisk handledning av vårdpersonal och av utbildningsprogram för vårdpersonal, men de motsvarar inte gällande kriterier för bevisvärdering, varför det inte kan anges vilken metod som är den mest effektiva. Allmänt gäller dock att vårdpersonalen behöver stöd med utbildning.
- Demenssjukdom i familjen påverkar i hög grad även de anhörigas livssituation. Psykosociala träningsprogram för anhöriga kan minska deras oro och depression (evidensstyrka 2), liksom utbildning i hur en demenssjuk persons beteendeproblem kan hanteras (evidensstyrka 3).
- Livskvalitet är viktigt för personer med demenssjukdom, men bra metoder för skattning av livskvalitet ur den demenssjukes perspektiv saknas.

dom har stora problem i de flesta situationer. Personer med måttlig till svår demenssjukdom kan visa beteenden som är svårbegripliga och svårhanterliga för anhöriga och vårdare, t ex apati, rastlös vandring fram och tillbaka, aggressivitet, plockighet och skrik. Svårigheter att uttrycka sig verbalt och icke-verbalt samt att tolka andras uttryck leder till svårigheter att relatera till andra (Fakta 4).

En viktig fråga är i vad mån personer med svår demenssjukdom fortfarande kan betraktas som personer med ett bevarat socialt jag. Hur man betraktar demenssjuka har betydelse för hur man relaterar till dem. Två vårdare kan utföra samma åtgärder, den ena lyckas och den andra misslyckas. Deras förhållningssätt och olika sätt att kommunicera med patienterna påverkar relationen. Att resultatet av insatta åtgärder är beroende av en väl fungerande relation mellan patient och vårdare gör det svårt att utvärdera vårdinsatser.

Omvårdnad som avser att mildra konsekvenserna av demens och öka välbefinnandet kan utvärderas avseende kvarvarande effekter sedan åtgärden avslutats eller under tiden som åtgärden genomförs. Eftersom demenssjukdom medför successiv försämring kan man ofta förvänta sig effekter enbart medan omvårdnaden pågår, eller enbart en kort tid efter avslutad omvårdnad. När vårdare utbildas, eller när vårdare får insikter om möjligheter under omvårdnadsarbetet, kan effekterna bli permanenta i den meningen att vårdarna behandlar patienterna annorlunda.

Orden »kultur« och »etnicitet« vid demensvård används ofta synonymt. Kultur kan sägas innefatta de tros-, värde- och normsystem som en grupp människor delar, eller som de föreställningsramar som hjälper dem att tolka världen. Språket har här en viktig funktion.

Forskning om tvåspråkighet och omvårdnad har beskrivit hur det senare inlärd språket försvinner i takt med att demenssjukdomen förvärras. Under sista fasen av sjukdomen har pati-

enten endast kvar sitt modersmål, vilket orsakar stora problem i vårdssituationer där vårdarna inte behärskar patientens modersmål.

Metasummering av kvalitativa studier. Inkluderade interventioner som utvärderades med kvalitativa metoder fokuserade på kommunikation, musik, sång och dans. När patienter med måttlig till svår demenssjukdom behandlades som kapabla personer visade resultaten att denna typ av kommunikation, som innebar en medmänsklig relation mellan patient och vårdare då och då, medförde att patienter visade psykisk klarhet och att latent kompetenser blev synliga. Patienterna visade sig mer alerta, aktiva, adekvata och oberoende samt ha ökat välbefinnande.

Läkemedelsbehandling

Ett viktigt mål vid läkemedelsbehandling av demenssjukdom är att förbättra kognitiva funktioner, liksom att behandla depression, beteendestörningar och psykiska symtom. Förutom redan etablerade behandlingar vid Alzheimers sjukdom har flera andra läkemedel rapporterats ha effekter på demenssjukdomar, antingen genom symtomatisk effekt på den kognitiva nedsättningen eller genom att påverka själva sjukdomsprocessen. Många av dessa resultat har rapporterats från epidemiologiska studier. I några studier har kontrollerade försök genomförts, men resultaten är ofta motsägelsefulla. De vanligaste »icke-etablerade« farmakologiska behandlingarna som prövats vid Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar har inkluderats i litteraturgranskningen (Fakta 5).

Olika typer av läkemedel kan orsaka kognitiv nedsättning. Patienter med demens löper särskilt stora risker för sådana problem på grund av neurodegeneration och medföljande försämring av nervernas signalöverföring, speciellt vid Alzheimers sjukdom. Detta gäller särskilt läkemedel med antikolinerg effekt, t ex neuroleptika och tricykliska antidepressiva, vilkas effekt är direkta motsatt den som de vanligaste alzheimerläkemedlen har.

Livskvalitet anses vara ett av de viktigaste och kliniskt mest relevanta resultaten när åtgärder och behandling av demenssjukdom analyseras. Bedömningen av livskvalitet hos demenssjuka är emellertid svår att utföra. Livskvalitet bedöms ofta genom självskattning, men hos demenssjuka är detta ofta omöjligt och resultaten är inte alltid tolkningsbara. Ett exempel är svårigheter att tolka skillnader mellan patientens subjektivt upplevda välbefinnande och närståendes uppfattning.

Bedömning av läkemedelsstudier vid demens. De inkluderade randomiserade, kontrollerade läkemedelsstudierna bedömdes i de flesta fall hålla hög kvalitet med hänsyn till de försättningsgraderingar som gäller vid studier av personer med demenssjukdom. En majoritet av dessa studier hade dock ett bortfall i behandlingsgruppen på 20–35 procent. I de flesta fall saknas uppgift om tidpunkten för bortfallet.

Endast enstaka studier försökte tillämpa RDO-analys (retrieved drop-out, dvs uppföljning av bortfallet vid tidpunkten för studiens slut), och i dessa fall var andelen uppföljda patienter låg. Vid graderingen av studiernas bevisvärde har detta beaktats, så att bevisvärdet reducerades. Detta påverkade även evidensgraderingen för samtliga studier, med en lägre evidensgradering som konsekvens.

Effekter på samhällskostnaderna

Den årliga samhällskostnaden i Sverige för demenssjukdomar beräknas uppgå till cirka 40 miljarder kr. Kostnaden beräknas öka över tid i takt med att allt fler blir äldre och därmed också fler får någon typ av demenssjukdom. Det finns därför ett stort

FAKTA 5

Slutsatser: Behandling med läkemedel

- Läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare (donepezil, galantamin, rivastigmin) av patienter med lätt till måttligt svår Alzheimers sjukdom har inte visats påverka sjukdomsförloppet men kan ge viss förbättring av globala och kognitiva funktioner (evidensstyrka 2). Kunskapen om långtidseffekter (>1 år) är dock begränsad.
- Läkemedelsbehandling med memantin av måttlig till svår Alzheimers sjukdom ger viss effekt på kognitiva funktioner (evidensstyrka 3).
- Extrakt av ginkgo biloba kan ge viss symtomlindring avseende kognitiva funktioner och ADL-funktioner (evidensstyrka 3). Kunskapen om långtidseffekter är begränsad till ett halvt års behandling.
- Biverkningar av kolinesterashämmare i form av yrsel och illamående är vanliga (evidensstyrka 2).
- Flera läkemedelsgrupper, exempelvis läkemedel med antikolinerg effekt och bensodiazepiner, ger oönskade effekter på kognitiv funktion (evidensstyrka 1).
- Det är vanligt att personer med demenssjukdom utvecklar depression. Behandling med SSRI-preparat kan ge viss effekt (evidensstyrka 3). Kunskapen om behandling av depression vid demenssjukdom är dock ofullständig.
- Behandling med läkemedel av beteendesyntom hos personer med demenssjukdom har begränsad effekt (evidensstyrka 3). En ökning av mortaliteten vid behandling av beteendesyntom vid demens med atypiska antipsykotiska läkemedel har visats. Effekten har inte setts i enskilda studier men har kunnat fastställas i en metaanalys (evidensstyrka 2). Motsvarande data om äldre antipsykotiska läkemedel saknas.

behov av att identifiera kostnadseffektiva behandlings- och omvårdningsmetoder för personer med demens. Det finns två huvudkategorier av ekonomiska analyser, kliniska studier med tillagda ekonomiska data respektive modellstudier.

- Det är inte möjligt att dra några slutsatser angående kostnadseffektivitet av förebyggande åtgärder mot demens då det saknas preventionsstudier.
- Ett flertal modellstudier anger kostnadseffektivitet, men dessa kan inte anses utgöra tillräcklig grund för att visa att behandlingen är kostnadseffektiv enligt gällande principer för evidensgradering.
- Hittills publicerade hälsoekonomiska studier har metodologiska brister och är inte konklusiva. Antalet studier med empiriska data är litet, varför det är svårt att bedöma om behandling med läkemedel är kostnadseffektiv eller inte.

Behov av forskning

Demenssjukdomar medför konsekvenser för såväl de individer som insjuknar i demenssjukdom som anhöriga, kommuner och sjukvård. Samhällskostnaderna är höga. Som framgår av denna rapport visar emellertid kunskapsläget om demenssjukdomar att det finns flera områden i behov av fortsatt och förbättrad forskning i flera avseenden:

- sjukdomsförloppet vid olika demenssjukdomar
- fortsatt utveckling av diagnostiska metoder
- bättre utvärdering av instrument för identifiering och mätning av kognitiva och relaterade symtom samt bedömning av demenssjukas livskvalitet
- studier av omvårdnad för metodutveckling inom omvårdnadsområdet, exempelvis handledning, utbildning, och studier där relationen mellan patient och vårdare fokuseras

- tydliggörande av etiska värdegrunder vid utredning, behandling och omvårdnad av demenssjuka
- mer verkningsfulla läkemedel för alla kategorier av demenssjukdomar och med färre biverkningar
- långsiktiga studier av effekter av och kostnader för läkemedelsbehandling.

Expertgruppen har haft följande sammansättning

Sjukdomsentiteter: docent Elisabet Englund, professor Lars Gustafson, docent Elisabet Londos, docent Magnus Sjögren, professor Anders Wallin, docent Dag Årslund.

Epidemiologi: docent Hedda Aguero-Eklund, professor Laura Fratiglioni, docent Eva von Strauss.

Diagnostik: docent Ove Almkvist, docent Kaj Blennow, professor Knut Engedal, docent Aki Johanson, professor Lars-Olof Wahlund, professor Gunhild Waldemar.

Behandling: docent Sture Eriksson, docent Johan Fastbom, docent Ingvar Karlsson, docent Lena Kilander, professor Jan Marcusson, docent Anders Wimo.

Omvårdnad, etik, etnicitet: professor Kenneth Asplund, fil dr Liisa Palo-Bengtsson, professor Sirkka-Liisa Ekman, professor Mona Kihlgren, professor Astrid Norberg.

Hälsoekonomi: docent Anders Wimo.

Professor Olof Edhag har varit demensprojektes ordförande, Anders Norlund har varit projektledare och Ingrid Håkanson projektassistent.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Läkartidningen

Redigerare sökes

heltid visstidsanställning 1 år

Du kommer att redigera medicinskt vetenskapliga artiklar, skrivna av läkare/forskare. Det ställer stora krav på språkbehandling och noggrannhet samt förståelse av och ett kritiskt förhållningssätt till vetenskaplig text. Artiklarna innehåller tabeller, grafik och andra illustrationer. Du gör själv tabeller och underlag för renritning av diagram etc.

Du bör ha akademisk utbildning och erfarenhet av kvalificerad textredigering. Du bör också ha erfarenhet av Quark XPress eller motsvarande layoutprogram, gärna även av Photoshop. Tillträde: september.

Frågor om tjänsten besvaras av redaktionschef Karin Bergqvist, tel 08-790 34 91. För fackliga frågor, kontakta journalistklubbens ordförande Jan Lind, tel 08-790 34 84. Ansökan skickas senast 22/8 till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm (skriv »Ansökan« på kuvertet), eller per e-post till karin.bergqvist@lakartidningen.se

annons