

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Demenssjukdom

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. Vårdprogrammen riktar sig främst till fysioterapeuter internt men även externt och till andra som kan tillgodogöra sig innehållet.

Innehåll	sid
----------	-----

Introduktion	2
Målsättning	3
Intervention	3
Förhållningssätt	3
Mätmetoder	4
Restriktioner	5
Uppföljning/vårdkedja	5
Referenser	6

Författare

Leg. sjukgymnaster Helena Grönstedt och Konny Jansson
Reviderat av: Leg. sjukgymnast Helena Grönstedt

Kontaktinformation

helena.gronstedt@karolinska.se

konny.jansson@karolinska.se

Neuro- /Geriatriska sektionen, Fysioterapikliniken, R41, Karolinska
Universitetssjukhuset Huddinge. Tfn 08/585 819 55 (reception)

Sökvägar

- Databaser : Socialstyrelsen, SBU, Cochrane, Pubmed, Google scholar
- Sökord : dementia, physiotherapy, rehabilitation

Produktionsår

- 2010

Revideringsår

- 2013

Introduktion

Demens är ett syndrom som är förvärvat och består av störningar i kognitiva, emotionella och centrala sensomotoriska funktioner. Det är ett progredierande sjukdomstillstånd gällande ett flertal intellektuella funktioner som minne, abstrakt tänkande, analysförmåga, spatial förmåga, praktiska göromål och förmågan att tolka intryck. För att demenskriterierna enligt Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4:e upplagan (DSM IV) (1) ska vara uppfyllda ska det föreligga en minnesstörning och påverkan av ytterligare minst en högre kortikal förmåga, t ex verbal förmåga, exekutiv förmåga, spatial förmåga. Störningarna ska ha varat minst 6 månader och vara så allvarliga att de är betydande hinder i arbete och sociala aktiviteter. Demenssjukdomar hör till gruppen folksjukdomar (2).

Demens är inte *en* sjukdom. Det är en konsensusdiagnos för en rad symtom som kan bero på olika sjukdomar och skador (3). Demenssjukdomarna brukar delas in i tre grupper:

1. **Primärdegenerativa sjukdomar** som orsakar demens genom att hjärncellerna dör i onormal omfattning. Symtomen kommer smygande och försämras gradvis i takt med att hjärnskadan progredierar. Förloppet går inte att hejda. Symtomen är beroende av var hjärnskadan sitter. Dessa sjukdomar delas ofta upp i tre undergrupper:
 - Alzheimers sjukdom. Står för 60-70 % av alla demensfall. Drabbar fr a parieto-temporala delar. Debutsymtom är vanligtvis minnessvårigheter, språksvårigheter (dysfasi), svårigheter att känna igen (dysgnosi), praktiska svårigheter (dyspraxi) och spatiala svårigheter (4).
 - Frontotemporal dysfunktion. Drabbar fronto-temporala delar. Symtomen är vanligtvis personlighetsförändringar med fr a påverkan på känslomässiga funktioner, försämrad koncentrationsförmåga och verbal kommunikationsförmåga. Däremot är minnesförmågan relativt intakt under sjukdomsförloppet (4).
 - Lewy Body demens och Parkinsons sjukdom med demens (5). Drabbar hjärnans vita substans. Medför extrapyramidala motoriska symtom i kombination med kognitiva svårigheter (3).
2. **Vaskulära sjukdomar**. Står för 20-30% av alla demenssjukdomar. Demensen orsakas av strypt syretillförsel till hjärnan genom proppar eller blödningar. Symtomen kommer ofta plötsligt och märkbart och är beroende av var skadan sitter. Tillståndet kan därefter vara stabilt en period och sedan försämras igen (3).
3. **Sekundära sjukdomar**. Sjukdomar som *kan* men inte behöver leda till demens. Totalt handlar det om ett sjuttiotal sjukdomar, ex syfilis, HIV, alkoholmissbruk, långvarig exponering för lösningsmedel, normaltryckshydrocephalus (6), neurologiska sjukdomar, upprepat lågintensivt trauma mot huvudet m fl. (3).

Målsättning

- Att Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom följs på Karolinska Universitetssjukhuset
- Att personer med demenssjukdom som vårdas eller utreds på Karolinska Universitetssjukhuset erhåller evidensbaserade fysioterapeutiska åtgärder

Intervention

Hälso- och sjukvårdens och Socialtjänstens insatser riktas till att lindra symtomen och kompensera för de funktionsbortfall som personer drabbas av. Syftet är att underlätta vardagen och ge en så god livskvalitet som möjligt under sjukdomens olika skeden, vilket även den fysioterapeutiska interventionen inriktas på. Enligt de Nationella riktlinjerna prioriteras olika insatser enligt nedan (7):

- Anamnes från såväl den demenssjuke som dess anhöriga – *prioritet 1*
- En strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga syftar till att klargöra vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad man kan göra för att minimera eller kompensera för dessa - *(prioritet 1)*.
- Balansträning. Multifaktoriell intervention för att förebygga fall - *(prioritet 1)*.
- Regelbunden bedömning av fallrisk genom fallanamnes och kontinuerlig skattnig av fallrisk - *(prioritet 1)*.
- Deltagande i individuellt anpassade aktiviteter inklusive fysisk aktivitet - *(prioritet 1)*.
- Utprovning och uppföljning av hjälpmedel - *(prioritet 2)*.

- Multiprofessionellt arbete syftar till kontinuitet i vården och omsorgen, att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser, att finna problem och dess lösningar samt att personens behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv. Vilka som ska delta i det multiprofessionella arbetet kan variera över tid - *(prioritet 2)*.
- Gång- och förflyttningsträning. Kombinerad träning – individanpassad, funktionell träning med medelhög till hög intensitet - *(prioritet 3 och 5)*.
- Individanpassade träningspromenader - *(prioritet 7)*.

- Funktionell träning, kompenstationsträning (beprövad erfarenhet)

Förhållningssätt

Personcentrerad vård innebär att personen och inte demenssjukdomen sätts i fokus och tar utgångspunkt i den demenssjukes upplevelse av sin verklighet.

Personcentrerad omvårdnad syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att förstå beteenden och psykiska symtom ur den demenssjukes

perspektiv. Den personcentrerade omvårdnaden utgår från information om den demenssjukes livsmönster, värderingar och preferenser *-(prioritet 1) (7)*.

Att inte inge falska förhoppningar är av stor vikt både för den sjuke och dess anhöriga. Syftet med att vara aktiv måste planeras individuellt utifrån vanor, vilja och förutsättningar. För vissa personer kan det vara att bibehålla den kognitiva förmågan och för andra kan det vara att få ökad livskvalitet, att få må bra helt enkelt (8).

Uppmärksamhetsförmågan försämras vid demenssjukdom. Vi bör därför i möjligaste mån minska på intryck och instruktioner till de mest basala.

Minnesförmågan försämras vid demenssjukdom vilket påverkar förmågan att lagra ifrån korttidsminnet till långtidsminnet. Förmågan att komma ihåg det som just har hänt eller nyligen givna instruktioner kan vara nedsatt. Förmågan att utföra nya handlingar kan vara välbevarad långt in i sjukdomsförloppet men förmågan till nyinlärning kan samtidigt vara klart nedsatt. Det kan t ex innebära att patienten kan lära sig att gå med ett nytt gånghjälpmedel med tillsyn men inte på egen hand. Förmågan att utföra automatiska rörelser finns bevarad långt in i sjukdomsförloppet. Låt patienten i möjligaste mån använda det automatiserade rörelseminnet. Målet med aktiviteten är det viktiga. Att t ex komma upp och gå till matsalen med tillsyn är det väsentliga, även om patienten inte hanterat rollatorn korrekt.

Mätmetoder

Idag saknas specifika fysioterapeutiska utvärderingsinstrument för personer med demenssjukdom. Här nedan följer förslag på utvärderingsinstrument som är lämpliga att använda i samband med demensutredning på Karolinska Universitetssjukhuset. Val av mätmetoder för funktionsbedömning bör individanpassas. I möjligaste mån bör samma metoder användas för samma individ för att möjliggöra jämförelser över tid.

Balans / fallrisk – ex Berg (9), TUG (10), Talking while walking (11), FES (12)

Gång- och förflyttningsförmåga – ex 10 m gångsträcka (13), S-COVIS (14)

Spatial förmåga – ex undvika hinder, korsa kroppens medellinje, följa rumsliga instruktioner

Neurologi – ex tonus, sensibilitet, proprioception, ledrörlighet

Praxis (funktionsbedömning ADL)

Restriktioner

Patientens övriga sjukdomar avgör restriktionerna. Demenssjukdom i sig innebär ingen restriktion för fysisk aktivitet. Det kan dock vara bra att tänka på att fallrisken är 2-3 ggr så hög vid demenssjukdom som vid normalt åldrande (15).

Uppföljning/vårdkedja

Överrapportering vid behov till nästa instans i vårdkedjan. Inkluderar även information till anhöriga.

Referenser

1. American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 4:upplagan (DSM 4). Washington DC: APA.
2. Hälso- och sjukvårdsnämnden [HSN] 1999. Stockholms län. Handlingsprogram för demensutredningar.
3. Svenskt demenscentrum 2010. <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna>
4. Vårdalinstitutet. Institutet för vård- och omsorgskunskap. www.vardalinstitutet.net, Tematiska rum. Olika demenssjukdomar. En översikt. 2005-03-31.
5. Vårdprogram för sjukgymnastisk intervention för patienter med Parkinsons sjukdom Y:\AKUTDI\Sjukgy\KVALITET (Åsa D)\VÅRDPROGRAMNeuro Sjukgymnastik_ Parkinson.pdf
6. Vårdprogram för sjukgymnastisk intervention (tapptest) vid Normaltryckshydrocephalus (NPH). Y:\AKUTDI\Sjukgy\KVALITET (Åsa D)\VÅRDPROGRAMNeuro Sjukgymnastik_Hydrocephalus.pdf
7. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen. Västerås. ISBN 978-86585-18-1.
8. Gatz, M. (2005). Educating the brain to avoid dementia: Can mental exercise prevent Alzheimer disease? PloS Medicine, 2, 38-40.
9. Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI, Gayton D. Measuring balance in the elderly: a preliminary development of an instrument. Physiother Can. 1989;41:304-11.
10. Mathias S, Nayak USL, Isaacs B. Balance in elderly patients: the "get up and go" test. Arch Phys Med Rehab 1986;67:387-389.
11. Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafsson Y. Stops walking when talking as a predictor of falls in elderly people. Lancet 1997 Mar 1; 349 (9052):617.
12. Hellström K, Lindmark B. Fear of falling in patients with stroke: a Reliability study. Clin Rehabil. 1999;13:509-17.
13. Connelly DM, Stevenson TJ, Vandervoort AA. Between- and within-rater reliability of walking test in a frail elderly population. Physiother Can. 1996(41):304-11.

14. Seaby L, Torrance G. Reliability of a physiotherapy functional assessment used in rehabilitation setting. *Physiother Can.* 1989;41:264-70
15. Härlein J, Dassen T, Halfens RJ, Heinze C. Fall risk factors in older people with dementia or cognitive impairment: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2009 May;65(5):922-33.