



Habilitering och hjälpmedel



AKADEMISKA
SJUKHUSET

VÅRDPROGRAM

UTVECKLINGSSTÖRNING OCH DEMENS

Barry Karlsson, HoH, LUL

Malgorzata Szmidt, äldrepsykiatri, AS

November 22, 2010



Vårdprogram

- Vårdkedja: vem gör vad?
- Tidiga Tecken (Tidlige Tegn)
 - Kartläggningsinstrument
 - Att bli äldre
- Implementeringsprogram
 - utbildningar
- Bedömningsinstrument DLD och DSDS
 - anpassning till svenska förhållande
- Testbatteri
- Vetenskapligt arbete
 - Demens och Down's syndrom

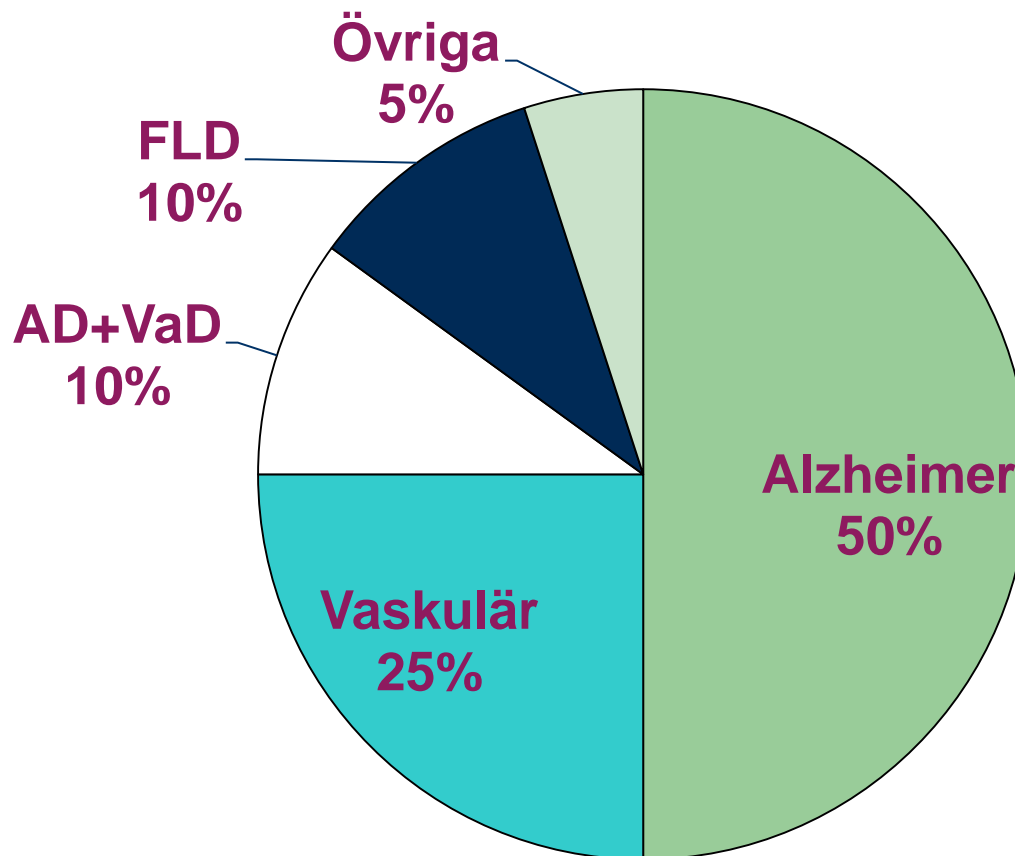


Ny diagnostisk population

- Medellivslängden för personer med utvecklingsstörning har under 1900-talet ökat dramatiskt
- Vårdhemmen är avvecklade och från mitten av 1990-talet bor personerna nu ute i normalsamhället
- Detta ökar kraven på adekvat bemötande av dem som nu blir gamla och som förut togs omhand inom ramen för institutionsvården



Sjukdomspanorama





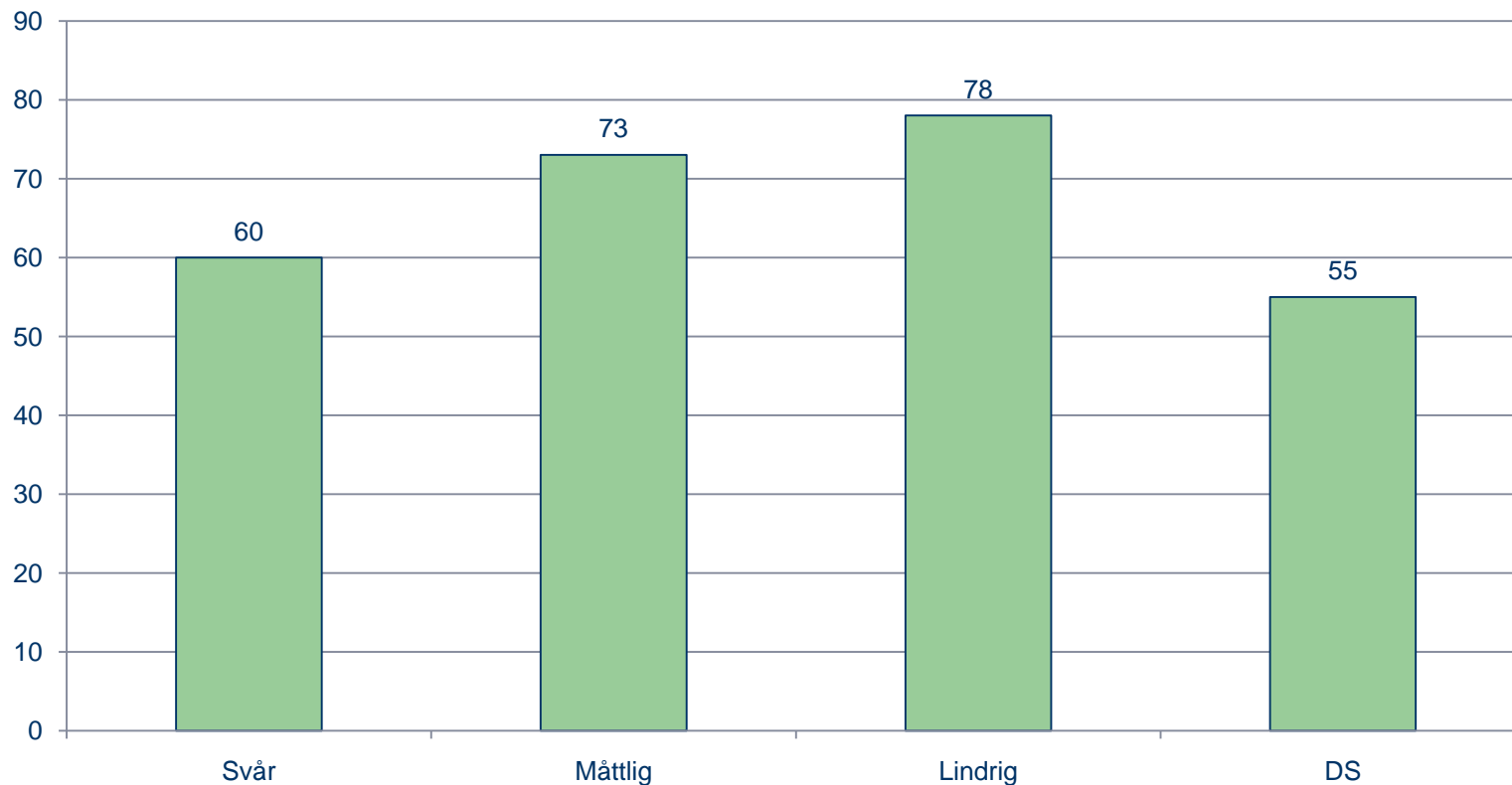
Underdiagnostik

Förekomst av demens vid utvecklingsstörning

- I Sverige finns idag c:a 1 750 individer med demens
 - I ett län om 300.000 invånare motsvarar detta drygt 50 personer
- I Sverige finns idag c:a 865 -1 000 personer med demens av alzheimertyp.
 - 50 % av DS-populationen avlider i demensrelaterade sjukdomar vid en medelålder av c:a 55 år
 - I ett län med 300.000 invånare finns c:a 120 vuxna personer med DS varav c:a 10 DS-individer med AD
- Vaskulär demens omfattar cirka 350 individer i landet som helhet.
- Frontallobsdemens: cirka 150 individer
- Lewi-Body-demens. I underlaget för utvecklingsstörning omfattar detta mellan 30 och 300 individer

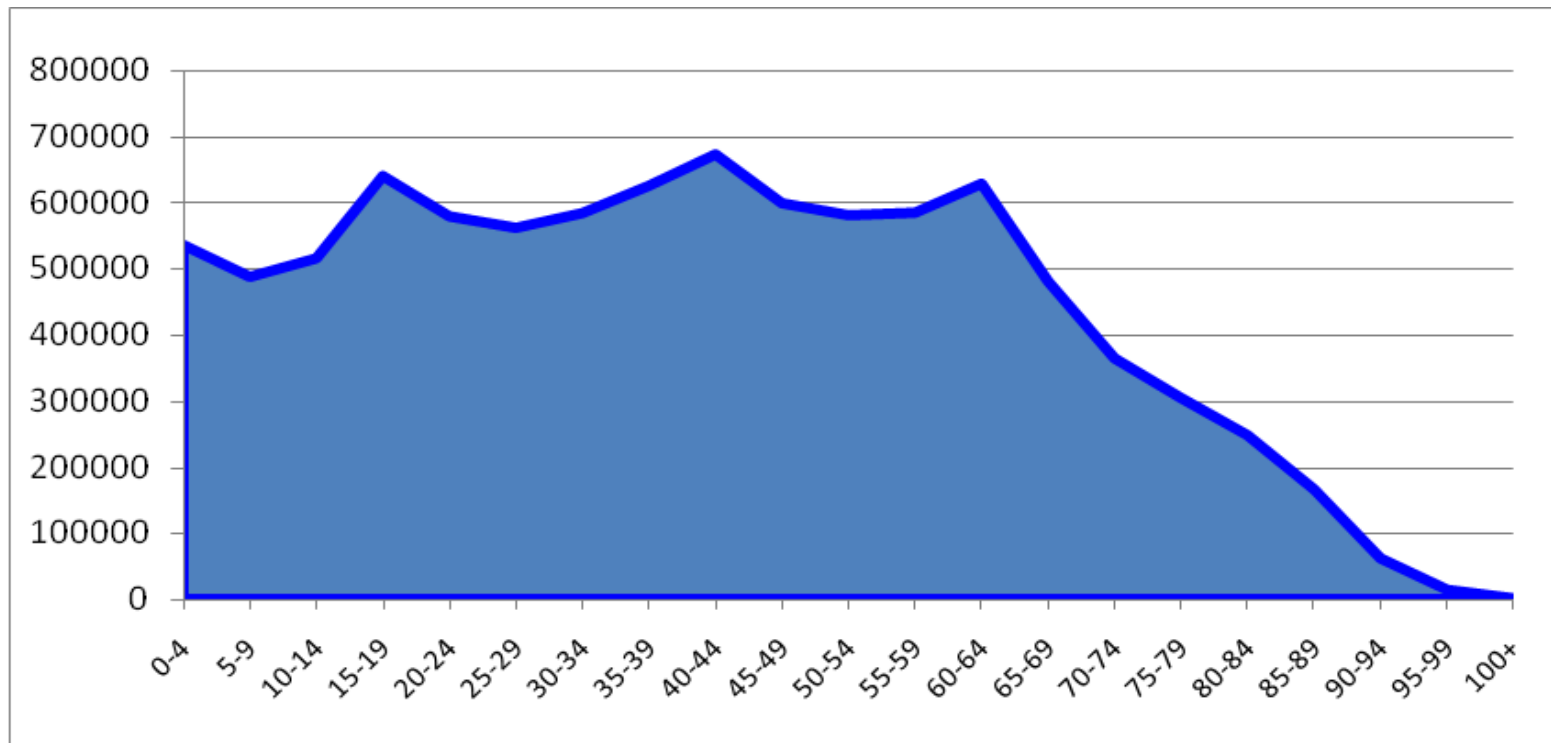


Förväntad medellivslängd



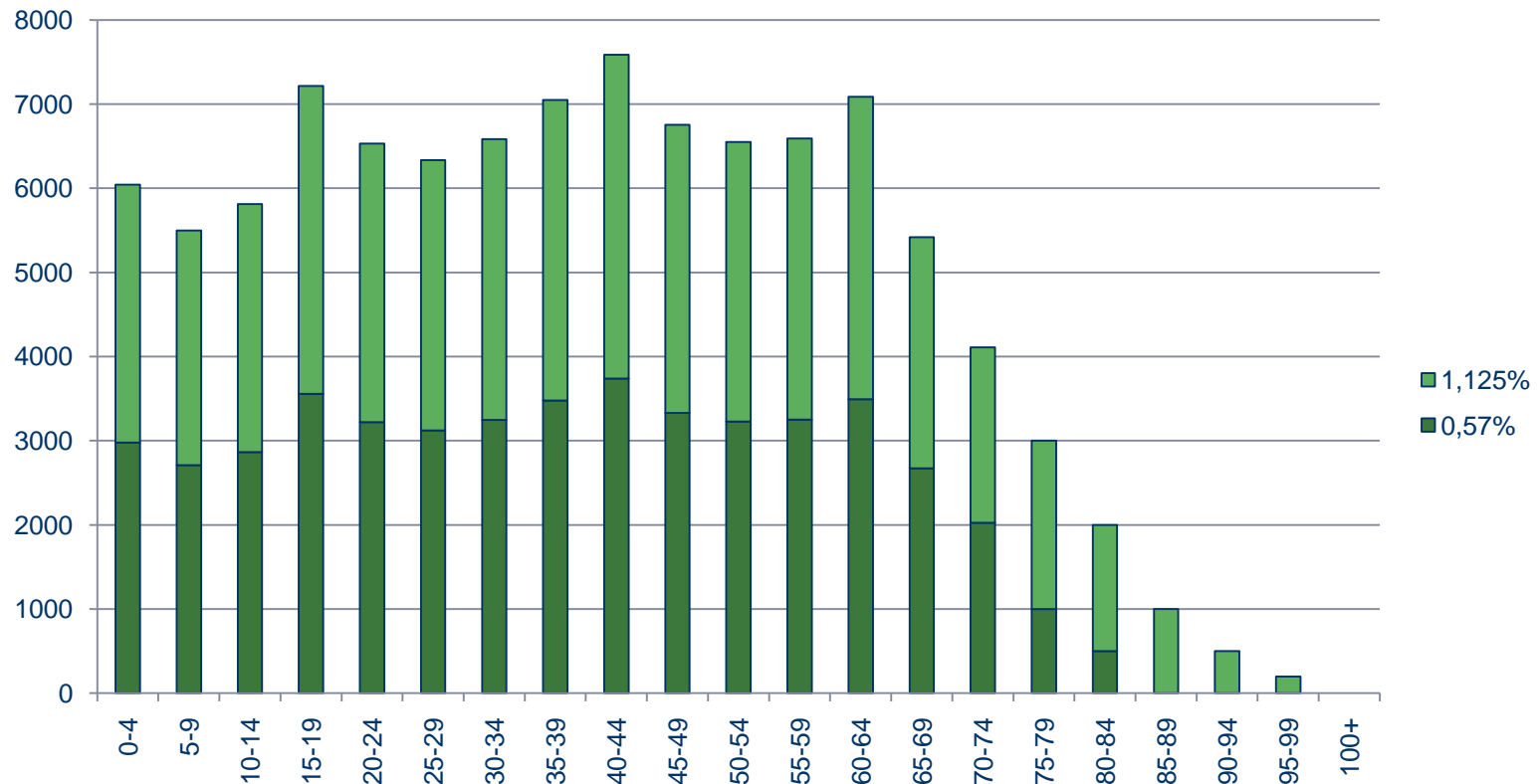


Demografi



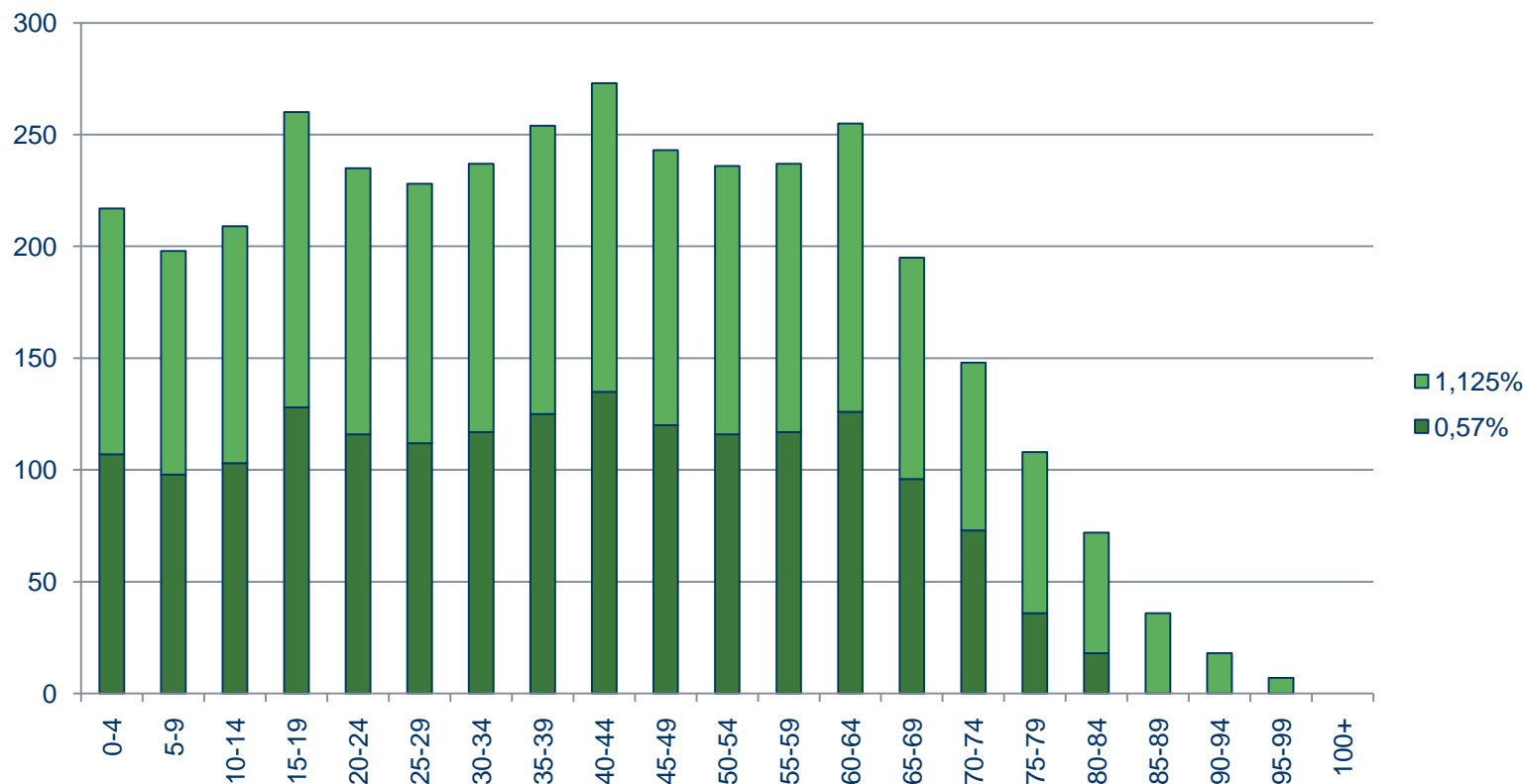


Sverige. Statistiskt beräknad andel personer med utvecklingsstörning



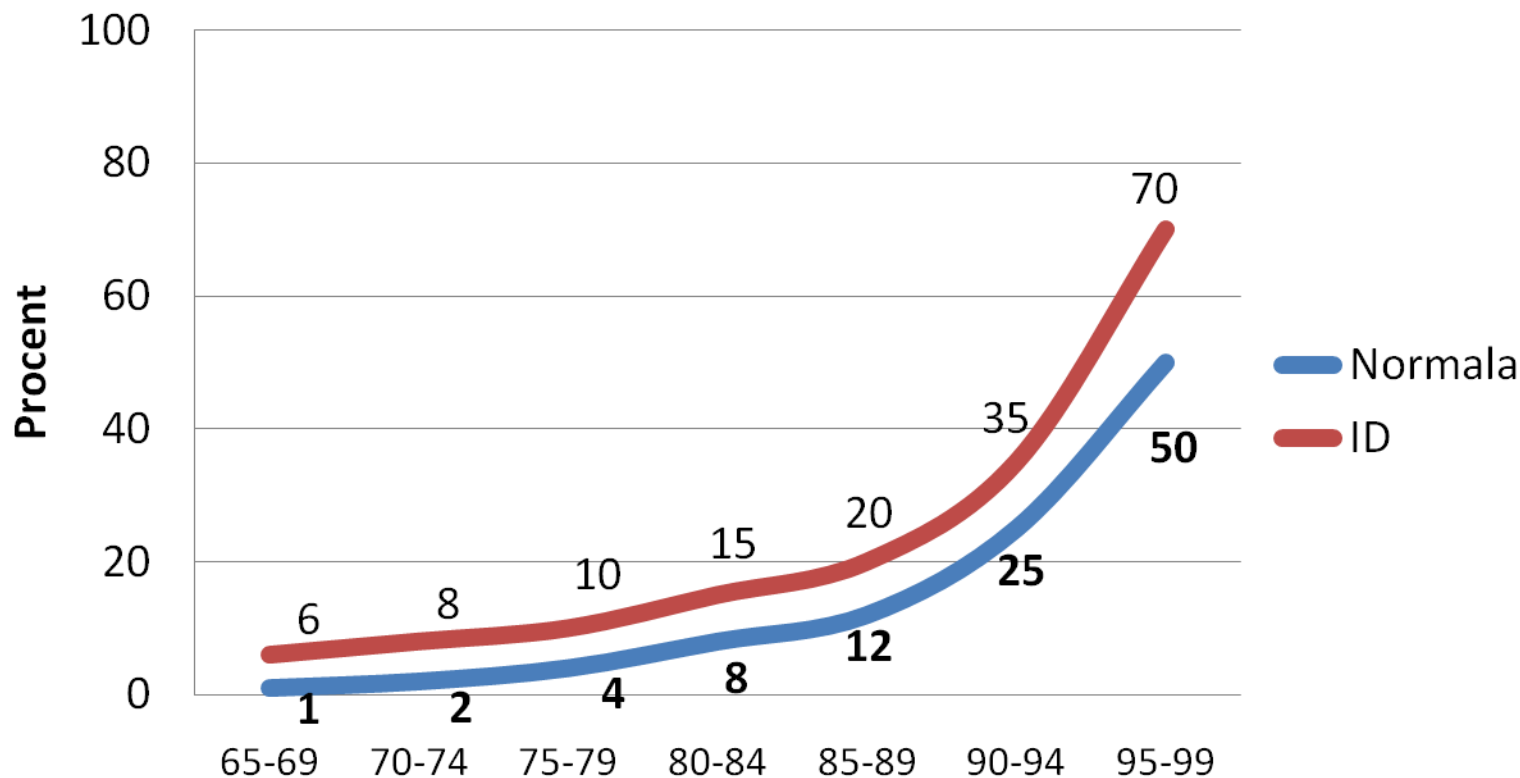


...motsvarande i län med 300.000 invånare



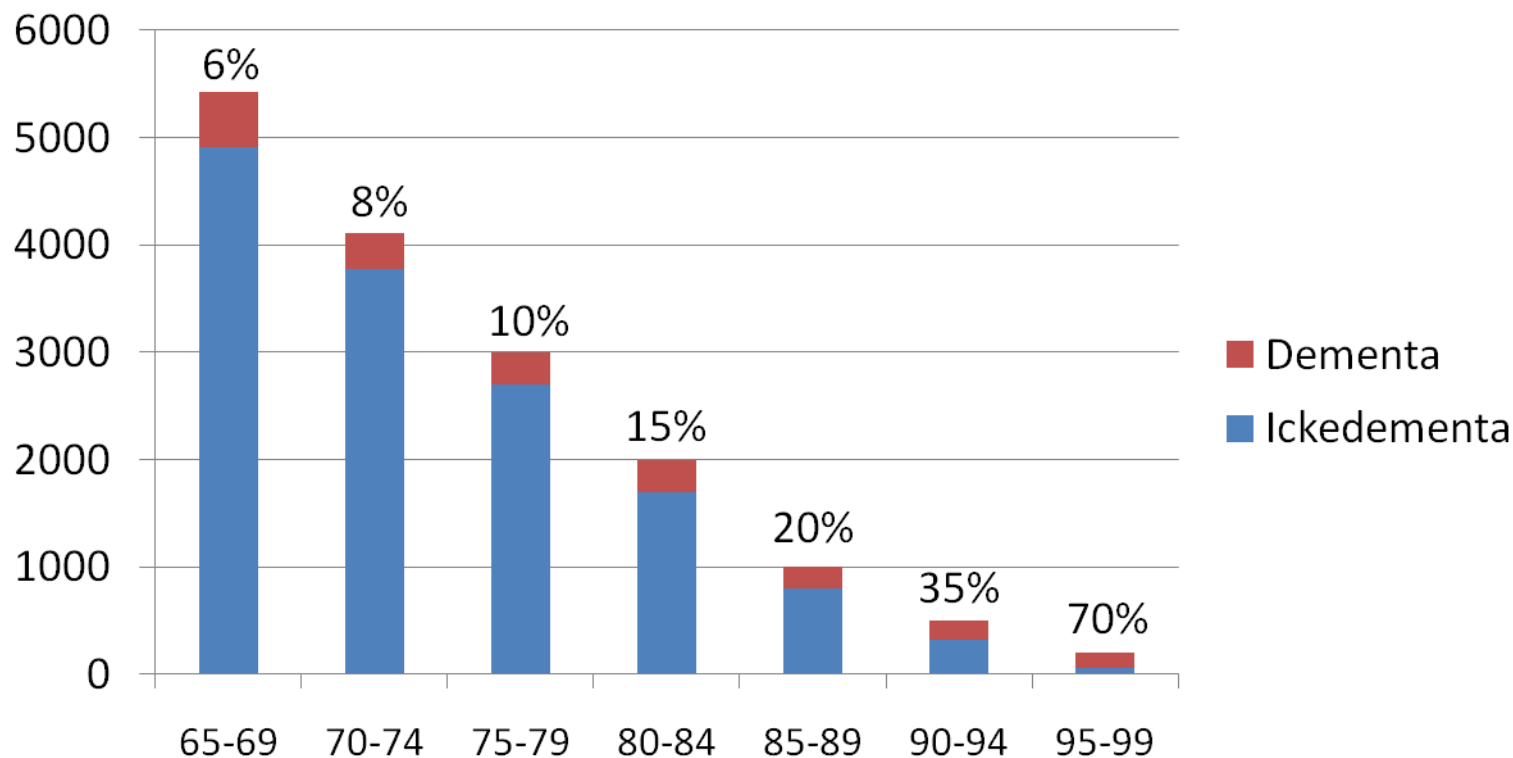


Demens: normalstörda vs utvecklingsstörda



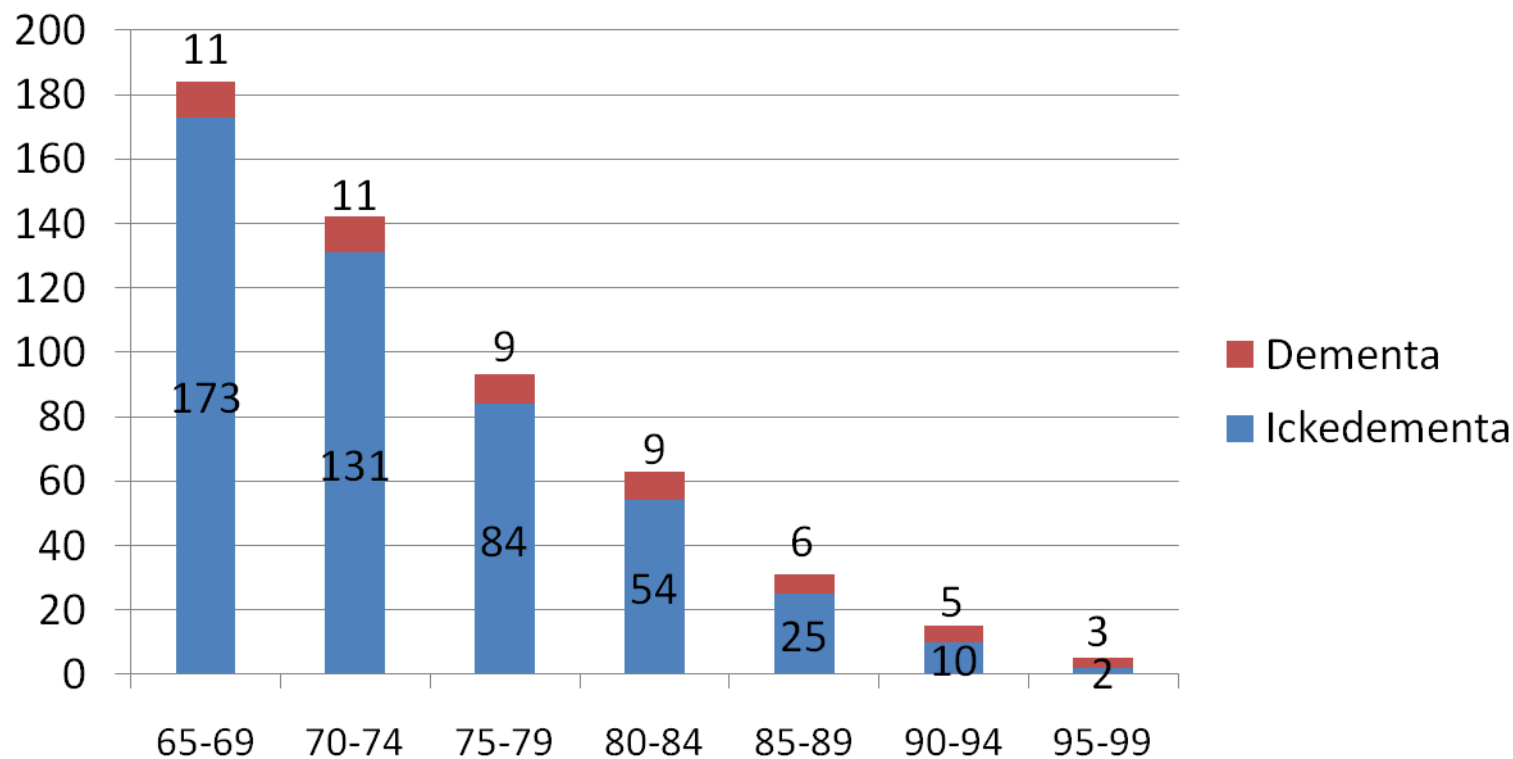


Åldersfördelning och demens vid 1,125% prevalens (Sverige)





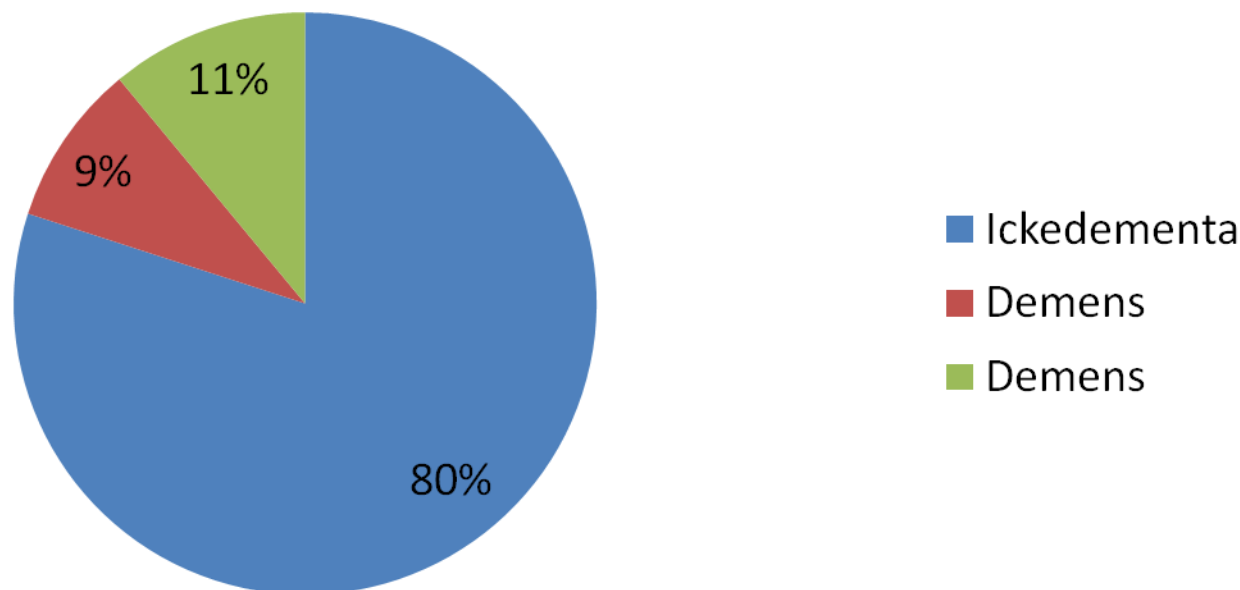
Fördelning vid 300.00 invånare





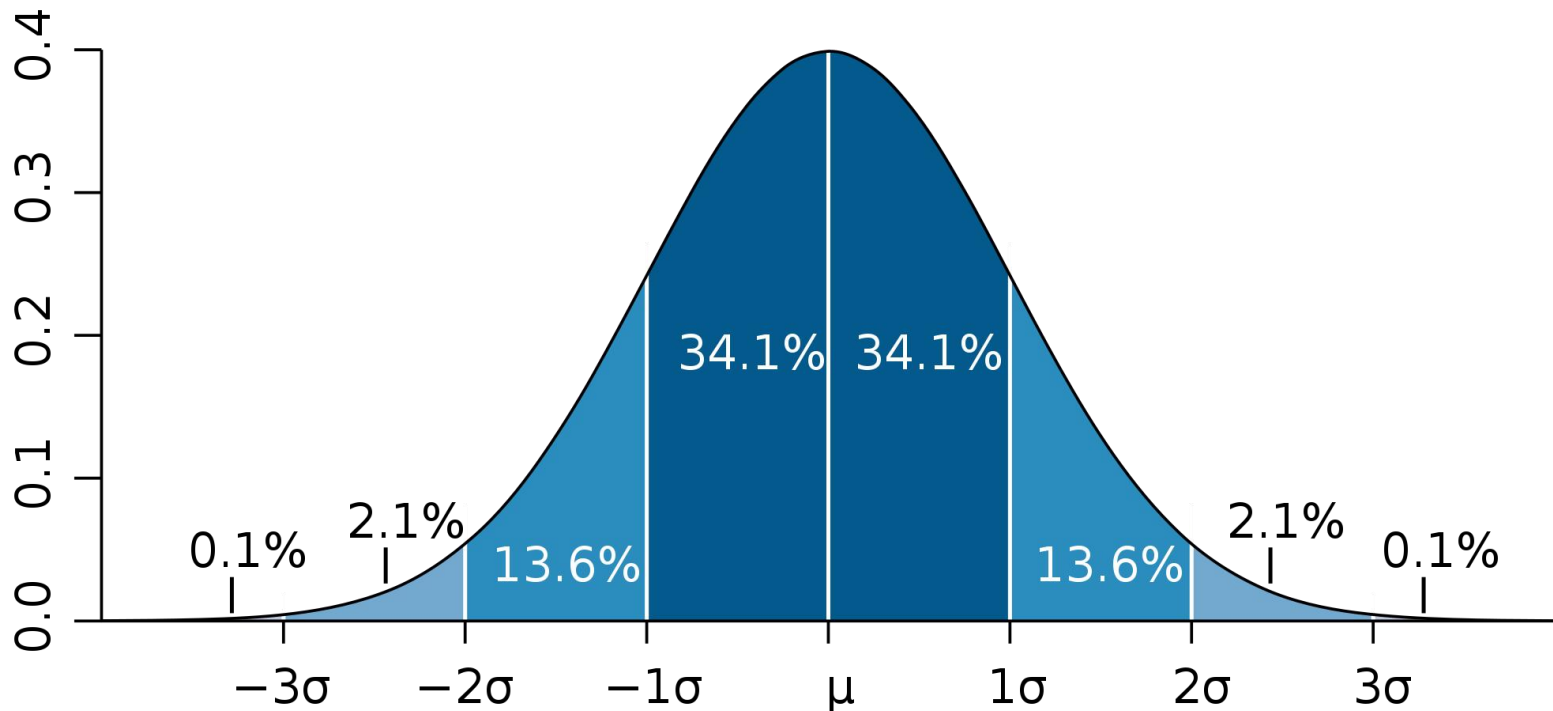
Två beräkningar 9-20 % av alla med utvecklingsstörning och demens

65-95 åringar





Riskgrupper under IQ85





Habilitering och hjälpmedel



AKADEMISKA
SJUKHUSET

ÄLDREPSYKIATRI, ULLERÅKER



Landstinget i Uppsala län



DEMENSFAKTA

Latin: UTAN SJÄL

Innebär försämrat

- MINNE
- TANKEFÖRMÅGA
- OMDÖME
- ORIENTERING





Alzheimers sjukdom vid utvecklingsstörning - vanligast

TIDIGT STADIUM

- långsam progress, försämring i:
 - beteende (rastlöshet)
 - affekter (ängslan, depression, paranoia)
- Kognitiva funktioner (omdöme, förståelse, språk, sviktande minne)



forts. Alzheimers sjukdom vid utvecklingsstörning

MELLANSTADIUM

- förändrat adaptivt beteende (ADL)
- Försämrat när- och fjärrminne
- Dysfasi, agnosi, dyspraxi
- Ökad stelhet i rörelser
- Hallucinationer
- Ep-anfall
- MEN: RELATIVT VÄLBEVARAD PERSONLIGHET



forts. Alzheimers sjukdom vid utvecklingsstörning

SENT STADIUM

- Svårt att kommunicera
- Påverkad motorik – stel, lutande kroppshållning, myoklonier, till slut rullstolsbunden
- Ep-anfall
- Dubbelinkontinent
- Alltmer omvårdnadskrävande



Demens vid utvecklingsstörning

MULTISJUKLIGHET

- Kronisk smärta, osteoporos, frakturer
- Hjärtsjukdomar, högt blodtryck
- Diabetes, tyreoidit
- Gastro-oesophageal reflux, infektioner med *Helicobacter pylori*
- Ökad risk för hepatit B, tuberkulos



Demens vid Down's syndrom – Trisomi 21

- DUBBELT ANLAG – ÖVERPRODUKTION AV APP –
- ÖKAD MÄNGD B-AMYLOID
- NEURALA PLACK OCH NEUROFIBRILLÄRA NYSTAN FINNS REDAN I 35-ÅRS ÅLDERN
- DEMENS DEBUTERAR FÖRST I CA 50-ÅRS ÄLDERN
- SVÅRT MED MORFOLOGISK DIAGNOSTIK DÅ NÄSTAN ALLA PERSONER MED DS HAR NEURALA PLACK OCH TANGLES UTAN ATT ALLA UTVECKLAR DEMENS
- SNABBT FÖRLOPP – CA 5 ÅR FRÅN TYDLIGA TIDIGA TECKEN TILL DÖD



Demens vid Down's syndrom (forts)

TIDIGA TECKEN

- NEDSTÄMDHET
- GLÖMSKA OCH FÖRVIRRING
- FRONTALLOBSRELATERADE SYMTOM
(undandragande, passivitet, förlångsamning, förlust av intresse, även överaktivitet, agg.)
- FÖRSÄMRAD SYN OCH HÖRSEL
- FÖRSTOPPNING, INKONTINENS

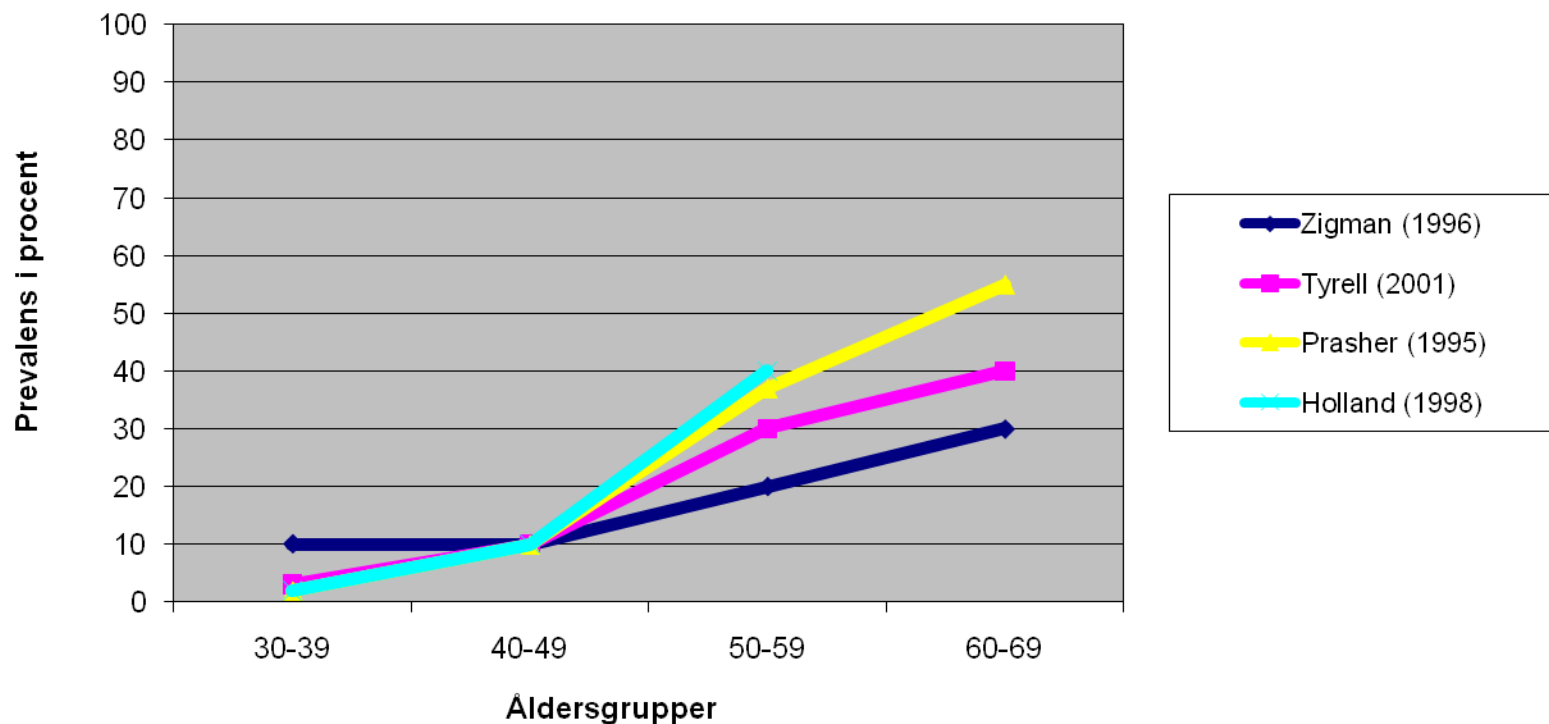


Alzheimers sjukdom

- Kliniska tecken på Alzheimers sjukdom vid Downs syndrom ses
 - sällan före 40 års ålder
 - vanliga efter 50 års ålder
 - medianåldern för demensdebut är 51 år
 - av alla över 50 år så har 64 % sannolik demensutveckling
 - förväntad genomsnittlig livslängd 55 år



Demensdebut vid Downs syndrom - fyra studier





DEMENS VID DS - KOMORBIDITET

- PROGRESSIV MYOKLONISK EP VID GRAV DS
- PATOLOGISKA REFLEXER (knyt- och sug) relaterade till frontal atrofi
- LUNG-, HJÄRT- OCH GASTROINTESTINALA sjkd
- VIKTFÖRLUST pga dysfagi, dålig aptit, malabs.
- RYGGSMÄRTOR, ATRIT
- MINNESFÖRÄNDRINGAR OFTA INNAN DIAGNOSEN KAN STÄLLAS



DIAGNOSTIK

- OBSERVATIONER: intervjuer, frågeformulär till anhöriga, långitudinella kartläggningsverktyg (Tidiga Tecken)
- NEUROPSYKOLOGISKA TESTBATTERIER
- LAB: SR, Hb, glukos, Na, K, cystatin C, ASAT, ALP, homocystein, CK, TSH
- CT där det är möjligt
- EEG i differentialdiagnostiskt syfte
- NEUROLOGSTATUS



DIFFERENTIALDIAGNOS

- FÖRVIRRING
- ATYPISK EPILEPSI
- THYREOIDEA SJUKDOMAR
- PSYKISK STÖRNING
- KRISREAKTION TILL FÖLJD AV SOCIALA FÖRLUSTER, TRAUMA



FORTSATT UTREDNING

- PRELIMINÄR
DIAGNOS
- PRELIMINÄR
BEHANDLING
- RETEST EFTER 6
MÅN
- DIAGNOS
- FEEDBACK





BEHANDLING

- DEPRESSION – SSRI
- ÅNGEST – OXAZEPAM I SMÅ DOSER
- PSYKOS – OBS!DIAGNOS, undvik neuroleptika
- SÖMNSTÖRNINGAR – OBS! DIAGNOS –
delsymtom vid depression? Pröva mirtazapin
- KOGNITIVA SYMTOM - AchEhämmare
- BPSD – memantin, SSRI, klometiazol kortvarigt -
bör utvärderas efter några veckor



VEM GÖR VAD?

- TIDIGA TECKEN - boendets sjuksköterska tillsammans med omvårdnadspersonalen
- Anamnes, somatisk status, lab, CT, differentialdiagnos – boendets husläkare
- Specialist utredning – rehabiliteringens psykolog
- Vid komplicerande psykiska och/eller beteendesyntom remiss till äldrepsykiater
- Info till patienten, dennes anhöriga samt personal
- Uppföljning och utvärdering, miljöanpassning

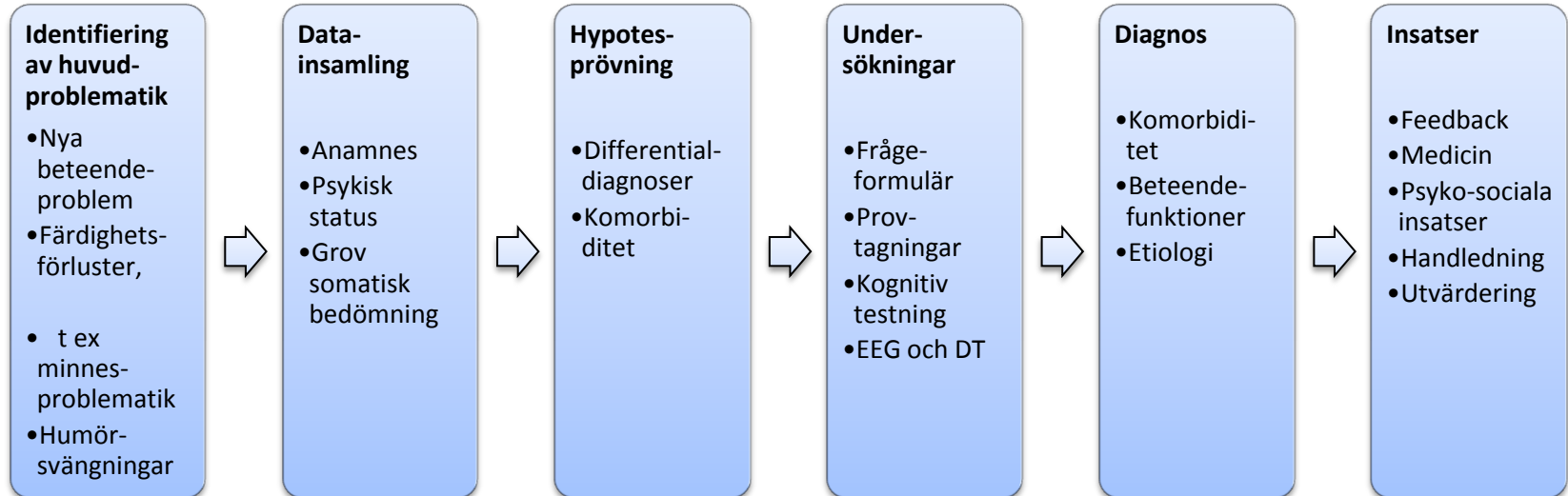


Utredning – tre krav

- *Evidensbaserat* – test och frågeformulär ska vara validerade för svenska förhållanden
- *Replikerbarhet* – observationerna ska kunna göras om i intervall
- *Oberoende* – observationerna ska vara oberoende av administratör, dvs en ersättare ska kunna genomföra retest



Utredningsprocess





Litteratur (ett urval)

Björkman M & Molander L (1995) *När utvecklingstörda åldras*, Liber.

Davidson PW, Prasher VP, Janicki M ed. (2003) *Mental health, Intellectual Disabilities and the Aging Process*. Blackwell publ.

Haveman M, et al (2010). Major Health Risks in Aging Persons With Intellectual Disabilities: An Overview of Recent Studies. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, Volume 7, Issue 1, p 59-69

Hassiotis A, et al (2009) *Intellectual disability psychiatry - a practical handbook*. Wiley-Blackwell.

Prasher, V.P. (2005). *Alzheimer's Disease and Dementia in Down Syndrome and Intellectual Disabilities*. Radcliffe.

Prasher VP & Janicki M ed. (2002) *Physical Health of Adults with Intellectual Disabilities*. Blackwell publ.

Strydom A, Hassiotis A, Livingston G. (2005). Mental health and social care needs of older people with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*; 18:229–235.