Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag
Bilaga

Socialstyrelsen

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats.

Förord

Socialstyrelsen har i detta dokument samlat alla rekommendationer och tillhörande kunskapsunderlag för *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*.

För varje rekommendation finns ett kunskapsunderlag med bästa tillgängliga kunskap. Kunskapsunderlaget har använts som underlag vid prioriteringen och formuleringen av rekommendationer (läs mer om nationella riktlinjer och prioriteringar på www.socialstyrelsen.se).

Den bästa tillgängliga kunskapen har sammanställts utifrån vad som har kommit fram i systematiska litteratursökningar i vetenskapliga databaser, manuell genomgång av referenslistor och kontakt med experter samt efterföljande evidensgradering enligt GRADE. För ett antal åtgärder är den bästa tillgängliga kunskapen systematisk insamling av beprövad erfarenhet. För ett antal rekommendationer finns även ett hälsoekonomiskt underlag.

Tabellerna i dokumentet har inte korrekturlästs, varför det kan finnas vissa språkliga och andra formmässiga fel.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord.....3
Utredning och uppföljning.....7
Multiprofessionellt arbete.....108
Stödinsatser.....117
Läkemedelsbehandling.....214
Utbildning.....353

Utredning och uppföljning

Rad: 1
Tillstånd: Ökad risk för ärftlig demenssjukdom
Åtgärd: Remiss till klinisk genetiker för genetisk vägledning

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 **7**	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan erbjuda remiss till klinisk genetiker för genetisk vägledning till personer med ökad risk för ärftlig demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har liten svårighetsgrad, men gruppens oro måste hanteras och beprövad erfarenhet talar för att åtgärden kan minska oron.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Det finns ovanliga former av demenssjukdom där orsaken är genetisk, det vill säga sjukdomen uppstår på grund av en nedärvd mutation. De ärftliga formerna innebär oftast att sjukdomen uppstår tidigare i livet, här menat innan 65 års ålder, och att det finns andra sjuka släktingar. Vissa demensdiagnoser såsom frontotemporal demenssjukdom med eller utan motorneuronsjukdom och tidigt debuterande (före 65 års ålder) Alzheimers sjukdom är oftare ärftliga än andra demenssjukdomar, särskilt om det finns andra i släkten (föräldrar, föräldrars syskon och syskon) med liknande sjukdomsbild och tidigt insjuknande.

En utökad familjeutredning tillsammans med patienten och familjen i ett genetiskt vägledningssamtal ger underlag för vidare åtgärd som kan omfatta genetisk testning och uppföljande neuropatologisk diagnostik.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en liten svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

För personer med ökad risk för ärftlig demenssjukdom överväger nyttan av genetisk vägledning eventuell olägenhet (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: ”För personer med ökad risk för ärftlig demenssjukdom överväger nyttan av genetisk vägledning eventuell olägenhet.”

Förtydligande: En ökad risk kan innebära att minst två tidigare generationer är drabbade av demenssjukdom. Rådgivningen innebär samtal kring familjär nedärvning men utesluter inte heller genetisk testning vid behov.

Svar:

- Ja: 76 procent (25 av 33 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 24 procent (8 av 33 deltagare).

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad: 3
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom
Åtgärd: Strukturerade intervjuer med anhöriga som en del i den basala demensutredningen

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör erbjuda strukturerade intervjuer med anhöriga till personer med misstänkt demenssjukdom som en del i den basala demensutredningen.

Motivering till rekommendation
Enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden väsentligt till möjligheten att ställa korrekt diagnos. Utan åtgärden är risken stor att symtomen missas, vilket får konsekvenser för fortsatt vård- och omsorgsplanering.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

Vid strukturerade intervjuer med anhöriga kan hälso- och sjukvården komplettera en demensutredning med viktig information om tidigare sjukdom, medicinering och så vidare. Den anhörige kan ofta bidra med relevant information om rådande tillstånd och symtom hos en person, och har ofta noterat förändringar hos personen under lång tid, till exempel kognitiva funktioner, och hur detta påverkar det dagliga livet. Sådan information kan vara en viktig källa till kompletterande data för upptäckt av demens.

Hur tillförlitlig anhörigas information är beror till exempel på hur tät och bra kontakten mellan personen med demenssjukdom och dess anhöriga har varit och på den anhöriges förmåga att observera förändringar.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med misstänkt demenssjukdom bidrar strukturerade intervjuer med anhöriga som en del i den basala demensutredningen till bättre

diagnostisk tillförlitlighet jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt. Det räcker inte för att ta ställning till diagnostisk träffsäkerhet hos instrument för strukturerade intervjuer med anhöriga, när instrumenten används för diagnostik av demenssjukdom vid basal demensutredning.

För intervju med instrumentet ”The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly” (IQCODE) grundar sig bedömningen på att resultaten hämtats från endast en studie med få deltagare. Det finns dessutom en hög risk för att måtten på träffsäkerhet från studien kan ha påverkats av metodbrister, enligt den kvalitetsbedömning som utförts i den systematiska översikt som studien ingår i.

För intervju med andra instrument grundar sig bedömningen på att det saknas resultat i den inkluderade studien.

Studien [1] som undersökte den diagnostiska träffsäkerheten av 26-frågeversionen av IQCODE hos personer under basal demensutredning i primärvård redovisade att sensitiviteten varierade mellan 100 och 75 procent och specificiteten mellan 98 och 76 procent då det gällde att särskilja personer med demenssjukdom från personer utan demenssjukdom. Träffsäkerheten var beroende av vilka tröskelvärden som användes. I studien varierade tröskelvärdena mellan 3,2 och 3,7 utifrån en skala med värden från 1 till 5, där ett lägre värde motsvarar kognitiv förbättring och ett högre värde kognitiv försämring.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt som har undersökt den diagnostiska träffsäkerheten hos IQCODE för diagnostik av odifferentierad demenssjukdom hos personer som sökt vård på primärvårdsnivå [1]. Resultaten i översikten är hämtade från enbart en primärstudie, den enda som kunde inkluderas i kunskapsunderlaget. I den studien användes 26-frågeversionen IQCODE för diagnostik av odifferentierad demenssjukdom hos personer under basal utredning för demenssjukdom i primärvård.

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om diagnostisk träffsäkerhet hos andra instrument för strukturerad intervju av anhöriga som syftar till diagnostisk bedömning av demenssjukdom, och som används vid basal demensutredning.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med misstänkt demenssjukdom bidrar strukturerade intervjuer med anhöriga som en del i den basala demensutredningen till bättre diagnostisk tillförlitlighet jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (50 av 50 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 50 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom som får åtgärden.”
Svar:

- Ja: 15 procent (6 av 40 deltagare)
- Nej: 85 procent (34 av 40 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Harrison, JK, Fearon, P, Noel-Storr, AH, McShane, R, Stott, DJ, Quinn, TJ. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the diagnosis of dementia within a general practice (primary care) setting. The Cochrane database of systematic reviews. 2014; 7:Cd010771.

Tabellering av inkluderade studier

Systematiska översikter

First Author Year Reference Country Study design	**Included studies Aim**	**Population Setting**	**Index test Reference test**	**Outcomes**	**Quality Comments**
Harrison JK et al. 2014 (1) UK Systematic review	**Included studies** *Type of studies* "all studies concerned with primary-care screening that described the properties of IQCODE for diagnosis at a single time point in a population robustly and independently assessed for the presence of dementia. This implies that the index and reference were performed con-	**Population** “All adults (aged over 18 years) presenting to primary care were eligible.” **Setting** Primary care services.	**Index test** “Studies had to include… IQCODE used as an informant questionnaire.” And: “separate analysis limited to the commonest 26- and 16-item versions” **Reference test** Clinical diagnosis of dementia “using	**Outcomes** Diagnostic accuracy for all-cause (unspecified) dementia. **Authors’ conclusions:** “The findings of this review are insufficient to recommend any change to current clinical practice given the lack of evidence to support or	**Quality of review** Assessed as fulfilling quality criteria according to AMSTAR, although publication bias was not assessed and not discussed. *Risk of bias in included studies (review authors assessment):* Using QUADAS 2, “the study was considered at high risk of bias in all four domains of patient selection,

	temporaneously." Case-control studies not included. *N studies* 1 (total n participants = 230 of 1038 eligible) *Time frame* Last literature search performed in January 2013 **Aim** "…to determine the diagnostic accuracy of the informant-based questionnaire IQCODE, for detection of all-cause (undifferentiated) dementia in adults presenting in adults presenting to primary care services."		any recognized diagnostic criteria". *Follow up* Not stated	refute the value of the IQCODE as a tool for diagnosing dementia in a primary care setting."	index test, reference standard and flow & timing… We found issues with applicability in relation to patient selection and possible issues with applicability in relation to the application of clinical dementia diagnosis." *Authors' comments:* "Several studies describing IQCODE accuracy in non-primary care settings are available and synthesis of these papers will facilitate evidence based approaches to choice of assessment."

Summering av effekt och evidensstyrka

Demenssjukdom, odifferentierad

Utfallsmått **Jämförelse**	**Publikations- eller studietyp* (N primärstudier i en SÖ)** **N deltagare**	**Effektestimat (95 % KI)**	**Kommentar**
Diagnostisk träffsäkerhet, IQCODE* med tröskelvärde satt till 3,2** Demenssjukdom kontra ingen demenssjukdom i en grupp personer under utredning i primärvård	1 SÖ (1 studie) N = 230	Sensitivitet: 100 % (79–100) Specificitet: 76 % (70–82)	1 prospektiv, konsekutiv kohortstudie
Diagnostisk träffsäkerhet, IQCODE* med tröskelvärde satt till 3,3** Demenssjukdom kontra ingen demenssjukdom i en grupp personer under utredning i primärvård	1 SÖ (1 studie) N = 230	Sensitivitet: 100 % (79–100) Specificitet: 82 % (76–87)	1 prospektiv, konsekutiv kohortstudie
Diagnostisk träffsäkerhet, IQCODE* med tröskelvärde satt till 3,4** Demenssjukdom kontra ingen demenssjukdom i en grupp per-	1 SÖ (1 studie) N = 230	Sensitivitet: 100 % (79–100) Specificitet: 87 % (82–92)	1 prospektiv, konsekutiv kohortstudie

soner under utredning i primärvård			
Diagnostisk träffsäkerhet, IQCODE* med tröskelvärde satt till 3,5** Demenssjukdom kontra ingen demenssjukdom i en grupp personer under utredning i primärvård	1 SÖ (1 studie) N = 230	Sensitivitet: 88 % (62–98) Specificitet: 91 % (86–95)	1 prospektiv, konsekutiv kohortstudie
Diagnostisk träffsäkerhet, IQCODE* med tröskelvärde satt till 3,6** Demenssjukdom kontra ingen demenssjukdom i en grupp personer under utredning i primärvård	1 SÖ (1 studie) N = 230	Sensitivitet: 81 % (54–96) Specificitet: 96 % (93–98)	1 prospektiv, konsekutiv kohortstudie
Diagnostisk träffsäkerhet, IQCODE* med tröskelvärde satt till 3,7** Demenssjukdom kontra ingen demenssjukdom i en grupp personer under utredning i primärvård	1 SÖ (1 studie) N = 230	Sensitivitet: 75 % (48–93) Specificitet: 98 % (95–99)	1 prospektiv, konsekutiv kohortstudie

*Engelsk version, 26 items, **Skalan är 1–5, där ett högre värde motsvarar en kraftigare försämring av kognition.

Rad: 4a
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom
Åtgärd: Klocktest som komplement till Mini Mental State Examination Svensk Revidering (MMSE-SR) som en del i den basala demensutredningen

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör erbjuda klocktest som komplement till MMSE-SR som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Det finns vetenskapligt stöd för att klocktest i kombination med MMSE-SR ger bättre diagnostiskt utfall än enbart MMSE-SR.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

Vid utredning av misstänkt demenssjukdom ingår objektiva tester av kognitiva funktioner. Mini Mental State Examination (MMSE) är ett bedömningsinstrument för kognitiva funktioner som innehåller uppgifter rörande orientering, uppmärksamhet, minne, språk och visuospatial förmåga. Testet tar cirka 10 minuter att genomföra. Resultatet anges i poäng med en maxpoäng på 30. Högre poäng anger högre kognitiv förmåga. Ett gränsvärde (cutoff) för misstänkt demenssjukdom brukar vanligtvis anges vid 24 poäng.

Klocktestet är ett kort bedömningsinstrument som mäter bland annat konstruktionsförmåga och exekutiv förmåga. Testet förekommer i lite olika varianter, men vanligast är att be personen rita en klocka på ett blankt papper, placera ut siffrorna och rita in visarna på 10 minuter över 11. Testet tar cirka 2–3 minuter att genomföra. Beräkning av poäng görs på olika sätt men en vanlig metod är att ge 0–5 poäng med cutoff vid 4 poäng. Klocktestet används ofta som ett komplement till MMSE i den basala demensutredningen.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid misstänkt demenssjukdom har klocktestet som tillägg till MMSE 70–100 procents sensitivitet och 72–100 procents specificitet för att påvisa lindrig kognitiv störning och demenssjukdom (begränsat vetenskapligt underlag).

Resultatet är kliniskt relevant. Säkerheten är hög för mild till måttlig demenssjukdom men lägre för lindrig kognitiv störning.

Åtgärden innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår 7 observationsstudier som publicerades 2002–2014. I sex av sju studier [1-6] är populationen hämtad från en specialistmottagning med en hög prevalens av demenssjukdom, och även i primärvårdsstudien är prevalensen relativt hög. Sex av sju studier är retrospektiva [1-6]. Totalt antal deltagare är 1 100. Antal deltagare med demenssjukdom där övervägande delen har Alzheimers sjukdom är 546 personer. Antal deltagare med lindrig kognitiv störning är 161 personer. Kontrollgrupperna består av friska äldre [1, 2, 4, 6, 7], förutom i en studie [3] där personer med psykiatrisk diagnos ingår och i en studie där personer med lindrig kognitiv störning ingår i kontrollgruppen [5]. Samtliga studier använder diagnos enligt publicerade riktlinjer som referensmått.

Saknas någon information i studierna?

I sex studier [1-6] saknas konfidensintervall för sensitivitet och specificitet. I en studie [4] saknas utbildningsnivå på deltagarna.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Aprahamian, I, Martinelli, JE, Neri, AL, Yassuda, MS. The accuracy of the Clock Drawing Test compared to that of standard screening tests for Alzheimer's disease: results from a study of Brazilian elderly with heterogeneous educational backgrounds. International psychogeriatrics / IPA. 2010; 22(1):64-71.
2. Cacho, J, Benito-Leon, J, Garcia-Garcia, R, Fernandez-Calvo, B, Vicente-Villardon, JL, Mitchell, AJ. Does the combination of the MMSE and clock drawing test (mini-clock) improve the detection of mild Alzheimer's disease and mild cognitive impairment? Journal of Alzheimer's disease : JAD. 2010; 22(3):889-96.
3. Heinik, J, Solomesh, I, Bleich, A, Berkman, P. Are the clock-drawing test and the MMSE combined interchangeable with CAMCOG as a dementia evaluation instrument in a specialized outpatient setting? Journal of geriatric psychiatry and neurology. 2003; 16(2):74-9.
4. Kato, Y, Narumoto, J, Matsuoka, T, Okamura, A, Koumi, H, Kishikawa, Y, et al. Diagnostic performance of a combination of Mini-Mental State Examination and Clock Drawing Test in detecting

Alzheimer's disease. Neuropsychiatric disease and treatment. 2013; 9:581-6.
5. Schramm, U, Berger, G, Muller, R, Kratzsch, T, Peters, J, Frolich, L. Psychometric properties of Clock Drawing Test and MMSE or Short Performance Test (SKT) in dementia screening in a memory clinic population. International journal of geriatric psychiatry. 2002; 17(3):254-60.
6. Zhou, A, Jia, J. The value of the clock drawing test and the mini-mental state examination for identifying vascular cognitive impairment no dementia. International journal of geriatric psychiatry. 2008; 23(4):422-6.
7. Johansson, MM, Kvitting, AS, Wressle, E, Marcusson, J. Clinical utility of cognistat in multiprofessional team evaluations of patients with cognitive impairment in Swedish primary care. International journal of family medicine. 2014; 2014:649253.

Tabellering av inkluderade studier

#	Författare, år	Studiedesign	Population	Index- och referenstest	Testprestanda (sensitivitet/ specificitet, 95 % KI)	AUC	Kommentar inklusive bedömning av risk för bias
1	Schramm et al. 2002	Observationsstudie, retrospektiv, Tyskland.	Totalt 123 deltagare. Demens n = 79, Kontroll n = 44 (depression n = 6/MCI = 17/frisk = 21) Specialistmottagning. Ålder 44–90 medelvärde 69 ± 11,64 % kvinnor.	*Indextest:* MMSE och CDT *Referenstest:* Diagnos enligt DSM IV och NINCDS-*ADRDA* och publicerade kriterier (anamnes, neuropsykologi, labbtester, CT/MRT, SPECT/PET) GDS	Sensitivitet 90 % Specificitet 100 % MMSE cutoff < 24, CDT scoring enligt Schulman med cutoff < 1 gav bäst effekt. I studien jämförs 5 olika scoringmetoder (Schulman, Sunderland, Wolf-Klein, Watson, Manos)		Indextesten ingick i diagnostiseringen. Den retrospektiva analysen av klocktesten är däremot gjord av två oberoende granskare som var blinda för diagnos. -Ingen information om ev. skillnader i grupperna gällande ålder, utbildning. Författarna drar slutsatsen att kombinationen MMSE och CDT har god/hög sensitivitet, bättre än MMSE ensamt.
2	Heinik et al. 2003	Observationsstudie, retrospektiv, Israel	Totalt 114 deltagare. Demens n = 88 (AD = 52, VaD = 36), Depression/ångest n = 26. Specialistvård, geropsykiatrisk mottagning. Medelålder demens 78,3 ± 6,0 (spann 69–91) Kvinnor 48,9 % Utbildning 10,65 ± 3,09 år (spann 4–17), MMSE medelvärde 18,45 ± 4,84 Medelålder kontroll 74,3 ± 6,63 (spann 61–89) Kvinnor 50 % Utbildning 11,23 ± 2,98 år (spann 4–16), MMSE medelvärde 27,30 ± 2,24	*Indextest:* MMSE och CDT *Referenstest*: Diagnos enligt DSM IV och CAMCOG	Sensitivitet 100 % Specificitet 91 % Cutoff MMSE ≥ 24 CDT ≥ 12 (scoring enligt Freedman 0–16)		– Hög prevalens 77 %. Indextesten ingick i diagnostiken. + Ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande ålder, kön och utbildning. AD och VaD i demensgrupp. Kombinationen bättre än testerna var för sig.
3.	Zhou & Jianping 2008	Observationsstudie, retrospektiv, Kina	Totalt 160 deltagare. Vaskulär kognitiv svikt ej demens (V-CIND) n = 80, Frisk kontroll (HC) n = 80.	*Indextest*: MMSE och CDT. *Referenstest:*	Sensitivitet 93,7 % Specificitet 92,5 % MMSE cutoff ≤ 28		+Blind testning Ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande ålder, kön och utbildning.

			Specialistmottagning. V-CIND medelålder 65,85 ± 6,94, utbildning antal år; 10 ± 3,35, andel kvinnor 24 %, MMSE medelvärde 26,58 ± 2,41. HC medelålder 66,94 ± 7,06, utbildning antal år; 10,14 ± 2,38, andel kvinnor 35 %, MMSE medelvärde 28,83 ± 1,06	Konsensus två neurologer enligt publicerade diagnos kriterier bl.a. V-CIND (Roman et al, 1991). CDR	CDT ≤ 4 (5 skala) alt ≤ 8 (10 skala)		-Enbart MCI på vaskulär basis. Kombinationen bättre än testerna var för sig.
4.	Aprahamian et al. 2010	Observationsstudie, Brasilien	Totalt 220 deltagare. AD n = 121, HC n = 99. Specialistmottagning. Andel kvinnor AD 46,2 %, HC 53,8 %, högre andel med låg utbildning i demensgruppen. Medelålder AD 77,3 ± 7,52, HC 77,9 ± 7,30	*Indextest:* MMSE och CDT *Referenstest:* Diagnos enligt DSM IV och NINCDS-ADRDA CAMDEX, CDR	Sensitivitet 89,2–90 %, Specificitet 71,7–79,8 % Cutoff MMSE ≤ 26, CDT ≤ 4 (Shulman) I studien jämförs tre olika scoringmetoder (Mendez, Schulman, Sunderland).	AUC 0,920 (95 % KI 0,878–0,957) MMSE + CDT (Shulman)	- Enbart AD i demensgrupp. Indextesten del i diagnosprocessen. + Ingen skillnad gällande ålder och kön mellan grupperna. Kombinationen bättre än testerna var för sig.
5	Cacho et al. 2010.	Observationsstudie, Spanien	Totalt 143 deltagare. AD n = 66, MCI n = 21, HC n = 66 Medelålder; AD 73,8 ± 5,0 MCI 73,8 ± 5,0 HC 72,1 ± 5,7 Andel kvinnor AD 69,7 % MCI 66,7 % HC 56,1 % Utbildningsnivå; övervägande låg utb. MMSE medelvärde; AD 21,8 ± 2,8	*Indextest:* MMSE och CDT. Slår ihop båda testerna till vad man kallar "mini-clock" vilket ger en summa 0–40 p (MMSE 30+CDT10) *Referenstest:* Diagnos enligt DSM IV, NINCDS-ADRDA och Petersen. CDR.	A. AD kontra HC Sensitivitet 89,4 % Specificitet 95,4 % Cutoff: MMSE 23 kontra 24 CDT 6 kontra 7 Mini-clock 30 kontra 31 B. MCI kontra HC Sensitivitet 76,2% Specificitet 77,3 % Cutoff: MMSE 24 kontra 25 CDT 8 kontra 9 Mini-clock 35 kontra 36	A. AD kontra HC 0,973 (95 % KI 0,646–1) B. MCI kontra HC 0,855 (95 % KI 0,487–1)	+ Indextest ej del i diagnos (blind). Ingen skillnad vad gäller kön, ålder och utbildningsnivå mellan grupperna Kombinationen bättre än testerna var för sig.

			MCI 24,6 ± 2,7 HC 27,8 ± 1,8 Specialistmottagning				
6.	Kato et al, 2013.	Observationsstudie, Japan	Totalt 255 deltagare. AD n = 146 MCI n = 60 HC n = 49 Medelålder; AD 79,1 ± 8,0 MCI 76,1 ± 9,2 HC 66.1 ± 8.0, Andel kvinnor; AD 73 % MCI 73 % HC 65 % MMSE medelvärde; AD 19,1 ± 5,1 MCI 24,6 ± 4,1 HC 29,1 ± 1,2 Specialistvård, sjukhus	*Indextest:* MMSE och CDT (instruktion och kopiering, 10 p för varje del) *Referenstest diagnos enligt* DSM IV, *NINCDS-ADRDA, MCI enligt Petersen et al.* *Adas-cog, CDR,* MDRS	*A: AD kontra frisk* *Sensitivitet* 91,1 % *Specificitet* 100 % Cutoff: MMSE 24 kontra 25 CDT instr. 8 kontra 9 Komb 0,39 B. AD kontra MCI sensitivitet 75,3 % specificitet 70,0 % Cutoff: MMSE 23 kontra 24 CDT instr. 8 kontra 9 Komb 0,67	A. 0,997 (95 % KI 0,987–1,000) B. 0,811 (95 % KI 0,747–0,875)	- Kontrollgrupp yngre än MCI och demens. Inget KI rapporteras gällande sensitivitet och specificitet. Utbildning ej angett dock minst 6 års skolgång på samtliga. Oklart om indextesterna var del i diagnos och blindade. Kombinationen bättre än testerna var för sig.
7	Johansson et al. 2014 Sverige	Observationsstudie, prospektiv, Sverige.	Totalt 79 deltagare. Kognitiv svikt (demens/MCI) n = 46 Medelålder 79 ± 5,2 Andel kvinnor 48 % Utbildning antal år medelvärde 9,7 ± 3,6 MMSE medelvärde 24,9 ± 3,7 HC n = 33 Medelålder 75 ± 5,5 Andel kvinnor 76 % Utbildning antal år medelvärde 11,5 ± 3,9 MMSE medelvärde 28,6 ± 1,4	*Indextest:* MMSE och CDT *Referenstest:* Diagnos enligt publicerade kriterier. Konsensus geriatriker och psykolog baserat på anamnes, labb, CT, oberoende neuropsykologisk utredning med bl.a. Adas-cog.	Sensitivitet 70 % (95 % KI 65–89) Specificitet 79 % (95 % KI 65–89) MMSE cutoff ≤ 26 CDT ≤ 4 (Schulman)	AUC 0,74 (95 % KI 0,63–0,85)	+ Svensk primärvårdspopulation. Gruppen kognitiv svikt blandade diagnoser, inte enbart AD, kliniskt relevant. Blind testning. Kombinationen bättre än testerna var för sig.

			Primärvård.				

Förkortningar: MMSE = Mini Mental State Examination, CDT = Clock Drawing Test, SD = standard deviation, AUC = area under roc curve, n = number, AD = Alzheimer's disease, MCI = mild cognitive impairment eller lindrig kognitiv störning, VaD = Vascular dementia disease, V-CIND = Vascular cognitive impairment no dementia, HC = Healthy controls, KI = konfidensintervall, CDR = clinical dementia rating scale, MDRS = the Mattis Dementia Rating Scale

Summering av effekt och evidensstyrka

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), samt referens # enligt tabell 1	Testprestanda	Evidensstyrka (sammanställning av evidensstyrka hämtas från tabell 3)	Avdrag enligt GRADE	Kommentar
Sensitivitet och specificitet	A. Specialistvårdspopulation demens 774 (ref 1, 3-6) B. Specialistvårdspopulation MCI 247 (ref 2,5) C. Primärvårdspopulation Kognitiv svikt (demens/MCI) 79 (ref 7)	A. Sensitivitet 89,2–100 % Specificitet 71,7–100 % B. Sensitivitet 76,2–93,7 % Specificitet 77,3–92,7 % C. Sensitivitet 70 % Specificitet 79 % Totalt: Sensitivitet 70–100 % Specificitet 71,1–100 %	⨁⨁	-2	Indextesten ingår som referenstest i några av studierna. Olika versioner av klocktestet har använts i studierna, liksom olika cutoff-nivåer. Sex av sju studier är gjorda inom specialistvård med betydligt högre prevalens än i en svensk primärvårdspopulation. Sex av sju studier saknar konfidensintervall.

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2016-03-17 Ämne: Klocktest i kombination med MMSE			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Dementia/diagnosis"[Mesh] OR "Mild Cognitive Impairment/diagnosis"[Mesh] OR "Memory Disorders/diagnosis"[Mesh] OR cognitive impairment*[tiab] OR dementia*[tiab] OR alzheimer*[tiab] OR memory[tiab] OR cognitive disorder*[tiab] OR cognitive deficit*[tiab]	353892
2.	Mesh/FT	"Reproducibility of Results"[Mesh] or "Sensitivity and Specificity"[Mesh] OR "Early Diagnosis"[Mesh] OR "Predictive Value of Tests"[Mesh] OR "False Negative Reactions"[Mesh] OR "Diagnostic Errors"[Mesh] or "Validation Studies" [Publication Type] or reproducibility[tiab] or reliability[tiab] or validity[tiab] or accuracy[tiab] OR sensitiv*[tiab] or specificity[tiab] or detection[tiab] or detect*[ti] or predict*[ti] or predictive[tiab] or diagnostic[ti] or screen*[tiab] or test accuracy[tiab] or validat*[tiab] or value[tiab] or diagnostic evaluation[tiab] or diagnostic assessment[tiab] or utility[tiab] or quick identification[tiab] or early identification[tiab] or early diagnos*[tiab]	3936689
3.	Mesh/FT	(mini-mental state exam*[tiab] or MMSE[tiab]) AND (CDT[tiab] or clock drawing test[tiab] or clock drawing[ti])	342
4.		1 AND 2 AND 3 English	**174**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly
SB = PubMeds filter
för systematiska översikter (systematic[sb])
för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2016-03-17 Ämne: Klocktest i kombination med MMSE			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT/ti, ab, kw	"cognitive impairment*" OR dementia* OR alzheimer* OR memory OR "cognitive disorder*" OR "cognitive deficit*"	22542
2.	FT/ti, ab, kw	reproducibility or reliability or validity or accuracy OR sensitiv* or specificity or detect* or predict* or diagnostic or screen* or "test accuracy" or validat* or value or "diagnostic evaluation" or "diagnostic assessment" or utility or "quick identification" or "early identificat*" or "early diagnos*"	241714

3.	Mesh/FT	("mini-mental state exam*" or MMSE) AND (CDT or "clock drawing test" or "clock drawing task")	46
4.		1 AND 2 AND 3 English	**CENTRAL: 12**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)
Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
Qualifier = aspekt av ämnet
FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords
**)
CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews
DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects
HTA = Health Technology Assessment Database
EED = NHS Economic Evaluation Database
Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: PsycInfo. PsycArticles, AgeLine Databasleverantör: EBSCO Datum: 2016-03-17 Ämne: Klocktest i kombination med MMSE			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT	"cognitive impairment*" OR dementia* OR alzheimer* OR memory OR "cognitive disorder*" OR "cognitive deficit*" OR "cognitive dysfunction"	346668
2.	FT	reproducibility or reliability or validity or accuracy OR sensitiv* or specificity or detect* or predict* or diagnostic or screen* or "test accuracy" or validat* or value or "diagnostic evaluation" or "diagnostic assessment" or utility or "quick identification" or "early identificat*" or "early diagnos*"	1186223
3.	FT	("mini-mental state exam*" or MMSE) AND (CDT or "clock drawing test" or "clock drawing task")	346
4.		1 AND 2 AND 3 English	**150**

**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Rad: 5
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom och annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå
Åtgärd: The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) som en del i den basala demensutredningen

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör erbjuda RUDAS som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom och annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå.

Motivering till rekommendation
Det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag för att åtgärden förbättrar diagnostiken i målgruppen. Det finns få alternativa åtgärder.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

Vid utredning av misstänkt demenssjukdom ingår objektiva tester av kognitiva funktioner. Det kan ibland vara svårt att avgöra om resultatet på testerna speglar nedsatt kognition eftersom testresultat påverkas av utbildning, ålder, kulturella faktorer och språk. Många personer som utreds för misstänkt demenssjukdom i Sverige i dag kommer från andra länder och har därmed annan kulturell bakgrund och annat modersmål än svenska. Många har även låg utbildning. Hänsyn till det måste tas vid val av kognitiva tester och vid tolkning av testresultat. The Rowland Universal Dementia Scale (RUDAS) är ett bedömningsinstrument som bedömer minne, visuospatial orientering, praxis, visuokonstruktion, omdöme och språk. Testet tar cirka 10–15 minuter att genomföra. Resultatet ges i form av en poängsumma där 30 poäng är max. Som gränsvärde (cutoff) för misstänkt demenssjukdom används ofta 23 poäng. Testet är utvecklat i syfte att vara ett mångkulturellt bedömningsinstrument och används som komplement till

MMSE och klocktest i basal demensutredning av personer med annan kulturell bakgrund eller låg utbildning.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid misstänkt demenssjukdom har RUDAS 71–83 procents sensitivitet och 85–90 procents specificitet för att påvisa demenssjukdom (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

Testet har vid misstänkt demenssjukdom ett positivt likelihood ratio (LR+) på 5,5–7,4 och ett negativt likelihood ratio (LR-) på 0,20–0,30. Cutoff 23 poäng användes i alla utom två studier som använde 21 respektive 24 poäng. Korrelation mellan RUDAS och MMSE är 0,77 (95-procentigt konfidensintervall 0,72–0,81).

I de studier där effekten jämförs mot MMSE har de båda testen liknande testprestanda (något lägre för RUDAS) men testresultaten i RUDAS verkar vara mindre påverkade av utbildning och språk. Det talar för att RUDAS är ett kliniskt relevant instrument att använda i basal utredning av personer som kommer från annan kulturell bakgrund, har annat modersmål än svenska eller har låg utbildningsnivå. Inga data finns gällande om testet skiljer mellan olika demensdiagnoser.

Åtgärden innebär inga kända biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår tre studier: en systematisk översikt [1] och två tvärsnittsstudier [2, 3]. Den systematiska översikten innehåller 11 tvärsnittsstudier.

Slutsatserna baseras på 1 703 personer för sensitivitet och specificitet. Indextest var RUDAS och referenstest diagnos enligt publicerade riktlinjer.

Saknas någon information i studierna?

Några studier som ingår i den systematiska översikten saknar information om utbildningsnivå [1].

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Naqvi, RM, Haider, S, Tomlinson, G, Alibhai, S. Cognitive assessments in multicultural populations using the Rowland Universal Dementia Assessment Scale: a systematic review and meta-analysis. Cmaj. 2015; 187(5):E169-75.
2. Chaaya, M, Phung, TK, El Asmar, K, Atweh, S, Ghusn, H, Khoury, RM, et al. Validation of the Arabic Rowland Universal Dementia Assessment Scale (A-RUDAS) in elderly with mild and moderate dementia. Aging & mental health. 2016; 20(8):880-7.

3. Radford, K, Mack, HA, Draper, B, Chalkley, S, Delbaere, K, Daylight, G, et al. Comparison of Three Cognitive Screening Tools in Older Urban and Regional Aboriginal Australians. Dementia and geriatric cognitive disorders. 2015; 40(1-2):22-32.

Tabellering av inkluderade studier

#	Författare, år	Studiedesign	Population	Index- och referenstest	Testprestanda sensitivitet/ specificitet, (95 % KI)	PPV/NPP (95 % KI)	LR+/LR-, (95 % KI)	AUC Roc	Youden Index YI, 95 % KI	Kommentar inklusive bedömning av risk för bias
1	Naqvi.R.M et al. 2015	SÖ, meta-analys. 11 studier (tvärsnitts-studier) publicerade 2004–2014 från 6 olika länder. Totalt 1 236 deltagare varav 1 036 ingår i studier mätande testprestanda (8/11 studier). Övriga jämför RUDAS mot annat testbatteri. Översikten gäller perioden fram till november 2014.	Andelen personer med demens varierade från 20 % till 75 %. Medelålder: 73,5 år. Andel kvinnor: 60,9 %. Utbildning i medeltal 7,3 år (anges endast i 6/11 studier). Demensprevalens 20,4–56,8 %.	*Indextest: RUDAS* *Referenstest: Diagnos enligt* DSM IV	*Sensitivitet* poolad: 77,2 % (95 % KI 67,4–85,6) *Specificitet* poolad: 85,9 % (95 % KI 74,8–92,6) Jämförelsevis MMSE sensitivitet poolad 81,8 % (95 % KI 72,6–88,5) Specificitet 76,8 % (95 % KI 63.7–83,8) (sex av åtta studier) Cutoff <23 användes i alla utom en studie som använde < 21. Poolad korrelation mellan RUDAS och MMSE 0,77 (95 % KI 0,72–0,8 1) är gjort i 9 av de 11 studierna.		LR+ 5,5 (95 % KI 2,9–10,7) LR- 0,27 (95 % KI 0,17–0,40)	AUC 0,87		+ Blindad testning. Blandade demensdiagnoser, ej enbart AD. – Utbildningsnivå saknas i flera av studierna. – Relativt hög prevalens av demenssjukdom
2	Chaaya.M. et al., 2015	Tvärsnitts-studie. Validering av arabisk version av	136 friska och 96 demens (prevalens 40 %). Medelålder:	Indextest: RUDAS Referenstest: DSM IV oberoende av I.	Sensitivitet 83 % (95 % KI 74–90) Specificitet 85 % (95 % KI 77–90).	PPV 79 % (95 % KI 70-87%)	LR- 6,99 (95 % KI 4,28 -11,40) LR- 0,20 (95 % KI 0,13 -0,31)	AUC 0,84	YI 68 (58-78)	– Hög prevalens +Blindad testning

		RUDAS. Totalt 232 deltagare, Rekryterades både i primärvård och i specialist-vård.	79,1 ± 8,1. Majoriteten hade låg utbildningsnivå (51,7 % av deltagarna hade ingen formell utbildning, 29,7 % grundskola).		Cutoff < 23 (gör även uträkningar med två andra cutoff-nivåer men utfaller bäst på < 23). MCI exkluderade i denna studie.					
3	Radford. K., et al., 2015	Tvärsnittsstudie. Community based. Aboriginer, Australien. Boende i tätort. Totalt 235 deltagare.	181 friska, 26 MCI, 28 demens (prevalens demens 12 %) Medelålder: 65,83 ± 5,84 år. Utbildning 9,64 ± 2,92 år. Kvinnor 60 %. Sens och spec. uträknat för demens jämfört med övriga dvs. frisk & MCI. I denna studie får MMSE något bättre sens och spec. än RUDAS och PLR är 16,1 för MMSE jämfört med 7,4 för RUDAS.	*Indextest:* RUDAS *Referenstest:* NIA-AA (demens) & Winblad (MCI)	Optimal cutoff < 24 Sensitivitet 71,4 % (95 % KI 51,3–86,8). Specificitet 90,3 % (95 % KI 85,5–94,0) Cutoff < 23 Sensitivitet 60,7 % (95 % KI 40,6–78,5) Specificitet 92,3 % (87,8–95,5)		LR- 7,4 (95 % KI 4,6–11,9) LR- 0,3 (95 % KI 0,2–0,6)	AUC 0,89 (95 % KI 0,83–0,95)		+Primärvårds population, låg prevalens.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), samt referens # enligt tabell 1	Testprestanda	Evidensstyrka (sammanställning av evidensstyrka hämtas från tabell 3)	Avdrag enligt GRADE	Kommentar
Sensitivitet och specificitet	1703 (3) ref 1, 2, 3	Sensitivitet 71,4–83,0 % Specificitet 85,0–91,5 %	⊕⊕⊕	– 1	Skillnader i prevalens. Några studier inkluderar personer med MCI andra inte. Olika cutoff-nivåer används.
PLR och NLR	1703 (3) ref 1, 2, 3.	LR+ 5,5–7,4 LR- 0,20–0,30			
AUC ROC	1703 (3) ref 1, 2, 3.	AUC ROC 0,84–0,89			

Förkortningar: AD =Alzheimer's disease, MCI = Mild Cognitive Impairment eller lindrig kognitiv störning, D = dementia. ND = no dementia, RUDAS = The Rowland Universal Dementia Assessment Scale, MMSE = Mini Mental State Examination, LR+ = positive likelihood ratio, LR- = negative likelihood ratio, PPV = positive predictive value, NPV = negative predictive value, YI = Youden index

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2016-03-17 **Ämne: Kognitiv testning med RUDAS**			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT	RUDAS[tiab] or Rowland Universal Dementia Assessment Scale[tiab]	33
2.	Mesh/FT	"Reproducibility of Results"[Mesh] or "Sensitivity and Specificity"[Mesh] OR "Early Diagnosis"[Mesh] OR "Predictive Value of Tests"[Mesh] OR "False Negative Reactions"[Mesh] OR "Diagnostic Errors"[Mesh] or "Validation Studies" [Publication Type] or reproducibility[tiab] or reliability[tiab] or validity[tiab] or accuracy[tiab] OR sensitiv*[tiab] or specificity[tiab] or detection[tiab] or detect*[ti] or predict*[ti] or predictive[tiab] or diagnostic[ti] or screen*[tiab] or test accuracy[tiab] or validat*[tiab] or value[tiab] or diagnostic evaluation[tiab] or diagnostic assessment[tiab] or utility[tiab] or quick identification[tiab] or early identification[tiab] or early diagnos*[tiab] or test performance[tiab]	3939552
3.		1 AND 2	**24**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly
SB = PubMeds filter
för systematiska översikter (systematic[sb])
för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: PsycInfo. PsycArticles, AgeLine Databasleverantör: EBSCO Datum: 2016-03-17 **Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2016-03-17** **Ämne: Kognitiv testning med RUDAS**			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
PsycInfo. PsycArticles, AgeLine			
1.	FT	"cognitive impairment*" OR dementia* OR alzheimer* OR memory OR "cognitive disorder*" OR "cognitive deficit*" OR "cognitive dysfunction"	346668
2.	FT	reproducibility or reliability or validity or accuracy OR sensitiv* or specificity or detect* or predict* or diagnostic or screen* or "test accuracy" or validat* or value or "diagnostic evaluation" or "diagnostic assessment" or utility or "quick identification" or "early identificat*" or "early diagnos*"	1186223
3.	FT	RUDAS or "Rowland Universal Dementia Assessment Scale"	167
4.		1 AND 2 AND 3 English	**19**

Cochrane Library

5.	RUDAS or "Rowland Universal Dementia Assessment Scale"	**4**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)
Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
Qualifier = aspekt av ämnet
FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords
**)
CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews
DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects
HTA = Health Technology Assessment Database
EED = NHS Economic Evaluation Database
Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Rad: 6
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom
Åtgärd: Montreal Cognitive Assessment (MoCA) som en del i den basala demensutredningen

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 **5** 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan erbjuda MoCA som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Det finns vetenskapligt stöd för att åtgärden ökar möjligheten att ställa korrekt diagnos.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

Vid utredning av misstänkt demenssjukdom ingår objektiva tester av kognitiva funktioner. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) är ett relativt nytt testinstrument (utvecklades 1996) som är avsett som en del av en initial bedömning av personer med misstänkt lindrig kognitiv störning.

Testet tar cirka 10 minuter att genomföra och testar olika kognitiva domäner. De visuospatiala funktionerna testas genom ett klocktest (att rita en klocka med visarna på tio över elva på ett blankt papper) och genom att personen ombeds rita en tredimensionell kub. Språket testas genom att personen ska namnge tre ovanliga djur, upprepa två meningar med komplex syntax och prata utan att staka sig. Även förmågan att orientera sig i tid och rum utvärderas, liksom korttidsminnet och de exekutiva funktionerna samt uppmärksamhet, koncentration och arbetsminne. Maxpoängen på testet är 30 och de som får 26 poäng eller mer anses inte lida av kognitiv svikt. Det finns inte publicerade data över hur resultaten skiljer sig åt mellan personer med olika typer av demenssjukdom.

MoCA har sin styrka i att det är känsligare än MMSE för att upptäcka lindrig kognitiv störning och tidig demenssjukdom. Testet har en tidsåtgång som gör det möjligt att genomföra i en primärvårdsmiljö.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- Vid lindrig kognitiv störning har MoCA 89 procents (95-procentigt konfidensintervall: 84 till 92 procent) sensitivitet och 75 procents (95-procentigt konfidensintervall: 62 till 85 procent) specificitet (begränsat vetenskapligt underlag).
- Vid misstänkt demenssjukdom har MoCA 94 procents (95-procentigt konfidensintervall: 87 till 98 procent) sensitivitet (måttligt starkt vetenskapligt underlag) och 59 procents (95-procentigt konfidensintervall: 53 till 66 procent) specificitet (begränsat vetenskapligt underlag).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma den diagnostiska tillförlitligheten av MoCA i fråga om att differentiera mellan olika demenssjukdomar.

Det finns god dokumentation [1] för att påvisa att MoCA har hög sensitivitet vid misstänkt demenssjukdom och ett gränsvärde vid 26, men det finns en osäkerhet knuten till vilken specificitet man då kan förvänta sig (inkonsekventa resultat).

Det är värdefullt att betona att vi här ser på de diagnostiska värdena som är knutna till användning av MoCA vid ett specifikt gränsvärde, något som inte nödvändigtvis reflekterar hur MoCA (och andra kognitiva tester) används i praktiken.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår två systematiska översikter [1, 2]. I Davis et al. [1] inkluderas sju studier som antingen inte skilde mellan olika former av demens (n = 5) eller som bara inkluderade Alzheimers sjukdom (n = 2). Studierna har genomförts i en samhällspopulation (befolkning) eller sjukhuspopulation (till exempel geriatrisk klinik eller minnesmottagning). Studierna i Tsoi et al. [2] har genomförts i en samhällspopulation, inom primärvården eller på minnesmottagningar (detaljerna är oklara).

Saknas någon information i studierna?

–

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Davis, DH, Creavin, ST, Yip, JL, Noel-Storr, AH, Brayne, C, Cullum, S. Montreal Cognitive Assessment for the diagnosis of

Alzheimer's disease and other dementias. The Cochrane database of systematic reviews. 2015; (10):Cd010775.
2. Tsoi, KK, Chan, JY, Hirai, HW, Wong, SY, Kwok, TC. Cognitive Tests to Detect Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA internal medicine. 2015; 175(9):1450-8.

Summering av effekt och evidensstyrka

Vilken diagnostisk tillförlitlighet har MoCA vid diagnos av misstänkt lindrig kognitiv störning?

Testresultat	Antal deltagare (antal studier)	Antal per 1000 patienter som testas (95 % KI)			Evidensstyrka	Kommentar
		Prevalens 5 %	Prevalens 25 %	Prevalens 50 %		
Sant positiva (patienter med lindrig kognitiv störning)	469 patienter (9 studier)	45 (42 till 46)	223 (210 till 230)	445 (420 till 460)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (estimatet baseras delvis på fall-kontroll-studier). Bristande överensstämmelse (olika populationer, olika tröskelvärden).
Falskt negativa (patienter som felaktigt klassificerats som friska från lindrig kognitiv störning)		5 (4 till 8)	27 (20 till 40)	55 (40 till 80)		
Sant negativa (patienter utan lindrig kognitiv störning)	813 patienter (9 studier)	712 (589 till 808)	563 (465 till 638)	375 (310 till 425)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (estimatet baseras delvis på fall-kontroll-studier). Bristande överensstämmelse (olika populationer, olika tröskelvärden)
Falskt positiva (patienter som felaktigt klassificerats med lindrig kognitiv störning)		238 (142 till 361)	187 (112 till 285)	125 (75 till 190)		

Källa: Cognitive Tests to Detect Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. (Tsoi et al. 2015)

Vilken diagnostisk tillförlitlighet har MoCA vid diagnos av misstänkt demenssjukdom?

Testresultat	Antal deltagare (antal studier)	Antal per 1000 patienter som testas (95 % KI)			Evidensstyrka	Kommentar
		Prevalens 5 %	Prevalens 10 %	Prevalens 20 %		
Sant positiva (patienter med demenssjukdom)	2 587 patienter (7 studier)	47 (44 till 49)	94 (87 till 98)	188 (174 till 196)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag	Risk för bias

Falskt negativa (patienter som felaktigt klassificerats som friska från demenssjukdom)		3 (1 till 6)	6 (2 till 13)	12 (4 till 26)	⊕⊕⊕◯	
Sant negativa (patienter utan demenssjukdom)	6 798 patienter (7 studier)	561 (503 till 627)	531 (477 till 594)	472 (424 till 528)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias Bristande precision
Falskt positiva (patienter som felaktigt klassificerats med demenssjukdom)		389 (323 till 447)	369 (306 till 423)	328 (272 till 376)		

Källa: Montreal Cognitive Assessment for the diagnosis of Alzheimer's disease and other dementias. (Davis et al. 2015)

Rad: 7
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom
Åtgärd: A Quick Test (AQT) som komplement till MMSE-SR som en del i den basala demensutredningen

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 **7**	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan erbjuda A Quick Test (AQT) som komplement till MMSE-SR som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden något till möjligheten att ställa korrekt diagnos.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

Vid utredning av misstänkt demenssjukdom ingår objektiva tester av kognitiva funktioner. A Quick Test of Cognitive Speed (AQT) är ett relativt nytt testinstrument (vidareutvecklat sedan slutet av 60-talet) som är avsett som en del av en initial bedömning av personer med misstänkt demenssjukdom.

Testet består av tre moment där man på tid ska ange färg och form på geometriska figurer. Delmoment 1 och 2 mäter psykomotorisk hastighet genom att testpersonerna ombeds ange färg respektive form så fort som möjligt. Tidsgränsen för normal kognitiv funktion är i Sverige angiven till 35 sekunder. I delmoment 3 ska en kombination av färg och form anges, vilket utöver psykomotorisk snabbhet involverar även uppmärksamhet och arbetsminne. Tidsgränsen är satt till 70 sekunder. Studier har visat att personer med kognitiv svikt har längre testtider.

AQT har sin styrka i att det är enkelt och snabbt att utföra och därmed lämpar sig väl inom primärvården. Syn- respektive hörselnedsättning försvårar användandet. Testresultaten kan även påverkas av kognitiv dysfunktion som är orsakad av annat än demenssjukdom, såsom hjärnskador och affektiva sjukdomar, liksom av språkliga skillnader. AQT finns översatt till flera språk och har då justerade normerade tidsgränser.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- A Quick Test (AQT) i kombination med Mini Mental State Examination Svensk Reviderad version (MMSE-SR), bidrar till bättre diagnostisk tillförlitlighet vid diagnostik av misstänkt demenssjukdom som en del i den basala demensutredningen, jämfört med om personerna inte fått åtgärden (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma risken för negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom som får åtgärden, och konsensus har inte uppnåtts.

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”A Quick Test (AQT) i kombination med Mini Mental State Examination Svensk Reviderad version (MMSE-SR), bidrar till bättre diagnostisk tillförlitlighet vid diagnostik av misstänkt demenssjukdom som en del i den basala demensutredningen, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 94 procent (30 av 32 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 6 procent (2 av 32 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom.”
Svar:

- Ja: 26 procent (9 av 34 deltagare)
- Nej: 74 procent (25 av 34 deltagare) – konsensus uppnåddes inte.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad: 10
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom
Åtgärd: Strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga som en del i den basala demensutredningen

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör erbjuda en strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmågan som en del i den basala utredningen till personer med misstänkt demenssjukdom.

Motivering till rekommendation

Enligt beprövad erfarenhet ökar åtgärden möjligheten att ställa korrekt diagnos. Åtgärden ger dessutom underlag för fortsatt vård- och omsorgsplanering.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

Bedömningen vid en strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga utförs exempelvis av en arbetsterapeut och utgår vanligtvis dels från en intervju med både den sjuke och dennes anhöriga, dels från en observation av den sjuke under relevanta uppgifter och aktiviteter, exempelvis att tillaga en enkel måltid, hantera vardagsteknik (telefon, tv och datorer) och klara klädsel och hygien. De observerade eventuella funktionsnedsättningarna kan ge relevant information i relation till de kognitiva testresultaten, vilket kan bidra till eller underlätta diagnostiken.

Bedömningen behöver även ta hänsyn till faktorer såsom samsjuklighet, demensgrad och social situation vid diagnosen eftersom bedömningen är en viktig del i underlaget för eventuella stödåtgärder.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- En strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga i samband med basal utredning för demenssjukdom, bidrar till bättre diagnostisk tillförlitlighet vid diagnostik av misstänkt demenssjukdom som en del i den basala demensutredningen, jämfört med om personerna inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”En strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga i samband med basal utredning för demenssjukdom, bidrar till bättre diagnostisk tillförlitlighet vid diagnostik av misstänkt demenssjukdom som en del i den basala demensutredningen, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (48 av 48 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 48 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom.”
Svar:

- Ja: 7 procent (3 av 44 deltagare)
- Nej: 93 procent (41 av 44 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten av diagnostiska åtgärder har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för åtgärden i den aktuella frågeställningen eftersom effekten av åtgärden har bedömts utifrån ett konsensusförfarande.

Rad: 14
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom
Åtgärd: Datortomografi som en del i den basala demensutredningen

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör erbjuda datortomografi som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet har åtgärden effekt på tillförlitligheten att utesluta andra orsaker än demenssjukdom som orsak till kognitiv svikt.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

Datortomografi (DT eller CT efter engelskans Computer Tomography) ger en tredimensionell bild av hjärnan genom att ett solfjäderformat strålknippe sänds genom hjärnan och fångas upp av detektorer som registrerar strålningens intensitet och sänder uppgifterna vidare till en dator för bildbehandling. Vid bildbehandlingen omvandlas data till en tvådimensionell bild. Flera bilder kan sammanfogas i datorn och ge tredimensionella volymer av hjärnan. Datortomografiundersökningen ger därigenom information om hjärnans storlek och fåror, ventriklarnas omfång samt förekomsten av vaskulära förändringar såsom vitsubstansförändringar.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med misstänkt demenssjukdom bidrar datortomografi som en del i den basala demensutredningen till mer tillförlitligt uteslutande av andra orsaker än demenssjukdom till den kognitiva svikten, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av datortomografi som en del i den basala demensutredningen på differentialdiagnostik av Alzheimers sjukdom gentemot personer med annan demenssjukdom, jämfört med om de inte fått åtgärden, och konsensus har inte uppnåtts.

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt. De resultat som presenteras i den systematiska översikt som ingår i granskningen, varierade mycket avseende sensitivitet, enligt översiktens författare [1]. De gjorde även bedömningen att de ingående studierna hade vissa svagheter i urval av patienter och hantering av indextest.

Resultaten från den systematiska översikten kan sammanfattas med att DT differentierade vaskulär demenssjukdom och blanddemens (Alzheimers sjukdom kombinerat med vaskulärt orsakad kognitiv störning) från Alzheimers sjukdom med en sensitivitet på mellan 42 och 86 procent och en specificitet på mellan 55 och 96 procent för olika cerebrovaskulära hjärnavbildningsfynd.

Författarna till den systematiska översikten har dragit följande slutsats: ”Magnetresonanstomografi (MR) är bättre än DT på att differentiera vaskulär demens eller blanddemens från Alzheimers sjukdom och andra sjukdomstillstånd men konfidensintervallen på effektestimaten för oddskvoterna var breda.” Deras slutsats är därför att evidensen är otillräcklig för att bedöma om MR är bättre än DT (detta är dock inte den aktuella frågeställningen).

Vilka studier ingår i granskningen?

En systematisk översikt från år 2012 [1] har undersökt om DT är bättre än strukturell MR för att detektera en vaskulär komponent vid demenssjukdom. Data rapporteras också separat för den diagnostiska tillförlitligheten av DT för att differentiera vaskulär demens och blanddemens (Alzheimers sjukdom kombinerat med vaskulärt orsakad kognitiv störning) från Alzheimers sjukdom.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om hur väl DT kan differentiera frontallobsdemens från annan demenssjukdom.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med misstänkt demenssjukdom bidrar datortomografi som en del i den basala demensutredningen, jämfört med om de inte fått åtgärden, till mer tillförlitligt uteslutande av andra orsaker än demenssjukdom som orsak till den kognitiva svikten.”
Svar:

- Ja: 100 procent (46 av 46 deltagande) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 46 deltagare).

Påstående: ”För personer med misstänkt demenssjukdom bidrar datortomografi som en del i den basala demensutredningen, jämfört med om de inte fått

åtgärden, till förbättrad differentialdiagnostik av Alzheimers sjukdom gentemot personer med annan demenssjukdom."
Svar:

- Ja: 62 procent (26 av 42 deltagare) – konsensus uppnåddes inte
- Nej: 38 procent (16 av 42 deltagare).

Påstående: "Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom."
Svar:

- Ja: 9 procent (4 av 42 deltagare)
- Nej: 91 procent (38 av 42 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten av diagnostiska åtgärder har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för åtgärden i den aktuella frågeställningen eftersom effekten av åtgärden har bedömts utifrån ett konsensusförfarande.

Referenser

1. Beynon, R, Sterne, JA, Wilcock, G, Likeman, M, Harbord, RM, Astin, M, et al. Is MRI better than CT for detecting a vascular component to dementia? A systematic review and meta-analysis. BMC neurology. 2012; 12:33.

Tabellering av inkluderade studier

Systematiska översikter

First Author Year Reference Country Study design	**Included studies Aim**	**Population Setting**	**Index test Reference test**	**Outcomes**	**Quality Comments**
Beynon et al 2012 [1] UK Systematic Review	**Included studies** *Type of studies* Prospective cohorts, retrospective cohorts and case–control studies *N studies* 26 (20 non-autopsy studies and 6 autopsy studies) *Time frame*	**Population** The appropriate patient spectrum was patients with symptoms of dementia in whom the diagnosis had not been confirmed (most of the included studies did not enroll this pa-	**Index text** Computed tomography (CT) **Reference test** Eligible reference standards for VaD and AD included: autopsy; NINCDS-ADRDA for AD; NINDS-AIREN for VaD; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) DSM-III, DSM-III	**Outcomes** Sensitivity, specificity and diagnostic odds ratio for the detection of VaD or Mixed dementia, for each 2x2 table (general infarcts; lacunar infarcts; nonlacunar infarcts; white matter hyperintensities (WMH); periventricular hyperintensities (PVH); basal ganglia hyperintensities (BGH); and a 'global assess-	**Quality of review** Assessed as fulfilling quality criteria according to AMSTAR *Risk of bias in included studies (review authors assessment):* "The main limitations of the included studies were the potential for biased selection of patients and incorporation bias. Most studies (61%) did not enrol an appropriate patient spectrum, defined as patients with suspected dementia in whom the diagnosis had not been con-

	Last literature search February 2011 **Aim** Diagnostic accuracy	tient spectrum)	R, DSM-IV; State of California AD Diagnostic and Treatment Centre Criteria (ADDTC); and ICD-10. Any reported reference standard for mixed dementia was eligible	ment') **Authors' conclusions:** "Comparative analyses suggested that MRI may be more accurate than CT for distinguishing vascular or mixed dementia from Alzheimer's disease and other conditions, but confidence intervals on estimated ratios of diagnostic odds ratios were wide"	firmed. There was a risk of incorporation bias in 23 (61%) of the non autopsy studies, because the reference standard included the imaging findings" *Review authors comment:* "There was little evidence that selective patient enrolment and risk of incorporation bias impacted on diagnostic accuracy (p = 0.12 to 0.95)"

Summering av diagnostisk träffsäkerhet

Utfallsmått **Jämförelse**	**Studietyp (antal studier)** **N deltagare**	**Effekt (95 % KI)**	**Kommentar**
Diagnostisk träffsäkerhet VaD + blanddemens kontra AD och andra tillstånd	1 SÖ innehållande 26 studier varav 6 med obduktion som referensstandard och 20 med en klinisk referensstandard* *Helhetsbedömning*: N = 107 *Vitsubstansförändringar*: N = 196 *Periventrikulära vitsubstansförändringar*: N = 354 *Lakunära infarkter*: N = 667 *Icke-lakunära infarkter*: N = 1 900 *Generella infarkter***: N = 381 *Signalförändringar i basala ganglier*: N = 163	*Helhetsbedömning* Sensitivitet: 62 % (50–70) Specificitet: 94 % (1–100) DOR: 3,98 (0,10–160) *Vitsubstansförändringar* Sensitivitet: 71 % (53–85) Specificitet: 55 % (44–66) DOR: 2,79 (1,43–5,44) *Periventrikulära vitsubstansförändringar* Sensitivitet: 49 % (39–59) Specificitet: 69 % (33–91) DOR: 2,15 (0,24–19,3) *Lakunära infarkter* Sensitivitet: 42 % (9–85) Specificitet: 86 % (43–98) DOR: 4,85 (1,06–22,2) *Icke-lakunära infarkter* Sensitivitet: 45 % (34–56) Specificitet: 80 % (68–88) DOR: 3,49 (1,27–9,59) *Generella infarkter*** Sensitivitet: 52 % (22–80) Specificitet: 96 % (93–98) DOR: 29,58 (3,99–219) *Signalförändringar i basala ganglier* Sensitivitet: 86 % (78–92) Specificitet: 38 % (28–49) DOR: 4,06 (0,15–108)	Författarna av SÖ:n drar slutsatsen att inga av fynden hade en genomgående hög sensitivitet. Vidare konstaterar de att det finns otillräcklig evidens för att säga att MR är överlägsen DT i att identifiera cerebrovaskulära förändringar hos patienter med VaD, AD och blanddemens.

* Endast data från studier med en klinisk referensstandard rapporteras i underlaget. **Termen som används i översikten.

Rad: 8
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom
Åtgärd: Kognitiva screeningbatteriet (KSB) som en del i den utvidgade demensutredningen

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 **5** 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan erbjuda det kognitiva screeningbatteriet (KSB) som en del i den utvidgade demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden bidra till möjligheten att ställa korrekt diagnos, men de neuropsykologiska testerna bedöms ha större diagnostisk tillförlitlighet.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

Vid utredning av misstänkt demenssjukdom ingår objektiva tester av kognitiva funktioner. Det kognitiva screeningbatteriet (KSB) (eller på engelska The Cognitive Assessment Battery (CAB)) är ett sammanfattande utredningsbatteri som består av flera sedan tidigare välkända tester. Det består av tio separata deltester. Deltesterna ger en bild av minne (direkt och fördröjd återgivning), språkliga, spatiala och exekutiva funktioner samt snabbhet och uppmärksamhet. KSB är utvecklat för att vara ett komplement till MMSE vid anamnestisk misstanke om lindrig kognitiv störning alternativt tidig demenssjukdom hos testpersoner som har förhållandevis höga MMSE-poäng (omkring 27–30). Testet kan även användas vid körkortsbedömningar.

KSB har studerats och validerats av dess initiativtagare inom ramen för en större studie i västra Sverige och förefaller fungera väl i den ingående populationen bestående av personer med lindrig kognitiv störning och tidig demenssjukdom. Validerade data från primärvårdspopulation finns inte publicerade.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- Det kognitiva screeningbatteriet (KSB) på svenska bidrar till bättre diagnostisk tillförlitlighet vid diagnostik av misstänkt demenssjukdom som en del i den utvidgade demensutredningen, jämfört med om personerna inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”Det kognitiva screeningbatteriet (KSB) på svenska bidrar till bättre diagnostisk tillförlitlighet vid diagnostik av misstänkt demenssjukdom som en del i den utvidgade demensutredningen, jämfört med om patienterna inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 92 procent (23 av 25 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 8 procent (2 av 25 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom.”
Svar:

- Ja: 4 procent (1 av 24 deltagare)
- Nej: 96 procent (23 av 24 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad: 15
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom
Åtgärd: Neuropsykologiska test för att bedöma minne, språk, uppmärksamhet och exekutiv och spatial förmåga, som en del i den utvidgade demensutredningen

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 **3**	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör erbjuda neuropsykologiska test för att bedöma minne, språk, uppmärksamhet och exekutiv och spatial förmåga, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom.

Motivering till rekommendation

Det finns vetenskapligt stöd för att neuropsykologiska tester ökar möjligheten att ställa korrekt diagnos.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

Neuropsykologisk undersökning ger jämfört med screeningtest en ökad tillförlitlighet och förbättrad förmåga att tidigt upptäcka kognitiv störning samt differentiera olika degenerativa sjukdomarna från varandra, framför allt i ett tidigt skede när den globala kognitionen ännu inte är starkt påverkad.

De neuropsykologiska testbatterier som användes i Sverige täcker olika kognitiva funktioner: förutom generell kognition även verbal, visuell, spatial och exekutiv förmåga samt uppmärksamhet och minne (semantiskt och episodiskt minne). Information om det friska åldrandet och olika skadelokalisationer i relation till demenssjukdomar finns i regel för varje deltest. Hänsyn tas vid utvärderingen av testresultat till den individuella patientens ålder, utbildningsgrad och yrkesverksamhet. Vanligen utförs testning och bedömning med hjälp av neuropsykolog.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Sensitiviteten för att särskilja patienter med Alzheimers sjukdom från en heterogen population av patienter från primärvården med testbatteriet ”the Consortium to Establish a Register for Alzheimer's Disease Neuropsychological Battery” (CERAD-NP) var 97 procent och specificiteten 87,7 procent (acceptabel tillförlitlighet).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma sensitiviteten för att särskilja patienter med Alzheimers sjukdom från en heterogen population av patienter från primärvården med olika deltest från ”the Neuropsychological Assessment Battery” (NAB).

Att det vetenskapliga underlaget bedöms som acceptabelt för att ta ställning till diagnostisk träffsäkerhet av CERAD-NP för diagnostik av Alzheimers sjukdom hos personer med misstänkt demenssjukdom grundar sig på att träffsäkerheten hos hela testbatteriet baserar sig på en studie med en relativt stor population.

Att det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt för att ta ställning till diagnostisk träffsäkerhet av NAB för diagnostik av Alzheimers sjukdom hos personer med misstänkt demenssjukdom grundar sig på att träffsäkerheten hos de olika deltesterna baserar sig på endast en studie med ett relativt lågt antal studiedeltagare. I studien varierade sensitiviteten mellan 45 och 97 procent och specificiteten varierade mellan 54 och 90 procent beroende på deltest.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår två prospektiva kohortstudier med data från patienter i primärvård och specialistvård [1, 2]. Syftet med studierna har varit att undersöka diagnostisk tillförlitlighet hos två olika neuropsykologiska testbatterier för att särskilja patienter med Alzheimers sjukdom från patienter utan Alzheimers sjukdom.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om utfall som kan visa den differentialdiagnostiska tillförlitligheten för att särskilja vaskulär demenssjukdom respektive frontotemperal demenssjukdom från annan demenssjukdom.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Gavett, BE, Lou, KR, Daneshvar, DH, Green, RC, Jefferson, AL, Stern, RA. Diagnostic accuracy statistics for seven Neuropsychological Assessment Battery (NAB) test variables in the diagnosis of Alzheimer's disease. Applied neuropsychology Adult. 2012; 19(2):108-15.
2. Wolfsgruber, S, Jessen, F, Wiese, B, Stein, J, Bickel, H, Mosch, E, et al. The CERAD neuropsychological assessment battery total score detects and predicts Alzheimer disease dementia with high diagnostic

accuracy. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2014; 22(10):1017-28.

Tabellering av inkluderade studier

Primärstudier

First Author Year Reference Country Study design	Setting Recruitment Participants	Index test	Reference test Follow-up	Outcome Results (95% CI)	Risk of bias Comments
Gavett 2012 (1) USA Prospective cohort	**Setting** Alzheimer Disease Center **Recruitment** Archival data, extracted from a longitudinal research registry **Participants** Participants, who took part of a larger comprehensive evaluation designed for the assessment and diagnosis of AD. N= 276 (59.4% female, M=75.1 years, SD=8.2	Several neuropsychological tests from the Neuropsychological Assessment Battery (NAB)	AD was diagnosed using the National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Assoication (NINCDS-ADRDA) criteria (McKhann et al., 1984.	Sensitivity, Specificity (CI not stated), and Positive and Negative Predictive Values for NAB Subtests at Cutoff Scores That Maximize Specificity. *AD group vs non-AD group (*those with any other diagnosis*):* Driving Scenes (≤29*) Sensitivity 65% Specificity 90% PPV .25 NPV .98 Bill Payment (≤15*) Sensitivity 67% Specificity 87% PPV .21 NPV .98 Daily Living Memory–Immediate Recall (≤32*) Sensitivity 86% Specificity 90% PPV .31 NPV .99 Daily Living Memory–Delayed Recall (≤8*) Sensitivity 97% Specificity 88% PPV .30 NPV 1.00 Screening Visual Discrimination (≤3*) Sensitivity 45% Specificity 88% PPV .16 NPV .97	*Assessment of risk of bias:* Medium high Mainly due to the risk of patient spectrum bias: the study was performed in primary care and not in a specialized setting.

				Screening Design Construction (≤5*) Sensitivity 76% Specificity 54% PPV .08 NPV .97 Judgment (12*) Sensitivity 61% Specificity 88% PPV .21 NPV .98	
Wolfsgruber 2014 (2) Germany Prospective cohort	**Setting** Primary care **Recruitment** Randomly recruited via medical records registries **Participants** N =1606, consisting of a dementia-free sample (n= 1.540, 64.5% female, mean age 83.73 years) and an AD sample (n= 66, 75.8.5% female, mean age 85.47 years)	The validated German version of the Consortium to Establish a Register for Alzheimer's Disease Neuropsychological Battery (CERAD-NP) The CERAD-NP subtests are: (1) Verbal-Fluency (2) Boston Naming Test (3) MMSE (4) Word-List-Learning (5) Constructional Praxis (6) Word-List Recall (7)Word-List Recognition (8) Constructional-Praxis-Recall	Dementia was diagnosed according to DSM-IV and ICD-10 (SIDAM) Diagnoses of AD in case of dementia was established according to NINCDS-ADRA criteria	Sensitivity and specificity of total score of CERAD-NP Optimal Cutoff defined as the point with at least 80% sensitivity and maximal Youden-Index-Value *AD group vs non-AD group:* Sensitivity 97.0% Specificity 87.7%	*Assessment of risk of bias:* Medium high Mainly due to the risk of patient spectrum bias, patients with a dementia disorder other than AD were removed from the sample at baseline. In addition, the study was performed in primary care and not in a specialized setting.

* Cutoff score PPV = Positive predictive value; NPV = Negative predictive value.

Summering av effekt och evidensstyrka

Alzheimers sjukdom

Utfallsmått **Jämförelse**	**N studier och studietyp** **N deltagare**	**Effektestimat (95 % KI)**	**Kommentar**
Diagnostisk träffsäkerhet Alzheimers sjukdom kontra annan demenssjukdom	1 studie Prospektiv kohort N = 1 606	För totalsumman av CERAD-NP Sensitivitet: 97,0 % (KI ej angivet) Specificitet: 87,7 % (KI ej angivet)	
Diagnostisk träffsäkerhet Alzheimers sjukdom	1 studie Prospektiv kohort	För deltester i NAB (KI ej angivet)	

kontra annan demens-sjukdom	N = 276	Driving Scenes (≤ 29*) Sensitivitet: 65 % Specificitet: 90 % PPV 0,25 NPV 0,98 Bill Payment (≤ 15*) Sensitivitet: 67 % Specificitet: 87 % PPV 0,21 NPV 0,98 Daily Living Memory–Immediate Recall (≤ 32*) Sensitivitet: 86 % Specificitet: 90 % PPV 0,31 NPV 0,99 Daily Living Memory–Delayed Recall (≤ 8*) Sensitivitet: 97 % Specificitet: 88 % PPV 0,30 NPV 1,00 Screening Visual Discrimination (≤ 3*) Sensitivitet: 45 % Specificitet: 88 % PPV 0,16 NPV 0,97 Screening Design Construction (≤ 5*) Sensitivitet: 76 % Specificitet: 54 % PPV 0,08 NPV 0,97 Judgment (12*) Sensitivitet: 61 % Specificitet: 88 % PPV 0,21 NPV 0,98	

Rad: 16
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom
Åtgärd: Strukturell magnetresonanstomografi, som en del i den utvidgade demensutredningen

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan erbjuda strukturell magnetresonanstomografi, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet ökar åtgärden möjligheten att ställa korrekt diagnos vid demenssjukdom.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

Strukturell magnetresonanstomografi (MR) är en teknik som använder en stark magnet och radiovågor för att avbilda hjärnans strukturer. När man ligger med huvudet i magnetkameran ställer hjärnans väteatomer in sig efter magnetfältet runt magnetkameran. Genom att skicka radiovågor kan man få väteatomerna att svara med egna radiovågor och dessa detekteras av magnetkameran. Radiovågorna går sedan vidare till en dator som omvandlar informationen till bilder i olika skikt och i flera dimensioner.

Magnetkameran har betydligt högre upplösning än datortomografin och ger därför mer detaljerad information om strukturella förändringar såsom ventrikelvidgningar och kortikal och subkortikal atrofi. Atrofins omfattning i hela hjärnan och i mediala temporala kortex, inklusive hippocampus, kan graderas, vilket vanligtvis sker visuellt. En MR-undersökning kan även ge detaljerad information rörande förekomst och grad av vitsubstansförändringar i hjärnan.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med misstänkt demenssjukdom där en diagnos inte har kunnat fastställas efter en basal demensutredning, bidrar strukturell magnetresonanstomografi till förbättrad differentialdiagnostik av Alzheimers sjukdom, och vaskulär demens respektive frontotemporal demenssjukdom gentemot annan demenssjukdom, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer som undersöks (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt. De resultat som presenteras i den systematiska översikt som ingår i granskningen har inte någon hög sensitivitet enligt översiktens författare [1]. Resultaten från en kompletterande, separat primärstudie visar dock att MR har god sensitivitet och specificitet för differentialdiagnostisering av neurodegenerativ demenssjukdom och vaskulär demenssjukdom [2].

Författarna till den systematiska översikten gjorde bedömningen att de studier som ingår i översikten hade vissa svagheter i urval av patienter och hantering av indextest. Översikten är gjord för en selekterad population (redan bekräftad diagnos), vilket har betydelse för överförbarheten. En sammanvägd bedömning är att en primärstudie med enbart 100 patienter, som komplement till översikten, inte räcker för att betrakta underlaget som acceptabelt.

Enligt översikten differentierade MR vaskulär demenssjukdom och blanddemens (Alzheimers sjukdom kombinerat med vaskulärt orsakad kognitiv störning) från Alzheimers sjukdom med en sensitivitet på mellan 53 och 95 procent och en specificitet på mellan 24 och 96 procent för olika cerebrovaskulära hjärnavbildningsfynd.

Enligt primärstudien differentierade MR vaskulär demenssjukdom från neurodegenerativa demenssjukdomar och ingen demensdiagnos med en sensitivitet på 93 procent och en specificitet på 96 procent.

MR differentierade neurodegenerativa demenssjukdomar från vaskulär demenssjukdom och ingen demensdiagnos med en sensitivitet på 90 procent och en specificitet på 79 procent.

Vilka studier ingår i granskningen?

En systematisk översikt från år 2012 har undersökt om MR är bättre än datortomografi (DT) för att detektera en vaskulär komponent vid demenssjukdom [1]. Data rapporteras också separat för den diagnostiska tillförlitligheten av MR för att differentiera vaskulär demens och blanddemens (Alzheimers sjukdom kombinerat med vaskulärt orsakad kognitiv störning) från Alzheimers sjukdom. En primärstudie undersöker diagnostisk träffsäkerhet av MR för vaskulär demens och neurodegenerativ demenssjukdom i en population av personer som genomgått basal demensutredning [2].

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om hur väl MR kan differentiera endast frontotemporal demenssjukdom från annan demenssjukdom.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med misstänkt demenssjukdom där en diagnos inte har kunnat fastställas efter en basal demensutredning, bidrar strukturell magnetresonanstomografi till förbättrad differentialdiagnostik av Alzheimers sjukdom gentemot annan demenssjukdom, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 97 procent (30 av 31 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 3 procent (1 av 31 deltagare).

Påstående: ”För personer med misstänkt demenssjukdom där en diagnos inte har kunnat fastställas efter en basal demensutredning, bidrar strukturell magnetresonanstomografi till förbättrad differentialdiagnostik av vaskulär demens gentemot annan demenssjukdom, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 86 procent (25 av 29 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 14 procent (4 av 29 deltagare).

Påstående: ”För personer med misstänkt demenssjukdom där en diagnos inte har kunnat fastställas efter en basal demensutredning, bidrar strukturell magnetresonanstomografi till förbättrad differentialdiagnostik av frontotemporal demenssjukdom gentemot annan demenssjukdom, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 79 procent (23 av 29 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 21 procent (6 av 29 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer som undersöks.”
Svar:

- Ja: 7 procent (2 av 30 deltagare)
- Nej: 93 procent (28 av 30 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten av diagnostiska åtgärder har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för åtgärden i den aktuella frågeställningen eftersom effekten av åtgärden har bedömts utifrån ett konsensusförfarande.

Referenser

1. Beynon, R, Sterne, JA, Wilcock, G, Likeman, M, Harbord, RM, Astin, M, et al. Is MRI better than CT for detecting a vascular component to dementia? A systematic review and meta-analysis. BMC neurology. 2012; 12:33.
2. Hentschel, F, Kreis, M, Damian, M, Krumm, B, Frolich, L. The clinical utility of structural neuroimaging with MRI for diagnosis and differential diagnosis of dementia: a memory clinic study. International journal of geriatric psychiatry. 2005; 20(7):645-50.

Tabellering av inkluderade studier

Primärstudier

First Author Year Reference Country Study design	**Setting Recruitment Participants**	**Index test**	**Reference test Follow-up**	**Outcome Results (95% CI)**	**Risk of bias Comments**
Hentschel 2005 [2] Germany Diagnostic accuracy	**Setting** A university memory clinic **Recruitment** Patients with cognitive disturbances referred from primary care **Participants** 100 patients (mean age: 68.6 years)	**Index test** MRI scans in a transversal and sagittal orientation and an oblique orientation along the long axis of the hippocampus were analysed visually.	**Reference test** Alzheimer's disease, according to NINCDS/ADRDA criteria. Vascular dementia was diagnosed according to NINDS/AIREN criteria.	The final diagnoses were categorized into three groups: neurodegenerative (ND), vascular (VD) and no dementia (XD). *Differentiating VD from ND+XD* Sensitivity: 0.90 Specificity: 0.79 PPV: 51 *Differentiating ND from VD+XD* Sensitivity: 0.93 (CI not stated) Specificity: 0.96 (CI not stated) PPV: 78 (CI not stated)	**Risk of bias** Assessed as medium high risk of bias. Most serious risk due to incorporation of indextest in the reference standard and knowledge of the results in index test when interpreting dementia diagnoses **Comments**

PPV = positive predictive value

Systematisk översikt

First Author Year Reference Country Study design	Included studies Aim	Population Setting	Index test Reference test	Outcomes	Quality Comments
Beynon et al 2012 [1] UK Systematic Review	**Included studies** *Type of studies* Prospective cohorts, retrospective cohorts and case–control studies *N studies* 16 (15 non-autopsy studies and 1 autopsy studies) *Time frame* Last literature search February 2011 **Aim** Diagnostic accuracy	**Population** The appropriate patient spectrum was patients with symptoms of dementia in whom the diagnosis had not been confirmed (most of the included studies did not enroll this patient spectrum)	**Index text** Magnetic Resonance Imaging (MRI) **Reference test** Eligible reference standards for VaD and AD included: autopsy; NINCDS-ADRDA for AD; NINDS-AIREN for VaD; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) DSM-III, DSM-III R, DSM-IV; State of California AD Diagnostic and Treatment Centre Criteria (ADDTC); and ICD-10. Any reported reference standard for mixed dementia was eligible	**Outcomes** Sensitivity, specificity and diagnostic odds ratio for the detection of VaD or Mixed dementia, for each 2x2 table (general infarcts; lacunar infarcts; nonlacunar infarcts; white matter hyperintensities (WMH); periventricular hyperintensities (PVH); basal ganglia hyperintensities (BGH); and a 'global assessment') **Authors' conclusions:** "Comparative analyses suggested that MRI may be more accurate than CT for distinguishing vascular or mixed dementia from Alzheimer's disease and other conditions, but confidence intervals on estimated ratios of diagnostic odds ratios were wide"	**Quality of review** Assessed as fulfilling quality criteria according to AMSTAR *Risk of bias in included studies (review authors assessment):* "The main limitations of the included studies were the potential for biased selection of patients and incorporation bias. Most studies (61%) did not enrol an appropriate patient spectrum, defined as patients with suspected dementia in whom the diagnosis had not been confirmed. There was a risk of incorporation bias in 23 (61%) of the non autopsy studies, because the reference standard included the imaging findings" *Review authors comment:* "There was little evidence that selective patient enrolment and risk of incorporation bias impacted on diagnostic accuracy (p = 0.12 to 0.95)"

Summering av diagnostisk träffsäkerhet

Vaskulär demenssjukdom och blanddemens

Utfallsmått Jämförelse	N studier och studietyp N deltagare	Effektestimat (95 % KI)	Kommentar
Diagnostisk träffsäkerhet VaD + blanddemens kontra AD	1 SÖ innehållande 16 studier varav 1 med obduktion som referensstandard och 15 med en klinisk referens-	*Helhetsbedömning* Sensitivitet: 69 % (36–90) Specificitet: 86 % (45–98) DOR: 9,43 (0,67–132)	Författarna av SÖ:n drar slutsatsen att inga av fynden hade en genomgående

och andra tillstånd	standard* *Helhetsbedömning*: N = 170 *Vitsubstansförändringar*: N = 334 *Periventrikulära vitsubstansförändringar*: N = 315 *Lakunära infarkter*: N = 599 *Icke-lakunära infarkter*: N = 514 *Generella infarkter***: N = 955 *Signalförändringar i basala ganglier*: N = 396	*Vitsubstansförändringar* Sensitivitet: 95 % (87–98) Specificitet: 26 % (12–50) DOR: 5,98 (1,90–18,9) *Periventrikulära vitsubstansförändringar* Sensitivitet: 92 % (70–98) Specificitet: 24 % (6–60) DOR: 3,83 (0,71–20,6) *Lakunära infarkter* Sensitivitet: 75 % (40–93) Specificitet: 83 % (58–95) DOR: 12,99 (302–55,9) *Icke-lakunära infarkter* Sensitivitet: 53 % (41–65) Specificitet: 91 % (85–95) DOR: 8,79 (3,20–24,2) *Generella infarkter*** Sensitivitet: 53 % (36–70) Specificitet: 96 % (94-97) DOR: 16,78 (2,01–139) *Signalförändringar i basala ganglier* Sensitivitet: 77 % (66–85) Specificitet: 78 % (67–86) DOR: 10,17 (1,62–63,9)	hög sensitivitet. Vidare konstaterar de att det finns otillräcklig evidens för att säga att MR är överlägsen DT i att identifiera cerebrovaskulära förändringar hos patienter med VaD, AD och blanddemens.
Diagnostisk träffsäkerhet VD kontra ND + ingen demenssjukdom	N = 100	*Differentialdiagnos för VD* Sensitivitet: 90 % (KI anges inte) Specificitet: 90 % (KI anges inte) PPV: 51	

* Endast data från studier med en klinisk referensstandard rapporteras i underlaget. **Termen som används i översikten. PPV = positiva prediktiva värden, ND = neurodegenerativ demenssjukdom (här Alzheimers sjukdom, Lewykroppsdemens och frontotemporal demenssjukdom), VD = vaskulär demenssjukdom

Neurodegerenativa demenssjukdomar

Utfallsmått **Jämförelse**	**N studier och studietyp** **N deltagare**	**Effektestimat (95 % KI)**	**Kommentar**
Diagnostisk träffsäkerhet ND kontra VD + ingen demenssjukdom	N = 100	*Differentialdiagnos för ND* Sensitivitet: 93 (KI anges inte) Specificitet: 96 (KI anges inte) PPV: 78	

Rad: 19
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom
Åtgärd: Mätningar av regionala hjärnblodflödet med SPECT, som en del i den utvidgade demensutredningen

Rekommendation

Hälso- och sjukvården kan erbjuda mätningar av regionala blodflödet i hjärnan med SPECT, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet ökar åtgärden möjligheten att ställa korrekt diagnos. Alternativa bättre metoder finns.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

SPECT (från engelskans Single Photon Emission Computed Tomography) möjliggör studier av förändringar i hjärnans regionala blodflöde. Vid en SPECT-undersökning injiceras intravenöst en radioaktiv spårsubstans, såsom teknetium-99m (^{99m}Tc) eller jod-123 (^{123}I), som är bunden till en molekyl som transporterar spårsubstansen via blodet till hjärnan. Vid mätning av hjärnans blodflöde används till exempel ^{99m}Tc-exametazim eller ^{99m}Tc-ECD (bicisatdihydroklorid). Upptaget av spårsubstansen i olika delar av hjärnan mäts och jämförs mot en normalfördelning som är justerad för patientens ålder. Cerebellum används oftast som en referensregion.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med misstänkt demenssjukdom, där en diagnos inte har kunnat fastställas i en basal demensutredning, bidrar mätningar av regionala hjärnblodflödet med SPECT till förbättrad diagnostisk tillförlitlighet jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).

- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer som undersöks (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt.

För diagnostisk träffsäkerhet när det gäller Alzheimers sjukdom grundar sig bedömningen på att resultaten hämtats från studier med studiepopulationer som avviker från frågeställningen (undersökningspersoner med misstänkt Alzheimers sjukdom har jämförts med personer med misstänkt frontotemporal demenssjukdom, vaskulär demens respektive Lewykroppsdemens) och på att träffsäkerheten varierade kraftigt mellan enskilda studier.

För diagnostisk träffsäkerhet när det gäller vaskulär demens grundar sig bedömningen av det vetenskapliga underlaget på att det saknas resultat avseende det tillståndet i de två inkluderade översikterna.

För diagnostisk träffsäkerhet när det gäller frontotemporal demenssjukdom grundar sig bedömningen av det vetenskapliga underlaget på att träffsäkerheten varierade kraftigt mellan enskilda studier. Bedömningen stöds av den slutsats författarna själva dragit i den översikt som resultaten hämtats från.

Följande resultat redovisas i de två systematiska översikter som ingår i granskningen [1, 2]:

Alzheimers sjukdom kontra frontotemporal demenssjukdom: Enligt resultaten från 13 studier var sensitiviteten 45–90 procent och specificiteten 66,7–100 procent när SPECT av regionalt blodflöde användes för diagnostik av Alzheimers sjukdom hos personer med Alzheimers sjukdom eller frontotemporal demenssjukdom.

Alzheimers sjukdom kontra vaskulär demens: Enligt resultaten från 18 studier var sensitiviteten 55,2–92 procent och specificiteten 37,5–88 procent när SPECT av regionalt blodflöde användes för diagnostik av Alzheimers sjukdom hos personer med Alzheimers sjukdom eller vaskulär demens.

Alzheimers sjukdom kontra Lewykroppsdemens: Enligt resultaten från 5 studier var sensitiviteten 64–83 procent och specificiteten 64,7–90 procent när SPECT av regionalt blodflöde användes för diagnostik av Alzheimers sjukdom hos personer med Alzheimers sjukdom eller vaskulär demens.

Frontotemporal demenssjukdom kontra ingen frontotemporal demenssjukdom, vid undersökning med single headed camera: Enligt resultaten från 2 studier var sensitiviteten 36–40 procent och specificiteten 92–95 procent när SPECT av regionalt blodflöde med single headed camera användes för diagnostik av frontotemporal demenssjukdom hos personer med misstänkt demenssjukdom.

Frontotemporal demenssjukdom kontra ingen frontotemporal demenssjukdom, vid undersökning med multiple headed camera: Enligt resultaten från 3 studier var sensitiviteten 73–100 procent och specificiteten 80–100 procent när SPECT av regionalt blodflöde med multiple headed camera användes för diagnostik av frontotemporal demenssjukdom hos personer med misstänkt demenssjukdom.

Frontotemporal demenssjukdom kontra Alzheimers sjukdom, vid undersökning med single headed camera: Enligt resultaten från 3 studier var sensitiviteten 40–97 procent och specificiteten 61–97 procent när SPECT av reg-

ionalt blodflöde med single headed camera användes för differentialdiagnostik av frontotemporal demenssjukdom kontra Alzheimers sjukdom hos personer med misstänkt demenssjukdom.

Frontotemporal demenssjukdom kontra Alzheimers sjukdom, vid undersökning med multiple headed camera: Enligt resultaten från 8 studier var sensitiviteten 52–100 procent och specificiteten 41–100 procent när SPECT av regionalt blodflöde med single headed camera användes för differentialdiagnostik av frontotemporal demenssjukdom kontra Alzheimers sjukdom hos personer med misstänkt demenssjukdom.

Vilka studier ingår i granskningen?

Två systematiska översikter ingår i granskningen [1, 2]: en systematisk översikt som har undersökt bilddiagnostik av cerebralt regionalt blodflöde med SPECT för diagnostik av Alzheimers sjukdom och en systematisk översikt som har undersökt bilddiagnostik av cerebralt regionalt blodflöde med SPECT för diagnostik av frontotemporal demenssjukdom.

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om diagnostisk träffsäkerhet för vaskulär demens.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med misstänkt demenssjukdom, där en diagnos inte har kunnat fastställas i en basal demensutredning, bidrar mätningar av regionala hjärnblodflödet med SPECT till förbättrad diagnostisk tillförlitlighet jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 96 procent (25 av 26 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 4 procent (1 av 26 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer som undersöks.”
Svar:

- Ja: 11 procent (3 av 28 deltagare)
- Nej: 89 procent (25 av 28 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Archer, HA, Smailagic, N, John, C, Holmes, RB, Takwoingi, Y, Coulthard, EJ, et al. Regional Cerebral Blood Flow Single Photon Emission Computed Tomography for detection of Frontotemporal dementia in people with suspected dementia. The Cochrane database of systematic reviews. 2015; 6:Cd010896.
2. Yeo, JM, Lim, X, Khan, Z, Pal, S. Systematic review of the diagnostic utility of SPECT imaging in dementia. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2013; 263(7):539-52.

Tabellering av inkluderade studier

Systematiska översikter

First Author **Year** **Reference** **Country** **Study design**	**Included studies** **Aim**	**Population** **Setting**	**Index test** **Reference test**	**Outcomes**	**Quality** **Comments**
Archer HA et al. 2015 (2) UK Systematic review	**Included studies** *Type of studies* "…cross-sectional studies with a case-control design and longitudinal cohort studies with delayed verification of diagnosis.." *N studies* 11 (total n participants = 1117) *Time frame* Last literature search performed in June 2013. **Aim** Of relevance here: "To determine the diagnostic accuracy of rCBF SPECT in the differential diagnosis of FTD from other dementia subtypes."	**Population** For case-control studies: "…participants who had been recruited and clinically diagnosed with FTD or other dementia subtypes…", and for cohort studies: "…studies in which all participants with suspected dementia were administered rCBF SPECT at baseline." **Setting** Not stated, but: "…we expected the studies to be limited to secondary	**Index test** rCBF* SPECT **Reference test** A clinical diagnosis of FTD based on: 1) Lund Manchester criteria 2) Neary criteria 3) National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) criteria for FTD 4) Histopathological diagnosis 5) Precence of a genetic mutation *Follow up* Not stated	**Outcomes** Of relevance here: "…differential diagnosis of FTD from other dementia subtypes." **Authors' conclusions:** "At present we can not make any recommendations for the use of rCBF SPECT in the diagnosis of FTD on the basis of our findings." "This review demonstrates that the currently available literature does not clearly answer the question of whether rCBF SPECT can differentiate FTD from AD and other dementias."	**Quality of review** Assessed as fulfilling quality criteria according to AMSTAR *Risk of bias in included studies (review authors assessment):* 6/11 studies were assessed as at high risk of bias with regard to patient selection, 8/11 with regard to the index test, 2/11 with regard to the reference test, and 1/11 with regard to forward timing. *Applicability concerns (review authors assessment):* *Authors' comments:* "The literature on the use of rCBF SPECT for discriminating FTD from other dementias is dominated by case-control studies, with a paucity of well planned prospective cohort studies. This made it difficult

		and tertiary health care settings."			to obtain an average sensitivity and specificity for differentiating FTD from other dementias."
Yeo JM et al. 2013 (1) UK Systematic review	**Included studies** *Type of studies* Studies of diagnostic accuracy with at least 10 subjects. *N studies* For AD vs FTD, 13 (total n participants = 479) For AD vs VD, 18 (total n participants = 699) For AD vs DLB, 5 (total n participants = 140)** *Time frame* Last literature search performed in May 2012. **Aim** "This systematic review will focus on the use of ^{99m}Tc-HMPAO and ^{99m}Tc-ECD SPECT in differentiating AD from FTD, VD DLB and NC."	**Population** ".. clinically or pathologyically diagnosed AD vs FTD/VD/DLB /NC"** **Setting** Not stated	**Index test** rCBF SPECT using ^{99m}Tc-HMPAO or ^{99m}Tc-ECD. **Reference test** "…clinically or pathologically diagnosed AD"** *Follow up* Not stated	**Outcomes** Diagnostic accuracy of diagnosis in AD** **Authors' conclusions:** "Results from this study suggest that 99mHMPAO SPECT is a sensitive and specific modality aiding the differentiation of AD, FTD and DLB." Remark from discussion: "Results highlight that whilst the imaging modality shows promise, heterogeneity of SPECT results may be a potential barrier to its universal use".	**Quality of review** *Risk of bias in included studies (review authors assessment):* Internal validity (assessed on a scale 0-11 where 11 represents high internal validity) • AD vs FTD, mean among 13 studies = 5,3 • AD vs VD, mean among 18 studies = 5,2 • AD vs DLB, mean among 5 studies = 6 External validity (assessed on a scale 0-4, where 4 represents high external validity) • AD vs FTD, mean among 13 studies = 1,5 • AD vs VD, mean among 18 studies = 1,6 • AD vs DLB, mean among 5 studies = 2 *Authors' comments:*

*rCBF = regional Cerebral Blood Flow, **AD = Alzheimer's disease, FTD = frontotemporal dementia, VD = vascular dementia, DLB = Lewybody dementia, NC = normal controls.

Summering av effekt och evidensstyrka

Alzheimers sjukdom

Utfallsmått **Jämförelse**	**Publikations- eller studietyp*** **(N primärstudier i en SÖ)** **N deltagare**	**Effektestimat (95 % KI)**	**Kommentar**
Diagnostisk träffsäkerhet, AD kontra FTD i en grupp patienter med AD eller FTD enligt kliniska kriterier	1 SÖ (13 studier) N = 479	*Spann mellan studier:* Sensitivitet: 45–90 % Specificitet: 66,7–100 % *Sammanvägt resultat:*	Deskriptiva resultat är hämtade från 11 fall-kontrollstudier och 2 kohortstudier.

eller histopatologisk undersökning		Sensitivitet: 79,7 % (71,0–87,3) Specificitet: 79,9 % (74,8–85,6)	Det sammanvägda resultatet visar poolade värden från10/13 studier
Diagnostisk träffsäkerhet AD kontra VD i en grupp patienter med AD eller VD enligt kliniska kriterier eller histopatologisk undersökning	1 SÖ (18 studier) N = 699	*Spann mellan studier:* Sensitivitet: 55,2–92 % Specificitet: 37,5–88 % *Sammanvägt resultat:* Sensitivitet: 74,5 % (68,5–80,1) Specificitet: 72,4 % (66,6–77,9)	Resultaten är hämtade från 15 fall-kontrollstudier och 3 kohortstudier. Det sammanvägda resultatet visar poolade värden från 15/18 studier
Diagnostisk träffsäkerhet AD kontra DLB i en grupp patienter med AD eller DLB enligt kliniska kriterier eller histopatologisk undersökning	1 SÖ (5 studier) N = 140	*Spann mellan studier:* Sensitivitet: 64–83,3 % Specificitet: 64,7–90 % *Sammanvägt resultat:* Sensitivitet: 70,2 % (60,5–78,7) Specificitet: 76,2 % (64,8–85,4)	Resultaten är hämtade från 5 fall-kontrollstudier. Det sammanvägda resultatet visar poolade värden från 3/5 studier

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp

Frontotemporal demenssjukdom

Utfallsmått **Jämförelse**	**Publikations- eller studietyp*** **(N primärstudier i en SÖ)** **N deltagare**	**Effektestimat (95 % KI)**	**Kommentar**
Diagnostisk träffsäkerhet, single headed camera FTD kontra ingen FTD i en grupp patienter med misstänkt demenssjukdom	1 SÖ (2 studier) N = 474	*Spann mellan studier:* Sensitivitet: 36–40 % Specificitet: 92–95 %	Resultaten är hämtade från 2 prospektiva kohortstudier
Diagnostisk träffsäkerhet, multiple headed camera FTD kontra ingen FTD i en grupp patienter med misstänkt demenssjukdom	1 SÖ (3 studier) N = 135	*Spann mellan studier:* Sensitivitet: 73–100 % Specificitet: 80–100 %	Resultaten är hämtade från 1 prospektiv kohortstudie och 2 retrospektiva kohortstudier
Diagnostisk träffsäkerhet, single headed camera FTD kontra AD i en grupp patienter med misstänkt demenssjukdom	1 SÖ (3 studier) N = 309	*Spann mellan studier:* Sensitivitet: 40–97 % Specificitet: 61–97 %	Resultaten är hämtade från 1 fall-kontrollstudie och 2 prospektiva kohortstudier
Diagnostisk träffsäkerhet, multiple headed camera FTD kontra AD i en grupp patienter med misstänkt demenssjukdom	1 SÖ (8 studier) N = 421	*Spann mellan studier:* Sensitivitet: 52–100 % Specificitet: 41–100 %	Resultaten är hämtade från 5 fall-kontrollstudier, 1 prospektiv kohortstudie och 2 retrospektiva kohortstudier.

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp

Rad: 20
Tillstånd: Misstänkt Lewykroppsdemens
Åtgärd: Mätning av dopamintransportsystemet i hjärnan med SPECT, som en del i den utvidgade demensutredningen

Rekommendation

Hälso- och sjukvården kan erbjuda mätning av dopamintransportsystemet i hjärnan med SPECT, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt Lewykroppsdemens.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet ökar åtgärden möjligheten att ställa korrekt diagnos vid misstänkt Lewykroppsdemens, som är ett svårdiagnostiserat tillstånd.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Lewykroppsdemens är ett tillstånd som har likheter med både Alzheimers och Parkinsons sjukdom. Vid denna demenssjukdom är det ofta vakenhet, uppmärksamhet och rumslig orientering som påverkas tidigt i sjukdomsförloppet, medan minnesstörningar kommer senare. Tidigt i sjukdomsbilden kan Parkinsonliknande symtom tillkomma. Vanliga symtom under sjukdomsförloppet är även synhallucinationer och falltendens.

Patienter med Lewykroppsdemens uppvisar, till skillnad från patienter med Alzheimers sjukdom och de flesta andra demenssjukdomar, en sänkt striatal dopaminaktivitet och en kraftigt ökad risk för biverkningar av läkemedel mot psykos (antipsykosmedel), se vidare under åtgärderna *Första generationens antipsykotiska läkemedel* och *Andra generationens antipsykotiska läkemedel*.

SPECT (efter engelskans Single Photon Emission Computed Tomography) möjliggör mätning av dopaminaktiviteten i hjärnan. Vid en SPECT-undersökning injiceras intravenöst en radioaktiv spårsubstans, till exempel jod-123 (^{123}I), som är bunden till en molekyl som transporterar spårsubstansen via blodet till hjärnan. Vid mätning av hjärnans dopaminaktivitet används ^{123}I-FP-CIT som gärna binder in till ett membranprotein i dopaminerga nervterminaler. Den radioaktiva spårsubstansen binder reversibelt och jämviktskoncentrationen mellan fri och bunden spårsubstans ger ett kvantitativt mått på antalet dopaminerga neuron i hjärnan.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med misstänkt Lewykroppsdemens, där en diagnos inte har kunnat fastställas i en basal demensutredning, bidrar mätningar av dopamintransportsystemet i hjärnan med SPECT till förbättrad diagnostisk tillförlitlighet jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer som undersöks (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt. Bedömningen grundar sig på att resultaten har hämtats från endast en mindre studie, och på att studiepopulationen i den avviker från frågeställningen.

Resultatet i den granskade studien visar dock att sensitiviteten (andelen med sjukdomen som mätning av dopamintransportsystemet med SPECT (DAT-SPECT) identifierade korrekt) för diagnostik av Lewykroppsdemens hos personer som uppfyller kliniska kriterier för Alzheimers sjukdom eller Lewykroppsdemens eller båda sjukdomarna var 100 procent och specificiteten (andelen utan sjukdom som DAT-SPECT identifierade korrekt) var 92 procent när bilder från DAT-SPECT analyserades semikvantitativt. Sensitiviteten var 86 procent och specificiteten 83 procent när bilder från DAT-SPECT analyserades visuellt. Sensitiviteten för diagnostik av Lewykroppsdemens hos personer som uppfyller kliniska kriterier för Lewykroppsdemens var 100 procent och specificiteten var 100 procent när bilder från DAT-SPECT analyserades semikvantitativt. Sensitiviteten var 83 procent och specificiteten 71 procent när bilder från DAT-SPECT analyserades visuellt.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt som har undersökt bilddiagnostik av dopamintransportsystemet (DAT) i hjärnan med SPECT eller PET för diagnostik av Lewykroppsdemens hos personer med demenssjukdom [1]. Endast en primärstudie inkluderades i granskningen.

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Resultaten visar diagnostisk träffsäkerhet i en selekterad grupp av patienter med enligt kliniska kriterier känd diagnos i Alzheimers sjukdom och Lewykroppsdemens, men det saknas information om diagnostisk träffsäkerhet när undersökningen utförs i en situation som bättre motsvarar den i kliniken: en konsekutiv kohort av patienter med misstänkt Lewykroppsdemens.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med misstänkt Lewykroppsdemens, där en diagnos inte har kunnat fastställas i en basal demensutredning, bidrar mätningar av dopamintransportsystemet i hjärnan med SPECT till förbättrad diagnostisk tillförlitlighet jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (23 av 23 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 23 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer som undersöks.”
Svar:

- Ja: 13 procent (3 av 24 deltagare)
- Nej: 87 procent (21 av 24 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. McCleery, J, Morgan, S, Bradley, KM, Noel-Storr, AH, Ansorge, O, Hyde, C. Dopamine transporter imaging for the diagnosis of dementia with Lewy bodies. The Cochrane database of systematic reviews. 2015; 1:Cd010633.

Tabellering av inkluderade studier

Systematiska översikter

First Author **Year** **Reference** **Country** **Study design**	**Included studies** **Aim**	**Population** **Setting**	**Index test** **Reference test**	**Outcomes**	**Quality** **Comments**
McCleery et al. 2015 (1) USA Systematic review	**Included studies** *Type of studies* “(a) test accuracy studies with delayed verification. (b) Diagnostic case-control studies.” And, with regard to (b): “These study designs… would… be subject to sensitivity analyses because of the risk of	**Population** “Objective A: participants with dementia in secondary care settings. Dementia should have been diagnosed using validated clinical criteria (for example ICD, DSM).” And “Objective B: Participants meeting clinical criteria	**Index test** “SPECT or PET imaging of brain dopamine transporters.” **Reference test** Neuropathological diagnosis at autopsy using contemporaneously	**Outcomes** Diagnostic accuracy of DLB **Authors’ conclusions:** “There is a very limited amount of data using a neuropathological reference standard to assess the accuracy of DAT imaging for the diagnosis of DLB. There are no	**Quality of review** Assessed as fulfilling quality criteria according to AMSTAR *Risk of bias in included studies (review authors assessment):* “Risk of bias was seen in the participant selection and index test QUADAS-2 domains, with additional risk possibly arising from lack of clarity in the flow

	spectrum bias they entail." *N studies* 1 (total n participants = 22) *Time frame* Last literature search **Aim** "A. To estimate the accuracy of DAT imaging for DLB in people with dementia I secondary care. B. To estimate the accuracy of DAT imaging for the diagnosis of DLB in people with dementia in secondary care who are already suspected of having DLB on the basis of a prior clinical work-up."	(other than the DAT imaging criterion) for possible or probable DLB, or both." **Setting** "Secondary care (that is patients who have been referred to a specialist dementia service)."	accepted neuropatho-logical criteria. *Follow up* Delayed verification (death, reference = autopsy)	such data that directly address the common clinical scenario where the use of DAT imaging is considered as a diagnostic test in a patient with possible DLB." "Data from one study suggest that, where there is a string pre-existing suspicion of DLB (probable DLB) in a person with moderately severe dementia, then a normal ^{123}I-FP-CIT SPECT scan may be an accurate means of excluding the diagnosis."	and timing domain. The reference standard was a strength of the study. There were no concerns about applicability" Authors' comment: "The study had a case-control-type design… This study design tends to exclude patients who may present the most diagnostic challenge and is therefore at high risk of spectrum bias. The interpretation of the index test, which was done without reference to structural imaging, also risked introducing bias (underestimating specificity), and in fact, this risk was realized in the study"

Summering av effekt och evidensstyrka

Lewykroppsdemens

Utfallsmått Jämförelse	Publikations- eller studietyp* (N primärstudier i en SÖ) N deltagare	Effektestimat (95 % KI)	Kommentar
Diagnostisk träffsäkerhet, semikvantitativ analys Lewykroppsdemens kontra AD i en grupp patienter med AD, DLB eller både och enligt kliniska kriterier	1 SÖ (1 fall-kontrollstudie) N = 22/22	Sensitivitet: 100 % (66–100 %) Specificitet: 92 % (64–100 %)	
Diagnostisk träffsäkerhet, visuell analys Lewykroppsdemens kontra AD i en grupp patienter med AD, DLB eller både och enligt kliniska kriterier	1 SÖ (1 fall-kontrollstudie) N = 19/22	Sensitivitet: 86 % (42–100 %) Specificitet: 83 % (52–98 %)	
Diagnostisk träffsäkerhet, semikvantitativ analys Lewykroppsdemens kontra AD i	1 SÖ (1 fall-kontrollstudie) N = 15/22	Sensitivitet: 100 % (63–100 %) Specificitet: 100 % (59–	

en grupp patienter med DLB enligt kliniska kriterier		100 %)	
Diagnostisk träffsäkerhet, visuell analys Lewykroppsdemens kontra AD i en grupp patienter med DLB enligt kliniska kriterier	1 SÖ (1 fall-kontrollstudie) N = 13/22	Sensitivitet: 83 % (36–100 %) Specificitet: 71 % (29–96 %)	

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp

Rad: 21
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom
Åtgärd: Funktionell FDG-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan erbjuda funktionell FDG-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Det finns vetenskapligt stöd för att åtgärden ökar möjligheten att ställa korrekt diagnos.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

Vid positron-emissions-tomografi (PET) används isotopmärkta molekyler, så kallade radioaktiva markörer, som injiceras intravenöst i en kanyl i armen. Med hjälp av en PET-kamera registreras isotopens strålning och därigenom kan upptaget av substansen i hjärnan visas i tredimensionella bilder. Genom att fästa den radioaktiva isotopen ^{18}F (fluor) på en glukosmolekyl, skapas spårämnet 18F-FDG, som används för undersökning av hjärnans funktionella aktivitet.

Vid Alzheimers sjukdom ses en minskning i hjärnans glukosmetabolism, framför allt parietotemporalt men ibland även frontalt, och mönstret i hypometabolism skiljer sig från vad som ses hos till exempel patienter med frontotemporal demenssjukdom. Nedsättningen i kortikal glukosmetabolism som ett mått på synaptisk neurodegeneration korrelerar med graden av kognitiv nedsättning hos Alzheimerpatienter [1].

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid misstänkt demenssjukdom har funktionell FDG-PET

- 78–93 procents sensitivitet (44 procent i en studie med få deltagare) och 81–87 procents specificitet för att påvisa Alzheimers sjukdom (acceptabel tillförlitlighet)
- 95–100 procents specificitet för att påvisa frontotemporal demenssjukdom (acceptabel tillförlitlighet). Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma sensitiviteten.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma diagnostisk träffsäkerhet av FDG-PET för diagnostik av vaskulär demens och blanddemens vid differentialdiagnostik av demenssjukdom.

Bedömningen av underlagets tillförlitlighet, avseende diagnostisk träffsäkerhet för diagnostik av Alzheimers sjukdom hos personer med misstänkt demenssjukdom, grundar sig på att resultaten från två studier av tillräcklig kvalitet och storlek överensstämmer väl. I granskningen ingår även en tredje studie med få deltagare i vilken resultatet för sensitivitet avviker.

Bedömningen av underlagets tillförlitlighet, avseende diagnostisk träffsäkerhet för diagnostik av frontotemporal demenssjukdom hos personer med misstänkt demenssjukdom, grundar sig på att resultaten för specificitet från två studier av tillräcklig kvalitet och storlek överensstämmer väl, och på att resultaten för sensitivitet skiljer sig åt mellan studierna.

Bedömningen av underlagets tillförlitlighet, avseende diagnostisk träffsäkerhet för diagnostik av vaskulär demens och blanddemens hos personer med misstänkt demenssjukdom, grundar sig på att det saknas resultat (vaskulär demens) och på att resultaten är hämtade från endast en studie med få deltagare (blanddemens).

Vilka studier ingår i granskningen?

Resultaten har hämtats från tre primärstudier: En studie har undersökt FDG-PET för differentialdiagnostik av Alzheimers sjukdom, vaskulär demens och blanddemens [2] och en annan FDG-PET för differentialdiagnostik av Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, blanddemens och frontotemporal demenssjukdom vid misstänkt demenssjukdom [3]. I den tredje studien undersöktes FDG-PET för differentialdiagnostik av Alzheimers sjukdom och frontotemporal demenssjukdom vid misstänkt demensutveckling i yngre år [4].

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om diagnostisk träffsäkerhet hos FDG-PET för diagnostik av vaskulär demens vid differentialdiagnostik av demenssjukdom.

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten av diagnostiska åtgärder har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Det saknas publicerade vetenskapliga studier med tillräcklig kvalitet och relevans om kostnadseffektiviteten av funktionell FDG-PET.

Referenser

1. Dubois, B, Feldman, HH, Jacova, C, Hampel, H, Molinuevo, JL, Blennow, K, et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. The Lancet Neurology. 2014; 13(6):614-29.
2. Dobert, N, Pantel, J, Frolich, L, Hamscho, N, Menzel, C, Grunwald, F. Diagnostic value of FDG-PET and HMPAO-SPET in patients with mild dementia and mild cognitive impairment: metabolic index and perfusion index. Dementia and geriatric cognitive disorders. 2005; 20(2-3):63-70.
3. Tripathi, M, Tripathi, M, Damle, N, Kushwaha, S, Jaimini, A, D'Souza, MM, et al. Differential diagnosis of neurodegenerative dementias using metabolic phenotypes on F-18 FDG PET/CT. The neuroradiology journal. 2014; 27(1):13-21.
4. Panegyres, PK, Rogers, JM, McCarthy, M, Campbell, A, Wu, JS. Fluorodeoxyglucose-positron emission tomography in the differential diagnosis of early-onset dementia: a prospective, community-based study. BMC neurology. 2009; 9:41.

Tabellering av inkluderade studier

Primärstudier

First Author Year Reference Country Study design	**Setting Recruitment Participants**	**Index test**	**Reference test Follow-up**	**Outcome Results (95% CI)**	**Risk of bias Comments**
Dobert N 2005 (3) Germany Prospective cohort	*Setting* Specialist care: university affiliated memory clinic *Recruitment* Unclear *Participants* n=24 *Age:* mean 69, SD ± "Twenty-four patients were examined in whom a beginning dementia was suspected clinically"	FDG-PET *Blinding* "PET scans were read blinded without knowledge of the patients' history and clinical evaluation."	AD*, VaD* and mixed dementia = criteria according to NINCDS-ADRDA *Follow-up* "All final diagnoses were given after clinical follow-up (mean follow-up period ±SD: 16 ±12 months) based on clinical judgement."	AD (n=9/24) Sensitivity: 44.4% (CI not given) Specificity: 83.3% (CI not given) VaD (1/24) Sensitivity: Not given** Specificity: Not given** Mixed dementia (7/24) Sensitivity: 71.4% (CI not given) Specificity: 78.2% (CI not given)	*Assessment of risk of bias:* Medium high *Comments* Unclear selection of participants. Unclear blinding of assessors of the index test. Small sample. Unclear access to relevant clinical data for interpretation of the index test.
Panegyres PK 2009	*Setting* Specialist care: a neuro-	FDG-PET "Scans were	AD = criteria based on McKhan et al.,	AD (n=49/102) Sensitivity: 78% (66–90%)	*Assessment of risk of bias:* Medium high

(2) Australia Prospective cohort	sciences unit. *Recruitment* Consecutive cohort recruited 1998–2006. *Participants* n=102 *Age:* mean 60 years, SD ±4,28 "All individuals referred to a young onset dementia clinic for specialist neurologic investigation of suspected dementia"	reported by two experienced nuclear medicine physicians and a consensus decision was reached" *Blinding* "blind consensus diagnosis"	and DSM-IV FTD = criteria according to Neary et al., and to Mesulam. *Follow-up* "The duration of follow-up for diagnostic classifications in the study were: AD = 5.35 years ±1.31, FTLD = 5.39 years ±1.29, DLB = 5.25 years ±1.52.	Specificity: 81% (68.6–86%) FTD (n=17/102) Sensitivity: 53% (29–77%) Specificity: 95% (90–100%)	*Comments* Unclear access to relevant clinical data for interpretation of the index test.
Tripathi M 2014 (1) India Prospective cohort	*Setting* Specialist care: Cognitive Disorders and Memory clinics *Recruitment* Consecutive cohort, 2008–2011. *Participants* n=125 *Age:* Not given *Attrition* 24/125 diagnosed with other conditions than dementia	FDG-PET "All images were independently reviewed by two nuclear physicians… and the final impression was based on consensus between the two. MRI films (without the report) were made available to the reader for reference when needed." *Blinding* "Blinded expert 'visual reading'".	AD = criteria according to NINCDS-ADRDA FTD = criteria according to Lund-Manchester VaD = criteria according to NINDS-AIREN *Follow-up* "The final diagnosis of dementia type was based on longitudinal clinical follow-up of at least 18 months."	AD (n=61/101) Sensitivity: 93.4% (84.3–97.4%) Specificity: 87.5% (73.8–94.5%) FTD (n=18/101) Sensitivity: 88.8% (67.2–96.9%) Specificity: 100% (95.5–100%) VaD (5/101) Sensitivity and specificity not given.	*Assessment of risk of bias* Medium high *Comments* Unclear blinding of assessors of the index test. Unclear risk of information bias – information on blinding of assessors of reference test not given.

*AD = Alzheimer's Disease, FTD = Frontotemporal Dementia, VaD = Vascular Dementia, **Not calculated due to small number of examined patients.

Summering av effekt och evidensstyrka

Alzheimers sjukdom

Utfallsmått Jämförelse	N studier och studietyp N deltagare	Effektestimat (95 % KI)	Kommentar
Diagnostisk träffsäkerhet Alzheimers sjukdom kontra annan demenssjukdom	1 studie Prospektiv kohort N = 24	Sensitivitet: 44,4 % (KI angavs inte) Specificitet: 83,3 % (KI angavs inte)	
Diagnostisk träffsäkerhet Alzheimers sjukdom kontra annan demenssjukdom	1 studie Prospektiv kohort N = 102	Sensitivitet: 78 % (66–90 %) Specificitet: 81 % (68,6–86 %)	
Diagnostisk träffsäkerhet Alzheimers sjukdom kontra annan demenssjukdom	1 studie Prospektiv kohort N = 101	Sensitivitet: 93,4 % (84,3–97,4 %) Specificitet: 87,5 % (73,8–94,5 %)	

Frontotemporal demenssjukdom

Utfallsmått Jämförelse	N studier och studietyp N deltagare	Effektestimat (95 % KI)	Kommentar
Diagnostisk träffsäkerhet Frontotemporal demenssjukdom kontra annan demenssjukdom	1 studie Prospektiv kohort N = 102	Sensitivitet: 53 % (29–77 %) Specificitet: 95 % (90–100 %)	
Diagnostisk träffsäkerhet Frontotemporal demenssjukdom kontra annan demenssjukdom	1 studie Prospektiv kohort N = 101	Sensitivitet: 88,8 % (67,2–96,9 %) Specificitet: 100 % (95,5–100 %)	

Vaskulär demens och blanddemens

Utfallsmått Jämförelse	N studier och studie-typ N deltagare	Effektestimat (95 % KI)	Kommentar
Diagnostisk träffsäkerhet Blanddemens kontra annan demenssjukdom	1 studie Prospektiv kohort N = 24	Sensitivitet: 71,4 % (KI angavs inte) Specificitet: 78,2 % (KI angavs inte)	

Rad: 22
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom
Åtgärd: Amyloid-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda mätningar med amyloid-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Forskning pågår.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

Vid positron-emissions-tomografi (PET) används isotopmärkta molekyler, så kallade radioaktiva markörer, som injiceras intravenöst i en kanyl i armen. Med hjälp av en PET-kamera registreras isotopens strålning och därigenom kan upptaget av substansen i hjärnan visas i tredimensionella bilder. Vid amyloid-PET fästs den radioaktiva isotopen ^{18}F (fluor) på en spårmolekyl som binder till amyloida plack i hjärnan.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma den diagnostiska tillförlitligheten av amyloid-PET som en del i den utvidgade demensutredningen vid misstänkt demenssjukdom.

Vilka studier ingår i granskningen?

En studie [1] har undersökt om amyloid-PET (11C-Pittsburgh compound B (11C-PiB)) kan förutsäga eller bekräfta Alzheimers sjukdom vid lindrig kognitiv störning (mild cognitive impairment, MCI). Författarna jämförde en visuell analysmetod med en fullt automatiserad analysmetod. I studien inkluderades 28 individer varav 9 utvecklade Alzheimers sjukdom, 2

frontotemporal demenssjukdom och 1 demens av okänt ursprung. Medelåldern var 67,1 år och uppföljningstiden var i medeltal 2,6 år.

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt eftersom resultaten är hämtade från endast en liten studie med medelhög kvalitet.

Det pågår forskning inom området. Som exempel kan nämnas två multicenterstudier i USA (Evidence for Amyloid Scanning (IDEAS) och Clinical Trials NCT02420756) och en i Europa (Amyloid imaging to Prevent Alzheimer's Disease (AMYPAD)). Syftet med IDEAS är att utvärdera effekterna av att använda amyloid-PET med avseende på medicinska resultat såsom antalet akutbesök. Målet med AMYPAD är att förstå betydelsen av "amyloid imaging"-biomarkörer i dagens och framtidens diagnostisering och behandling av patienter med kognitiv svikt eller demenssjukdom.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om sensitivitet och specificitet i den granskade studien.

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten av diagnostiska insatser har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Det pågår forskning om den diagnostiska tekniken amyloid-PET och ett konsensusförförande var inte relevant eftersom metoden är ny. Därför har Socialstyrelsen inte sökt efter studier om kostnadseffektivitet för den aktuella frågeställningen.

Referenser

1. Grimmer, T, Wutz, C, Alexopoulos, P, Drzezga, A, Forster, S, Forstl, H, et al. Visual Versus Fully Automated Analyses of 18F-FDG and Amyloid PET for Prediction of Dementia Due to Alzheimer Disease in Mild Cognitive Impairment. Journal of nuclear medicine : official publication, Society of Nuclear Medicine. 2016; 57(2):204-7.

Tabellering av inkluderade studier

First Author Year Reference Country Study design	Setting Recruitment Participants	Index test	Reference test Follow-up	Outcome Results (95% CI)	Risk of bias Comments
Grimmer et al 2015 [1] Germany retrospective cohort	*Setting* Specialist care: university affiliated memory clinic *Recruitment* referred by general practitioners, neurologists, psychiatrists, or other institutions, or were self-referred *Participants* n=28 *Age:* mean 67,1 år "Patients had to fulfill standard diagnostic criteria for MCI and were required to achieve a global score of 0.5 on the Clinical Dementia Rating scale (CDR)"	11C-Pittsburgh compound B *Blinding: no information*	Reference McKhann et al 2011 *Follow-up* "Participants were scheduled to be reassessed after a 2-y follow-up period. Mean follow-up time was 31.2 +/- 7.8 mo"	<u>Alzheimers disease vs MCI fully automated method:</u> Positive predictive value: 0,50 Negative predictive values:1 Accuracy: 0,68 <u>Alzheimers disease vs MCI visual method:</u> Positive predictive value: 0,53 Negative predictive values: 1 Accuracy: 0,71	Medium *Comments* Unclear reference test Unclear blinding of assessors of the index test Small sample

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfallsmått Jämförelse	N studier och studietyp N deltagare	Effektestimat (95 % KI)	Kommentar
Diagnostisk tillförlitlighet MCI-AD mot MCI-stabil	1 studie Prospektiv kohort N = 28	<u>Alzheimers sjukdom mot MCI fullt automatiserad:</u> Sensitivitet: 100 % (95 % KI, 66 till 100) Specificitet: 58 % (95 % KI, 34 till 80) <u>Alzheimers sjukdom mot MCI visuell:</u> Sensitivitet: 100 % (95 % KI, 66 till 100) Specificitet: 53 % (95 % KI, 29 till 76)	

		<u>Alzheimers sjukdom mot MCI fullt automatiserad:</u> Positivt prediktivt värde: 0,50 Negativt prediktivt värde: 1 Noggrannhet: 0,68 <u>Alzheimers sjukdom mot MCI visuell:</u> Positivt prediktivt värde: 0,53 Negativt prediktivt värde: 1 Noggrannhet: 0,71	

Rad: 94
Tillstånd: Misstänkt demenssjukdom
Åtgärd: Analys av biomarkörer (beta-amyloid (Aβ42), totalt-tau (t-tau), fosforylerat tau (p-tau) och kvoten mellan Aβ42 och p-tau) i cerebrospinalvätska som en del i den utvidgade demensutredningen

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan erbjuda analys av biomarkörer (beta-amyloid (Aβ42), totalt-tau (t-tau), fosforylerat tau (p-tau) och kvoten mellan Aβ42 och p-tau) i cerebrospinalvätska som en del i den utvidgade demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Enligt beprövad erfarenhet ökar åtgärden möjligheten att ställa korrekt diagnos vid Alzheimers sjukdom.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Om en person har subjektiva eller objektiva kognitiva symtom, till exempel minnesproblem, kan den personen misstänkas ha en demenssjukdom. Symtomen påverkar personens förmåga att utföra aktiviteter i det vardagliga livet, såväl praktiskt som socialt, och redovisas ofta av en anhörig.

Vid Alzheimers sjukdom sker en förändring i omsättningen av t-tau, p-tau och beta-amyloid i hjärnan. Dessa proteiner speglar centrala patologiska processer, såsom uppkomsten av axonskador, neurofibriller och plack. En ökning i cerbrospinalvätskan (CSF) av t-tau och-p-tau ses vid Alzheimers sjukdom liksom en minskning av Aβ42. En undersökning av halten av dessa proteiner i CSF vid Alzheimers sjukdom kan underlätta diagnostiken men kräver ett invasivt ingrepp genom avtappning av CSF med speciell nål, så kallad lumbalpunktion.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med misstänkt demenssjukdom bidrar analys av beta-amyloid (Aβ42), totalt-tau (t-tau), fosforylerat tau (p-tau) och kvoten

mellan Aβ42 och p-tau i cerebrospinalvätska som en del i den utvidgade demensutredningen till mer tillförlitlig differentialdiagnostik av Alzheimers sjukdom gentemot personer med annan demenssjukdom eller friska personer, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara denna frågeställning saknas. Det finns dock ett tjugotal studier som studerar åtgärdens sensitivitet och specificitet i prospektiva studier där utvecklingen (konverteringen) till Alzheimer sjukdom från lindrig kognitiv störning studerats över två år eller mer. Dessa studier visar sammantaget att sensitiviteten och specificiteten att förutse Alzheimer i gruppen med lindrig kognitiv störning är hög, sensitiviteten varierar beroende på markör mellan 71 och 85 procent och specificiteten mellan 65 och 78 procent. För ytterligare information se www.sbu.se/267.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med misstänkt demenssjukdom bidrar analys av beta-amyloid (Aβ42), totalt-tau (t-tau), fosforylerat tau (p-tau) och kvoten mellan Aβ42 och p-tau i cerebrospinalvätska som en del i den utvidgade demensutredningen till mer tillförlitlig differentialdiagnostik av Alzheimers sjukdom gentemot personer med annan demenssjukdom eller friska personer, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:
- Ja: 100 procent (27 av 27 deltagande) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 0 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom som får åtgärden.”
Svar:
- Ja: 13 procent (4 av 31 deltagare)
- Nej: 87 procent (27 av 31 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad: 23
Tillstånd: Försämrad kognitiv funktion vid Downs syndrom
Åtgärd: Utredning av demenssjukdom

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör erbjuda utredning av demenssjukdom till personer med försämrad kognitiv funktion vid Downs syndrom.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har stor svårighetsgrad. Demensutredning möjliggör god omvårdnad.
Kommentar: Utifrån tillståndets särskilda förutsättningar kan demensutredningen behöva anpassas.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Hos personer med Downs syndrom kan en försämring av kognitionen inträffa, vilket leder till nedsatt funktion hos den sjuke. I dessa sammanhang kan man genomföra en demensutredning. Delar av en sådan utredning, exempelvis röntgenologiska undersökningar och liquoranalyser, kan vara svåra att utföra och i stället blir intervjuer med anhöriga eller personal viktiga. De kan bidra med information om eventuella observationer av försämringar i beteende, kognitiv funktion eller funktionsnivå hos personen.

Det saknas kognitiva skattningsinstrument av god kvalitet som är särskilt anpassade för personer med Downs syndrom som utreds för misstanke om samtidig demenssjukdom. Ett flertal psykologiska instrument som är specifika för personer med Downs syndrom håller på att utvecklas. Dementia Scale for Down Syndrome (DSDS) är internationellt mycket använt, och fungerar väl när demensdiagnosen är säker. Inget test har hittills visat sig kunna differentiera mellan mycket tidig demenssjukdom och depression eller beteendeavvikelser av annan anledning, till exempel normalt åldrande, hypotyreos, tidig åldersrelaterad hörselnedsättning, skalltrauma, konfusion eller understimulering. Men att under individens liv följa och regelbundet dokumentera kognitiv funktion kan underlätta bedömningarna.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- Utredning av demenssjukdom bidrar till förbättrad diagnostisk tillförlitlighet för personer med Downs syndrom och med en över tid försämrad kognitiv funktion, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med Downs syndrom och försämrad kognitiv funktion (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”Utredning av demenssjukdom bidrar till förbättrad diagnostisk tillförlitlighet för personer med Downs syndrom och med en över tid försämrad kognitiv funktion, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (28 av 28 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 28 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med Downs syndrom och försämrad kognitiv funktion.”
Svar:

- Ja: 4 procent (1 av 26 deltagare)
- Nej: 96 procent (25 av 26 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad: 24
Tillstånd: Kognitiv svikt och samtidigt alkoholberoende eller missbruk
Åtgärd: Utredning av demenssjukdom efter minst två månaders alkoholfrihet

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 **3**	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör erbjuda utredning av demenssjukdom efter minst två månaders alkoholfrihet till personer med kognitiv svikt och samtidigt alkoholberoende eller missbruk.

Motivering till rekommendation
Beprövad erfarenhet talar för att alkoholfrihet förbättrar diagnostiken.
Kommentar: För metoder för att uppnå alkoholfrihet se Nationella riktlinjer, vård och stöd vid missbruk och beroende.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Vid långvarigt alkoholöverbruk kan ibland kognitiv svikt utvecklas. Orsaken är inte helt klarlagd men den är sannolikt multifaktoriell och orsakerna relaterade till miss-/överbruket.

Ett aktuellt missbruk försvårar en demensutredning eftersom både en pågående drogpåverkan och efterhängande effekter av nylig drogpåverkan kan ge svårbedömda effekter på kognitiva bedömningsinstrument. Det blir även svårt att bedöma värdet av de flesta ingående parametrarna i en demensutredning, exempelvis aktivitets- och funktionsgrad eller blodprover. Därför måste demensutredningen föregås av en lång period helt utan alkoholkonsumtion hos den som utreds.

Det finns föreslagna kriterier för ”Probable Alcohol Related Dementia” av Oslin et al. 1998, validerade 2003 [1, 2]. De bygger på klinisk demensdiagnos efter 60 dagars nykterhet i kombination med en signifikant alkoholöverkonsumtion i minst fem år.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med kognitiv svikt och samtidigt alkoholberoende eller missbruk kan minst två månaders alkoholfrihet före demensutredning bi-

dra till en säkrare och bättre differentierad diagnostik av demenstillståndet jämfört med demensutredning utan föregående krav på alkoholfrihet (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Nytillkomna studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Nytillkomna studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: ”För personer med kognitiv svikt och samtidigt alkoholberoende eller missbruk kan minst två månaders alkoholfrihet före demensutredning bidra till en säkrare och bättre differentierad diagnostik av demenstillståndet jämfört med demensutredning utan föregående krav på alkoholfrihet.”
Svar:

- Ja: 93 procent (41 av 44 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 7 procent (3 av 44 deltagare).

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Oslin, D, Atkinson, RM, Smith, DM, Hendrie, H. Alcohol related dementia: proposed clinical criteria. International journal of geriatric psychiatry. 1998; 13(4):203-12.
2. 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):441-7.

Rad: 30B
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda en regelbunden och sammanhållen uppföljning av situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Beprövad erfarenhet talar för positiv effekt av åtgärden på viktiga effektmått, såsom livskvalitet och funktion.
Kommentar: Sammanhållen uppföljning är en viktig förutsättning för den personcentrerade vården och omsorgen.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

En regelbunden, strukturerad och sammanhållen uppföljning av personer med demenssjukdom syftar till att bedöma demenssjukdomen och dess konsekvenser samt personens behov av medicinska och sociala åtgärder, och att se till att dessa tillgodoses. För att kunna täcka nödvändiga aspekter av uppföljningen är det viktigt att åtgärden utförs multiprofessionellt och av personer från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. En samordnad individuell plan (SIP) kan många gånger vara ett viktigt redskap för individuellt anpassade stödinsatser. SIP ska upprättas tillsammans med brukare, och vid behov anhöriga, om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas.

Det är nödvändigt med en *aktiv* uppföljning eftersom en demenssjuk person inte kan förväntas ta initiativ till kontakt med hälso- och sjukvården och socialtjänsten på ett adekvat sätt, och särskilt inte allt eftersom sjukdomen

fortskrider. God samverkan mellan vård och omsorg och regelbundna, helst fysiska, möten kan underlätta för en aktiv uppföljning. Dessutom är det angeläget att hälso- och sjukvården har adekvata system för att kalla alla personer med demensdiagnos.

Hur ofta en person behöver kontaktas beror bland annat på social situation. Ensamstående/-boende har behov av tätare uppföljning än de demenssjuka som har anhöriga som kan reagera. Under vissa sjukdomsperioder är behovet av stöd mer uttalat, exempelvis i samband med relativt snabba funktionsförluster eller svårare depression, medan det under andra perioder kan räcka med exempelvis årlig uppföljning.

Hälso- och sjukvårdens uppföljning omfattar vanligtvis en medicinsk undersökning, en läkemedelsgenomgång, en strukturerad bedömning av den demenssjuka personens funktions- och aktivitetsförmåga och ett samtal med anhöriga. Om personen är fortsatt hemmaboende och demenssjukdomen tilltar, uppstår ofta ett behov av omsorgsinsatser och hemsjukvård för en fortsatt adekvat omsorg och medicinskt omhändertagande.

Hos unga demenssjuka personer och vid tidiga stadier av sjukdomen innefattar uppföljningen främst en kognitiv och psykisk bedömning för att följa sjukdomens progression och behandla eventuell depression eller andra psykiska symtom. Hos personer med samsjuklighet och hos äldre demenssjuka personer är det viktigt att genomföra en regelbunden, allmän medicinsk bedömning, dels för att diagnostisera och behandla nytillkomna sjukdomstillstånd som den demenssjuka kan ha svårt att ge uttryck för, dels för att omvärdera och dosjustera redan insatta behandlingar. För att uppnå en optimal livssituation är det viktigt att *alla* insatta läkemedel gås igenom och att risken för kognitiv påverkan värderas mot nyttan, med hänsyn tagen till förväntad överlevnad.

Uppföljningen i socialtjänsten kan till exempel bestå av en uppdatering av individens genomförandeplan eller beslut om ytterligare biståndsinsatser. Som underlag används till exempel intervju med den demenssjuka och dennas anhöriga, en kognitiv bedömning och en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmågan. Likaså kan kontakt med anhörigombud eller kontakt med socialtjänsten tagen av den demenssjuka eller dennas anhöriga fungera som underlag för socialtjänstens utredning av den enskildes behov.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

För personer med demenssjukdom bidrar regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser, till förbättrad livskvalitet och funktion och minskat vård- och omsorgsbehov, samt för deras anhöriga till förbättrad livskvalitet, jämfört med om personerna med demenssjukdom inte fått åtgärden (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma risken för negativa konsekvenser av åtgärden för personer med demenssjukdom och deras anhöriga, och konsensus har inte uppnåtts.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår fyra randomiserade kontrollerade (RCT) studier och tre systematiska översikter (SÖ). Efter läsning i fulltext exkluderades tre SÖ [1-3] och tre RCT [4-6] varav en RCT [4] valdes bort på grund av att den var överlappande, det vill säga den ingick i en av de SÖ som granskades. Två SÖ [2, 3] exkluderades eftersom interventionen bestod i Case Management. En SÖ [1] och två RCT [5, 6] exkluderades på grund av främst metodologiska brister, till exempel att metoden var otillräckligt beskriven, antalet deltagare var litet och interventionstiden var kort.

Den återstående studien [7], en RCT där 1 131 personer med mild till måttlig demenssjukdom i ordinärt boende ingick, svarade på den aktuella frågeställningen. Interventionen utgjordes av upprättandet av en strukturerad vårdplan för personen med demenssjukdom samt konsultation två gånger per år, men vid behov oftare, för att identifiera behov och ge förslag på åtgärder vid problem. Ett multiprofessionellt team genomförde interventionen. Kontrollgruppen fick sedvanlig vård, vilket innebar utredning till diagnos och därefter årlig uppföljning med Mini Mental Status Examination. Studien var av måttligt hög kvalitet (hade en viss risk för bedömningsbias eftersom testarna inte var blindade). Detta, tillsammans med bristande precision och att resultatet kommer från endast en studie, gör att det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt.

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

–

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser, till förbättrad livskvalitet och funktion samt minskat vård- och omsorgsbehov, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 95 procent (39 av 41 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 5 procent (2 av 41 deltagare).

Påstående: ”För anhöriga till personer med demenssjukdom bidrar regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser, till förbättrad livskvalitet jämfört med om personerna med demenssjukdom inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (42 av 42 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 42 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom och deras anhöriga.”
Svar:

- Ja: 28 procent (11 av 39 deltagare)
- Nej: 72 procent (28 av 39 deltagare) – konsensus uppnåddes inte.

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten för regelbunden och sammanhållen uppföljning och utredning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt omprövning av vård- och omsorgsinsatser har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Referenser

1. Khanassov, V, Vedel, I. Family Physician-Case Manager Collaboration and Needs of Patients With Dementia and Their Caregivers: A Systematic Mixed Studies Review. Annals of family medicine. 2016; 14(2):166-77.
2. Reilly, S, Miranda-Castillo, C, Malouf, R, Hoe, J, Toot, S, Challis, D, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. The Cochrane database of systematic reviews. 2015; 1:Cd008345.
3. Tam-Tham, H, Cepoiu-Martin, M, Ronksley, PE, Maxwell, CJ, Hemmelgarn, BR. Dementia case management and risk of long-term care placement: a systematic review and meta-analysis. International journal of geriatric psychiatry. 2013; 28(9):889-902.
4. Callahan, CM, Boustani, MA, Unverzagt, FW, Austrom, MG, Damush, TM, Perkins, AJ, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. Jama. 2006; 295(18):2148-57.
5. Eichler, T, Thyrian, JR, Fredrich, D, Kohler, L, Wucherer, D, Michalowsky, B, et al. The benefits of implementing a computerized intervention-management-system (IMS) on delivering integrated dementia care in the primary care setting. International psychogeriatrics / IPA. 2014; 26(8):1377-85.
6. Samus, QM, Johnston, D, Black, BS, Hess, E, Lyman, C, Vavilikolanu, A, et al. A multidimensional home-based care coordination intervention for elders with memory disorders: the maximizing independence at home (MIND) pilot randomized trial.

The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2014; 22(4):398-414.
7. Nourhashemi, F, Andrieu, S, Gillette-Guyonnet, S, Giraudeau, B, Cantet, C, Coley, N, et al. Effectiveness of a specific care plan in patients with Alzheimer's disease: cluster randomised trial (PLASA study). BMJ (Clinical research ed). 2010; 340:c2466.

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2017-02-27
Ämne: NR Demens Rad 30B
Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Dementia"[Mesh] OR dementia*[tiab] OR alzheimer*[tiab]	202308
2.	Mesh/FT	"Continuity of Patient Care"[Majr:NoExp] OR "Long-Term Care"[Majr] OR "Progressive Patient Care"[Majr] OR "Patient-Centered Care"[Majr] OR continuity of care[tiab] OR long-term care[tiab] OR continuum of care[tiab] OR patient care[tiab] OR patients needs[tiab] OR patient-centered care[tiab] OR patient-focused care[tiab]	95945
3.	Mesh/FT	"Patient Care Planning"[Majr:NoExp] OR "Case Management"[Majr] OR "Physical Examination"[Majr] OR "Medication Therapy Management"[Mesh] OR clinical follow-up*[ti] OR clinical followup*[ti] OR treatment follow-up*[tiab] OR treatment followup*[tiab] OR systematic follow-up[tiab] OR structured follow-up[tiab] OR systematic followup[tiab] OR structured followup[tiab] OR initial follow-up*[tiab] OR initial followup*[tiab] OR patient follow-up[tiab] OR patient followup[tiab] OR coherent follow-up[tiab] OR needs assessment[tiab] OR clinical evaluation[tiab] OR psychosocial evaluation[tiab] OR physical examination[tiab] OR functional examination[tiab] OR functional assessment[tiab] OR medical assessment[tiab] OR care plan*[tiab] OR case management[tiab] OR screening[tiab] OR care program*[tiab]	985958
4.		1 AND 2 AND 3 NOT advance care plan*[ti]	290
5.		4 AND Filters: Systematic Reviews, English	**23**
6.		4 AND Randomized Controlled Trial; English	**7**
7.		4 AND Publication Year from 2000- ; English	**211**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly
SB = PubMeds filter
för systematiska översikter (systematic[sb])
för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten

**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: Cochrane library **Databasleverantör:** Wiley InterScience **Datum:** 2017-03-21
Ämne: NR Demens Rad 30b
Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MeSH	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees	4500
2.	FT/TI, AB, KW	dementia* or alzheimer*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	11146
3.	FT/all text	dementia* or alzheimer* in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	755
4.		1-3 OR	11546
5.	FT/all text	"continuity of care" or "long-term care" or "continuum of care" or "patient care" or "patients needs" or "patient-centered care" or "patient-focused care" in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	1315
6.	FT/TI, AB, KW	"continuity of care" or "long-term care" or "continuum of care" or "patient care" or "patients needs" or "patient-centered care" or "patient-focused care":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	13809
7.		5 OR 6	14580
8.	FT/TI; AB; KW	"clinical follow-up*" or "clinical followup*" or "treatment follow-up*" or "treatment followup*" or "systematic follow-up" or "structured follow-up" or "systematic followup" or "structured followup" or "initial follow-up*" or "initial followup*" or "patient follow-up" or "patient followup" or "coherent follow-up" or "needs assessment" or "clinical evaluation" or "psychosocial evaluation" or "physical examination" or "functional examination" or "functional assessment*" or "medical assessment" or "care plan*" or "case management" or screening or "care program*":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	54825
9.	FT/all text	"clinical follow-up*" or "clinical followup*" or "treatment follow-up*" or "treatment followup*" or "systematic follow-up" or "structured follow-up" or "systematic followup" or "structured followup" or "initial follow-up*" or "initial followup*" or "patient follow-up" or "patient followup" or "coherent follow-up" or "needs assessment" or "clinical evaluation" or "psychosocial evaluation" or "physical examination" or "functional examination" or "functional assessment*" or "medical assessment" or "care plan*" or "case management" or screening or "care program*" in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	5726
10.		8 OR 9	58667
11.		4 AND 7 AND 10 Publication Year from 2000-	100 **CDSR 4** **DARE 20** **HTA 2**
12.		Publication Year from 2005-	**CENTRAL 60**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)
Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords
**)
CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews
DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects
HTA = Health Technology Assessment Database
Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: AgeLine,CINAHL, PsycINFO, SocINDEX **Databasleverantör:** EBSCO **Datum:** 2017-03-21
Ämne: NR Demens Rad 30b
Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT	TI (dementia* or alzheimer*) OR SU (dementia* or alzheimer*) OR AB (dementia* or alzheimer*)	160039
2.	FT/ti, ab	TI (("clinical follow-up*" or "clinical followup*" or "treatment follow-up*" or "treatment followup*" or "systematic follow-up" or "structured follow-up" or "systematic followup" or "structured followup" or "initial follow-up*" or "initial followup*" or "patient follow-up" or "patient followup" or "coherent follow-up" or "needs assessment" or "clinical evaluation" or "psychosocial evaluation" or "physical examination" or "functional examination" or "functional assessment*" or "medical assessment" or "care plan*" or "case management" or screening or "care program*")) OR AB (("clinical follow-up*" or "clinical followup*" or "treatment follow-up*" or "treatment followup*" or "systematic follow-up" or "structured follow-up" or "systematic followup" or "structured followup" or "initial follow-up*" or "initial followup*" or "patient follow-up" or "patient followup" or "coherent follow-up" or "needs assessment" or "clinical evaluation" or "psychosocial evaluation" or "physical examination" or "functional examination" or "functional assessment*" or "medical assessment" or "care plan*" or "case management" or screening or "care program*"))	190426
3.		TI ("continuity of care" or "long-term care" or "continuum of care" or "patient care" or "patients needs" or "patient-centered care" or "patient-focused care") OR AB ("continuity of care" or "long-term care" or "continuum of care" or "patient care" or "patients needs" or "patient-centered care" or "patient-focused care") Published Date: 2000-	50231
4.		1 AND 2 AND 3 NOT "advance care planning" Published Date: 2000-	**274**

*)
DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)
FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"
FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract
ZC = Methodology
+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: AgeLine,CINAHL, PsycINFO, SocINDEX **Databasleverantör:** EBSCO **Datum:** 2017-03-21
Ämne: NR Demens Rad 30b
Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT	TI (dementia* or alzheimer*) OR SU (dementia* or alzheimer*) OR AB (dementia* or alzheimer*)	160039
2.	FT/ti, ab	TI (("clinical follow-up*" or "clinical followup*" or "treatment follow-up*" or "treatment followup*" or "systematic follow-up" or "structured follow-up" or "systematic followup" or "structured followup" or "initial follow-up*" or "initial followup*" or "patient follow-up" or "patient followup" or "coherent follow-up" or "needs assessment" or "clinical evaluation" or "psychosocial evaluation" or "physical examination" or "functional examination" or "functional assessment*" or "medical assessment" or "care plan*" or "case management" or screening or "care program*")) OR AB (("clinical follow-up*" or "clinical followup*" or "treatment follow-up*" or "treatment followup*" or "systematic follow-up" or "structured follow-up" or "systematic followup" or "structured followup" or "initial follow-up*" or "initial followup*" or "patient follow-up" or "patient followup" or "coherent follow-up" or "needs assessment" or "clinical evaluation" or "psychosocial evaluation" or "physical examination" or "functional examination" or "functional assessment*" or "medical assessment" or "care plan*" or "case management" or screening or "care program*"))	190426
3.		TI ("continuity of care" or "long-term care" or "continuum of care" or "patient care" or "patients needs" or "patient-centered care" or "patient-focused care") OR AB ("continuity of care" or "long-term care" or "continuum of care" or "patient care" or "patients needs" or "patient-centered care" or "patient-focused care") Published Date: 2000-	50231
4.		1 AND 2 AND 3 NOT "advance care planning" Published Date: 2000-	**274**

*)
DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)
FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"
FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract
ZC = Methodology
+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Rad: 31
Tillstånd: Demenssjukdom, beteendemässiga och psykiska symtom
Åtgärd: Strukturerad uppföljning och utvärdering av BPSD och effekt av insatta åtgärder

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda strukturerad uppföljning och utvärdering av BPSD och effekt av insatta åtgärder till personer med demenssjukdom och beteendemässiga och psykiska symtom.

Motivering till rekommendation
Åtgärden bidrar enligt beprövad erfarenhet till positiv effekt på viktiga effektmått, såsom BPSD, funktion och livskvalitet. Åtgärden bidrar dessutom till minskat omsorgsbehov hos personen med demenssjukdom samt förbättrad livskvalitet, minskad upplevd belastning och mindre depression och ångest eller oro hos anhöriga.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Vid demenssjukdom kan en rad olika sekundära symtom uppträda. De brukar sammanföras under begreppet ”beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom” (BPSD). BPSD kan uppträda under hela sjukdomsförloppet. Tillstånden som symtomen orsakas av är vanligtvis övergående och samma person kan ha flera olika tillstånd under sin sjukdomstid. Symtomen anses numera främst bero på den demenssjukes oförmåga att korrekt bearbeta information vilket leder till feltolkningar som utvecklas, till exempelvis hallucinationer, vanföreställningar och aggressivitet. BPSD är mycket plågsamma för den som drabbas liksom för anhöriga. I dag ska dessa tillstånd först och främst behandlas genom att man försöker tolka symtomen för att finna lämpliga omvårdnadsstrategier, i andra hand och undantagsvis med farmakologisk terapi.

En strukturerad uppföljning och utvärdering av BPSD och effekten av insatta åtgärder syftar till att bedöma och åtgärda de bakomliggande orsakerna till olika

uppkomna symtom. Uppföljningen omfattar vanligtvis observation och kartläggning av den demenssjuka personen och dennas närmiljö samt analys av bakomliggande orsaker, inklusive utlösande och lindrande faktorer, av grundläggande behov såsom mat, dryck och sömn, och av smärta. I analysen bör också en medicinsk utredning med fysisk och psykisk status ingå. Dessutom ingår planering av individanpassade åtgärder samt läkemedelsgenomgång. Vid utvärderingen av insatta åtgärder används med fördel samma instrument som vid observation och kartläggning, vilket ger jämförbara mått.

Arbetet med BPSD förutsätter ett multiprofessionellt teambaserat arbete och en personcentrerad vård- och omsorg, och det utmynnar ofta i en översyn och anpassning av den fysiska miljön och personalens bemötande.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med demenssjukdom och BPSD bidrar strukturerad uppföljning och utvärdering av BPSD till mindre BPSD, förbättrad funktion och livskvalitet och minskat omsorgsbehov, och för deras anhöriga till förbättrad livskvalitet, minskad upplevd belastning och mindre depression och ångest/oro, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom och BPSD eller deras anhöriga (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget för den aktuella åtgärden vid demenssjukdom med beteendemässiga och psykiska symtom bedöms som otillräckligt. Den studie som ingick i granskningen visar dock att collaborative care, som innehöll strukturerad uppföljning av BPSD, medförde färre neuropsykiatriska beteendeproblem 12 och 18 månader efter introduktion (men effekten efter 6 månader var osäker), färre vårdbesök 18 månader efter introduktion och en osäker effekt på aktiviteter i dagligt liv (ADL) [1]. Den granskade studien visade också en osäker effekt av collaborative care, som innehöll strukturerad uppföljning av BPSD, på andelen personer som lades in på sjukhus, på andelen personer som flyttat till särskilt boende 18 månader efter introduktion och på *caregiver distress* hos vårdande anhöriga.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en RCT-studie som undersökte effekten av ”collaborative care” på BPSD hos hemmaboende personer med demenssjukdom under ledning av en patientansvarig primärvårdsläkare och en ”care manager” (en geriatriksjuksköterska) [1]. Åtgärden innehöll utöver strukturerad uppföljning och handläggning av BPSD, även kontinuerlig kontakt med geriatriksjuksköterskan, en rekommendation om medicinering med kolinesterashämmare och utbildning i hantering av demenssjukdom för patient och anhöriga.

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om huruvida strukturerad uppföljning av BPSD kan påverka livskvaliteten hos personer med demenssjukdom och om strukturerad uppföljning av BPSD kan påverka livskvalitet, depression eller ångest/oro hos anhöriga till personer med demenssjukdom.

De redovisade resultaten undersöker effekter hos hemmaboende personer med demenssjukdom, men det saknas information om huruvida interventionen har effekt på personer med demenssjukdom i särskilt boende.

Det saknas även information om eventuella negativa konsekvenser av interventionen.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom och BPSD bidrar strukturerad uppföljning och utvärdering av BBPSD till mindre BPSD, förbättrad funktion, förbättrad livskvalitet och minskat omsorgsbehov, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (47 av 47 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 47 deltagare).

Påstående: ”För anhöriga till personer med demenssjukdom och BPSD bidrar strukturerad uppföljning och utvärdering av BPSD till förbättrad livskvalitet, minskad upplevd belastning och mindre depression och ångest/oro, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 91 procent (41 av 45 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 9 procent (4 av 45 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom och BPSD och deras anhöriga.”
Svar:

- Ja: 7 procent (3 av 44 deltagare)
- Nej: 93 procent (41 av 44 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomiskt underlag

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Callahan, CM, Boustani, MA, Unverzagt, FW, Austrom, MG, Damush, TM, Perkins, AJ, et al. Effectiveness of collaborative care

for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. Jama. 2006; 295(18):2148-57.

Tabellering av inkluderade studier

Primärstudier

First Author Year Reference Country Study design	Setting Study period Follow-up (FU)	Intervention Nb participants Drop-out rate	Control Nb participants Drop-out rate	Outcome Results (95% CI)	Risk of bias Comments
Callahan CM 2015 [1] USA Cluster-RCT	*Population* Older, community dwelling, adults who met criteria for positive or probable Alzheimer disease based on DSM-III criteria, and who had a caregiver. *Setting* Primary care practices *Study period* January 2002 – August 2004 *Attendance rate* Not given *Follow up (FU)* 6, 12 and 18 months.	*Intervention* Collaborative care management led by a primary care physician and a geriatric nurse practitioner during a maximum time of 12 months. The intervention included a specific protocol for management of behavioral problems. *Nb participant and caregiver dyads* 84 (39% female, mean age 77.7) *Drop-out rate* FU 1: 72/84 (14.3%) FU 2: 64/84 (23.8%) FU 3: 65/84 (22.6%)	*Control* "Augmented care" (counseling by a geriatric nurse, also given to the intervention group) and otherwise usual care. *Nb participant and caregiver dyads* 69 (46% female, mean age 60.3) *Drop-out rate* FU 1: 62/69 (10.2%) FU 2: 62/69 (10.29%) FU 3: 49/69 (29%)	N in analyses: 84 dyads **Patient** *Neuropsychiatric Inventory (NPI, range 0-144), I vs C:* FU 1: -1.1 (-5.4 to 3.1) FU 2: -5.6 (-9.9 to 1.3) FU 3: -5.4 (-9.9 to -1.2) *Alzheimer Disease cooperative Study Group ADLs (range 0-78), I vs C:* FU 1: 0.6 (-3.0 to 4.3) FU 2: 1.4 (-2.3 to 5.1) FU 3: 2.5 (-1.2 to 6.2) *N cumulative physician and nurse visits over 18 months* I vs C: 7.5 vs 12.9, p 0.02 *Cumulative hospitalization rate over 18 months* I vs C: 18% vs 22.6%, p 0.69 Rate nursing home placements I vs C: 2.9% vs 8.3%, p 0.19 **Caregiver** *Caregiver Neuro-*	*Assessment of risk of bias:* Medium high (no blinding for outcomes where knowledge of intervention group may have affected evaluations) *Comments:* The study investigates a comprehensive intervention comprising more than the intervention of interest (assessment and management of BPSD)

				psychiatric Inventory (range 0-60) FU 1: -0.1 (-2.0 to 1.8) FU 2: -2.2 (-4.2 to -0.2) FU 3: -1.0 (-3.0 to 1.0) *Caregiver patient health questionnaire-9* FU 1: -0.5 (-1.8 to 0.9) FU 2: -0.9 (-2.2 to 0.5) FU 3: -1.6 (-3.0 to -0.2)	

Summering av effekt och evidensstyrka

BPSD

Utfallsmått **Jämförelse**	**N studier och studietyp*** **N deltagare**	**Effektestimat (95 % KI)**	**Kommentar**
Neuropsykiatriska beteendeproblem mätt med Neurospsychiatric Inventory (NPI)** Intervention kontra kontroll	1 kluster-RCT N = 84	*Efter uppföljningstiderna:* 6 månader; -1,1 (-5,4 till 3,1) 12 månader; -5,6 (-9,9 till -1,3) 18 månader; -5,4 (-9,9 till -1,2)	

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp **Skalan går från 0–144, där lägre värden motsvarar en lägre symtombörda.

Funktion

Utfallsmått **Jämförelse**	**N studier och studietyp*** **N deltagare**	**Effektestimat (95 % KI)**	**Kommentar**
ADL mätt med Alzheimer Disease Cooperative Study Group ADLs** Intervention kontra kontroll	1 kluster-RCT N = 84	*Efter uppföljningstiderna:* 6 månader; 0,6 (-3,0 till 4,3) 12 månader; 1,4 (-2,3 till 5,1) 18 månader; 2,5 (-1,2 till 6,2)	

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp **Skalan går från 0–12, där lägre värden motsvarar en lägre symtombörda.

Vårdbehov

Utfallsmått **Jämförelse**	**N studier och studietyp*** **N deltagare**	**Effektestimat (95 % KI)**	**Kommentar**
Kumulativt antal vårdbesök Intervention kontra kontroll	1 kluster-RCT N = 84	*Efter uppföljningstiden:* 18 månader: 7,5 kontra12,9, p 0,02	

Kumulativ andel sjukhusinläggningar Intervention kontra kontroll	1 kluster-RCT N = 84	*Efter uppföljningstiden:* 18 månader: 18 % kontra 22,6 %, p 0,69	
Kumulativ andel flytt till särskilt boende Intervention kontra kontroll	1 kluster-RCT N = 84	*Efter uppföljningstiden:* 18 månader: 2,9 % kontra 8,3 %, p 0,19	

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp

Caregiver burden

Utfallsmått **Jämförelse**	**N studier och studietyp*** **N deltagare**	**Effektestimat (95 % KI)**	**Kommentar**
Caregiver stress mätt med Caregiver Neuropsychiatric Inventory** (spann 0–60) Intervention kontra kontroll	1 kluster-RCT N = 84	6 månader: -0,1 (-2,0 till 1,8) 12 månader: -2,2 (-4,2 till -0,2) 18 månader: -1,0 (-3,0 till 1,0)	

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp **Skalan går från 0-60, där högre värden motsvarar en högre symtombörda.

Rad: 33
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Beprövad erfarenhet talar för att åtgärden medför förbättrat näringsintag och hälsorelaterad livskvalitet. Samtidigt innebär utebliven åtgärd en risk för allvarliga komplikationer.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Många personer med demenssjukdom har problem med att äta. Problemen kan till exempel bero på muntorrhet eller dålig tandstatus, vilket kan medföra undernäring, smärtupplevelser, lunginflammation och frätsår i munnen. Upplevelser av smärta från munhålan är särskilt problematiskt när det gäller personer med demenssjukdom eftersom de kan ha svårt att lokalisera smärtan och också svårt att kommunicera sin smärtupplevelse. Ett exempel på en guide som kan användas för riskbedömning av munhälsa är Revised Oral Assessment Guide (ROAG-J). När det gäller att förebygga och behandla ohälsa i munnen anses de metoder som är effektiva för friska, vuxna personer vara effektiva även för äldre personer, med eller utan demenssjukdom.

Personer med svår demenssjukdom kan ha svårt att tolka matsituationen, förstå vad och hur man ska äta, utföra nödvändiga rörelser (dyspraxi) och känna igen nödvändiga objekt (dysgnosi) samt ha koncentrations- och perceptionsproblem. Genom att regelbundet göra en strukturerad bedömning av ätproblem kan problemen förebyggas, upptäckas och behandlas. Det finns ett flertal strukturerade bedömningsinstrument att tillgå, till exempel Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED), The Self-Feeding Assessment Tool och The Feeding Behavior Inventory. Ett annat sätt att diagnostisera

den demenssjukes förmåga att klara ätandet är att utifrån olika strategier (till exempel verbal instruktion) bedöma behovet av hjälp med ätandet.

The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism har tagit fram riktlinjer (ESPEN guidelines [1]) som syftar till att ge evidensbaserade rekommendationer om nutritionsbehandlingar till äldre personer med demenssjukdom.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med demenssjukdom och ätproblem bidrar en strukturerad bedömning av svårigheterna med att äta till bättre näringsintag och hälsorelaterad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom och ätproblem bidrar en strukturerad bedömning av svårigheterna med att äta, till förbättrat näringsintag, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (48 av 48 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 48 deltagare).

Påstående: ”För personer med demenssjukdom och ätproblem bidrar en strukturerad bedömning av svårigheterna med att äta, till förbättrad hälsorelaterad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (49 av 49 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 49 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden.”

Svar:

- Ja: 13 procent (6 av 48 deltagare)
- Nej: 87 procent (42 av 48 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Volkert, D, Chourdakis, M, Faxen-Irving, G, Fruhwald, T, Landi, F, Suominen, MH, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2015; 34(6):1052-73.

Rad: 36
Tillstånd: Demenssjukdom och insatta fysiska skyddsåtgärder
Åtgärd: Strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av fysiska skyddsåtgärder

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av fysiska skyddsåtgärder till personer med demenssjukdom och insatta fysiska skyddsåtgärder.

Motivering till rekommendation

Beprövad erfarenhet talar för en ökad livskvalitet och minskat omsorgsbehov hos den demenssjuke om de fysiska skyddsåtgärderna observeras och utvärderas kontinuerligt. Åtgärden värnar personens självständighet och integritet.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Fysiska skyddsåtgärder är mekaniska åtgärder, till exempel en sänggrind eller en rullstol med brickbord. Fysiska skyddssåtgärder används för att uppnå ett gott syfte, till exempel förhindra fall, erbjuda en bra sittställning vid måltiden eller ge personen med demenssjukdom stimulans och möjlighet till social interaktion.

Personer som har demenssjukdom och behov av fysiska skyddsåtgärder har ofta svårt att uttrycka behov och kommunicera. Därför är det viktigt att kontinuerligt observera och utvärdera insatta fysiska skyddsåtgärder i syfte att värna den demenssjuka personens självständighet och integritet.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med demenssjukdom som har insatta fysiska skyddsåtgärder bidrar strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av dessa skyddsåtgärder till ökad livskvalitet och minskat omsorgsbehov, jämfört med om de inte fått strukturerade och kontinuerliga utvärderingar (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som har dessa skyddsåtgärder, eller för deras anhöriga (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av insatta fysiska skyddsåtgärder på upplevd belastning för anhöriga till personer med demenssjukdom och insatta fysiska skyddsåtgärder, och konsensus har inte uppnåtts.

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom som har insatta fysiska skyddsåtgärder bidrar strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av dessa skyddsåtgärder till ökad livskvalitet och minskat omsorgsbehov, jämfört med om de inte fått strukturerade och kontinuerliga utvärderingar.”
Svar:

- Ja: 100 procent (36 av 36 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 36 deltagare).

Påstående: ”För anhöriga till dessa personer bidrar strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av insatta fysiska skyddsåtgärder till minskad upplevd belastning, jämfört med om det inte skett strukturerade och kontinuerliga utvärderingar.”
Svar:

- Ja: 72 procent (26 av 36 deltagare) – konsensus uppnåddes inte
- Nej: 29 procent (10 av 36 deltagare).

Påstående: ”Strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av insatta fysiska skyddsåtgärder kan ha negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som har dessa skyddsåtgärder och för deras anhöriga.”

Svar:

- Ja: 8 procent (3 av 36 deltagare)
- Nej: 92 procent (33 av 36 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad: 37
Tillstånd: Demenssjukdom och insatt välfärdsteknik
Åtgärd: Strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av välfärdsteknik

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten bör erbjuda strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av välfärdsteknik till personer med demenssjukdom och insatt välfärdsteknik.

Motivering till rekommendation
Välfärdsteknik kan ha betydelse för den personliga integriteten, varför det är viktigt att utvärdera dels funktionaliteten av den tekniska utrustningen, dels till exempel livskvalitet och känsla av trygghet och självständighet hos personerna med demenssjukdom.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Exempel på välfärdsteknik är GPS och sensorer. Ett annat exempel är larm, till exempel larmmattor, sängvakter och rörelsevakter.

Personer med demenssjukdom som har behov av välfärdsteknik har ofta svårt att uttrycka behov och kommunicera. Som en del av en god vård och omsorg är det därför viktigt att strukturerat och kontinuerligt utvärdera användningen av välfärdsteknik i syfte att värna den demenssjuka personens självständighet och integritet.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

För personer med demenssjukdom bidrar strukturerad och kontinuerlig utvärdering av elektroniska skyddsåtgärder till förbättrad livskvalitet och för deras anhöriga till minskad upplevd belastning, jämfört med om det inte skett strukturerade och kontinuerliga utvärderingar (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av strukturerad och kontinuerlig utvärdering av elektroniska skyddsåtgärder på användning av skyddsåtgärder och vårdkonsumtion vid demenssjukdom, och konsensus har inte uppnåtts.

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar strukturerad och kontinuerlig utvärdering av elektroniska skyddsåtgärder till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 82 procent (27 av 33 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 18 procent (6 av 33 deltagare).

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar strukturerad och kontinuerlig utvärdering av elektroniska skyddsåtgärder till minskad användning av skyddsåtgärder, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 73 procent (22 av 30 deltagare) – konsensus uppnåddes inte
- Nej: 27 procent (8 av 30 deltagare).

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar strukturerad och kontinuerlig utvärdering av elektroniska skyddsåtgärder till minskad vårdkonsumtion, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 71 procent (22 av 31 deltagare) – konsensus uppnåddes inte
- Nej: 29 procent (9 av 31 deltagare).

Påstående: ”För deras anhöriga bidrar strukturerad och kontinuerlig utvärdering av elektroniska skyddsåtgärder till minskad upplevd belastning, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 87 procent (28 av 32 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 13 procent (4 av 32 deltagare).

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Multiprofessionellt arbete

Rad: 27
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Multiprofessionellt teambaserat arbete inom vård och omsorg

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation

Beprövad erfarenhet talar för att åtgärden har positiv effekt på viktiga effektmått, såsom den demenssjuka personens livskvalitet och funktion samt de anhörigas livskvalitet. Den demenssjuka personens komplexa behov innebär att flera olika kompetenser, som kan innefatta både vård och omsorg, behövs för ett heltäckande omhändertagande.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Multiprofessionellt teambaserat arbete syftar till att skapa kontinuitet i vården och omsorgen, underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser, finna problem och hitta lösningar samt till att personens behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv.

Vilka som ska delta i det multiprofessionella teambaserade arbetet kan variera över tid. I tidiga faser av sjukdomen är fokus på medicinsk utredning och diagnos via primärvård och minneskliniker med de kompetenser som är knutna till dessa. Men allt eftersom personens behov av vård och omsorg ökar blir det aktuellt med åtgärder från andra professioner.

Det finns många olika sätt att organisera det multiprofessionella teambaserade arbetet. Viktigt för organisationen är att de ingående kompetenserna har

sin bas i såväl hälso- och sjukvården som omsorgen och att det finns en samordnande funktion för hela teamet. En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas tillsammans med brukare, och vid behov anhöriga, om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas, och den kan många gånger vara ett viktigt redskap för individuellt anpassade stödinsatser.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- Ett multiprofessionellt och teambaserat arbetssätt inom hälso- och sjukvård och kommunal omsorg bidrar för personer med demenssjukdom, som får vård- och omsorgsinsatser, till förbättrad livskvalitet och förbättrad funktion, och för deras anhöriga till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom, som får åtgärden, eller för deras anhöriga (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt för multiprofessionellt arbete inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom. De RCT-studier som ingick i granskningen redovisar dock att för personer med demenssjukdom ger multiprofessionellt teamarbete minskad agitation, men troligtvis ingen effekt på symtom på depression eller observerad smärta (resultat från en studie). Vidare visar studierna att för personer med demenssjukdom ger multiprofessionellt teamarbete minskad risk för dödlighet, flytt till särskilt boende, besök på akuten och inläggning på sjukhus, men effekterna är osäkra (resultat från en studie).

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår två RCT-studier [1, 2]: En studie undersökte effekten av ”advanced illness care teams” (AICTs) på agitation, smärta och depression hos personer med svår demenssjukdom i vårdboende. Den andra studien undersökte en teaminsats med multidisciplinär bedömning av vårdbehov, och rekommendationer om vård.

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om huruvida multiprofessionellt teamarbete kan påverka hälsoutfall för anhöriga till personer med demenssjukdom.

De redovisade resultaten visar effekter hos personer med demenssjukdom i särskilt boende, men det saknas information om huruvida interventionerna har effekt hos personer som bor kvar hemma i eget boende.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom som får vård- och omsorgsinsatser bidrar ett multiprofessionellt och teambaserat arbetssätt inom hälso- och sjukvård och kommunal omsorg till förbättrad livskvalitet och förbättrad funktion, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 98 procent (48 av 49 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 2 procent (1 av 49 deltagare).

Påstående: ”För deras anhöriga bidrar ett multiprofessionellt och teambaserat arbetssätt inom hälso- och sjukvård och kommunal omsorg till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 96 procent (46 av 48 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 4 procent (2 av 48 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden och för deras anhöriga.”
Svar:

- Ja: 4 procent (2 av 48 deltagare)
- Nej: 96 procent (46 av 48 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Det saknas publicerade studier av kostnadseffektivitet för olika former av multiprofessionellt teambaserat arbete som är relevanta för svenska förhållanden och av tillräcklig kvalitet.

Referenser

1. Bellantonio, S, Kenny, AM, Fortinsky, RH, Kleppinger, A, Robison, J, Gruman, C, et al. Efficacy of a geriatrics team intervention for residents in dementia-specific assisted living facilities: effect on unanticipated transitions. Journal of the American Geriatrics Society. 2008; 56(3):523-8.
2. Chapman, DG, Toseland, RW. Effectiveness of advanced illness care teams for nursing home residents with dementia. Social work. 2007; 52(4):321-9.

Tabellering av inkluderade studier

Primärstudier

First Author Year Reference Country Study design	**Population Setting Study period Follow-up (FU)**	**Intervention Nb participants Drop-out rate**	**Control Nb participants Drop-out rate**	**Outcomes Results (95% CI)**	**Risk of bias Comments**
Chapman et al 2007 [2] USA RCT	**Population** Patients with advanced dementia **Setting** Nursing homes, not specialized for patients with dementia **Follow-up (FU)** 8 weeks	**Intervention** Advanced illness care teams (AICTs) **Nb participants** 57 (95% female, mean age 84.8) **Drop-out rate** Not stated	**Control** Usual care **Nb participants** 61 (98% female, mean age 88.0) **Drop-out rate** None	Reported here are the main effects of condition, and the condition x time interactions *Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)* Main effect: n.s. Interaction: p ≤ .05 *Face Legs Activity Cry Consolability (FLACC) Behavioural Pain Scale.* Main effect: n.s Interaction: n.s *Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD).* Main effect: n.s. Interaction: n.s *Pain in Advanced Dementia (PAINAID).* Main effect: n.s Interaction n.s	**Risk of bias** Assessed as medium high risk of bias. Most serious risk due to the possible spill-over effects between conditions
Bellantonio et al 2008 [1] USA RCT	**Population** Dementia patients who relocated to assisted living **Setting** Two demetia-specific assisted living facilities **Follow up (FU)** 9 months	**Interventions** Multidiciplinary teams **Nb participants** 48 dementia patients (50% female, mean age 83.4) **Drop-out rate** None	**Control** Usual care **Nb participants** 52 dementia patients (75% female, mean age 81.1) **Drop-out rate** None	*Nursing facility admission:* 11% reduction* (CI 95%: 51, 59) p=.70 Emergency department visit: 12% reduction* (CI 95%: 65, 126) p=.80 *Hospitalization* 45% reduction* (CI 95%: 74, 18) p=.13 *Death* 63% reduction* (CI 95%: 88, 15) p=.70 * Change in risk I vs C	**Risk of bias** Assessed as medium high risk of bias. Most serious risk due to the possible spill-over effects between conditions

Summering av effekt och evidensstyrka

BPSD

Utfallsmått Jämförelse	Publikations- eller studietyp* (N primärstudier i en SÖ) N deltagare	Effekt	Kommentar
Agitation mätt med Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) AICT kontra sedvanlig vård	1 RCT-studie N = 118	Huvudeffekt av grupp. F = 1.42, n.s Interaktionseffekt tid x grupp: F = 4,22, p ≤ 0,5	Ingen säkerställd skillnad mellan grupper, men patienter som fått teaminsatsen hade reducerad agitation över tid under den 8 veckor långa insatsen
Depression mätt med Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD). AICT kontra sedvanlig vård	1 RCT-studie N = 118	Huvudeffekt av grupp: F = 1,16, n.s Interaktionseffekt tid x grupp: F = 0,13, n.s	Ingen säkerställd skillnad mellan grupper

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp,

Funktion

Utfallsmått Jämförelse	Publikations- eller studietyp* (N primärstudier i en SÖ) N deltagare	Effekt	Kommentar
Smärta mätt med *Pain in Advanced Dementia (PAINAID).* AICT kontra sedvanlig vård	1 RCT-studie N = 118	Huvudeffekt av grupp: F = 0,07, n.s Interaktionseffekt tid x grupp: F = 0,23, n.s	Ingen säkerställd skillnad mellan grupper
Smärta mätt med Face Legs Activity Cry Consolability (FLACC) Behavioural Pain Scale AICT kontra sedvanlig vård	1 RCT-studie N = 118	Huvudeffekt av grupp: F = 0,31, n.s Interaktionseffekt tid x grupp: F = 0,00, n.s	Ingen säkerställd skillnad mellan grupper

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp

Vårdbehov

Utfallsmått Jämförelse	Publikations- eller studietyp* (N primärstudier i en SÖ) N deltagare	Effekt (95 % KI)	Kommentar
Flytt till särskilt boende *Teaminsats kontra sedvanlig vård*	1 RCT-studie N = 100	11 % reduktion** (51 %, 59 %) p = 0,70	Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupper, men författarna av studien drar slutsatsen att detta beror på låg power och att om resultaten konfirmeras i en större studie så har de klinisk

			relevans.
Besök på akutmottagning *Teaminsats kontra sedvanlig vård*	1 RCT-studie N = 100	12 % reduktion** (65 %, 126 %) p = 0,80	Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupper, men författarna av studien drar slutsatsen att detta beror på låg power och att om resultaten konfirmeras i en större studie så har de klinisk relevans
Inläggning på sjukhus *Teaminsats kontra sedvanlig vård*	1 RCT-studie N = 100	45 % reduktion** (74 %, 18 %) p = 0,13	Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupper men författarna av studien drar slutsatsen att detta beror på låg power och att om resultaten konfirmeras i en större studie så har de klinisk relevans

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp, **Förändring i risk

Mortalitet

Utfallsmått **Jämförelse**	**Publikations- eller studietyp* (N primärstudier i en SÖ)** **N deltagare**	**Effekt (95 % KI)**	**Kommentar**
Mortalitet *Teaminsats kontra sedvanlig vård*	1 RCT-studie N = 100	63 % reduktion** (88 %, 15 %) p = 0,70	Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupper men författarna av studien drar slutsatsen att detta beror på låg power och att om resultaten konfirmeras i en större studie så har de klinisk relevans

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp, **Förändring i risk

Rad: 28
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Demensprofilerade hemtjänstlag

Rekommendation

Socialtjänsten kan erbjuda demensprofilerade hemtjänstlag till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Beprövad erfarenhet talar för positiv effekt på viktiga effektmått, såsom livskvalitet.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Demensprofilerade hemtjänstlag är specifikt inriktade på vård och omsorg av personer som lever med en demenssjukdom i det egna hemmet. Den vård- och omsorgspersonal som arbetar i dessa arbetslag har ofta ett specialintresse för att arbeta med denna grupp av omsorgstagare. Ett syfte med demensprofilerade hemstjänstlag är att bidra till en ökad kontinuitet i kontakten med vård- och omsorgspersonal, både för personen med demenssjukdom och för dennas anhöriga, i enlighet med ett personcentrerat förhållningssätt.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

För personer med demenssjukdom bidrar hemtjänstlag, som är specialiserade och tydligt definierade som demensprofilerade, till förbättrad livskvalitet, färre negativa konsekvenser, t.ex. färre akuta sjukhusbesök, och större kontinuitet i mötena med vård- och omsorgspersonal samt för deras anhöriga till förbättrad livskvalitet och minskad upplevd belastning, jämfört med sedvanlig hemtjänst (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av hemtjänstlag, som är specialiserade och tydligt definierade som demensprofilerade, på vård- och omsorgsbehov för personer med demenssjukdom, och konsensus har inte uppnåtts.

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar hemtjänstlag, specialiserade och tydligt definierade som demensprofilerade till, förbättrad livskvalitet, jämfört med sedvanlig hemtjänst.”
Svar:

- Ja: 98 procent (47 av 48 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 2 procent (1 av 48 deltagare).

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar hemtjänstlag, specialiserade och tydligt definierade som demensprofilerade, till minskat vård- och omsorgsbehov, jämfört med sedvanlig hemtjänst.”
Svar:

- Ja: 59 procent (26 av 44 deltagare) – konsensus uppnåddes inte
- Nej: 41 procent (18 av 44 deltagare).

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar hemtjänstlag, specialiserade och tydligt definierade som demensprofilerade, till färre negativa konsekvenser, till exempel färre akuta sjukhusbesök, jämfört med sedvanlig hemtjänst.”
Svar:

- Ja: 96 procent (43 av 45 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 4 procent (2 av 45 deltagare).

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar hemtjänstlag, specialiserade och tydligt definierade som demensprofilerade, till större kontinuitet i mötena med vård- och omsorgspersonal, jämfört med sedvanlig hemtjänst.”
Svar:

- Ja: 98 procent (45 av 46 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 2 procent (1 av 46 deltagare).

Påstående: ”För deras anhöriga bidrar hemtjänstlag, specialiserade och tydligt definierade som demensprofilerade, till förbättrad livskvalitet, jämfört med sedvanlig hemtjänst.”
Svar:

- Ja: 98 procent (46 av 47 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 2 procent (1 av 47 deltagare).

Påstående: ”För deras anhöriga bidrar hemtjänstlag, specialiserade och tydligt definierade som demensprofilerade, till minskad upplevd belastning, jämfört med sedvanlig hemtjänst.”
Svar:

- Ja: 98 procent (47 av 48 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 2 procent (1 av 48 deltagare).

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten för demensprofilerade hemtjänstlag har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Stödinsatser

Rad: 32
Tillstånd: Demenssjukdom, mild till måttlig
Åtgärd: Psykosociala stödprogram i grupp

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan erbjuda psykosociala stödprogram i grupp till personer med mild till måttlig demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Beprövad erfarenhet talar för effekt av psykosociala stödprogram genom gruppsamtal med samtalsledare.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Mild demenssjukdom betecknar ett tidigt skede när personen kan klara vardagen utan stora insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor.

Psykosociala stödprogram i grupp är ledarledda sammankomster där personer med demenssjukdom träffas och utbyter erfarenheter och tankegångar med varandra. Ett exempel på gruppverksamhet är de som bedrivs av så kallade Alzheimerkaféer. Tillsammans får personerna med demenssjukdom möjlighet att utveckla nya perspektiv och utbyta erfarenheter, förhållningssätt och strategier i vardagen med demenssjukdomen.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med demenssjukdom bidrar psykosociala stödprogram till förbättrad livskvalitet och minskad vårdkonsumtion, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av psykosociala stödprogram på funktionsnivåer och förmågor för personer med demenssjukdom, och konsensus har inte uppnåtts.

Vilka studier ingår I granskningen?

Tre systematiska översikter [1-3] granskades i fulltext men exkluderades eftersom interventionerna i de olika studierna skilde sig mycket åt och deltagarna i studierna var få. Dessutom granskades en randomiserad kontrollerad studie [4], men den exkluderades eftersom den utfördes i en kinesisk kontext och resultaten inte gick att överföra till svensk praxis.

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar psykosociala stödprogram till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (39 av 39 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 39 deltagare).

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar psykosociala stödprogram till förbättrade funktionsnivåer och förmågor, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 69 procent (24 av 35 deltagare) – konsensus uppnåddes inte
- Nej: 31 procent (11 av 35 deltagare).

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar psykosociala stödprogram till minskad vårdkonsumtion, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 76 procent (26 av 34 deltagare) – konsensus uppnåddes

- Nej: 24 procent (8 av 34 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden.”
Svar:

- Ja: 3 procent (1 av 39 deltagare)
- Nej: 97 procent (38 av 39 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomiskt underlag

Kostnadseffektiviteten av psykosociala stödprogram i grupp för personer med mild till måttlig demenssjukdom har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Referenser

1. Toms, GR, Clare, L, Nixon, J, Quinn, C. A systematic narrative review of support groups for people with dementia. International psychogeriatrics / IPA. 2015; 27(9):1439-65.
2. Leung, P, Orrell, M, Orgeta, V. Social support group interventions in people with dementia and mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. International journal of geriatric psychiatry. 2015; 30(1):1-9.
3. Jao, YL, Epps, F, McDermott, C, Rose, KM, Specht, JK. Effects of Support Groups for Individuals with Early-Stage Dementia and Mild Cognitive Impairment: An Integrative Review. Research in gerontological nursing. 2017; 10(1):35-51.
4. Young, DK, Kwok, TC, Ng, PY. A single blind randomized control trial on support groups for Chinese persons with mild dementia. Clinical interventions in aging. 2014; 9:2105-12.

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2017-03-23
Ämne: NR Demens Rad 32
Psykosociala stödprogram i grupp för personen med mild till måttlig demenssjukdom

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Dementia"[Majr] OR dementia*[tiab] OR Alzheimer*[tiab]	191441
2.	Mesh/FT	"Psychotherapy, Group"[Majr] OR "Self-Help Groups"[Mesh:NoExp] OR social club*[tiab] OR group therap*[tiab] OR group psychotherap*[tiab] OR group intervention*[tiab] OR support group*[tiab] OR group support*[tiab] OR self-help group*[tiab] OR Alzheimer's café[tiab] OR dementia café[tiab] OR memory café[tiab] OR (group*[tiab] AND ("Social Support"[Majr] OR social support[tiab] OR psychosocial support*[tiab] OR psychosocial intervention*[tiab] OR psychoeducational intervention*[tiab] OR psychosocial program*[tiab] OR psychosocial education[tiab]))	44061
3.		1 AND 2	944
4.		3 AND Filters: Systematic Reviews, English	**65**

5.		3 AND Filters: Randomized Controlled Trial, English Publication Year from 2005-	**110**
6.		3 AND random*[tiab] NOT Medline[sb] Publication Year from 2010-	**26**
7.			
8.			

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly
SB = PubMeds filter
för systematiska översikter (systematic[sb])
för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: Cochrane library **Databasleverantör:** Wiley **Datum:** 2017-03-27
Ämne: NR Demens Rad 32
Psykosociala stödprogram i grupp för personen med mild till måttlig demenssjukdom

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MeSH	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees	4500
2.	FT/TI, AB, KW	dementia* or Alzheimer*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	11147
3.	FT/all text	dementia* or Alzheimer* in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	755
4.		1-3 OR	11547
5.	Mesh	MeSH descriptor: [Psychotherapy, Group] this term only	1880
6.	Mesh	MeSH descriptor: [Self-Help Groups] explode all trees	753
7.	FT/TI, AB, KW	"social club*" or "group therap*" or "group psychotherap*" or "group intervention*" or "support group*" or "group support*" or "self-help group*" or "Alzheimer's café*" or "dementia café*" or "memory café" or (group* and ("social support*" or "psychosocial support*" or "psychosocial intervention*" or "psychoeducational intervention*" or "psychosocial program*" or "psychosocial education*")):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	9525
8.	FT/all text	"social club*" or "group therap*" or "group psychotherap*" or "group intervention*" or "support group*" or "group support*" or "self-help group*" or "Alzheimer's café*" or "dementia café*" or "memory café" or (group* and ("social support*" or "psychosocial support*" or "psychosocial intervention*" or "psychoeducational intervention*" or "psychosocial program*" or "psychosocial education*")) in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	631
9.		5-7 OR	11035

10.		4 AND 8 Publication Year from 2000-	**330** **CDSR 10** **DARE 41** **HTA 1**
11.	FT/ti	caregiver or caregivers or caregiving or carers or burden:ti (Word variations have been searched)	2820
12.		4 AND 8 NOT 10 Publication Year from 2005-	**CENTRAL 139**

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)
Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords
**)
CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews
DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects
HTA = Health Technology Assessment Database
Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Rad: 34
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Anpassad måltidsmiljö, exempelvis små grupper, tid för ätande och möjlighet att själv komponera måltid

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten bör erbjuda anpassad måltidsmiljö, exempelvis små grupper, tid för att kunna äta i lugn och ro och möjlighet att själv komponera måltid till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation

Beprövad erfarenhet talar för positiv effekt av anpassad måltidsmiljö på näringsintag och livskvalitet. Åtgärden tillgodoser ett grundläggande behov.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Personer med demenssjukdom kan behöva hjälp med att äta. De kan ha svårt att tolka matsituationen och förstå vad man ska äta och hur man ska äta. Det är inte möjligt att peka ut en enskild åtgärd som grund för att förbättra den demenssjukes förmåga att äta. Det handlar i stället om olika åtgärder som tillsammans kan bidra till ett förbättrat kostintag, men det handlar också om att skapa en måltidssituation där den demenssjuke känner sig trygg och säker och kan uppleva välbefinnande. De åtgärder som kan vara aktuella är att äta i liten grupp eller enskilt med stöd av personal, ge individuellt anpassat stöd vid måltiden (ge beröring och uppmuntran, visa hur man gör, använda mimik, initiering med mera), ge personen möjlighet att själv ta mat och tillräckligt med tid för att kunna äta i lugn och ro, anpassa den fysiska miljön (till exempel med kontrasterande färger i dukningen) och ta hänsyn till kulturella och religiösa aspekter.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med demenssjukdom bidrar en anpassad måltidsmiljö (hemlik, små grupper, tid för ätande och möjlighet att själv komponera måltid) i särskilt boende eller dagverksamhet till minskade ätproblem, förbättrad funktion och ökad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt. Den systematiska översikt som ingår i granskningen redovisar en osäker effekt av ”familjemåltid” med möjlighet att själv ta mat ur karotter (jämfört med fördukad bricka) på deltagande i måltidsrelaterade uppgifter samt adekvat och inadekvat kommunikation [1]. Likaså redovisar översikten en osäker effekt av bättre ljussättning och maximering av visuella kontraster vid matbordet på självständighet, konversation, kognition, interaktion vid måltiden, sittproblem, munhygien, diet, assistans, utmanande beteende och ätproblem.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt från år 2014, som har undersökt effekten av olika typer av måltidsinterventioner på beteendeproblem hos personer med demenssjukdom i vårdboendemiljö [1]. Författarna till översikten tog med studier som redovisade ”jämförande data” och inkluderade, utöver RCT-studier och andra kontrollerade studier, även longitudinella studier utan kontrollgrupp. Samtliga resultat som redovisas här bygger på data från longitudinella primärstudier utan kontrollgrupp. Resultaten begränsar sig till effekter av sådana måltidsinterventioner som omfattas av den aktuella frågeställningen och som rör den fysiska måltidsmiljön.

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om huruvida anpassning av måltidsmiljön kan påverka näringsintag, vikt, nutritionsstatus och livskvalitet hos personer med demenssjukdom.

De redovisade resultaten visar effekter på personer med demens i särskilt boende, men det saknas information om huruvida interventionerna har effekt på personer med demens som deltar i dagverksamhet men bor kvar hemma i eget boende.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar en anpassad måltidsmiljö (hemlik, små grupper, tid för ätande och möjlighet att själv komponera måltid) i särskilt boende eller dagverksamhet till minskade ätproblem, förbättrad funktion och ökad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (45 av 45 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 45 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden.”
Svar:

- Ja: 4 procent (2 av 47 deltagare)
- Nej: 96 procent (45 av 47 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Whear, R, Abbott, R, Thompson-Coon, J, Bethel, A, Rogers, M, Hemsley, A, et al. Effectiveness of mealtime interventions on behavior symptoms of people with dementia living in care homes: a systematic review. J Am Med Dir Assoc. 2014; 15(3):185-93.

Tabellering av inkluderade studier

Systematiska översikter

First Author Year Reference Country Study design	**Included studies Aim**	**Population Setting**	**Intervention Control**	**Outcomes**	**Quality Comments**
Whear R et al 2014 [1] USA Systematic Review	**Included studies** *Type of studies* “Studies were included if they provided comparative data (studies in which data could be compared with a control or baseline measure, such as randomized	**Population** People with dementia, >65 years of age, and living in residential care homes **Setting** Residential care homes	**Intervention** Meal time interventions that “directly or indirectly provided assistance and encouragement with eating, a more stimulating environment to eat, increased access to food, more choice of food, or more appealing… food.” And “Nutrition education or train-	**Outcomes** *Intended:* Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) **Authors’ conclusions:** “There is some evidence that mealtime interventions improve behavioral symptoms in elderly people with dementia living in residential care, although the quality and therefore the reliability of the research is open to	**Quality of review** Assessed as fulfilling quality criteria according to AMSTAR with some remarks: A sparse description of excluded studies, and no assessment of publication bias *Risk of bias in included studies (review authors assessment for 3/11 studies which reported relevant inter-*

	controlled trials, before and after studies, or time series methods)…" *N studies* In review: 11 For relevant interventions: 3 (total n participants 43) *Time frame* Last literature search September 2012 **Aim** Effectiveness		ing interventions were also included" **Control** "Control or baseline measures"	some question"	*ventions):* Lack of blinding of participants and outcome assessment in 3/3 studies. Lack of information regarding compliance with the intervention, the validity of data collections tools and the appropriateness of analyses methods in 3/3 studies

Summering av effekt och evidensstyrka

BPSD

Utfallsmått **Jämförelse**	**Studietyp*** **(antal studier)** **N deltagare**	**Effekt (95 % KI)**	**Kommentar**
Deltagande i måltidsrelaterade uppgifter "Familjemåltid" med möjlighet att själv ta mat ur karotter kontra fördukad matbricka	SÖ 1 observationsstudie med före-efterdesign, n = 5	14 % högre vid familjemåltid (10 % kontra 24 %)	Test för inferentiell statistik ej utfört
Adekvat kommunikation "Familjemåltid" med möjlighet att själv ta mat ur karotter kontra fördukad matbricka	SÖ 1 observationsstudie med före-efterdesign, n = 5	5,1 % högre vid familjemåltid (5,5 % kontra 10,6 %)	Test för inferentiell statistik ej utfört
Inadekvat kommunikation "Familjemåltid" med möjlighet att själv ta mat ur karotter kontra fördukad mat-	SÖ 1 observationsstudie med före-efterdesign, n = 5	0,2 % högre vid familjemåltid (3,9 % kontra 4,1 %)	Test för inferentiell statistik ej utfört

bricka			
COMFI** Bättre ljussättning och maximering av visuella kontraster vid matbordet kontra sedvanlig ljussättning	SÖ 1 observationsstudie med före-efterdesign, n = 25	Undersökningsgrupp 1: Förmätning 54,0 kontra eftermätning 72,09; p = 0,18 (n.s.) Undersökningsgrupp 2: Förmätning 48,28 kontra eftermätning 60,71; p = 0,11 (n.s.)	Skalomfång ej angivet
MAST*** Bättre ljussättning och maximering av visuella kontraster vid matbordet kontra sedvanlig ljussättning	SÖ 1 observationsstudie med före-efterdesign, n = 25	Undersökningsgrupp 1: Förmätning 10,73 kontra eftermätning 10,81; p = 0,98 (n.s) Undersökningsgrupp 2: Förmätning 6,21 kontra eftermätning 4,86; p = 0,33 (n.s.)	Skalomfång ej angivet
"Agitation" Bättre ljussättning och maximering av visuella kontraster vid matbordet kontra sedvanlig ljussättning	SÖ 1 observationsstudie med före-efterdesign, n = 13	Förmätning kontra eftermätning: 3,04; p = < 0,05	Skala eller skalomfång ej angivet

*SÖ = Data är hämtade från en systematisk översikt, **Instrument som mäter självständighet, konversation, kognition och interaktion vid måltid. ***Instrument som mäter sittproblem, munhygien, diet, assistans, utmanande beteende och ätproblem.

Rad: 34b
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Anpassad måltidsmiljö i ordinärt boende

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten bör erbjuda anpassad måltidsmiljö till personer med demenssjukdom i ordinärt boende.

Motivering till rekommendation
Beprövad erfarenhet talar för positiv effekt av anpassad måltidsmiljö på ätproblem och livskvalitet. Åtgärden tillgodoser ett grundläggande behov.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

För att äta krävs förmåga att planera och tillaga en måltid och att göra inköp, vilket är komplext och kräver förmågor som kanske gått förlorade eller är sviktande hos personer med demenssjukdom. Konsekvenser av demenssjukdomen kan också göra att personen glömmer att äta eftersom till exempel känslan av hunger inte kan tolkas. Det kan också handla om svårigheter att tolka matsituationen och förstå vad och hur man ska äta.

Det är viktigt att personen med demenssjukdom får använda sina kvarvarande förmågor, men för att möjliggöra detta behövs ofta stöd. Ett stöd från en annan person kan göra att den demenssjuke kan komponera och tillreda sin måltid. Vid tillredning av måltid stimuleras personens sinnen genom de dofter som uppstår vid matlagningen, vilket kan bidra till en ökad aptit och till att personen äter bättre. Matdistribution som kompletteras med måltidsstöd av hemtjänstpersonal är ett annat alternativ. Måltidsstödet möjliggör för personal att bedöma om personen verkligen intar den distribuerade måltiden. Sällskap under måltiden kan också göra måltiden till en trevlig social samvaro som kan ge en ökad lust att äta. Måltidsstödet bör vara anpassat utifrån den enskilde personens behov av tid för måltiden eftersom det är av vikt att få inta en måltid i lugn och ro och i sin egen takt. Andra möjliga åtgärder som kan vara av betydelse är till exempel att ge beröring och uppmuntran,

visa hur man gör med hjälp av mimik, använda initiering och anpassa den fysiska miljön med till exempel kontrasterande färger i dukningen.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med demenssjukdom bidrar en anpassad måltidsmiljö (till exempel tid för ätande, möjlighet att själv komponera måltid, måltidssällskap) i ordinärt boende till minskade ätproblem, förbättrad funktion och ökad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår fem systematiska översikter [1-5] och fem randomiserade kontrollerade studier [6-10]. Alla studierna exkluderades efter läsning i fulltext eftersom de inte svarar på den aktuella frågeställningen.

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar en anpassad måltidsmiljö (till exempel tid för ätande, möjlighet att själv komponera måltid, måltidssällskap) i ordinärt boende till minskade ätproblem, förbättrad funktion och ökad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (41 av 41 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 40 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden.”
Svar:

- Ja: 10 procent (4 av 41 deltagare)
- Nej: 90 procent (37 av 41 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Liu, W, Cheon, J, Thomas, SA. Interventions on mealtime difficulties in older adults with dementia: a systematic review. International journal of nursing studies. 2014; 51(1):14-27.
2. Leah, V. Supporting people with dementia to eat. Nursing older people. 2016; 28(6):33-9.
3. Dolhi, CD, Rogers, JC. Dementia, nutrition, and self-feeding: a systematic review of the literature. Occupational therapy in health care. 2002; 15(3-4):59-87.
4. Bunn, DK, Abdelhamid, A, Copley, M, Cowap, V, Dickinson, A, Howe, A, et al. Effectiveness of interventions to indirectly support food and drink intake in people with dementia: Eating and Drinking Well IN dementiA (EDWINA) systematic review. BMC geriatrics. 2016; 16:89.
5. Abdelhamid, A, Bunn, D, Copley, M, Cowap, V, Dickinson, A, Gray, L, et al. Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: systematic review and meta-analysis. BMC geriatrics. 2016; 16:26.
6. Suominen, MH, Puranen, TM, Jyvakorpi, SK, Eloniemi-Sulkava, U, Kautiainen, H, Siljamaki-Ojansuu, U, et al. Nutritional Guidance Improves Nutrient Intake and Quality of Life, and May Prevent Falls in Aged Persons with Alzheimer Disease Living with a Spouse (NuAD Trial). The journal of nutrition, health & aging. 2015; 19(9):901-7.
7. Salva, A, Andrieu, S, Fernandez, E, Schiffrin, EJ, Moulin, J, Decarli, B, et al. Health and nutrition promotion program for patients with dementia (NutriAlz): cluster randomized trial. The journal of nutrition, health & aging. 2011; 15(10):822-30.
8. Roque, M, Salva, A, Vellas, B. Malnutrition in community-dwelling adults with dementia (NutriAlz Trial). The journal of nutrition, health & aging. 2013; 17(4):295-9.
9. Lauque, S, Arnaud-Battandier, F, Gillette, S, Plaze, JM, Andrieu, S, Cantet, C, et al. Improvement of weight and fat-free mass with oral nutritional supplementation in patients with Alzheimer's disease at risk of malnutrition: a prospective randomized study. Journal of the American Geriatrics Society. 2004; 52(10):1702-7.
10. Eichler, T, Hoffmann, W, Hertel, J, Richter, S, Wucherer, D, Michalowsky, B, et al. Living Alone with Dementia: Prevalence, Correlates and the Utilization of Health and Nursing Care Services. Journal of Alzheimer's disease : JAD. 2016; 52(2):619-29.

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2017-04-28
Ämne: NR Demens Rad 34b
Anpassad måltidsmiljö (tider, möjlighet att komponera egen måltid, sällskap)

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Dementia"[Majr] OR dementia*[tiab] OR alzheimer*[tiab]	192733
2.	Mesh/FT	"Meals"[Majr] OR "Portion Size"[Mesh] OR "Eating"[Mesh] OR "Feeding Behavior"[Mesh] OR Meal[tiab] OR "Food Supply"[Mesh] OR meals[tiab] OR mealtime*[tiab] OR dinner*[tiab] OR breakfast*[tiab] OR supper*[tiab] OR lunch*[tiab] OR food intake[tiab] OR eating habit*[tiab] OR feeding habit*[tiab] OR eating behavio*[tiab] OR eating pattern*[tiab] OR feeding time*[tiab] OR dining[tiab] OR eating activit*[tiab] OR feeding[tiab] OR food provision[tiab] OR food supply[tiab] OR "meals on wheels"[tiab] OR food service*[tiab] OR snack*[tiab]	405562
3.	Mesh/FT	Support*[tiab] OR social environment[tiab] OR time*[tiab] OR neighbor*[tiab] OR environment[tiab] OR compan*[tiab] OR conversation[tiab] OR food preparation[tiab] OR meal preparation[tiab] OR prepare*[tiab] OR food preference*[tiab] OR encourage*[tiab] OR assistance*[tiab] OR favorite food[tiab] OR favorite meal*[tiab] OR pedagogical meal[tiab] OR malnutrition[tiab] OR undernutrition[tiab] OR routine*[tiab]	4954564
4.		1 AND 2 AND 3 NOT (tube[ti] OR enteral[ti]) English	608
5.		4 Filters: Systematic Reviews	**37**
6.		4 AND Filters: Randomized Controlled Trial, English	**29**
7.	Mesh/FT	"Independent Living"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR independent living[tiab] OR living at home[tiab] OR home living[tiab] OR ordinary living[tiab] OR home care[tiab] OR community dwelling[tiab] OR home dwelling[tiab] OR home[ti] OR family care*[tiab] OR informal care*[tiab] OR famil*[ti] OR home help[tiab]	307251
8.		4 AND 7	**105**
9.			

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly
SB = PubMeds filter
för systematiska översikter (systematic[sb])
för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: Cochrane library **Databasleverantör:** Wiley **Datum:** 2017-04-28
Ämne: NR Demens Rad 34b
Anpassad måltidsmiljö (tider, möjlighet att komponera egen måltid, sällskap)

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MeSH	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees	4500
2.	FT/TI, AB, KW	dementia* or Alzheimer*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	11147
3.	FT/all text	dementia* or Alzheimer* in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	755
4.		1-3 OR	11547
5.	FT/TI; AB; KW	Meal* or mealtime* or dinner* or breakfast* or supper* or lunch* or "food intake" or "eating habit*" or "feeding habit*" or "eating behavio*" or "eating pattern*" or "feeding time*" or dining or "eating activit*" or feeding or "food provision" or "food supply" or "meals on wheels" or "food service*" or snack*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	31476
6.	FT/all text	Meal* or mealtime* or dinner* or breakfast* or supper* or lunch* or "food intake" or "eating habit*" or "feeding habit*" or "eating behavio*" or "eating pattern*" or "feeding time*" or dining or "eating activit*" or feeding or "food provision" or "food supply" or "meals on wheels" or "food service*" or snack* in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	615
7.		5 OR 6	31805
8.	FT/TI; AB; KW	Support* or "social environment" or time* or neighbor* or environment or company or companion* or conversation or "food preparation" or "meal preparation" or prepare* or "food preference*" or encourage* or "assistance*" or "favorite food" or "favorite meal*" or "pedagogical meal" or routine*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	342219
9.	FT/all text	Support* or "social environment" or time* or neighbor* or environment or company or companion* or conversation or "food preparation" or "meal preparation" or prepare* or "food preference*" or encourage* or "assistance*" or "favorite food" or "favorite meal*" or "pedagogical meal" or routine* in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	14186
10.		8 OR 9	353500
11.	FT/TI; AB; KW	"independent living" or "living at home" or "home living" or "ordinary living" or "home care" or "community dwelling" or "home dwelling" or "family care*" or "informal care*" or famil* or "home help":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	29783
12.		4 AND 7 AND 10 AND 11	**13** **CDSR 1** **DARE 1** **Central 10**

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)
Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords
**)
CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews
DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects
HTA = Health Technology Assessment Database
Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: CINAHL, AgeLine, PsycInfo **Databasleverantör:** EBSCO **Datum:** 2017-04-28 **Ämne:** NR Demens Rad 34b Anpassad måltidsmiljö (tider, möjlighet att komponera egen måltid, sällskap)			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT/TI, AB, SU	TI (dementia* or Alzheimer*) OR AB (dementia* or Alzheimer*) OR SU (dementia* or Alzheimer*)	152879
2.	FT/TI, AB, SU	TI (Meal* or mealtime* or dinner* or breakfast* or supper* or lunch* or "food intake" or "eating habit*" or "feeding habit*" or "eating behavio*" or "eating pattern*" or "feeding time*" or dining or "eating activit*" or feeding or "food provision" or "food supply" or "meals on wheels" or "food service*" or snack*) OR AB (Meal* or mealtime* or dinner* or breakfast* or supper* or lunch* or "food intake" or "eating habit*" or "feeding habit*" or "eating behavio*" or "eating pattern*" or "feeding time*" or dining or "eating activit*" or feeding or "food provision" or "food supply" or "meals on wheels" or "food service*" or snack*) OR SU (Meal* or mealtime* or dinner* or breakfast* or supper* or lunch* or "food intake" or "eating habit*" or "feeding habit*" or "eating behavio*" or "eating pattern*" or "feeding time*" or dining or "eating activit*" or feeding or "food provision" or "food supply" or "meals on wheels" or "food service*" or snack*)	129693
3.	FT/TI, AB, SU	TI (Support* or "social environment" or time* or neighbor* or environment or company or companion* or conversation or "food preparation" or "meal preparation" or prepare* or "food preference*" or encourage* or "assistance*" or "favorite food" or "favorite meal*" or "pedagogical meal" or routine*) OR AB (Support* or "social environment" or time* or neighbor* or environment or company or companion* or conversation or "food preparation" or "meal preparation" or prepare* or "food preference*" or encourage* or "assistance*" or "favorite food" or "favorite meal*" or "pedagogical meal" or routine*) OR SO (Support* or "social environment" or time* or neighbor* or environment or company or companion* or conversation or "food preparation" or "meal preparation" or prepare* or "food preference*" or encourage* or "assistance*" or "favorite food" or "favorite meal*" or "pedagogical meal" or routine*)	2008083
4.	FT/TI, AB, SU	TI ("independent living" or "living at home" or "home living" or "ordinary living" or "home care" or "community dwelling" or "home dwelling" or "family care*" or "informal care*" or famil* or "home help") OR AB ("independent living" or "living at home" or "home living" or "ordinary living" or "home care" or "community dwelling" or "home dwelling" or "family care*" or "informal care*" or famil* or "home help") OR SU ("independent living" or "living at home" or "home living" or "ordinary living" or "home care" or	674846

	"community dwelling" or "home dwelling" or "family care*" or "informal care*" or famil* or "home help")	
5.	1-4 AND Published Date: 20050101-20171231	**148**

*)
DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)
FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"
FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract
ZC = Methodology
+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Rad: 35
Tillstånd: Demenssjukdom, måttlig till svår
Åtgärd: Individuellt planerade toalettbesök

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten bör erbjuda individuellt planerade toalettbesök till personer med måttlig till svår demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Beprövad erfarenhet talar för positiv effekt. Åtgärden tillgodoser grundläggande behov som personen med demenssjukdom har svårt att själv uppfylla utan stöd. Utebliven åtgärd medför stor risk för allvarliga komplikationer.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor. Svår demenssjukdom betecknar det skede när personen behöver ständig tillsyn och hjälp med det mesta.

Personer med demenssjukdom har större risk att utveckla urininkontinens än andra i motsvarande ålder. Risken ökar med demenssjukdomens svårighetsgrad och majoriteten av personer med måttlig till svår demenssjukdom, i särskilt boende eller dagverksamhet, har inkontinens och behöver hjälp och stöd vid toalettbesök. I enlighet med ett personcentrerat förhållningssätt är det viktigt att toalettbesöken planeras individuellt och inte enbart innebär byte av inkontinenshjälpmedel.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- Individuellt planerade toalettbesök för personer med måttlig till svår demenssjukdom i särskilt boende eller dagverksamhet bidrar till minskat

urinläckage och inkontinens och förbättrad livskvalitet, jämfört med om personerna inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med måttlig till svår demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”Individuellt planerade toalettbesök för personer med måttlig till svår demenssjukdom i särskilt boende eller dagverksamhet bidrar till minskat urinläckage och inkontinens jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 94 procent (32 av 34 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 6 procent (2 av 34 deltagare).

Påstående: ”Individuellt planerade toalettbesök för personer med måttlig till svår demenssjukdom i särskilt boende eller dagverksamhet bidrar till förbättrad livskvalitet jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 94 procent (34 av 36 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 6 procent (2 av 36 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med måttlig till svår demenssjukdom som får åtgärden.”
Svar:

- Ja: 15 procent (5 av 34 deltagare)
- Nej: 85 procent (29 av 34 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad: 39
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Beprövad erfarenhet talar för att åtgärden har positiv effekt utan negativa konsekvenser.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Det finns olika kognitiva hjälpmedel vars syfte är att ge personer med demenssjukdom stöd för minnet och att öka eller behålla personens självständighet, aktivitetsförmåga eller trygghet och säkerhet för att möjliggöra kvarboende i hemmet. Kognitiva hjälpmedel är till exempel spisvakter, påminnare för medicinering eller hjälpmedel för att orientera sig i tid eller finna föremål som tappats bort.

Det är viktigt att hjälpmedlen är individuellt anpassade, det vill säga anpassade utifrån den demenssjuke personens specifika behov och mentala och fysiska förutsättningar. Det kan vara lättare för den demenssjuka personen att börja använda och vänja sig vid ett hjälpmedel som introduceras i ett tidigare stadium av sjukdomen. Då kan de ofta användas även när sjukdomen blir svårare.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med demenssjukdom bidrar individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel till förbättrad livskvalitet och funktion samt minskat vårdbehov, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt. Den RCT-studie som ingår i granskningen visade att ett kognitivt hjälpmedel minskade risken för antal fallolyckor hos personer med demenssjukdom som bor hemma [1].

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en RCT-studie som har undersökt effekten av ett kognitivt hjälpmedel som är inriktat på säkerhet, ”home-based technologies coupled with teleassistance service (HBTec-TS) intervention”, på risk för fallolyckor hos äldre personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom som bor hemma [1].

Saknas någon information i studierna?

Det saknas mått på alla önskade utfall, såsom livskvalitet, funktion och BPSD.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel till förbättrad livskvalitet och funktion samt minskat vårdbehov, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (46 av 46 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (46 av 46 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden.”
Svar:

- Ja: 10 procent (5 av 48 deltagare)
- Nej: 90 procent (43 av 34 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Tchalla Achille, E, Lachal, F, Cardinaud, N, Saulnier, I, Rialle, V, Preux, P-M. Preventing and managing indoor falls with home-based

technologies in mild and moderate Alzheimer's disease patients: Pilot study in a community dwelling. Dementia and geriatric cognitive disorders; 2013. s. 251-61.

Tabellering av inkluderade studier

Primärstudier

First Author **Year** **Reference** **Country** **Study design**	**Population** **Setting** **Study period** **Follow-up**	**Intervention** **Nb participants** **Drop-out rate**	**Control** **Nb participants** **Drop-out rate**	**Outcomes** **Results** **(95% CI)**	**Risk of bias** **Comments**
Tchalla 2013 [1] France RCT	**Population** Patients diagnosed with mild to moderate Alzheimer's disease, living at home and considered at a high risk of falling **Setting** Home **Follow-up** I year	**Intervention** The home based techologies coupled with teleassistance service (HBTec-TS) intervention **Nb participants** N=49 **Drop-out rate** 0%	**Control** No implementation of the (HBTec-TS) system **Nb participants** N=47 **Drop-out rate** 0%	**Outcome** *Decreased risk of falls:* Odds Ratio 0.37 (0.15, 0.88) p=0.02 Number needed to treat: 4 (2,9)	**Risk of bias** Assessed as medium high risk of bias. Most serious risk due to lack of blinding and recall bias In reporting outcome **Comments**

Summering av effekt och evidensstyrka

Vårdbehov

Utfallsmått **Jämförelse**	**Publikations- eller studietyp* (N primärstudier i en SÖ)** **N deltagare**	**Effekt (95 % KI)**	**Kommentar**
Minskad risk för fall (HBTec-TS) systemet kontra sedvanlig vård	1 RCT-studie N = 96	Oddskvot 0,37 (0,15, 0,88) p = 0,02 NNT: 4 (2,9) **	

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp, **NNT = Number needed to treat eller Antal som måste behandlas för att en person ska ha visad effekt

Rad: 41
Tillstånd: Demenssjukdom, måttlig till svår
Åtgärd: Vårdarsång

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 **7**	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten kan erbjuda vårdarsång till personer med måttlig till svår demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Det vetenskapliga stödet för åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden ha effekt på till exempel BPSD, samtidigt som det enligt ett personcentrerat arbetssätt är viktigt att kunna erbjuda ett brett utbud av vård- och omsorgsinsatser.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor. Svår demenssjukdom betecknar det skede när personen behöver ständig tillsyn och hjälp med det mesta.

Vårdarsång innebär att vårdpersonal använder sång eller nynnande som kommunikationsmedel och som del i omvårdnaden. Vårdaren sjunger eller nynnar antingen själv eller tillsammans med vårdtagaren, till exempel vid toalettbesök eller i duschsituationen. Syftet är att förbättra samspelet mellan personen med demenssjukdom och vårdaren i situationer som kan upplevas som integritetskränkande för vårdtagaren.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar vårdarsång, som en enskild insats eller som en del i ett mer omfattande program, till för-

bättrade hälsoutfall, till exempel minskade BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med måttlig till svår demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar vårdarsång, som en enskild insats eller som en del i ett mer omfattande program, till förbättrade hälsoutfall, till exempel minskade BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 81 procent (21 av 26 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 19 procent (5 av 26 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med måttlig till svår demenssjukdom som får åtgärden.”
Svar:

- Ja: 7 procent (2 av 28 deltagare)
- Nej: 93 procent (26 av 28 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad: 42
Tillstånd: Demenssjukdom, måttlig till svår
Åtgärd: Strukturerade insatser med musik, sång och dans

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 **7**	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten kan erbjuda strukturerade insatser med musik, sång och dans till personer med måttlig till svår demenssjukdom.

Motivering till rekommendation

Det vetenskapliga stödet för åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden ha effekt på sociala, psykiska och fysiska förmågor och upplevd livskvalitet, samtidigt som det enligt ett personcentrerat arbetssätt är viktigt att kunna erbjuda ett brett utbud av vård- och omsorgsinsatser.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor. Svår demenssjukdom betecknar det skede när personen behöver ständig tillsyn och hjälp med det mesta.

Musik är ofta förknippat med minnen och påverkar både kroppen och sinnena på många olika sätt. Musik väcker minnen och kan hjälpa till att framhålla kvarvarande funktioner genom sång och dans. Många av oss föredrar viss typ av musik och musiken kan hjälpa till att bevara en jag-känsla. Musik kan också ge känsla av trygghet och lugn. I enlighet med ett personcentrerat förhållningssätt är det viktigt att den strukturerade insatsen med musik, sång och dans anpassas till den person eller de personer med demenssjukdom som deltar i insatsen. Det är angeläget att musik, sång och dans inte används rutinmässigt utan åtgärden måste vara genomtänkt.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar musikterapi till ökad patientnytta med avseende på sociala, psykiska och fysiska förmågor och upplevd livskvalitet i förhållande till om de inte fått åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Underlaget är hämtat från rapporten *Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens*, utgiven av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (NAKS) 2014 [1]. NAKS utgår i sin tur från en systematisk översiktsartikel från 2004 [2]. I denna ingår tio randomiserade kontrollerade studier, men författarna har inte gjort någon metaanalys. I studierna har man studerat personer med demenssjukdom på sjukhem eller dagcenter. Behandlingsgruppen fick musikterapi i grupp eller individuellt, musik till rörelse eller individuell kontakt med musikterapeut. Insatsen gavs i 4–15 veckor, 2–7 gånger i veckan. Kontrollgruppen fick uppföljning enligt sedvanlig vård eller högläsning. Författarna till översiktsartikeln gjorde en uppdaterad litteratursökning 2010, som dock inte ledde till att slutsatserna ändrades.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av musikterapi på kognition, depression, ångest och beteendestörningar. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas dokumentation om huruvida musikterapi har en effekt på livskvalitet, daglig funktion och dygnet-runt-omsorg samt på utfall mätt på anhöriga.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar musikterapi till ökad patientnytta med avseende på sociala, psykiska och fysiska förmågor samt upplevd livskvalitet i förhållande till om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 83 procent (25 av 30 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 17 procent (5 av 30 deltagare).

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Dahm KT, Dalsbø TK, Håvelsrud K, Reinar LM. Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 28−2014. Oslo; 2014.
2. Vink, AC, Birks, JS, Bruinsma, MS, Scholten, RJ. Music therapy for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (3):CD003477.

Summering av effekt och evidensstyrka

Tabell: Effekten av musikterapi jämfört med uppföljning enligt sedvanlig vård eller högläsning för personer med demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen (standard-avvikelse)	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Kognitiv funktion (mätt med Mini Mental State Examination(MMSE), högre poäng indikerar bättre kognitiv förmåga)	30 patienter (1 studie)[a)]	Genomsnittlig förändring 0,37 (0,67) poäng	MD = - 0,20 (-0,71 till 0,31)		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○	En studie med låg risk för bias och få deltagare.
Depression	30 patienter (1 studie)[b)]		Statistisk signifikant skillnad mellan grupperna, men inget effektestimat anges i översikten.		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○	En studie med låg risk för bias och få deltagare.
Ångest	30 patienter (1 studie) [b)]		Statistisk signifikant skillnad mellan grupperna, men inget effektestimat anges i översikten		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○	En studie med låg risk för bias och få deltagare.
Beteendestörning (mätt med Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI), lägre värde indikerar bättre funktion)	36 patienter (1 studie) [c)]	Genomsnittligt antal episoder med aggressivt beteende 4,5 (1,65)	MD = -1,06 (-2,03 till -0,09)		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○	En studie med låg risk för bias och få deltagare.

Källa: a) Groene, RW. Effectiveness of music therapy 1:1 intervention with individuals having senile dementia of the alzheimer's type. Journal of Music Therapy 1993;30(3):138-157.

b) Guétin, S, Portet, F, Picot, M. C, Pommie, C, Messaoudi, M, Djabelkir, L, Olsen, A. L, Cano, M. M, Lecourt, E, Touchon. J. Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: Randomised, controlled study..Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 2009;28(1):36-46.

c) Sung, H, Chang, S, Lee, W, Lee. M. The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan.. Complementary 2006;14(2):113-119.

Rad: 43
Tillstånd: Demenssjukdom, svår
Åtgärd: Taktil massage

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 **6** 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten kan erbjuda taktil massage till personer med svår demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Det vetenskapliga stödet för åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden ha effekt på sociala, psykiska och fysiska förmågor och upplevd livskvalitet, samtidigt som det enligt ett personcentrerat arbetssätt är viktigt att kunna erbjuda ett brett utbud av vård- och omsorgsinsatser. Tillståndet har få alternativa åtgärder.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas. Svår demenssjukdom betecknar det skede när personen behöver ständig tillsyn och hjälp med det mesta.

Taktil massage kallas även mjukmassage. Ofta är massagen koncentrerad till fingrar, händer, armar, skuldror, nacke, rygg och fötter. Massagen utförs i en lugn och rogivande atmosfär, oftast i kombination med samtal. Tiden för en massagesession varierar från cirka 6 minuter till 20–30 minuter.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

För personer med svår demenssjukdom bidrar taktil massage till ökad patientnytta med avseende på sociala, psykiska och fysiska förmågor och upplevd livskvalitet i förhållande till om de inte fått åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Underlaget är hämtat från rapporten *Effekt av fysisk aktivitet og omsorgstiltak for personer med demens*, utgiven av Nasjonalt kunnskapssenter for

helsetjenesten (NAKS) 2014 [1]. NAKS utgår i sin tur från en systematisk översiktsartikel från 2006 [2]. I denna har man studerat personer med demenssjukdom som bor på sjukhem. Behandlingsgruppen fick handmassage, som gavs en gång under 10 minuter, medan kontrollgruppen inte fick massage.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av massage på beteendestörningar. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas dokumentation om huruvida massage och beröring har effekt på kognitiv funktion, depression, livskvalitet, ADL-funktion, ångest och dygnet-runt-omsorg samt på utfall mätt på anhöriga.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: ”För personer med svår demenssjukdom bidrar taktil massage till ökad patientnytta med avseende på sociala, psykiska och fysiska förmågor samt upplevd livskvalitet i förhållande till om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 90 procent (28 av 31 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 10 procent (3 av 31 deltagare).

Hälsoekonomiskt underlag

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Dahm KT, Dalsbø TK, Håvelsrud K, Reinar LM. Effekt av fysisk aktivitet og omsorgstiltak for personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 27−2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014.
2. Hansen Niels, V, Jørgensen, T, Ørtenblad, L. Massage and touch for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (4).

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av handmassage jämfört med ingen massage för personer med demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen (standard-avvikelse)	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Beteendestörning (mätt med Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI), högre värde indikerar mindre aggressivt beteende	34 patienter (1 studie) Effekten mättes direkt efter att interventionen hade getts.	Genomsnittlig förändring 0,88 (4,59) poäng	MD = 7,83 (4,30 till 11,36)		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕◯◯◯	Enliten studie med mycket få deltagare och låg risk för bias. Upprepade mätningar av effekten, som var relativt överrens-stämmande, men med mycket breda konfidensintervall.

Källa: Remington R. Calming music and hand massage with agitated elderly. Nursing Resources 2002;51(5):317-323.

Rad: 44
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Reminiscens

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	**Kan erbjudas i undantagsfall**	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 **9** 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten kan i undantagsfall erbjuda reminiscens till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation

Åtgärden har ingen effekt på kognitiv funktion, men det vetenskapliga stödet är begränsat. Det vetenskapliga stödet för andra viktiga effektmått är otillräckligt. Åtgärden kan dock ge underlag för att kunna individanpassa andra åtgärder, i enlighet med ett personcentrerat arbetssätt.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Reminiscens innebär att återberätta minnen ur den demenssjukes perspektiv. Reminiscens syftar till att stimulera minnet för att stärka identiteten, integriteten och kontinuiteten. Reminiscens kan användas vid gruppträffar eller individuellt och kan utföras på olika sätt. Till exempel kan personalen prata med personen med demenssjukdom om ihågkomna glimtar från livet, och personalen kan exempelvis utgå från foton, musik eller olika teman med gamla saker från tidigare tidsperioder i sina samtal med personerna med demenssjukdom. Det är viktigt att vara medveten om att minnen kan väckas som är känsliga för personen med demenssjukdom och därför behöver personalen ha redskap för att hantera det. Ibland utförs reminiscens av personal utifrån. Det är viktigt att det finns kontinuitet mellan personal och personerna med demenssjukdom för att få bra resultat av åtgärden.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid demenssjukdom har reminiscens har ingen effekt (SMD = 0,27; 95-procentigt konfidensintervall -0,13 till 0,67) på kognitiv funktion jämfört med ingen behandling (begränsat vetenskapligt underlag).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av reminiscens på depression, beteendestörning, ADL-funktion och livskvalitet vid demenssjukdom.

Vilka studier ingår i granskningen?

Underlaget är hämtat från rapporten *Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens*, utgiven av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (NAKS) 2014 [1]. NAKS utgår i sin tur från en systematisk översiktsartikel från 2005 [2]. I denna har man studerat personer med demenssjukdom, vilka bodde hemma eller på institution. Behandlingsgruppen fick reminiscens individuellt eller i grupp i 4–24 veckor och 1–5 gånger i veckan. Varje behandlingstillfälle varade i 30–90 minuter. Kontrollgruppen fick ingen behandling.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas dokumentation om huruvida reminiscens har en effekt på ångest och dygnet-runt-omsorg och på utfall mätt på anhöriga.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Dahm KT, Dalsbø TK, Håvelsrud K, Reinar LM. Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 28−2014. Oslo; 2014.
2. Woods, B, Spector, A, Jones, C, Orrell, M, Davies, S. Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (2):CD001120.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av reminiscens jämfört med ingen behandling för personer med demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Kognitiv funktion	103 patienter (4 studier)		SMD = 0,27 (-0,13 till 0,67)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Flertalet studier hade oklar risk för bias, oklar randomisering. Konsekventa resultat trots olikheter i population, intervention och mätinstrument. Få/små studier.
Depression (mätt med Geriatric Depression Scale (GDS) (0–30), lägre värde indikerar mindre depression)	17 patienter (1 studie)		MD = 1,28 (-0,98 till 3,54)		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕◯◯◯	Låg risk för bias, men endast en liten studie.
Beteendestörning (mätt med Problem Behaviour Rating Scale, lägre värde indikerar mindre beteende-problem)	10 patienter (1 studie)		MD = 2,20 (-11,84 till 16,24)		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕◯◯◯	Låg risk för bias, men endast en mycket liten studie. En annan studie hittades också, men i den användes en annan skala så resultaten kunde inte slås samman.
Livskvalitet (mätt	27 patienter (2		MD = 0,75 (-2,53		Otillräckligt	Låg risk för bias,

med Life Satis-faction Index (LSI), högre värde indikerar bättre livskvalitet)	studier)		till 4,03)		vetenskapligt underlag ⊕○○○	men endast två mycket små studier. En annan studie hittades också, men i den användes en annan skala så resultaten kunde inte slås samman
Daglig funktion (ADL; mätt med Ratings for Assistance Needs (MDS-ADL), högre värde indikerar bättre funktion)	66 patienter (1 studie)		MD = 0,42 (-4,91 till 5,75)		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○	Låg risk för bias, men endast en liten studie.

Källa: Woods, B, Spector, A, Jones, C, Orrell, M, Davies, S. Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (2):CD001120

Rad: 45
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Validation enligt Feil

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	**Kan erbjudas i undantagsfall**	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 **9** 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten kan i undantagsfall erbjuda validation enligt Feil till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Åtgärden har ingen effekt på kognitiv funktion och beteendestörning, men det vetenskapliga stödet är begränsat. Det vetenskapliga stödet för andra viktiga effektmått är otillräckligt.
Kommentar: Andra liknande åtgärder inom validation används i dag inom omsorgen som en del av den personcentrerade vården. Socialstyrelsen har dock endast utvärderat den specifika åtgärden validation enligt Feil.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Validation är att bekräfta och acceptera personen med demenssjukdoms upplevelse av sin verklighet. Med validation menas här den specifika metod som utvecklats av Naomi Feil. Validationsmetoden kan beskrivas som ett sätt att bemöta och genom verbal och icke verbal kommunikation bekräfta känslor som uttrycks hos personer med demenssjukdom. Vårdaren hjälper personen att uttrycka känslor och på så sätt bekräftas personen och dennes värdighet.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid demenssjukdom och beteendestörning har validation enligt Feil jämfört med sedvanlig vård

- ingen effekt (MD = 3,04; 95-procentigt konfidensintervall -1,37 till 7,45) på kognitiv funktion (mätt med MOSES, begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt (MD = 0,53; 95-procentigt konfidensintervall -0,34 till 1,40) på beteendestörning (mätt med CMAI, begränsat vetenskapligt underlag).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av validation enligt Feil på depression och ADL-funktion vid demenssjukdom och beteendestörning.

Vilka studier ingår i granskningen?

Underlaget är hämtat från rapporten *Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens*, utgiven av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (NAKS) 2014 [1]. NAKS utgår i sin tur från en systematisk översiktsartikel från 2003 [2]. I denna ingår tre randomiserade kontrollerade studier, men författarna har inte gjort någon metaanalys. Studiedeltagarna bodde på sjukhem i USA och hade olika grad av demenssjukdom och eventuellt beteendestörning. Åtgärden, validation i enlighet med det ramverk som har utarbetats av Feil [3, 4], gavs i 6–52 veckor och 1–6 gånger per vecka. Kontrollgruppen fick standardbehandling.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas dokumentation om huruvida validation enligt Feil har effekt på ångest, livskvalitet och dygnet-runt-omsorg och på utfall mätt på anhöriga.

Hälsoekonomiskt underlag

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Dahm KT, Dalsbø TK, Håvelsrud K, Reinar LM. Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 28−2014. Oslo; 2014.
2. Neal, M, Barton Wright, P. Validation therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (3):Cd001394.
3. Feil N. Validation The Feil Method. How to help the disorientated old-old. Cleveland: Feil Productions; 1982.
4. Feil N. The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia". Baltimore: Health Promotion Press 1993.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av validering enligt Feil jämfört med standardbehandling för personer med demenssjukdom och beteendestörning

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Kognitiv funktion (mätt med Multi dimension Observation Scale for Elderly (MOSES), lägre värde indikerar mindre desorientering)	45 patienter (1 studie)		MD = 3,04 (-1,37 till 7,45)		Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Få/små studier med oklar risk för bias. Inget sammanvägt effektmått redovisas i den granskade översikten så data från en av studierna presenteras.
Depression (mätt med MOSES)	45 patienter (1 studie)		MD = -0,85 (-4,31 till 2,61)		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⨁◯◯◯	Få/små studier med oklar risk för bias. Inget sammanvägt effektmått redovisas i den granskade översikten så data från en av studierna presenteras.
Beteendestörning (mätt med Cohen Manfield Agitation Inventory (CMAI), lägre värde indikerar mindre	45 patienter (1 studie)		MD = 0,53 (-0,34 till 1,40)		Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Få/små studier med oklar risk för bias. Inget sammanvägt effektmått

aggressivt beteende)						redovisas i den granskade översikten så data från en av studierna presenteras.
Daglig funktion (ADL; mätt som self-care functioning (MOSES), lägre värde indikerar mindre behov av hjälp)	45 patienter (1 studie)		MD = -1,09 (-4,00 till 1,82)		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⨁◯◯◯	Få/små studier med oklar risk för bias. Inget sammanvägt effektmått redovisas i den granskade översikten så data från en av studierna presenteras.

Källa: Toseland RW, Diehl M, Freeman K, Manzanares T, Naleppa M, McCallion P. The Impact of Validation Group Therapy on Nursing Home Residents with Dementia. Journal of Applied Gerontology 1997;16(1):31-50.

Rad: 48
Tillstånd: Demenssjukdom, måttlig till svår
Åtgärd: Djur i vården inom särskilt boende

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 **7**	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten kan erbjuda djur i vården inom särskilt boende till personer med måttlig till svår demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Det vetenskapliga stödet för åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden ha effekt på sociala, psykologiska och fysiska förmågor och upplevd livskvalitet, samtidigt som det enligt ett personcentrerat arbetssätt är viktigt att kunna erbjuda ett brett utbud av vård- och omsorgsinsatser.
Kommentar: Beakta rädsla/fobier och eventuella allergier.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor. Svår demenssjukdom betecknar det skede när personen behöver ständig tillsyn och hjälp med det mesta.

Det finns flera varianter av arbete med djur i vården. De enklare varianterna kallas ofta djurassisterade aktiviteter (från engelskans animal assisted activities). Dessa går ut på att man har med ett djur som kan underlätta vårdsituationen för patienten. Djuret ska här ge stimulans och aktivera, till exempel till promenader. En annan variant är djurassisterad terapi (från engelskans animal assisted therapy). Det är en målinriktad insats där djuret är en integrerad del i vård- och behandlingsprocessen och där insatsen tillhandahålls av särskilt tränade experter.

Ett exempel på djur i vården inom särskilt boende är vårdhundar. Ett vårdhundsprogram behöver innehålla upprepade individuella sessioner, eventuellt schemalagda och i kombination med gruppaktiviteter, med en för syftet tränad hund med förare. Åtgärden kan fungera som en social aktivitet, målinriktad träning eller behandling.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med måttlig till svår demenssjukdom kan strukturerade program för användning av djur i vården i behandlande syfte bidra till förbättrade sociala, psykologiska och fysiska förmågor och förbättrad upplevd livskvalitet jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt (SÖ) [1], tre randomiserade kontrollerade studier (RCT) [2-4] och en kvasiexperimentell studie [5]. Metodologiska brister var den främsta orsaken till att utesluta studier efter fulltextläsning (en SÖ, två RCT och den kvasiexperimentella studien). Bristerna utgjordes till exempel av ett litet antal deltagare i studierna, kort interventionstid eller avsaknad av jämförelsegrupp.

En RCT med syfte att undersöka effekten av 12 veckors djurassisterad terapi på depression, agitation och livskvalitet bedömdes svara på den aktuella frågeställningen [3]. I studien ingick 58 personer med demenssjukdom och kognitiv nedsättning. Interventionsgruppen bestod av 28 personer som i grupper om 3–7 personer deltog i 30 minuters hundhandledarledda sessioner två gånger i veckan i 12 veckor. Under sessionen fick de leka med, klappa, mata och apportera med hunden. Hunden övervakades av en för uppgiften tränad handledare. Kontrollgruppen (n = 30) fick sedvanlig vård, det vill säga diverse gruppaktiviteter såsom reminiscens, musikterapi, sinnesträdgård, sångstunder, träning, matlagning och handarbete. Interventionen innebär ett arbetssätt med djur i vården som förekommer inom demensvård i Sverige. Det fanns risk för bedömningsbias då rekrytering av deltagare för studien valdes utifrån om de var positiva till aktiviteten. De som utförde mätningarna var heller inte blindade och resultatet kommer från endast en studie med få deltagare, varför det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt.

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studien tar endast upp ekipage där såväl hund som förare har tränats för uppgiften. Effekter av hundar som tillhör personalen eller de äldre respektive effekter av katter eller andra djur undersöks inte.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom kan strukturerade program för användning av djur i vården i behandlande syfte bidra till förbättrade sociala, psykologiska och fysiska förmågor samt förbättrad upplevd livskvalitet jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (38 av 38 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 38 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden.”
Svar:

- Ja: 17 procent (6 av 36 deltagare)
- Nej: 83 procent (30 av 36 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Perkins, J, Bartlett, H, Travers, C, Rand, J. Dog-assisted therapy for older people with dementia: a review. Australasian journal on ageing. 2008; 27(4):177-82.
2. Travers, C, Perkins, J, Rand, J, Bartlett, H, Morton, J. An evaluation of dog-assisted therapy for residents of aged care facilities with dementia. Anthrozoos. 2013; 26(2):213-25.
3. Olsen, C, Pedersen, I, Bergland, A, Enders-Slegers, MJ, Patil, G, Ihlebaek, C. Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. International journal of geriatric psychiatry. 2016; 31(12):1312-21.
4. Friedmann, E, Galik, E, Thomas, SA, Hall, PS, Chung, SY, McCune, S. Evaluation of a pet-assisted living intervention for improving functional status in assisted living residents with mild to moderate cognitive impairment: a pilot study. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2015; 30(3):276-89.
5. Richeson, NE. Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2003; 18(6):353-8.

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2017-03-02
Ämne: NR Demens Rad 48
Djur i vården inom särskilt boende

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Dementia"[Mesh] OR "Cognitive Dysfunction/therapy"[Mesh] OR "Cognition Disorders"[Mesh] OR "Memory Disorders"[Mesh] OR	288122

		cognitive impairment*[tiab] OR dementia*[tiab] OR alzheimer*[tiab] OR cognitive disorder*[tiab] OR cognitive deficit*[tiab] OR cognitive dysfunction*[tiab] OR cognition disorder*[tiab]	
2.	Mesh/FT	"Animal Assisted Therapy"[Mesh] OR "Bonding, Human-Pet"[Mesh] OR animal-assisted[tiab] OR pet-assisted[tiab] OR pet-facilitated[tiab] OR animal-facilitated[tiab] OR human-pet bonding[tiab] OR therapy dog*[tiab] OR dog-assisted[tiab]	2037
3.		1 AND 2	67
4.	Mesh/FT	"Pets"[Mesh] OR "Dogs"[Mesh] OR "Cats"[Mesh] OR "Poultry"[Mesh:NoExp] OR "Chickens"[Mesh] OR pets[tiab] OR dog[tiab] OR dogs[tiab] OR cat[tiab] OR cats[tiab] OR poultry*[tiab] OR chicken*[tiab] OR hen[tiab] OR hens[tiab] OR caged bird*[tiab] OR aquarium*[tiab]	648569
5.	Mesh	"Residential Facilities"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Housing for the Elderly"[Mesh] OR "Activities of Daily Living"[Mesh] OR "Long-Term Care"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh]	287006
6.	FT	nursing home*[tiab] OR homes for elderly[tiab] OR homes for the aged[tiab] OR housing for elderly[tiab] OR institutional care[tiab] OR institutional living[tiab] OR assisted living[tiab] OR residential[tiab] OR residents[tiab] OR daily living[tiab] OR dementia unit*[tiab] OR elderly care[tiab] OR group home*[tiab] OR home care[tiab] OR long-term care[tiab] OR quality of life[tiab] OR community dwelling[tiab] OR everyday activit*[tiab]	374196
7.		7 OR 8	508150
8.		1 AND 4 AND 7	90
9.		3 OR 8	125
10.		9 AND Systematic Review	**5**
11.		9 AND Randomized Controlled Trials English	**12**
12.		9 AND random*[tiab] NOT Medline[sb]	**4**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly
SB = PubMeds filter
för systematiska översikter (systematic[sb])
för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: Cochrane library **Databasleverantör:** Wiley InterScience **Datum:** 2017-03-02
Ämne: NR Demens Rad 48
Djur i vården inom särskilt boende

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MeSH	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees	4500
2.	FT/TI, AB, KW	"cognitive impairment*" or dementia* or Alzheimer* or "cognitive disorder*" or "cognitive deficit*" or "cognitive dysfunction*" or "cognition disorder*":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	16385
3.	FT/all text	"cognitive impairment*" or dementia* or Alzheimer* or "cognitive disorder*" or "cognitive deficit*" or "cognitive dysfunction*" or "cognition disorder*" in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	977
4.		1-3 OR	16807
5.	Mesh	MeSH descriptor: [Animal Assisted Therapy] explode all trees	45
6.	FT/TI, AB, KW	MeSH descriptor: [Bonding, Human-Pet] explode all trees	22
7.	FT/all text	"animal-assisted" OR "pet-assisted" OR "pet-facilitated" OR "animal-facilitated" OR "human-pet bonding" OR "therapy dog*" OR "dog-assisted"	
8.	FT/TI; AB; KW	"animal-assisted" or "pet-assisted" or "pet-facilitated" or "animal-facilitated" or "human-pet bonding" or "therapy dog*" or "dog-assisted":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	102
9.	FT/all text	"animal-assisted" or "pet-assisted" or "pet-facilitated" or "animal-facilitated" or "human-pet bonding" or "therapy dog*" or "dog-assisted" in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	10
10.		5-9 OR	147
11.	FT/TI; AB; KW	pets or dog or dogs or cats or poultry* or chicken* or hen or hens or "caged bird*" or aquarium*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	6760
12.	FT/all text	pets or dog or dogs or cats or poultry* or chicken* or hen or hens or "caged bird*" or aquarium* in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	723
13.		11 OR 12	7155
14.	FT/TI; AB; KW	"nursing home*" or "homes for elderly" or "homes for the aged" or "housing for elderly" or institutionalized or "institutional care" or "institutional living" or "assisted living" or "long-term care" or residential or residents or "daily living" or "dementia unit*" or "elderly care" or "group home*" or "home care" or "long-term care" or "quality of life" or "community dwelling" or "everyday activit*":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	70421
15.		4 AND 10	**19** **DARE 1** **CENTRAL 17** **HTA 1**
16.		4 AND 13 AND 14	**48** **DARE 2** **CENTRAL 46**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)
Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords
**)
CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews
DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects
HTA = Health Technology Assessment Database
Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Rad: 49
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Möjlighet till utomhusvistelse

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten bör erbjuda möjlighet till utomhusvistelse till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Åtgärden uppfyller grundläggande behov som personen med demenssjukdom har svårt att själv uppfylla utan stöd.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Personer med demenssjukdom, både de i ordinärt boende och de i särskilt boende, har samma behov som andra av att vara en del av samhället och möta andra i sin närmiljö. Att röra sig eller vistas ute kan dessutom ge möjlighet till att upprätthålla rörelseförmågan och muskelstyrkan och stimulera sinnena. I enlighet med ett personcentrerat förhållningssätt är det viktigt att utomhusvistelsen struktureras och anpassas till den enskilda personen med demenssjukdom och sker på ett tryggt och säkert sätt.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar regelbunden utomhusvistelse till normaliserad dygnsrytm, förbättrad livskvalitet, mindre och färre BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) och förbättrad funktion jämfört med sedvanlig vård (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med måttlig till svår demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar regelbunden utomhusvistelse till normaliserad dygnsrytm jämfört med sedvanlig vård.”
Svar:

- Ja: 96 procent (46 av 48 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 4 procent (2 av 48 deltagare).

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar regelbunden utomhusvistelse till förbättrad livskvalitet jämfört med sedvanlig vård.”
Svar:

- Ja: 100 procent (52 av 52 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 52 deltagare).

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar regelbunden utomhusvistelse till mindre och färre BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) jämfört med sedvanlig vård.”
Svar:

- Ja: 96 procent (44 av 46 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 4 procent (2 av 46 deltagare).

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar regelbunden utomhusvistelse till förbättrad funktion jämfört med sedvanlig vård.”
Svar:

- Ja: 94 procent (47 av 50 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 6 procent (3 av 50 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med måttlig till svår demenssjukdom som får åtgärden.”
Svar:

- Ja: 8 procent (4 av 48 deltagare)
- Nej: 92 procent (44 av 48 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad: 50
Tillstånd: Demenssjukdom, mild till måttlig
Åtgärd: Kognitiv träning

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	**Kan erbjudas i undantagsfall**	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 **10**	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan i undantagsfall erbjuda kognitiv träning till personer med mild till måttlig demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Det vetenskapliga underlaget är begränsat men tyder på att åtgärden inte har någon effekt.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Mild demenssjukdom betecknar ett tidigt skede när personen kan klara vardagen utan stora insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor.

Kognitiv träning utgörs av standardiserade, regelbundna övningar under längre tid för att träna kognitiva funktioner såsom minne, språk, uppmärksamhet och problemlösning. Svårighetsgraden anpassas till den kognitiva funktionsnivån. Kognitiv träning kan ske individuellt eller i grupp.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid demenssjukdom ger

- kognitiv träning ingen effekt (SMD = 0,10; 95-procentigt konfidensintervall -0,21 till 0,40) på kognitiv funktion, jämfört med uppföljning enligt sedvanlig vård (begränsat vetenskapligt underlag)
- kognitiv träning ingen effekt (SMD = 0; 95-procentigt konfidensintervall −0,38 till 0,38) på daglig funktion, jämfört med uppföljning enligt sedvanlig vård (begränsat vetenskapligt underlag)

- kognitiv träning ingen effekt (MD = -1,16; 95-procentigt konfidensintervall -9,67 till 7,34) på anhörigas upplevda belastning, jämfört med uppföljning enligt sedvanlig vård (begränsat vetenskapligt underlag)
- kognitiv rehabilitering ingen effekt (SMD = -0,24; 95-procentigt konfidensintervall -0,86 till 0,37) på depression, jämfört med uppföljning enligt sedvanlig vård (begränsat vetenskapligt underlag).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av kognitiv rehabilitering på depression hos anhöriga vid demenssjukdom.

Vilka studier ingår i granskningen?

Underlaget är hämtat från rapporten *Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens*, utgiven av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (NAKS) 2014 [1]. NAKS utgår i sin tur från en systematisk översiktsartikel [2] från 2013 som innehåller 11 randomiserade kontrollerade studier. I dessa har man studerat (huvudsakligen hemmaboende) personer med mild till måttlig demenssjukdom som fått åtgärden (kognitiv träning och rehabilitering) individuellt eller i grupp i 4–24 veckor. Effekten mättes direkt efter att interventionen avslutats. Åtgärden gavs två till fem gånger i veckan med en varaktighet på 30–60 minuter. Kontrollgruppen fick olika psykologiska insatser eller uppföljning enligt sedvanlig vård.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas dokumentation om huruvida kognitiv träning och rehabilitering har effekt på ångest, beteendestörning, livskvalitet och dygnet-runt-omsorg.

Hälsoekonomiskt underlag

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Dahm KT, Dalsbø TK, Håvelsrud K, Reinar LM. Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 28−2014. Oslo; 2014.
2. Bahar-Fuchs, A, Clare, L, Woods, B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 6:CD003260.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av kognitiv träning och rehabilitering jämfört med uppföljning enligt sedvanlig vård för personer med demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Kognitiv funktion Mätt som global kognition (högre värde indikerar bättre kognition)	173 patienter (6 studier)		SMD = 0,10 (-0,21 till 0,40)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	*Kognitiv träning* Flertalet studier hade en låg risk för bias, men vissa oklarheter kring randomisering och blindning av deltagare. Möjlig risk för publikat-ionsbias. Resultaten var överensstämmande trots olikheter i population, intervention och mätinstrument. Få deltagare och få studier. Ofullständig rapportering av data.
Depression	41 patienter (1 studie)		SMD = -0,24 (-0,86 till 0,37)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	*Kognitiv rehabilitering* En studie med låg risk för bias, få deltagare och

						oprecisa resultat.
Daglig funktion (ADL; högre värde indikerar bättre funktion)	107 patienter (4 studier)		SMD = 0 (-0,38 till 0,38)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	*Kognitiv träning* Flertalet studier hade en låg risk för bias, men vissa oklarheter kring randomisering och blindning av deltagare. Möjlig risk för publikat-ionsbias. Resultaten var överensstämmande trots olikheter i population, intervention och mätinstrument. Få deltagare och få studier. Ofullständig rapportering av data.
Anhörigas upplevda belastning	80 patienter (2 studier)		MD = -1,16 (-9,67 till 7,34)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	*Kognitiv träning* Flertalet studier hade en låg risk för bias, men vissa oklarheter kring randomisering och blindning av deltagare. Möjlig risk för publikat-ionsbias. Resultaten var överensstämmande trots olikheter i population, intervention och mätinstrument. Få

						deltagare och få studier. Ofullständig rapportering av data.
Anhörigas depression (mätt med HADS)	18 patienter (1 studie)				Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕◯◯◯	*Kognitiv rehabilitering* En liten studie med stort bortfall.

Källa: Bahar-Fuchs, A, Clare, L, Woods, B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 6:CD003260

Rad: 77
Tillstånd: Demenssjukdom, beteendemässiga och psykiska symtom och sömnstörningar
Åtgärd: Tyngdtäcke

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 **7**	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan erbjuda tyngdtäcke till personer med demenssjukdom, beteendemässiga och psykiska symtom och sömnstörningar.

Motivering till rekommendation
Enligt beprövad erfarenhet har åtgärden en positiv effekt hos vissa individer och är därför en alternativ åtgärd bland flera för personer med demenssjukdom.
Kommentar: Åtgärden innebär individuell förskrivning av hjälpmedel.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Vid demenssjukdom kan en rad olika sekundära symtom uppträda. De brukar sammanföras under begreppet ”beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom” (BPSD). BPSD kan uppträda under hela sjukdomsförloppet. Tillstånden som symtomen orsakas av är vanligtvis övergående och samma person kan ha flera olika tillstånd under sin sjukdomstid. Symtomen anses numera främst bero på den demenssjukes oförmåga att korrekt bearbeta information, vilket leder till feltolkningar som i sin tur kan utvecklas till exempelvis hallucinationer, vanföreställningar och aggressivitet. BPSD är mycket plågsamma för den som drabbas liksom för anhöriga. I dag ska dessa tillstånd först och främst behandlas genom att man försöker tolka symtomen för att finna lämpliga omvårdnadsstrategier, i andra hand och undantagsvis med farmakologisk terapi.

Sömnstörningar är vanliga vid demenssjukdom. Dessa kan utgöras av svårigheter att somna eller leda till att personen är vaken på natten och sover på dagen.

Tyngdtäcken (bolltäcke eller kedjetäcke) är till för att lindra oro och sömnsvårigheter. Täcket har insydda bollar eller kedjor, vilket kan upplevas såväl

rogivande, eftersom tyngden stimulerar centrala nervsystemet, som avstressande, eftersom det ger taktil stimulans för kroppen. Tyngdtäcken kan även upplevas ge en trygghetskänsla eftersom de tydliggör kroppens gränser.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och sömnstörningar bidrar bolltäcke till förbättrad sömn, förbättrad livskvalitet, minskad läkemedelsanvändning och minskade BPSD, jämfört med om de fått en annan eller ingen åtgärd (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: För personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och sömnstörningar bidrar bolltäcke till förbättrad sömn, jämfört med om de fått annan eller ingen åtgärd.
Svar:

- Ja: 92 procent (23 av 25 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 8 procent (2 av 25 deltagare).

Påstående: För personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och sömnstörningar bidrar bolltäcke till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de fått annan eller ingen åtgärd.
Svar:

- Ja: 90 procent (19 av 21 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 10 procent (2 av 21 deltagare).

Påstående: För personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och sömnstörningar bidrar bolltäcke till minskad läkemedelsanvändning, jämfört med om de fått annan eller ingen åtgärd.

Svar:

- Ja: 91 procent (20 av 22 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 9 procent (2 av 22 deltagare).

Påstående: För personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och sömnstörningar bidrar bolltäcke till minskade BPSD, jämfört med om de fått annan eller ingen åtgärd.
Svar:

- Ja: 87 procent (21 av 24 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 13 procent (3 av 24 deltagare).

Påstående: Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom som får åtgärden.
Svar:

- Ja: 14 procent (3 av 22 deltagare)
- Nej: 86 procent (19 av 22 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad: 90
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Kognitiv stimulering

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 **6** 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten kan erbjuda kognitiv stimulering till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Åtgärden har viss effekt på viktiga utfallsmått, till exempel livskvalitet.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Metoden kognitiv stimulering omfattar ett brett spektrum av aktiviteter som syftar till att stimulera flera kognitiva funktioner och social interaktion. Exempel på aktiviteter är diskussioner om tidigare och aktuella händelser, ordassociering, benämning av personer och saker, spel, musik och praktiska aktiviteter, till exempel bakning. Vanligtvis träffas man i grupper om cirka 5–7 personer ett par gånger i veckan under ledning av en professionell terapeut eller en vårdgivare som har utbildats i metoden.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid demenssjukdom ger kognitiv stimulering jämfört med uppföljning enligt sedvanlig vård

- en förbättring i kognitiv funktion (SMD = 0,41; 95-procentigt konfidensintervall 0,25 till 0,57) och livskvalitet (SMD = 0,38; 95-procentigt konfidensintervall 0,11 till 0,65) (måttligt starkt vetenskapligt underlag); skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt signifikant vid uppföljningen efter tre månader
- ingen effekt på depression (SMD = 0,01; 95-procentigt konfidensintervall -0,28 till 0,30) (begränsat vetenskapligt underlag)

- ingen effekt på beteendestörningar (SMD = -0,14; 95-procentigt konfidensintervall -0,44 till 0,17) (begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på ADL-funktion (SMD = 0,21; 95-procentigt konfidensintervall -0,05 till 0,47) (begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på anhörigas upplevda belastning (SMD = -0,03; 95-procentigt konfidensintervall (-0,35 till 0,29) (begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på anhörigas depression (SMD = 0,04; 95-procentigt konfidensintervall -0,28 till 0,36) (begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på anhörigas ångest (SMD = 0,11; 95-procentigt konfidensintervall -0,21 till 0,44) (begränsat vetenskapligt underlag).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av kognitiv stimulering på ångest hos personer med demenssjukdom.

Vilka studier ingår i granskningen?

Underlaget är hämtat från rapporten *Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens*, utgiven av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (NAKS) 2014 [1]. NAKS utgår i sin tur från en systematisk översiktsartikel från 2012 [2]. I denna har man studerat hemmaboende och instutionsboende personer med demenssjukdom som fått kognitiv stimulering i små grupper (vanligtvis 5–7 personer) i allt från fyra veckor till ett år, och längden på varje session varierade från 30 till 90 minuter (genomsnittlig längd 45 minuter). Kontrollgruppen fick uppföljning enligt sedvanlig vård. Effekten mättes direkt efter att interventionen avslutats.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas dokumentation om huruvida kognitiv stimulering har effekt på dygnet-runt-omsorg.

Hälsoekonomiskt underlag

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Dahm KT, Dalsbø TK, Håvelsrud K, Reinar LM. Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 28−2014. Oslo; 2014.
2. Woods, B, Aguirre, E, Spector, AE, Orrell, M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 2:CD005562.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av kognitiv stimulering jämfört med uppföljning enligt sedvanlig vård för personer med demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Kognitiv funktion (mätt med Mini Mental State Examination (MMSE), Alzheimer's Disease Assessment Scale - Cognitive (ADAS Cog), högre värde indikerar bättre kognition)	658 patienter (14 studier) 4–52 veckor		SMD = 0,41 (0,25 till 0,57)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⨁⨁⨁◯	Hög risk för bias: Flertalet studier hade låg risk för bias, men vissa oklarheter med randomisering och blindning av deltagare. Resultaten överensstämde trots olikheter i population, intervention och mätinstrument.
Livskvalitet (mätt med Life Satisfaction Index (LSI), Quality of Life in Alzheimer´s disease (QoLAD), högre värde indikerar bättre livskvalitet)	219 patienter (4 studier) 4–26 veckor		SMD = 0,38 (0,11 till 0,65)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⨁⨁⨁◯	Hög risk för bias: Flertalet studier hade låg risk för bias, men vissa oklarheter med randomisering och blindning av deltagare. Resultaten överensstämde trots olikheter i population, intervention och mätinstrument.
Depression (lägre	194 patienter		SMD = 0,01		Begränsat	Risk för bias pga.

värde indikerar mindre depression)	(2 studier)		(-0,28 till 0,30)		vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	vissa oklarheter med randomise-ring och blindning. Endast 2 studier.
Beteendestörningar (lägre värde indikerar mindre beteendestörningar)	166 patienter (3 studier)		SMD = -0,14 (-0,44 till 0,17)		Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Flertalet studier hade låg risk för bias, men vissa oklarheter med randomisering och blindande av deltagare. Få eller små studier.
ADL-funktion (större värde indikerar bättre funktion)	260 patienter (4 studier)		SMD = 0,21 (-0,05 till 0,47)		Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Flertalet studier hade låg risk för bias, men vissa oklarheter med randomisering och blindande av deltagare. Få eller små studier.
Ångest (lägre värde indikerar mindre ångest)	26 patienter (1 studie)		SMD = 0,38 (-0,40 till 1,16)		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⨁◯◯◯	Risk för bias pga. vissa oklarheter med randomise-ring och blindning. Endast 1 studie.
Anhörigas upplevda belastning (lägre värde indikerar mindre belastning)	145 patienter (2 studier)		SMD = -0,03 (-0,35 till 0,29		Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Risk för bias pga. vissa oklarheter med randomise-ring och blindning. Endast 2 studier.
Anhörigas depression (lägre värde indikerar mindre depression)	146 patienter (2 studier)		SMD = 0,04 (-0,28 till 0,36)		Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Risk för bias pga. vissa oklarheter med randomise-ring och blindning. Endast 2 studier.
Anhörigas ångest (lägre värde	150 patienter (2 studier)		SMD = 0,11 (-0,21 till 0,44)		Begränsat vetenskapligt	Flertalet studier hade låg risk för bias, men vissa

indikerar mindre ångest)					underlag ⊕⊕○○	oklarheter med randomisering och blindande av deltagare. Få eller små studier.

Källa: Woods, B, Aguirre, E, Spector, AE, Orrell, M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 2:CD005562.

Rad: 51
Tillstånd: Demenssjukdom, mild till måttlig
Åtgärd: Dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten bör erbjuda dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom till personer med mild till måttlig demenssjukdom.

Motivering till rekommendation

Beprövad erfarenhet talar för positiv effekt av åtgärden. Åtgärden bidrar till bibehållna funktioner genom en meningsfull vardag. Åtgärden är också en viktig del av den personcentrerade vården och omsorgen och kan förbättra de anhörigas situation.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Mild demenssjukdom betecknar ett tidigt skede när personen kan klara vardagen utan stora insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor.

Majoriteten av personer med mild till måttlig demenssjukdom bor i eget boende, antingen tillsammans med anhöriga eller ensamboende. Dagverksamheter, som stödform, vänder sig till hemmaboende personer. Syftet med dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom är att erbjuda dessa personer gemenskap och aktivering för att ge dem ökad livskvalitet och möjlighet att bo kvar i sitt hem och samtidigt erbjuda anhöriga en tillfällig avlösning. Stödformen *avlösning för anhöriga till person med demenssjukdom* behandlas vidare under åtgärden *Avlösning exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet*.

Aktiviteter i dagverksamheten bör vara utformade så att de bidrar till att stimulera fysisk aktivitet och bibehålla funktionsförmågor som krävs för att klara det dagliga livets normalt förekommande aktiviteter. Verksamheten kan också bidra till social samvaro, struktur och meningsfullt innehåll i dagen, till exempel genom att personen med stöd av vård- och omsorgspersonal får

utföra sysselsättningar och delta i kulturella evenemang som varit och är av betydelse för honom eller henne.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med mild till måttlig demenssjukdom bidrar dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom till bättre livskvalitet, funktionsnivåer och förmågor och minskad vårdkonsumtion, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med mild till måttlig demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt (SÖ) och en kvasiexperimentell studie. Den systematiska översikten [1] hade som syfte att undersöka effekten av olika typer av avlösningsvård inklusive dagvård på förekomst av BPSD, anhörigas upplevda belastning, inflyttning till boende och utnyttjande av vårdresurser. I översikten ingår 17 studier (3 RCT, 7 icke-randomiserade kontrollerade studier, 7 pre-posttest-studier utan kontrollgrupp) med sammanlagt 3 850 deltagare. De flesta av de ingående studierna (14/17) hade hög eller medelhög kvalitet enligt det kvalitetsbedömningsinstrument som använts i översikten. I 12/17 studier var interventionen dagverksamhet men i några av dessa erbjöds den i kombination med andra typer av avlösning. Deltagarna i några studier (4/12) var heller inte enbart personer med demenssjukdom. Detta gör det svårt att utifrån de ingående studierna dra slutsatser om dagvårdens betydelse för personer med demenssjukdom.

I granskningen ingår också en kvasiexperimentell studie [2] med syfte att undersöka effekten av dagvård för personer med demenssjukdom, med fokus på anhörigas upplevda belastning. I studien ingick 324 personer med demenssjukdom. Interventionsgruppen fick dagvård i minst åtta timmar per vecka och kontrollgruppen fick ingen dagvård. Studien var av medelhög kvalitet, men det fanns en risk för bias då alla deltagarna i studien var positiva till insatsen dagvård. Det fanns också ett betydande bortfall mellan testtillfällena och en obalans i bortfall mellan kontrollgrupp och interventionsgrupp. Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt.

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

–

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med mild till måttlig demenssjukdom bidrar dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (48 av 48 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 48 deltagare).

Påstående: ”För personer med mild till måttlig demenssjukdom bidrar dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom till förbättrade funktionsnivåer och förmågor, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 83 procent (38 av 46 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 17 procent (8 av 46 deltagare).

Påstående: ”För personer med mild till måttlig demenssjukdom bidrar dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom till minskad vårdkonsumtion, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 89 procent (40 av 45 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 11 procent (5 av 45 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för personer med mild till måttlig demenssjukdom som får åtgärden.”
Svar:

- Ja: 9 procent (4 av 47 deltagare)
- Nej: 91 procent (43 av 47 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten av dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Underlaget redovisar en enkel kostnadsberäkning för svenska förhållanden för dagverksamhet med olika omfattning. Beroende på grad av deltagande i dagverksamhet för en person med demenssjukdom varierar den kostnaden: Exempelvis beräknas kostnaden för dagverksamhet en gång i veckan i 20 veckor till 24 900 kronor per år medan dagverksamhet fem dagar i veckan i 40 veckor motsvarar 248 995 kronor per år i huvudanalysen.

Referenser

1. Vandepitte, S, Van Den Noortgate, N, Putman, K, Verhaeghe, S, Verdonck, C, Annemans, L. Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: a systematic review. International journal of geriatric psychiatry. 2016; 31(12):1277-88.
2. Zarit, SH, Stephens, MA, Townsend, A, Greene, R. Stress reduction for family caregivers: effects of adult day care use. The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences. 1998; 53(5):S267-77.

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2017-02-27
Ämne: NR Demens Rad 51,52
Dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom
Dagverksamhet anpassad för yngre personer med demenssjukdom

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Dementia"[Mesh] OR "Cognitive Dysfunction"[Mesh] OR "Cognition Disorders"[Mesh] OR "Memory Disorders"[Mesh] OR cognitive impairment*[tiab] OR dementia*[tiab] OR alzheimer*[tiab] OR memory[tiab] OR cognitive disorder*[tiab] OR cognitive deficit*[tiab] OR cognitive dysfunction*[tiab] OR cognition disorder*[tiab]	434385
2.	Mesh/FT	"Adult Day Care Centers"[Mesh] OR "Day Care, Medical"[Mesh] OR day care[tiab] OR day service*[tiab] OR day center*[tiab] OR daytime activit*[tiab] OR out-of-home service*[tiab] OR adapted care[tiab]	11247
3.		1 AND 2	838
4.		3 AND Filters: Systematic Reviews	**19**
5.		3 AND Filters: Randomized Controlled Trial, English	**31**
6.		3 AND random*[tiab] NOT Medline[sb]	**8**
7.	Mesh/FT	"Dementia"[Majr] OR dementia*[tiab] OR Alzheimer*[tiab]	190699
8.	Mesh/FT	"Adult Day Care Centers"[Majr] OR "Day Care, Medical"[Majr] OR (day care[tiab] OR day service*[tiab] OR day center*[tiab] OR daytime activit*[tiab] OR out-of-home service*[tiab] OR adapted care[tiab]) NOT Medline[sb]	711
9.		7 AND 8, English	**60**
10.	FT	Young onset[tiab] OR younger onset[tiab] OR early onset[tiab]	30684
11.		7 AND 10	3403
12.		2 AND 11	**9**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly

SB = PubMeds filter
för systematiska översikter (systematic[sb])
för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: Cochrane library **Databasleverantör:** Wiley InterScience **Datum:** 2017-03-07
Ämne: NR Demens Rad 51,52
Dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom
Dagverksamhet anpassad för yngre personer med demenssjukdom

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MeSH	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees	4500
2.	FT/TI, AB, KW	dementia* or Alzheimer*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	11146
3.	FT/all text	dementia* or Alzheimer* in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	755
4.		1-3 OR	11546
5.	Mesh	MeSH descriptor: [Adult Day Care Centers] explode all trees	1
6.	Mesh	MeSH descriptor: [Day Care, Medical] explode all trees	295
7.	FT/TI; AB; KW	"day care" or "day service*" or "day center*":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1136
8.	FT/all text	"day care" or "day service*" or "day center*" in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	68
9.		5-8 OR	1168
10.		4 AND 9	65 **DARE 8** **CENTRAL 53**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)
Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords
**)
CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews
DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects
HTA = Health Technology Assessment Database
Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: CINAHL, AgeLine, PsycInfo **Databasleverantör:** EBSCO **Datum:** 2017-03-07
Ämne: NR Demens Rad 51,52
Dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom
Dagverksamhet anpassad för yngre personer med demenssjukdom

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT/TI, AB, SU	TI (dementia* or Alzheimer*) OR AB (dementia* or Alzheimer*) OR SU (dementia* or Alzheimer*)	152879

2.	FT/TI, AB, SU	TI ("day care" or "day service*" or "day center*" or "daytime activit*" OR "out-of-home service*" OR "adapted care") OR AB ("day care" or "day service*" or "day center*") OR SO ("day care" or "day service*" or "day center*")	8338
3.		1 AND 2	1348
4.		3 AND meta-analysis, systematic reviews	**5**
5.		3 AND random*	**88**
6.	FT/TI, AB	TI ("Young onset" OR "younger onset" OR "early onset" OR "younger people") OR AB ("Young onset" OR "younger onset" OR "early onset" OR "younger people")	12950
7.		3 AND 6	**6**
8.			

*)
DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)
FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"
FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract
ZC = Methodology
+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Rad: 52
Tillstånd: Demenssjukdom, yngre person
Åtgärd: Dagverksamhet anpassad för yngre personer med demenssjukdom

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten bör erbjuda dagverksamhet som är anpassad för yngre personer med demenssjukdom till yngre personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Beprövad erfarenhet talar för positiv effekt av åtgärden. Åtgärden bidrar till bibehållna funktioner genom en meningsfull vardag. Åtgärden är också en viktig del av den personcentrerade vården och omsorgen och kan förbättra de anhörigas situation.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas. Debuterar demenssjukdomen före 65 års ålder kallas det för demenssjukdom hos yngre eller tidigt debuterande demenssjukdom.

Tidpunkten för demenssjukdomens debut har stor betydelse både för den enskilde personen och för de anhöriga. Arbetslivet och den sociala samvaron påverkas på många sätt. Om demenssjukdomen kommer tidigare under livsloppet kan det innebära att personen med demens till exempel har minderåriga barn. Personen med demenssjukdom måste också många gånger avsluta sitt arbetsliv i förtid. Stödinsatser måste anpassas till dessa speciella utmaningar.

Syftet med dagverksamhet som är anpassad för yngre personer med demenssjukdom är att erbjuda dessa personer gemenskap och aktivering för att ge dem ökad livskvalitet och möjlighet att bo kvar i sitt hem och samtidigt erbjuda anhöriga en tillfällig avlösning. Stödformen *avlösning för anhöriga till person med demenssjukdom* behandlas vidare under åtgärden *Avlösning exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet*.

Aktiviteter i dagverksamheten bör vara utformade så att de bidrar till att stimulera fysisk aktivitet och bibehålla funktionsförmågor som krävs för att klara det dagliga livets normalt förekommande aktiviteter. Verksamheten kan också bidra till social samvaro, struktur och meningsfullt innehåll i dagen, till

exempel genom att personen med stöd av vård- och omsorgspersonal får utföra sysselsättningar och delta i kulturella evenemang som varit och är av betydelse för honom eller henne.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För yngre personer med demenssjukdom bidrar dagverksamhet som är anpassad för yngre personer med demenssjukdom till bättre livskvalitet, funktionsnivåer och förmågor och minskad vårdkonsumtion, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden har inga negativa konsekvenser för yngre personer med demenssjukdom som får åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För yngre personer med demenssjukdom bidrar dagverksamhet anpassad för yngre personer med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 98 procent (46 av 47 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 2 procent (1 av 47 deltagare).

Påstående: ”För yngre personer med demenssjukdom bidrar dagverksamhet anpassad för yngre personer med demenssjukdom till förbättrade funktionsnivåer och förmågor, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 78 procent (35 av 45 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 22 procent (10 av 45 deltagare).

Påstående: ”För yngre personer med demenssjukdom bidrar dagverksamhet anpassad för yngre personer med demenssjukdom till minskad vårdkonsumtion, jämfört med om de inte fått åtgärden.”

Svar:

- Ja: 80 procent (36 av 45 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 20 procent (9 av 45 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha negativa konsekvenser för yngre personer med demenssjukdom som får åtgärden.”
Svar:

- Ja: 11 procent (5 av 44 deltagare)
- Nej: 89 procent (39 av 44 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2017-02-27
Ämne: NR Demens Rad 51,52
Dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom
Dagverksamhet anpassad för yngre personer med demenssjukdom

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Dementia"[Mesh] OR "Cognitive Dysfunction"[Mesh] OR "Cognition Disorders"[Mesh] OR "Memory Disorders"[Mesh] OR cognitive impairment*[tiab] OR dementia*[tiab] OR alzheimer*[tiab] OR memory[tiab] OR cognitive disorder*[tiab] OR cognitive deficit*[tiab] OR cognitive dysfunction*[tiab] OR cognition disorder*[tiab]	434385
2.	Mesh/FT	"Adult Day Care Centers"[Mesh] OR "Day Care, Medical"[Mesh] OR day care[tiab] OR day service*[tiab] OR day center*[tiab] OR daytime activit*[tiab] OR out-of-home service*[tiab] OR adapted care[tiab]	11247
3.		1 AND 2	838
4.		3 AND Filters: Systematic Reviews	**19**
5.		3 AND Filters: Randomized Controlled Trial, English	**31**
6.		3 AND random*[tiab] NOT Medline[sb]	**8**
7.	Mesh/FT	"Dementia"[Majr] OR dementia*[tiab] OR Alzheimer*[tiab]	190699
8.	Mesh/FT	"Adult Day Care Centers"[Majr] OR "Day Care, Medical"[Majr] OR (day care[tiab] OR day service*[tiab] OR day center*[tiab] OR daytime activit*[tiab] OR out-of-home service*[tiab] OR adapted care[tiab]) NOT Medline[sb]	711
9.		7 AND 8, English	**60**
10.	FT	Young onset[tiab] OR younger onset[tiab] OR early onset[tiab]	30684
11.		7 AND 10	3403
12.		2 AND 11	**9**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly
SB = PubMeds filter
för systematiska översikter (systematic[sb])
för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: Cochrane library **Databasleverantör:** Wiley InterScience **Datum:** 2017-03-07
Ämne: NR Demens Rad 51,52
Dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom
Dagverksamhet anpassad för yngre personer med demenssjukdom

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MeSH	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees	4500
2.	FT/TI, AB, KW	dementia* or Alzheimer*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	11146
3.	FT/all text	dementia* or Alzheimer* in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	755
4.		1-3 OR	11546
5.	Mesh	MeSH descriptor: [Adult Day Care Centers] explode all trees	1
6.	Mesh	MeSH descriptor: [Day Care, Medical] explode all trees	295
7.	FT/TI; AB; KW	"day care" or "day service*" or "day center*":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1136
8.	FT/all text	"day care" or "day service*" or "day center*" in Other Reviews and Technology Assessments (Word variations have been searched)	68
9.		5-8 OR	1168
10.		4 AND 9	65 **DARE 8** **CENTRAL 53**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)
Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords
**)
CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews
DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects
HTA = Health Technology Assessment Database
Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: CINAHL, AgeLine, PsycInfo **Databasleverantör:** EBSCO **Datum:** 2017-03-07
Ämne: NR Demens Rad 51,52
Dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom

Dagverksamhet anpassad för yngre personer med demenssjukdom			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT/TI, AB, SU	TI (dementia* or Alzheimer*) OR AB (dementia* or Alzheimer*) OR SU (dementia* or Alzheimer*)	152879
2.	FT/TI, AB, SU	TI ("day care" or "day service*" or "day center*" or "daytime activit*" OR "out-of-home service*" OR "adapted care") OR AB ("day care" or "day service*" or "day center*") OR SO ("day care" or "day service*" or "day center*")	8338
3.		1 AND 2	1348
4.		3 AND meta-analysis, systematic reviews	**5**
5.		3 AND random*	**88**
6.	FT/TI, AB	TI ("Young onset" OR "younger onset" OR "early onset" OR "younger people") OR AB ("Young onset" OR "younger onset" OR "early onset" OR "younger people")	12950
7.		3 AND 6	**6**
8.			

*)
DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)
FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"
FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract
ZC = Methodology
+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Rad: 95
Tillstånd: Demenssjukdom, måttlig till svår
Åtgärd: Särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten bör erbjuda särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom till personer med måttlig till svår demenssjukdom.

Motivering till rekommendation

Beprövad erfarenhet talar för att småskaliga och inkluderande boendemiljöer har positiv effekt på viktiga effektmått såsom BPSD, självständighet och social delaktighet för personen med demenssjukdom.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor. Svår demenssjukdom betecknar det skede när personen behöver ständig tillsyn och hjälp med det mesta.

Ett särskilt boende kan tillgodose omfattande behov av tillsyn och omvårdnad när det inte längre är möjligt att bo kvar i ordinärt boende, trots olika stödinsatser. I boendet kan omfattande vård och omsorg ges dygnet runt. Med ett boende som är anpassat för personer med demenssjukdom avses boenden som är småskaliga och vars boendemiljöer är inkluderande. Utformningen behöver anpassas utifrån personens funktionsnivå, som kan påverkas av bland annat ålder och sjukdomsstadium, i enlighet med en personcentrerad vård och omsorg. I ett anpassat boende läggs också stor vikt vid en god kontinuitet bland personalen så att den sjuke inte tvingas möta fler personer i sitt dagliga liv än vad som är nödvändigt.

Med inkluderande boendemiljö för personer med demenssjukdom menas att personalen bekräftar den sjukes upplevelse av tillvaron och understödjer dennas personlighet. En inkluderande boendemiljö främjar också känslan av att vara välkommen i dagliga aktiviteter.

Den inkluderande boendemiljön uppmuntrar och ger möjlighet till delaktighet i det sociala livet genom att arkitekturen gör att personen på ett

naturligt sätt når gemensamma utrymmen där aktivitet pågår. En medveten färgsättning kan vara ett stöd, även för personer med svår demenssjukdom, att hitta i boendet. För att skapa en inkluderande boendemiljö kan till exempel tydliga, konkreta skyltar eller pilar användas, liksom kontrasterande färgsignaler i form av dörrfoder kring lägenhetsdörrar. En inkluderande boendemiljö innebär dessutom en miljö som känns bekant för personen med demenssjukdom, vilket exempelvis leder till att hon eller han kan hitta till toaletten så självständigt som möjligt. I en inkluderande boendemiljö är det övergripande tempot lugnt och vårdarbetet tar utgångspunkt i individens personliga rytm.

Ett småskaligt boende består av ett begränsat antal lägenheter, som är fysiskt avgränsade, med vissa gemensamma utrymmen såsom dagrum och matsal. Flera sådana boenden kan finnas i samma fastighet.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar inkluderande boendemiljöer som är anpassade för kognitiv funktionsnedsättning inom särskilt boende till ökad patientnytta med avseende på sociala, psykologiska och fysiska förmågor och upplevd livskvalitet, ökad delaktighet i vardagen, minskade och färre BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) och minskat bruk av läkemedel, samt för deras anhöriga till förbättrad livskvalitet, minskad upplevd belastning och ökad delaktighet i vardagen, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar småskaligt, särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom till ökad patientnytta med avseende på sociala, psykologiska och fysiska förmågor och upplevd livskvalitet, ökad delaktighet i vardagen, minskade och färre BPSD och minskat bruk av läkemedel, samt för deras anhöriga till förbättrad livskvalitet, minskad upplevd belastning och ökad delaktighet i vardagen, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår sex systematiska översikter [1-6], två randomiserade kontrollerade studier (RCT) [7, 8] och en kvasiexperimentell studie [9]. Efter läsning i fulltext exkluderades fem översiktartiklar [1, 3-6] och en RCT [7] på grund av metodologiska brister, till exempel otillräckligt beskrivet tillvägagångssätt för utförande av översikten. Dessutom var urvalet i studierna litet och interventions- och kontrollgruppen var inte likvärdiga i vissa studier. En översiktartikel [2] exkluderades på grund av att den endast beskrev hur olika boenden som betecknas som småskaliga kan vara utformade. Den kvasiexperimentella studien [9] var en beskrivning av en design för en sådan framtida studie och exkluderades också.

En RCT [8] undersökte effekten av en ”vägfinnar”-intervention på agitation, orienteringsförmåga och förmågan att hitta vägen till några speciella

lokaliteter. I studien ingick 32 personer med demenssjukdom. Deltagarna i interventionsgruppen (n = 17) fick en lokaliseringskarta och vissa markeringar gjordes i boendet som skulle underlätta för personen att orientera sig. Studien var av medelhög kvalitet, men det förelåg stor risk för bortfallsbias. Sammantaget bedömdes det vetenskapliga underlaget för frågeställningen som otillräckligt eftersom det bygger på endast en studie med få deltagare och bristande precision. Studien har dessutom risk för bias på grund av betydande bortfall i kontrollgruppen.

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

–

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar inkluderande boendemiljöer anpassade för kognitiv funktionsnedsättning inom särskilt boende till ökad patientnytta med avseende på sociala, psykologiska och fysiska förmågor samt upplevd livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 98 procent (40 av 41 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 2 procent (1 av 41 deltagare).

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar inkluderande boendemiljöer anpassade för kognitiv funktionsnedsättning inom särskilt boende till ökad delaktighet i vardagen, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (39 av 39 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 39 deltagare).

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar inkluderande boendemiljöer anpassade för kognitiv funktionsnedsättning inom särskilt boende till minskade och färre BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (38 av 38 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 38 deltagare).

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar inkluderande boendemiljöer anpassade för kognitiv funktionsnedsättning inom särskilt boende till minskat bruk av läkemedel, jämfört med om de inte fått åtgärden.”

Svar:

- Ja: 94 procent (30 av 32 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 6 procent (2 av 32 deltagare).

Påstående: ”För anhöriga till personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar inkluderande boendemiljöer anpassade för kognitiv funktionsnedsättning inom särskilt boende till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (40 av 40 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 40 deltagare).

Påstående: ”För anhöriga till personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar inkluderande boendemiljöer anpassade för kognitiv funktionsnedsättning inom särskilt boende till minskad upplevd belastning, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 97 procent (37 av 38 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 3 procent (1 av 38 deltagare).

Påstående: ”För anhöriga till personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar inkluderande boendemiljöer anpassade för kognitiv funktionsnedsättning inom särskilt boende till ökad delaktighet i vardagen, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 94 procent (31 av 33 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 6 procent (2 av 33 deltagare).

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar småskaligt, särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom till ökad patientnytta med avseende på sociala, psykologiska och fysiska förmågor samt upplevd livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 100 procent (50 av 50 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 48 deltagare).

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar småskaligt, särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom till ökad delaktighet i vardagen, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 98 procent (47 av 48 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 2 procent (1 av 48 deltagare).

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar småskaligt, särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom till minskade och färre BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), jämfört med om de inte fått åtgärden.”

Svar:

- Ja: 100 procent (48 av 48 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 48 deltagare).

Påstående: ”För personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar småskaligt, särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom till minskat bruk av läkemedel, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 97 procent (38 av 39 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 3 procent (1 av 39 deltagare).

Påstående: ”För anhöriga till personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar småskaligt, särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 98 procent (49 av 50 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 2 procent (1 av 50 deltagare).

Påstående: ”För anhöriga till personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar småskaligt, särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom till minskad upplevd belastning, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 96 procent (45 av 47 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 4 procent (2 av 47 deltagare).

Påstående: ”För anhöriga till personer med måttlig till svår demenssjukdom bidrar småskaligt, särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom till ökad delaktighet i vardagen, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 93 procent (42 av 45 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 7 procent (3 av 45 deltagare).

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten av särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom har inte kunnat bedömas (ej bedömbar). Underlaget redovisar en enkel kostnadsberäkning för svenska förhållanden för särskilt boende.

Referenser

1. Whear, R, Coon, JT, Bethel, A, Abbott, R, Stein, K, Garside, R. What is the impact of using outdoor spaces such as gardens on the physical and mental well-being of those with dementia? A systematic review of quantitative and qualitative evidence. J Am Med Dir Assoc. 2014; 15(10):697-705.
2. Verbeek, H, van Rossum, E, Zwakhalen, SM, Kempen, GI, Hamers, JP. Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. International psychogeriatrics / IPA. 2009; 21(2):252-64.

3. Soril, LJ, Leggett, LE, Lorenzetti, DL, Silvius, J, Robertson, D, Mansell, L, et al. Effective use of the built environment to manage behavioural and psychological symptoms of dementia: a systematic review. PloS one. 2014; 9(12):e115425.
4. Marquardt, G, Bueter, K, Motzek, T. Impact of the design of the built environment on people with dementia: an evidence-based review. Herd. 2014; 8(1):127-57.
5. Lai, CK, Yeung, JH, Mok, V, Chi, I. Special care units for dementia individuals with behavioural problems. The Cochrane database of systematic reviews. 2009; (4):Cd006470.
6. Anderiesen, H, Scherder, EJ, Goossens, RH, Sonneveld, MH. A systematic review--physical activity in dementia: the influence of the nursing home environment. Applied ergonomics. 2014; 45(6):1678-86.
7. Swanson, EA, Maas, ML, Buckwalter, KC. Alzheimer's residents' cognitive and functional measures: special and traditional care unit comparison. Clinical nursing research. 1994; 3(1):27-41.
8. McGilton, KS, Rivera, TM, Dawson, P. Can we help persons with dementia find their way in a new environment? Aging & mental health. 2003; 7(5):363-71.
9. de Rooij, AH, Luijkx, KG, Declercq, AG, Schols, JM. Quality of life of residents with dementia in long-term care settings in the Netherlands and Belgium: design of a longitudinal comparative study in traditional nursing homes and small-scale living facilities. BMC geriatrics. 2011; 11:20.

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2017-02-27
Ämne: NR Demens Rad 53, 54
Särskilt boende anpassad för personer med demenssjukdom, småskalligt
Särskilt boende med inkluderande boendemiljöer anpassade för personer med demenssjukdom

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Dementia"[Mesh] OR dementia[tiab] OR Alzheimer*[tiab]	434086
2.	Mesh/FT	"Residential Facilities"[Majr:NoExp] OR "Assisted Living Facilities"[Majr] OR "Group Homes"[Majr] OR "Homes for the Aged"[Majr] OR "Housing"[Mesh:NoExp] OR "Housing for the Elderly"[Majr] OR "Long-Term Care"[Majr]	35875
3.	Mesh/FT	supported housing[tiab] OR supportive housing[tiab] OR housing support[tiab] OR housing status[tiab] OR housing intervention*[tiab] OR housing program*[tiab] OR housing[ti] OR supported accommodation[tiab] OR independent living[tiab] OR independent apartment[tiab] OR independent housing[tiab] OR supported living[tiab] OR residential stability[tiab] OR single living[tiab] OR assisted living[tiab] OR group home*[tiab] OR group living*[tiab] OR residential*[ti] OR supervised living*[tiab] OR special housing[tiab] OR community residence*[tiab] OR group dwelling*[tiab] OR residential home*[tiab] OR residential care[tiab] OR residential aged care[tiab] OR residential facilit*[tiab] OR residential setting*[tiab] OR nursing	60211

		home*[tiab] OR residential dementia care[tiab] OR long-term care[tiab]	
4.		2 OR 3	80750
5.	FT	Small-scale[tiab] OR small accommodation*[tiab] OR small home[tiab] OR small homes[tiab] OR small housing[tiab] OR homelike*[tiab] OR home-like[tiab] OR sense of home[tiab] OR home style[tiab] OR domestic style[tiab] OR adapted housing[tiab] OR special housing[tiab] OR adapted home[tiab] OR adapted homes[tiab] OR living concept[tiab] OR special care unit*[tiab]	15715
6.		1 AND 4 AND 5	337
7.		6 AND Systematic Reviews, English	**10**
8.		6 AND Randomized Controlled Trial, English	**27**
Rad 54 Särskilt boende med inkluderande boendemiljöer anpassade för personer med demenssjukdom			
9.		"Health Facility Environment"[Majr] OR "Environment Design"[Majr] OR "Environment, Controlled"[Majr] OR "Interior Design and Furnishings"[Majr] OR "Facility Design and Construction"[Majr:NoExp] OR "Evidence-Based Facility Design"[Majr] OR "Construction Materials"[Majr] OR "Orientation, Spatial"[Mesh] OR "Spatial Navigation"[Majr] OR "Gardens"[Majr] OR "Horticultural Therapy"[Mesh]	106948
10.		home safety[tiab] OR furniture*[tiab] OR furnishing[tiab] OR interior*[tiab] OR physical environment*[tiab] OR living environment*[tiab] OR environment design*[tiab] OR environmental intervention*[tiab] OR built environment*[tiab] OR supportive environment*[tiab] OR home modification*[tiab] OR facility design[tiab] OR facilities design[tiab] OR room design[tiab] OR personal belongings[tiab] OR architectur*[tiab] OR physical space*[tiab] OR redesign[tiab] OR spatial orientation[tiab] OR spatial disorientation[tiab] OR spatial navigation*[tiab] OR wayfinding[tiab] OR garden*[tiab] OR kitchen*[tiab] OR color[tiab] OR colors[tiab] OR colorful[tiab] OR colour*[tiab] OR dayroom*[tiab] OR shared area*[tiab] OR shared space*[tiab] OR common area*[tiab] OR familiar surrounding*[tiab] OR familiarity[tiab] OR cue*[tiab] OR symbol*[tiab] OR outdoor[tiab] OR social environment*[tiab] OR dining room*[tiab] OR living room*[tiab]	416277
11.		9 OR 10	516191
12.		1 AND 4 AND 11	446
13.		12 AND Systematic Reviews, English	**24**
14.		12 AND Randomized Controlled Trial, English	**16**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly
SB = PubMeds filter
för systematiska översikter (systematic[sb])
för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten

**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Rad: 84
Tillstånd: Anhörig till person med demenssjukdom
Åtgärd: Relationsbaserat stödprogram tillsammans med personen med demenssjukdom

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 **6** 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan erbjuda ett relationsbaserat stödprogram tillsammans med personen med demenssjukdom till anhöriga till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Beprövad erfarenhet ger stöd för effekt av åtgärden.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Ofta medför demenssjukdomen negativa konsekvenser även för de anhöriga. De kan bli tvungna att ta ett ökat ansvar för hem och familj och kan känna ängslan och oro inför framtiden. Det kan vara svårt att veta hur personen med demenssjukdom kan bemötas på bästa sätt. De anhöriga kan komma att försumma det egna behovet av sömn, mat, socialt umgänge och intressen, vilket kan leda till psykisk ohälsa.

Relationsbaserat stödprogram tillsammans med personen med demenssjukdom innebär att stödprogrammet är särskilt riktat och anpassat till både den anhörige och personen med demenssjukdom som en enhet. Syftet är att bibehålla relationens kvalitet och påverka välbefinnandet och förmågan att hantera den gemensamma vardagen med demenssjukdom. Åtgärden kan till exempel ges som ett samtalsstöd i grupp tillsammans med andra par av anhöriga och personer med demenssjukdom.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

För anhöriga till personer med demenssjukdom bidrar relationsbaserat stödprogram tillsammans med personen med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet och minskad upplevd belastning, och för personer med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet och förbättrade funktionsnivåer och förmågor, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma risken för negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom och deras anhöriga, och konsensus har inte uppnåtts.

Vilka studier ingår i granskningen?

Fyra systematiska översikter [1-4] granskades i fulltext. Två översikter [3, 4] exkluderades eftersom de inte svarade på den aktuella frågeställningen. Översikten av Rausch och medarbetare [2] exkluderades eftersom de ingående primärstudierna var bristfälligt beskrivna, och översikten av Van't Leven och medarbetare [1] exkluderades på grund av att de ingående primärstudierna skiljer sig mycket åt vad gäller interventionen och uppmätta effektmått. Det vetenskapliga underlaget bedöms därför som otillräckligt.

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”Relationsbaserat stödprogram tillsammans med personen med demenssjukdom bidrar, jämfört med om de inte fått åtgärden, för anhöriga till personer med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet.”
Svar:

- Ja: 100 procent (26 av 26 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 26 deltagare).

Påstående: ”Relationsbaserat stödprogram tillsammans med personen med demenssjukdom bidrar, jämfört med om de inte fått åtgärden, för anhöriga till personer med demenssjukdom till minskad upplevd belastning.”
Svar:

- Ja: 92 procent (24 av 26 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 8 procent (2 av 26 deltagare).

Påstående: ”Relationsbaserat stödprogram tillsammans med personen med demenssjukdom bidrar, jämfört med om de inte fått åtgärden, för personer med demenssjukdom till förbättrade funktionsnivåer och förmågor.”
Svar:

- Ja: 84 procent (21 av 25 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 16 procent (4 av 25 deltagare).

Påstående: ”Relationsbaserat stödprogram tillsammans med personen med demenssjukdom bidrar, jämfört med om de inte fått åtgärden, för personer med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet.”
Svar:

- Ja: 96 procent (24 av 25 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 4 procent (1 av 25 deltagare).

Påstående: ”Relationsbaserat stödprogram tillsammans med personen med demenssjukdom kan, jämfört med om de inte fått åtgärden, ha negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom och deras anhöriga.”
Svar:

- Ja: 35 procent (8 av 23 deltagare)
- Nej: 65 procent (15 av 23 deltagare) – konsensus uppnåddes ej.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Van't Leven, N, Prick, AE, Groenewoud, JG, Roelofs, PD, de Lange, J, Pot, AM. Dyadic interventions for community-dwelling people with dementia and their family caregivers: a systematic review. International psychogeriatrics / IPA. 2013; 25(10):1581-603.
2. Rausch, A, Caljouw, MA, van der Ploeg, ES. Keeping the person with dementia and the informal caregiver together: a systematic review of psychosocial interventions. International psychogeriatrics / IPA. 2017; 29(4):583-93.
3. Leung, P, Orgeta, V, Orrell, M. The effects on carer well-being of carer involvement in cognition-based interventions for people with dementia: a systematic review and meta-analysis. International journal of geriatric psychiatry. 2017; 32(4):372-85.
4. Laver, K, Milte, R, Dyer, S, Crotty, M. A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Carer Focused and Dyadic Multicomponent Interventions for Carers of People With Dementia. Journal of aging and health. 2016:898264316660414.

Rad: 85
Tillstånd: Anhörig till person med demenssjukdom
Åtgärd: Utbildningsprogram

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda ett utbildningsprogram till anhöriga till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Åtgärden har vetenskapligt stöd för effekt på anhörigas upplevda belastning och depression.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Ofta medför demenssjukdomen negativa konsekvenser även för de anhöriga. De kan bli tvungna att ta ett ökat ansvar för hem och familj och kan känna ängslan och oro inför framtiden. Det kan vara svårt att veta hur personen med demenssjukdom kan bemötas på bästa sätt. De anhöriga kan komma att försumma det egna behovet av sömn, mat, socialt umgänge och intressen, vilket kan leda till psykisk ohälsa.

Strukturerade informations- och utbildningsprogram behandlar demenssjukdomen och dess symtom, orsaker och förväntade utveckling (ofta i grupp). Ofta innehåller programmet utbildning i att möta olika symtom hos personen med demenssjukdom. I programmet ingår också information om möjliga behandlings- och stödinsatser från samhället. Tyngdpunkten i denna typ av intervention ligger alltså på information och kunskapsförmedling och att lära sig bemästra olika utmanande situationer som är förknippade med vården av den demenssjuka personen.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

För anhörig till person med demenssjukdom ger utbildningsprogram jämfört med sedvanlig vård

- måttligt lägre upplevd belastning (SMD -0,52; 95-procentigt konfidensintervall -0,79 till -0,26) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- lite mindre depression (SMD -0,37; 95-procentigt konfidensintervall -0,65 till -0,09) (begränsat vetenskapligt underlag), vilket motsvarar -3,1 (-5,6

till -0,8) poäng på MADRS-skalan (minsta kliniskt relevanta skillnad uppskattas vara 1,6 till 1,9 poäng)
- ingen effekt på antal flyttar till särskilt boende (RR 1,29; 95-procentigt konfidensintervall 0,8 till 2,08) (begränsat vetenskapligt underlag).

Effekten på de anhörigas upplevda belastning var större vid individuell utbildning, SMD -0,67 (95-procentigt konfidensintervall -1,05 till -0,29), jämfört med gruppundervisning, SMD -0,29 (95-procentigt konfidensintervall -0,58 till -0,01). Skillnaden var inte statistiskt signifikant (p = 0,12). Däremot fanns det en statistiskt signifikant skillnad i effekt (p = 0,03) mellan de anhöriga som fick ett kortare utbildningsprogram, SMD -0,86 (95-procentigt konfidensintervall -1,24 till -0,47), jämfört med de som fick ett längre program, SMD -0,36 (95-procentigt konfidensintervall -0,60 till −0,13). Skillnaden kan dock bero på socioekonomiska faktorer.

SBU bedömer evidensstyrkan vara sämre än vad översiktens författare gör [1]. Det beror på det låga antalet deltagare och att det rör sig om få studier.

Vilka studier ingår i granskningen?

Sju studier [2-8] granskades i fulltext, men sex [2-7] av dem exkluderades eftersom de inte svarade på den aktuella frågeställningen (interventionen innehöll inte endast en utbildningsinsats). En systematisk översikt från 2015 bestående av 7 primärstudier med totalt 764 deltagare ingår i underlaget [8]. I de ingående primärstudierna gavs utbildningsinsatsen antingen individuellt eller i grupp, men detta har slagits samman för att studera effekten av «utbildning» vid summeringen av effekt och evidensstyrka i tabellen nedan. Uppföljningstiden var 2,5–15 månader (beroende på utfallsmått). Studierna genomfördes i Frankrike, Ryssland, Peru, USA, Tyskland/Österrike/Schweiz, Spanien och Iran.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om effekten på en del relevanta utfallsmått.

Hälsoekonomisk bedömning

Hälsoekonomiska studier drar olika slutsatser om kostnadseffektivitet för utbildningsprogram för anhöriga till personer med demenssjukdom. Underlaget för att bedöma kostnadseffektiviteten av utbildningsprogram är otillräckligt.

Referenser

1. Utbildning för anhöriga till hemmaboende personer med demenssjukdom. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2015.
2. Blom, MM, Zarit, SH, Groot Zwaaftink, RB, Cuijpers, P, Pot, AM. Effectiveness of an Internet intervention for family caregivers of people with dementia: results of a randomized controlled trial. PloS one. 2015; 10(2):e0116622.
3. Boots, LM, de Vugt, ME, van Knippenberg, RJ, Kempen, GI, Verhey, FR. A systematic review of Internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. International journal of geriatric psychiatry. 2014; 29(4):331-44.

4. Cristancho-Lacroix, V, Wrobel, J, Cantegreil-Kallen, I, Dub, T, Rouquette, A, Rigaud, AS. A web-based psychoeducational program for informal caregivers of patients with Alzheimer's disease: a pilot randomized controlled trial. Journal of medical Internet research. 2015; 17(5):e117.
5. Dickinson, C, Dow, J, Gibson, G, Hayes, L, Robalino, S, Robinson, L. Psychosocial intervention for carers of people with dementia: What components are most effective and when? A systematic review of systematic reviews. International psychogeriatrics / IPA. 2017; 29(1):31-43.
6. Prick, AE, de Lange, J, Twisk, J, Pot, AM. The effects of a multi-component dyadic intervention on the psychological distress of family caregivers providing care to people with dementia: a randomized controlled trial. International psychogeriatrics / IPA. 2015; 27(12):2031-44.
7. Vandepitte, S, Van Den Noortgate, N, Putman, K, Verhaeghe, S, Faes, K, Annemans, L. Effectiveness of Supporting Informal Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review of Randomized and Non-Randomized Controlled Trials. Journal of Alzheimer's disease : JAD. 2016; 52(3):929-65.
8. Jensen, M, Agbata, IN, Canavan, M, McCarthy, G. Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. International journal of geriatric psychiatry. 2015; 30(2):130-43.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av utbildningsprogram jämfört med sedvanlig vård för vårdande anhöriga till personer med demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Upplevd belastning (mätt med Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI), lägre värden indikerar lägre belastning)	395 patienter (5 studier) I medeltal 6,6 månader	27–59 på ZBI-skalan i olika kontrollgrupper		SMD = -0,52 (-0,79 till -0,26) vilket motsvarar -8,1 (-4,1 till -12,3) poäng på ZBI-skalan	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias (oblindade utvärderare och oklar allocation concealment i 2 studier). Måttlig heterogenitet (I^2 = 40 %, förklaras inte av a priori hypotes om subgrupper).
Depression (mätt med MADRS, CES-D, lägre värde indikerar förbättring)	215 patienter (2 studier) 5,5 månader	11 på MADRS-skalan i medeltal		SMD = -0,37 (-0,65 till -0,09) vilket motsvarar -3,1 (-0,8 till -5,6) poäng på MADRS-skalan	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (oblindade utvärderare och oklar allocation concealment i 1 studier). Vida konfidens-intervall (från försumbar till måttlig effekt).
Livskvalitet (mätt med SF36, WHO-QOL-Brief)	428 patienter (4 studier) 9 månader				Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Ingen sammanvägd effekt presenteras pga. att olika mätningar användes. Stor risk för bristande precision (effekterna varierar från ingen effekt till signifikant effekt).
Antal flyttar till särskilt boende	292 patienter (1 studie) 15 månader	169 per 1 000	218 per 1 000 (135 till 352)	RR = 1,29 (0,8 till 2,08)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Endast 1 studie

Källa: Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials (Jensen et al. 2015)

Rad: 86
Tillstånd: Anhörig till person med demenssjukdom
Åtgärd: Psykosociala stödprogram

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 **6** 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan erbjuda psykosociala stödprogram till anhöriga till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Åtgärden har ingen säkerställd effekt på upplevd belastning och depression hos anhöriga. Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag på flera viktiga utfallsmått men enligt experters bedömning har åtgärden effekt.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Ofta medför demenssjukdomen negativa konsekvenser även för de anhöriga. De kan bli tvungna att ta ett ökat ansvar för hem och familj och kan känna ängslan och oro inför framtiden. Det kan vara svårt att veta hur personen med demenssjukdom kan bemötas på bästa sätt. De anhöriga kan komma att försumma det egna behovet av sömn, mat, socialt umgänge och intressen, vilket kan leda till psykisk ohälsa.

Psykosociala stödprogram är ledarledda sammankomster med fokus på kommunikation och relation där anhöriga till personer med demenssjukdom träffas och utbyter erfarenheter och tankegångar med varandra. Tillsammans får de möjlighet att utveckla nya perspektiv och utbyta erfarenheter, förhållningssätt och strategier i vardagen med demenssjukdomen.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

För anhöriga till personer med demenssjukdom har individuellt stöd och rådgivning ingen effekt på upplevd belastning och depression (begränsat vetenskapligt underlag).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av individuellt stöd och rådgivning på tillfredsställelse och tilltro till egna möjligheter samt effekten av stöd och rådgivning i grupp på upplevd belastning,

depression, livskvalitet och tillfredsställelse hos anhöriga till personer med demenssjukdom.

Det vetenskapliga underlaget rörande stöd och rådgivning i grupp bedöms som otillräckligt på grund av avsaknad av randomisering och blindning, stort bortfall och små studier.

En metaanalys på två av de ingående studierna (n = 102) redovisar en liten effekt på anhörigas upplevda belastning mätt med Memory of Behaviour Problem Check List (NPI) och Neuropsychiatric Inventory of Distress (NPI-D) (SMD -0,41; konfidensintervall -0,80 till -0,02). En annan studie finner ingen signifikant minskning av anhörigas upplevda belastning efter 6 och 12 månader, även om det finns en tendens till en större minskning i behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen efter 12 månader (p = 0,07, n = 308) [1]. En studie som undersökte effekten av psykosocialt program finner ingen signifikant skillnad mellan behandlings- och placebogrupp (n = 108) [2]. Cucciare et al. (n = 69) mätte positiva copingstrategier såsom problemlösning (RWCCL+) och negativa copingstrategier såsom självanklagelser (RWCCL-) [3]. De två skalorna är konstruerade av en subskala av The Revised Way of Coping Checklist. Det fanns signifikant skillnad mellan grupperna för anhörigas positiva copingstrategier, men inte för deras negativa copingstrategier.

Två studier med 108 deltagare [2] respektive 69 deltagare [3] undersökte effekten på depression men fann ingen signifikant skillnad mellan behandlings- och kontrollgruppen.

En randomiserad studie med 52 deltagare rapporterade förbättrad livskvalitet för anhöriga i behandlingsgruppen, men skillnaden var inte signifikant.

En nyare kontrollerad studie av Andren et al. (n = 308) fann inte signifikant ökad tillfredsställelse efter 6 och 12 månader i behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen [1].

Det vetenskapliga underlaget rörande *individuellt stöd och rådgivning* bedöms som begränsat med avseende på upplevd belastning och depression på grund av bristfällig randomisering, avsaknad av blindning och oprecisa resultat. Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt med avseende på tillfredsställelse och tilltro till egna möjligheter på grund av bristande randomisering och blindning samt små studier.

Totalt fem randomiserade kontrollerade studier med sammanlagt 735 deltagare mätte upplevd belastning, men ingen av dem fann en statistisk signifikant minskning i behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen [4-6].

Två randomiserade kontrollerade studier [4, 5] fann ingen signifikant skillnad rörande depression mellan grupperna. En annan studie med totalt 93 deltagare fann heller ingen signifikant minskning av depression hos anhöriga efter ett år.

En randomiserad kontrollerad studie med 80 deltagare fann ingen signifikant skillnad i tillfredsställelse mellan grupperna, men det fanns en tendens till mer tillfredsställelse i behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

En randomiserad kontrollerad studie (n = 84) fann ingen signifikant skillnad mellan grupperna rörande tilltro till egna möjligheter [4].

Vilka studier ingår i granskningen?

Underlaget är hämtat från rapporten *Tiltak for å støtte pårørende til hjemmeboende personer med demens*, utgiven av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (NAKS) 2011 [7].

Saknas någon information i studierna?

Effekten av *stöd och rådgivning i grupp* har inte studerats med avseende på utmattning, tilltro till egna möjligheter eller socialt deltagande. Effekten av *individuellt stöd och rådgivning* har inte studerats med avseende på livskvalitet, utmattning eller social aktivitet.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för psykosocialt stödprogram eftersom åtgärden inte bedöms ha någon effekt alternativt ha otillräckligt vetenskapligt stöd för att det skulle vara möjligt att göra en bedömning av effekten (ej bedömbar).

Referenser

1. Andren S, Elmstahl, S. Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months. Scand J Caring Sci. 2008; 22(1):98-109.
2. Etxeberria-Arritxabal I, Yanguas-Lezaun JJ, Buiza-Bueno C, Galdona-Erquicia N, Gonzalez-Perez MF. Effectiveness of a psychosocial programme in Alzheimer's caregivers: Analysis of outcome at 1 year of follow-up. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(SUPPL. 3):46-54.
3. Cucciare, MA. Examining the treatment utility of an empirically-based assessment for identifying dementia caregivers' skill repertoire and quality of the caregiver-patient relationship. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 2006; 67(6-B):3444.
4. Fortinsky, RH, Kulldorff, M, Kleppinger, A, Kenyon-Pesce, L. Dementia care consultation for family caregivers: collaborative model linking an Alzheimer's association chapter with primary care physicians. Aging Ment Health. 2009; 13(2):162-70.
5. Gaugler, JE, Roth, DL, Haley, WE, Mittelman, MS. Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. J Am Geriatr Soc. 2008; 56(3):421-8.
6. Parker, D, Mills, S, Abbey, J. Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. Int. 2008; 6(2):137-72.
7. Dahm KT, Landmark B, Kirkehei I, Brurberg KG, Fønhus MS, Reinar LM. Tiltak for å støtte pårørende til hjemmeboende personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 06-2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011.

Rad: 88
Tillstånd: Anhörig till person med demenssjukdom
Åtgärd: Avlösning exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten bör erbjuda avlösning, exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet till anhöriga till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet för viktiga utfallsmått hos både personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Ofta medför demenssjukdomen negativa konsekvenser även för de anhöriga. De kan bli tvungna att ta ett ökat ansvar för hem och familj och kan känna ängslan och oro inför framtiden. Det kan vara svårt att veta hur personen med demenssjukdom kan bemötas på bästa sätt. De anhöriga kan komma att försumma det egna behovet av sömn, mat, socialt umgänge och intressen, vilket kan leda till psykisk ohälsa.

Avlösning förekommer i olika former och syftar till att reducera den anhöriges upplevelse av stress eller belastning. De vanligaste formerna av avlösning är att personen med demenssjukdom endera vistas ett par veckor på ett korttidsboende eller deltar i dagverksamhet kanske ett par gånger i veckan. Den tredje typen av avlösning handlar om avlösning i den demenssjuke personens hem, när personal under några timmar ersätter den anhörige som kan ägna sig åt annat för egen del.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

Kort- eller långvarig avlösning i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet bidrar för anhörig till person med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet, minskad upplevd belastning och utebliven vårdkonsumtion samt för personer med demenssjukdom till minskad vårdkonsumtion (till exempel antal hemtjänsttimmar, antal läkarbesök) och

senare flytt till permanent boende på särskilt boende, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Tre systematiska översikter [1-3] granskades i fulltext. Översikten av Maayan och medarbetare [3] inkluderar fyra studier med totalt 753 deltagare. De ingående studierna bedömdes ha låg kvalitet, till exempel på grund av ofullständig information om bortfall och oblindade utvärderare. Översikten visar ingen effekt för avlösning. Översikten av Schoenmakers och medarbetare [2] är av god kvalitet men innehåller endast 3 primärstudier som undersöker effekten av avlösning. Studierna visar en ökad belastning för anhöriga vid avlösning. En översikt av god kvalitet av Vandepitte och medarbetare [1] visar att dagverksamhet till exempel kan ha effekt på upplevd belastning, men också att åtgärden kan påskynda flytt till särskilt boende för personen med demenssjukdom. De ingående primärstudierna är av låg kvalitet, bland annat på grund av metodologiska brister och för att interventionen skiljer sig mycket åt mellan olika primärstudier.

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt på grund av att flera av de ingående studierna är av låg kvalitet och har bristande överensstämmelse. Interventionen är otillräckligt beskriven i de olika primärstudierna. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”Kort- eller långvarig avlösning i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet bidrar för anhöriga till person med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 98 procent (51 av 52 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 2 procent (1 av 52 deltagare).

Påstående: ”Kort- eller långvarig avlösning i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet bidrar för anhöriga till person med demenssjukdom till minskad upplevd belastning, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 96 procent (48 av 50 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 4 procent (2 av 50 deltagare).

Påstående: ”Kort- eller långvarig avlösning i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet bidrar för anhöriga till person med demenssjukdom till utebliven vårdkonsumtion, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 87 procent (40 av 46 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 13 procent (6 av 46 deltagare).

Påstående: ”Kort- eller långvarig avlösning i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet bidrar för personer med demenssjukdom till minskad vårdkonsumtion (till exempel antal hemtjänsttimmar, antal läkarbesök), jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 78 procent (32 av 41 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 22 procent (9 av 41 deltagare).

Påstående: ”Kort- eller långvarig avlösning i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet bidrar för personer med demenssjukdom till senare flytt till permanent boende på särskilt boende, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 88 procent (37 av 42 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 12 procent (5 av 42 deltagare).

Hälsoekonomiskt underlag

Socialstyrelsen har inte sökt efter studier av kostnadseffektivitet för avlösning, exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet, eftersom åtgärdens effekt har bedömts utifrån ett konsensusförfarande (ej bedömbar).

Referenser

1. Vandepitte, S, Van Den Noortgate, N, Putman, K, Verhaeghe, S, Verdonck, C, Annemans, L. Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: a systematic review. International journal of geriatric psychiatry. 2016; 31(12):1277-88.
2. Schoenmakers, B, Buntinx, F, DeLepeleire, J. Supporting the dementia family caregiver: the effect of home care intervention on general well-being. Aging & mental health. 2010; 14(1):44-56.
3. Maayan, N, Soares-Weiser, K, Lee, H. Respite care for people with dementia and their carers. The Cochrane database of systematic reviews. 2014; (1):Cd004396.

Rad: 89
Tillstånd: Ung anhörig till person med demenssjukdom
Åtgärd: Individuellt anpassat stöd

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda individuellt anpassat stöd till unga anhöriga till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet för viktiga utfallsmått hos både personer med demenssjukdom och deras anhöriga.
Kommentar: Tillståndet är inte begränsat till personer som är anställda som anhörigvårdare.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Tidpunkten för demenssjukdomens debut har stor betydelse både för den enskilde personen och för de anhöriga. Om demenssjukdomen kommer tidigare under livsloppet kan personen med demens till exempel ha minderåriga barn eller barn som kan betraktas som unga anhöriga. Stödinsatser, som exempelvis utbildning om demenssjukdomar, psykosocialt stöd och möjlighet att skapa träffpunkter (till exempel via internet), måste anpassas till dessa speciella utmaningar.

Ofta medför demenssjukdomen negativa konsekvenser även för de anhöriga. Unga anhöriga kan bli tvungna att ta ett ökat ansvar för hem och familj och kan känna ängslan och oro inför framtiden. Det kan vara svårt att veta hur personen med demenssjukdom kan bemötas på bästa sätt. Unga anhöriga kan komma att försumma det egna behovet av sömn, mat, socialt umgänge, skolarbete och intressen, vilket kan leda till psykisk ohälsa eller en negativ påverkan på studieresultat.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

Individuellt anpassat stöd bidrar för unga anhörigvårdare till personer med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet, minskad upplevd belastning och

minskad vårdkonsumtion, samt för personer med demenssjukdom till minskad vårdkonsumtion, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”Individuellt anpassat stöd bidrar för unga anhörigvårdare till personer med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 98 procent (42 av 43 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 2 procent (1 av 43 deltagare).

Påstående: ”Individuellt anpassat stöd bidrar för unga anhörigvårdare till personer med demenssjukdom till minskad upplevd belastning, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 95 procent (40 av 42 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 5 procent (2 av 42 deltagare).

Påstående: ”Individuellt anpassat stöd bidrar för unga anhörigvårdare till personer med demenssjukdom till minskad vårdkonsumtion, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 87 procent (27 av 31 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 13 procent (4 av 31 deltagare).

Påstående: ”Individuellt anpassat stöd bidrar för personer med demenssjukdom till minskad vårdkonsumtion, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 84 procent (27 av 32 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 16 procent (5 av 32 deltagare).

Hälsoekonomiskt underlag

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Läkemedelsbehandling

Rad: 55
Tillstånd: Lindrig kognitiv störning
Åtgärd: Kolinesterashämmare

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	**Bör inte erbjudas**	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda kolinesterashämmare till personer med lindrig kognitiv störning.

Motivering till rekommendation
Det finns vetenskaplig evidens för att biverkningarna är större än patientnyttan.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Lindrig kognitiv störning är en kognitiv svikt, vanligtvis minnesstörningar, som inte är så omfattande att kriterier för demenssjukdom uppfylls. Svikten ska vara objektivt fastställd, det vill säga dokumenterad via kognitiva tester eller anamnestiska uppgifter. Kunskapen är fortfarande inte tillräcklig för att kunna identifiera vem med en lindrig kognitiv störning som kommer eller inte kommer utveckla demens.

Lindrig kognitiv störning kan ha flera orsaker, till exempel somatisk sjukdom hos en geriatrisk skör person eller depression eller ångest. Ibland går tillståndet tillbaka. Den vanligaste orsaken är tidig demenssjukdom, exempelvis Alzheimers sjukdom.

En persons kognitiva funktioner (intellektuella förmåga) är till stor del beroende av aktivitet i flera olika transmittorsystem, särskilt glutamaterga, kolinerga och monoaminerga system. De glutamaterga banor som medierar både tänkande och minne regleras och påverkas av andra transmittorer. Acetylkolin är en viktig sådan substans.

Kolinesterashämmare hämmar ett enzym som bryter ner acetylkolin och ökar därmed halten acetylkolin.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en liten svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid lindrig kognitiv störning ger kolinesterashämmare jämfört med placebo

- bättre kognition mätt med CDR (MD = -0,10; 95-procentigt konfidensintervall -0,11 till -0,09), men den kliniska betydelsen av effekten är osäker (starkt vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på kognition, mätt med MMSE (MD = 0,24; 95-procentigt konfidensintervall - 0,13 till 0,61) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på ADL-funktion, mätt med ADCS-ADL (MD = 0,15; 95-procentigt konfidensintervall -0,27 till 0,57))(måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- lägre risk att utveckla demens efter 1 år (RR = 0,69; 95-procentigt konfidensintervall 0,47 till 1) och efter 2 år (RR = 0,67; 95-procentigt konfidensintervall 0,55 till 0,83)(begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på risken att utveckla demens efter 3 år (RR = 0,84; 95-procentigt konfidensintervall 0,70 till 1,02)(måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en ökad risk för kräkningar (starkt vetenskapligt underlag), muskelspasmer och kramp i benen, illamående, sömnsvårigheter, synkope och yrsel samt huvudvärk, men ingen ökad risk för allvarliga biverkningar såsom död och livshotande tillstånd (måttligt starkt vetenskapligt underlag). Det finns även en ökad risk för diarré (begränsat vetenskapligt underlag).

Tillsammans visar de inkluderade studierna att kolinesterashämmare har liten förmåga att bromsa utvecklingen av demens hos personer med lindrig kognitiv störning, och har ingen eller liten effekt på kognition och ADL-funktion. Resultaten visar att i genomsnitt 28 patienter måste behandlas i ett år för att förhindra att en patient utvecklar demens. Motsvarande antal efter två år är 17 patienter (95-procentigt konfidensintervall 13–33), och efter tre år finns det inte längre någon statistiskt signifikant skillnad mellan behandlings- och placebogrupperna i antalet patienter som utvecklar demenssjukdom.

Biverkningar, vilka ofta är av övergående karaktär, uppträder relativt ofta, speciellt gastrointestinala biverkningar såsom illamående (NNH = 6; 95-procentigt konfidensintervall 5–7), kräkning (NNH = 7; 95-procentigt konfidensintervall 5–10), diarré (NNH = 5; 95-procentigt konfidensintervall 3–19). Många upplever, muskelspasmer/benkramper (NNH = 9; 95-procentigt konfidensintervall 5–17), onormala drömmar (NNH = 14; 95-procentigt konfidensintervall 8–28), synkope/yrsel (NNH = 17; 95-procentigt konfidensintervall 12–29), sömnbesvär (NNH = 25; 95-procentigt konfidensintervall 16–45) och huvudvärk (NNH = 27; 95-procentigt konfidensintervall 13–184). Det rapporterades inte om signifikanta skillnader i förekomsten av allvarliga biverkningar.

Resultaten i översikten från Cochrane [1] överensstämmer med två andra nyare systematiska översiktsartiklar av hög kvalitet [2, 3], och alla redovisar slutsatsen att kolinesterashämmare inte kan rekommenderas vid lindrig kognitv störning.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en översiktsartikel från Cochrane [1] som omfattar nio randomiserade, kontrollerade studier med polikliniska patienter (totalt 5 149 deltagare). MMSE-poängen på deltagarna vid inkluderandet var mer än eller lika med 24 poäng. Studierna använder olika kriterier för lindrig kognitiv störning. Tre studier använder Petersen-kriterierna [4] eller versioner av dem, medan övriga studier använder anpassade kriterier. I studierna ingår till övervägande del patienter med amnestisk, lindrig kognitiv störning och endast en mindre andel patienter med icke amnestisk lindrig kognitiv störning. Interventionsgruppen fick kolinesterashämmare medan kontrollgruppen fick placebo. Uppföljningstiden för effekter var 6–36 månader och upp till 48 månader för biverkningar.

Saknas någon information i studierna?

–

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Russ, TC, Morling, JR. Cholinesterase inhibitors for mild cognitive impairment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; 9:CD009132.
2. Cooper, C, Li, R, Lyketsos, C, Livingston, G. Treatment for mild cognitive impairment: systematic review. Br J Psychiatry. 2013; 203(3):255-64.
3. Tricco, AC, Soobiah, C, Berliner, S, Ho, JM, Ng, CH, Ashoor, HM, et al. Efficacy and safety of cognitive enhancers for patients with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. Cmaj. 2013; 185(16):1393-401.
4. Petersen, RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. Journal of internal medicine. 2004; 256(3):183-94.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av kolinesterashämmare jämfört med placebo hos personer med lindrig kognitiv störning

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/- riskreduktion (95 % konfidensinter-vall)	Evidensstyrka	Kommentar
Kognition (mätt med CDR, skala 0–3, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 269 patienter (2 studier) 1 år		MD = -0,10 (-0,11 till - 0,09)		Starkt veten-skapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Kognition (mätt med MMSE, skala 0–30, högre värde indikerar bättre funktion))	1 269 patienter (2 studier) 1 år		MD = 0,24 (- 0,13 till 0,61)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Ingen allvarlig risk för bias. Bristande överensstämmelse mellan studierna.
ADL-funktion (mätt med ADCS-ADL, skala 0–78, högre värde indikerar bättre funktion)	2 408 patienter (3 studier) 1 år		MD = 0,15 (-0,27 till 0,57)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias
Utvecklande av demens efter 1 år	2 560 patienter (3 studier) 1 år	116 per 1 000	36 färre per 1 000 (61 färre till 0 färre)	RR = 0,69 (0,47 till 1)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias pga. oklar blindning, bristande överförbarhet pga. oklara kriterier för demensdiagnos.
Utvecklande av demens efter 2 år	2 048 patienter (2 studier) 2 år	180 per 1 000	59 färre per 1 000 (81 färre till 31 färre)	RR = 0,67 (0,55 till 0,83)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias pga. oklar blindning, bristande överförbarhet pga. oklara kriterier för demensdiagnos.

Utvecklande av demens efter 3 år	1 530 patienter (2 studier) 3 år	237 per 1 000	38 färre per 1 000 (71 färre till 5 fler)	RR = 0,84 (0,70 till 1,02)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Ingen allvarlig risk för bias. Bristande precision (breda konfidensintervall som överlappar ”ingen effekt av åtgärden”).
Allvarliga biverkningar	4 207 patienter (5 studier) 6–48 månader	191 per 1 000	6 färre per 1 000 (27 färre till 19 fler)	RR = 0,97 (0,86 till 1,10)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias
Kräkningar	1 845 patienter (4 studier) 6–36 månader	45 per 1 000	154 fler per 1 000 (100 fler till 227 fler)	RR = 4,42 (3,23 till 6,05)	Starkt veten-skapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Sömnsvårigheter	1 559 patienter (3 studier) 6–48 månader	23 per 1 000	75 fler per 1 000 (36 fler till 139 fler)	RR = 4,25 (2,57 till 7,04)	Starkt veten-skapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Illamående	4 671 patienter (6 studier) 6–48 månader	91 per 1 000	179 fler per 1 000 (143 fler till 220 fler)	RR = 2,97 (2,57 till 3,42)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias pga. oklar blindning.
Muskelspasmer eller kramper	1 557 patienter (3 studier) 6–48 månader	18 per 1 000	117 fler per 1 000 (60 fler till 216 fler)	RR = 7,52 (4,34 till 13,02)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias
Sömnbesvär (insomnia)	4 671 patienter (6 studier) 6–48 månader	62 per 1 000	41 fler per 1 000 (22 fler till 63 fler)	RR = 1,66 (1,36 till 2,02)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag	Risk för bias

					⊕⊕⊕◯	
Huvudvärk	3 890 patienter (4 studier) 6–48 månader	109 per 1 000	37 fler per 1 000 (5 fler till 77 fler)	RR = 1,34 (1,05 till 1,71)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias
Synkope/yrsel	3 890 patienter (4 studier) 6–48 månader	97 per 1 000	60 fler per 1 000 (35 fler till 90 fler)	RR = 1,62 (1,36 till 1,93)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias
Diarré	4 671 patienter (6 studier) 6–48 månader	184 per 1 000	202 fler per 1 000 (55 fler till 440 fler)	RR = 2,10 (1,30 till 3,39)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias pga. oklar blindning. Bristande överensstämmelse mellan studier (I^2 = 92 %)

Källa: Russ TC, Morling JR. Cholinesterase inhibitors for mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD009132..

Rad: 57
Tillstånd: Alzheimers sjukdom (diagnostiserad genom analys av biomarkörer), lindrig kognitiv funktionsnedsättning
Åtgärd: Kolinesterashämmare

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	**Kan erbjudas i undantagsfall**	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 **10**	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda kolinesterashämmare till personer med Alzheimers sjukdom (diagnostiserad genom analys av biomarkörer) med lindrig kognitiv funktionsnedsättning.

Motivering till rekommendation
Det vetenskapliga underlaget visar på en osäker effekt på utvecklingen av demenssjukdom, men i undantagsfall kan de positiva effekterna av behandlingen överväga biverkningarna.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Alzheimers sjukdom kan numera fastställas innan den kognitiva svikten blivit så uttalad att demenskriterierna uppfylls genom analys av specifika likvorproteiner eller neuroimaging. Har man fastställt amyloidstörning i hjärnan och tecken på pågående nervskada hos en person med lindrig kognitiv störning kan denna betecknas ha ”Alzheimers sjukdom med lindrig kognitiv funktionsnedsättning”.

En persons kognitiva funktioner (intellektuella förmåga) är till stor del beroende av aktivitet i flera olika transmittorsystem, särskilt glutamaterga, kolinerga och monoaminerga system. De glutamaterga banor som medierar både tänkande och minne regleras och påverkas av andra transmittorer. Acetylkolin är en viktig sådan substans.

Kolinesterashämmare hämmar ett enzym som bryter ner acetylkolin och ökar därmed halten acetylkolin.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid lindrig kognitiv störning ger kolinesterashämmare jämfört med placebo

- bättre kognition mätt med CDR (MD = -0,10; 95-procentigt konfidensintervall -0,11 till -0,09), men den kliniska betydelsen av effekten är osäker (starkt vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på kognition, mätt med MMSE (MD = 0,24; 95-procentigt konfidensintervall - 0,13 till 0,61) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på ADL-funktion, mätt med ADCS-ADL (MD = 0,15; 95-procentigt konfidensintervall -0,27 till 0,57) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- lägre risk att utveckla demens efter 1 år (RR = 0,69; 95-procentigt konfidensintervall 0,47 till 1) och efter 2 år (RR = 0,67; 95-procentigt konfidensintervall 0,55 till 0,83) (begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på risken att utveckla demens efter 3 år (RR = 0,84; 95-procentigt konfidensintervall 0,70 till 1,02) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en ökad risk för kräkningar (starkt vetenskapligt underlag), muskelspasmer och kramp i benen, illamående, sömnsvårigheter, synkope och yrsel samt huvudvärk, men ingen ökad risk för allvarliga biverkningar såsom död och livshotande tillstånd (måttligt starkt vetenskapligt underlag). Det finns även en ökad risk för diarré (begränsat vetenskapligt underlag).

Tillsammans visar de inkluderade studierna att kolinesterashämmare har liten förmåga att bromsa utvecklingen av demens hos personer med lindrig kognitiv störning, och har ingen eller liten effekt på kognition och ADL-funktion. Resultaten visar att i genomsnitt 28 patienter måste behandlas i ett år för att förhindra att en patient utvecklar demens. Motsvarande antal efter två år är 17 patienter (95-procentigt konfidensintervall 13–33), och efter tre år finns det inte längre någon statistiskt signifikant skillnad mellan behandlings- och placebogrupperna i antalet patienter som utvecklar demenssjukdom.

Biverkningar, vilka ofta är av övergående karaktär, uppträder relativt ofta, speciellt gastrointestinala biverkningar såsom illamående (NNH = 6; 95-procentigt konfidensintervall 5–7), kräkning (NNH = 7; 95-procentigt konfidensintervall 5–10), diarré (NNH = 5; 95-procentigt konfidensintervall 3–19). Många upplever, muskelspasmer/benkramper (NNH = 9; 95-procentigt konfidensintervall 5–17), onormala drömmar (NNH = 14; 95-procentigt konfidensintervall 8–28), synkope/yrsel (NNH = 17; 95-procentigt konfidensintervall 12–29), sömnbesvär (NNH = 25; 95-procentigt konfidensintervall 16–45) och huvudvärk (NNH = 27; 95-procentigt konfidensintervall 13–184). Det rapporterades inte om signifikanta skillnader i förekomsten av allvarliga biverkningar.

Resultaten i översikten från Cochrane [1] överensstämmer med två andra nyare systematiska översiktsartiklar av hög kvalitet [2, 3], och alla redovisar slutsatsen att kolinesterashämmare inte kan rekommenderas vid lindrig kognitv störning.

Vilka studier ingår i granskningen?

Kunskapsunderlaget för den här frågeställningen är detsamma som det för behandling med kolinesterashämmare av personer med lindrig kognitiv störning.

I granskningen ingår en översiktsartikel från Cochrane [1] som omfattar nio randomiserade, kontrollerade studier med polikliniska patienter (totalt 5 149 deltagare). MMSE-poängen på deltagarna vid inkluderandet var mer än eller lika med 24 poäng. Studierna använder olika kriterier för lindrig kognitiv störning. Tre studier använder Petersen-kriterierna [4] eller versioner av dem, medan övriga studier använder anpassade kriterier. I studierna ingår till övervägande del patienter med amnestisk, lindrig kognitiv störning och endast en mindre andel patienter med icke amnestisk lindrig kognitiv störning. Interventionsgruppen fick kolinesterashämmare medan kontrollgruppen fick placebo. Uppföljningstiden för effekter var 6–36 månader och upp till 48 månader för biverkningar.

Saknas någon information i studierna?

–

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Russ, TC, Morling, JR. Cholinesterase inhibitors for mild cognitive impairment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; 9:CD009132.
2. Cooper, C, Li, R, Lyketsos, C, Livingston, G. Treatment for mild cognitive impairment: systematic review. Br J Psychiatry. 2013; 203(3):255-64.
3. Tricco, AC, Soobiah, C, Berliner, S, Ho, JM, Ng, CH, Ashoor, HM, et al. Efficacy and safety of cognitive enhancers for patients with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. Cmaj. 2013; 185(16):1393-401.
4. Petersen, RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. Journal of internal medicine. 2004; 256(3):183-94.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av kolinesterashämmare jämfört med placebo hos personer med lindrig kognitiv störning

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensinter-vall)	Evidensstyrka	Kommentar
Kognition (mätt med CDR, skala 0–3, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 269 patienter (2 studier) 1 år		MD = -0,10 (-0,11 till - 0,09)		Starkt veten-skapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Kognition (mätt med MMSE, skala 0–30, högre värde indikerar bättre funktion))	1 269 patienter (2 studier) 1 år		MD = 0,24 (- 0,13 till 0,61)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Ingen allvarlig risk för bias. Bristande överensstämmelse mellan studierna.
ADL-funktion (mätt med ADCS-ADL, skala 0–78, högre värde indikerar bättre funktion)	2 408 patienter (3 studier) 1 år		MD = 0,15 (-0,27 till 0,57)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias
Utvecklande av demens efter 1 år	2 560 patienter (3 studier) 1 år	116 per 1 000	36 färre per 1 000 (61 färre till 0 färre)	RR = 0,69 (0,47 till 1)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias pga. oklar blindning, bristande överförbarhet pga. oklara kriterier för demensdiagnos.
Utvecklande av demens efter 2 år	2 048 patienter (2 studier) 2 år	180 per 1 000	59 färre per 1 000 (81 färre till 31 färre)	RR = 0,67 (0,55 till 0,83)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias pga. oklar blindning, bristande överförbarhet pga. oklara kriterier för demensdiagnos.

Utvecklande av demens efter 3 år	1 530 patienter (2 studier) 3 år	237 per 1 000	38 färre per 1 000 (71 färre till 5 fler)	RR = 0,84 (0,70 till 1,02)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Ingen allvarlig risk för bias. Bristande precision (breda konfidensintervall som överlappar ”ingen effekt av åtgärden”).
Allvarliga biverkningar	4 207 patienter (5 studier) 6–48 månader	191 per 1 000	6 färre per 1 000 (27 färre till 19 fler)	RR = 0,97 (0,86 till 1,10)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias
Kräkningar	1 845 patienter (4 studier) 6–36 månader	45 per 1 000	154 fler per 1 000 (100 fler till 227 fler)	RR = 4,42 (3,23 till 6,05)	Starkt veten-skapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Sömnsvårigheter	1 559 patienter (3 studier) 6–48 månader	23 per 1 000	75 fler per 1 000 (36 fler till 139 fler)	RR = 4,25 (2,57 till 7,04)	Starkt veten-skapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Illamående	4 671 patienter (6 studier) 6–48 månader	91 per 1 000	179 fler per 1 000 (143 fler till 220 fler)	RR = 2,97 (2,57 till 3,42)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias pga. oklar blindning.
Muskelspasmer eller kramper	1 557 patienter (3 studier) 6–48 månader	18 per 1 000	117 fler per 1 000 (60 fler till 216 fler)	RR = 7,52 (4,34 till 13,02)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias
Sömnbesvär (insomnia)	4 671 patienter (6 studier) 6–48 månader	62 per 1 000	41 fler per 1 000 (22 fler till 63 fler)	RR = 1,66 (1,36 till 2,02)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag	Risk för bias

					⊕⊕⊕◯	
Huvudvärk	3 890 patienter (4 studier) 6–48 månader	109 per 1 000	37 fler per 1 000 (5 fler till 77 fler)	RR = 1,34 (1,05 till 1,71)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias
Synkope/yrsel	3 890 patienter (4 studier) 6–48 månader	97 per 1 000	60 fler per 1 000 (35 fler till 90 fler)	RR = 1,62 (1,36 till 1,93)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias
Diarré	4 671 patienter (6 studier) 6–48 månader	184 per 1 000	202 fler per 1 000 (55 fler till 440 fler)	RR = 2,10 (1,30 till 3,39)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias pga. oklar blindning. Bristande överensstämmelse mellan studier (I^2 = 92 %)

Källa: Russ TC, Morling JR. Cholinesterase inhibitors for mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD009132..

Rad: 56A
Tillstånd: Alzheimers sjukdom, mild till måttlig
Åtgärd: Kolinesterashämmare

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör erbjuda läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare till personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har stor svårighetsgrad med få behandlingsalternativ samtidigt som åtgärden har liten till måttlig säkerställd effekt på t.ex. kognition och allmän daglig livsföring vilket bedöms överväga biverkningsprofilen.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Vid Alzheimers sjukdom förtvinar och dör hjärnans nervceller successivt, framför allt i tinnings- och hjässlober. Tidiga symtom är oftast försämrat närminne, koncentrationsproblem, svårigheter att orientera sig och språkstörningar. Det finns ärftliga former av Alzheimers sjukdom, men i de flesta fall vet man inte varför en person drabbas. Alzheimers sjukdom svarar för ungefär två tredjedelar av alla fall av demenssjukdom.

Mild demenssjukdom betecknar ett tidigt skede när personen kan klara vardagen utan stora insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor.

En persons kognitiva funktioner (intellektuella förmåga) är till stor del beroende av aktivitet i flera olika transmittorsystem, särskilt glutamaterga, kolinerga och monoaminerga system. De glutamaterga banor som medierar både tänkande och minne regleras och påverkas av andra transmittorer. Acetylkolin är en viktig sådan substans.

Kolinesterashämmare hämmar ett enzym som bryter ner acetylkolin och ökar därmed halten acetylkolin.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom ger kolinesterashämmare jämfört med placebo

- en liten till måttlig förbättring i global funktion (OR = 1,56; 95-procentigt konfidensintervall 1,32 till 1,85) (starkt vetenskapligt underlag)
- en liten till måttlig förbättring i kognition (MD = -2,37; 95-procentigt konfidensintervall -2,73 till -2,02, mätt med ADAS-Cog, och MD = 1,37; 95-procentigt konfidensintervall 1,13 till 1,61, mätt med MMSE) (starkt vetenskapligt underlag)
- en liten till måttlig förbättring i ADL-funktion (MD = 2,46; 95-procentigt konfidensintervall 1,55 till 3,37) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en liten till måttlig minskning i beteendestörningar (MD = -2,44; 95-procentigt konfidensintervall -4,12 till -0,76, mätt med NPI) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en ökad risk för bortfall från studier på grund av biverkningar (OR = 2,32; 95-procentigt konfidensintervall 1,95 till 2,76) (starkt vetenskapligt underlag)
- gastrointestinala biverkningar, till exempel en ökad risk för illamående (OR = 4,87; 95-procentigt konfidensintervall 4,13 till 5,74), kräkningar (OR = 4,82; 95-procentigt konfidensintervall 3,91 till 5,94) och diarré (OR = 1,91; 95-procentigt konfidensintervall 1,59 till 2,30) (starkt vetenskapligt underlag).

Kolinesterashämmare (donepezil, galantamin och rivastigmin) har konsekventa, statistiskt signifikanta effekter på ett flertal kognitiva förmågor och på global funktion och ADL-funktion, men effekterna är måttliga. Det finns ingen vetenskaplig grund för att rekommendera en typ av kolinesterashämmare framför en annan [1, 2].

I en Cochrane-översikt [1] hade patienterna i interventionsgruppen en genomsnittlig förändring i MMSE-poäng (skala 0–30, högre värde indikerar bättre funktion) som var i genomsnitt 1,37 poäng (95-procentigt konfidensintervall 1,13–1,61) högre än patienterna i placebogruppen efter 6 månader. Vidare hade de en genomsnittlig förändring i ADL-funktion mätt med Progression Detoriation Scale (PDS, skala 0–100, högre värde indikerar bättre funktion), som var 2,46 poäng högre (95-procentigt konfidensintervall 1,55–3,37) än patienterna som behandlades med placebo. Av patienterna som fick aktiv behandling visade 66 procent förbättrad eller oförändrad global funktion efter 6 månader (värderat av läkare och anhöriga med CIBIC-plus), jämfört med 51 procent av patienterna som fick placebo. Det innebär att i genomsnitt sju patienter måste behandlas med en kolinesterashämmare för att en enskild patient ska uppvisa en förbättring eller hålla sig stabil i global funktion under en 6-månadersperiod (NNT = 7; 95-procentigt konfidensintervall 6–11).

Effekten av kolinesterashämmare utöver 6 månader är lite studerad, men tre enskilda studier (på donepezil och rivastigmin), varav en nordisk, indike-

rar att effekten på kognition, ADL-funktion och global funktionsnivå kan kvarstå i varje fall upp till 12–24 månader vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom [4-6]. Det saknas bra, randomiserade, kontrollerade studier som har undersökt effekten utöver 24 månader.

Biverkningar vid behandling med kolinesterashämmare är vanliga, men ofta övergående. Enligt Birks [1] innefattar de vanligaste biverkningarna gastrointestinala besvär, inklusive illamående, kräkningar, aptitnedgång och diarré.

Vilka studier ingår i granskningen?

Kunskapsunderlaget baseras på fyra systematiska översiktsartiklar [1, 7-9] och en systematisk rapport som ligger till grund för NICE-riktlinjerna för behandling av demenssjukdomar [2, 3]. Studierna omfattar genomgående patienter med mild till måttlig Alzheimers sjukdom, vilket motsvarades av 10–26 MMSE-poäng vid behandlingens start.

De inkluderade studierna har genomgående en uppföljningstid på 24 veckor eller mer för alla effektmått. Tre enskilda studier på donepezil och rivastigmin som ingår i två olika översiktsartiklar från Cochrane [7, 8] har 12 och 24 månaders uppföljning.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas dokumentation om hur läkemedlen påverkar livskvalitet och tid till vårdhemsplacering eller död.

Hälsoekonomisk bedömning

Det finns viss evidens för att kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom är kostnadseffektiv jämfört med placebo.

Referenser

1. Birks, J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (1):CD005593.
2. Bond, M, Rogers, G, Peters, J, Anderson, R, Hoyle, M, Miners, A, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (review of Technology Appraisal No. 111): a systematic review and economic model. Health Technology Assessment (Winchester, England). 2012; 16(21):1-470.
3. Hyde, C, Peters, J, Bond, M, Rogers, G, Hoyle, M, Anderson, R, et al. Evolution of the evidence on the effectiveness and cost-effectiveness of acetylcholinesterase inhibitors and memantine for Alzheimer's disease: systematic review and economic model. Age Ageing. 2013; 42(1):14-20.
4. Bullock, R, Touchon, J, Bergman, H, Gambina, G, He, Y, Rapatz, G, et al. Rivastigmine and donepezil treatment in moderate to moderately-severe Alzheimer's disease over a 2-year period. Curr Med Res Opin. 2005; 21(8):1317-27.

5. Engedal, K, Soininen, H, Verhey, F, Waldemar, G, Winblad, B, Wimo, A, et al. Donepezil improved or stabilized cognition over one year in patients with mild and moderate alzheimer's disease. Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. 2000; Suppl 3:S368.
6. Karaman, Y, Erdogan, F, Koseoglu, E, Turan, T, Ersoy, AO. A 12-month study of the efficacy of rivastigmine in patients with advanced moderate Alzheimer's disease. Dement Geriatr Cogn Disord. 2005; 19(1):51-6.
7. Birks, J, Harvey, RJ. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (1):CD001190.
8. Birks, JS, Grimley Evans, J. Rivastigmine for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 4:Cd001191.
9. Cooper, C, Mukadam, N, Katona, C, Lyketsos, CG, Blazer, D, Ames, D, et al. Systematic review of the effectiveness of pharmacologic interventions to improve quality of life and well-being in people with dementia. Am J Geriatr Psychiatry. 2013; 21(2):173-83.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av kolinesterashämmare jämfört med placebo vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Number needed to harm (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Antal med förbättra global funktion (mätt med CIBIC-plus)	3 402 patienter (8 studier) 24–26 veckor	168 per 1 000	72 fler per 1 000 (42 fler till 104 fler)	OR = 1,56 (1,32 till 1,85)	NNT = 14 (10–24)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Kognitiv funktion (mätt med ADAS-Cog, skala 0–70, lägre värde indikerar bättre funktion)	4 236 patienter (10 studier) 24–26 veckor		MD = -2,37 (-2,73 till -2,02)			Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Lite varierande effektestimat, men alla studierna visar en positiv effekt
Kognition (mätt med MMSE, skala 0–30, högre värde indikerar bättre funktion)	3 118 patienter (9 studier) 26–52 veckor		MD = 1,37 (1,13 till 1,61)			Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Alla studierna finansieras av industrin, 2/9 studier har stort bortfall (> 30 %). Lite varierande effektestimat, men alla studierna visar en positiv effekt
ADL-funktion (mätt med The Progressive Deterioration Scale, skala 0–100, högre värde indikerar bättre funktion)	2 188 patienter (5 studier) 26–52 veckor		MD = 2,46 (1,55 till 3,37)			Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias (2 studier med mycket stort bortfall, alla studier är finansierade av industrin)

Beteendestörning (mätt med NPI Scale, skala 1–120, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 005 patienter (3 studier) 24–26 veckor		MD = -2,44 (-4,12 till -0,76)			Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Alla studierna finansieras av industrin, stor heterogenitet (I^2 > 60 %)
Biverkningar (illamående)	5 089 patienter (13 studier) > 6 månader	91 per 1 000	237 fler per 1 000 (202 fler till 274 fler)	OR = 4,87 (4,13 till 5,74)	NNH = 5 (4–5)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Hög risk för bias p.g.a. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall)
Biverkningar (kräkningar)	4 703 patienter (11 studier) > 6 månader	54 per 1 000	161 fler per 1 000 (128 fler till 198 fler)	OR = 4,82 (3,91 till 5,94)	NNH = 7 (6–8)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Hög risk för bias p.g.a. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall)
Biverkningar (yrsel)	4 583 patienter (12 studier) > 6 månader	78 per 1 000	66 fler per 1 000 (44 fler till 92 fler)	OR = 1,99 (1,64 till 2,42)	NNH = 16 (11–23)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Hög risk för bias p.g.a. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall)
Biverkningar (diarré)	5 173 patienter (13 studier) > 6 månader	79 per 1 000	62 fler per 1 000 (41 fler till 86 fler)	OR = 1,91 (1,59 till 2,30)	NNH = 17 (12–25)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Hög risk för bias p.g.a. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall)
Biverkningar (sömnlöshet)	2 906patienter (7 studier) > 6 månader	59 per 1 000	27 fler per 1 000 (6 fler till 52 fler)	OR = 1,49 (1,12 till 2)	NNH = 38 (20–152)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Hög risk för bias p.g.a. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall)
Bortfall pga.	5 143 patienter	85 per 1 000	92 fler per 1 000	OR = 2,32 (1,95 till	NNH = 11 (9–15)	Starkt vetenskap-	Hög risk för bias

biverkningar	(13 studier)		(68 fler till 119 fler)	2,76)		ligt underlag ⊕⊕⊕⊕	p.g.a. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall)
Biverkningar (aptitnedgång) 4 419 patienter (10 studier) > 6 månader	36 per 1 000	87 fler per 1 000 (61 fler till 117 fler)	OR = 3,75 (2,89 till 4,87)	NNH = 12 (9–17)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○	Bristande överensstämmelse mellan studier	
Biverkningar (huvudvärk) 3 686 patienter (9 studier) > 6 månader	97 per 1 000	46 fler per 1 000 (23 fler till 73 fler)	OR = 1,56 (1,27 till 1,91)	NNH = 22 (14–44)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○	Bristande överensstämmelse mellan studier	

Källa: Birks J Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. The Cochrane database of systematic reviews 2006;(1):CD005593

Rad: 56B
Tillstånd: Alzheimers sjukdom, mild till måttlig, med cerebrovaskulära inslag
Åtgärd: Kolinesterashämmare

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör erbjuda läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare till personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulära inslag.

Motivering till rekommendation

Tillståndet har stor svårighetsgrad med få behandlingsalternativ samtidigt som åtgärden har liten till måttlig säkerställd effekt på t.ex. kognition och allmän daglig livsföring vilket bedöms överväga biverkningsprofilen.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Vid Alzheimers sjukdom förtvinar och dör hjärnans nervceller successivt, framför allt i tinnings- och hjässlober. Tidiga symtom är oftast försämrat närminne, koncentrationsproblem, svårigheter att orientera sig och språkstörningar. Det finns ärftliga former av Alzheimers sjukdom, men i de flesta fall vet man inte varför en person drabbas. Alzheimers sjukdom svarar för ungefär två tredjedelar av alla fall av demenssjukdom. Vaskulär demens och Alzheimers sjukdom delar samma riskfaktorer och det finns en hög komorbiditet mellan de två demenssjukdomarna, speciellt hos äldre. Hög ålder och förekomst av vaskulära riskfaktorer ökar sannolikheten för både cerebrovaskulär sjukdom och Alzheimers sjukdom. Autopsi-studier indikerar att blandad Alzheimers och cerebrovaskulär patologi är den vanligast förekommande patologin vid demens.

Mild demenssjukdom betecknar ett tidigt skede när personen kan klara vardagen utan stora insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor.

En persons kognitiva funktioner (intellektuella förmåga) är till stor del beroende av aktivitet i flera olika transmittorsystem, särskilt glutamaterga, kolinerga och monoaminerga system. De glutamaterga banor som medierar

både tänkande och minne regleras och påverkas av andra transmittorer. Acetylkolin är en viktig sådan substans.

Kolinesterashämmare hämmar ett enzym som bryter ner acetylkolin och ökar därmed halten acetylkolin.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom ger kolinesterashämmare jämfört med placebo

- en liten till måttlig förbättring i global funktion (OR = 1,56; 95-procentigt konfidensintervall 1,32 till 1,85) (starkt vetenskapligt underlag)
- en liten till måttlig förbättring i kognition (MD = -2,37; 95-procentigt konfidensintervall -2,73 till -2,02, mätt med ADAS-Cog, och MD = 1,37; 95-procentigt konfidensintervall 1,13 till 1,61, mätt med MMSE) (starkt vetenskapligt underlag)
- en liten till måttlig förbättring i ADL-funktion (MD = 2,46; 95-procentigt konfidensintervall 1,55 till 3,37) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en liten till måttlig minskning i beteendestörningar (MD = -2,44; 95-procentigt konfidensintervall -4,12 till -0,76, mätt med NPI) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en ökad risk för bortfall från studier på grund av biverkningar (OR = 2,32; 95-procentigt konfidensintervall 1,95 till 2,76) (starkt vetenskapligt underlag)
- gastrointestinala biverkningar, till exempel en ökad risk för illamående (OR = 4,87; 95-procentigt konfidensintervall 4,13 till 5,74), kräkningar (OR = 4,82; 95-procentigt konfidensintervall 3,91 till 5,94) och diarré (OR = 1,91; 95-procentigt konfidensintervall 1,59 till 2,30) (starkt vetenskapligt underlag).

Kolinesterashämmare (donepezil, galantamin och rivastigmin) har konsekventa, statistiskt signifikanta effekter på ett flertal kognitiva förmågor och på global funktion och ADL-funktion, men effekterna är måttliga. Det finns ingen vetenskaplig grund för att rekommendera en typ av kolinesterashämmare framför en annan [1, 2].

I en Cochrane-översikt [1] hade patienterna i interventionsgruppen en genomsnittlig förändring i MMSE-poäng (skala 0–30, högre värde indikerar bättre funktion) som var i genomsnitt 1,37 poäng (95-procentigt konfidensintervall 1,13–1,61) högre än patienterna i placebogruppen efter 6 månader. Vidare hade de en genomsnittlig förändring i ADL-funktion mätt med Progression Detoriation Scale (PDS, skala 0–100, högre värde indikerar bättre funktion), som var 2,46 poäng högre (95-procentigt konfidensintervall 1,55–3,37) än patienterna som behandlades med placebo. Av patienterna som fick aktiv behandling visade 66 procent förbättrad eller oförändrad global funktion efter 6 månader (värderat

av läkare och anhöriga med CIBIC-plus), jämfört med 51 procent av patienterna som fick placebo. Det innebär att i genomsnitt sju patienter måste behandlas med en kolinesterashämmare för att en enskild patient ska uppvisa en förbättring eller hålla sig stabil i global funktion under en 6-månadersperiod (NNT = 7; 95-procentigt konfidensintervall 6–11).

Effekten av kolinesterashämmare utöver 6 månader är lite studerad, men tre enskilda studier (på donepezil och rivastigmin), varav en nordisk, indikerar att effekten på kognition, ADL-funktion och global funktionsnivå kan kvarstå i varje fall upp till 12–24 månader vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom [3-5]. Det saknas bra, randomiserade, kontrollerade studier som har undersökt effekten utöver 24 månader.

Biverkningar vid behandling med kolinesterashämmare är vanliga, men ofta övergående. Enligt Birks [1] innefattar de vanligaste biverkningarna gastrointestinala besvär, inklusive illamående, kräkningar, aptitnedgång och diarré.

Vilka studier ingår i granskningen?

I de här riktlinjerna, liksom i de norska riktlinjerna, används samma kunskapsunderlag för patienter med mild till måttlig Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulära inslag som för patienter med mild till måttlig Alzheimers sjukdom utan cerebrovaskulära inslag.

Kunskapsunderlaget baseras på fyra systematiska översiktsartiklar [1, 6-8] och en systematisk rapport som ligger till grund för NICE-riktlinjerna för behandling av demenssjukdomar [2, 9]. Studierna omfattar genomgående patienter med mild till måttlig Alzheimers sjukdom, vilket motsvarades av 10–26 MMSE-poäng vid behandlingens start.

De inkluderade studierna har genomgående en uppföljningstid på 24 veckor eller mer för alla effektmått. Tre enskilda studier på donepezil och rivastigmin som ingår i två olika översiktsartiklar från Cochrane [6, 7] har 12 och 24 månaders uppföljning.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas dokumentation om hur läkemedlen påverkar livskvalitet och tid till vårdhemsplacering eller död.

Hälsoekonomisk bedömning

Det saknas studier som belyst kostnadseffektivitet för behandling med kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulära inslag. Kostnadseffektiviteten har därför inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Referenser

1. Birks, J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (1):CD005593.
2. Bond, M, Rogers, G, Peters, J, Anderson, R, Hoyle, M, Miners, A, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of

Alzheimer's disease (review of Technology Appraisal No. 111): a systematic review and economic model. Health Technol Assess. 2012; 16(21):1-470.
3. Bullock, R, Touchon, J, Bergman, H, Gambina, G, He, Y, Rapatz, G, et al. Rivastigmine and donepezil treatment in moderate to moderately-severe Alzheimer's disease over a 2-year period. Curr Med Res Opin. 2005; 21(8):1317-27.
4. Engedal, K, Soininen, H, Verhey, F, Waldemar, G, Winblad, B, Wimo, A, et al. Donepezil improved or stabilized cognition over one year in patients with mild and moderate alzheimer's disease. Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. 2000; Suppl 3:S368.
5. Karaman, Y, Erdogan, F, Koseoglu, E, Turan, T, Ersoy, AO. A 12-month study of the efficacy of rivastigmine in patients with advanced moderate Alzheimer's disease. Dement Geriatr Cogn Disord. 2005; 19(1):51-6.
6. Birks, J, Harvey, RJ. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (1):CD001190.
7. Birks, JS, Grimley Evans, J. Rivastigmine for Alzheimer's disease. The Cochrane database of systematic reviews. 2015; 4:Cd001191.
8. Cooper, C, Mukadam, N, Katona, C, Lyketsos, CG, Blazer, D, Ames, D, et al. Systematic review of the effectiveness of pharmacologic interventions to improve quality of life and well-being in people with dementia. Am J Geriatr Psychiatry. 2013; 21(2):173-83.
9. Hyde, C, Peters, J, Bond, M, Rogers, G, Hoyle, M, Anderson, R, et al. Evolution of the evidence on the effectiveness and cost-effectiveness of acetylcholinesterase inhibitors and memantine for Alzheimer's disease: systematic review and economic model. Age Ageing. 2013; 42(1):14-20.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av kolinesterashämmare jämfört med placebo vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Number needed to harm (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Antal med förbättra global funktion (mätt med CIBIC-plus)	3 402 patienter (8 studier) 24–26 veckor	168 per 1 000	72 fler per 1 000 (42 fler till 104 fler)	OR = 1,56 (1,32 till 1,85)	NNT = 14 (10–24)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Kognitiv funktion (mätt med ADAS-Cog, skala 0–70, lägre värde indikerar bättre funktion)	4 236 patienter (10 studier) 24–26 veckor		MD = -2,37 (-2,73 till -2,02)			Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Lite varierande effektestimat, men alla studierna visar en positiv effekt
Kognition (mätt med MMSE, skala 0–30, högre värde indikerar bättre funktion)	3 118 patienter (9 studier) 26–52 veckor		MD = 1,37 (1,13 till 1,61)			Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Alla studierna finansieras av industrin, 2/9 studier har stort bortfall (> 30 %). Lite varierande effektestimat, men alla studierna visar en positiv effekt
ADL-funktion (mätt med The Progressive Deterioration Scale, skala 0–100, högre värde indikerar bättre funktion)	2 188 patienter (5studier) 26–52 veckor		MD = 2,46 (1,55 till 3,37)			Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias (2 studier med mycket stort bortfall, alla studier är finansierade av industrin)

Beteendestörning (mätt med NPI Scale, skala 1–120, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 005 patienter (3 studier) 24–26 veckor		MD = -2,44 (-4,12 till -0,76)			Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Alla studierna finansieras av industrin, stor heterogenitet (I^2 > 60 %)
Biverkningar (illamående)	5 089 patienter (13 studier) > 6 månader	91 per 1 000	237 fler per 1 000 (202 fler till 274 fler)	OR = 4,87 (4,13 till 5,74)	NNH = 5 (4–5)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Hög risk för bias p.g.a. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall)
Biverkningar (kräkningar)	4 703 patienter (11 studier) > 6 månader	54 per 1 000	161 fler per 1 000 (128 fler till 198 fler)	OR = 4,82 (3,91 till 5,94)	NNH = 7 (6–8)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Hög risk för bias p.g.a. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall)
Biverkningar (yrsel)	4 583 patienter (12 studier) > 6 månader	78 per 1 000	66 fler per 1 000 (44 fler till 92 fler)	OR = 1,99 (1,64 till 2,42)	NNH = 16 (11–23)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Hög risk för bias p.g.a. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall)
Biverkningar (diarré)	5 173 patienter (13 studier) > 6 månader	79 per 1 000	62 fler per 1 000 (41 fler till 86 fler)	OR = 1,91 (1,59 till 2,30)	NNH = 17 (12–25)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Hög risk för bias p.g.a. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall)
Biverkningar (sömnlöshet)	2 906 patienter (7 studier) > 6 månader	59 per 1 000	27 fler per 1 000 (6 fler till 52 fler)	OR = 1,49 (1,12 till 2)	NNH = 38 (20–152)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	Hög risk för bias p.g.a. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall)
Bortfall pga.	5 143 patienter	85 per 1 000	92 fler per 1 000	OR = 2,32 (1,95 till	NNH = 11 (9–15)	Starkt vetenskap-	Hög risk för bias

biverkningar	(13 studier)		(68 fler till 119 fler)	2,76)		ligt underlag ⊕⊕⊕⊕	p.g.a. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall)
Biverkningar (aptitnedgång) 4 419 patienter (10 studier) > 6 månader	36 per 1 000	87 fler per 1 000 (61 fler till 117 fler)	OR = 3,75 (2,89 till 4,87)	NNH = 12 (9–17)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○	Bristande överensstämmelse mellan studier	
Biverkningar (huvudvärk) 3 686 patienter (9 studier) > 6 månader	97 per 1 000	46 fler per 1 000 (23 fler till 73 fler)	OR = 1,56 (1,27 till 1,91)	NNH = 22 (14–44)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○	Bristande överensstämmelse mellan studier	

Källa: Birks J Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. The Cochrane database of systematic reviews 2006;(1):CD005593

Rad: 58
Tillstånd: Alzheimers sjukdom, mild till måttlig
Åtgärd: Memantin

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 **5** 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan erbjuda läkemedelsbehandling med memantin till personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten positiv effekt på global funktion och kognitiv funktion och innebär få biverkningar.
Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Vid Alzheimers sjukdom förtvinar och dör hjärnans nervceller successivt, framför allt i tinnings- och hjässlober. Tidiga symtom är oftast försämrat närminne, koncentrationsproblem, svårigheter att orientera sig och språkstörningar. Det finns ärftliga former av Alzheimers sjukdom, men i de flesta fall vet man inte varför en person drabbas. Alzheimers sjukdom svarar för ungefär två tredjedelar av alla fall av demenssjukdom.

Mild demenssjukdom betecknar ett tidigt skede när personen kan klara vardagen utan stora insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor.

Memantin är en NMDA-receptorantagonist (N-metyl-D-aspartat) som verkar genom att modulera glutamatinducerad neural dysfunktion. Behandling av Alzheimers patienter med memantin syftar till att förbättra den kognitiva förmågan och minska beteendesymtomen, främst kroppslig oro (agitation) och aggressivitet. De positiva effekterna på kognitiva funktioner tycks komma förhållandevis snabbt. Biverkningarna av memantin verkar ofta vara lindriga.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom ger memantin jämfört med placebo

- en liten förbättring i global funktion (MD = 0,13; 95-procentigt konfidensintervall 0,01 till 0,25) mätt med CIBIC+ (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en liten förbättring i kognitiv funktion (MD = 0,99; 95-procentigt konfidensintervall 0,21 till 1,78) mätt med ADAS-Cog (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på ADL-funktion (MD = 0,2; 95-procentigt konfidensintervall -0,87 till 1,27) mätt med ADCS-ADL23 (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på biverkningar (OR = 1,04; 95-procentigt konfidensintervall 0,81 till 1,33, måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- ingen ökad risk för depression (OR = 0,71; 95-procentigt konfidensintervall 0,38 till 1,32, begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen ökad risk för agitation (OR = 0,91; 95-procentigt konfidensintervall 0,57 till 1,46, begränsat vetenskapligt underlag).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma risken med memantin på trötthet vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom.

Effekterna är små och av tveksam klinisk relevans.

Resultaten i den systematiska översikten från Cochrane, som presenteras ovan, stämmer väsentligen överens med resultaten i de två systematiska översiktsartiklar från 2013 och 2015 [1, 2] som också ingår i granskningen. Dessa visar en blygsam effekt av memantin på kognition och ingen effekt på ADL-funktion hos patienter med mild till måttlig Alzheimers sjukdom. Effekterna är bättre för patienter med måttlig till svår Alzheimers sjukdom.

Memantin tolereras genomgående väl, men evidensläget är för dåligt för att dra säkra slutsatser om en del viktiga utfallsmått. Möjligen finns en ökad risk för trötthet [3].

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översiktsartikel från Cochrane [3] som har gjort subgruppsanalyser på effekter och biverkningar av memantin hos patienter med mild till måttlig Alzheimers sjukdom. I analyserna ingår tre randomiserade kontrollerade studier från USA och Europa. I dessa har effekterna och biverkningarna studerats efter ett halvårs behandling med memantin. Dessutom ingår två systematiska översiktsartiklar [1, 2] som undersöker effekten av memantin vid olika svårighetsgrad av Alzheimers sjukdom.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om en del biverkningar som kan vara relevanta ur ett patientperspektiv.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Di Santo, SG, Prinelli, F, Adorni, F, Caltagirone, C, Musicco, M. A meta-analysis of the efficacy of donepezil, rivastigmine, galantamine, and memantine in relation to severity of Alzheimer's disease. Journal of Alzheimer's Disease. 2013; 35(2):349-61.
2. Matsunaga, S, Kishi, T, Iwata, N. Memantine monotherapy for Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. PloS one. 2015; 10(4):e0123289.
3. McShane, R, Areosa Sastre, A, Minakaran, N. Memantine for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; (2):CD003154.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av memantin (20 mg/dag) jämfört med placebo (2 studier) eller placebo plus fortsatt behandling med kolinesterashämmare (1 studie) vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Global funktion (mätt med CIBIC+, skala 1–7)	1 281 patienter (3 studier) 24 veckor		MD = 0,13 (0,01 till 0,25)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Hög risk för bias (saknas beskrivning av gruppallokering, industrisponsrade studier) Memantin ger bättre funktion.
Kognitiv funktion (mätt med ADAS-Cog, skala 0–70, högre värde indikerar bättre funktion)	1 279 patienter (3 studier) 24 veckor		MD = 0,99 (0,21 till 1,78)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Hög risk för bias (saknas beskrivning av gruppallokering, industrisponsrade studier)
ADL-funktion (mätt med ADCS-ADL23, skala 0–78, högre värde indikerar bättre funktion)	1 271 patienter (3 studier) 24 veckor		MD = 0,2 (-0,87 till 1,27)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Hög risk för bias (saknas beskrivning av gruppallokering, industrisponsrade studier)

Antal som upplever minst en biverkning	1 306 patienter (3 studier) 24 veckor	696 per 1 000	8 fler per 1 000 (46 färre till 56 fler)	OR = 1,04 (0,81 till 1,33)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Hög risk för bias (saknas beskrivning av gruppallokering, industrisponsrade studier)
Depression	836 patienter (2 studier) 24 veckor	60 per 1 000	17 färre per 1 000 (36 färre till 17 fler)	OR = 0,71 (0,38 till 1,32)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Hög risk för bias (saknas beskrivning av gruppallokering, industrisponsrade studier). Bristande precision (brett konfidensintervall)
Agitation	1 306 patienter (3 studier) 24 veckor	130 per 1 000	10 färre per 1 000 (52 färre till 49 fler)	OR = 0,91 (0,57 till 1,46)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Hög risk för bias (saknas beskrivning av gruppallokering, industrisponsrade studier). Bristande precision (brett konfidensintervall)
Trötthet	403 patienter (1 studie) 24 veckor	10 per 1 000	60 fler per 1 000 (7 fler till 240 fler)	OR = 7,49 (1,68 till 33,38)	Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕◯◯◯	Hög risk för bias (saknas beskrivning av gruppallokering, industrisponsrade studier). Mycket bristande precision (få studier, mycket brett konfidensintervall)

Källa: McShane, R, Areosa Sastre, A, Minakaran, N. Memantine for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; (2):CD003154

Rad: 59
Tillstånd: Alzheimers sjukdom, måttlig till svår
Åtgärd: Memantin

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör erbjuda läkemedelsbehandling med memantin till personer med måttlig till svår Alzheimers sjukdom.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har stor svårighetsgrad och åtgärden har liten positiv effekt på global funktion, ADL-funktion och kognitiv funktion samtidigt som små förbättringar i det aktuella stadiet av sjukdomen är betydelsefulla. Åtgärden innebär få biverkningar.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Vid Alzheimers sjukdom förtvinar och dör hjärnans nervceller successivt, framför allt i tinnings- och hjässlober. Tidiga symtom är oftast försämrat närminne, koncentrationsproblem, svårigheter att orientera sig och språkstörningar. Det finns ärftliga former av Alzheimers sjukdom, men i de flesta fall vet man inte varför en person drabbas. Alzheimers sjukdom svarar för ungefär två tredjedelar av alla fall av demenssjukdom.

Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor. Svår demenssjukdom betecknar det skede när personen behöver ständig tillsyn och hjälp med det mesta.

Memantin är en NMDA-receptorantagonist (N-metyl-D-aspartat) som verkar genom att modulera glutamatinducerad neural dysfunktion. Behandling av Alzheimers patienter med memantin syftar till att förbättra den kognitiva förmågan och minska beteendesymtomen, främst kroppslig oro (agitation) och aggressivitet. De positiva effekterna på kognitiva funktioner tycks komma förhållandevis snabbt. Biverkningarna av memantin verkar ofta vara lindriga.

Tillståndets svårighetsgrad

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom ger memantin jämfört med placebo

- en liten förbättring i global funktion (MD = -0,28; 95-procentigt konfidensintervall -0,15 till -0,41) mätt med CIBIC+ (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en liten förbättring i ADL-funktion (MD = 1,27; 95-procentigt konfidensintervall 0,44 till 2,09) mätt med ADCS-ADLser19 (begränsat vetenskapligt underlag)
- en liten förbättring i kognitiv funktion (MD = 2,97; 95-procentigt konfidensintervall 1,68 till 4,26) mätt med SIB (begränsat vetenskapligt underlag)
- en lägre risk för bortfall från studien (OR = 0,66; 95-procentigt konfidensintervall 0,49 till 0,88) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på biverkningar (OR = 1,13; 95-procentigt konfidensintervall 0,84 till 1,52; måttligt starkt vetenskapligt underlag).

Kunskapsunderlaget är splittrat. Metaanalysen i Matsunaga et al. [1] visar att för Alzheimersgruppen som helhet (det vill säga mild till svår sjukdom) har memantin en statistisk signifikant effekt på kognition, ADL-funktion, global funktion och demensstadium.

Subgruppsanalys av patienter med mild till måttlig (2 studier, n = 885) och måttlig till svår Alzheimers sjukdom (7 studier, n = 1 554), visar att memantin har en bättre effekt på kognition vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom (SMD = -0,31; 95-procentigt konfidensintervall: -0,47 till -0,15), än vid mild till måttlig grad (SMD = -0,17; 95-procentigt konfidensintervall: -0,31 till −0,02).

Studierna av Bond et al. [2] och Hyde et al. [3] på måttlig till svår Alzheimers sjukdom visar en signifikant effekt på global funktion och ADL-funktion, men inte på kognition och BPSD.

Det finns god tolerans för memantin, men evidensläget är för dåligt för att det ska gå att dra säkra slutsatser om en del viktiga utfallsmått. Enligt Matsunaga et al. [1] finns det ingen signifikant skillnad i bortfallet under behandlingsperioden på grund av biverkningar i placebogruppen jämfört med den aktiva behandlingsgruppen. De påvisade positiva effekterna av och den goda toleransen för memantin bekräftas i en översiktsartikel från Cochrane [4], dock med undantag av trötthet som i denna översikt rapporteras som en biverkan hos patienter med mild till måttlig Alzheimers sjukdom.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår kunskapsunderlaget till NICE-riktlinjerna. Detta omfattar två studier av låg kvalitet som studerar effekten av memantin (15–20 mg/dag) vid måttlig till allvarlig Alzheimers sjukdom (2 studier, n = 582) [2, 3].

I granskningen ingår även en systematisk översiktsartikel som omfattar nio randomiserade, kontrollerade studier med totalt 2 433 deltagare (50 år eller äldre) som var diagnostiserade med möjlig eller trolig mild till allvarlig Alz-

heimers sjukdom i förhållande till NINCDS-ADRDA och DSM-IV-kriterier [1]. MMSE-poängen vid inkluderingen var 3–23 poäng. Behandlingsgruppen fick memantin som monoterapi och kontrollgruppen fick placebo. Uppföljningstiden för effekter var 24–52 veckor. Studierna genomfördes i USA, Europa, Japan och Kina.

Dessutom ingår en systematisk översikt från Cochrane [4]. Denna omfattar tre studier, varav två multicenterstudier, av patienter med måttlig till svår Alzheimers sjukdom. Patienterna var äldre än 50 år (medelåldern var cirka 76–78 år). MMSE-poängen vid inkludering var 3–14 poäng. Behandlingsgruppen fick 20 mg memantin per dag och kontrollgruppen fick placebo. Studierna genomfördes i USA.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om en del biverkningar.

Hälsoekonomiskt underlag

Hälsoekonomiska modellanalyser drar olika slutsatser om kostnadseffektivitet för behandling med memantin vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom jämfört med ingen aktiv behandling (placebo). Medan flera studier pekar på att memantin kan vara kostnadsbesparande och samtidigt ge hälsovinster fann en HTA-rapport från Storbritannien från år 2012 att memantin inte är kostnadseffektivt, att tillgängliga data fortfarande är osäkra och att modellresultaten därför ska tolkas med försiktighet eftersom de bygger på ett flertal antaganden om hur behandlingen påverkar patientnytta och resursbehov.

Referenser

1. Matsunaga, S, Kishi, T, Iwata, N. Memantine monotherapy for Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. PloS one. 2015; 10(4):e0123289.
2. Bond, M, Rogers, G, Peters, J, Anderson, R, Hoyle, M, Miners, A, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (review of Technology Appraisal No. 111): a systematic review and economic model. Health Technol Assess. 2012; 16(21):1-470.
3. Hyde, C, Peters, J, Bond, M, Rogers, G, Hoyle, M, Anderson, R, et al. Evolution of the evidence on the effectiveness and cost-effectiveness of acetylcholinesterase inhibitors and memantine for Alzheimer's disease: systematic review and economic model. Age Ageing. 2013; 42(1):14-20.
4. McShane, R, Areosa Sastre, A, Minakaran, N. Memantine for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; (2):CD003154.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av memantin (20 mg/dag) jämfört med placebo vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Global impression (mätt med Clinician's Interview-Based Impression of Change Scale(CIBIC-Plus), skala 1–7, lägre värde indikerar en bättre funktion)	964 patienter (3 studier) 24–28 veckor		MD = -0, 28 (-0,15 till -0,41)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Hög risk för bias: Industrisponsrade studier (3 studier), oklar allokering (1 studie).
Kognition (mätt med Severe Impairment Battery (SIB), skala 0–100, högre värde indikerar bättre funktion)	976 patienter (3 studier) 24–28 veckor		MD = 2,97 (1,68 till 4,26)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Hög risk för bias: Industrisponsrade studier (3 studier), oklar allokering (1 studie)Bristande överensstämmelse (hög heterogenitet, I^2 = 74 %).
ADL-funktion (mätt med ADCS-ADLsev19, skala 0–54)	978 patienter (3 studier) 24–28 veckor		MD = 1,27 (0,44 till 2,09)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Hög risk för bias: Industrisponsrade studier (3 studier), oklar allokering (1 studie) Bristande överensstämmelse (hög heterogenitet,

						I^2 = =74 %).
Antal som upp-lever minst en biverkning	1 005 patienter (3 studier) 6 månader	760 per 1 000	22 fler per 1 000 (33 färre till 68 fler)	OR = 1,13 (0,84 till 1,52)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Hög risk för bias: Industrisponsrade studier (3 studier), oklar allokering (1 studie)
Bortfall under uppföljningstiden	1 006 patienter (3 studier) 6 månader	279 per 1 000	76 färre per 1 000 (119 färre till 24 färre)	OR = 0,66 (0,49 till 0,88)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Hög risk för bias: Industrisponsrade studier (3 studier), oklar allokering (1 studie)

Källa: McShane, R, Areosa Sastre, A, Minakaran, N. Memantine for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; (2):CD003154

Rad: 60
Tillstånd: Alzheimers sjukdom, måttlig till svår
Åtgärd: Memantin som tillägg till kolinesterashämmare

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör erbjuda läkemedelsbehandling med memantin som tillägg till kolinesterashämmare till personer med måttlig till svår Alzheimers sjukdom.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har stor svårighetsgrad och åtgärden har liten positiv effekt på kognition och global funktion samtidigt som små förbättringar i det aktuella stadiet av sjukdomen är betydelsefulla. Åtgärden innebär få biverkningar.
Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Vid Alzheimers sjukdom förtvinar och dör hjärnans nervceller successivt, framför allt i tinnings- och hjässlober. Tidiga symtom är oftast försämrat närminne, koncentrationsproblem, svårigheter att orientera sig och språkstörningar. Det finns ärftliga former av Alzheimers sjukdom, men i de flesta fall vet man inte varför en person drabbas. Alzheimers sjukdom svarar för ungefär två tredjedelar av alla fall av demenssjukdom.

Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor. Svår demenssjukdom betecknar det skede när personen behöver ständig tillsyn och hjälp med det mesta.

En persons kognitiva funktioner (intellektuella förmåga) är till stor del beroende av aktivitet i flera olika transmittorsystem, särskilt glutamaterga, kolinerga och monoaminerga system. De glutamaterga banor som medierar både tänkande och minne regleras och påverkas av andra transmittorer. Acetylkolin är en viktig sådan substans.

Kolinesterashämmare hämmar ett enzym som bryter ner acetylkolin och ökar därmed halten acetylkolin.

Memantin är en NMDA-receptorantagonist (N-metyl-D-aspartat) som verkar genom att modulera glutamatinducerad neural dysfunktion. Behandling av Alzheimers patienter med memantin syftar till att förbättra den kognitiva förmågan och minska beteendesymtomen, främst kroppslig oro (agitation) och aggressivitet. De positiva effekterna på kognitiva funktioner tycks

komma förhållandevis snabbt. Biverkningarna av memantin verkar ofta vara lindriga.

Tillståndets svårighetsgrad

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom ger memantin som tillägg till kolinesterashämmare jämfört med enbart kolinesterashämmare

- en liten förbättring i kognition (SMD = -0,27; 95-procentigt konfidensintervall -0,37 till -0,17; måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en liten förbättring i global funktion (SMD = -0,2; 95-procentigt konfidensintervall -0,31 till -0,09; begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på ADL-funktion (SMD = -0,08; 95-procentigt konfidensintervall -0,18 till 0,02; begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på beteendestörning (SMD = -0,19; 95-procentigt konfidensintervall -0,31 till 0,07); begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen ökad risk för allvarliga biverkningar (RR = 0,86; 95-procentigt konfidensintervall 0,69 till 1,09; begränsat vetenskapligt underlag).

Den kliniska nyttan är tveksam rörande kognitiv funktion eftersom de små positiva effekterna (cirka 1–1,5 MMSE-poäng) inte kommer vara utslagsgivande för funktionen i det dagliga livet för dessa patienter som redan har mycket låga MMSE-poäng (3–14 poäng).

I en av studierna i den inkluderade översiktsartikeln [1] gjordes det även en uppföljningsundersökning efter 52 veckor (primärt effektmått), och resultaten visade då ingen statistisk signifikant effekt av kombinationsbehandling på kognition, ADL-funktion eller patienters och anhörigas hälsorelaterade livskvalitet.

En annan systematisk översiktsartikel [2] visar att effekten av kombinationsbehandlingen på centrala utfall, såsom kognition, ADL-funktion och global funktion, förmodligen är bättre för patienter med måttlig till svår Alzheimers sjukdom än för patienter med mild till måttlig Alzheimers sjukdom.

Det rapporterades inte om signifikanta skillnader i fråga om allvarliga biverkningar mellan aktiv kombinationsbehandling och behandling med enbart kolinesterashämmare.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översiktsartikel [3] som omfattar fyra randomiserade, kontrollerade studier (total n = 1 549). Patienterna i studierna har måttlig till svår Alzheimers sjukdom: MMSE vid inkludering var 3–14 poäng. Patienterna behandlades redan med en kolinesterashämmare och i behandlingsgruppen lades memantin till som behandling medan kontrollgruppen fortsatte med kolinesterashämmare som monoterapi. Inkluderade studier hade en uppföljningsperiod på 24–30 veckor.

Dessutom granskades en systematisk översiktsartikel [2] som identifierade sju studier med totalt 2 182 patienter med Alzheimers sjukdom.

Saknas någon information i studierna?

Ett problem med de aktuella studierna är att de inte är optimalt designade för att utvärdera effekten av kombinationsbehandling. Det skulle ha varit önskvärt att behandlingsgruppen inte hade stått på kolinesterashämmare innan inkluderingen i studierna. Det skulle också ha varit önskvärt med studier som jämfört kombinationsbehandling med memantin som monoterapi, men sådana studier saknas.

Hälsoekonomisk bedömning

Litteraturgenomgången identifierade endast en studie av kostnadseffektivieteten för memantin som tillägg till kolinesterashämmare vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom. En studie indikerar att behandlingen är kostnadseffektiv.

Referenser

1. Howard, R, McShane, R, Lindesay, J, Ritchie, C, Baldwin, A, Barber, R, et al. Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. The New England journal of medicine. 2012; 366(10):893-903.
2. Matsunaga, S, Kishi, T, Iwata, N. Combination therapy with cholinesterase inhibitors and memantine for Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. The international journal of neuropsychopharmacology. 2014; 18(5).
3. Schmidt, R, Hofer, E, Bouwman, FH, Buerger, K, Cordonnier, C, Fladby, T, et al. EFNS-ENS/EAN Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies. 2015; 22(6):889-98.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av memantin som tillägg till kolinesterashämmare jämfört med kolinesterashämmare som monoterapi vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom

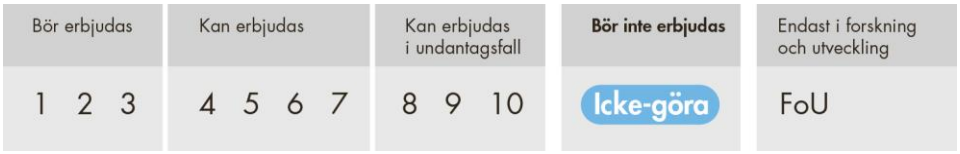
Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Kognitiv funktion (mätt med ADAS-Cog, SIB, SMMSE, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 435 patienter (4 studier) 24–30 veckor			SMD = -0,27 (-0,37 till -0,17)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Hög risk för bias pga. studiedesign (add-on-studier).
ADL-funktion (mätt med ADCS-ADL, BADLS, lägre värden indikerar bättre funktion)	1 441 patienter (4 studier) 24–30 veckor			SMD = -0,08 (-0,18 till 0,02)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Hög risk för bias pga. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall).
Beteendestörning (BPSD) (mätt med NP, lägre värden indikerar bättre function)	1 408 patienter (4 studier) 24–30 veckor			SMD = -0,19 (-0,31 till 0,07)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Hög risk för bias pga. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall).
Global funktion (mätt med CIBIC+, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 315 patienter (3 studier)			SMD = -0,2 (-0,31 till -0,09)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Hög risk för bias pga. studiedesign (add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall).
Allvarliga biverkningar	1 526 patienter (4 studier)	144 per 1 000	20 färre per 1 000 (45 färre till 13 fler)	RR = 0,86 (0,69 till 1,09)	Begränsat vetenskapligt underlag	Hög risk för bias pga. studiedesign

	24–30 veckor				⊕⊕◯◯	(add-on-studier), brister i precision (brett konfidensintervall)

Källa: Schmidt R, Hofer E, Bouwman FH, Buerger K, Cordonnier C, Fladby T, Galimberti D, Georges J, Heneka MT, Hort J, Laczó J, Molinuevo JL, O'Brien JT, Religa D, Scheltens P, Schott JM, Sorbi S EFNS-ENS/EAN Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease.. European journal of neurology 2015;22(6):889-98

Rad: 63
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Omega 3-fettsyror

Rekommendation



Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda omega 3-fettsyror till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Åtgärden har ingen effekt på personen med demenssjukdom.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Omega 3-fettsyror behövs bland annat för att kroppen ska kunna bygga och reparera celler. Omega 3-fettsyror finns bland annat i fet fisk och i flera olika kosttillskott som utger sig vara gynnsamma för hjärnans normala funktion.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid demenssjukdom ger omega 3-kosttillskott jämfört med placebo

- ingen minskning av den kognitiva försämringen (acceptabel tillförlitlighet)
- ingen påverkan på beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (acceptabel tillförlitlighet).

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt från år 2015, som har undersökt om omega 3-kosttillskott kan minska kognitiv försämring hos personer med demenssjukdom [1]. Dessutom granskades data från en primärstudie publicerad år 2008, som redovisar effekter av omega 3-kosttillskott på BPSD hos personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom och pågående behandling med acetylkolinesterashämmare [2].

Saknas någon information i studierna?

–

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. de Souza Fernandes, DP, Canaan Rezende, FA, Pereira Rocha, G, De Santis Filgueiras, M, Silva Moreira, PR, Goncalves Alfenas Rde, C. Effect of eicosapentaenoic acid and docosahexaenoic acid supplementations to control cognitive decline in dementia and Alzheimers disease: A systematic review. Nutricion hospitalaria. 2015; 32(2):528-33.
2. Freund-Levi, Y, Basun, H, Cederholm, T, Faxen-Irving, G, Garlind, A, Grut, M, et al. Omega-3 supplementation in mild to moderate Alzheimer's disease: effects on neuropsychiatric symptoms. International journal of geriatric psychiatry. 2008; 23(2):161-9.

Tabellering av inkluderade studier

Systematiska översikter

First Author Year Reference Country Study design	**Included studies Aim**	**Population Setting**	**Intervention Control**	**Outcomes Results (review authors' conclusions)**	**Quality Comments**
de Souza Fernandes et al 2015 [1] Brazil Systematic Review	**Included studies** *N studies* 4 RCT-studies *Time frame* No limit for study year, last included study published 2014 **Aim** Clinical effectiveness	**Population** People with dementia, > 65 years old **Setting** Not stated	**Intervention** Omega 3 supplementation (eicosapentaenoic acid (EPA) and docosahexaenoic acid (DHA) varying from 430 and 1,100mg/day of DHA and 150 and 975mg/day of EPA for 6 to 18 months, respectively) **Control** Placebo	**Outcomes** Change in cognitive performance **Results (review authors' conlusions)** "The results of this review indicate that most studies failed to demonstrate the beneficial effects of EPA and/or DHA supplementations in reducing cognitive decline in patients with dementia and/or mild to moderate AD." **"…**in those with very mild cognitive impairment it reduced cognitive decline in patients with dementia and AD.	**Quality** A systematic review assessed as fulfilling quality criteria according to AMSTAR, except for statements on conflicts of interest (information not given) and publication bias. *Risk of bias in included studies (review authors' assessment):* A. 3/4 studies were assessed as "high quality RCT" B. 1/4 studies were assessed as "lower quality RCT. **Comments** Results were reported separately for each primary study, but were not combined quantitatively.

				Thus, it seems that supplementation is more effective in an earlier stage of the disease."	

Primärstudier

First Author Year Reference Country Study design	Population Setting Study period Follow-up (FU)	Intervention Nb participants Drop-out rate	Control Nb participants Drop-out rate	Outcomes Results (95% CI)	Risk of bias Comments
Freund-Levi et al 2008 [2] Sweden RCT	**Population** AD patient with a MMSE score of 15 to 30, and were treated with a stable dose of acetylcholine esterase inhibitors **Setting** Patients own home **Follow-up (FU)** 6 months* * 12 months in study but the control group only received placebo for 6 months.	**Intervention** Omega 3 supplementation (430 mg DHA and 150 mg EPA) **Nb participants** 103 **Drop-out rate** 11.7%	**Control** Placebo **Nb participants** 101 **Drop-out rate** 13,9%	**Outcomes** Neuropsychiatric symptoms **Results** *Neuropsychiatric Inventory (NPI)* Main effect of the intervention: n.s. (p 0.45)	**Risk of bias** Assessed as medium high risk of bias. Most serious risk due to the fact that this was a secondary outcome in the study and to the relatively short follow-up period

Summering av effekt och evidensstyrka

Kognition

Utfallsmått Jämförelse	Publikations- eller studietyp* (N primärstudier i en SÖ) N deltagare	Effekt (95 % KI)	Kommentar
Kognitiv funktion mätt med MMSE, HDS-R, ADAS-cog och/eller CDR Omega 3-kosttillskott kontra placebo	4 RCT-studier i en SÖ Totalt n = 528	Sammanvägd effekt eller enskilda primärstudiers effekt är inte presenterade i SÖ:n	3 av 4 studier kunde inte påvisa någon positiv effekt av kosttillskott av omega 3 på kognitiv funktion

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp

BPSD

Utfallsmått Jämförelse	Publikations- eller studietyp* (N primärstu-dier i en SÖ) N deltagare	Effekt (KI 95%)	Kommentar
Neuropsykiatriska symtom mätt med NPI-skalan Omega 3 kosttillskott kontra placebo	1 RCT-studie N = 204	Efter 6 månader: n.s. (p = 0,45)	NPI-total poäng har bedömts, statistisk power för NPI-subgruppsanalyser bedöms som otillräcklig, med tanke på att det är en sekundär utfallsva-riabel

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp

Rad: 93
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: B-vitaminer

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	**Bör inte erbjudas**	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda B-vitaminer som behandling av demenssjukdomen till personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Det finns vetenskapligt stöd för att åtgärden inte har effekt.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

B-vitaminer är vattenlösliga och viktiga för nervsystemets funktion och vid nybildande av celler. B-vitaminbrist ses hos mer än 10 procent av den äldre befolkningen, även utan relaterade symtom eller påvisbar sjukdom. B-vitaminer finns i flera olika kosttillskott som utger sig vara gynnsamma för hjärnans normala funktion.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid Alzheimers sjukdom har kosttillskott med B-vitaminer (B6, B12 och folsyra, enskilt eller i kombination) ingen effekt på global kognitiv funktion (acceptabel tillförlitlighet).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av kosttillskott med B-vitaminer på kognitiv funktion, exekutiv funktion, uppmärksamhet och minne vid lindrig kognitiv störning.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av kosttillskott med folsyra på kognitiv funktion vid lindrig kognitiv störning.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att avgöra effekten på kognitiv funktion vid behandling av personer med lindrig kognitiv störning med B-vitaminer. Bedömningen grundas på att resultaten varierade beroende på vilket mått på kognitiv funktion som tillämpades, i kombination med att den granskade översiktens författare gjorde bedömningen att ytterligare forskning krävs innan säkra slutsatser kan dras i denna fråga.

Författarna till den systematiska översikten drar slutsatserna att det finns svag evidens för att kostillskott med B-vitaminer (B6, B12 och folsyra, enskilt eller i kombination) skulle kunna vara gynnsamt för vissa minnesfunktionsparametrar hos patienter med lindrig kognitiv störning. Detta behöver dock konfirmeras i en större studiepopulation. Det finns inte tillräcklig evidens för behandlingseffekter i global kognitiv funktion, exekutiv funktion och uppmärksamhet hos personer med lindrig kognitiv störning.

Vad gäller behandling med B-vitaminer hos personer med Alzheimers sjukdom fanns inga effekter på stabilisering eller minskad försämring av kognitiv funktion.

Den senare publicerade primärstudien visade på bättre funktion för två (blockmönster och sifferrepetition) av de elva kognitiva testerna hos personer med lindrig kognitiv störning som behandlats med folsyratillskott jämfört med kontrollgrupp.

Vilka studier ingår i granskningen?

Resultaten har hämtats från en systematisk översikt och en primärstudie. Översikten undersöker effekten av kosttillskott med B-vitaminer (B6, B12 och folsyra, enskilt eller i kombination) på beteende, funktion och kognitiv försämring hos personer med lindrig kognitiv störning eller Alzheimers sjukdom [1]. Översikten inkluderar endast randomiserade studier med kontroll och behandling över en 26-veckorsperiod. Primärstudien undersöker effekter av 6 månaders behandling med folsyra på kognitiv funktion hos en population i Kina med lindrig kognitiv störning [2].

Saknas någon information i studierna?

–

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Li, MM, Yu, JT, Wang, HF, Jiang, T, Wang, J, Meng, XF, et al. Efficacy of vitamins B supplementation on mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. Current Alzheimer research. 2014; 11(9):844-52.
2. Ma, F, Wu, T, Zhao, J, Han, F, Marseglia, A, Liu, H, et al. Effects of 6-Month Folic Acid Supplementation on Cognitive Function and Blood Biomarkers in Mild Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial in China. The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. 2015.

Tabellering av inkluderade studier

Systematisk översikt

First Author Year Reference Country Study design	**Included studies** **Aim**	**Population** **Setting**	**Intervention** **Control**	**Outcomes** **Results (review authors' conclusions)**	**Quality** **Comments**
Li 2015 (1) China Systematic Review	**Included studies** *Type of studies* Double-blind, placebo-controlled trials, with random assignment. *N studies* 5 *Time frame* Last literature search April 2014 **Aim** Clinical effectiveness	Inclusion of patients with o diagnosis of (1) MCI (2) probable or possible AD	**Intervention** Marketed multivitamin B supplements (vitamin B12 + vitamin B6 + folic acid) or alone vitamins B supplementation (vitamin B12, vitamin B6 or folic acid) **Control** Placebo	**Outcomes** At least one measure reflecting cognition, function, behavior or global assessment of change. Inclusion of treatments which last at least 26 weeks. **Review authors' conclusions:** "Weak evidence of benefits was observed for the domains of memory in patients with MCI. Nevertheless, future standard RCTs are still needed to determine whether it was still significant in larger populations. However, the data does not yet provide adequate evidence of an effect of vitamins B on general cognitive function, executive function and attention in people with MCI. Similarly, folic acid alone or vitamins B in combination are unable to stabilize or slow decline in cognition, function, behavior, and global change of AD patients."	**Quality of review** Assessed as fulfilling quality criteria according to AMSTAR *Review authors comment:* "The trials analysed here were similar in design, indication and route of administration, but differed in choice of test instruments, daily dose and duration of treatment, all of which might lead to heterogeneous results. … In addition, no study directly compared populations, routes of administration of vitamin B supplements, or different durations. The small number of available trials limited our ability to assess the impact of these factors. We pooled data from all studies regardless of doses, durations and

					administration route of drugs intervention, which may influence our conclusion. … All these factors may limit our conclusion.".

Primärstudier

First Author Year Reference Country Study design	Population Setting Study period Follow-up (FU)	Intervention Nb participants Drop-out rate	Control Nb participants Drop-out rate	Outcomes Results (95% CI)	Risk of bias Comments
Ma 2015 (2) China RCT	**Population** Elderly adults with an MCI diagnosis **Setting** Patients own home **Follow-up (FU)** 6 months	**Intervention** Daily oral dose of 400 µg folic acid **Nb participants** 90 (mean age=74.6 years, 63.8% female) **Drop-out rate** 10 (11.1%)	**Control** Placebo **Nb participants** 90 (mean age=74.6 years, 65.8% female) **Drop-out rate** 11 (12.2%)	**Outcomes** Cognitive function from baseline to follow-up, analyzed by repeated-measures ANCOVA. **Results** *Time x Group effect for:* Information: *ns.* Comprehension: *ns.* Digit Span: $p = 0.00$, $\eta p^2 = 0.32$ Vocabulary: *ns.* Arthmetic: *ns.* Similarities: *ns.* Picture Completion: *ns.* Picture Arrangement: *ns.* Block design $p = 0.03$, $\eta p^2 = 0.11$ Object Assembly: *ns.* Digit Symbol: *ns.*	*Assessment of risk of bias:* Medium high

Summering av effekt och evidensstyrka

Personer med lindrig kognitiv störning

Utfallsmått **Jämförelse**	**N studier och studietyp*** **N deltagare**	**Effektestimat (95 % KI)**	**Kommentar**
Kognition (global och enskilda domäner) Vitamin B kosttillskott kontra placebo	2 RCT-studier i en SÖ N (global kognition)** = 584 N (Minne) = 584 N (Exekutiv funktion) = 584 N (Uppmärksamhet) = 138	*Rapporterat som förändring från baslinje (SÖ):* Global kognition[1]: -0,10 (−0,80–0,59) Minne[2]: 0,60 (0,20–1,00) Exekutiv funktion[2]: 0,05 (−0,11–0,21) Uppmärksamhet: -0,03 (−1,20–1,14)	
Kognition (enskilda domäner) Vitamin B kosttillskott kontra placebo	1 RCT-studie N = 180	*Rapporterat i signifikans och effektmått (primärstudie):* Information: *ns.* Förståelse: *ns.* Sifferrepetition: p = 0,00, ηp^2 = 0,32 Ordförråd: *ns.* Aritmetik: *ns.* Likheter: *ns.* Bildkomplettering: *ns.* Bildarrangemang: *ns.* Blockmönster: p = 0,03, ηp^2 = 0,11 Figursammansättning: *ns.* Symbolletning: *ns.*	

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie; ** Mätt med MMSE (1-30); [1]beräknat som weighted mean difference [2]beräknat som standard mean difference

Personer med Alzheimers sjukdom

Utfallsmått **Jämförelse**	**N studier och studietyp*** **N deltagare**	**Effektestimat (95 % KI)**	**Kommentar**
Kognitiv funktion** Vitamin B kosttillskott kontra placebo	3 RCT-studier i en SÖ N = 476	Rapporterat som förändring från baslinje. Kognitiv funktion[1]: -0,22 (−1,00–0,57)	

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie; **mätt med MMSE (1-30); [1]beräknat som weighted mean difference

Rad: 66
Tillstånd: Försämrad kognitiv funktion vid Downs syndrom
Åtgärd: Kolinesterashämmare

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	**Kan erbjudas i undantagsfall**	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 **10**	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare till personer med försämrad kognitiv funktion vid Downs syndrom.

Motivering till rekommendation
Det vetenskapliga underlaget är begränsat, men tyder på att åtgärden har biverkningar och få positiva effekter. Patientgruppen är dock svår att diagnostisera och åtgärden kan i undantagsfall ha effekt.
Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Hos personer med Downs syndrom kan en försämring av kognitionen inträffa, vilket leder till nedsatt funktion hos den sjuke. I dessa sammanhang kan man genomföra en demensutredning, även om delar av en sådan utredning kan vara svåra att utföra, se vidare under åtgärden *Utredning av demenssjukdom*. Personer med Downs syndrom har en ökad inlagring av amyloid i hjärnan och andra förändringar som förekommer vid Alzheimers sjukdom. De skulle därför kunna vara hjälpta av acetylkolinesterashämmare.

En persons kognitiva funktioner (intellektuella förmåga) är till stor del beroende av aktivitet i flera olika transmittorsystem, särskilt glutamaterga, kolinerga och monoaminerga system. De glutamaterga banor som medierar både tänkande och minne regleras och påverkas av andra transmittorer. Acetylkolin är en viktig sådan substans.

Kolinesterashämmare hämmar ett enzym som bryter ner acetylkolin och ökar därmed halten acetylkolin.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid försämrad kognitiv funktion hos personer med Downs syndrom har kolinesterashämmare jämfört med placebo

- ingen effekt på kognitiv funktion (SMD = 0,52; 95-procentigt konfidensintervall -0,27 till 1,31, begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på beteendestörning SMD = 0,42; 95-procentigt konfidensintervall -0,06 till 0,89, begränsat vetenskapligt underlag)
- 3,1 gånger högre risk (95-procentigt konfidensintervall 1,6 till 6,3 gånger) för biverkningar jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag).

Patienter som behandlas med donepezil rapporterar oftare huvudvärk, yrsel och illamående än placebogruppen.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översiktsartikel från Cochrane [1]. Den inkluderar fyra randomiserade, kontrollerade studier med totalt 192 personer med Downs syndrom. Behandlingsgruppen får donepezil medan kontrollgruppen får placebo. Studierna utförs på inneliggande patienter. Uppföljningstiden är 12–24 veckor.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas dokumentation om huruvida kolinesterashämmare har en effekt på dödlighet, vårdbehov och vårdarens stress.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Livingstone, N, Hanratty, J, McShane, R, Macdonald, G. Pharmacological interventions for cognitive decline in people with Down syndrome. The Cochrane database of systematic reviews. 2015; 10:Cd011546.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av kolinesterashämmare jämfört med placebo hos personer med Downs syndrom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Kognitiv funktion (mätt med Severe Impairment Battery, SIB, högre värde indikerar bättre funktion)	165 patienter (3 studier) 12–24 veckor			SMD = 0,52 (-0,27 till 1,31)	Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Bristande överensstämelse (I^2 = 74 %), bristande precision
Beteendestörning (mätt med olika skalor)	157 patienter (3 studier) 12–24 veckor			SMD = 0,42 (-0,06 till 0,89)	Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Bristande överensstämelse (I^2 = 36 %), bristande precision
Biverkningar	192 patienter (4 studier) 12–24 veckor			OR = 0,32 (0,16 till 0,62)	Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Mycket bristande precision (vida konfidensintervall) och få händelser

Källa: Livingstone N, Hanratty J, McShane R, Macdonald G. Pharmacological interventions for cognitive decline in people with Down syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2015;10:Cd011546.

Rad: 67
Tillstånd: Frontotemporal demenssjukdom och samtidig depression
Åtgärd: Antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat)

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 **7**	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan erbjuda antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) till personer med frontotemporal demenssjukdom och samtidig depression.

Motivering till rekommendation

Beprövad erfarenhet talar för viss effekt på depressiva symtom och välbefinnande. Samtidigt innebär åtgärden en risk för biverkningar, enligt experters bedömning, vilket har påverkat prioriteringen. Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Frontotemporal demenssjukdom är namnet på en grupp degenerativa demenssjukdomar som drabbar hjärnas främre del. Förändringar av personligheten, bristande omdöme eller nedsatt språklig förmåga är tidiga tecken, medan exempelvis minnet ofta fungerar bra i början av sjukdomen.

Depressiva symtom såsom nedstämdhet och sänkt stämningsläge, ibland i kombination med långsamhet i ord och handling och kroppsliga symtom, är vanliga vid demenssjukdom. Depressiva symtom vid demens kommer smygande och är ofta långdragna. Eftersom diagnosen är rent klinisk är det lätt att symtomen tas för symtom på demenssjukdom och att diagnosen förbises.

SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare) verkar genom att hindra att serotonin återupptas i nervcellerna. Därigenom kommer en större mängd serotonin att finnas där signalerna i hjärnan överförs.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

För personer med frontotemporal demenssjukdom och samtidig depression bidrar antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) till mindre depressiva symtom och bättre välbefinnande, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma risken för biverkningar eller negativa konsekvenser för personer med frontotemporal demenssjukdom och samtidig depression som får åtgärden, och konsensus har inte uppnåtts.

Vilka studier ingår i granskningen?
Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

–

Konsensusutlåtande
Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med frontotemporal demenssjukdom och samtidig depression bidrar antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) bidrar till mindre depressiva symtom och bättre välbefinnande, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 90 procent (18 av 20 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 10 procent (2 av 20 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha biverkningar eller negativa konsekvenser för personer med frontotemporal demenssjukdom och samtidig depression som får åtgärden.”
Svar:

- Ja: 50 procent (10 av 20 deltagare)
- Nej: 50 procent (10 av 20 deltagare) – konsensus uppnåddes inte.

Hälsoekonomisk bedömning
Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad: 68
Tillstånd: Frontotemporal demenssjukdom
Åtgärd: Kolinesterashämmare

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	**Bör inte erbjudas**	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda kolinesterashämmare till personer med frontotemporal demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Beprövad erfarenhet talar för att åtgärden inte har någon positiv effekt samtidigt som det råder osäkerhet om eventuella biverkningar.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Frontotemporal demenssjukdom är namnet på en grupp degenerativa demenssjukdomar som drabbar hjärnas främre del. Förändringar av personligheten, bristande omdöme eller nedsatt språklig förmåga är tidiga tecken, medan exempelvis minnet ofta fungerar bra i början av sjukdomen.

En persons kognitiva funktioner (intellektuella förmåga) är till stor del beroende av aktivitet i flera olika transmittorsystem, särskilt glutamaterga, kolinerga och monoaminerga system. De glutamaterga banor som medierar både tänkande och minne regleras och påverkas av andra transmittorer. Acetylkolin är en viktig sådan substans.

Kolinesterashämmare hämmar ett enzym som bryter ner acetylkolin och ökar därmed halten acetylkolin.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

För personer med frontotemporal demenssjukdom bidrar behandling med kolinesterashämmare inte till mindre BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) och inte till bibehållen eller förbättrad ADL (allmän daglig livsföring) eller kognitiv förmåga (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma risken för biverkningar och negativa konsekvenser av behandling med kolinesterashämmare för personer med frontotemporal demenssjukdom, och konsensus har inte uppnåtts.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översiktsartikel från 2015 [1] som identifierade endast en randomiserad studie (n < 40). Dessutom ingår två icke-randomiserade primärstudier [2, 3]. Resultaten varierar mellan studierna men visar ingen tydlig positiv effekt. Kvaliten på det vetenskapliga underlaget är dock för låg för att det ska gå att dra säkra slutsatser. Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt på grund av hög risk för bias, mycket bristande precision och bristande överförbarhet (det finns bara indirekt evidens vad gäller biverkningar).

För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

–

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med frontotemporal demenssjukdom bidrar behandling med kolinesterashämmare till bibehållen eller förbättrad kognitiv förmåga.”
Svar:

- Ja: 19 procent (5 av 26 deltagare)
- Nej: 81 procent (21 av 26 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Påstående: ”För personer med frontotemporal demenssjukdom bidrar behandling med kolinesterashämmare till bibehållen eller förbättrad ADL (allmän daglig livsföring).”
Svar:

- Ja: 21 procent (5 av 24 deltagare)
- Nej: 79 procent (19 av 24 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Påstående: ”För personer med frontotemporal demenssjukdom bidrar behandling med kolinesterashämmare till mindre BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).”
Svar:

- Ja: 25 procent (6 av 24 deltagare)
- Nej: 75 procent (18 av 24 deltagare) – konsensus uppnåddes.

Påstående: ”För personer med frontotemporal demenssjukdom bidrar behandling med kolinesterashämmare till biverkningar och negativa effekter.”
Svar:

- Ja: 73 procent (11 av 15 deltagare) – konsensus uppnåddes inte
- Nej: 27 procent (4 av 15 deltagare).

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Li, Y, Hai, S, Zhou, Y, Dong, BR. Cholinesterase inhibitors for rarer dementias associated with neurological conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 3:Cd009444.
2. Mendez, MF, Shapira, JS, McMurtray, A, Licht, E. Preliminary findings: behavioral worsening on donepezil in patients with frontotemporal dementia. Am J Geriatr Psychiatry. 2007; 15(1):84-7.
3. Moretti, R, Torre, P, Antonello, RM, Cattaruzza, T, Cazzato, G, Bava, A. Rivastigmine in frontotemporal dementia: an open-label study. Drugs Aging. 2004; 21(14):931-7.

Rad: 69
Tillstånd: Frontotemporal demenssjukdom
Åtgärd: Memantin

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	**Bör inte erbjudas**	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda läkemedelsbehandling med memantin till personer med frontotemporal demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Åtgärden har ingen effekt på global funktion, överordnad kognition, ADL-funktion och anhörigas upplevda belastning och effekten på beteendestörningar är av tveksam klinisk betydelse.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Frontotemporal demenssjukdom är namnet på en grupp degenerativa demenssjukdomar som drabbar hjärnas främre del. Förändringar av personligheten, bristande omdöme eller nedsatt språklig förmåga är tidiga tecken, medan exempelvis minnet ofta fungerar bra i början av sjukdomen.

Memantin är en NMDA (N-metyl-D-aspartat)-receptorantagonist som verkar genom att modulera glutamatinducerad neural dysfunktion. Memantin används vid behandling av Alzheimers patienter med delvis positiv effekt. Biverkningarna av memantin i olika studier är ofta lindriga. Värdet av att behandla andra demenssjukdomar är mindre känt.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid frontotemporal demenssjukdom ger memantin jämfört med placebo

- en liten minskning i beteendestörningar (mätt med Frontal Behavior Inventory) (MD = -0,56; 95-procentigt konfidensintervall -1,09 till -0,02) vid 3 till 12 månader (begränsat vetenskapligt underlag); den kliniska betydelsen är tveksam
- ingen effekt på global funktion, överordnad kognition, ADL-funktion, och anhörigas upplevda belastning (begränsat vetenskapligt underlag).

En av de inkluderade studierna använde neuropsykologiska tester och visade en försämring i prestation på två av testerna, ordanvändning (Boston Naming Test) respektive processeringshastighet (Koding), för interventionsgruppen jämfört med placebogruppen efter sex månader [1].

Det rapporterades inte om signifikanta skillnader i biverkningar mellan interventionsgruppen och placebogruppen, bortsett från en tendens till högre förekomst av kognitiva biverkningar (förvirring, minnesförlust och språkbesvär) i interventionsgruppen i en av studierna [1].

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översiktsartikel [2] som omfattar två randomiserade, kontrollerade studier (RCT). Totala antalet patienter med frontotemporal demenssjukdom (både beteendemässig och semantisk variant) var 130. MMSE vid inkludering var mer än eller lika med 15 poäng. De två inkluderade studierna har en uppföljningstid på 26 och 52 veckor.

En av studierna använde Frontal Behavior Inventory [3], medan den andra studien använde neuropsykologiska tester, till exempel Boston Naming Test och Koding [1].

Risk of bias-analys i de två inkluderade RCT:erna visar inte på allvarliga brister. Det påpekas att det finns ett lågt antal studier/försökspersoner, vilket bidrar till att det inte görs subgruppsanalyser (av beteendemässig respektive semantisk demens).

Saknas någon information i studierna?

Det genomfördes inga metaanalyser i översiktsartikeln.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Boxer, AL, Knopman, DS, Kaufer, DI, Grossman, M, Onyike, C, Graf-Radford, N, et al. Memantine in patients with frontotemporal lobar degeneration: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. The Lancet Neurology. 2013; 12(2):149-56.
2. Nardell, M, Tampi, RR. Pharmacological treatments for frontotemporal dementias: a systematic review of randomized controlled trials. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2014; 29(2):123-32.
3. Vercelletto, M, Boutoleau-Bretonniere, C, Volteau, C, Puel, M, Auriacombe, S, Sarazin, M, et al. Memantine in behavioral variant frontotemporal dementia: negative results. Journal of Alzheimer's disease : JAD. 2011; 23(4):749-59.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av memantin jämfört med placebo hos personer med beteendemässig frontotemporal demens

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensinter-vall)	Evidensstyrka	Kommentar
Beteendestörningar (mätt med Frontal Behaviour In-ventory, skala 0–72, lägre värde indikerar bättre funktion)	49 patienter (1 studie) 12 månader		MD = -0,56 (-1,09 till -0,02)		Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Mycket bristande precision (endast en studie med få deltagare)

Källa: Vercelletto M, Boutoleau-Bretonniere C, Volteau C, Puel M, Auriacombe S, Sarazin M, Michel B-F, Couratier P, Thomas-Anterion C, Verpillat P, Gabelle A, Golfier V, Cerato E, Lacomblez L Memantine in behavioral variant frontotemporal dementia: negative results. Journal of Alzheimer's disease: JAD 2011;23(4):749-59.

Rad: 91
Tillstånd: Lewykroppsdemens
Åtgärd: Kolinesterashämmare

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården bör erbjuda läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare till personer med Lewykroppsdemens.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Det finns måttligt starkt vetenskapligt stöd för positiva effekter av åtgärden på viktiga utfallsmått, såsom beteendestörningar, ADL-funktion och kognition.
Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Lewykroppsdemens är ett tillstånd som har likheter både med Alzheimers och med Parkinsons sjukdom. Vid denna demenssjukdom är det ofta vakenhet, uppmärksamhet och rumslig orientering som påverkas tidigt i sjukdomsförloppet, medan minnesstörningar kommer senare. Tidigt i sjukdomsbilden kan parkinsonliknande symtom tillkomma. Vanliga symtom under sjukdomsförloppet är även synhallucinationer och falltendens. Personer med Lewykroppsdemens har en kraftigt ökad risk för biverkningar av läkemedel mot psykos (antipsykosmedel), se vidare under åtgärderna *Första generationens antipsykotiska läkemedel* och *Andra generationens antipsykotiska läkemedel*.

En persons kognitiva funktioner (intellektuella förmåga) är till stor del beroende av aktivitet i flera olika transmittorsystem, särskilt glutamaterga, kolinerga och monoaminerga system. De glutamaterga banor som medierar både tänkande och minne regleras och påverkas av andra transmittorer. Acetylkolin är en viktig sådan substans.

Kolinesterashämmare hämmar ett enzym som bryter ner acetylkolin och ökar därmed halten acetylkolin.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid Lewykroppsdemens och demens vid Parkinsons sjukdom ger kolinesterashämmare jämfört med placebo

- mindre beteendestörningar mätt med NPI-10 (MD = -2,18; 95-procentigt konfidensintervall -3,95 till -0,4) (begränsat vetenskapligt underlag)
- en liten till måttlig förbättring i övergripande kognition (SMD = 0,34; 95-procentigt konfidensintervall 0,23 till 0,46) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- förbättrad helhetsbedömning (SMD = -0,38; 95-procentigt konfidensintervall -0,56 till -0,2) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en liten till måttlig förbättring i ADL-funktion (SMD = -0,2; 95-procentigt konfidensintervall -0,38 till -0,02) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- förbättrad kognition (mätt som antalet ord på en minut) (MD = 2,8; 95-procentigt konfidensintervall 1,47 till 4,13) (begränsat vetenskapligt underlag)
- fler patienter med biverkningar i form av parkinsonliknande symtom (OR = 1,88; 95-procentigt konfidensintervall 1,28 till 2,75; måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på allvarliga biverkningar (OR = 1,6; 95-procentigt konfidensintervall 0,68 till 3,81; begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på fall (OR = 1,29; 95-procentigt konfidensintervall 0,72 till 2,33; begränsat vetenskapligt underlag).

Enligt en systematisk översiktsartikel från Cochrane har kolinesterashämmare (donepezil och rivastigmin) en liten till måttlig effekt på global funktion, kognition och ADL-funktion [1]. Subgruppanalyser visar att denna effekt är osäker för patienter med Lewykroppsdemens. I en systematisk översiktsartikel av Wang och medarbetare [2] tillkommer det ytterligare en studie av patienter med Lewykroppsdemens som styrker tidigare evidens för att kolinesterashämmare också har effekt på denna diagnosgrupp [3]. Wang och medarbetare [2] analyserar dock Lewykroppsdemens och demens vid Parkinsons sjukdom tillsammans och företar inte subgruppanalyser av de två diagnosgrupperna.

I översiktsartiklarna rapporterades det inte om typiska biverkningar vid användning av kolinesterashämmare, till exempel gastrointestinala besvär (illamående, kräkning och aptitnedgång), huvudvärk och yrsel, även om dessa måste förväntas uppträda lika ofta bland patienter med Lewykroppsdemens eller demens vid Parkinsons sjukdom som vid annan demens. De vanligaste rapporterade biverkningarna i patientgruppen är parkinsonliknande symtom och tremor.

Sammanfattningsvis bedöms de önskade effekterna överstiga biverkningarna hos patienter med mild till måttlig Lewykroppsdemens.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår två systematiska översiktsartiklar som studerar patienter med demens vid Parkinsons sjukdom och Lewykroppsdemens [1, 2]. Studierna genomfördes polikliniskt i USA och Europa. De kolinesterashämmare som undersöktes inkluderar endast donepezil och rivastigmin (inte galanta-

min). Kontrollgruppen fick placebo. I granskningen ingår 7 RCT:er, totalt 1 436 försökspersoner, varav två RCT:er (n = 287) med Lewykroppsdemens, fyra RCT:er (n = 1 133) med demens vid Parkinsons sjukdom, och en RCT (n = 16) med patienter med kognitiv svikt vid Parkinsons sjukdom (både med och utan demens). MMSE-poängen vid inkludering var 10–26 poäng (genomsnittliga MMSE-poäng vid inkludering i de enskilda studierna var 17,9–21,7 poäng). Studierna hade en uppföljningstid på 10–24 veckor för alla effektmått.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om effekten av galantamin vid Lewykroppsdemens. Det saknas även systematiska översiktsartiklar om effekten av kolinesterashämmare generellt vid svår Levykroppsdemens.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Rolinski, M, Fox, C, Maidment, I, McShane, R. Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia and cognitive impairment in Parkinson's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; 3:CD006504.
2. Wang, HF, Yu, JT, Tang, SW, Jiang, T, Tan, CC, Meng, XF, et al. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors and memantine in cognitive impairment in Parkinson's disease, Parkinson's disease dementia, and dementia with Lewy bodies: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry. 2014.
3. Mori, E, Ikeda, M, Kosaka, K. Donepezil for dementia with Lewy bodies: a randomized, placebo-controlled trial. Annals of neurology. 2012; 72(1):41-52.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av kolinesterashämmare jämfört med placebo hos personer med Lewykroppsdemens och demens vid Parkinsons sjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Förbättring i Global Impression of Change (mätt med ADCS-CGIC, lägre värde indikerar bättre funktion)	556 patienter (3 studier) 10–24 veckor		SMD = -0,38 (-0,56 till -0,2)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Inga patienter med Lewykroppsdemens ingår i studierna. Hög risk för bias (oklar blindning, den största studien är industrifinansierad).
Kognition (mätt med MMSE, ADAS-Cog, högre värde indikerar bättre funktion)	1249 patienter (6 studier) 10–24 veckor		SMD = 0,34 (0,23 till 0,46)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Bara en av studierna inkluderar patienter med Lewykroppsdemens (n = 59) och i den studien fann man ingen statistisk signifikant skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp. Hög risk för bias (oklar blindning, den största studien är industrifinansierad).
Kognition (Verbal fluency, antal ord per minut, högre värde indikerar bättre funktion)	402 patienter (1 studie) 24 veckor		MD = 2.8 (1,47 till 4,13)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Inga patienter med Lewykroppsdemens ingår i studierna. Hög risk för bias. Bristande precision (endast en studie).
ADL (mätt med ADCS-ADL-Activities of Daily Living is a subscale	514 patienter (2 studier)		SMD = -0,2 (-0,38 till -0,02)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag	Inga patienter med Lewykroppsdemens ingår i studierna. Hög risk för bias (oklar

of the UPDRS, lägre värde indikerar bättre funktion)					⊕⊕⊕◯	blindning, finansierade studier, få studier)
Beteendestörningar (mätt med Neurobehavioral Inventory (10-item) (NPI-10), skala 0–120, lägre värde indikerar bättre funktion)	620 patienter (2 studier) 23–24 veckor		MD = -2,18 (-3.95 till -0.4)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Hög risk för bias (oklar blindning). Den största studien är finansierad av läkemedelsindustrin. Få studier.
Allvarliga biverkningar (totalt)	146 patienter (2 studier)	205 per 1 000	88 fler per 1 000 (57 färre till 291 fler)	OR = 1,6 (0,68 till 3,81)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Hög risk för bias (oklar blindning). Bristande precision (få händelser).
Biverkningar i form av Parkinsonliknande symtom	1091 patienter (2 studier)	114 per 1 000	80 fler per 1 000 (27 fler till 147 fler)	OR = 1,88 (1,28 till 2,75)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias. Få händelser.
Fall	1091 patienter (2 studier)	45 per 1 000	13 fler per 1 000 (12 färre till 55 fler)	OR = 1,29 (0,72 till 2,33)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Mycket bristande precision (brett konfidensintervall). Oklar blindning.

Källa: Rolinski M, Fox C, Maidment I, McShane R. Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia and cognitive impairment in Parkinson's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2012;3:CD006504.

Rad: 92
Tillstånd: Lewykroppsdemens
Åtgärd: Memantin

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 **5** 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan erbjuda läkemedelsbehandling med memantin till personer med Lewykroppsdemens.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt av tveksam klinisk relevans på global funktion och få biverkningar.
Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Lewykroppsdemens är ett tillstånd som har likheter både med Alzheimers och med Parkinsons sjukdom. Vid denna demenssjukdom är det ofta vakenhet, uppmärksamhet och rumslig orientering som påverkas tidigt i sjukdomsförloppet, medan minnesstörningar kommer senare. Tidigt i sjukdomsbilden kan parkinsonliknande symtom tillkomma. Vanliga symtom under sjukdomsförloppet är även synhallucinationer och falltendens. Personer med Lewykroppsdem ens har en kraftigt ökad risk för biverkningar av läkemedel mot psykos (antipsykosmedel), se vidare under åtgärderna *Första generationens antipsykotiska läkemedel* och *Andra generationens antipsykotiska läkemedel*.

Memantin är en NMDA-receptorantagonist (N-metyl-D-aspartat) som verkar genom att modulera glutamatinducerad neural dysfunktion. De positiva effekterna på kognitiva funktioner tycks komma förhållandevis snabbt. Biverkningarna av memantin verkar ofta vara lindriga.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid Lewykroppsdemens och demens vid Parkinsons sjukdom ger memantin jämfört med placebo

- en liten förbättring i global funktion mätt med CGIC (MD = -0,40; 95-procentigt konfidensintervall -0,77 till -0,03) måttligt starkt vetenskapligt underlag); effekten har tveksam klinisk relevans

- ingen effekt på bortfall på grund av biverkningar (RR = 0,96; 95-procentigt konfidensintervall 0,55 till 1,7; måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på mortalitet (RR = 1,03; 95-procentigt konfidensintervall 0,21 till 4,98; begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på risken för biverkningar (RR = 1,00; 95-procentigt konfidensintervall 0,79 till 1,27; begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på risken för allvarliga biverkningar (RR = 1,43; 95-procentigt konfidensintervall 0,69 till 2,97; begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på anhörigas upplevda belastning mätt med Zarin Burden Interview (MD = -2,2; 95-procentigt konfidensintervall -5,84 till 1,44; begränsat vetenskapligt underlag).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av memantin på kognitiv funktion och ADL-funktion vid Lewykroppsdemens.

I översiktsartikeln som ingår i granskningen [1] genomfördes det subgruppanalyser på global funktion, vilket visade icke-signifikanta resultat (MD = −0,41; 95 procentigt konfidensintervall -1,02 till 0,19) hos patienter med Lewykroppsdemens.

Översiktsartikeln fann inga signifikanta skillnader i rapporterade biverkningar mellan patienter som får aktiv behandling och placebogruppen [1]. Inte heller fanns det någon skillnad mellan grupperna när det gäller motorsymtom och parkinsonliknande symtom, antalet patienter som avbröt studien på grund av biverkningar, antalet allvarliga biverkningar eller antalet dödsfall.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översiktsartikel som omfattar tre randomiserade studier (n = 299) [1]. I översiktsartikeln är resultaten för Lewykroppsdemens och Parkinsons sjukdom med demens sammanslagna. Det är förståeligt eftersom de två demenssjukdomarna har en klinisk och neuropatologisk symtombild som liknar varandra. MMSE-poängen vid inkludering var 10–27 poäng. Effekten av memantin (20 mg/dag) jämfördes med placebo. De inkluderade studierna har en uppföljningstid på 16–24 veckor för alla effektmål. Studierna genomfördes i Europa, inklusive Skandinavien.

Saknas någon information i studierna?

–

Hälsoekonomiskt underlag

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Wang, HF, Yu, JT, Tang, SW, Jiang, T, Tan, CC, Meng, XF, et al. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors and memantine in

cognitive impairment in Parkinson's disease, Parkinson's disease dementia, and dementia with Lewy bodies: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry. 2015; 86(2):135-43.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av memantin jämfört med placebo hos personer med Lewykroppsdemens eller demens vid Parkinsons sjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Mortalitet	195 patienter (1 studie) 16–24 veckor	30 per 1 000	1 fler per 1 000 (24 färre till 119 fler)	RR = 1,03 (0,21 till 4,98)	Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Mycket bristande precision (endast en studie med få deltagare)
Global funktion (mätt med Clinician´s Global Impression of Change (CGIC), skala 1-7, lägre värde indikerar bättre funktion)	253 patienter (2 studier) 16–24 veckor		MD = -0,40 (-0,77 till -0,03)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⨁⨁⨁◯	Bristande precision (bara 2 studier med få deltagare).
Kognitiv funktion (mätt med Mini Mental Status Examination (MMSE), skala: 0–30, högre värde indikerar bättre funktion)	88 patienter (2 studier) 16–24 veckor		MD 0,45 (-2,76 till 3,66)		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⨁◯◯◯	Hög risk för bias pga. ofullständig rapportering av utfall eller stort bortfall samt otillräcklig randomisering. Stor heterogenitet (väsentlig diskrepans i studiernas punktskattningar), mycket bristande precision (bara 2 studier med få

						deltagare, brett konfidensintervall som inkluderar ingen effekt).
ADL-funktion (mätt med ADL or Disability Assess-ment in Dementia, lägre värde indikerar bättre funktion)	253 patienter (2 studier) 16–24 veckor.		SMD -0,03 (-0,35 till 0,29)		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⨁◯◯◯	Hög risk för bias pga. ofullständig rapportering av utfall eller stort bortfall samt otillräcklig randomisering. Stor heterogenitet (väsentlig diskrepans i studiernas punktskattningar), mycket bristande precision (bara 2 studier med få deltagare, brett konfidensintervall som inkluderar ingen effekt).
Anhörigas upplevda belast-ning (mätt med Zarin Burden Interview, skala 0–116, lägre värde indikerar bättre funktion)	190 patienter (1 studie)		MD = -2,2 (-5,84 till 1,44)		Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Mycket bristande precision (bara en studie med få deltagare)
Bortfall pga. biverkningar	299 patienter (3 studier) 16–24 veckor	135 per 1 000	5 färre per 1 000 (61 färre till 95 fler)	RR = 0,96 (0,55 till 1,7)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⨁⨁⨁◯	Bristande precision (få deltagare).
Risk för biverkningar	295 patienter (3	477 per 1 000	0 färre per 1 000	RR = 1,00 (0,79 till	Begränsat	Hög risk för bias

	studier) 16–24 veckor		(100 färre till 129 fler)	1,27)	vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	pga. ofullständig rapportering av utfall eller stort bortfall. Bristande precision (få studier med få deltagare).
Risk för allvarliga biverkningar	220 patienter (3 studier) 16–24 veckor	97 per 1 000	42 fler per 1 000 (30 färre till 191 fler)	RR = 1,43 (0,69 till 2,97)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Hög risk för bias pga. ofullständig rapportering av utfall eller stort bortfall. Bristande precision (få studier med få deltagare).

Källa: Wang H-F, Yu J-T, Tang S-W, Jiang T, Tan C-C, Meng X-F, Wang C, Tan M-S, Tan L Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors and memantine in cognitive impairment in Parkinson's disease, Parkinson's disease dementia, and dementia with Lewy bodies: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis.. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry 2015;86(2):135-43

Rad: 72A
Tillstånd: Demenssjukdom, kvarvarande psykotiska symtom efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling
Åtgärd: Första generationens antipsykotiska läkemedel

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	**Kan erbjudas i undantagsfall**	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 **9** 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda första generationens antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och kvarvarande psykotiska symtom efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad samtidigt som beprövad erfarenhet talar för biverkningar och osäker positiv effekt. Åtgärden kan dock ha effekt för en mindre grupp, enligt experters bedömning. Det finns bättre alternativa läkemedelsbehandlingar.
Kommentar: Behandlingen är olämplig vid Lewykroppsdemens och vid Parkinson med demens.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Psykotiska symtom, såsom vanföreställningar och hallucinationer, förekommer vid demenssjukdom. Symtomen beror ofta på den demenssjukes svårigheter att korrekt bearbeta information från omgivningen. Synhallucinationer är vanliga och vanföreställningarna är ofta av paranoid karaktär.

Första generationens antipsykotiska läkemedel (till exempel haloperidol) är godkända för att behandla dels psykotiska symtom – detta gäller både personer med och personer utan demenssjukdom – dels vissa beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD), till exempel agitation och aggressivitet hos demenssjuka. Både effekter och biverkningar är dosberoende och läkemedlen har allvarliga biverkningar. Patienter med Lewykroppsdemens har en kraftigt ökad risk för biverkningar.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Åtgärden kan ha biverkningar eller negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom och psykotiska symtom (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av första generationens antipsykotiska läkemedel, t.ex. haloperidol, på psykotiska symtom för personer med demenssjukdom och psykiska symtom, och konsensus har inte uppnåtts.

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom och psykiska symtom, bidrar första generationens antipsykotiska läkemedel, till exempel haldol, till mindre psykotiska symtom, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 62 procent (16 av 26 deltagare) – konsensus uppnåddes inte
- Nej: 38 procent (10 av 26 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha biverkningar eller negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom och psykotiska symtom.”
Svar:

- Ja: 87 procent (26 av 30 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 13 procent (4 av 30 deltagare).

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten av behandling med typiska antipsykotiska läkemedel för demenssjukdom med kvarvarande psykotiska symtom har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Litteratursökning

Databas: PubMed **Databasleverantör:** NLM **Datum:** 2016-02-19
Ämne: Demenssjukdom med psykotiska symtom, behandling med risperidon och haloperidol

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] or dementia*[tiab] or alzheimer*[tiab]	187641
2.	Mesh/FT	"Antipsychotic Agents"[Mesh] or antipsycotic*[tiab] or "Risperidone"[Mesh] or Risperidone[tiab] or Risperdal[tiab] or risperidal[tiab] or "haloperidol"[MeSH] OR haloperidol[tiab] OR haldol[tiab]	47563
3.		1 AND 2 Filters activated: Systematic Reviews; Swedish; Danish; Norwegian; English	**129**
4.	Mesh/FT	"Risperidone"[Mesh] or Risperidone[tiab] or Risperdal[tiab] or risperidal[tiab] or "haloperidol"[MeSH] OR haloperidol[tiab] OR haldol[tiab]	27563
5.	Mesh/FT	"Delusions"[Mesh]) OR "Hallucinations"[Mesh] or hallucination*[tiab] or delusion*[tiab] or psychosis[tiab] or psychotic[tiab]	104248
6.		1 AND 4 AND 5 Filters activated: Randomized Controlled Trial	**38**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly
SB = PubMeds filter
för systematiska översikter (systematic[sb])
för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: Cochrane Library **Databasleverantör:** Wiley **Datum:** 2016-02-19
Ämne: Demenssjukdom med psykotiska symtom, behandling med risperidon och haloperidol

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT/ti	[Dementia] this term only OR [Alzheimer Disease] this term only OR (dementia or Alzheimer):ti	7982
2.	Mesh/FT/ti, ab, kw	[Haloperidol] explode all trees OR [Risperidone] explode all trees OR (haloperidol or haldol or risperidone or risperdal or risperidal):ti,ab,kw	4480
3.		1 AND 2	**CDSR 4**
4.	FT/ti, ab, kw	hallucination* or delusion* or psychosis or psychotic:ti,ab,kw	6373
5.		1 AND 2 AND 4	**TRIALS 88**

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)
Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
Qualifier = aspekt av ämnet
FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords
**)
CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews
DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects
HTA = Health Technology Assessment Database
EED = NHS Economic Evaluation Database
Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Rad: 72B
Tillstånd: Demenssjukdom, kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling
Åtgärd: Första generationens antipsykotiska läkemedel

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	**Kan erbjudas i undantagsfall**	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 **10**	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda första generationens antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling.

Motivering till rekommendation
Det finns bättre alternativa läkemedel. Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och åtgärden har liten till måttlig effekt på aggressivitet, men ingen säkerställd effekt på agitation. Åtgärden innebär dessutom en ökad risk för allvarliga biverkningar.
Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren. Behandlingen är olämplig vid Lewykroppsdemens och vid Parkinson med demens.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Agitation och aggressivitet innefattar upprördhet, ilska och irritation och kan variera från verbal aggressivitet till handgripligheter. I dag ska dessa tillstånd först och främst behandlas genom att man försöker tolka symtomen för att finna lämpliga omvårdnadsstrategier, i andra hand och undantagsvis med farmakologisk terapi.

Första generationens antipsykotiska läkemedel (till exempel haloperidol) är godkända för att behandla dels psykotiska symtom – detta gäller både personer med och personer utan demenssjukdom – dels vissa beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD), till exempel agitation och aggressivitet hos demenssjuka. Både effekter och biverkningar är dosbero-

ende och läkemedlen har allvarliga biverkningar. Patienter med Lewykroppsdemens har en kraftigt ökad risk för biverkningar.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid demenssjukdom och agitation ger haloperidol jämfört med placebo

- en liten till måttlig minskning i aggressivitet (SMD = -0,31; 95-procentigt konfidensintervall -0,49 till -0,13; måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på agitation (SMD = -0,12; 95-procentigt konfidensintervall -0,33 till 0,08; begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på beteendesymtom (SMD = -0,19; 95-procentigt konfidensintervall -0,40 till 0,01; begränsat vetenskapligt underlag)
- en ökad risk för bortfall från studien på grund av biverkningar (OR = 2,52; 95-procentigt konfidensintervall 1,22 till 5,21; måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en ökad risk för minst ett extrapyramidalt symtom (OR = 2,34; 95-procentigt konfidensintervall 1,25 till 4,38; begränsat vetenskapligt underlag)
- en ökad risk för trötthet (somnolens; OR = 4,20; 95-procentigt konfidensintervall 1,78 till 9,91; begränsat vetenskapligt underlag).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma risken med första generationens antipsykotiska läkemedel på trötthet (fatigue) vid agitation och demenssjukdom.

The USA Food and Drug Administration (FDA) kom 2008 med en varning för användningen av alla typer av antipsykotiska läkemedel, både första generationens och andra generationens, hos äldre patienter med demenssjukdom på grund av allvarliga rapporterade biverkningar, inklusive död, stroke, kranskärlssjukdom och metaboliska syndrom.

Många av de rapporterade biverkningarna för första generationens antipsykotiska läkemedel är desamma som för andra generationens antipsykotiska läkemedel. Enligt Agency for Healthcare Research and Quality [1] kan risken för död och cerebrovaskulära händelser vara större för första generationens antipsykotiska läkemedel än för andra generationens antipsykotiska läkemedel, även om förhöjd risk för dödlighet inte har bekräftats i en ny systematisk översiktsartikel med 17 randomiserade kontrollerade studier (n = 2 387) av första generationens antipsykotiska läkemedel [2]. Översiktens resultat står i motsats till dem i en ny retrospektiv fall-kontrollstudie (låg evidenskvalitet) som inkluderade 90 786 patienter över 65 år med demenssjukdom [3]. I fall-kontrollstudien hade patienter som fick haloperidol en ökad risk för dödlighet på 3,8 procent (95-procentigt konfidensintervall 1,0–6,6 procent) över en 6-månadersperiod jämfört med icke-användare (NNH = 26), det vill säga något högre än för andra generationens antipsykotiska läkemedel.

De vanligaste biverkningarna vid användning av haloperidol är enligt Lonergan et al. [4] extrapyramidala symtom inklusive trötthet, parkinsonism, dystoni, tardiv dyskinesi och trötthet (otillräckligt–begränsat vetenskapligt underlag).

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt med två metaanalyser av 12 randomiserade, kontrollerade studier (n = 825) av effekten av första generationens antipsykotika läkemedel, inklusive haloperidol, tioridazin, tiotixen, klorpromazin, trifluoperazin och acetofenazin, vid BPSD [5] samt en översiktsartikel från Cochrane [4] med 5 randomiserade, kontrollerade studier (n = 822) av effekten av haloperidol på agitation vid demens (uppdaterad 2012 utan förändring i slutsatserna). Uppföljningstiden var 3–16 veckor (maximalt 12 veckor i de flesta inkluderade studierna). Deltagarna var inneliggande och polikliniska patienter.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas systematiska översikter över effekten av första generationens antipsykotiska läkemedel på psykotiska symtom, agitation eller aggressivitet vid andra demenssjukdomar än Alzheimers sjukdom och vaskulär demens.

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten av behandling med typiska antipsykotiska läkemedel för demenssjukdom med kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Referenser

1. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update, Comparative Effec-tiveness Review No. 43, prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290-2007-10062-I for the Agency for Healthcare Research and Quality, September 2011. Hämtad från: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/offlabelantipsych.cfm.
2. Hulshof, TA, Zuidema, SU, Ostelo, RW, Luijendijk, HJ. The Mortality Risk of Conventional Antipsychotics in Elderly Patients: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. J Am Med Dir Assoc. 2015; 16(10):817-24.
3. Maust, DT, Kim, HM, Seyfried, LS, Chiang, C, Kavanagh, J, Schneider, LS, et al. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. JAMA Psychiatry. 2015; 72(5):438-45.
4. Lonergan, E, Luxenberg, J, Colford, J. Haloperidol for agitation in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2002; (2):CD002852.
5. Sink, KM, Holden, KF, Yaffe, K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. JAMA. 2005; 293(5):596-608.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av haloperidol jämfört med placebo hos personer med agitation och demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Aggressivitet (mätt med MOSES irritability/agressivesness subscore, BSSD physical aggression item, BEHAVE-AD aggressiveness subscore, lägre värde indikerar bättre funktion)	489 patienter (3 studier) 3–16 veckor		SMD = -0,31 (-0,49 till -0,17)	RR = 1,03 (0,21 till -0,13)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias), svårighetsgraden av demens varierade, utfallet mättes olika, dos och behandlingsperiod varierade.
Agitation (mätt med CMAI scale, BSSD psychomotor agitation item, lägre värde indikerar bättre funktion)	369 patienter (4 studier) 3–16 veckor		SMD = -0,12 (-0,33 till 0,08)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias), bristande precision (svårighetsgraden av demens varierade, utfallet mättes olika, dos och behandlingsperiod varierade, brett konfidensintervall).
Beteendesymtom (mätt med BEHAVE-AD, BPRS, BSSD, lägre värde indikerar bättre funktion)	369 patienter (4 studier) 6–16 veckor		SMD -0,19 (-0,4 till 0,01)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias), bristande precision (svårighetsgraden av demens varierade, utfallet mättes

						olika, dos och behandlingsperiod varierade, brett konfidensintervall).
Bortfall pga. biverkningar (mätt med UKU)	274 patienter (2 studier)	72 per 1 000	91 fler per 1 000	OR = 2,52 (1,22 till 5,21)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias (oklar randomisering)
Biverkningar i form av minst ett extrapyramidalt symtom	204 patienter (1 studie) 3 veckor	175 per 1 000	157 fler per 1 000 (35 fler till 307 fler)	OR = 2,34 (1,25 till 4,38)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias), bristande precision (bara 1 studie).
Trötthet (somnolens)	229 patienter (1 studie) 12 veckor	35 per 1 000	97 fler per 1 000 (26 fler till 229 fler)	OR = 4,20 (1,78 till 9,91)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias), bristande precision (bara 1 studie).
Trötthet (fatigue)	70 patienter (1 studie) 16 veckor	167 per 1 000	352 fler per 1 000 (123 fler till 573 fler)	OR = 5,39 (2,04 till 14,22)	Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕◯◯◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias), bristande precision (bara 1 studie med få deltagare).

Källa: Lonergan E, Luxenberg J, Colford J. Haloperidol for agitation in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2002(2):CD002852. Edited in 2012 with no change in conclusion.

Rad: 73A
Tillstånd: Demenssjukdom, kvarvarande psykotiska symtom efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling
Åtgärd: Andra generationens antipsykotiska läkemedel

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	**Kan erbjudas i undantagsfall**	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda andra generationens antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och kvarvarande psykotiska symtom efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling.

Motivering till rekommendation

Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och det finns få alternativa behandlingar. Åtgärden har effekt på viktiga utfallsmått. Åtgärden har allvarliga biverkningar, men bättre biverkningsprofil jämfört med första generationens antipsykotiska läkemedel.

Kommentar: Behandlingen är olämplig vid Lewykroppsdemens och vid Parkinson med demens.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Psykotiska symtom, såsom vanföreställningar och hallucinationer, förekommer vid demenssjukdom. Symtomen beror ofta på den demenssjukes svårigheter att korrekt bearbeta information från omgivningen. Synhallucinationer är vanliga och vanföreställningarna är ofta av paranoid karaktär.

Andra generationens antipsykotiska läkemedel (till exempel risperidon) är godkända för att behandla dels psykotiska symptom – detta gäller både personer med och personer utan demenssjukdom – dels vissa beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD), till exempel agitation och aggressivitet hos demenssjuka. Både effekter och biverkningar är dosberoende och läkemedlen har allvarliga biverkningar. Patienter med Lewykroppsdemens har en kraftigt ökad risk för biverkningar.

Hur allvarligt är tillståndet?
Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?
Vid demenssjukdom och beteendemässiga och psykiska symtom ger

- risperidon färre BPSD (SMD -0,19; 95-procentigt konfidensintervall -0,38 till -0), jämfört med placebo (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- risperidon mindre psykotiska symtom (SMD -0,20; 95-procentigt konfidensintervall -0,36 till -0,05), jämfört med placebo (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- risperidon mindre agitation (SMD -0,22; 95-procentigt konfidensintervall -0,35 till -0,09), jämfört med placebo (måttligt starkt vetenskapligt underlag).
- aripiprazol färre BPSD (SMD -0,20; 95-procentigt konfidensintervall -0,35 till -0,04), jämfört med placebo (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- aripiprazol ingen effekt på psykotiska symtom (SMD -0,14; 95-procentigt konfidensintervall -0,29 till 0,02), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag)
- aripiprazol mindre agitation (SMD -0,3; 95-procentigt konfidensintervall -0,55 till -0,05), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag).
- olanzapin färre BPSD (SMD -0,12; 95-procentigt konfidensintervall −0,25 till -0), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag)
- olanzapin ingen effekt på psykotiska symtom (SMD -0,05; 95-procentigt konfidensintervall -0,17 till 0,07), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag)
- olanzapin mindre agitation (SMD -0,19; 95-procentigt konfidensintervall -0,31 till -0,07), jämfört med placebo (måttligt starkt vetenskapligt underlag).
- kvetiapin ingen effekt på BPSD (SMD -0,13; 95-procentigt konfidensintervall -0,28 till 0,03), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag)
- kvetiapin ingen effekt på psykotiska symtom (SMD -0,04; 95-procentigt konfidensintervall, -0,19 till 0,11), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag)
- kvetiapin ingen effekt på agitation (SMD -0,05; 95-procentigt konfidensintervall -0,25 till 0,14), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag).

Forskningslitteraturen rörande antipsykotiska läkemedel visar att de förväntade effekterna är blygsamma, oavsett typ av läkemedel, och att biverkningar är vanliga och kan vara mycket allvarliga. Genomgående saknas evidens för effekter och biverkningar vid långtidsanvändning och för huruvida allvarlighetsgraden av demenssjukdomen och eventuell samsjuklighet påverkar behandlingsresultatet.

En metaanalys från Agency for Healthcare Research and Quality [1] visar att andra generationens antipsykotiska läkemedel sammantaget kan minska BPSD, psykotiska symtom och agitation men att den statistiska effekten är blygsam: BPSD (SMD 0,17; 95-procentigt konfidensintervall 0,08 till 0,25), psykotiska symtom (SMD 0,12; 95-procentigt konfidensintervall 0,04 till 0,19), agitation (SMD 0,20; 95-procentigt konfidensintervall 0,12 till 0,27). Den genomsnittliga skillnaden i NPI-totalpoäng (skala 0–144, där 0 är lika med frånvaro av symtom) mellan behandlingsgruppen och placebogruppen var 3,41 poäng. Skillnader på mindre än 4 poäng anses vara av tveksam klinisk relevans.

Av andra generationens antipsykotiska läkemedel är det risperidon som är mest studerat. Det har genomförts mycket få studier som har jämfört effekterna av olika andra generationens antipsykotiska läkemedel eller jämfört första och andra generationens antipsykotiska läkemedel med varandra. Enligt kunskapssammanställningen från Agency for Healthcare Research and Quality [1] har dock inga signifikanta skillnader i behandlingseffekter på BPSD, psykotiska symtom eller agitation hittats när olika antipsykotiska läkemedel har jämförts direkt med varandra (”head-to-head studier”).

Ett problem med forskningen är att det effektmått som oftast används är förekomst av BPSD (till exempel mätt med NPI-totalpoäng). Det reflekterar inte klinisk praxis där det i realiteten medicineras för närvaro av ett eller flera specifika symtom hos patienten (till exempel psykotiska symtom eller aggressivitet) och inte för total förekomst av BPSD. Dessutom är många av de inkluderade försökspersonerna i studierna friska, i betydelsen att de har en relativt lägre förekomst av BPSD än de typiska patienterna som kommer till en utredning på kliniken. Det bidrar till att den kliniska effekten kan vara undervärderad.

Det är värt att notera att oberoende av typ av läkemedel, visar både behandlings- och kontrollgruppen genomgående en markerad förbättring i symtom under uppföljningstiden. Det indikerar en stark placeboeffekt för läkemedlen, i kombination med att graden av BPSD varierar över tid.

Kunskapsunderlaget rörande doseringen av de olika läkemedlen är bristfälligt, men det finns en tendens (inte statistiskt signifikant) till att högre doser associeras med bättre effekter, men också mer biverkningar.

Andra generationens antipsykotiska läkemedel har många biverkningar och The USA Food and Drug Administration (FDA) kom 2008 med en varning för användningen av alla typer av antipsykotiska läkemedel, både första och andra generationens, hos äldre patienter med demens på grund av allvarliga rapporterade biverkningar, inklusive dödlighet, stroke, kranskärlssjukdom och metaboliska syndrom.

Biverkningarna är inkonsekvent rapporterade. Detta bidrar till att förekomsten av biverkningar kan vara underrapporterade. Kunskapen om biverkningar vid långtidsanvändning (det vill säga utöver 10–12 veckor) är begränsad. Enligt kunskapsöversikten från Agency for Healthcare Research and Quality (2011, 2016) är de vanligaste rapporterade biverkningarna vid behandling med andra generationens antipsykotiska läkemedel (aripiprazol, olanzapin, risperidon och kvetiapin) trötthet (somnolens), trötthet (fatigue),

onormal gång, extrapyramidala symtom, viktökning, urinvägsinfektion /inkontinens, kardiovaskulära symtom, stroke och död.

Agency for Healthcare Research and Quality [1] finner att 1 av 100 patienter (NNH = 100) som får andra generationens antipsykotiska läkemedel dör under en behandlingsperiod på 10–12 veckor (hög evidenskvalitet). Observationsstudier indikerar att risken för dödlighet troligtvis är högre över en 6-månadersperiod [2, 3]. I en retrospektiv fall-kontrollstudie (låg evidenskvalitet) av Maust et al. [3] som inkluderade 90 786 patienter med demenssjukdom (ålder över 65 år), hade patienter som fick risperidon en ökad risk för dödlighet på 3,7 procent (95-procentigt konfidensintervall 2,2 till 5, 3 procent) över en 6-månadersperiod jämfört med icke-användare, NNH = 27, olanzapin hade en ökad risk för dödlighet på 2,5 procent (95-procentigt konfidensintervall 0,3till 4,7 procent), NNH = 40, och kvetiapin hade en ökad risk på 2,0 procent (95-procentigt konfidensintervall 0,7 till 3,3 procent), NNH = 50. Aripriprazol inkluderades inte i studien.

För andra allvarliga biverkningar finner Agency for Healthcare Research and Quality [1] en ökad risk för cerebrovaskulära händelser hos 2 av 100 patienter, NNH = 53, för risperidon, en ökad risk för andra kardiovaskulära händelser (kardiovaskulära symtom, ödem och vasodilatation) hos 3 av 100 patienter, NNH = 34, för risperidon, liksom hos 2 av 100 patienter för olanzapin, NNH = 48, och en ökad risk för extrapyramidala symtom hos 5 av 100 patienter, NNH = 20, för risperidon, liksom hos 10 av 100 patienter, NNH = 10, för olanzapin. Studierna är genomgående värderade till måttlig evidenskvalitet.

Vilka studier ingår i granskningen?

Kunskapsunderlaget baseras på en systematisk kunskapssammanställning från Agency for Healthcare Research and Quality [1] som inkluderar meta-analyser av 17 placebo-kontrollerade studier om demenssjukdom (totala antalet patienter är 6 016). Inkluderade patienter hade alla betydande grad av BPSD, med tonvikt på psykotiska symtom, agitation eller aggression. De flesta patienterna var diagnostiserade med Alzheimers sjukdom, men i enskilda studier ingick patienter med blandad demens, det vill säga både Alzheimers sjukdom och vaskulär demens, samt vaskulär demens. Studerade läkemedel är aripiprazol (3 RCT), olanzapin (5 RCT), kvetiapin (5 RCT) och risperidon (6 RCT). Effektmåtten är BPSD, psykotiska symtom och agitation (mätt med totalpoäng och olika subskalor på BEHAVE-AD, BPRS eller NPI). Uppföljningstiden var 6–12 veckor.

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten av behandling med andra generationens antipsykotiska läkemedel för demenssjukdom med kvarvarande psykotiska symtom har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Referenser

1. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update, Comparative Effec-tiveness Review No. 43, prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290-

2007-10062-I for the Agency for Healthcare Research and Quality, September 2011. Hämtad från:
2. Huybrechts, KF, Gerhard, T, Crystal, S, Olfson, M, Avorn, J, Levin, R, et al. Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study. BMJ (Clinical research ed). 2012; 344:e977.
3. Maust, DT, Kim, HM, Seyfried, LS, Chiang, C, Kavanagh, J, Schneider, LS, et al. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. JAMA psychiatry. 2015; 72(5):438-45.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av aripiprazol jämfört med placebo hos personer med BPSD och demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Total BPSD (mätt med NPI, skala 0–144, lägre värde indikerar bättre funktion)	643 patienter (3 studier) 10–12 veckor		SMD = -0,2 (-0,35 till -0,04)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias),
Psykotiska symtom (mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS och NPI, lägre värde indikerar bättre funktion)	643 patienter (3 studier) 10–12 veckor		SMD = -0,14 (-0,29 till 0,02)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias). Bristande precision (breda konfidensintervall)
Agitation mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS, NPI och CMAI, lägre värde indikerar bättre funktion)	435 patienter (2 studier) 10–12 veckor		SMD -0,3 (-0,55 till -0,05)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias). Bristande precision (endast 2 studier)
Trötthet (somnolens)	1 080 patienter (4 studier)	59 per 1 000	82 fler per 1 000 (31 fler till 163 fler)	OR = 2,62 (1,57 till 4,54)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Trötthet (fatigue)	872 patienter (3 studier)	40 per 1 000	52 fler per 1 000 (7 fler till 145 fler)	OR = 2,44 (1,19 till 5,43)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	

Onormal gång	487 patienter (1 studie)	8 per 1 000	34 fler per 1 000 (1 färre till 644 fler)	OR = 5,47 (0,83 till 232)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Mycket bristande precision (endast en studie, breda konfidensintervall)
Extrapyramidala symtom	1 080 patienter (4 studier)	43 per 1 000	12 fler per 1 000 (13 färre till 61 fler)	OR = 1,29 (0,68 till 2,57)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Urinvägsinfektion/ inkontinens	951 patienter (3 studier)	126 per 1 000	39 fler per 1 000 (9 färre till 106 fler)	OR = 1,37 (0,92 till 2,09)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll).
Kardiovaskulära symtom	487 patienter (1 studie)	99 per 1 000	16 fler per 1 000 (39 färre till 120 fler)	OR = 1,18 (0,58 till 2,55)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll, endast en studie).
Stroke	593 patienter (3 studier)	8 per 1 000	2 färre per 1 000 (8 färre till 70 fler)	OR = 0,7 (0,05 till 10,48)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll).
Död	593 patienter (3 studier)	12 per 1 000	16 fler per 1 000 (5 färre till 135 fler)	OR = 2,37 (0,55 till 14,18)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Bristande precision (bara två studier med få deltagare)

Källa: Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update, Comparative Effectiveness Review No. 43. Report prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290-2007-10062-I for the Agency for Healthcare Research and Quality 2011.

Effekten av olanzapin jämfört med placebo hos personer med BPSD och demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Total BPSD (mätt med NPI, skala 0–144, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 398 patienter (4 studier) 6–12 veckor		SMD = -0,12 (-0,25 till -0)		Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias). Bristande precision (breda konfidensintervall)
Psykotiska symtom (mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS och NPI, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 666 patienter (5 studier) 6–26 veckor		SMD = -0,05 (-0,17 till 0,07)		Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias). Bristande precision (breda konfidensintervall)
Agitation mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS, NPI och CMAI, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 398 patienter (4 studier) 6–12 veckor		SMD -0,19 (-0,31 till -0,07)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⨁⨁⨁◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias).
Trötthet (somnolens)	1 218 patienter (5 studier)	57 per 1 000	160 fler per 1 000 (91 fler till 256 fler)	OR = 4,58 (2,87 till 7,55)	Starkt vetenskapligt underlag ⨁⨁⨁⨁	
Trötthet (fatigue)	808 patienter (3 studier)	28 per 1 000	36 fler per 1 000 (2 fler till 114 fler)	OR = 2,37 (1,08 till 5,75)	Starkt vetenskapligt underlag ⨁⨁⨁⨁	
Onormal gång	1 014 patienter (4 studier)	40 per 1 000	63 fler per 1 000 (20 fler till 141 fler)	OR = 2,75 (1,52 till 5,29)	Starkt vetenskapligt underlag ⨁⨁⨁⨁	

Extrapyramidala symtom	242 patienter (1 studie)	14 per 1 000	164 fler per 1 000 (33 fler till 649 fler)	OR = 15,21 (3,5 till 139)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Bristande precision (bara 1 studie).
Urinvägsinfektion/ inkontinens	298 patienter (1 studie)	11 per 1 000	85 fler per 1 000 (5 fler till 806 fler)	OR = 9,51 (1,47 till 401)	Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕◯◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Mycket bristande precision (breda konfidensintervalll, endast en studie).
Kardiovaskulära symtom	1 218 patienter (5 studier)	20 per 1 000	25 fler per 1 000 (2 fler till 83 fler)	OR = 2,33 (1.08 till 5,61)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått).
Stroke	510 patienter (2 studier)	17 per 1 000	8 fler per 1 000 (11 färre till 97 fler)	OR = 1,46 (0,33 till 7,44)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll).
Död	510 patienter (2 studier)	17 per 1 000	9 färre per 1 000 (16 färre till 42 fler)	OR = 0,48 (0,04 till 3,62)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Mycket bristande precision (breda konfidensintervalll).

Källa: Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update, Comparative Effectiveness Review No. 43. Report prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290-2007-10062-I for the Agency for Healthcare Research and Quality 2011.

Effekten av kvetiapin jämfört med placebo hos personer med BPSD och demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Total BPSD (mätt med	853 patienter		SMD = -0,13 (-0,28		Begränsat	Risk för bias

NPI, skala 0–144, lägre värde indikerar bättre funktion)	(3 studier) 10–12 veckor		till 0,03)		vetenskapligt underlag ⊕⊕○○	(möjlig selektions-bias). Bristande precision (breda konfidensintervall)
Psykotiska symtom (mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS och NPI, lägre värde indikerar bättre funktion)	853 patienter (3 studier) 10–12 veckor		SMD = -0,04 (-0,19 till 0,11)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○	Risk för bias (möjlig selektions-bias). Bristande precision (breda konfidensintervall)
Agitation mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS, NPI och CMAI, lägre värde indikerar bättre funktion)	948 patienter (5 studier) 6–26 veckor		SMD -0,05 (-0,25 till 0,14)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○	Risk för bias (möjlig selektions-bias). Bristande precision (breda konfidensintervall)
Trötthet (somnolens)	799 patienter (4 studier)	51 per 1 000	166 fler per 1 000 (85 fler till 287 fler)	OR = 5,16 (2,93 till 9,51)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Trötthet (fatigue)	569 patienter (3 studier)	21 per 1 000	38 fler per 1 000 (1 fler till 159 fler)	OR = 2,92 (1,03 till 10,26)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Onormal gång	759 patienter (3 studier)	18 per 1 000	23 fler per 1 000 (3 färre till 104 fler)	OR = 2,36 (0,85 till 7,59)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○	Mycket bristande precision (breda konfidensintervalll).
Extrapyramidala symtom	316 patienter (2 studier)	35 per 1 000	5 fler per 1 000 (19 färre till 65 fler)	OR = 1,15 (0,46 till 3,08)	Begränsat vetenskapligt underlag	Mycket bristande precision (breda konfidensintervalll).

					⊕⊕◯◯	
Urinvägsinfektion/ inkontinens	523 patienter (2 studier)	63 per 1 000	74 fler per 1 000 (9 fler till 194 fler)	OR = 2,37 (1,16 till 5,15)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (få deltagare).
Kardiovaskulära symtom	609 patienter (3 studier)	59 per 1 000	4 fler per 1 000 (27 färre till 67 fler)	OR = 1,08 (0,53 till 2,3)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll).
Stroke	426 patienter (2 studier)	25 per 1 000	9 färre per 1 000 (22 färre till 48 fler)	OR = 0,65 (0,1 till 3,08)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll).
Död	426 patienter (2 studier)	29 per 1 000	3 färre per 1 000 (22 färre till 63 fler)	OR = 0,91 (0,22 till 3,41)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Bristande precision (breda konfidensintervalll).

Källa: Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update, Comparative Effectiveness Review No. 43. Report prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290-2007-10062-I for the Agency for Healthcare Research and Quality 2011.

Effekten av risperidon jämfört med placebo hos personer med BPSD och demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Total BPSD (mätt med NPI, skala 0–144, lägre värde indikerar bättre funktion)	2 189 patienter (6 studier) 8–12 veckor		SMD = -0,19 (-0,38 till -0)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag	Bristande precision (breda konfidensintervall)

					⊕⊕⊕◯	
Psykotiska symtom (mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS och NPI, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 960 patienter (5 studier) 8–12 veckor		SMD = -0,2 (-0,36 till -0,05)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Bristande precision (breda konfidensintervall)
Agitation mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS, NPI och CMAI, lägre värde indikerar bättre funktion)	2 189 patienter (6 studier) 8–12 veckor		SMD -0,22 (-0,35 till -0,09)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Bristande precision (breda konfidensintervall)
Trötthet (somnolens)	2 182 patienter (6 studier)	109 per 1 000	113 fler per 1 000 (71 fler till 163 fler)	OR = 2,33 (1,79 till 3,05)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Trötthet (fatigue)	517 patienter (2 studier)	17 per 1 000	41 fler per 1 000 (2 fler till 189 fler)	OR = 3,56 (1,13 till 14,96)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Onormal gång	854 patienter (3 studier)	20 per 1 000	38 fler per 1 000 (6 fler till 118 fler)	OR = 3,04 (1,32 till 7,84)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Extrapyramidala symtom	2 477 patienter (5 studier)	34 per 1 000	62 fler per 1 000 (31 fler till 108 fler)	OR = 3 (1,96 till 4,7)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Urinvägsinfektion/	1 725 patienter	107 per 1 000	50 fler per 1 000	OR = 1,55 (1,13 till	Begränsat	Risk för bias (biverkningar ej

inkontinens	(4 studier)		(12 fler till 96 fler)	2,13)	vetenskapligt underlag ⊕⊕○○	primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll).
Kardiovaskulära symtom	2 767 patienter (6 studier)	34 per 1 000	34 fler per 1 000 (12 fler till 68 fler)	OR = 2,08 (1,38 till 3,22)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått).
Stroke	1 852 patienter (4 studier)	11 per 1 000	23 fler per 1 000 (3 fler till 73 fler)	OR = 3,12 (1,32 till 8,21)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått).
Död	2 477 patienter (5 studier)	19 per 1 000	4 fler per 1 000 (7 färre till 24 fler)	OR = 1,19 (0,63 till 2,31)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○	Bristande precision (breda konfidensintervalll).

Källa: Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update, Comparative Effectiveness Review No. 43. Report prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290-2007-10062-I for the Agency for Healthcare Research and Quality 2011.

Rad: 73B
Tillstånd: Demenssjukdom, kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling
Åtgärd: Andra generationens antipsykotiska läkemedel

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	**Kan erbjudas i undantagsfall**	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 **9** 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda andra generationens antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har effekt på viktiga utfallsmått. Åtgärden har allvarliga biverkningar men bättre biverkningsprofil jämfört med första generationens antipsykotiska läkemedel.
Kommentar: Behandlingen är olämplig vid Lewykroppsdemens och vid Parkinson med demens.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Psykotiska symtom, såsom vanföreställningar och hallucinationer, förekommer vid demenssjukdom. Symtomen beror ofta på den demenssjukes svårigheter att korrekt bearbeta information från omgivningen. Synhallucinationer är vanliga och vanföreställningarna är ofta av paranoid karaktär.

Andra generationens antipsykosläkemedel (till exempel risperidon) är godkända för att behandla dels psykotiska symptom – detta gäller både personer med och personer utan demenssjukdom – dels vissa beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD), till exempel agitation och aggressivitet hos demenssjuka. Både effekter och biverkningar är dosberoende och läkemedlen har allvarliga biverkningar. Patienter med Lewykroppsdemens har en kraftigt ökad risk för biverkningar.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid demenssjukdom och beteendemässiga och psykiska symtom ger

- risperidon färre BPSD (SMD -0,19; 95-procentigt konfidensintervall -0,38 till -0), jämfört med placebo (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- risperidon mindre psykotiska symtom (SMD -0,20; 95-procentigt konfidensintervall -0,36 till -0,05), jämfört med placebo (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- risperidon mindre agitation (SMD -0,22; 95-procentigt konfidensintervall -0,35 till -0,09), jämfört med placebo (måttligt starkt vetenskapligt underlag).
- aripiprazol färre BPSD (SMD -0,20; 95-procentigt konfidensintervall -0,35 till -0,04), jämfört med placebo (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- aripiprazol ingen effekt på psykotiska symtom (SMD -0,14; 95-procentigt konfidensintervall -0,29 till 0,02), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag)
- aripiprazol mindre agitation (SMD -0,3; 95-procentigt konfidensintervall -0,55 till -0,05), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag).
- olanzapin färre BPSD (SMD -0,12; 95-procentigt konfidensintervall −0,25 till -0), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag)
- olanzapin ingen effekt på psykotiska symtom (SMD -0,05; 95-procentigt konfidensintervall -0,17 till 0,07), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag)
- olanzapin mindre agitation (SMD -0,19; 95-procentigt konfidensintervall -0,31 till -0,07), jämfört med placebo (måttligt starkt vetenskapligt underlag).
- kvetiapin ingen effekt på BPSD (SMD -0,13; 95-procentigt konfidensintervall -0,28 till 0,03), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag)
- kvetiapin ingen effekt på psykotiska symtom (SMD -0,04; 95-procentigt konfidensintervall, -0,19 till 0,11), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag)
- kvetiapin ingen effekt på agitation (SMD -0,05; 95-procentigt konfidensintervall -0,25 till 0,14), jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag).

Forskningslitteraturen rörande antipsykotiska läkemedel visar att de förväntade effekterna är blygsamma, oavsett typ av läkemedel, och att biverkningar är vanliga och kan vara mycket allvarliga. Genomgående saknas evidens för effekter och biverkningar vid långtidsanvändning och för huruvida allvarlighetsgraden av demenssjukdomen och eventuell samsjuklighet påverkar behandlingsresultatet.

En metaanalys från Agency for Healthcare Research and Quality [1] visar att andra generationens antipsykotiska läkemedel sammantaget kan minska BPSD, psykotiska symtom och agitation men att den statistiska effekten är blygsam: BPSD (SMD 0,17; 95-procentigt konfidensintervall 0,08 till 0,25), psykotiska symtom (SMD 0,12; 95-procentigt konfidensintervall 0,04 till 0,19), agitation (SMD 0,20; 95-procentigt konfidensintervall 0,12 till 0,27). Den genomsnittliga skillnaden i NPI-totalpoäng (skala 0–144, där 0 är lika med frånvaro av symtom) mellan behandlingsgruppen och placebogruppen var 3,41 poäng. Skillnader på mindre än 4 poäng anses vara av tveksam klinisk relevans.

Av andra generationens antipsykotiska läkemedel är det risperidon som är mest studerat. Det har genomförts mycket få studier som har jämfört effekterna av olika andra generationens antipsykotiska läkemedel eller jämfört första och andra generationens antipsykotiska läkemedel med varandra. Enligt kunskapssammanställningen från Agency for Healthcare Research and Quality [1] har dock inga signifikanta skillnader i behandlingseffekter på BPSD, psykotiska symtom eller agitation hittats när olika antipsykotiska läkemedel har jämförts direkt med varandra (”head-to-head studier”).

Ett problem med forskningen är att det effektmått som oftast används är förekomst av BPSD (till exempel mätt med NPI-totalpoäng). Det reflekterar inte klinisk praxis där det i realiteten medicineras för närvaro av ett eller flera specifika symtom hos patienten (till exempel psykotiska symtom eller aggressivitet) och inte för total förekomst av BPSD. Dessutom är många av de inkluderade försökspersonerna i studierna friska, i betydelsen att de har en relativt lägre förekomst av BPSD än de typiska patienterna som kommer till en utredning på kliniken. Det bidrar till att den kliniska effekten kan vara undervärderad.

Det är värt att notera att oberoende av typ av läkemedel, visar både behandlings- och kontrollgruppen genomgående en markerad förbättring i symtom under uppföljningstiden. Det indikerar en stark placeboeffekt för läkemedlen, i kombination med att graden av BPSD varierar över tid.

Kunskapsunderlaget rörande doseringen av de olika läkemedlen är bristfälligt, men det finns en tendens (inte statistiskt signifikant) till att högre doser associeras med bättre effekter, men också mer biverkningar.

Andra generationens antipsykotiska läkemedel har många biverkningar och The USA Food and Drug Administration (FDA) kom 2008 med en varning för användningen av alla typer av antipsykotiska läkemedel, både första och andra generationens, hos äldre patienter med demens på grund av allvarliga rapporterade biverkningar, inklusive dödlighet, stroke, kranskärlssjukdom och metaboliska syndrom.

Biverkningarna är inkonsekvent rapporterade. Detta bidrar till att förekomsten av biverkningar kan vara underrapporterade. Kunskapen om biverkningar vid långtidsanvändning (det vill säga utöver 10–12 veckor) är begränsad. Enligt kunskapsöversikten från Agency for Healthcare Research and Quality (2011, 2016) är de vanligaste rapporterade biverkningarna vid behandling med andra generationens antipsykotiska läkemedel (aripiprazol, olanzapin, risperidon och kvetiapin) trötthet (somnolens), trötthet (fatigue),

onormal gång, extrapyramidala symtom, viktökning, urinvägsinfektion /inkontinens, kardiovaskulära symtom, stroke och död.

Agency for Healthcare Research and Quality [1] finner att 1 av 100 patienter (NNH = 100) som får andra generationens antipsykotiska läkemedel dör under en behandlingsperiod på 10–12 veckor (hög evidenskvalitet). Observationsstudier indikerar att risken för dödlighet troligtvis är högre över en 6-månadersperiod [2, 3]. I en retrospektiv fall-kontrollstudie (låg evidenskvalitet) av Maust et al. [3] som inkluderade 90 786 patienter med demenssjukdom (ålder över 65 år), hade patienter som fick risperidon en ökad risk för dödlighet på 3,7 procent (95-procentigt konfidensintervall 2,2 till 5, 3 procent) över en 6-månadersperiod jämfört med icke-användare, NNH = 27, olanzapin hade en ökad risk för dödlighet på 2,5 procent (95-procentigt konfidensintervall 0,3 till 4,7 procent), NNH = 40, och kvetiapin hade en ökad risk på 2,0 procent (95-procentigt konfidensintervall 0,7 till 3,3 procent), NNH = 50. Aripriprazol inkluderades inte i studien.

För andra allvarliga biverkningar finner Agency for Healthcare Research and Quality [1] en ökad risk för cerebrovaskulära händelser hos 2 av 100 patienter, NNH = 53, för risperidon, en ökad risk för andra kardiovaskulära händelser (kardiovaskulära symtom, ödem och vasodilatation) hos 3 av 100 patienter, NNH = 34, för risperidon, liksom hos 2 av 100 patienter för olanzapin, NNH = 48, och en ökad risk för extrapyramidala symtom hos 5 av 100 patienter, NNH = 20, för risperidon, liksom hos 10 av 100 patienter, NNH = 10, för olanzapin. Studierna är genomgående värderade till måttlig evidenskvalitet.

Vilka studier ingår i granskningen?

Kunskapsunderlaget baseras på en systematisk kunskapssammanställning från Agency for Healthcare Research and Quality [1] som inkluderar meta-analyser av 17 placebo-kontrollerade studier om demenssjukdom (totala antalet patienter är 6 016). Inkluderade patienter hade alla betydande grad av BPSD, med tonvikt på psykotiska symtom, agitation eller aggression. De flesta patienterna var diagnostiserade med Alzheimers sjukdom, men i enskilda studier ingick patienter med blandad demens, det vill säga både Alzheimers sjukdom och vaskulär demens, samt vaskulär demens. Studerade läkemedel är aripiprazol (3 RCT), olanzapin (5 RCT), kvetiapin (5 RCT) och risperidon (6 RCT). Effektmåtten är BPSD, psykotiska symtom och agitation (mätt med totalpoäng och olika subskalor på BEHAVE-AD, BPRS eller NPI). Uppföljningstiden var 6–12 veckor.

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten av behandling med andra generationens antipsykotiska läkemedel för demenssjukdom med kvarvarande psykotiska symtom har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Referenser

1. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update, Comparative Effec-tiveness Review No. 43, prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290-

2007-10062-I for the Agency for Healthcare Research and Quality, September 2011. Hämtad från:
2. Huybrechts, KF, Gerhard, T, Crystal, S, Olfson, M, Avorn, J, Levin, R, et al. Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study. BMJ (Clinical research ed). 2012; 344:e977.
3. Maust, DT, Kim, HM, Seyfried, LS, Chiang, C, Kavanagh, J, Schneider, LS, et al. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. JAMA psychiatry. 2015; 72(5):438-45.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av aripiprazol jämfört med placebo hos personer med BPSD och demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Total BPSD (mätt med NPI, skala 0–144, lägre värde indikerar bättre funktion)	643 patienter (3 studier) 10–12 veckor		SMD = -0,2 (-0,35 till -0,04)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias),
Psykotiska symtom (mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS och NPI, lägre värde indikerar bättre funktion)	643 patienter (3 studier) 10–12 veckor		SMD = -0,14 (-0,29 till 0,02)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias). Bristande precision (breda konfidensintervall)
Agitation mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS, NPI och CMAI, lägre värde indikerar bättre funktion)	435 patienter (2 studier) 10–12 veckor		SMD -0,3 (-0,55 till -0,05)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias). Bristande precision (endast 2 studier)
Trötthet (somnolens)	1 080 patienter (4 studier)	59 per 1 000	82 fler per 1 000 (31 fler till 163 fler)	OR = 2,62 (1,57 till 4,54)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Trötthet (fatigue)	872 patienter (3 studier)	40 per 1 000	52 fler per 1 000 (7 fler till 145 fler)	OR = 2,44 (1,19 till 5,43)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	

Onormal gång	487 patienter (1 studie)	8 per 1 000	34 fler per 1 000 (1 färre till 644 fler)	OR = 5,47 (0,83 till 232)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Mycket bristande precision (endast en studie, breda konfidensintervall)
Extrapyramidala symtom	1 080 patienter (4 studier)	43 per 1 000	12 fler per 1 000 (13 färre till 61 fler)	OR = 1,29 (0,68 till 2,57)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Urinvägsinfektion/ inkontinens	951 patienter (3 studier)	126 per 1 000	39 fler per 1 000 (9 färre till 106 fler)	OR = 1,37 (0,92 till 2,09)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll).
Kardiovaskulära symtom	487 patienter (1 studie)	99 per 1 000	16 fler per 1 000 (39 färre till 120 fler)	OR = 1,18 (0,58 till 2,55)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll, endast en studie).
Stroke	593 patienter (3 studier)	8 per 1 000	2 färre per 1 000 (8 färre till 70 fler)	OR = 0,7 (0,05 till 10,48)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll).
Död	593 patienter (3 studier)	12 per 1 000	16 fler per 1 000 (5 färre till 135 fler)	OR = 2,37 (0,55 till 14,18)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Bristande precision (bara två studier med få deltagare)

Källa: Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update, Comparative Effectiveness Review No. 43. Report prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290-2007-10062-I for the Agency for Healthcare Research and Quality 2011.

Effekten av olanzapin jämfört med placebo hos personer med BPSD och demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Total BPSD (mätt med NPI, skala 0–144, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 398 patienter (4 studier) 6–12 veckor		SMD = -0,12 (-0,25 till -0)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias). Bristande precision (breda konfidensintervall)
Psykotiska symtom (mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS och NPI, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 666 patienter (5 studier) 6–26 veckor		SMD = -0,05 (-0,17 till 0,07)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias). Bristande precision (breda konfidensintervall)
Agitation mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS, NPI och CMAI, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 398 patienter (4 studier) 6–12 veckor		SMD -0,19 (-0,31 till -0,07)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias (möjlig selektionsbias).
Trötthet (somnolens)	1 218 patienter (5 studier)	57 per 1 000	160 fler per 1 000 (91 fler till 256 fler)	OR = 4,58 (2,87 till 7,55)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Trötthet (fatigue)	808 patienter (3 studier)	28 per 1 000	36 fler per 1 000 (2 fler till 114 fler)	OR = 2,37 (1,08 till 5,75)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Onormal gång	1 014 patienter (4 studier)	40 per 1 000	63 fler per 1 000 (20 fler till 141 fler)	OR = 2,75 (1,52 till 5,29)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	

Extrapyramidala symtom	242 patienter (1 studie)	14 per 1 000	164 fler per 1 000 (33 fler till 649 fler)	OR = 15,21 (3,5 till 139)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Bristande precision (bara 1 studie).
Urinvägsinfektion/ inkontinens	298 patienter (1 studie)	11 per 1 000	85 fler per 1 000 (5 fler till 806 fler)	OR = 9,51 (1,47 till 401)	Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕◯◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Mycket bristande precision (breda konfidensintervalll, endast en studie).
Kardiovaskulära symtom	1 218 patienter (5 studier)	20 per 1 000	25 fler per 1 000 (2 fler till 83 fler)	OR = 2,33 (1.08 till 5,61)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått).
Stroke	510 patienter (2 studier)	17 per 1 000	8 fler per 1 000 (11 färre till 97 fler)	OR = 1,46 (0,33 till 7,44)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll).
Död	510 patienter (2 studier)	17 per 1 000	9 färre per 1 000 (16 färre till 42 fler)	OR = 0,48 (0,04 till 3,62)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Mycket bristande precision (breda konfidensintervalll).

Källa: Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update, Comparative Effectiveness Review No. 43. Report prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290-2007-10062-I for the Agency for Healthcare Research and Quality 2011.

Effekten av kvetiapin jämfört med placebo hos personer med BPSD och demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Total BPSD (mätt med	853 patienter		SMD = -0,13 (-0,28		Begränsat	Risk för bias

NPI, skala 0–144, lägre värde indikerar bättre funktion)	(3 studier) 10–12 veckor		till 0,03)		vetenskapligt underlag ⊕⊕○○	(möjlig selektions-bias). Bristande precision (breda konfidensintervall)
Psykotiska symtom (mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS och NPI, lägre värde indikerar bättre funktion)	853 patienter (3 studier) 10–12 veckor		SMD = -0,04 (-0,19 till 0,11)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○	Risk för bias (möjlig selektions-bias). Bristande precision (breda konfidensintervall)
Agitation mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS, NPI och CMAI, lägre värde indikerar bättre funktion)	948 patienter (5 studier) 6–26 veckor		SMD -0,05 (-0,25 till 0,14)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○	Risk för bias (möjlig selektions-bias). Bristande precision (breda konfidensintervall)
Trötthet (somnolens)	799 patienter (4 studier)	51 per 1 000	166 fler per 1 000 (85 fler till 287 fler)	OR = 5,16 (2,93 till 9,51)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Trötthet (fatigue)	569 patienter (3 studier)	21 per 1 000	38 fler per 1 000 (1 fler till 159 fler)	OR = 2,92 (1,03 till 10,26)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Onormal gång	759 patienter (3 studier)	18 per 1 000	23 fler per 1 000 (3 färre till 104 fler)	OR = 2,36 (0,85 till 7,59)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○	Mycket bristande precision (breda konfidensintervalll).
Extrapyramidala symtom	316 patienter (2 studier)	35 per 1 000	5 fler per 1 000 (19 färre till 65 fler)	OR = 1,15 (0,46 till 3,08)	Begränsat vetenskapligt underlag	Mycket bristande precision (breda konfidensintervalll).

					⊕⊕◯◯	
Urinvägsinfektion/ inkontinens	523 patienter (2 studier)	63 per 1 000	74 fler per 1 000 (9 fler till 194 fler)	OR = 2,37 (1,16 till 5,15)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (få deltagare).
Kardiovaskulära symtom	609 patienter (3 studier)	59 per 1 000	4 fler per 1 000 (27 färre till 67 fler)	OR = 1,08 (0,53 till 2,3)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll).
Stroke	426 patienter (2 studier)	25 per 1 000	9 färre per 1 000 (22 färre till 48 fler)	OR = 0,65 (0,1 till 3,08)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll).
Död	426 patienter (2 studier)	29 per 1 000	3 färre per 1 000 (22 färre till 63 fler)	OR = 0,91 (0,22 till 3,41)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Bristande precision (breda konfidensintervalll).

Källa: Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update, Comparative Effectiveness Review No. 43. Report prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290-2007-10062-I for the Agency for Healthcare Research and Quality 2011.

Effekten av risperidon jämfört med placebo hos personer med BPSD och demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Total BPSD (mätt med NPI, skala 0–144, lägre värde indikerar bättre funktion)	2 189 patienter (6 studier) 8–12 veckor		SMD = -0,19 (-0,38 till -0)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag	Bristande precision (breda konfidensintervall)

					⊕⊕⊕○	
Psykotiska symtom (mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS och NPI, lägre värde indikerar bättre funktion)	1 960 patienter (5 studier) 8–12 veckor		SMD = -0,2 (-0,36 till -0,05)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○	Bristande precision (breda konfidensintervall)
Agitation mätt med delskalor av BEHAVE-AD, BPRS, NPI och CMAI, lägre värde indikerar bättre funktion)	2 189 patienter (6 studier) 8–12 veckor		SMD -0,22 (-0,35 till -0,09)		Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○	Bristande precision (breda konfidensintervall)
Trötthet (somnolens)	2 182 patienter (6 studier)	109 per 1 000	113 fler per 1 000 (71 fler till 163 fler)	OR = 2,33 (1,79 till 3,05)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Trötthet (fatigue)	517 patienter (2 studier)	17 per 1 000	41 fler per 1 000 (2 fler till 189 fler)	OR = 3,56 (1,13 till 14,96)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Onormal gång	854 patienter (3 studier)	20 per 1 000	38 fler per 1 000 (6 fler till 118 fler)	OR = 3,04 (1,32 till 7,84)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Extrapyramidala symtom	2 477 patienter (5 studier)	34 per 1 000	62 fler per 1 000 (31 fler till 108 fler)	OR = 3 (1,96 till 4,7)	Starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕	
Urinvägsinfektion/	1 725 patienter	107 per 1 000	50 fler per 1 000	OR = 1,55 (1,13 till	Begränsat	Risk för bias (biverkningar ej

inkontinens	(4 studier)		(12 fler till 96 fler)	2,13)	vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	primärt utfallsmått). Bristande precision (breda konfidensintervalll).
Kardiovaskulära symtom	2 767 patienter (6 studier)	34 per 1 000	34 fler per 1 000 (12 fler till 68 fler)	OR = 2,08 (1,38 till 3,22)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått).
Stroke	1 852 patienter (4 studier)	11 per 1 000	23 fler per 1 000 (3 fler till 73 fler)	OR = 3,12 (1,32 till 8,21)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Risk för bias (biverkningar ej primärt utfallsmått).
Död	2 477 patienter (5 studier)	19 per 1 000	4 fler per 1 000 (7 färre till 24 fler)	OR = 1,19 (0,63 till 2,31)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Bristande precision (breda konfidensintervalll).

Källa: Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update, Comparative Effectiveness Review No. 43. Report prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290-2007-10062-I for the Agency for Healthcare Research and Quality 2011.

Rad: 74
Tillstånd: Demenssjukdom, kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling
Åtgärd: Antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat)

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 **7**	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan erbjuda antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) till personer med demenssjukdom och kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har viss positiv effekt men innebär vissa biverkningar som dock är färre och lindrigare än alternativ läkemedelsbehandling med motsvarande effekt.
Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Vid demenssjukdom kan en rad olika sekundära symtom uppträda. De brukar sammanföras under begreppet ”beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom” (BPSD). BPSD kan uppträda under hela sjukdomsförloppet. Tillstånden som symtomen orsakas av är vanligtvis övergående och samma person kan ha flera olika tillstånd under sin sjukdomstid. Symtomen anses numera främst bero på den demenssjukes oförmåga att korrekt bearbeta information, vilket leder till feltolkningar som i sin tur kan utvecklas till exempelvis aggressivitet och agitation. BPSD är mycket plågsamma för den som drabbas liksom för anhöriga. I dag ska dessa tillstånd först och främst behandlas genom att man försöker tolka symtomen för att finna lämp-

liga omvårdnadsstrategier, i andra hand och undantagsvis med farmakologisk terapi.

SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare) verkar genom att hindra att serotonin återupptas i nervcellerna. Därigenom kommer en större mängd serotonin att finnas där signalerna i hjärnan överförs.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid agitation och psykotiska symtom hos personer med demenssjukdom ger antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat)

- mindre agitation mätt med CMAI-totalpoäng (MD = -0,89; 95-procentigt konfidensintervall -1,22 till -0,57) jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag); effekten har tveksam klinisk relevans
- ingen effekt på beteendestörningar, mätt med NBRS-totalpoäng (MD = −7,7; 95-procentigt konfidensintervall -16,57 till 1,17) jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på agitation och psykotiska symtom mätt med NBRS-totalpoäng (MD = -0,53; 95-procentigt konfidensintervall -2,57 till 1,31) eller NBRS delskala (MD = 0,26; 95-procentigt konfidensintervall -1,53 till 2,03) jämfört med andra generationens antipsykotiska läkemedel (begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på agitation och psykotiska symtom mätt med NBRS-totalpoäng (MD = -2,8; 95-procentigt konfidensintervall -10,34 till 4,74) jämfört med första generationens antipsykotiska läkemedel (begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen ökad risk för bortfall pga. biverkningar (RR = 1,07; 95-procentigt konfidensintervall 0,55 till 2,11), men en ökad risk för diarré (RR = 2,37; 95-procentigt konfidensintervall 1,35 till 4,15), jämfört med placebo (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- minskad risk för biverkningar mätt med UKU (MD = -2,82; 95-procentigt konfidensintervall -4,94 till -0,7) och ingen ökad risk för bortfall pga. biverkningar (RR = 0,42; 95-procentigt konfidensintervall 0,14 till 1,28) jämfört med andra generationens antipsykotiska läkemedel (begränsat vetenskapligt underlag).

Effekten av SSRI-läkemedlen på psykotiska symtom och agitation är mycket osäkra eftersom få studier har genomförts, resultaten är spretiga och studierna har metodiska svagheter.

Översiktsartikeln från Cochrane visar att SSRI-läkemedel (citalopram och sertralin) kan minska agitation och psykotiska symtom vid demenssjukdom, om än i måttlig grad [1]. Resultaten är statistiskt signifikanta när totalpoäng på Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (2 studier, n = 250) används för att mäta effekten, men inte när totalpoäng på Neurobehavioral Ra-

ting Scale (NBRS) (1 studie, n = 52), NPI-totalpoäng (1 studie, n = 240) och BEHAVE-AD (1 studie, n = 240) används.

En av de inkluderade studierna i Cochrane-översikten (n = 103) jämför effekten av SSRI-läkemedel (citalopram) med andra generationens antipsykotiska läkemedel (risperdal) på agitation och psykotiska symtom vid demenssjukdom under en 12-veckors uppföljningsperiod [2]. Studien visar ingen statistiskt signifikant skillnad i behandlingseffekt (mätt med NBRS-totalpoäng) mellan de två läkemedlen, samtidigt som antalet biverkningar är signifikant lägre för patienter som behandlades med citalopram.

Cochrane-översikten innehåller också en metaanalys av två studier [3, 4] som jämför SSRI-läkemedel med första generationens antipsykotiska läkemedel (haloperidol). Man finner ingen statistiskt signifikant skillnad i behandlingseffekt mellan de två läkemedlen (mätt med CMAI-totalpoäng), inte heller någon skillnad i antalet patienter som drog sig ur studierna på grund av biverkningar.

Författarna av Cochrane-översikten drar slutsatsen att påvisade effekter av citalopram och sertralin är osäkra på grund av metodiska svagheter i de inkluderade studierna och att fler studier måste genomföras innan en slutsats kan dras.

Enligt översiktsartikeln från Cochrane tolereras SSRI-läkemedlen genomgående väl av patienterna [1]. Bortsett från en signifikant högre förekomst av diarré (NNH = 9; 95-procentigt konfidensintervall 5–22), rapporterades det inte högre förekomst av andra biverkningar eller högre bortfall i behandlingsgruppen jämfört med placebogruppen.

Cochrane-artikeln nämner inget om risken för förlängt QT-intervall, men i en metaanalys som omfattar 16 artiklar och totalt 4 292 vuxna patienter var SSRI-läkemedel associerade med en dosberoende ökning i korrigerat QT-tidsintervall jämfört med placebo (MD +6,10 millisekund, 95-procentigt konfidensintervall 3,47–8,73) [5]. Citalopram associerades med signifikant större korrigerad QT-förlängning än sertralin, paroxetin och fluvoxamin.

En svensk studie [2] på äldre personer (65 år och äldre) som inte var inneliggande på sjukhus vid dödsfallet (totalt 1 716 552 personer mellan åren 2008 och 2013) visar att det finns ett samband mellan antidepressiva läkemedel med känd eller misstänkt risk för hjärtarytmirubbning (så kallad torsades de pointes (TdP)) och dödlighet (OR = 1,53; 95-procentigt konfidensintervall 1,51 till 1,56 för läkemedel med känd TdP och OR = 1,63; 95-procentigt konfidensintervall 1,61 till 1,67 för läkemedel med misstänkt TdP). Störst risk för död ser man för mirtazapin (OR = 1,67) och citalopram (OR = 1,56).

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en översiktsartikel från Cochrane med totalt nio randomiserade, kontrollerade studier [1]. Fem av studierna jämför SSRI-läkemedel med placebo, och några studier jämför SSRI-läkemedel med antipsykotiska läkemedel. Totalt deltar 692 personer med demenssjukdom och psykotiska symtom och agitation. Uppföljningstiden är 6–12 veckor.

Saknas någon information i studierna?

–

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten av antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) vid demenssjukdom med kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling har inte kunnat bedömas (ej bedömbar).

Det saknas publicerade studier av kostnadseffektivitet av SSRI-preparat som är relevanta för svenska förhållanden och av tillräcklig kvalitet.

Underlaget redovisar en enkel kostnadsjämförelse mellan olika SSRI-preparat för svenska förhållanden och vanlig daglig dos för äldre personer.

Referenser

1. Seitz, DP, Adunuri, N, Gill, SS, Gruneir, A, Herrmann, N, Rochon, P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (2):CD008191.
2. Pollock, BG, Mulsant, BH, Rosen, J, Mazumdar, S, Blakesley, RE, Houck, PR, et al. A double-blind comparison of citalopram and risperidone for the treatment of behavioral and psychotic symptoms associated with dementia. Am J Geriatr Psychiatry. 2007; 15(11):942-52.
3. Auchus, AP, Bissey-Black, C. Pilot study of haloperidol, fluoxetine, and placebo for agitation in Alzheimer's disease. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1997; 9(4):591-3.
4. Gaber, S, Ronzoli, S, Bruno, A, Biagi, A. Sertraline versus small doses of haloperidol in the treatment of agitated behavior in patients with dementia. Arch Gerontol Geriatr Suppl. 2001; 7:159-62.
5. Beach, SR, Kostis, WJ, Celano, CM, Januzzi, JL, Ruskin, JN, Noseworthy, PA, et al. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitor-associated QTc prolongation. J Clin Psychiatry. 2014; 75(5):e441-9.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av antidepressiva läkemedel (SSRI) jämfört med placebo vid agitation och psykos hos personer med demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Agitation (förändring i totalpoäng mätt med CMAI, skala 29–203, lägre värde indikerar bättre funktion)	250 patienter (2 studier) 6–12 veckor		MD = -0,89 (-1,22 till - 0,57)		Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Oklar risk för bias. Endast 2 studier. Oklar dos-responsgradient.
Psykiatriska symtom (förändring i totalpoäng) (mätt med NPI, skala 12–144, lägre värde indikerar bättre funktion)	240 patienter (1 studie) I medeltal 12 veckor		MD = 1,8 (-2,01 till 5,61)		Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Oklar risk för bias. Endast en studie.
Beteendestörning (förändring i totalpoäng mätt med NBRS, skala 0–162, lägre värde indikerar bättre funktion)	52 patienter (1 studie) I medeltal 17 dagar		MD = -7,7 (-16,57 till 1,17)		Begränsat vetenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Oklar risk för bias (t.ex. vad gäller blindning). Endast en studie.
Bortfall pga. biverkningar	399 patienter (4 studier) 4–12 veckor	106 per 1 000	113 per 1 000 (58 till 223)	RR = 1,07 (0,55 till 2,11)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⨁⨁⨁◯	Oklar risk för bias

Diarré	244 patienter (2 studier) 4–12 veckor	117 per 1 000	277 per 1 000 (158 till 484)	RR = 2,37 (1,35 till 4,15)	Måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕◯	Oklar risk för bias.

Källa: Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2011(2):CD008191.

Effekten av antidepressiva läkemedel (SSRI) jämfört med andra generationens antipsykotiska läkemedel vid agitation och psykos hos personer med demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Agitation och psykos (mätt med NBRS totalpoäng, skala 0–162, lägre värde indikerar bättre funktion)	103 patienter (1 studie) I medeltal 12 veckor		MD = -0,53 (-2,57 till 1,31)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Oklar risk för bias. Endast en studie. citalopram kontra risperidon
Agitation och psykos (mätt med NBRS delskala psykos, skala 0–162, lägre värde indikerar bättre funktion)	103 patienter (1 studie) I medeltal 12 veckor		MD = 0,26 (-1,53 till 2,03)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Oklar risk för bias. Endast en studie. citalopram kontra risperidon
Totala biverkningar (mätt med UKU)	103 patienter (1 studie) I medeltal 12 veckor		MD = -2,82 (-4,94 till -0,7)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Oklar risk för bias. Endast en studie.
Bortfall pga.	103 patienter (1	180 per 1 000	76 per 1 000	RR = 0,42 (0,14 till	Begränsat ve-	Oklar risk för bias. Endast en studie.

biverkningar	studie) I medeltal 12 veckor		(25 till 230)	1,28)	tenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	citalopram kontra risperidon
Bortfall oavsett anledning	103 patienter (1 studie) 12 veckor	600 per 1 000	528 per 1 000 (378 till 744)	RR = 0,88 (0,63 till 1,24)	Begränsat ve-tenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Oklar risk för bias. Endast en studie. citalopram kontra risperidon

Källa: Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2011(2):CD008191. Included Alzheimer's disease (AD), vascular dementia (VD), mixed AD and VD, dementia with lewy bodies (DLB) and dementia not otherwise specified (NOS). Excluded frontotemporal dementia (FTLD), Parkinson, concomitant major depressive disorder and treating depressive symptoms without mention agitation and psychosis.

Effekten av antidepressiva läkemedel (SSRI) jämfört med första generationens antipsykotiska läkemedel vid agitation och psykos hos personer med demenssjukdom

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/-riskreduktion (95 % konfidensintervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Agitation och psykos (mätt med CMAI totalpoäng)	33 patienter (2 studier) 6–10 veckor		MD = 4,66 (-3,58 till 12,9)		Otillräckligt vetenskapligt underlag ⨁◯◯◯	Oklar risk för bias. Få patienter, breda konfidensintervall SSRI kontra haloperidol
Agitation och psykos (mätt med NBRS totalpoäng)	64 patienter (1 studie) I medeltal 17 dagar		MD = -2,8 (-10,34 till 4,74)		Begränsat ve-tenskapligt underlag ⨁⨁◯◯	Få patienter, breda konfidensintervall citalopram kontra perfenazin
Bortfall pga. biverkningar	10 patienter (1 studie) I medeltal 6 veckor	400 per 1 000	80 per 1 000 (4 till 1 000)	RR = 0,20 (0,01 till 3,35)	Otillräckligt vetenskapligt underlag ⨁◯◯◯	Oklar risk för bias. Få patienter, breda konfidensintervall SSRI kontra haloperidol

Bortfall oavsett anledning	64 patienter (1 studie) I medeltal 17 dagar	545 per 1 000	518 per 1 000 (327 till 818)	RR = 0,95 (0,60 till 1,50)	Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Få patienter, breda konfidensintervall citalopram kontra perfenazin

Källa: Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2011(2):CD008191. Included Alzheimer's disease (AD), vascular dementia (VD), mixed AD and VD, dementia with lewy bodies (DLB) and dementia not otherwise specified (NOS. Excluded frontotemporal dementia (FTLD), Parkinson, concomitant major depressive disorder and treating depressive symptoms without mention agitation and psychosis.

Rad: 75
Tillstånd: Demenssjukdom, uttalad ångest och orostillstånd
Åtgärd: Oxazepam

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 **7**	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan erbjuda läkemedelsbehandling med oxazepam till personer med demenssjukdom med uttalad ångest och orostillstånd.

Motivering till rekommendation

Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Beprövad erfarenhet talar för positiv effekt i vissa situationer samtidigt som det finns risk för negativa konsekvenser.

Kommentar: Så kort behandlingsperiod som möjligt bör eftersträvas.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Uttalad ångest och orostillstånd är oro och ångest som är så stark att det medför att stort lidande för den drabbade.

Oxazepam påverkar GABA-receptorsystemet i hjärnan och förstärker GABA:s effekt. GABA har en lugnande, ångestdämpande och sömngivande verkan. Läkemedlet kan även göra att musklerna slappnar av.

Läkemedlet är narkotikaklassat enligt förteckning IV och V och det finns en risk för beroende. För personer med demenssjukdom finns dessutom en stor risk för negativa effekter (till exempel i form av sedering, fallrisk och försämrad kognition). Det är därför viktigt att behandlingstiden är så kort som möjligt och att behandlingen kontinuerligt följs upp med en förnyad bedömning av nytta och risk.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med demenssjukdom och samtidig uttalad ångest och orostillstånd bidrar oxazepam som korttidsbehandling till mindre ångest och oro, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden kan ha biverkningar eller negativa konsekvenser för dessa personer (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom och samtidig uttalad ångest och orostillstånd bidrar oxazepam som korttidsbehandling till mindre ångest och oro, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 90 procent (28 av 31 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 10 procent (3 av 31 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha biverkningar eller negativa konsekvenser för dessa personer.”
Svar:

- Ja: 87 procent (28 av 32 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 13 procent (4 av 32 deltagare).

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad: 76
Tillstånd: Demenssjukdom, beteendemässiga och psykiska symtom och sömnstörningar
Åtgärd: Klometiazol till natten

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	**Kan erbjudas i undantagsfall**	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda läkemedelsbehandling med klometiazol till natten till personer med demenssjukdom, beteendemässiga och psykiska symtom och sömnstörningar.

Motivering till rekommendation
Beprövad erfarenhet talar för att behandling med klomotiazol har positiv effekt i vissa situationer samtidigt som det finns risk för negativa konsekvenser, t.ex. toleransutveckling.
Kommentar: Så kort behandlingsperiod som möjligt bör eftersträvas.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Vid demenssjukdom kan en rad olika sekundära symtom uppträda. De brukar sammanföras under begreppet ”beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom” (BPSD). BPSD kan uppträda under hela sjukdomsförloppet. Tillstånden som symtomen orsakas av är vanligtvis övergående och samma person kan ha flera olika tillstånd under sin sjukdomstid. Symtomen anses numera främst bero på den demenssjukes oförmåga att korrekt bearbeta information, vilket leder till feltolkningar som i sin tur kan utvecklas till exempelvis hallucinationer, vanföreställningar och aggressivitet. BPSD är mycket plågsamma för den som drabbas liksom för anhöriga. I dag ska dessa tillstånd först och främst behandlas genom att man försöker tolka symtomen för att finna lämpliga omvårdnadsstrategier, i andra hand och undantagsvis med farmakologisk terapi.

Sömnstörningar är vanliga vid demenssjukdom. Dessa kan utgöras av svårigheter att somna eller leda till att personen är vaken på natten och sover på dagen.

Klometiazol är ett kortverkande hypnotikum/sedativum som dessutom har kramplösande effekt. Klometiazol förstärker de inhiberande transmittorsub-

stanserna GABA och glycin, men har ingen effekt på de kolinerga och adenosinerga banorna. Vid regelbunden användning av läkemedlet sker en snabb tillvänjning. Det terapeutiska fönstret är smalt. För personer med demenssjukdom finns dessutom en stor risk för negativa effekter (till exempel i form av sedering, fallrisk och försämrad kognition). Det är därför viktigt att behandlingstiden är så kort som möjlig och att behandlingen kontinuerligt följs upp med en förnyad bedömning av nytta och risk.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

- För personer med demenssjukdom, beteendemässiga och psykiska symtom och sömnstörningar bidrar klometiazol till natten till mindre eller färre beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och bättre sömn, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).
- Åtgärden kan ha biverkningar eller negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom, beteendemässiga och psykiska symtom och sömnstörningar (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom, beteendemässiga och psykiska symtom och sömnstörningar bidrar klometiazol till natten till mindre eller färre beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och bättre sömn, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 79 procent (15 av 19 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 21 procent (4 av 19 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha biverkningar eller negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom, beteendemässiga och psykiska symtom och sömnstörningar.”
Svar:

- Ja: 86 procent (18 av 21 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 14 procent (3 av 21 deltagare).

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2016-03-07
Ämne: Rad 76 Demenssjukdom med beteendemässiga och psykiska symtom, behandling till natten med klometiazol

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] or dementia*[tiab] or alzheimer*[tiab]	187641
2.	Mesh/FT	"clomethiazole edisylate" [Supplementary Concept] OR "Chlormethiazole"[Mesh] or heminevrin[tiab] or clomethiazole[tiab] or clormethiazole[tiab]	913
3.		1 AND 2 Filters: Danish; Norwegian; Swedish; English Publication date from 2005/01/01	**1**
4.	Mesh/FT	"Behavioral Symptoms"[Mesh] OR Behavioral Symptom*[tiab] OR "Sleep Wake Disorders"[Mesh] or "Sleep Apnea Syndromes"[Mesh] or sleep disorder*[tiab] or sleep disturbance*[tiab] or sleep*[ti] or sleep apnea[tiab] or sleep apnoe[tiab] or psychological symptom*[tiab]	387031
5.		2 AND 4 Filters: Danish; Norwegian; Swedish; English Publication date from 2005/01/01	**4**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly
SB = PubMeds filter
för systematiska översikter (systematic[sb])
för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2016-03-07
Ämne: Rad 76 Demenssjukdom med beteendemässiga och psykiska symtom, behandling till natten med klometiazol

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	[Dementia] this term only OR [Alzheimer Disease] this term only OR (dementia or Alzheimer):ti, ab, kw	10012
2.	FT	heminevrin or clomethiazole or clormethiazole:ti, ab, kw	73
3.		1 AND 2 Publication date from 2005/01/01	**1**
4.	FT	"sleep disorder*" or "sleep disturbance*" or "sleep apnea" or "sleep apnoe" or "psychological	7469

	symptom*" or "behavioral symptom*"	
5.	2 AND 4 Filters: Danish; Norwegian; Swedish; English Publication date from 2005/01/01	**0**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)
Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
Qualifier = aspekt av ämnet
FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords
**)
CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews
DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects
HTA = Health Technology Assessment Database
EED = NHS Economic Evaluation Database
Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Rad: 78
Tillstånd: Alzheimers sjukdom och samtidig depression
Åtgärd: Antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården kan erbjuda antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) till personer med Alzheimers sjukdom och samtidig depression.

Motivering till rekommendation

Tillståndet har stor svårighetsgrad. Åtgärden har biverkningar. Samtidigt kan åtgärden ha effekt, enligt experters bedömning, vilket har påverkat prioriteringen.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Vid Alzheimers sjukdom förtvinar och dör hjärnans nervceller successivt, framför allt i tinnings- och hjässlober. Tidiga symtom är oftast försämrat närminne, koncentrationsproblem, svårigheter att orientera sig och språkstörningar. Det finns ärftliga former av Alzheimers sjukdom, men i de flesta fall vet man inte varför en person drabbas. Alzheimers sjukdom svarar för ungefär två tredjedelar av alla fall av demenssjukdom.

Depressiva symtom såsom nedstämdhet och sänkt stämningsläge, ibland i kombination med långsamhet i ord och handling och kroppsliga symtom, är vanliga vid demenssjukdom. Depressiva symtom vid demens kommer smygande och är ofta långdragna. Eftersom diagnosen är rent klinisk är det lätt att symtomen tas för symtom på demenssjukdom och att diagnosen förbises.

SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare) verkar genom att hindra att serotonin återupptas i nervcellerna. Därigenom kommer en större mängd serotonin att finnas där signalerna i hjärnan överförs.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Vid Alzheimers sjukdom och samtidig depression har antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) jämfört med placebo ingen effekt på depressiva symtom (SMD = -0,1; 95-procentigt konfidensintervall -0,34 till 0,13; begränsat vetenskapligt underlag).

Metaanalysen av Sepehry och medarbetare [1] visar ingen statistiskt signifikant effekt av SSRI-preparat jämfört med placebo (SMD = -0,10; 95-procentigt konfidensintervall -0,34 till 0,40 eller -0,06; 95-procentigt konfidensintervall -0,26 till 0,14 beroende på använd skala för att mäta depression). Det gjordes ingen metaanalys på biverkningar, men författarna skriver att fluoxetin förmodligen tolereras bättre än sertralin på grund av mindre patientbortfall och färre rapporterade biverkningar i fluoxetin-studien.

Antalet patienter som väljer att avsluta behandlingen på grund av plågsamma biverkningar rapporterades inte vara väsentligt högre bland patienter som får SSRI-preparat jämfört med de som får placebo. Biverkningar är i allmänhet bristfälligt studerat hos patienter med depression och lindrig kognitiv störning eller demenssjukdom, men kan förväntas vara desamma som hos äldre med depression men utan demenssjukdom. Från studier av deprimerade vuxna utan demenssjukdom är det känt att en del patienter är känsliga för serotonergiska biverkningar, som oftast omfattar illamående, diarré, huvudvärk, svettningar, skakningar, agitation, oro, ångest, sömnstörningar (både somnolens och insomnia) och sexuella störningar. Ovanligare biverkningar inkluderar bland annat kramper, hyponatremi, blödning i övre mag-tarmkanalen och förlängt QT-intervall (citalopram /escitalopram). Sådana biverkningar kan också förekomma hos demenssjuka patienter med depression.

En svensk studie [2] på äldre personer (65 år och äldre) som inte var inneliggande på sjukhus vid dödsfallet (totalt 1 716 552 personer mellan åren 2008 och 2013) visar att det finns ett samband mellan antidepressiva läkemedel med känd eller misstänkt risk för hjärtarytmirubbning (så kallad torsades de pointes (TdP)) och dödlighet (OR = 1,53; 95-procentigt konfidensintervall 1,51 till 1,56 för läkemedel med känd TdP och OR = 1,63; 95-procentigt konfidensintervall 1,61 till 1,67 för läkemedel med misstänkt TdP). Störst risk för död ser man för mirtazapin (OR = 1,67) och citalopram (OR = 1,56).

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översiktsartikel [1] som studerar effekterna av SSRI vid Alzheimers sjukdom och samtidig depression (mild, måttlig och svår). Översikten innehåller en metaanalys av fem RCT (n = 621), varav fyra RCT studerar sertralin och en RCT studerar fluoxetin.

Saknas någon information i studierna?

–

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Sepehry, AA, Lee, PE, Hsiung, GY, Beattie, BL, Jacova, C. Effect of selective serotonin reuptake inhibitors in Alzheimer's disease with comorbid depression: a meta-analysis of depression and cognitive outcomes. Drugs & aging. 2012; 29(10):793-806.
2. Danielsson, B, Collin, J, Jonasdottir Bergman, G, Borg, N, Salmi, P, Fastbom, J. Antidepressants and antipsychotics classified with torsades de pointes arrhythmia risk and mortality in older adults - a Swedish nationwide study. British journal of clinical pharmacology. 2016; 81(4):773-83.

Summering av effekt och evidensstyrka

Effekten av sertralin (upp till 100 eller 150 mg/dag; 4 studier) och fluoxetin (upp till 40 mg/dag; 1 studie) jämfört med placebo

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), uppföljningstid	Effekt/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/ risk (95 % konfidensintervall)	Relativ effekt/- riskreduktion (95 % konfidensin-tervall)	Evidensstyrka	Kommentar
Förändring i depressiva symtom (mätt med Hamilton Depression Scale (1 studie) och Cornell Scale for Depression in Dementia (4 studier)) Lägre värden betyder bättre funktion	375 patienter (5 studier) I genomsnitt 21,3 veckor		SMD = -0,1 (-0,34 till 0,13)		Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕◯◯	Bristande överförbarhet (heterogen patientgrupp med olika grad (mild till svår) depression). Bristande precision (brett konfidensintervall, få patienter)

Källa: Sepehry AA, Lee PE, Hsiung GYR, Beattie BL, Jacova C Effect of selective serotonin reuptake inhibitors in Alzheimer's disease with comorbid depression: a meta-analysis of depression and cognitive outcomes.. Drugs & aging 2012;29(10):793-806

Rad: 79
Tillstånd: Demenssjukdom och samtidig depression
Åtgärd: Antidepressiva läkemedel (mirtazapin)

Rekommendation

Bör erbjudas	**Kan erbjudas**	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 **7**	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården kan erbjuda antidepressiva läkemedel (mirtazapin) till personer med demenssjukdom och samtidig depression.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har stor svårighetsgrad och beprövad erfarenhet talar för att åtgärden kan ha effekt. Risk för biverkningar.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Depressiva symtom såsom nedstämdhet, sänkt stämningsläge och ibland i kombination med långsamhet i ord och handling och kroppsliga symptom är vanliga vid demenssjukdom. Depressiva symtom vid demens kommer smygande och är ofta långdragna. Eftersom diagnosen är rent klinisk är det lätt att symtomen tas för symtom på demenssjukdom och att diagnosen förbises.

Mirtazapin ökar den centrala noradrenerga och serotonerga neurotransmissionen, vilket antas leda till minskade depressiva symtom. Läkemedlet antas även ha en lugnande effekt genom att det hämmar histamin.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

För personer med demenssjukdom och samtidig depression bidrar antidepressiva läkemedel (mirtazapin) till mindre depressiva symtom och bättre välbefinnande, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av antidepressiva läkemedel (mirtazapin) på biverkningar och negativa konsekvenser hos personer med demenssjukdom och samtidig depression, och konsensus har inte uppnåtts.

Vilka studier ingår i granskningen?

En svensk studie [1] på äldre personer (65 år och äldre) som inte var inneliggande på sjukhus vid dödsfallet (totalt 1 716 552 personer mellan åren 2008 och 2013) visar att det finns ett samband mellan antidepressiva läkemedel med känd eller misstänkt risk för hjärtarytmirubbning (så kallad torsades de pointes (TdP)) och dödlighet (OR = 1,53; 95-procentigt konfidensintervall 1,51 till 1,56 för läkemedel med känd TdP och OR = 1,63; 95-procentigt konfidensintervall 1,61 till 1,67 för läkemedel med misstänkt TdP). Störst risk för död ser man för mirtazapin (OR = 1,67) och citalopram (OR = 1,56).

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom och samtidig depression bidrar antidepressiva läkemedel (mirtazapin) till mindre depressiva symtom och bättre välbefinnande, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 96 procent (26 av 27 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 4 procent (1 av 27 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha biverkningar eller negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom och samtidig depression.”
Svar:

- Ja: 65 procent (9 av 26 deltagare)
- Nej: 35 procent (17 av 26 deltagare) – konsensus uppnåddes inte.

Hälsoekonomisk bedömning

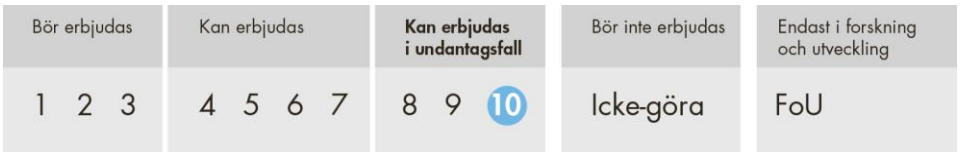
Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Referenser

1. Danielsson, B, Collin, J, Jonasdottir Bergman, G, Borg, N, Salmi, P, Fastbom, J. Antidepressants and antipsychotics classified with torsades de pointes arrhythmia risk and mortality in older adults - a Swedish nationwide study. British journal of clinical pharmacology. 2016; 81(4):773-83.

Rad: 80
Tillstånd: Demenssjukdom, kvarvarande konfusion, efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling
Åtgärd: Antipsykotiska läkemedel (haloperidol eller risperidon)

Rekommendation



Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda antipsykotiska läkemedel (haloperidol eller risperidon) till personer med demenssjukdom och kvarvarande konfusion, efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling.

Motivering till rekommendation

Det saknas samstämmighet om att åtgärden har effekt på konfusion, men samtidigt är experters bedömning att vissa personer med demenssjukdom kan ha nytta av åtgärden. Risk för allvarliga biverkningar enligt beprövad erfarenhet.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Konfusion är även det ett tillstånd då hjärnans kognitiva kapacitet sviktar. Det yttrar sig som snabbt påkommen (ofta kortvarig) förvirring vad gäller tid, rum och person. Konfusion har oftast en bakomliggande orsak, vanligvis kroppslig sjukdom eller skada, och kräver snabba åtgärder eftersom tillståndet kan vara livshotande om det inte hävs.

Vid konfusion förekommer hallucinationer och vanföreställningar samt ofta en uttalad rädsla hos den drabbade. Personer med demenssjukdom är särskilt känsliga för att utveckla ett konfusionstillstånd. Det är för den drabbade och dennes anhöriga ett skrämmande tillstånd och det är viktigt att ge god omvårdnad och vård, både medicinsk och kirurgisk, för att behandla och förebygga tillståndet. I första hand fastställer man den bakomliggande orsaken och behandlar den, men i vissa fall kan farmakologisk behandling av själva konfusionen vara nödvändig.

Första generationens (till exempel haloperidol) och andra generationens (till exempel risperidon) antipsykosläkemedel är godkända för att behandla dels psykotiska symtom (till exempel vanföreställningar och hallucinationer) – detta gäller både personer med och personer utan demenssjukdom – dels vissa beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD), till exempel agitation och aggressivitet hos demenssjuka personer. Både effekter och biverkningar är dosberoende och både första och andra generationens antipsykotiska läkemedel har allvarliga biverkningar. Patienter med Lewykroppsdemens har en kraftigt ökad risk för biverkningar.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

Åtgärden kan ha biverkningar eller negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom och kvarvarande konfusion efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av antipsykotiska läkemedel (haloperidol eller risperidon) på konfusion vid demenssjukdom och kvarvarande konfusion efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling, och konsensus har inte uppnåtts.

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom och kvarvarande konfusion efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling bidrar antipsykotiska läkemedel (haloperidol eller risperidon) till mindre konfusion, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 60 procent (15 av 25 deltagare) – konsensus uppnåddes inte
- Nej: 40 procent (10 av 25 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha biverkningar eller negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom och kvarvarande konfusion efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling.”

Svar:

- Ja: 100 procent (27 av 27 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 27 deltagare).

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2016-02-19 Ämne: Rad 80 Demenssjukdom med konfusion, behandling med antipsykotiska läkemedel			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] or dementia*[tiab] or alzheimer*[tiab]	188428
2.	Mesh/FT	"Antipsychotic Agents"[Mesh] or antipsycotic*[tiab] or "Risperidone"[Mesh] or Risperidone[tiab] or Risperdal[tiab] or risperidal[tiab] or "haloperidol"[MeSH] OR haloperidol[tiab] OR haldol[tiab] OR "Aripiprazole"[Mesh] OR "aripiprazole lauroxil" [Supplementary Concept] OR "olanzapine" [Supplementary Concept] OR "Quetiapine Fumarate"[Mesh] or Aripiprazole[tiab] or Olanzapine[tiab] or Quetiapine[tiab]	64408
3.	Mesh/FT	"Confusion"[Mesh] or confusion[tiab] or confusional[tiab] or bewilderment[tiab] or disorientation*[tiab] or delirium*[tiab]	41398
4.		1 AND 2 AND 3	231
5.		4 Filters activated: Systematic Reviews, English	**12**
6.		4 Filters activated: Randomized Controlled Trial, English, Danish, Norwegian, Swedish	**8**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly
SB = PubMeds filter
för systematiska översikter (systematic[sb])
för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Waley Datum: 2016-03-07 Ämne: Rad 80 Demenssjukdom med konfusion, behandling med antipsykotiska läkemedel			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT/ti	[Dementia] this term only OR [Alzheimer Disease] this term only OR (dementia or Alzheimer):ti	8382
2.	Mesh/FT/ti, ab, kw	[Haloperidol] explode all trees OR [Risperidone] explode all trees OR [Aripiprazole] explode all trees [Quetiapine Fumarate] explode all trees OR (haloperidol or haldol or risperidone or risperdal or risperidal or Aripiprazole or Olanzapine or Quetiapine):ti,ab,kw OR (antipsychotic or antipsychotics):ti	7530
3.	FT/ti, ab, kw	confusion or confusional or bewilderment or disorientation* or delirium*:ti,ab,kw	2429
4.		1 AND 2 AND 3	**CENTRAL 11**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)
Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
Qualifier = aspekt av ämnet
FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords
**)
CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews
DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects
HTA = Health Technology Assessment Database
EED = NHS Economic Evaluation Database
Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Rad: 81
Tillstånd: Demenssjukdom, kvarvarande konfusion och samtidig sömnstörning efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling
Åtgärd: Klometiazol till natten

Rekommendation

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda läkemedelsbehandling med klometiazol till natten till personer med demenssjukdom, kvarvarande konfusion och samtidig sömnstörning efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling.

Motivering till rekommendation
Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Beprövad erfarenhet talar för effekt av åtgärden. Åtgärden kan ha biverkningar eller negativa konsekvenser.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Konfusion är även det ett tillstånd då hjärnans kognitiva kapacitet sviktar. Det yttrar sig som snabbt påkommen (ofta kortvarig) förvirring vad gäller tid, rum och person. Konfusion har oftast en bakomliggande orsak, vanligvis kroppslig sjukdom eller skada, och kräver snabba åtgärder eftersom tillståndet kan vara livshotande om det inte hävs.

Vid konfusion förekommer hallucinationer och vanföreställningar samt ofta en uttalad rädsla hos den drabbade. Personer med demenssjukdom är särskilt känsliga för att utveckla ett konfusionstillstånd. Det är för den drabbade och dennes anhöriga ett skrämmande tillstånd och det är viktigt att ge god omvårdnad och vård, både medicinsk och kirurgisk, för att behandla och förebygga tillståndet. I första hand fastställer man den bakomliggande orsaken och behandlar den, men i vissa fall kan farmakologisk behandling av själva konfusionen vara nödvändig.

Sömnstörningar är vanliga vid demenssjukdom. Dessa kan utgöras av svårigheter att somna eller leda till att personen är vaken på natten och sover på dagen.

Klometiazol är ett kortverkande hypnotikum/sedativum som dessutom har kramplösande effekt. Klometiazol förstärker de inhiberande transmittorsubstanserna GABA och glycin, men har ingen effekt på de kolinerga och adenosinerga banorna. Vid regelbunden användning av läkemedlet sker en snabb tillvänjning. Det terapeutiska fönstret är smalt. För personer med demenssjukdom finns dessutom en stor risk för negativa effekter (till exempel i form av sedering, fallrisk och försämrad kognition). Det är därför viktigt att behandlingstiden är så kort som möjlig och att behandlingen kontinuerligt följs upp med en förnyad bedömning av nytta och risk.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Vilken effekt har åtgärden?

För personer med demenssjukdom, konfusion och sömnstörning bidrar behandling med klometiazol till natten, efter utredning av bakomliggande orsaker, till ökad sömntid eller minskad konfusion, jämfört med om de inte fått åtgärden, men behandlingen kan även ha biverkningar eller negativa konsekvenser (konsensus).

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom, konfusion och sömnstörning bidrar behandling med klometiazol till natten, efter utredning av bakomliggande orsaker, till ökad sömntid eller minskad konfusion, jämfört med om de inte fått åtgärden.”
Svar:

- Ja: 95 procent (20 av 21 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 5 procent (1 av 21 deltagare).

Påstående: ”Åtgärden kan ha biverkningar eller negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom, konfusion och sömnstörning som får åtgärden.”

Svar:

- Ja: 87 procent (20 av 23 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 13 procent (3 av 23 deltagare).

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Litteratursökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2016-03-07
Ämne: Rad 81 Demenssjukdom med konfusion, sömnstörning. Behandling med klometiazol till natten

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] or dementia*[tiab] or alzheimer*[tiab]	187641
2.	Mesh/FT	"clomethiazole edisylate" [Supplementary Concept] OR "Chlormethiazole"[Mesh] or heminevrin[tiab] or clomethiazole[tiab] or clormethiazole[tiab]	913
3.	Mesh/FT	"Confusion"[Mesh] or confusion[tiab] or confusional[tiab] or bewilderment[tiab] or disorientation*[tiab]	36753
4.		2 AND 3 Filters: English; Danish; Norwegian; Swedish	15
5.		4 Publication date from 2005/01/01	**2**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
OT = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term Mostly
SB = PubMeds filter
för systematiska översikter (systematic[sb])
för alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2016-03-07
Ämne: Rad 81 Demenssjukdom med konfusion, sömnstörning. Behandling med klometiazol till natten

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	[Dementia] this term only OR [Alzheimer Disease] this term only OR (dementia or Alzheimer):ti, ab, kw	10012
2.	FT	heminevrin or clomethiazole or clormethiazole:ti, ab, kw	73
3.	FT	confusion or confusional or bewilderment or disorientation* or delirium*:ti,ab,kw	2429
4.		2 AND 3 Filters: English; Danish; Norwegian; Swedish Publication date from 2005/01/01	**2**

*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)
Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
Qualifier = aspekt av ämnet
FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords
**)
CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews
DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects
HTA = Health Technology Assessment Database
EED = NHS Economic Evaluation Database
Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Utbildning

Rad: 25
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 2 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation

Åtgärden har effekt på BPSD hos personer med demenssjukdom. Åtgärden är också en förutsättning för att vård- och omsorgspersonal ska kunna erbjuda en personcentrerad vård och omsorg till personer med demenssjukdom.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Personcentrerad vård och omsorg innebär att personen som lever med en demenssjukdom sätts i fokus, inte demensdiagnosen. I den personcentrerade vården uppmuntras personen med demenssjukdom, ibland tillsammans med anhörig, att berätta om sig själv och sitt liv. Berättelsen skrivs ned till en så kallad levnadsberättelse. Vården och omsorgen utgår sedan från denna information för att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och för att förstå problem som utmanar och uppstår i mötet mellan personen med demenssjukdom och den som vårdar. Med ett personcentrerat förhållningssätt

ökar personalens kunskap om hur till exempel beteendemässiga och psykiska symtom kan förebyggas.

Personcentrerad omvård innebär också att man i vården och omsorgen särskilt beaktar behov som är relaterade till att personer har annan kulturell eller språklig bakgrund.

För att kunna arbeta personcentrerat behöver vård- och omsorgspersonal få utbildning, träning och handledning inom området. Detta behöver ske kontinuerligt och långsiktigt med upprepade utbildningsinsatser, till exempel i form av handledning, och inte som insatser vid enstaka tillfällen. Det är viktigt att det under utbildningen ges möjlighet att reflektera över och praktisk träna sig i att bemöta personer med demenssjukdom. Det är även önskvärt att utbildningen ger personalen kunskap i att bedöma när personen har problem, till exempel med smärta. En viktig del i utbildningen är också att få kunskap om beteendemässiga och psykiska symtom, vad som kan orsaka dem och inte minst hur de kan förebyggas.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

För personer med demenssjukdom i särskilt boende ger

- arbete enligt Dementia Care Mapping och VIPS Practice Model mindre neuropsykiatriska beteendesymtom (acceptabel tillförlitlighet)
- arbete enligt Dementia Care Mapping mindre agitation (acceptabel tillförlitlighet)
- utbildning i personcentrerad vård mindre agitation (acceptabel tillförlitlighet).

Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt för att bedöma effekten av arbete enligt Dementia Care Mapping eller VIPS Practice Model på livskvalitet.

Författarna till den översikt [1] som ingår i underlaget har dragit följande slutsats: ”Det finns övertygande evidens för att utbildning av vårdpersonal i kommunikation eller personcentrerade färdigheter har effekt på agitationssymtom och allvarlig agitation, både direkt och efter 6 månader, i vårdboendemiljö.” Resultaten från ytterligare två primärstudier stärker den bedömningen [2, 3].

Vilka studier ingår i granskningen?

En systematisk översikt från år 2014 har undersökt utbildning i personcentrerad vård och Dementia Care Mapping (DCM) på vårdboende för personer med demenssjukdom [1]. Två primärstudier har undersökt två modeller för utbildning och implementering av personcentrerad vård – DCM och VIPS Practice Model (VPM) – på vårdboende för personer med demenssjukdom [2, 3].

Saknas någon information i studierna?

De redovisade resultaten visar effekter på utfall som behandlar BPSD och livskvalitet, men det saknas information om huruvida utbildning av personal i personcentrerad vård kan påverka funktion eller vård- och omsorgsbehov hos personer med demenssjukdom.

De redovisade resultaten visar effekter hos personer med demenssjukdom i särskilt boende, men det saknas information om huruvida interventionerna har effekt hos personer som bor kvar hemma i eget boende.

Hälsoekonomisk bedömning

Kostnadseffektiviteten för långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom har inte kunnat bedömas på grund av otillräckligt vetenskapligt underlag (ej bedömbar). Litteratursökningen fann två studier som belyst enbart resursanvändning och kostnader för åtgärden och dessa ligger till grund för kostnadsberäkningarna i underlaget.

Det finns kostnadseffektivitetsstudier av implementering av personcentrerad vård inom svensk vård och omsorg för andra diagnoser. Överförbarheten är dock begränsad och fler studier bör genomföras för att utreda kostnadseffektiviteten av personcentrerad vård inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom. För att kunna göra detta är det viktigt att såväl kostnader som effekter studeras i en svensk vård- och omsorgssituation samt att ett relevant jämförelsealternativ tydligt preciseras. Den enkla kostnadsbeskrivningen är ett möjligt exempel på utbildning och handledning i personcentrerad vård och bör tolkas med försiktighet.

Referenser

1. Livingston, G, Kelly, L, Lewis-Holmes, E, Baio, G, Morris, S, Patel, N, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. Health Technology Assessment. 2014; 18(39):1-226.
2. Dichter, MN, Quasdorf, T, Schwab, CG, Trutschel, D, Haastert, B, Riesner, C, et al. Dementia care mapping: effects on residents' quality of life and challenging behavior in German nursing homes. A quasi-experimental trial. International psychogeriatrics / IPA. 2015:1-18.
3. Rokstad, AMM, Røsvik, J, Kirkevold, Ø, Selbaek, G, Saltyte Benth, J, Engedal, K. The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial. Dementia & Geriatric Cognitive Disorders. 2013; 36(5/6):340-53.

Tabellering av inkluderade studier

Systematiska översikter

First Author Year Reference Country Study design	Included studies Aim	Population Setting	Intervention Control	Outcomes Results (review authors' conclusions)	Quality Comments
Livingston G 2014 [2] UK Systematic Review (Health Technology Assess-ment)	**Included studies** *Types of studies* "Studies with a comparator group: separate groups or before-after comparis-ons." *N studies* 8 RCT-studies *Time frame* Last literature search in June 2012 **Aim** Clinical effective-ness	**Population** People with dementia, > 50 years old **Setting** Not stated	**Intervention** Non-pharmacological interventions for reducing agitation *Of interest here:* "Training paid caregivers in person centered care or communications skills or Dementia Care Mapping (DCM)" **Control** "Comparator" otherwise not defined	**Outcomes** A. Agitation (8/8 included studies) B. Quality of life (2/8 included studies) **Results (review authors' conlusions)** "There is convincing evidence that training paid care-givers in communication or person centered skills is effective for symptomatic and severe agitation, both immediately and up to 6 months, in the home care setting." "There is some evidence that DCM is effective immediately and over 4 months for severe agitation in care homes."	**Quality** A systematic review assessed as fulfilling quality criteria according to AMSTAR, except for statements on conflicts of interest (information not given) *Risk of bias in included studies (review authors' assessment):* A. 2/8 studies were assessed as "high quality RCT" B. 4/8 studies were assessed as "lower quality RCT or "high quality non-randomized studies" C. 2/8 studies were assessed as "moderate quality non-randomized studies" **Comments** Results were reported separately for each primary study, but were not combined quantitatively

Primärstudier

First Author Year Reference Country Study design	Population Setting Study period Follow-up (FU)	Intervention Nb participants Drop-out rate	Control Nb participants Drop-out rate	Outcomes Results (95% CI)	Risk of bias Comments
Dichter 2015 [1] Germany	**Population** All residents with dementia (impaired cognition accepted) in included	**Intervention** Dementia Care Mapping (DCM), comprising training of staff in, and implementation of, person	**Control** Usual care, plus training in and implementation of, regular quality of life assessments	The effect of the intervention was tested in a linear mixed model, taking clustered data within nursing homes and over time into account	**Risk of bias** Assessed as medium high risk of bias. Most serious risk due to the non-randomised

Cluster-CCT (controlled trial, cluster by nursing home, not random-ized)	nursing homes **Setting** Nursing homes, both specialized dementia care units and traditional integrative units, in Germany **Follow-up (FU)** 18 months	centered care *Intervention groups:* A. Nursing units with prior experience of DCM, which were given further training. B. Nursing homes new to DCM **Nb participants** A. Open cohort within 3 nursing units B. Open cohort within 3 nursing units **Drop-out rate** Not applicable at person level and 0 at nursing home level	**Nb participants** Open cohort within 3 nursing units **Drop-out rate** Not applicable at person level and 0 at nursing home level	*Quality of Life 1 (QoL-AD)* Main effect of the intervention: n.s. (p 0.23) *Neuropsychiatric Inventory (NPI-NH).* Main effect of the intervention: n.s. (p 0.8) Quality of life 2 (QUALIDEM). Main effect of the intervention: n.s. (p 0.85)	design, and to lack of blinding **Comments**
Rokstad 2015 [3] Cluster-RCT (cluster by nursing ward)	**Population** All patients at all different stages of dementia residing in the included nursing homes **Setting** Nursing homes in Oslo, Norway **Follow up (FU)** 10 months	**Interventions** A. Dementia Care Mapping (DCM), comprising training of staff in, and implementation of, person centered care B. Regular staff conferences with structured analyses of patients' problem behavior in the aim of understanding such behaviours from the view point of the patient **Nb participants** A. 221 patients nested in 13 wards at 5 nursing homes B. 189 patients nested in 13 wards at 5 nursing homes **Drop-out rate** A. 31% at patient level and 0%	**Control** Usual care plus staff training in dementia (DVD:s with 30 minute lectures in dementia) **Nb participants** 206 patients nested in 14 wards at 5 nursing homes **Drop-out rate** 31% at patient level and 0% at ward level	The effect of the intervention was tested in a linear mixed model, taking clustered data within wards, nursing homes and over time into account *Brief Agitation Rating Scale (BARS, scale range: 9–63)* DCM vs control: -2.0 (-5.1–1.1), p 0.19* VPM vs control: -1.1 (-3.8–1.6), p 0.42* *Neuropsychiatric Inventory–Questionnaire (NPI–Q, scale range 0–30)* DCM vs control: -2.7 (-4.6– -0.7), p 0.01* VPM vs control: -2.4 (-4.1– -0.6), p 0.01* *Quality of Life in Late Stage Dementia (QUALID, scale*	**Risk of bias** Assessed as medium high risk of bias. Most serious risk due to to lack of blinding and to differences in attrition between groups **Comments**

		at ward level B. 27% at patient level and 0% at ward level		*range 11–55)* DCM vs control: -3.0 (-5.5– -0.6), p 0.02* VPM vs control: -1,3 (-3.4– -0.9), p 0.26* *Adjusted difference of change	

Summering av effekt och evidensstyrka

Livskvalitet

Utfallsmått Jämförelse	Publikations- eller studietyp* (N primär-studier i en SÖ) N deltagare	Effekt (95 % KI)	Kommentar
Livskvalitet mätt med QoL-AD och QUALIDEM Dementia Care Mapping (DCM) kontra sedvanlig vård	1 CCT-studie Totalt n (öppen kohort) = 234	QoL-AD efter 18 månader: n.s.*** QUALIDEM efter 18 månader: n.s.***	
Livskvalitet mätt med QUALID (spann, 11–55) Dementia Care Mapping (DCM) kontra sedvanlig vård	1 RCT-studie N = 624	Skillnad i förändring mellan jämförelsegrupperna efter 10 månader: -3,0** (-5,5– -0,6), p 0,02	
Livskvalitet mätt med QUALID (spann, 11–55) VPM kontra sedvanlig vård	1 RCT-studie N = 624	Skillnad i förändring mellan jämförelsegrupperna efter 10 månader: -1,3** (-3,4–0,9), p 0,26 (n.s.)	
Livskvalitet mätt med QoLAD Dementia Care Mapping (DCM) kontra kontroll	1 SÖ (2 primärstudier) N = 226	• *Studie 1, efter 4 månader:* "förbättring", n.s.*** • *Studie 2, efter 4 månader:* "förbättring", n.s.***	Författarna till översikten gjorde bedömningen att det saknas evidens för att DCM har effekt på livskvalitet hos personer med demenssjukdom *Underlagets kvalitet:* 1 studie bedömdes som en RCT-studie av hög kvalitet och en studie som en icke randomiserad studie av måttlig kvalitet

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp, **En minskning motsvarar en förbättring av livskvaliteten, ***Effektestimatet ej angivet.

BPSD

Utfallsmått Jämförelse	Publikations- eller studietyp* (N primär-studier i en SÖ) N deltagare	Effekt (95 % KI)	Kommentar
Neuropsykiatriska symtom mätt med NPI-NH Dementia Care Mapping (DCM) kontra sedvanlig vård	1 CCT-studie Totalt n (öppen kohort) = 234	Efter 18 månader: n.s.	
Neuropsykiatriska symtom mätt med NPI-Q (spann, 0–30) Dementia Care Mapping (DCM) kontra sedvanlig vård	1 RCT-studie N = 624	Skillnad i förändring efter 10 månader: -2,7** (-4,6– -0,7), p 0,01	
Neuropsykiatriska symtom mätt med NPI-Q (spann, 0–30) VPM kontra sedvanlig vård	1 RCT-studie N = 624	Skillnad i förändring efter 10 månader: -2,4** (-4,1– -0,6), p 0,01	
Agitation mätt med BARS (spann, 9–63) Dementia Care Mapping (DCM) kontra sedvanlig vård	1 RCT-studie N = 624	Skillnad i förändring efter 10 månader: -2,0** (-5,1– 1,1), p 0,19 (n.s.)	
Agitation mätt med BARS (spann, 9–63) VPM kontra sedvanlig vård	1 RCT-studie N = 624	Skillnad i förändring efter 10 månader: -1,1** (-3,8–1,6), p 0,42 (n.s.)	
Agitation Utbildning i personcentrerad vård kontra kontrollgrupp	1 SÖ (7 primärstudier) N = 772	• *Studie 1, efter 8 veckor:* SES -1,4 (-1,5– -1,3) • *Studie 2, efter 3 månader:* Verbal agitation och irritabilitet, statistiskt signifikant förbättring. Aggressivitet, ingen statistiskt signifikant förbättring • *Studie 3, efter 6 månader:* SES -0,2 (-0,5–0,01) • *Studie 4, efter 8 veckor:* Agitation, statistisk signifikant förbättring • *Studie 5, kombinerade mätningar efter 1 och 6 månader:* Fysisk och verbal aggression, signifikant förbättring • *Studie 6, under pågående cross-over-*	Författarna till översikten drog slutsatsen att det finns evidens för att utbildning av personal i personcentrerad vård har effekt på svår agitation hos personer med demens som bor på vårdhem upp till 6 månader efter införandet, men att kunskapen om effekter i annan miljö är begränsad *Underlagets kvalitet:* 2/7 studier bedömdes som RCT-studier av hög kvalitet, 4/7 studier som RCT-studier av lägre kvalitet, eller icke randomiserade studier av hög kvalitet. 1 studie bedömdes som en icke randomiserad studie av måttlig kvalitet

		studie: Statistiskt signifikant förbättring. • *Studie 7, efter 20 veckor:* SES -0,3 (-0,5– -0,16)	
Agitation Dementia Care Mapping (DCM) kontra kontrollgrupp	1 SÖ (2 primärstudier) N = 226	• *Studie 1, efter 4 månader:* Statistiskt signifikant förbättring*** • *Studie 2, efter 4 månader:* Statistiskt signifikant förbättring***	Författarna till översikten drog slutsatsen att det finns evidens för att DCM har effekt på svår agitation hos personer med demens som bor på vårdhem upp till 4 månader efter införandet, men att kunskapen om effekter i annan miljö är begränsad *Underlagets kvalitet:* 1 studie bedömdes som en RCT av hög kvalitet. 1 studie av hög kvalitet. 1 studie bedömdes som en icke randomiserad studie av måttlig kvalitet

*SÖ = Systematisk översikt, RCT = Randomiserad kontrollerad studie, CCT = Prospektiv kohortstudie med jämförelsegrupp, **En minskning motsvarar en minskad symtombörda, ***Effektestimatet ej angivet.

Rad: 26
Tillstånd: Demenssjukdom
Åtgärd: Utbildning om demenssjukdom för biståndshandläggare och LSS-handläggare som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom

Rekommendation

Bör erbjudas	Kan erbjudas	Kan erbjudas i undantagsfall	Bör inte erbjudas	Endast i forskning och utveckling
1 **2** 3	4 5 6 7	8 9 10	Icke-göra	FoU

Socialtjänsten bör erbjuda utbildning om demenssjukdom till biståndshandläggare och LSS-handläggare som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom.

Motivering till rekommendation
Beprövad erfarenhet talar för att åtgärden bidrar till förbättrad livskvalitet för personer med demenssjukdom samt till förbättrad livskvalitet och minskad upplevd belastning för de anhöriga.

Beskrivning av tillstånd och åtgärd

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Svikten måste vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

För att få ta del av stödinsatser, till exempel hemtjänstinsatser och särskilt boende eller stöd enligt LSS, måste personen med demenssjukdom göra en ansökan till socialtjänsten. De biståndshandläggare och LSS-handläggare som beslutar i dessa ärenden behöver specifik kunskap om de konsekvenser som demenssjukdomar kan få för självbestämmandet och förmågan att formulera behov och tänka abstrakt, vilket krävs då personen ska ta ställning till en stödinsats.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndets svårighetsgrad har inte beaktats utifrån grundprinciperna i socialtjänstlagen.

Vilken effekt har åtgärden?

Strukturerade utbildningsinsatser om demenssjukdom som är riktade till biståndshandläggare som handlägger insatser för personer med demenssjuk-

dom bidrar för personer med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet samt för deras anhöriga till förbättrad livskvalitet och minskad upplevd belastning, jämfört med om handläggarna inte fått utbildningsinsatsen (konsensus).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av utbildningsinsatser om demenssjukdom för biståndshandläggare i avseende att öka kvaliteten i omsorgsinsatser, mätt som vård- och omsorgsbehov hos personer med demenssjukdom, och konsensus har inte uppnåtts.

Vilka studier ingår i granskningen?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas. För information om systematiskt inhämtad beprövad erfarenhet, se *Konsensusutlåtande* nedan.

Saknas någon information i studierna?

Studier som kan bidra till att besvara frågeställningen saknas.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att en konsensuspanel, bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av åtgärden, har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar strukturerade utbildningsinsatser om demenssjukdom riktade till biståndshandläggare som handlägger insatser för personer med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de inte fått utbildningsinsatsen.”
Svar:

- Ja: 100 procent (54 av 54 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 0 procent (0 av 54 deltagare).

Påstående: ”För personer med demenssjukdom bidrar strukturerade utbildningsinsatser om demenssjukdom riktade till biståndshandläggare som handlägger insatser för personer med demenssjukdom till minskat vård- och omsorgsbehov, jämfört med om de inte fått utbildningsinsatsen.”
Svar:

- Ja: 45 procent (22 av 49 deltagare)
- Nej: 55 procent (27 av 49 deltagare) – konsensus uppnåddes inte.

Påstående: ”För deras anhöriga bidrar strukturerade utbildningsinsatser om demenssjukdom riktade till biståndshandläggare som handlägger insatser för personer med demenssjukdom till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de inte fått utbildningsinsatsen.”
Svar:

- Ja: 98 procent (53 av 54 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 2 procent (1 av 54 deltagare).

Påstående: ”För deras anhöriga bidrar strukturerade utbildningsinsatser om demenssjukdom riktade till biståndshandläggare som handlägger insatser för personer med demenssjukdom till minskad upplevd belastning, jämfört med om de inte fått utbildningsinsatsen.”
Svar:

- Ja: 88 procent (46 av 52 deltagare) – konsensus uppnåddes
- Nej: 12 procent (6 av 52 deltagare).

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för detta tillstånds- och åtgärdspar.