

# Kognitiv medicin – kunskapsfält för framtida specialistutbildning

Nedsatta kognitiva funktioner förekommer vid ett stort antal sjukdomstillstånd men missas ofta. Det behövs en förbättring av läkares kompetens på området, exempelvis genom specialistutbildning i kognitiv medicin.

**K**ognition är en samlingsterm för människans förmåga att lära, tänka och bearbeta information i hjärnan. De funktioner som vanligen avses är snabbhet/uppmärksamhet, minne/inlärning, visuospatial förmåga (förmågan att uppfatta rumsliga relationer), språklig förmåga och exekutiv förmåga (förmågan till målinriktat beteende).

De kognitiva funktionerna måste vara intakta för att man ska kunna leva ett normalt vardagsliv. Nedsatta funktioner kan göra det svårt att planera sin dag, odla sina in-

tressen, utföra sina uppgifter i arbetslivet, umgås med andra, sköta sin ekonomi, laga mat och hålla ordning.

En rad ofta vanliga sjukdomstillstånd har kognitiv nedsättning som en viktig men inte alltid identifierad komponent, såsom stress- och utmattningssyndrom, affektiv sjukdom, schizofreni, neurologiska motorikstörningar, MS, cancer, infektioner och kärlsjukdomar.

Parkinsons sjukdom är ett exempel på en sjukdom där den allmänna uppfattningen på senare år har svängt. Från att ha ansetts vara en sjukdom med en mer eller mindre renodlad störning av motoriken har man i flera nya studier kunnat påvisa funktionshinderande nedsättningar av de kognitiva funktionerna.

**På senare år har** också de kognitiva effekterna av olika kärlsjukdomar såsom hypertoni, diabetes mellitus, ischemisk hjärtsjukdom, hjärtinsufficiens och hyperlipidemi fått alltmer uppmärksamhet. Samma gäller effekterna av koronar bypass-operation och andra större kirurgiska ingrepp.

Det finns också cirkulationsbetingade hjärnsjukdomar där den kognitiva nedsättningen kan vara den primära symtommanifestationen, t ex stroke och subkortikal vitsubstanssjukdom. Multisjuklighet leder relativt ofta till funktionshinderande

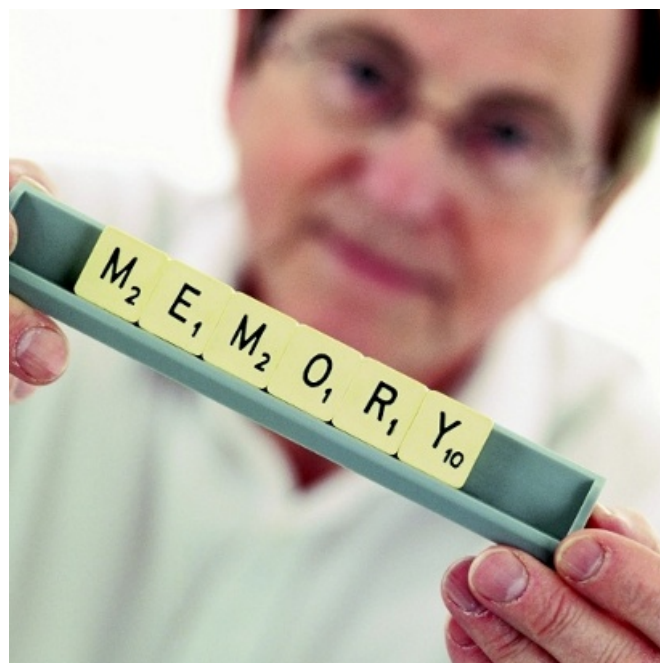


Foto: N. Aubrier/Scampix

Minnet är en av de kognitiva funktioner som vid nedsättning kan göra det svårt att leva ett normalt vardagsliv.

kognitiv nedsättning. Kognitiva effekter och bieffekter av läkemedel håller alltmer på att uppmärksammas, inte bara beträffande psykofarmaka utan också exempelvis cytostatika.

Berörda sjukdomsgrupper, förutom påtaglig utvecklingsstörning där den kognitiva nedsättningen utgör kärnsymptomatologin, är ADHD (attention deficit hyperactivity disorder)/autismsjukdomsspektret och Alzheimers sjukdom. Medan det alltjämt saknas kunskaper om yttringar och konsekvenser av ADHD/autism i vuxen ålder har sjukdomsbilden vid Alzheimers sjukdom alltmer klarlagts.

**Diagnosen Alzheimers** sjukdom kan numera ställas mycket tidigt i förloppet med hjälp av en kombination av typisk symtomatologi, biokemiska markörer och hjärnabbildningsinformation. Symtomatisk behandling av Alzheimers sjukdom finns att tillgå,

och flera lovande läkemedelsstudier pågår där man försöker förhindra sjukdomsutvecklingen med hjälp av enzymhämmare och immunologiska metoder.

Trots att intresset för kognitiv svikt och kognitiva sjukdomar har ökat, och trots att det finns handfasta medicinska kunskaper om hur man diagnostiserar och behandlar sjukdomsgruppen, är den alltjämt underdiagnostiserad och underbehandlad. Det gäller inte minst de vanliga sjukdomstillstånden Alzheimers sjukdom, strokerelaterad kognitiv svikt och subkortikal vitsubstanssjukdom. Underdiagnostik och underbehandling av kognitiv svikt gäller också för patienter med Parkinsons sjukdom, andra neurologiska sjukdomar, psykiatriska sjukdomar, olika systemsjukdomar och multisjuklighet.

**Det finns flera anledningar** till att kognitiva sjukdomar

## ANDERS WALLIN

ordf i Svensk förening för kognitiva sjukdomar (SFK); professor, överläkare, neuropsykiatriska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal

## STURE ERIKSSON

styrelseledamot i SFK; docent, överläkare, geriatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

## LENA KILANDER

universitetslektor, överläkare, geriatriska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

## LARS-OLOF WAHLUND

styrelseledamot i SFK; professor, överläkare, geriatriska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

## RAGNAR ÅSTRAND

överläkare, medicinkliniken, Centralsjukhuset, Karlstad

## CHRISTER NILSSON

docent, överläkare, verksamhetschef, psykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

underdiagnostiseras och underbehandlas, t ex att problematiken nonchaleras på grund av bristande respekt för kognitiv (läs mental) svaghet, sjukvårdens bristande förmåga att handlägga kroniska sjukdomar (sjukvården är framför allt organiserad för akutbesök), patienternas svårigheter att av egen kraft klargöra vad som är problemet samt ekonomiska svårigheter. Den enskilt antagligen viktigaste faktorn bakom missförhållandet torde dock vara att läkare saknar grundläggande medicinska kunskaper om kognitiva sjukdomar, utrednings- och behandlingsmetodik och kognitiv status-teknik.

Trots att det rör sig om ett relativt enhetligt medicinskt område tas ännu inget samlat ansvar för läkares kompetens och kompetensutveckling inom området. Det kan tyckas paradoxalt att den svenska demensvården och den svenska forskningen om kognitiva sjukdomar av många betraktas som världsledande. Detta sammanhänger delvis med att utvecklingen inom området drivits på genom individuella initiativ av »eldsjälar« inom olika medicinska specialiteter.

**I praktiken har det skett** en informell subspecialisering inom området kognitiv medicin, och utvecklingen har ändå relativt framgångsrikt drivits framåt genom engagerade nätverksbyggen, såsom exempelvis Svensk förening för kognitiva sjukdomar (SFK).

Förbättring av läkares kompetens kan göras på två sätt: *På kort sikt* bör redan färdiga specialister inom i första hand neurologi, psykiatri eller geriatrik och med intresse för kognitiva sjukdomar ges möjlighet till vidareutbildning inom området, förslagsvis under 1–2 år.

Detta kan ske genom praktiskt arbete vid klinik där man arbetar med utredning, behandling och uppföljning av dels patienter med lindri-

gare kognitiva problem (»minnesmottagning«), dels svårare kognitiva sjukdomar med beteendeproblematik. En del av tjänstgöringen bör vara förlagd till universitets-klinik.

För att tillgodose behovet av specialisläkare *på lång sikt* bör specialistutbildningstjänster inom området inrättas. Dessa tjänster bör vara knutna till minnesmottagningarna och leda till antingen någon av ovan nämnda specialiteter eller till en nyinrättad medicinsk specialitet i kognitiv medicin.

**Om vi i framtiden ska kunna** tillgodose patienternas behov och implementera de kunskaper som utvecklas i allt snabbare takt inom området behövs den nya specialiteten bidra till ökad identifiering och behandling av patienter med kognitiv svikt och kognitiva sjukdomar. Den behöver även verka för mer enhetliga handlägningsrutiner och inte minst till att läkarrekryteringen till området förbättras.

Kognitiv medicin kan bli en ny specialitet som befrämjar kognitiv hälsa!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## Åter grönt för Insulatard Penfill

■ För ett år sedan ville Novo Nordisk dra in försäljningen av det utmärkta och miljövänliga Insulatard Penfill. Genom kontakter via medier och personligen har dialogen mellan företaget och forskare och patienter fortsatt. Nu meddelar Novo Nordisk att man beslutat att åter leverera Insulatard Penfill utan begränsningar till den svenska diabetesvården.

Förnuftet har segrat! Men problemet är att under året har mängder med diabetiker ställts om till andra insuliner och ofta tvingats byta penna. Hur kan vi hjälpa patienterna att åter få Insulatard Penfill?

### ■ Bakom förslaget i detta debattinlägg står också:

#### Niels Andreasen

med dr, överläkare, geriatrika kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

#### Kaj Blennow

professor, överläkare, neurokemiska laboratoriet, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal

#### Maria Eriksdotter Jönhagen

docent, överläkare, geriatrika kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

#### Per Johansson

överläkare, psykiatrika kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

#### Michael Jonsson

överläkare, neuropsykiatriska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal

#### Lars Lannfelt

styrelseledamot i SFK; professor, överläkare, geriatrika kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

#### Karin Lind

överläkare, neuropsykiatriska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal

#### Jan Lundberg

specialistläkare, Jönköpings läns landsting

#### Ulla-Britt Mattsson

överläkare, neuropsykiatriska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal

#### Sibylle Mayer

styrelseledamot i SFK;

överläkare, geriatrika kliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

#### Mikael Nornholm

styrelseledamot i SFK; specialistläkare, psykiatrika kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

#### Katarina Nägga

med dr, överläkare, neuropsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

#### Martin Sjöbeck

med dr, ST-läkare, psykiatrika kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

#### Anders Sjöholm,

styrelseledamot i SFK; specialistläkare, Carema specialistvård, Lund

#### Matti Viitanen

professor, överläkare, geriatrika kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

#### Bengt Winblad

professor, överläkare, geriatrika kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

#### Henrik Zetterberg

docent, specialistläkare, neurokemiska laboratoriet, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal

#### Lennart Minthorn,

docent, överläkare, verksamhetschef, neuropsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

## Nytt namn: »Rätten till en värdig död«

■ I artikeln »Är suicid och självmord samma sak?«, LT 21/2008 (sidan 1590), förekom namnet »Rätten till vår död«. Under tiden från det att manuskriptet skickades in till dess att artikeln publicerades hann föreningen på sitt årsmöte byta namn till »Rätten till en värdig död« (RTVD).

#### Gunnar Hagberg

MD, f d överläkare, Växjö hagberg.malmlof@telia.com

#### Thomas Ljungdell

leg läkare, Stockholm

### »Hur kan vi hjälpa patienterna att åter få Insulatard Penfill?«

Jag tror att miljöargumentet är det starkaste, men givetvis handlar det också om ekonomi. Vi vill kunna erbjuda patienterna ett miljövänligt insulin till ett vettigt pris, och Insulatard Penfill är ett klokt val.

#### Kerstin Hulter Åsberg

ordförande i läkemedelskommittén i landstinget i Uppsala län kerstin.hulter.asberg@lul.se