

# Demenssjukdomar, kliniska riktlinjer

## Innehåll

Målgrupp.....	3
Ansvariga.....	3
Sammanfattning .....	3
Fakta om demenssjukdomar .....	4
Alzheimers sjukdom .....	4
Vaskulär demens.....	5
Lewy body demens/Demens med Lewykroppar.....	5
Parkinsons sjukdom med demens.....	5
Frontotemporal demens .....	5
Beteendemässiga och psykologiska symtom vid demens (BPSD).....	6
Måttlig - svår demens .....	7
Utredning.....	8
Basal demensutredning.....	8
Anamnes och Symtominventering.....	9
Status .....	10
Läkemedelsgenomgång .....	11
Strukturell bedömning av funktions-och aktivitetsförmåga .....	11
MMSE-SR/NR3 och MoCA .....	11
CT hjärna .....	12
Diagnostik i kort format.....	12
Alzheimers sjukdom .....	12
Vaskulär demens .....	12
Demens UNS eller Åldersdemens.....	12
Lindrig kognitiv störning .....	13
Lewy body sjukdom, Demens vid Parkinsons sjukdom och Frontotemporal demens .....	13

Alkoholrelaterad demens .....	13
Demens vid Downs syndrom .....	13
Depression .....	14
Akut konfusion.....	14
Somatisk sjukdom .....	15
SveDem för primärvården .....	15
Utredning på specialistnivå.....	16
Bilkörning .....	16
Behandling.....	16
Informationsbrev vid behov av kommunala insatser.....	17
Läkemedelsbehandling .....	18
Specifika demensläkemedel .....	18
Övriga symtomlindrande läkemedel .....	19
Antipsykotiska läkemedel.....	19
Vaskulär demenssjukdom .....	20
Uppföljning.....	20
SveDem för primärvården .....	20
Bilkörning .....	20
Ansvar .....	21
Primärvården.....	21
Remittering till specialistmottagning .....	21
Minnes- och geriatrikmottagningen .....	21
Äldrepsykiatriska mottagningen.....	21
Samverkan .....	21
Dokumenthistorik.....	22
Referenser.....	22

Dessa kliniska riktlinjer för handläggning och behandling av demenssjukdomar, Region Uppsala är harmoniserade med "Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid demenssjukdom"/ Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso-och sjukvård, Sveriges regioner i samverkan 2022 samt Vård och omsorg vid demenssjukdom, Vård i samverkan Region Uppsala.

# Målgrupp

Läkare och andra yrkesgrupper inom primärvård, öppen- och slutenvård vid Akademiska sjukhuset och Enköpings lasarett som handlägger patienter med misstänkt/fastställd demenssjukdom.

# Ansvariga

Geriatrisk och Äldrepsykiatriska mottagningen, Akademiska sjukhuset, och Nära vård och hälsa Region Uppsala.

# Sammanfattning

Termen "demens" används för att beskriva en varaktig (över sex månader) försämring av kognitiva funktioner som är så uttalad att den påverkar förmågan att klara aktiviteter i dagliga livet (ADL):

- Alzheimers sjukdom och vaskulär demens är de två vanligaste bakomliggande orsakerna.
- Alla personer med misstänkt demenssjukdom skall erbjudas basal demensutredning. De två viktigaste delarna i denna är bedömning av kognitiva funktioner med bl.a. Mini Mental State Examination (MMSE-SR, MMT) eller (Montreal Cognitive) MoCA, klocktest och anamnes, samt en anhöriganamnes avseende symtomutveckling över tid och ADL-funktioner. Man kan även använda RUDAS i stället för MMSE/MoCA för patienter där språkförbristning/utbildningsbakgrund är ett hinder till annan kognitiv testning. I en basal utredning ingår dessutom CT hjärna, blodprover för screening kroppslig sjukdom och status. En utredning och diagnos ska vara till nytta för patienten, d.v.s. komma vid rätt tidpunkt, och alltid innebära att relevanta stödåtgärder förmedlas till patient och anhöriga.
- Patienter med fastställd demensdiagnos/deras närstående ska informeras om kommunalt stöd både vad gäller insatser för patienten och anhörigstöd. Efter samtycke skickas informationsbrev om fastställd demensdiagnos till dem som ska ge önskade stödet (ex. Biståndshandläggare, demensteam, anhörigkonsulent). Särskilt omsorg kring behovet av stöd behöver iaktas när det gäller personer som saknar anhöriga.
- Behandling med kolinesterashämmare kan vara symptomlindrande vid mild till måttligt avancerad Alzheimers sjukdom. Effekten skall utvärderas efter sex månader. Memantin är ett alternativ vid måttlig-svår Alzheimers sjukdom.
- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD), såsom aggressivitet och oro behandlas i första hand med utredning avseende utlösande faktorer och icke-farmakologiska åtgärder. Läkemedel som kan ge negativa effekter på kognitionen ska sättas ut. Antidepressiva provas i första

hand. Antipsykotiska läkemedel kan prövas under begränsad tid. Effekt/biverkningar ska följas regelbundet.

- Patienter med demenssjukdom, såväl i hemmet som på särskilda boenden, har rätt till medicinsk uppföljning årligen och vid behov samt till funktionsbevarande stimulering genom till exempel kommunal dagverksamhet. Fysisk aktivitet och andra fallförebyggande åtgärder bör prioriteras.

## Fakta om demenssjukdomar

I Sverige lever cirka 130 000-150.000 personer med en demenssjukdom; ungefär 20 % av befolkningen över 80 år. Antalet nya fall beräknas till 26 000 per år.

Motsvarande siffror för Uppsala är drygt 5000 respektive cirka 900 nya fall per år. Per 2000 listade patienter beräknas 2-3 nya fall per år.

De vanligaste orsakerna till demens är Alzheimers sjukdom (60 %) och vaskulär demens (cirka 20 %). I åldrarna över 85 år har de flesta demenssjuka en kombination av Alzheimer-förändringar, blodkärlsskador och andra sjukliga förändringar i hjärnan. Frontotemporal demens (pannlobsdemens), Parkinsons sjukdom med demens och Lewy body demens/demens med Lewykroppar är exempel på mindre vanliga tillstånd med speciell problematik.

## Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom (AD) är en neurodegenerativ sjukdom där inlagringar av förändrade former av proteinerna beta-amyloid och tau samverkar till nervcellsdöden. I regel drabbas hippocampus/mediala temporalloben först, vilket påverkar det episodiska närminnet (dagboksminnet). Andra vanliga tidiga symtom är stresskänslighet och nedsatt initiativförmåga.

Neurodegenerationen sprider sig över tid till de bakre delarna av tinning- och hjässlober, och symtomen avspeglar bortfallet av funktioner i dessa regioner.

Typiskt försämras logiskt tänkande, problemlösning, språk (att finna ord, uttrycka sig och förstå), spatiala funktioner (rumsuppfattning), praktisk förmåga och varseblivning.

AD har ett mångårigt förlopp (3-20 år) där progresstakten varierar. Stadiindelningen baseras på ADL-nivån. I tidigt skede (lindrig kognitiv störning) är patienten ännu autonom. Vid mild demens (MMT cirka 20–28 p) påverkas komplex ADL (instrumentell, IADL), som förmågan att sköta privatekonomin, hantera läkemedel, matinköp, använda offentliga färdmedel, telefonera, laga mat och andra sysslor i hus och hem. Vid måttligt avancerad demens följer sedan ett relativt lagbundet successivt bortfall av personlig ADL (PADL), d.v.s. personlig hygien, på- och avklädning och senare toalettbesök. Så småningom tappas också merparten av förmågan att göra sig förstådd, gångförmågan, kontinensen och att kunna äta och dricka på egen hand (svår demens). Sjukdomen förkortar livet.

## Vaskulär demens

Vaskulär demens är ett samlingsnamn för demenstillstånd orsakade av blodkärlsskador.

Den vanligaste formen är demens till följd av skador efter stroke, i regel flera hjärninfarkter. Diagnosen ställs utifrån två kriterier: den kliniska bilden – debut eller plötslig försämring i samband med klinisk stroke – och en CT-bild med infarkter och/eller utbredd vitsubstansskada. Enstaka lakunära infarkter och lätt-måttlig vitsubstansskada är ofta att betrakta som ett bifynd hos äldre. Prognosen varierar. En del patienter kan ha ett stationärt förlopp (post-infarktdemens), medan andra försämras trappstegsvis i samband med nya ischemiska episoder. Exekutiva störningar - oföretagsamhet och förlångsamning - är ofta mer framträdande än glömska.

Kriterierna för demens är inte alltid användbara vid afasi och/eller hemipares.

## Lewy body demens/Demens med Lewykroppar

Sjukdomen Lewy body demens (LDB/DLB; demens med Lewy kroppar) utgör cirka 5% av alla fall av demenssjukdom. Den definieras enligt kriterierna för demens samt minst två av följande symtom: parkinsonism (långsamhet och stelhet, ibland skakningar), synhallucinationer, REM-sömnstörning med livliga mardrömmar som ageras ut och påtagliga fluktuationer av uppmärksamhet och vakenhet, inklusive dagtrötthet. Spatiala problem är mer framträdande än glömskan. Diagnosen skall misstänkas vid t.ex. svårigheter att kopiera figuren i MMSE och klocktest i kontrast mot intakt tidsorientering och minne. Påverkan på autonoma nervsystemet i form av ortostatiskt blodtrycksfall, förstoppning och blåsrubbningar är vanligt liksom hög känslighet för antipsykotika. Formellt ska den kognitiva störningen och parkinsonismen debutera inom ett och samma år för denna diagnos. Den är närbesläktad med Parkinsons sjukdom med demens, både vad gäller klinik och bakomliggande patologiinlagringar av proteinet alfa-synuclein och nervcellsförlust i basala ganglier och i nackloberna. Det är viktigt att identifiera denna svåra sjukdom, som ofta svarar bra på kolinesterashämmare och memantin.

## Parkinsons sjukdom med demens

Vid Parkinsons sjukdom (PD) utvecklar cirka 30 % med tiden en handikappande kognitiv försämring. Kriterierna för PD med demens bygger på att demenssymtomen debuterar minst ett år efter debuten av motorikstörningen till skillnad från LBD. De kognitiva och autonoma symtomen vid dessa två sjukdomar är likartade.

## Frontotemporal demens

Frontotemporal demens (FTD, 3-5 % av alla demensfall) är en neurodegenerativ sjukdom som drabbar delar av pannloberna (vanligast s.k. beteendevariant) eller de

främre delarna av tinningloberna (semantisk variant respektive icke flytande afasi). Vid beteendevariant FTD dominerar personlighets- och beteendeförändringar. Bortfall av hämningar/impulsstyrighet, apati, förlust av empati, perseverationer (upprepningar, ritualer) och ett glupskt ätbeteende är kärnsymtom. Kognitivt påverkas framför allt uppmärksamhet och exekutiva funktioner. Insikten är i regel obefintlig. I senare skede dominerar en uttalad inaktivitet och förlust av talet. 15 % utvecklar en samtidig ALS. De andra varianterna drabbar fr.a. tal och inlärd kunskap. Patofysiologin vid FTD är heterogen och inkluderar inlagringar av proteinerna tau och TDP-43. Det är viktigt att identifiera denna svåra sjukdom, som medför mycket hög anhörigbelastning.

## **Beteendemässiga och psykologiska symtom vid demens (BPSD)**

BPSD är ett samlingsnamn för en grupp av demensrelaterade icke-kognitiva symtom. Förekomsten av BPSD är av stor betydelse för livskvalitet och anhörigbelastning, och bestämmer i hög grad hur länge en person med demenssjukdom kan bo kvar hemma.

Nedstämdhet, oro, ångest och irritabilitet är vanliga symtom även tidigt i förloppet. Exempel på beteendestörningar vid måttlig–svår demens är aggressivitet, motorisk rastlöshet, ropbeteende och beteenden som grundar sig i paranoida vanföreställningar och synhallucinationer. Dessa symtom kan förstås som naturliga reaktioner när minnet och tänkandet sviktar. De kan också tolkas som relaterade till graden och lokaliseringen av hjärnskadan och till brist på olika signalämnen. Omgivningens tolkning avgör vilken behandling patienten får. Ett och samma beteende kan vara problematiskt och föranleda insättning av psykofarmaka på särskilt boende med flera "BPSD-patienter", men i en annan miljö vara helt acceptabelt.

Första åtgärden är alltid en analys av utlösande orsaker (otillfredsställda behov, olämpligt bemötande, smärta och andra fysiska obehag) och icke-farmakologisk behandling. Smärta kan vara svårupptäckt vid avancerad demens, Abbey Pain Scale kan användas. Förutsättningen är ett så kallat personcentrerat förhållningssätt, d.v.s. att det finns en vilja att förstå hur patienten upplever sin situation och vad som är bäst utifrån hans/hennes perspektiv. Så kan många beteendestörningar och onödig läkemedelsbehandling undvikas. Se även ViS dokument [Vård och omsorg vid demenssjukdom, Region Uppsala.se\(pdf\)](#), BPSD-registret [BPSD – Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens](#)

## Måttlig - svår demens

Vid framskriden demenssjukdom kan ett särskilt boende med demensinriktning vara aktuell.

Att vara fortsatt fysiskt aktiv och träna kan vara ett medel för att öka välbefinnandet. Promenader utomhus är till exempel ofta effektivt vid så kallat vandringsbeteende. Fysisk aktivitet minskar också risken för förstoppning, trycksår, och hjälpberoende i ADL-funktioner.

Skydds- och begränsningsåtgärder ska endast användas efter risk och nyttoanalys och i syfte att förhindra fall och andra skador och det är nödvändigt med kontinuerlig observation och utvärdering. Dokumenterad plan för varje patient ska vara känd för all involverad personal.

Särskilda rutiner för att förhindra fall och därmed osteoporosfrakturer, trycksår och malnutrition ska finnas. Se även ViS-dokument `Vård och omsorg vid demenssjukdom`.

Demenssjukdomar förkortar livet. Den utlösande dödsorsaken är ofta lunginflammation, lungemboli, hjärtinfarkt, stroke och andra konsekvenser av kakexi, nedsatt allmäntillstånd och långvarig immobilisering. Sväljningssvårigheter, smärta, frånvaroattacker och uttalad stelhet är vanligt liksom epileptiska anfall (enstaka sådana behöver inte behandlas).

Ett palliativt förhållningssätt med maximal symtomlindrande behandling och ett värdigt avslut på livet ska anläggas vid vården av patienter med demenssjukdom i avancerat skede. Dödligheten vid svår demens, definierat som det stadium när gångförmågan, förmågan att äta själv och att kommunicera förlorats, är hög. Enligt studier avlider 50 % av dessa patienter inom 18 månader.

Vårdplaneringssamtal med fokus på att uppnå samsyn kring icke-åtgärder ska därför hållas vid lämpliga tillfällen tillsammans med sjuksköterska, kontaktperson och anhöriga. Genom samsyn kan till exempel då transporter och andra plågsamma åtgärder undvikas.

# Utredning

## Basal demensutredning

Alla personer med kognitiv svikt och misstanke om demenssjukdom skall erbjudas en utredning.

Den basala utredningen syftar till att fastställa:

- Om personen har en kognitiv svikt.
- Om annan sjukdom orsakar eller bidrar till den kognitiva svikten.
- Vilka personer som är i behov av en utvidgad utredning.
- Vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad man kan göra för att minimera eller kompensera för dessa.

Basal demensutredning innebär insamlande av tillräcklig information för att kunna ställa (eller avfärda) en demensdiagnos. Demens medför glömska och ofta nedsatt sjukdomsinsikt. Därför kommer initiativet till utredning och behandling ofta från anhöriga eller vårdgivare. De viktigaste hjälpmedlen för en demensutredning är tid, rum och intresse. Sätt av tillräckligt med tid för att ta en strukturerad anamnes av både patient och anhöriga. För att möjliggöra en riktig bedömning bör patienten ges så goda förutsättningar i samband med utredning som möjligt. Detta kan innebära att patienten har hjälpmedel såsom glasögon och hörapparater tillgängliga. För vissa grupper behöver utredningen anpassas och hänsyn tas till exempelvis språklig förmåga, sedan tidigare nedsatt kognitiv förmåga, eller annan befintlig diagnos, till exempel Downs syndrom.

Som stöd för dokumentation kan läkare använda journalmall Besök, inkl. NDR läk PV och demenssköterska/sjuksköterska med demenskompetens journalmall Besök kognitiv svikt SSK Pv. Se även [Demens - Basal Demensutredning, arbetsrutiner, Region Uppsala.se\(pdf\)](#).

Utredningen ska vara till nytta för patienten, även om hon/han har obefintlig sjukdomsinsikt. Sen diagnos innebär alltför sent insatta stödåtgärder med sämre prognos på sikt, och ofta hög konsumtion av akutsjukvård. Däremot är effekten av alzheimerläkemedlen oberoende av när i förloppet behandlingen startar.

Basal utredning ska inte ske om:

- Personen bedöms ha kognitiv svikt orsakad av akut sjukdom, annan kronisk sjukdom eller annat tillstånd än demenssjukdom.
- Personen eller anhörig i samråd med läkare är överens om att utredning inte medför nytta eller ytterligare livskvalitet, till exempel vid livets slutskede.



- Personen avböjer utredning. Motivation och anpassad information samt utredning kan då vara aktuellt.

## Anamnes och Symtominventering

Diagnostiken är i hög grad klinisk och handlar om att få en bild av vilka symtom som föreligger; hur uttalad förändringen är (demensvalör eller lindrig kognitiv störning) och tidsförloppet. Skillnaden mellan patientens respektive anhörigas beskrivningar ger en uppfattning om sjukdomsinsikten. Ifall anamnes från anhöriga ej kan inhämtas blir diagnostiken osäker. Det är viktigt att få information om debut och förlopp av patientens symtom.

Definitionen av "demens" innebär att förmågan att klara ADL, d.v.s. både nödvändiga sysslor och sysslor för nöjes skull har försämrats jämfört med tidigare.

Efterfråga konkreta exempel på:

- Försämrat minne.
- Språk (hitta ord och förstå).
- Spatial förmåga (att hitta; utföra praktiska sysslor).
- Nedstämdhet, oro.
- Humörsvängningar och synhallucinationer.
- I vilken grad anhöriga belastas, till exempel hur länge patienten kan vistas ensam hemma.
- ADL: hantering av läkemedel.
- ADL: att sköta ekonomi och inköp.
- ADL: transporter (inklusive bilkörning).
- ADL: att hantera apparater.

Dokumentera även:

- Ärftlighet.
- Vaskulära riskfaktorer.
- Familjeförhållanden, barn i hemmet?
- Utbildning och eventuellt yrke.
- Intressen, fritidsaktiviteter.
- Levnadsvanor: tobak, droger.
- Innehav av skjutvapen.
- Våldsutsatthet.
- Tidigare kognitiv funktionsnivå.
- Tidigare och nuvarande sjukdom, infektioner, skalltrauma:

- Förändrat sömnmönster, snarkproblem.
- Förändrad aptit eller kostvanor, viktförändring.
- Nyttillkomna neurologiska symtom, förändrat rörelsemönster, fall.
- Inkontinens, naturliga funktioner och sexualitet.
- Aktuella läkemedel, negativa effekter av dessa?
- Munhälsa.

Som stöd för anamnes och symtominventering kan dokumenten [Information inför minnesutredning på vårdcentral, Region Uppsala.se\(pdf\)](#), [Frågor inför minnesutredning på vårdcentral, Region Uppsala.se\(pdf\)](#) och [Symtomenkat formular ver3 2 2020 copyright ragnarastrand.pdf \(demenscentrum.se\)](#) användas.

## Status

Dokumentera:

- Hjärtstatus, EKG.
- Vikt och längd.
- Blodtryck liggande och stående.
- Neurologstatus:
  - Viktigast är gång och balans (parkinsonism som vid Lewy body demens eller långsam, bredspårig gång som vid normaltryckshydrocefalus?). Be patienten gå tio meter och sedan vända och betrakta steglängd och medrörelser. Fokala bortfall som rest efter stroke?
- Psykiskt status
  - Depression, ångest, psykotiska besvär (hallucinationer, vanföreställningar).
- Laboratorieprover:
  - Blodstatus, SR, glukos, elektrolyter, njurfunktion, kalcium, leverprover, TSH, B12, folat, PEth/CDT. Övriga prover vid riktad frågeställning.
- Bedömning av kognitiva funktioner:
- Anamnes:
  - MMSE-SR/MoCA och klocktest.
- Munstatus vid behov.

Samtalet under anamnesen syftar också till att få en bild av patientens kognitiva funktioner, d.v.s. orientering till aktuella förhållanden, förmågan att uttrycka sig och förstå, och eventuella upprepningar som tecken på närminnesstörning. Det är mest effektivt att samtala tillsammans med patienten och hans/hennes anhöriga så att

man kan kontrollera om svaren stämmer. Förklara syftet med frågorna och förmedla en avslappnad, trygg stämning. Om samtalet går trögt, skapa kontakt genom neutrala samtalsämnen och vardagsnära frågor.

## Läkemedelsgenomgång

Viktigt att ta ställning till patientens läkemedel. Står patienten på läkemedel som kan ge kognitiva besvär, (t ex antikolinergika) kan dessa ge biverkningar i form av balanssvårigheter, yrselsamt psykotiska besvär. Undersök även om det finns nyinsatta eller utsatta läkemedel i relation till patientens symtomdebut.

Nedanstående skalor kan vara till hjälp för screening av eventuella biverkningar men måste tolkas med försiktighet då flera symtom kan vara ospecifika eller kan orsakas av andra orsaker.

[PHASE-20, Skattningsskala för att identifiera biverkningar \(regionuppsala.se\)](https://regionuppsala.se/phase-20)

[PHASE-proxy, Skattningsskala för att identifiera biverkningar \(regionuppsala.se\)](https://regionuppsala.se/phase-proxy)

## Strukturell bedömning av funktions-och aktivitetsförmåga

Kan göras av en arbetsterapeut med stöd av exempelvis ADL-taxonomin, CID (Cognitive Impairment in Daily Life) eller AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills)

### MMSE-SR/NR3 och MoCA

Mini Mental State Examination, svensk reviderad version (MMSE-SR) och Montreal Cognitive Assessment (MoCA) är kognitiva screeninginstrument. Resultaten ska värderas i sitt sammanhang - högutbildade personer kan prestera högt trots Alzheimers sjukdom i tidigt skede. Låg skolutbildning, bristande motivation, dyslexi eller annan kulturell bakgrund ger falskt för låga resultat. Missar patienten emellertid på aktuellt årtal, månad och figurkopiering, föreligger sannolikt en kognitiv störning. MoCA har en högre svårighetsgrad och är lämpligt vid lindrig kognitiv störning. Komplettera alltid MMSE-SR med ett klocktest. Tiden som ritas in med visarna ska vara 10 minuter över 11. Ett patologiskt resultat är ett ganska säkert tecken på en kognitiv störning. Man kan även använda RUDAS i stället för MMSE /MoCA för patienter där språkförbristning/utbildningsbakgrund är ett hinder till annan kognitiv testning.

## CT hjärna

Vid misstanke om demenssjukdom ska alltid CT hjärna utföras. Undersökningen ger information om grad och utbredning av eventuell atrofi och vaskulära förändringar, och är indicerad även för att utesluta normaltryckshydrocefalus och tumör.

Vid AD i tidigt skede kan CT vara helt normal. En tydlig atrofi av mediala temporalloben/hippocampus är relativt specifikt för AD men förekommer även vid FTD. Grad III-IV är patologiskt för personer <75 år, men kan ses hos friska > 85 år. Cortikal och central atrofi (vidgade fåror respektive ventriklar) är ospecifikt men pekar mot neurodegenerativ sjukdom hos yngre-äldre. En lätt till måttlig vitsubstansskada eller enstaka (tyst) lakunär infarkt är i regel bifynd hos äldre. De radiologiska fynden måste alltid värderas tillsammans med den kliniska bilden. Lämpliga frågeställningar på remissen är: Medial temporallobatrofi? Infarkter?

## Diagnostik i kort format

### Alzheimers sjukdom

(G30.0 debut <65 år; G30.1 debut >65 år)

Smygande debut, i regel sedan minst ett år, med successiv försämring av närminne, tänkande, språk och spatiala funktioner.

CT hjärna: normal/atrofi mediala temporallober/generellt atrofi.

### Vaskulär demens

(F01.9)

Plötslig debut eller försämring i samband med kliniskt manifest stroke och minst två infarkter och/eller uttalad vitsubstansskada på CT. Subkortikal småkärlsdemens kan ha ett smygande förlopp. Diagnosen Alzheimers sjukdom och vaskulär demens används när klinik och CT-fynd tyder på en kombination. Uttrycket "Blanddemens" är oklart och bör undvikas (F00.2;G30.8 Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada).

### Demens UNS eller Åldersdemens

(F03.9)

Används när specifik diagnos inte kunnat ställas, till exempel i avsaknad av tillförlitlig anamnes. Används även på personer över cirka 85 år, som ofta har såväl alzheimerförändringar, vaskulära skador som annan patologi (hippocampusscleros, celldöd med inlagringar av proteinerna tau och TDP-43), vilket idag inte kan diagnostiseras kliniskt.

## **Lindrig kognitiv störning**

(F06.7)

Innebär nedsatt prestation på kognitiva test, men störningen är inte så uttalad att kriterierna för demens är uppfyllda, d.v.s. ingen ADL-påverkan. En del har AD/annan demenssjukdom i tidigt skede och kommer att försämrans med tiden (årligen konverterar 10-15% till demens). Bland många andra orsaker kan nämnas cerebrovaskulär sjukdom, hög alkoholkonsumtion och depression/långvarig stress/kronisk smärta. Uppföljning vid försämring. Vid misstanke om begynnande neurodegenerativ sjukdom kan patienten erbjudas remiss till specialist för utvidgad utredning.

## **Lewy body sjukdom, Demens vid Parkinsons sjukdom och Frontotemporal demens**

Lewy body sjukdom (G31.8), Demens vid Parkinsons sjukdom (F02.3 G20.9) och Frontotemporal demens (G31.0)

Dessa diagnoser kräver utredning på specialistnivå

## **Alkoholrelaterad demens**

(F10.7A)

Långvarig användning av alkohol kan leda till strukturella och funktionella skador som är permanenta. Kan yttra sig som Alkoholrelaterad demens (ARD) och alkoholinducerat persisterande amnestiskt syndrom (Wernicke- Korsakoffs syndrom). Skadan kan orsakas via direkt toxisk effekt av alkohol (neurotoxicitetshypotes), påverkan av tiaminbrist eller skalltrauma som resultat av upprepande överkonsumtion. ARD tycks involvera både kortikal och subkortikal patologi, och brister observeras oftast på uppgifter med visuospatial funktion samt minne och exekutiva funktioner.

Notera att dessa tillstånd har hög heterogenitet. Behövs mer klargöring kring etiopatogenes, nosologisk status, prevalens och diagnostiska kriterier för ARD varför man måste utesluta övriga orsaker som kan ligga bakom kognitiva nedsättningen innan man ställer denna diagnos.

## **Demens vid Downs syndrom**

(Q90.9 + F03.9)

Personer med Downs syndrom har en genetiskt mycket hög risk för Alzheimers sjukdom med debut från yngre medelålder. Differentialdiagnoser till demens

## Depression

Äldre personer upplever inte alltid en depression som nedstämdhet. Smärta och andra kroppsliga symtom, glömska och svårigheter att fatta beslut, sömnstörning, ångest och irritabilitet kan vara mer framträdande. Prestationen på kognitiva test blir falskt för låg pga. bristande motivation och självkänsla. Observera att depressiva symtom och ångest också är vanliga vid demenssjukdom och att antidepressiv behandling i tillräcklig dos ska prövas på vida indikationer.

## Akut konfusion

Kan översättas med akut hjärnsvikt.

Akut konfusion är ett förvirringstillstånd med plötslig debut (timmar–dagar) och orsakas av en fysisk eller psykisk belastning. Tillståndet orsakar en störning av vakenhet och uppmärksamhet.

Vanliga symtom är:

- Oförmåga att hålla den röda tråden i ett samtal
- Störd dygnsrytm med nattlig oro.
- Synhallucinationer.
- Motorisk rastlöshet eller passivitet/dåsighet.

Akut konfusion ska alltid utredas med avseende på bakomliggande orsaker, som ofta är åtgärdbara.

Vanliga konfusionsutlösande faktorer är:

- Infektioner.
- Andra akuta kroppsliga sjukdomar (stroke, hjärtinfarkt, dåligt reglerad diabetes m.fl.).
- Postoperativa tillstånd (t.ex. höftfraktur).
- Smärta.
- Läkemedelsbiverkningar.
- Dehydrering, malnutrition.
- Urinretention, obstipation.
- Sömnbrist.
- Miljön på ett akutsjukhus.

Personer med demenssjukdom, Parkinsons sjukdom eller restillstånd efter stroke har en sänkt konfusionströskel och god personcentrerad omvårdnad, tidig rehabilitering och en lugn vårdmiljö är av största vikt.

## Somatisk sjukdom

Demenssjukdom försämrar individens förmåga att tolka kroppens signaler. Screening för att utesluta behandlingsbara kroppsliga sjukdomar som kan bidra till kognitiv försämring ingår alltid i en basal demensutredning.

Exempel:

- Hypo- och hyperthyreos, hyperparathyreoidism, grav vitamin B-12 brist.
- Akut somatisk sjukdom med allmänpåverkan inklusive malignitet och dåligt reglerad diabetes.

Hörsel- och synnedsättningar och annan brist på stimulans kan orsaka inaktivitet, avskärmning och vissa fall hallucinationer

- Kroniskt subduralhematom ska misstänkas vid kort anamnes och skalltrauma, särskilt vid behandling med antikoagulantia.
- Normaltryckshydrocefalus karakteriseras av bredspårig, förlångsammad gång, inkontinens och kognitiv svikt. CT hjärna visar vidgade ventriklar med bevarade, smala cortikala fåror. Misstänkta fall remitteras till neuromottagningen.
- Hjärntumör upptäcks i sällsynta fall vid en demensutredning, och ska övervägas vid kort anamnes, inslag av konfusion och neurologiska symtom.

## SveDem för primärvården

Registrering är frivilligt men betydelsefullt för verksamheternas möjlighet till kvalitetsarbete.

Följande parametrar noteras i grundregistreringen (= tidpunkten för då patienten/närstående informerats om fastställd diagnos):

- Diagnos.
- Sammanboende/ensamboende; ordinärt eller särskilt boende och ev. kommunala stödinsatser vid utredningsstart.
- Ärfthlighet för demenssjukdom.
- Längd och vikt.
- Resultat på MMSE/MoCA, och om klocktest har utförts.
- Laboratorieprover.
- CT/MR utförts eller ej.
- Läkemedel.
- Frågor om körkort och vapen.

- Stödinsatser (kontakt med biståndshandläggare, insatser av kurator och anhörigstöd).

## Utredning på specialistnivå

Om basal utredning inte givit tillräcklig information för diagnos och underlag för behandling, kan den kompletteras med delar av följande via Minnesmottagningen eller Äldrepsykiatriska mottagningen:

- Läkarbesök med utvidgad klinisk bedömning/anamnes av närstående/kognitiv testning.
- Testning/bedömning av neuropsykolog, arbetsterapeut, kurator, fysioterapeut, logoped och dietist efter individens behov.
- Lumbalpunktion och likvoranalys av alzheimermarkörerna amyloid beta (lågt värde styrker diagnosen AD vid klinisk misstanke, men ses också hos kognitivt friska över 80 år), total-tau och fosfo-tau (i regel förhöjda vid AD).
- PET glukosmetabolism (positronemissionstomografi, PET FDG) kan visualisera nedsatt regionalt glukosupptag vid neurodegenerativ sjukdom, där AD, FTD respektive LBD har sina relativt specifika mönster. MR, PET FDG och PET PE2I är också hjälpmedel vid differential-diagnostik mellan Lewy body demens, progressiv supranukleär paralyt och andra Parkinson-plus sjukdomar.
- Utredning via Äldrepsykiatri vid samtidigt psykiatriska sjukdom och /eller svår BPSD.

## Bilkörning

Demenssjukdom är i regel oförenlig med bilkörning. Undantag kan göras vid mild demens som inte påverkar omdöme, rumsuppfattning, uppmärksamhet och snabbhet. Ifall inte överenskommelse nås med patienten ska anmälan göras till Transportstyrelsen (patienten ska informeras), dit man också kan vända sig med frågor. Broschyerna Äldre och bilkörning kan rekvireras från Transportstyrelsen och Bilkörning vid demens från [Fakta korkort low 16.pdf \(demenscentrum.se\)](#).

## Behandling

Individuellt anpassad information om diagnos ska ges till patienten muntligt och skriftligt. Syftet är att bekräfta den egna upplevelsen och ge förklaringar. Vid BPSD-problematik behövs ofta separat information till anhöriga:

- All farmakologisk och icke-farmakologisk behandling ska vara inriktad på att lindra symtom och kompensera för funktionsnedsättningen.



- Behandling och insatser ska bidra till att möjliggöra eget boende så länge som detta är av värde för patienten. Patienter som har nedsatt förmåga att fatta beslut och föra sin egen talanka i vårdkontakten företräddas av anhöriga om samtycke eller presumtvt samtycke finns. Särskilt för patienter utan anhöriga bör en bedömning om patienten behöver företräddas av god man/förvaltare i kontakt med vård, myndigheter och ekonomiska angelägenheter göras. Läkarintyg skickas då till Överförmyndarförvaltningen.
- Få stöd att regelbundet utöva aktiviteter som stärker självkänsla och känns meningsfulla. Fysisk aktivitet som t.ex. promenader upplevs ofta positivt och minskar dessutom risken för funktionsnedsättning, fall och frakturer.

Arbetsterapeuter i kommunen förskriver hjälpmedel för kognition och personlig vård. De är även behjälpliga vid ansökan om bostadsanpassningsbidrag för exempelvis spisvakt. Vid frågor eller identifierad behov hänvisas eller överrapporteras till arbetsterapeut i kommunen.

Informationsbrev ger biståndshandläggare stöd för beslut om insatser riktade till personer med demenssjukdom. Dagverksamhet för personer med demenssjukdom är en insats som är värdefull både för ensamboende personer (social samvaroaktiviteter, måltider) och för sammanboende, där samtidigt anhöriga ges några timmars avlastning.

Korttidsboende/ korttidsvistelse och växelvård är ytterligare kommunala insatser som både stödjer patienten och kan fungera avlastande för anhöriga. Kostnadsfritt så kallat egentidsstöd/avlösning erbjuds numera av flera kommuner som en första insats utan biståndsbeslut. Det kan tillgodose sammanboende anhörigs behov av egen tid. Detta sker genom ledsagning vid aktiviteter i eller utanför hemmet.

För personer utan anhörig behöver särskilt omsorg beaktas och vårdkontakten behöver mer aktivt säkerställa att patienten kunnat tillgodogöra sig information och får det stöd den behöver, till exempel genom överrapportering (efter samtycke) i stället för att enbart lämna information till patienten.

Flera av länets kommuner har dessutom demenssjuksköterska, demensvårdskonsulent eller anhörigkonsulent som kan ge information, råd och stöd till patient och anhöriga.

I Region Uppsalas större kommuner finns anhörigcenter för informella kontakter, stöd och utbildning. Anhörigutbildningar ordnas också av Minnesmottagningen, kommunens demensteam och patient- och anhörigföreningarna.

## **Informationsbrev vid behov av kommunala insatser**

Ett kort informationsbrev angående att patienten är utredd och att demenssjukdom är fastställd sänds till biståndshandläggare i kommunen efter patientens samtycke och

anhörigas eventuella önskemål. Specifik diagnos är inte nödvändig. Identifierade behov hos patient och närstående kan med fördel anges.

## Läkemedelsbehandling

Obs att ensamboende patienter vanligen behöver insatser från hemsjukvård och hemtjänst för att kunna följa ordinationen.

### Specifika demensläkemedel

Före insättande bör indikationen formuleras, samt MMT-poäng dokumenteras i journal. Utvärdering av effekt ska göras efter ett halvår och därefter minst årligen. Om patienten fortsätter att försämrans i samma takt som före insättandet ska preparatet sättas ut (nedtrappning behövs ej) och byte till annat preparat övervägas. Vid framskriden demens (förlust av kommunikation och gångförmåga) bör preparaten sättas ut. En eventuell försämring märks inom de första veckorna och behandlingen kan då återupptas. Utsättning ska ej ske i nära anslutning till inflyttning till boende, då effekterna blir svåra att bedöma.

### Kolinesterashämmare

Donepezil, enligt landstingets rek-lista. Startdos 5 mg dagligen, doshöjning till 10 mg kan göras efter en månad eller längre fram, vid försämring.

Rivastigmin som plåster är ett alternativ. Båda är godkända för symtomlindrande behandling av mild-måttlig demens vid AD (motsvarar MMT cirka 15–25 p).

Preparaten har ingen säker effekt vid lindrig kognitiv störning. I de kliniska prövningar som legat till grund för registreringen var 65–75% av patienterna i behandlingsgruppen och 45–55% av placebogrupperna oförändrade eller bättre efter sex månader vad gäller global skattning. Kolinesterashämmare kan också prövas mot synhallucinationer och har ofta effekt vid Lewy body demens och Parkinsons sjukdom med demens. EKG ska kontrolleras. Kolinesterashämmare är kontraindicerat vid AV-block II och III och bör undvikas vid bradykardi och samtidig behandling med betablockerare. Beakta särskilt EKG vid kombination med SSRI-preparat, då båda preparaten förlänger QT-tiden. Citalopram/escitalopram har en kan potentiellt förlänga QT-tiden och kan interagera med donepezil i detta avseende. Sertralin är ett alternativ. Illamående och diarré är dosberoende biverkningar som förekommer hos c:a 5%, i anslutning till insättandet. Samtidig behandling med donepezil och andra acetylkolinesterashämmare, agonister eller antagonist till det kolinerga systemet, bör undvikas.

### Memantin

Memantin har en komplex verkan på glutamatsystemet.

Preparatet är registrerat för behandling vid måttlig-svår demens vid Alzheimers sjukdom. Vid utebliven effekt av acetylkolinesterashämmare bör byte till memantin övervägas. Det har effekt i ungefär samma storleksordning som kolinesterashämmarna på kognitiva och globala funktioner. Det finns viss evidens även för liten effekt vid BPSD-symtom. Normaldosen förutsätter väsentligen normal njurfunktion. Det saknas evidens för att effekten av kombinationen memantin och kolinesterashämmare är större än för respektive preparat i sig.

## Övriga symtomlindrande läkemedel

Generellt ska preparat med så få biverkningar som möjligt väljas, och icke-farmakologisk behandling är alltid första insats. Indikation och eventuella biverkningar ska regelbundet utvärderas.

### Antidepressiva

Selektiv Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) är förstahandsmedel vid samtidig depression/nedstämdhet, förlust av glädje; och oro och ångest. De kan även provas vid humörsvängningar och aggressivitet. Vid otillräcklig effekt trots adekvat dos provas tillägg av eller byte till mirtazapin. Inaktivitet och initiativlöshet utan samtidig nedstämdhet är också vanligt vid demens; här är det svårare att uppnå effekt med antidepressiva. SSRI kan provas mot motorisk rastlöshet vid frontotemporal demens. EKG tas vid kombination med kolinesterashämmare (obs på eventuell förlängd QT-tid).

### Sedativa

Vid sömnstörning rekommenderas för korttidsbehandling zopiklon i första hand, i andra hand mirtazapin (15-30 mg) eller klometiazol (Heminevrin®). Oxazepam i lägsta möjliga dos ges som tillägg till antidepressiva för tillfällig symtomlindring vid oro och ångest där icke-farmakologiska åtgärder ej givit effekt. Långverkande bensodiazepiner bör undvikas. Beteendeförändringar vid frontotemporal demens svarar dåligt på läkemedel; SSRI kan provas mot rastlöshet.

## Antipsykotiska läkemedel

Antipsykotiska läkemedel ska användas enbart på strikt indikation, d.v.s. behandlingskrävande hallucinationer och vanföreställningar respektive som andrahandspreparat mot aggressivitet och agitation pga. biverkningsprofilen. Förstahandspreparat är risperidon 0,5–1,5 mg/d fördelat på två doser. Trötthet, kognitiv försämring, stelhet och fall är mycket vanliga biverkningar. Antipsykotika ger också en dubblerad risk för ischemisk stroke och en ökad mortalitet. Effekt och bieffekter ska utvärderas efter två veckor och därefter regelbundet ställningstagande till dosminskning/utsättning. Antiepileptika ska undvikas helt.

## Vaskulär demenssjukdom

Högt blodtryck är den viktigaste riskfaktorn för cerebrovaskulär sjukdom, och ska behandlas enligt aktuella riktlinjer. Vid utbredd vitsubstansskada bör sannolikt alltför lågt blodtryck undvikas. Beakta också risken för blodtrycksfall i stående. Vid genomgången stroke ges ASA-preparat i lågdos som sekundärprevention. Det finns däremot ingen evidens för ASA vid isolerad småkärlssjuka i frånvaro av symtomgivande lakunär infarkt. Data tyder på att ASA bör undvikas helt i dessa fall, då risken för mikrobldningar är ökad vid utbredd vitsubstansskada. Sedvanlig behandling av förmaksflimmer och annan hjärtsjukdom.

## Uppföljning

Vid en demensdiagnos ska uppföljning ske både inom några veckor efter diagnostiserad sjukdom, och årligen, oftare vid behov.

Uppföljningen ska innefatta:

- Uppföljning av kognition (MMSE) och ADL-funktioner.
- Förekomst av BPSD-problematik som kräver behandling.
- Uppföljning av läkemedelsbehandlings effekt och eventuella biverkningar.
- Om behovet av stödinsatser till patient och anhöriga är tillgodosedda.

## SveDem för primärvården

Följande parametrar kan användas som checklista och noteras även vid SveDem-uppföljningarna:

- Global bedömning.
- Boende.
- Vilka eventuella kommunala stödinsatser som erhållits sedan föregående registrering.
- Längd och vikt.
- MMSE poäng.
- Läkemedel.
- Frågor om körkort och vapen.

## Bilkörning

Se ovan under [utredning](#).

# Ansvar

## Primärvården

Basal demensutredning. Behandling och uppföljning både inom några veckor efter diagnostiserad sjukdom, och årligen, oftare vid behov. Ordinarie husläkare ansvarar för demensutredning på patienter utan fastställd diagnos som vistas på korttidsboende. Årlig uppföljning och läkarinsatser på särskilt boende. Registrering i kvalitetsregistret SveDem.

## Remittering till specialistmottagning

Remissen ska alltid innehålla uppgifterna från den basala utredningen d.v.s. en beskrivning av kognitiv störning, eventuell ADL-påverkan och BPSD-problematik, tidsförloppet och resultat MMSE/MoCA och klocktest. För att remissen ska accepteras ska remiss CT hjärna vara skickad. Vidare anges kontaktuppgifter till anhöriga och eventuellt behov av tolk.

## Minnes- och geriatrikmottagningen

Verksamheten ansvarar för utvidgad demensutredning vid misstänkt demenssjukdom oavsett ålder med atypiska symtom. Behov av second opinion efter basal utredning. Behandling och uppföljning inom några veckor efter diagnostiserad sjukdom och minst en gång årligen av hemmaboende patienter som behöver kontakt med ett specialistmottagningsteam. Utbildning till vårdgrannar och anhöriga. Vid enheten bedrivs också klinisk forskning inklusive läkemedelsstudier. Registrering i kvalitetsregistret SveDem.

## Äldrepsykiatriska mottagningen

Verksamheten ansvarar för utvidgad demensutredning där patient samtidigt har psykiatriska symtom som kräver vård på specialistnivå. Behandling och uppföljning både inom några veckor från fastställd diagnos, samt årligen, oftare vid behov.Handledning till medarbetare inom kommunal vård och omsorg vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Registrering i kvalitetsregistret SveDem.

## Samverkan

När patient/anhöriga är i behov av kommunala insatser, ansvarar utredande läkare för att skicka ett informationsbrev till kommunen där det framgår att patienten har en fastställd demensdiagnos. Viktigt att det framkommer att brevet skickas efter patientens samtycke. Med denna information som underlag fattar biståndshandläggare tillsammans med patienten och anhöriga beslut om vilka

hjälpinsatser som kan vara aktuella. Kontaktuppgifter till kommunens demensjuksköterska/ demensteam skall också förmedlas vid behov, t.ex. genom kommunernas hemsidor, broschyrer och genom kopia av informationsbrevet till kommunen. Beakta att det i vissa fall kan behöva skrivas en orosanmälan om misstanke på våld i nära relation/vanvård/ samtidig beroende föreligger.

## Dokumenthistorik

Författare

Lena Kilander; Christina Grzechnik Mörk; Robert Sarkadi Kristensson, Malgorzata Szmidt, Tanja Wettermark 2016 överflyttad från kvalitetshandboken

Datum

2018-01-22

2018-11-21

2024-08-19 Aysegül Sakarya specialistläkare geriatriken, Utökad information kring hur en basal demensutredning går till som är synkroniserad till "Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom" Utökad information om Lewybody demens och Parkinsondemens samt Frontotemporal demens. En kort paragraf lades in om Alkoholrelaterad demenssjukdom. Tillägg av lite mer information gällande stödinsatser under rubrik Behandling. Revidering av referenser. Aysegül Sakarya specialistläkare geriatriken

2024-10-28 Håkan Ström distriktsläkare granskat.

## Referenser

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

[Kunskapsstöd - 1177 för vårdpersonal](#)

[Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](#)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2017), [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning \(socialstyrelsen.se\)](#)

"Vård och omsorg vid demenssjukdom - Utvärdering 2018 - Sammanfattning med förbättringsområden"

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-3-1.pdf>

**Demenssjukdomar, kliniska riktlinjer**

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-4202

Version: 7

Handlingstyp: Riktlinje

Sidan 22 av 23

[Demenscentrum |](#)

Kvalitetsregistret SveDem:

[Start - SveDem \(uu.se\)](#)

BPSD-registret:

[BPSD – Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens](#)

Broschyrerna Äldre och bilkörning (Transportstyrelsen), Bilkörning vid demens (Svenskt demenscentrum)

ViS - Vård och omsorg vid demenssjukdom (2024)

[Rekommenderade läkemedel i Region Uppsala](#)