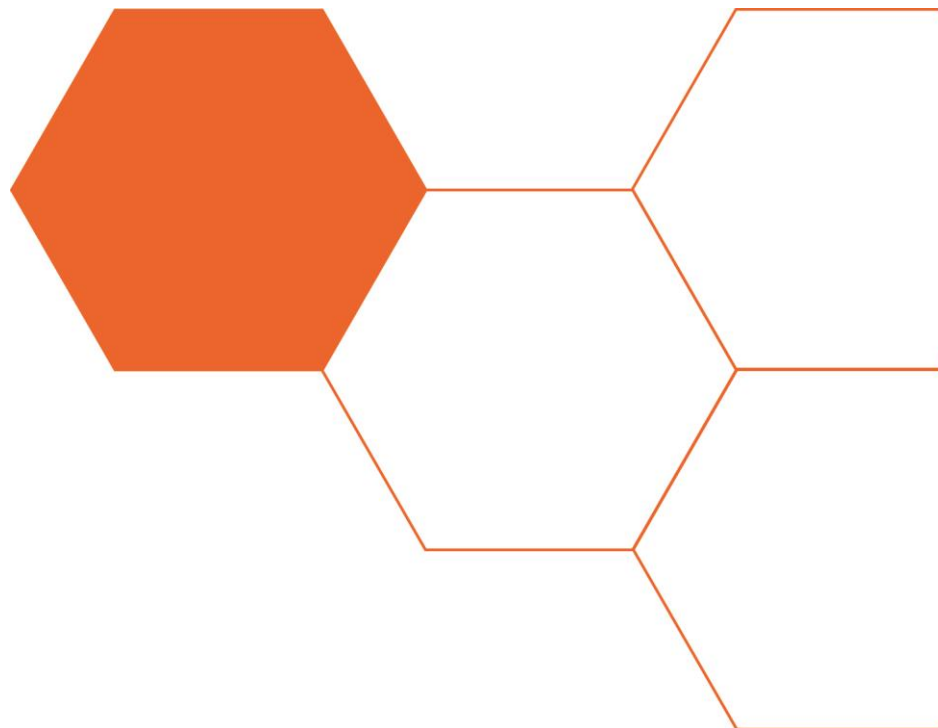


# Vårdprogram för sjukdomar med varaktig kognitiv svikt

---

Ett regionalt vårdprogram är ett styrande dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa såvida inte särskilda skäl föreligger. Regionala vårdprogram tas fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs av ansvariga för hälso- och sjukvård inom Region Skånes koncernledning.



1 Förord.....	3
2 Dokumentinformation.....	4
3 Sammanfattande ansvarsfördelning .....	5
4 Giltighetstid .....	6
5 Vårdprogramsgrupp .....	6
6 Förankring och remissyttrande .....	6
7 Avgränsning och definition .....	6
8 Epidemiologi .....	7
9 Symtom och kliniska fynd .....	7
10 Diagnostik.....	8
11 Remissrutiner.....	12
12 Klassifikation .....	13
13 Behandling .....	14
14 Uppföljning .....	15
15 Riskfaktorer.....	16
16 Omvårdnad vid avancerad kognitiv sjukdom (demens) .....	17
17 Närståendeperspektiv .....	17
18 Kvalitetsregister .....	18
19 Övrigt.....	18
20 Referenser och länkar.....	18

# 1 Förord

Samhällsutvecklingen medför ökade krav på välbevarade kognitiva funktioner. För den som sviktar kan tillvaron bli svår att bemästra. Oavsett om den kognitiva svikten drabbar en person i arbetsför ålder eller den äldre individen kan konsekvenserna bli allvarliga.

Medan medicinska framsteg på många områden bidragit till en friskare befolkning gäller detta inte med avseende på kognitiv funktion. Varaktig kognitiv svikt blir allt mer vanligt förekommande i en åldrande befolkning. Ungefär 8 procent av alla svenskar över 65 år lider av en kognitiv sjukdom och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre.

Betydelsen av att i tid uppmärksamma problemet, identifiera underliggande sjukdom och sätta in behandling har gediget vetenskapligt stöd. Tiden som förflyter innan utredning gjorts och adekvata insatser påbörjats präglas ofta av oro och frustration för såväl patient som närstående. När patienten utretts, bakomliggande sjukdom fastställts och relevanta åtgärder vidtagits, förbättras vanligen livskvaliteten för de berörda.

För en god och jämlik vård i Region Skåne finns det stort behov av enhetliga riktlinjer för omhändertagande av patienter med varaktig kognitiv svikt. Föreliggande vårdprogram anknyter till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för god vård och omsorg vid demenssjukdom från 2010, men är det första i landet med anpassning till moderniserad terminologi. Dokumentet belyser symtom och några av de vanligaste underliggande sjukdomarna med lämplig utredning och behandling samt ansvarsfördelningen mellan primär- och specialistsjukvård.

Malmö 2015-10-08

Ingrid Bengtsson-Rijavec

Hälso- och sjukvårdsdirektör

## 2 Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Per Johansson	Överläkare, Hälsostaden Ängelholm	<a href="mailto:Per.M.Johansson@skane.se">Per.M.Johansson@skane.se</a>
Fastställt av	Ingrid Bengtsson- Rijavec	Hälso- och sjukvårdsdirektör	<a href="mailto:Ingrid.Bengtsson-Rijavec@skane.se">Ingrid.Bengtsson-Rijavec@skane.se</a>
Granskat av	Anders Wallin	Professor, Göteborgs universitet	<a href="mailto:Anders.Wallin@neuro.gu.se">Anders.Wallin@neuro.gu.se</a>
Kontaktperson Koncernkontoret	Ann-Christin Andersson	Medicinsk rådgivare	<a href="mailto:Ann-Christin.I.Andersson@skane.se">Ann-Christin.I.Andersson@skane.se</a>
Administrativ kontaktperson	Christel Johansson	Chefsstöd, publicerare	<a href="mailto:Christel.B.Johansson@skane.se">Christel.B.Johansson@skane.se</a>

## Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2015-10-08	2017-04-30	Per Johansson
Revidering			
Revidering			
Revidering			
Revidering			

## Sökord


## 3 Sammanfattande ansvarsfördelning

### PRIMÄRVÅRD

- Uteslutande av annan somatisk orsak
- Basal utredning
- Om utredningen ger fasta hållpunkter för vaskulär demens, så bör sekundärprofylaktisk läkemedelsbehandling samt livsstilsfaktorer optimeras.
- Läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom (med eller utan cerebrovaskulärt engagemang) utöver behandling som vid vaskulär demens.
- Ställningstagande till fortsatt körkortsinnehav
- Hänvisning till kommunala vårdkontakter
- Lättare och måttliga beteendestörningar och psykiska symtom vid demens (BPSD)<sup>1</sup>

### SPECIALISTMOTTAGNING

- Utvidgad utredning  
Om den basala utredningen inte är tillräcklig för att med rimlig säkerhet diagnosticera Alzheimers sjukdom, vaskulär demens eller annan kognitiv sjukdom, så bör en utvidgad utredning utföras vid specialistminnesmottagning. Här finns möjlighet till kompletterande kognitiv testning, undersökningar såsom spinalvätskeanalys eller ytterligare hjärnabbildning.
- Lindrig kognitiv svikt vid tydligt misstänkt bakomliggande neurodegenerativ sjukdom
- Frontotemporal demens (FTD)
- Lewy body demens (LBD)
- Demens vid Parkinsons sjukdom (PDD)
- Utredning av normaltryckshydrocefalus (NPH)\*
- Svåra beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)
- Särskilda utredningsbehov (patienter i yrkesverksam ålder eller med språkliga, sociala respektive kulturella förutsättningar som försvårar utredning i primärvård)
- Genetisk analys
- Konsultativ verksamhet, se kontaktuppgifter.

\* Inom förvaltning Kryh remitteras dessa patienter till respektive neurologmottagning.

## 4 Giltighetstid

Detta vårdprogram är giltigt från och med 2015-10-08 och skall revideras vid behov, dock senast 2017-04-30.

## 5 Vårdprogramsgrupp

Per Johansson, överläkare vid enheten för Kognitiv medicin, Hälsostaden Ängelholm, fick i juni 2014 i uppdrag från Rita Jedlert, bitr. medicinsk direktör, att ta fram ett vårdprogram för utredning, behandling och uppföljning av patienter med demenssjukdom.

Övriga deltagare i arbetsgruppen:

Sebastian Palmqvist, Neurologiska kliniken, SUS

Moa Wibom, Enheten för kognitiv medicin, Hälsostaden, Ängelholms sjukhus

Camilla Collijn, Minnesmottagningen, Centralsjukhuset, Kristianstad

Annette Tholle, Minnesmottagningen, Centralsjukhuset, Kristianstad

Ebba Larsson, Höganäs kommun

Ulrika Grahn, Brahehälsan, Eslöv

## 6 Förankring och remissyttrande

Professor Lennart Minthon, docent Oskar Hansson, båda vid Minneskliniken SUS och Ann-Marie Liljeroth, överläkare Centralsjukhuset, Kristianstad har getts möjlighet att lämna synpunkter under framtagandet av vårdprogrammet. Dialog har förts med ett flertal läkare verksamma inom primärvård samt sjuksköterskor inom kommunal verksamhet.

Vårdprogrammet har varit på remiss hos samtliga sjukvårdsförvaltningar och primärvården i Region Skåne.

## 7 Avgränsning och definition

### KOGNITIV SJUKDOM

I diagnossystemet DSM-5<sup>2</sup> används vid påtaglig kognitiv funktionsnedsättning termen **kognitiv sjukdom** (*major neurocognitive disorder*) istället för den äldre benämningen **demens**, som återfinns i ICD-10<sup>3</sup>. Efterföljaren ICD-11, som är under framtagande, förväntas innehålla terminologi liknande den i DSM-5. Av kontinuitetsskäl bibehålls emellertid i denna version av vårdprogrammet ordet demens i de specifika sjukdomstillstånden. I övrigt bör demensbegreppet avse avancerat stadium av kognitiv sjukdom.

Kriterierna för kognitiv sjukdom är:

- Signifikant försämring jämfört med tidigare nivå i minst en kognitiv domän (uppmärksamhet, exekutiv funktion, minne, språk, spatial eller social kognition)
- Försämringen är varaktig och verifieras via anamnes och kognitiv testning
- Uppträder inte enbart under konfusion

- Den kognitiva försämringen begränsar tydligt självständigheten i vardagliga aktiviteter
- Förklaras inte bättre av andra sjukdomar (t.ex. egentlig depression eller schizofreni).

### LINDRIG KOGNITIV SVIKT

Lindrig kognitiv svikt (*mild neurocognitive disorder*) definieras enligt samma kriterier som kognitiv sjukdom, förutom att den kognitiva försämringen inte begränsar självständigheten i vardagliga aktiviteter. Aktiviteterna upprätthålls ibland genom kompensatoriska mekanismer och ökad ansträngning. Mer komplexa aktiviteter och sysslor kan vara påverkade. Termens motsvarighet i ICD-10 är lindrig kognitiv störning (*mild cognitive impairment*, MCI). Vissa fall av MCI utgör tidig fas av Alzheimers sjukdom eller andra neurodegenerativa sjukdomar. Patienter med MCI utan manifest bakomliggande neurodegenerativ sjukdom progredierar ibland inte eller endast långsamt (stabil MCI). Mini Mental Test (MMT) kan för dessa individer utfalla normalt.

**Kognitiv sjukdom** respektive **Lindrig kognitiv svikt** är ospecifika syndromdiagnoser om de inte kompletteras med uppgift om etiologisk typ (sannolik eller möjlig) och aktuell svårighetsgrad.

## 8 Epidemiologi

I Sverige finns uppskattningsvis cirka 160 000 personer med olika demenssjukdomar<sup>4</sup>. Incidensen per år är cirka 25 000 nya individer, vilket för Skånes del är över 3 000 nya fall årligen. 60–70 % av demenssjukdomarna utgörs sannolikt av Alzheimers sjukdom<sup>5</sup>.

## 9 Symtom och kliniska fynd

Symtomen vid kognitiv svikt skiljer sig åt beroende på den underliggande sjukdomen (se under Diagnostik). Vanliga symtom kan delas in enligt följande sex kognitiva domäner:

### UPPMÄRKSAMHET

Den övergripande funktionen som krävs att för att upprätthålla övriga kognitiva funktioner. Till exempel ses svårigheter att hålla tråden i samtal, upprepa telefonnummer eller adresser, huvudräkning, svarslatens och förlångsammad bearbetning.

### EXEKUTIVA FUNKTIONER

Här avses förmågan att initiera och planera uppgifter, samt utföra dem ändamålsenligt. Till exempel ses initiativlöshet, svårigheter vid komplexa uppgifter (framför allt med flera olika moment) som t.ex. att betala räkningar, följa bruksanvisningar, handhavande av apparater och kontokortsbetalning.

### MINNE

Viktigast är att fokusera på förmågan att lagra in och komma ihåg händelser eller samtal som skett nära i tiden (timmar, dagar, veckor). Patienten behöver ofta bli påmind. Exempelvis ses upprepning i samtal eller svårigheter att komma ihåg vad som nyss skett eller sagts, passa tider eller veta vilken dag/månad/år det är.

## **SPRÅK**

Delas upp i svårigheter att förstå (impressiv) eller uttrycka sig (expressiv) verbalt. Till exempel ses svårigheter att förstå instruktioner eller vad andra säger, finna ord (använder omskrivningar eller allmänna termer och floskler) samt stakande i talet och upprepande av vad andra säger.

## **VISUOSPATIAL FÖRMÅGA**

Avser tolkning av synintryck som är viktigt bl.a. för navigering, rumsuppfattning, igenkänning och många praktiska sysslor. Till exempel ses svårigheter att hitta i nya miljöer eller i sitt närområde, att orientera sin kropp till omgivningen (exempelvis sätta sig i en stol) och parkera bilen. Ofta försvåras symtomen vid mörker eller skymning.

## **SOCIAL KOGNITION**

Avser beteende- och personlighetsaspekter. T.ex. ses omdömessvikt, svårighet att notera sociala signaler och att läsa av ansiktsuttryck, blödighet, känslomässig avflackning, försämrad empati, aggressivitet, bristande insikt eller förändrat ätbeteende.

Utöver symptom från ovanstående kognitiva domäner bör i förekommande fall även noteras:

## **NEUROLOGISKA SYMTOM**

Balanssvårigheter, förlångsammad motorik, tremor, ändrat gångmönster (t.ex. bredspårig gång, små och trippande steg), urininkontinens, dysartri, sväljningssvårigheter eller nedsatt luktsinne.

## **PSYKISKA SYMTOM**

Nedstämdhet, initiativlöshet, ångest, vanföreställningar, hallucinationer (för syn eller hörsel), uttalad dagtrötthet eller utagerande av drömmar (REM-sömnstörning).

# **10 Diagnostik**

## **HANDLÄGGNING I PRIMÄRVÅRD**

Sakkunnig och omsorgsfull kognitionsdiagnostik förutsätter att adekvat tid avsätts. Först ska potentiellt reversibla tillstånd hanteras och sedan ska bakomliggande neurodegenerativ sjukdom identifieras.

## **ETIOLOGI**

För att korrekt behandling och omhändertagande ska kunna initieras krävs att etiologin rimligt fastställs (möjlig eller sannolik diagnostisk säkerhet). För vissa av de neurodegenerativa sjukdomarna krävs emellertid PAD för definitiv diagnostik. För en svensk översikt inom fältet rekommenderas boken *Kognitiv medicin*<sup>6</sup>.

## **Alzheimers sjukdom**

Alzheimers sjukdom (AD) är en progredierande, primärdegenerativ sjukdom med smygande debut, successiv progress och som finns i olika varianter. Mer än hälften av alla demenstillstånd har troligen ett inslag av AD; blandformer med AD och vaskulär demens är vanligt förekommande. Prevalensen ökar med stigande ålder, och hos personer över 80 år bedöms närmre 20 % vara i någon av sjukdomens kliniska faser. I studier har överlevnaden efter



diagnossättning varit i genomsnitt sex år, med tämligen stor variation. Dessa siffror torde med modern utredningsmetodik och tidigare diagnostik komma att modifieras.

De för Alzheimers sjukdom typiska vävnadsförändringarna föregår symtomdebuten med åtskilliga år. Riskfaktorer, vid sidan av hög ålder eller ärftlig belastning, är hypertoni, hyperlipemi eller aterosklerotisk sjukdom (se under avsnittet Riskfaktorer). För diagnos måste dels kriterier för kognitiv sjukdom uppfyllas och dels påverkan finnas på minst två kognitiva domäner. Ofta är debutsymtom från minnesdomänen mest framträdande, även om svikt avseende uppmärksamhet och spatial förmåga också är vanligt förekommande. Beroende på subtyp kan även språkliga, exekutiva, sociala och psykiska symtom ses i mindre utsträckning initialt. Vid AD saknas initialt neurologiska symtom, men det kan förekomma lindrigare vitsubstansförändringar eller icke-symtomgivande lakunära infarkter.

### **Vaskulär demens (eller kognitiv sjukdom, vaskulär typ)**

Cerebral ischemi kan ge upphov till vaskulär demens, som traditionellt indelas i storkärlssjukdom respektive småkärlssjukdom. Medan den förra kan ses som kvarstående neurokognitiv svikt efter stroke med symtom avhängiga av hjärnskaedelokalisation, ser man vid den senare typiskt ett subkortikalt engagemang med främst påverkan på uppmärksamhet och exekutiv funktion samt i varierande grad neurologiska symtom och social kognition. För diagnos måste kriterier för kognitiv sjukdom uppfyllas. Dessutom krävs neurologiska symtom och bilddiagnostik som visar påtagliga vitsubstansförändringar eller lakunära infarkter.

### **Kognitiv sjukdom med multipla orsaksfaktorer**

En vanlig kombination hos äldre är Alzheimers sjukdom och vaskulär demens (ofta benämnd blanddemens). Det är av vikt att inte betrakta tillståndet som ren vaskulär demens utifrån MR/CT-bild, då detta kan leda till utebliven läkemedelsbehandling på Alzheimerindikation.

### **Lewy Body demens respektive demens vid Parkinsons sjukdom**

Lewy Body demens (LBD alt DLB) och Parkinsons sjukdom med demens (PDD) kan i sina slutstadier ha betydande likheter. En skillnad är tidsrelationen mellan start av parkinsonism och kognitiv svikt (en lång tids parkinsonism som följs av demens talar för PDD). I sjukdomsbilden kan finnas parkinsonism och uttalad trötthet under dygnet. Den kognitiva svikten präglas ofta av bristande uppmärksamhet samt exekutiv och spatial förmåga. Synhallucinos med insikt är vanligt förekommande. Det kan även förekomma utagerande av drömmar som tecken på REM-sömnstörning. Autonom dysfunktion med bland annat instabilt blodtryck, depression och fall är ospecifika symtom men stödjer diagnosen. Vid misstanke om LBD ska neuroleptikabehandling i första hand undvikas, då patienterna ofta är känsliga för denna typ av läkemedel.

### **Frontotemporal demens (eller kognitiv sjukdom, frontotemporal lobär degeneration)**

Vid frontotemporal demens (FTD), sker en successiv neurodegeneration i storhjärnans främre delar. Kliniskt uppvisar patienten tecken på försämrad social eller exekutiv förmåga. Initialt kan minnesproblemen vara mindre påfallande. Varianter med dominerande språkstörning finns. Det finns ingen etablerad farmakologisk behandling; stöd och handledning till anhöriga och vårdpersonal är av stort värde.

### **Differentialdiagnoser**

Ett flertal väsentliga differentialdiagnoser finns som motiverar utredning av kognitiv svikt. Ett syndrom som särskilt förtjänar att framhållas är normaltryckshydrocefalus (NPH). NPH

manifesteras typiskt med gångstörning (förlångsammad, bredspårig, ofta lätt bakåtlutad) och kognitiv svikt i kombination med urininkontinens (hela symtomtriaden behöver inte föreligga). Vid radiologiskt stöd för diagnosen bör dessa patienter remitteras för tapptest av spinalvätska till någon av specialistminnesmottagningarna inom SUS eller i Ängelholm. Inom förvaltning Kryh remitteras patienterna till respektive neurologmottagning. Selektade fall remitteras sedan vidare till Neurokirurgiska kliniken i Lund för ställningstagande till dränage via shuntinläggning.

## **BASAL UTREDNING**

**Anamnes** (från patient och närstående)

- **Kognitiv, neurologisk och psykisk anamnes**  
Inrikta anamnesen på start och tidsförlopp avseende de sex kognitiva domänerna (*Uppmärksamhet, Språk, Exekutiva funktioner, Minne, Visuospacial förmåga* respektive *social cognition*) samt neurologiska och psykiska symtom enligt beskrivningen under avsnitt **9 Symtom och kliniska fynd**. Fokusera på eventuell försämring jämfört med tidigare (premorbid) förmåga och huruvida denna försämring skiljer sig i progressionshastighet och grad jämfört med ett förväntat normalt åldrande.
- **Funktionsnivå**  
Fråga om den kognitiva svikten lett till nedsatt funktionsförmåga (d.v.s. om patienten inte längre självständigt klarar av sina dagliga aktiviteter) eller har behov av kompensatoriska interventioner. Ta ställning till sjukskrivning och om behov föreligger av direktkontakt med Försäkringskassan.
- **Sociala förhållanden**  
Notera uppgifter om de närstående som kan kontaktas. Beakta patientens behov av intyg avseende behov av tekniska hjälpmedel, bostadsanpassning eller kommunal omsorg.
- **Juridiska aspekter**  
Bedöm patientens lämplighet för bilkörning och innehav av vapen (se under Uppföljning). Beakta patientens rättsliga handlingsförmåga (behov av god man eller förvaltare).
- **Bruk av tobak, alkohol eller andra substanser**
- **Övriga somatiska eller psykiska sjukdomar**
- **Hereditet**  
Förekomst av Alzheimer eller annan kognitiv sjukdom, neurologisk eller psykisk sjukdom bland syskon, föräldrar eller mor- eller farföräldrar
- **Aktuell medicinering**  
Undvik polyfarmaci. Stor försiktighet avseende antikolinergika och andra potentiellt olämpliga läkemedel till äldre (se faktaruta i *Bakgrundsmaterialet till Skånelistan*, Terapigrupp Läkemedel och äldre)

## **Status**

- **Kognitiv testning**  
MMT (mer specifikt bör den standardiserade versionen MMSE-SR användas)<sup>7</sup>.

MMT behöver ofta utföras i kombination med andra screeningtester såsom AQT, kubkopiering, klocktest eller Trail Making Test (TMT) för att kognitiv svikt ska kunna identifieras.

Alternativt kan ett bredare globalt screeningtest såsom Montreal Cognitive Assessment (MoCA) användas<sup>8</sup>. (För nedladdning och tolkning av tester, se länkar nedan.)

- **Neurologiskt och somatiskt status**

Beakta särskilt tecken till gångstörning, parkinsonism eller ortostatism

- **Psykiskt och kognitivt status**

Bedöm uppmärksamhet (exempelvis om den är skiftande), instruktionsförståelse, orientering, stämningsläge, insikt och psykomotoriskt tempo. Notera eventuella tecken till beteende- eller personlighetsförändring, apati, ångest, vanföreställningar eller hallucinationer.

- **Funktionsbedömning**

I bedömningen huruvida funktionsnedsättning föreligger kan med fördel arbetsterapeut konsulteras. Syftet med bedömning av funktionsförmåga är att påvisa eventuella konsekvenser av hjärndysfunktion i patientens vardag, vanligen kallat *Aktivitet i dagliga livet* (ADL). Bedömningarna görs med fördel i individens hem som är en välbekant/reell miljö för patienten.

## Laboratorieanalyser

Efter klinisk bedömning, men minst innefattande P-TSH, P-Homocystein och S-Ca<sup>2+</sup>. Härutöver finns ofta anledning att bestämma P-Glukos, elektrolytstatus, njurfunktion och Hb.

## Strukturell hjärnabbildning

CT eller MR hjärna (med exempelvis frågeställning grad av central eller regional atrofi (t.ex. av hippocampus), grad av vitsubstansförändringar, infarkter, bild som vid normaltryckshydrocefalus)<sup>9</sup>. Ange gärna i remissen preliminär klinisk diagnos.

## UTREDNING PÅ SPECIALISTENHET

Via specialistminnesmottagning ska kunna utföras:

- Kompletterande kognitiv testning och i utvalda fall standardiserad neuropsykologisk undersökning.
- Fördjupning av den funktions- och aktivitetsbedömning som gjorts inom den basala utredningen eller i kommunens regi.
- Spinalvätskeanalys med bestämning av markörer för särskilt Alzheimers sjukdom och blodhjärnbarriärfunktion.
- Genetisk analys
- Ytterligare hjärnabbildning såväl morfologisk (MR) som funktionell (PET respektive SPECT)

# 11 Remissrutiner

## INDIKATION FÖR REMISS

Remiss till specialistminnesmottagning för utredning och behandling av patienter med:

- misstänkt autosomt dominant ärftlig demenssjukdom
- hastigt progressivt förlopp
- lindrig kognitiv svikt, störning eller funktionsnedsättning där tydlig misstanke finns om bakomliggande neurodegenerativ sjukdom
- misstanke om mer ovanlig kognitiv sjukdom såsom Lewy Body demens (LBD), Parkinsons sjukdom med demens (PDD) eller frontotemporal demens (FTD)
- normaltryckshydrocefalus (NPH)\*
- svårbehandlade beteendestörningar och psykiska symtom vid demens (BPSD)
- kognitiv sjukdom (äldre benämning demens) där man trots noggrann basal utredning behöver specialistbedömning för att med större säkerhet fastställa bakomliggande neurodegenerativ sjukdom
- speciella omständigheter (såsom yrkesverksam ålder eller språkliga, sociala respektive kulturella aspekter som försvårar utredning)

\* Inom förvaltning Kryh remitteras dessa patienter till respektive neurologmottagning.

## REMISSINNEHÅLL

I remissen för utvidgad utredning ska anges:

- resultatet av komplett basal utredning
- frågeställning med etiologiskt huvudspår
- aktuell läkemedelslista
- kontaktuppgifter till närstående.

## REMISSMOTTAGARE MED KONSULTTELEFONNUMMER

- **Hälsostaden Ängelholm:**  
0431-815 74
- **Kryh:**  
Hässleholm, 0451-29 67 46  
Kristianstad, 044-309 20 41  
Ystad, 0411-99 52 87

- **SUND:**  
För Helsingborg, hänvisas till Hälsostaden Ängelholm  
För Landskrona, hänvisas i skrivande stund till SUS, Lund, men frågan är föremål för diskussion.  
För Trelleborg, hänvisas till SUS, Malmö
- **SUS:**  
Lund, 046-17 74 75  
Malmö, 040-33 50 36
- **Minnesspecialisten**  
Lund, 046-10 26 80

## ÅTERREMISS

Efter utvidgad utredning och bedömning kan stabila patienter med Alzheimers sjukdom eller vaskulär demens återremitteras för vidare uppföljning i primärvården.

## 12 Klassifikation

Vårdprogrammet använder i huvudsak en moderniserad terminologi baserad på diagnossystemet DSM-5. Emellertid används för registreringsändamål än så länge ICD-10-terminologin (se nedanstående tabell för de vanligaste diagnoskoderna). För definition av dessa termer hänvisas till Läkartidningsartikeln *Harmonisering av demensdiagnoser*<sup>10</sup>.

Särskilt primärvårdsversionen av ICD-10 (KSH 97-P) ger ett begränsat utrymme för helt ändamålsenlig klassifikation av varaktig kognitiv svikt; exempelvis saknas den ofta relevanta diagnosen lindrig kognitiv störning (F06.7).

Entitet	ICD-10-SE	KSH 97-P
Amnesi UNS	R41.3	*
Lindrig kognitiv störning, subjektiv	R41.8A	R41.8
Lindrig kognitiv störning	F06.7	-
Alzheimers sjukdom, tidig debut	F00.0, G30.0	G30.-
Alzheimers sjukdom, sen debut	F00.1, G30.1	G30.-
Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada	F00.2A, G30.8A	G30.-
Alkoholutlöst amnestisk störning	F10.6	F10.-P
Frontotemporal demens	F02.0, G31.0	F03.-P
Lewy body demens	F02.8, G31.8A	F03.-P, G98.-P
Demens vid Parkinsons sjukdom	F02.3, G20	F03.-P, G20
Multiinfarktdemens	F01.1	F01
Subkortikal vaskulär demens	F01.2	F01
Ospecificerad demens	F03.9	F03.-P
Sjukdom i nervsystemet UNS	G98	G98

\* R41.8 Denna diagnos bedöms vara rimlig att preliminärt sätta under utredningsfas.

# 13 Behandling

## BEHANDLING I PRIMÄRVÅRD

### Farmakologisk behandling

- Kolinesterashämmare

Symtomlindrande behandling med kolinesterashämmare ska, om inte kontraindikationer finns, erbjudas personer med Alzheimers sjukdom, Lewy body demens eller Parkinsons sjukdom med demens. De tre kolinesterashämmarna nedan har samtliga visat positiva effekter på kognitiva och globala funktioner samt BPSD jämfört med placebo.

För behandling ges antingen:

**Donepezil**, initial dos 5 mg som trappas upp till 10 mg,

**Galantamin**, initial dos 8 mg som trappas upp till 16 mg och så småningom vidare till 24 mg för dem som tolererar det eller

**Rivastigmin**, initialt 1,5 mg i tvådos som försiktigt trappas upp i steg om 1,5 mg upp till maximalt 6 mg i tvådos. Denna substans kan ges till utvalda i form av depotplåster med initial dos 4,6 mg som trappas upp till 9,5 mg och i vissa fall vidare till 13,3 mg.

Upptrappning av kolinesterashämmare sker förslagsvis efter fyra veckor. Om behandlande läkare endast behandlar ett fåtal patienter är det en fördel att skaffa sig erfarenhet av ett av preparaten. Ökad risk för bradykardi, särskilt vid AV-block och samtidig beta-blockad, bör beaktas. För mer detaljer, se *FASS* och *Bakgrundsmaterialet till Skånelistan*<sup>11</sup>.

- NMDA-receptorhämmare

**Memantin** har indikation medelsvår och svår Alzheimers sjukdom. För stadiindelning utifrån svårigheter i kognition och funktion kan med fördel användas *Global Deterioration Scale* (GDS), som kan laddas ned från vårdgivare i Skåne. I korthet innebär medelsvår sjukdom att man behöver dagligt stöd i hemmet medan vid svår sjukdom man även behöver hjälp med basala funktioner såsom födointag, toalettbestyr eller med påklädnad. Behandlingen har visats ha positiva effekter på kognitiva och globala funktioner.

Initial dos är 5 mg som ökas med 5 mg varje vecka upp till maximal slutdos 20 mg. För originalpreparatet (Ebixa) finns startförpackning och sedan rekommenderas förskrivning av generiskt memantin. Preparatet kan ges i monoterapi men oftast ges som tillägg till kolinesterashämmare vid Alzheimers sjukdom, Lewy body demens eller Parkinsons sjukdom med demens. Vid kombinationsbehandling behöver ingen dosjustering göras för något av preparaten.

Memantin är också ett bra behandlingsalternativ vid BPSD; då ofta med dosering som ökas långsammare. För mer detaljer, se *FASS* och *Bakgrundsmaterialet till Skånelistan*.

### Kommunal vård och omsorg

Tidig kontakt bör efter patientens godkännande tas med kommunal demenssjuksköterska eller biståndshandläggare. Adekvat aktivering och utvärdering av hjälpbehov kan fördröja försämring och avlasta närstående med ökad livskvalitet och minskat hjälpbehov som resultat. Stöd och information till närstående är essentiellt.

## BEHANDLING PÅ SPECIALISTMINNESMOTTAGNING

Ännu finns inga ytterligare godkända preparat att tillgå. Kliniska prövningar pågår bl.a. på Minneskliniken i Malmö. Förutsättningarna för att kunna visa på signifikanta behandlingseffekter torde öka när man genom användande av biomarkörer får till stånd mer homogena behandlingskohorter.

## 14 Uppföljning

### LÄKEMEDEL

Toleranskontroll efter fyra veckor och därefter minst årlig klinisk uppföljning, bl.a. avseende:

- förändrat behov av kommunala insatser
- behandling av beteende och psykiska symtom vid demens (BPSD)<sup>1; 12</sup>
- dosjustering
- eventuella biverkningar eller polyfarmaci

Behandlingseffekt bör utvärderas anamnestiskt och med kognitiva test såsom MMT i kombination med test som avspeglar andra kognitiva domäner. Exempel på utvärderingsinstrument finns på vårdgivarwebben eller på demenscentrum.se.

Testresultaten bör inte övertolkas, då tillståndet försämras successivt över tid även med god behandlingseffekt<sup>13</sup>. På gruppnivå har patienter med Alzheimers sjukdom, Lewy body demens eller Parkinsons sjukdom med demens positiv behandlingseffekt, men det kan vara svårt att avgöra i enskilda fall<sup>14-16</sup>.

Utsättning av behandling med kolinesterashämmare eller memantin rekommenderas vid besvärande biverkningar eller vid kliniskt betydande interaktioner. Om vid klinisk bedömning fortsatt medicinering misstänks vara tveksamt motiverad<sup>17</sup>, bör provutsättning göras stegvis. Vid provutsättning av preparaten bör vid tecken på försämring behandlingen snarast återupptas (helst inom två veckor).

### KÖRKORT

Beakta skyldigheten enligt 10 kap. 2 § körkortslagen (1998:488) att göra anmälan till Transportstyrelsen om patientens kognitiva svikt utgör hinder för körkortsinnehav. Av Transportstyrelsens författningssamling framgår att:

”Allvarlig kognitiv störning utgör hinder för innehav. Vid bedömning av om störningen ska anses som allvarlig ska särskild hänsyn tas till nedsättning av uppmärksamhet, omdöme och förmågan att ta in och bearbeta synintryck samt nedsättning av mental flexibilitet, minne, exekutiva funktioner och psykomotoriskt tempo. Dessutom ska känslomässig labilitet och ökad uttrötthet beaktas. Apraxi och neglekt ska särskilt uppmärksammas<sup>18</sup>.”

Någon specifik gräns avseende MMT är inte lämplig att sätta då även vid höga poäng problem enligt ovan kan finnas. Vidare kan låga poäng hos i övrigt lämplig körkortshavare finnas vid isolerat sänkt verbal förmåga. Exempelvis kan en nedsatt förmåga att rita av figurer avspegla svårigheter att bearbeta intryck. Påtaglig förlångsamning på tester såsom TMT eller AQT kan

avspegla försämring avseende uppmärksamhet, exekutiva funktioner respektive psykomotoriskt tempo.

## VAPEN

Kognitiv sjukdom är inte förenlig med vapeninnehav. Anmälningsskyldighet till Polismyndigheten föreligger enligt 6 kap. 6 § vapenlagen (1996:97)<sup>19</sup>.

## GODMANSKAP

Om någon på grund av kognitiv svikt behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, kan domstol besluta om godmanskap (11 kap. 4 § föräldrabalken). Innan rätten anordnar godmanskap, och den enskilde inte har lämnat sitt samtycke, ska läkarintyg inhämtas om den enskildes hälsotillstånd<sup>20</sup>.

## 15 Riskfaktorer

Den främsta riskfaktorn för att utveckla kognitiv svikt är hög ålder. Ärftlighet är allmänt av viss relevans men innebär kliniskt ett relativt fåtal patienter där tidigt insjuknande är kopplat till en specifik genmutation. Vidare har individer med Downs syndrom en överrepresentation av Alzheimers sjukdom.

Det finns flera riskfaktorer redan beaktade i primärvården som har relevans även i detta sammanhang (t.ex. hypertoni, rökning, hjärt-kärlsjukdomar, motionsvanor, diabetes, kost och hyperlipidemi). Tidig prevention avseende rökning och hypertoni har stark evidens både avseende Alzheimers sjukdom samt vaskulär demens. Liknande evidens ses också för höga kolesterolvärden, fetma och diabetes mellitus. Även hög alkoholkonsumtion har visats ge ökad risk. För att utvärdera en individs risk för att drabbas av neurokognitiv svikt senare i livet finns riskbedömningsinstrumentet CAIDE<sup>21</sup>. Här är de påverkbara faktorerna högt systoliskt blodtryck, högt BMI, högt total kolesterol samt fysisk aktivitet. SBU<sup>5; 22; 23</sup> har tagit fram en sammanställning som senare också stärkts av NICE-SCIE. Det anses väletablerat att hypertoni i medelåldern ska behandlas och sociala aktiviteter i ålderdomen prioriteras (cirka 30-40% riskreduktion, NICE 2007)<sup>24</sup>. I den finsk-svenska studien FINGER har man kunnat påvisa evidens för att regelbunden fysisk träning, sund kost enligt nordiska riktlinjer, kognitiv träning och monitorering av kardiovaskulära riskfaktorer hos äldre (60-77 år) ger en kognitiv förbättring<sup>25</sup>.

SBU<sup>5; 22; 23</sup> har tagit fram en sammanställning som också stöds av NICE<sup>24</sup>. Det anses sålunda väletablerat att hypertoni i medelåldern ska behandlas och sociala aktiviteter i ålderdomen prioriteras. För äldre individer ses en ökad risk för försämrad kognitiv funktion vid för låg vikt och eventuell hypertoni behandling bör anpassas, då lägre blodtryck vid antihypertensiv behandling hos kognitivt sviktande patienter kan ge signifikant ytterligare sämre kognitiv funktion<sup>26</sup>. Några intervall kan inte anges eftersom det beror på grad av aterosklerotisk sjukdom<sup>27</sup>.

I den finsk-svenska studien FINGER har man kunnat påvisa evidens för att regelbunden fysisk träning, sund kost enligt nordiska riktlinjer, kognitiv träning och monitorering av kardiovaskulära riskfaktorer hos äldre (60-77 år) ger en kognitiv förbättring<sup>25</sup>.

Skyddande faktorer ses i hög utbildningsgrad samt socialt och mentalt aktivt liv. Fysisk aktivitet både i medelåldern, hos äldre och även hos den redan kognitivt sviktande individen, har mycket stark evidensgrad för bevarande av kognitiv funktionsnivå<sup>24</sup>. I genomgången av SBU ansågs



underlaget avseende resterande faktorer såsom kost, låg alkoholkonsumtion, statiner, vitamintillskott och antioxidanter inte vara tillräckligt för att avge specifika rekommendationer<sup>5</sup>:  
22; 23

## 16 Omvårdnad vid avancerad kognitiv sjukdom (demens)

Man ska sträva efter personcentrerad vård som innebär att vården ska ha personen och inte sjukdomen i fokus. Den unika människan bakom sjukdomen ska lyftas fram och behandlas med respekt och värdighet. Relationen som skapas i mötet ska sträva efter att vara tillitsfull och inge trygghet. Bemötandet ska anpassas efter individens förutsättningar och utifrån insikter i personens symtom. För att personen ska kunna uppfatta och förstå behöver tid ges och budskapet måste vara tydligt och klart. Kroppsspråket med mimik och gester liksom beröring förstärker tydligheten i budskapet. I mötet ska tonfallet vara mjukt. Ögonkontakt och placering i samma nivå eftersträvas vanligen (vid temporära tillstånd av affektlabilitet som vid allvarlig BPSD bör dock ögonkontakt tillämpas med försiktighet för att undvika eskalering av symtomen). Genom bekräftelse kan personen känna sig betydelsefull, förstå sammanhang och bli motiverad till att delta i aktiviteter i sin dagliga omvårdnad. Med kunskap om personen och dennas levnadshistoria kan anpassad omvårdnad möjliggöras.

- Demenssjukdomen kan medföra svårigheter att förstå och uppfatta hur den fysiska miljön är utformad. Vid bristande kontraster i färgsättning, mörka fält i golv och otillräcklig belysning kan omgivningen tolkas felaktigt. Färger på exempelvis porslin och toalettstol kan skapa tydlighet och stödja personens förmåga och självständighet i ADL-situation. Viktiga utrymmen ska vara konkret synliga, säkra och överblickbara för att underlätta för personen att orientera sig på egen hand.
- Miljön bör vara hemlik vilket understödjer känslan av trygghet. Långa korridorer ska undvikas i syfte att motverka oro och vandringsångest.
- Aktiviteter ska anpassas individuellt och ökar personens positiva upplevelse av tillvaron. Väl avvägd mängd av ljud- och synintryck minskar risken för överstimulans och stress.
- Utevistelse i naturen kan ge lagom stimuli och rekommenderas.
- En kort stunds vila dagtid minskar ofta oro på eftermiddagen och kvällen.
- Vid demenssjukdom finns risk för undervikt och näringsbrist. Maten bör vara energität för dem som uppvisar tecken på ofrivillig viktförlust. Extra mellanmål, och ibland näringsdrycker, liksom förkortad nattfasta kan förbättra näringstillståndet. Hemlik miljö där måltiderna intas i små grupper i lugn och ro med utrymme för gott om tid eftersträvas. Kontraster vid dukning framhäver maten. Överflödiga föremål plockas undan. Stöd vid måltiden kan ibland fordras. Om personen har tugg- eller sväljproblem kan gelékost eller annan konsistensanpassning vara ett alternativ samt kolsyrad dryck istället för vanligt vatten.

## 17 Närståendeperspektiv

Att vara närstående till en person med sjukdomen innebär en stor omställning och medför vanligen en ökad belastning. Ofta kan en krisreaktion med känslor av förlust och sorg uppstå. Det har visat sig att närstående har ökad risk för samsjuklighet och behov av vård. För att undvika att

bördan blir alltför stor och minska risk för utmattning behövs förebyggande stödinsatser i olika former. Psykosocialt stöd kan ges i grupp eller individuellt hos kurator som identifierar den enskildes behov och ger stöd och rådgivning. För närstående innebär detta ofta ett viktigt stöd och bidrar till att vardagliga arbetet i hemmet går bättre. Genom olika former av avlastning, såsom avlösning i hemmet, dagvård och växelvård, ges utrymme för tid för sig själv med vila och återhämtning. God framförhållning vad gäller olika strategier för vården i framtiden och hjälp till anpassning i den nya livssituationen gynnar både närstående och personen med demenssjukdom.

Genom ändring av Socialtjänstlagen (2009:549) tillkom följande formulering: ”Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.”

## 18 Kvalitetsregister

Svenska demensregistret, SveDem, är ett nationellt kvalitetsregister som startade 1 maj 2007. Syftet är att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom.

Anslutna specialistenheter, primärvårdsenheter och kommunala enheter registrerar patienter som har fått en fastställd demensdiagnos i det webbaserade registret. Patienten följs sedan årligen av uppföljande enhet.

För att stödja verksamhetsutveckling lägger SveDem särskild vikt vid att följa kvalitetsindikatorerna i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för demensvård och omsorg. Genom att registrera den egna kliniken/enhetens kvalitetsindikatorer och variabler över tid, kan man följa utvecklingen och se i vilken grad värdena förbättras och mål uppnås.

BPSD-registret är ett interaktivt och systematiskt arbetsverktyg som visats förbättra vården och omsorgen för patienter med såväl kognitiva som icke-kognitiva symtom av demenssjukdom<sup>12</sup>.

## 19 Övrigt

- Det finns två dominerande patientorganisationer: *Alzheimerföreningen i Sverige*<sup>28</sup> respektive *Demensförbundet*<sup>29</sup>.
- För professionerna finns bland annat *Svensk Förening för Kognitiv Medicin*<sup>30</sup> och *Svensk Förening för Äldrepsykiatri*<sup>31</sup>.
- En regional resurs som är knuten till Minneskliniken SUS Malmö är Kunskapscentrum för demenssjukdomar<sup>32</sup>.
- Bland rekommenderad läsning finns två moderna svenska böcker, *Kognitiv medicin*<sup>6</sup> respektive *Alzheimers sjukdom*<sup>33</sup>.

## 20 Referenser och länkar

1. Läkemedelsverket. (2008). <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Beteendemassiga-och-psykiska-symtom-vid-demenssjukdom--BPSD/>.
2. Herlofson, J., and American Psychiatric Association. (2014). Mini-D 5 : diagnostiska kriterier enligt DSM-5.(Stockholm: Pilgrim Press).
3. Socialstyrelsen. (2010). Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem : (ICD-10-SE). Systematisk förteckning.(Stockholm: Socialstyrelsen).
4. Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. (Stockholm), p 117 s.
5. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2008). Dementia - etiology and epidemiology : a systematic review : June 2008 Vol. 1.(Stockholm)
6. Wahlund, L.-O., Nilsson, C., and Wallin, A. (2011). Kognitiv medicin.(Stockholm: Norstedt).
7. MMSE-SR, k., AQT och symtomenkät  
<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/>
8. MoCA. <http://www.mocatest.org/paper-tests/moca-test-full/>.
9. Wahlund, L.O., Westman, E., Van Westen, D., Wallin, A., Cavallin, L., and Larsson, E.M. (2013). [Structural brain imaging may improve diagnostics in dementia]. Lakartidningen 110, 2116-2118.
10. Berg, L., Gustafson, L., Hansson, G., Kilander, L., Klingén, S., Marcusson, J., Näsman, B., Passant, U., Wahlund, L.O., and Wallin, A. (2001). Harmonisering av demensdiagnoser - en nödvändig kvalitetssäkring. Lakartidningen 98, 3531-3536.
11. Skånelistan, B.t. (2015). [http://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/lakemedel/rekommendationer-och-riktlinjer/skanelistan-2015/bakgrundsmaterial-och-referenser/bakgrundsmaterial2015\\_aldre.pdf](http://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/lakemedel/rekommendationer-och-riktlinjer/skanelistan-2015/bakgrundsmaterial-och-referenser/bakgrundsmaterial2015_aldre.pdf).
12. BPSD-registret. <http://www.bpsd.se>. In. (
13. Mitchell, S.L., Teno, J.M., Kiely, D.K., Shaffer, M.L., Jones, R.N., Prigerson, H.G., Volicer, L., Givens, J.L., and Hamel, M.B. (2009). The clinical course of advanced dementia. The New England journal of medicine 361, 1529-1538.
14. Tariot, P.N. (2013). Cessation of donepezil is associated with clinical decline in patients with moderate-to-severe Alzheimer's disease compared to continuation of donepezil or addition or substitution of memantine. Evidence-based medicine 18, 62-63.
15. Mitchell, S.L. (2015). CLINICAL PRACTICE. Advanced Dementia. The New England journal of medicine 372, 2533-2540.
16. Howard, R., McShane, R., Lindesay, J., Ritchie, C., Baldwin, A., Barber, R., Burns, A., Denig, T., Findlay, D., Holmes, C., et al. (2012). Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. The New England journal of medicine 366, 893-903.
17. Mitchell, S.L., Shaffer, M.L., Loeb, M.B., Givens, J.L., Habtemariam, D., Kiely, D.K., and D'Agata, E. (2014). Infection management and multidrug-resistant organisms in nursing home residents with advanced dementia. JAMA internal medicine 174, 1660-1667.
18. TSFS. 10 kap. 1 § transportstyrelsens författningssamling.
19. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/.../blankett-anmalan-vapenlagen.pdf>. In., p Anmälan enligt Vapenlagen.
20. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Blankett-sosfs-2013-4-bilaga1.pdf> In., p Läkarintyg för godmanskap.
21. Kivipelto, M., Ngandu, T., Laatikainen, T., Winblad, B., Soininen, H., and Tuomilehto, J. (2006). Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population-based study. Lancet Neurol 5, 735-741.
22. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2008). Dementia - caring, ethics, ethnical and economical aspects : a systematic review : June 2008 Vol. 3.(Stockholm)

23. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2008). Dementia - diagnostic and therapeutic interventions : a systematic review : June 2008 Vol. 2.(Stockholm)
24. Health, N.C.C.f.M., Britain), N.I.f.C.E.G., and Social Care Institute for Excellence (Great Britain). (2007). Dementia : a NICE-SCIE guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care.(London: British Psychological Society).
25. Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., et al. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* 385, 2255-2263.
26. Mossello, E., Pieraccioli, M., Nesti, N., Bulgaresi, M., Lorenzi, C., Caleri, V., Tonon, E., Cavallini, M.C., Baroncini, C., Di Bari, M., et al. (2015). Effects of low blood pressure in cognitively impaired elderly patients treated with antihypertensive drugs. *JAMA internal medicine* 175, 578-585.
27. Materson, B.J., and Wright, C.B. (2015). Goal blood pressure for cognition-impaired patients: let's treat the patients--not the numbers. *Journal of the American Society of Hypertension : JASH* 9, 504-506.
28. Alzheimerföreningen. <http://www.alzheimerforeningen.se>.
29. Demensförbundet. <http://www.demensforbundet.se>.
30. Svensk Förening för Kognitiv Medicin. <http://www.kognitivmedicin.se>.
31. Svensk Förening för Äldrepsykiatri. <http://www.aldrepsykiatri.se>.
32. Kunskapscentrum för demenssjukdomar. <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/kunskapscentrum-for-demenssjukdomar/>.
33. Nordberg, A. (2013). Alzheimers sjukdom.(Lund: Studentlitteratur).