

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. Regionala vårdprogram tas fram av medarbetare i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Vårdprogram fastställs av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Innehåll

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	8
10 Diagnostik	9
11 Remissrutiner	13
12 Klassifikation	14
14 Uppföljning	16
15 Riskfaktorer och skyddande faktorer	17
17 Närståendeperspektiv	19
18 Kvalitetsregister	19
19 Övrigt	20
20 Referenser och länkar	20

1. Förord

Samhällsutvecklingen medför ökade krav på välbevarade kognitiva funktioner. För den som sviktat 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

Föreliggande dokument är en första uppdatering av huvudversionen av Region Skånes Vårdprogram för sjukdomar med varaktig kognitiv svikt. I dokumentet, som reglerar ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialistmottagning, ligger de huvudsakliga dragen fast.

Som tidigare ligger den viktiga samverkan på olika nivåer mellan sjukvård och socialtjänst väsentligen utanför dokumentets omfattning.

Vid uppdateringen har tagits del av såväl remissversionen av Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom som Socialstyrelsens nationella strategi för demenssjukdom.

Ängelholm den 7 mars 2018
Per Johansson

2 Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Per Johansson	Överläkare, Hälsostaden Ängelholm	Per.M.Johansson@skane.se
Ursprunglig version fastställd av	Ingrid Bengtsson- Rijavec	Hälsa- och sjukvårdsdirektör	
Granskat av	Anders Wallin	Professor, Göteborgs universitet	Anders.Wallin@neuro.gu.se
Kontaktperson Koncernkontoret	Petra Widerkrantz	Medicinsk rådgivare	Petra.Widerkrantz@skane.se
Administrativ kontaktperson	Sven Oredsson	Enhetschef	Sven.Oredsson@skane.se

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2013-11-15	2018-02-14	Per Johansson
Revidering	2018-03-16	2020-04-30	Per Johansson
Revidering			
Revidering			
Revidering			

Sökord

Kognitiv svikt	Kognition	Lindrig kognitiv svikt
Kognitiv sjukdom	Demens	Funktionsnedsättning
Alzheimers sjukdom	Lewy body	Parkinson
Vaskulär typ	Frontotemporal lobär degeneration	

3 Sammanfattande ansvarsfördelning

PRIMÄRVÅRD

- Uteslutande av annan somatisk orsak
- Basal utredning
- Om utredningen ger hållpunkter för vaskulär kognitiv störning, så bör sekundärprofylaktisk läkemedelsbehandling samt livsstilsfaktorer optimeras.
- Läkemedelsbehandling vid möjlig kognitiv sjukdom av Alzheimertyp (med eller utan cerebrovaskulärt engagemang), utöver behandling som vid vaskulär kognitiv störning
- Ställningstagande till fortsatt körkortsinnehav eller anmälan till Transportstyrelsen
- Ställningstagande till fortsatt vapeninnehav eller anmälan till Polismyndigheten
- Hänvisning till kommunala vårdkontakter
- Lättare och måttliga beteendestörningar och psykiska symtom vid demens (BPSD)¹

SPECIALISTMOTTAGNING

- Konsultativ verksamhet, se kontaktuppgifter.
- Utvidgad utredning
Om den basala utredningen inte är tillräcklig för att med rimlig säkerhet diagnosticera möjlig Alzheimers sjukdom, vaskulär demens eller annan kognitiv sjukdom, så bör en utvidgad utredning utföras vid specialistminnesmottagning med kompletterande kognitiv testning, 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

* Inom förvaltning Kryh remitteras dessa patienter till respektive neurologmottagning.

4 Giltighetstid

Detta vårdprogram är giltigt från och med 2018-03-16 och skall revideras vid behov, dock senast 2020-04-30.

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 bakom den första huvudversionen:

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

I uppdateringsprocessen har Sebastian Palmqvist, Moa Wibom, Ulrika Grahn, professor Oskar Hansson, Klinisk minnesforskning, Lunds universitet och Maria Landqvist Waldö, Kognitiv medicin Ängelholm, deltagit.

Läkemedelsrådets terapigrupp Äldre och läkemedel står bakom vårdprogrammet.

6 Förankring och remissyttrande

Dialog har förts med ett flertal läkare och andra verksamma inom primärvård samt sjuksköterskor inom kommunal verksamhet.

Vårdprogrammet har varit på remiss hos samtliga sjukvårdsförvaltningar och primärvården i Region Skåne. Inför uppdatering har synpunkter inhämtats från ett regionalt nätverk av medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Kontinuerlig dialog har skett med Kunskapscentrum Demenssjukdomar.

7 Avgränsning och definition

KOGNITIV SVIKT

I diagnossystemet DSM-5² anges de *funktionella konsekvenserna* (lindrig kognitiv svikt respektive kognitiv sjukdom) parallellt med underliggande *demensorsakande* sjukdom. Detta dokument ansluter sig till denna terminologi. Härigenom finns bättre förutsättningar för att tidigare identifiera tecken på specifik hjärnsjukdom med syfte att i en framtid kunna tillhandahålla förebyggande eller kurativt syftande behandling. Med termen **demens** avses här ett så avancerat stadium av kognitiv sjukdom att individens självständighet blivit kraftigt och djupt påverkad.

Därmed finns en skillnad gentemot ICD-10³ där man med demens menar ett syndrom som beror på hjärnsjukdom av vanligtvis kronisk eller progredierande art. Av kontinuitetsskäl är i denna version av vårdprogrammet den nyare terminologin ännu inte helt konsekvent genomförd. Sålunda bibehålls ställvis ordet demens i några av de specifika sjukdomstillstånden.

Oavsett nämnda skillnader i nomenklatur gäller att fastställande av funktionsnedsättning, såsom i annan sjukvård, bör ske parallellt med en strävan att i görligaste mån diagnosticera bakomliggande patologi. Termerna lindrig kognitiv svikt, kognitiv sjukdom respektive demens bör alltså kompletteras med uppgift om etiologisk typ. Den diagnostiska säkerheten av underliggande hjärnsjukdom bör anges som möjlig (uppfyller symtomkriterier), sannolik (även stöd av biomarkörer) eller definitiv (vid påvisad genetisk orsak eller efter PAD).

KOGNITIV SJUKDOM

När det föreligger en påtaglig kognitiv funktionsnedsättning används termen **kognitiv sjukdom** (*major neurocognitive disorder*). 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.

Som framhållits ovan är lindrig kognitiv svikt i likhet med kognitiv sjukdom respektive demens ospecifika syndromdiagnoser, om de inte kompletteras med uppgift om etiologisk typ (möjlig, sannolik, eller definitiv) och aktuell svårighetsgrad.

8 Epidemiologi

Utbredningen av sjukdomar med varaktig kognitiv svikt är av naturliga skäl svår att fastställa. Enligt en ofta citerad uppgift finns i Sverige uppskattningsvis cirka 160 000 personer med kognitiv svikt av demensdignitet⁴. Incidensen per år anges till cirka 25 000 nya individer, vilket för Skånes del skulle innebära över 3 000 nya fall årligen. Talen blir självfallet avsevärt högre om dem med demensorsakande sjukdom i prekliniska faser medräknas. Bland de demensorsakande sjukdomarna finns i sannolikt 60–70% av Alzheimerspatologi⁵.

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 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 symtom 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 vid flera tillfällen och inom ramen för teamarbete. Först ska potentiellt reversibla tillstånd hanteras och sedan ska försök göras att identifiera bakomliggande neurodegenerativ sjukdom. Diagnostisk säkerhet på nivån möjlig är tillräcklig för insättande av symtomlindrande farmakologisk behandling.

ETIOLOGI

För att korrekt behandling och omhändertagande ska kunna initieras krävs att etiologin rimligt fastställs (exempelvis kognitiv sjukdom av möjlig Alzheimerstyp). Definitiv diagnostik finns först vid genetiskt påvisad orsak eller efter PAD. Nedan listas de vanligaste sjukdomstillstånden. För en svensk översikt inom fältet rekommenderas boken *Kognitiv medicin*⁶, som även omfattar mer sällan förekommande entiteter såsom Huntingtons eller Creutzfeldt-Jacobs sjukdomar.

Kognitiv sjukdom, Alzheimerstyp (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 (amyloida plaques, neurofibrillära tangles och granulovakuolär degeneration) i företrädesvis temporoparietala barkområden föregår symptomdebuten 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. Vid AD saknas initialt vanligen motoriska symtom, men det kan förekomma lindrigare vitsubstansförändringar eller icke-symtomgivande lakunära infarkter.

Kognitiv sjukdom, vaskulär typ (Vaskulär demens)

Cerebral ischemi kan ge upphov till vaskulär kognitiv störning, som traditionellt indelas i storkärlssjukdom respektive småkärlssjukdom. Medan den förra kan ses som kvarstående kognitiv svikt efter stroke med symtom avhängiga av hjärnskadelokalisation, 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 tillsammans med kognitiv svikt av vaskulär genes (ofta benämnd blanddemens). Det är av vikt att inte betrakta tillståndet som

”vaskulär demens” utifrån MR/CT-bild, då detta kan leda till utebliven läkemedelsbehandling på Alzheimerindikation.

Kognitiv sjukdom, av Lewykroppstyp (Lewy Body demens) respektive demens vid Parkinsons sjukdom

Kognitiv sjukdom av Lewykroppstyp (LBD alt. DLB) respektive Parkinsonstyp (PDD) kan i sina slutstadier ha betydande likheter och vid båda tillstånden förekommer en patologisk ansamling av proteinet alfasynuklein i bland annat basala ganglier. 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 sänkt exekutiv eller 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.

Kognitiv sjukdom, frontotemporal typ (Frontotemporal demens)

Gemensamt för den heterogena gruppen frontotemporala demenssjukdomar (FTD), är att det sker en successiv neuronförlust i storbjärnans främre delar, frontotemporal lobär degeneration (FTLD). Kliniskt kan patienten uppvisa tecken på försämrad social, exekutiv eller språklig förmåga medan minnesproblemen initialt kan vara mindre påfallande. Beroende på tidiga och dominerande symtom kan FTD delas in i beteende- respektive språkvarianter. Det finns hos vissa patienter med FTD en överlappning med andra neurologiska sjukdomar såsom motorneuronsjukdomen ALS. Neuropatologiskt finns tre huvudsakliga undergrupper, baserat på vilket protein som ansamlats sjukligt i hjärnan: Tau, TDP-43 eller FUS. 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. Det för emellertid alltför långt att här kommentera allt som kan påverka hjärnans högre funktioner. Dessutom kompliceras inte sällan den kliniska bilden av komorbiditet. Till exempel kan affektiva symtom uppträda tidigt i förloppet av kognitiva sjukdomar. Omvänt kan kognitiva symtom vara delmanifestationer i depressiva syndrom. Vidare är substansorsakade tillstånd utbredda i befolkningen (särskilt alkoholrelaterade skador).

Ett syndrom som särskilt förtjänar att framhållas är normaltryckshydrocefalus (NPH). NPH manifesteras typiskt med gångstörning (förlångsammat, bredspårig, hasande, 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) [Länk till demenscentrum Åstrand](#)

- **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 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. Det är idag viktigt att beakta hereditet då det hos familjer med förekomst av sjukdomsframkallande mutation finns möjlighet till genetisk vägledning.
- **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 är ett väl beprövat test som kan användas vid utredning av kognitiv svikt. Mer specifikt bör den standardiserade versionen MMSE-SR användas för att förbättra reliabiliteten mellan olika testledare och vid uppföljning⁷. MMT är ett grovt verktyg som kan missa att identifiera kognitiv svikt hos yngre personer, högutbildade personer eller vid lindrig kognitiv svikt. Det är även svårtolkat avseende personer med språkliga problem (annat modersmål, efter stroke); hänsyn ska tas till individens förutsättningar såsom utbildnings- och yrkesbakgrund.

MMT bör kompletteras med såväl test för domänerna uppmärksamhet och exekutiv förmåga (såsom A Quick Test (AQT), Trail Making Test (TMT) eller Symbol Digit Modalities Test (SDMT) som för minne. Vad sägs om kubkopiering och klocka?

Ett bra alternativ till MMT är Montreal Cognitive Assessment (MoCA) som testar fler kognitiva domäner och är känsligare för kognitiv svikt⁸. Detta instrument finns i många språkliga tappningar. Även MoCA bör emellertid kompletteras med andra test. (För nedladdning och tolkning av tester, se länkar nedan.)

Avseende minnestestning finns väl beprövade 10-ordslistor från testbatterierna Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale (ADAS-cog) och the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) som tidigt identifierar minnessvikt vid begynnande AD. Ett lovande svenskt minnestest som kan visa sig vara lämpligt för primärvården är "5 x 3", men än så länge saknas vetenskapligt underlag.

I den kognitivmedicinska utredningen av patient med annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller kort skolgång kan Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) övervägas. Detta instrument anses vara mindre påverkat av faktorer som språk, kultur och utbildning och kan, rätt utförd och tolkat, ge ett mått på flera av de kognitiva domänerna. Detta instrument finns i många språkliga tappningar. (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, stämningssläge, 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 inom primärvård eller kommun 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

Valet av laboratorieanalyser ska ske efter klinisk bedömning för att utesluta annan somatisk orsak, och minst innefatta P-TSH, P-Homocystein och S-Ca²⁺ eller motsvarande. Härutöver finns ofta anledning att bestämma P-Glukos, elektrolytstatus, njurfunktion och Hb. Många gånger är även bestämning av PEth eller andra alkoholmarkörer av värde.

Strukturell hjärnabbildning

CT eller MR hjärna (med exempelvis frågeställning grad av central eller regional atrofi (t.ex. av hippokampus), grad av vitsubstansförändringar, infarkter, bild som vid normaltryckshydrocefalus)⁹. 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 hjärnavbildning såväl morfologisk (MR) som funktionell (PET)

11 Remissrutiner

INDIKATION FÖR REMISS

Remiss till specialistminnesmottagning för utredning och behandling av patienter med:

- misstänkt autosomt dominant ärftlig kognitiv svikt
- hastigt progressivt förlopp
- lindrig kognitiv svikt, där tydlig misstanke finns om bakomliggande neurodegenerativ sjukdom
- misstanke om mer ovanlig kognitiv sjukdom såsom Lewy Body typ, Parkinsontyp eller frontotemporal typ
- normaltryckshydrocefalus (NPH)*
- svårbehandlade beteendestörningar och psykiska symtom vid demens (BPSD)
- kognitiv sjukdom, 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
- notera gärna patientens egen inställning till utvidgad utredning

REMISSMOTTAGARE MED KONSULTTELEFONNUMMER

- **Kognitiv medicin, 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 till SUS, Malmö.
För Trelleborg hänvisas till SUS, Malmö.
- **SUS:**
Malmö, 040-33 50 36

ÅTERREMISS

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

12 Klassifikation

Vårdprogrammet använder i huvudsak en moderniserad terminologi baserad på diagnossystemet DSM-5 (se under avsnitt 7). 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*¹⁰.

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 möjlig kognitiv sjukdom av Alzheimer typ respektive, Lewy body- eller Parkinson typ. 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 två gånger dagligen som försiktigt trappas upp i steg om 1,5 mg dygnsdos upp till maximalt 6 mg i två gånger dagligen. Denna substans kan även vid behov ges 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. Generellt är kolinesterashämmare vältolererade. Att beakta är dock ökad risk för bradykardi, särskilt vid AV-block och samtidig beta-blockad, respektive QT-förlängning, särskilt i kombination med annan psykotrop mediciner. EKG-tagning före insättning och inför upptrappning kan ibland vara motiverat. För mer detaljer, se *FASS* och *Bakgrundsmaterialet till Skånelistan*¹¹.

- NMDA-receptorhämmare

Behandling med **Memantin** har visats ha positiva effekter på kognitiva och globala funktioner. Officiellt finns indikationerna medelsvår och svår Alzheimers sjukdom, men i praktiken sker insättning utan specifik stadiindelning.

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 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. Vid mottagningarna i Malmö och Ängelholm sker långsiktiga studier med mål att förbättra den kliniska diagnostiken och ökad förståelse av underliggande sjukdomsmekanismer. Förutsättningarna för att i framtiden 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)^{1; 12}
- 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 behandlingseffekt¹³. 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 fall¹⁴⁻¹⁶.

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 motiverad¹⁷, 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 uppmärksammas¹⁸.”

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 AQT eller TMT 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) ¹⁹.

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 hälsotillstånd²⁰

Lagen om framtidsfullmakter trädde i kraft den 1 juli 2017 och avser en typ av fullmakt som blir giltig när en fullmaktsgivare på grund av sjukdom, psykisk störning eller liknande förhållande är ur stånd att ta tillvara sin rätt. En framtidsfullmakt kan beröra både personliga ekonomiska angelägenheter, dock inte frågor som rör hälso- och sjukvård.

FÖRVALTARSKAP

Domstol kan, efter utredning av överförmyndaren, tillsätta förvaltare i de fall där godmanskap inte anses tillräckligt eller där godmanskap, som är frivilligt, har avsagts. I utredningen behövs läkarintyg som styrker sjukdom som orsak till funktionsnedsättningen (kognitiv sjukdom). Förvaltarintyget kan betraktas som ett sätt att uppmärksamma samhället på att individen har drabbats av en sjukdom som genererat, eller inom kort kommer att generera, skada.

15 Riskfaktorer och skyddande faktorer

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 kognitiv svikt senare i livet finns riskbedömningsinstrumentet CAIDE²¹. Här är de påverkbara faktorerna högt systoliskt blodtryck, högt BMI, högt total kolesterol samt fysisk aktivitet.

SBU⁵; ²²; ²³ har tagit fram en sammanställning, som också stöds av NICE²⁴. Det anses sålunda väletablerat att hypertoni i medelåldern ska behandlas och att 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 funktion²⁶. Några intervall kan inte anges eftersom det beror på grad av aterosklerotisk sjukdom²⁷.

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 förbättring²⁵. Slutsatserna av en nyligen publicerad svensk studie är att livsstilsfaktorer som att aldrig ha rökt, att äta en hälsosam kost, och avsaknad av fetma vid 71 års ålder kan öka chansen för bevarad självständighet 16 år senare.

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 funktionsnivå²⁴. 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^{5: 22; 23}.

16 Omvårdnad vid avancerad kognitiv sjukdom (demens)

Man ska sträva efter personcentrerad vård som innebär att vården ska ha personen och inte diagnosen 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. Genom att tidigt upprätta en *Levnadsberättelse* kan förståelsen av vad som varit centralt för individen underlättas. (REF ”Nollvision för demensvård utan begränsningar”)

- 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.”

För barn och andra närstående till patienter som i förhållandevis unga år drabbas av kognitiv sjukdom är situationen prekär. Här krävs en särskild anpassning och ett holistiskt omhändertagande. Det kan till exempel innebära information till förskola och skola, och stöd avseende kontakter med andra i liknande situation. Läger för unga anhöriga arrangeras årligen på olika platser i Sverige. Specialistmottagningarna ska ha kompetens att stötta kommun och primärvård.

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 demenssjukdom¹².

19 Övrigt

- Det finns två dominerande patientorganisationer: *Alzheimerföreningen i Sverige*²⁸ respektive *Demensförbundet*²⁹.
- För professionerna finns bland annat *Svensk Förening för Kognitiv Medicin*³⁰ och *Svensk Förening för Äldrepsykiatri*³¹.
- En regional resurs som är knuten till Minneskliniken SUS Malmö är Kunskapscentrum för demenssjukdomar³².
- Bland rekommenderad läsning finns två moderna svenska böcker, *Kognitiv medicin*⁶ respektive *Alzheimers sjukdom*³³.

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]. *Läkartidningen* 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. *Läkartidningen* 98, 3531-3536.
11. Skånelistan, Bakgrundsmaterialet. (2015).
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>.

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., Denning, 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. Anmälan enligt Vapenlagen.
<http://www.socialstyrelsen.se/blanketter/Documents/blankett-anmalan-vapenlagen.pdf>
20. Socialstyrelsen. Läkarintyg för godmanskap.
<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Blankett-sosfs-2013-4-bilaga1.pdf>
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. 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., Levälahti, 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., Pieraccioni, 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).