

Regional medicinsk riktlinje

Demenssjukdom, utredning och uppföljning

Innehållsförteckning

Syfte	1
Huvudbudskap	1
Vårdnivå och samverkan.....	2
Bakgrund.....	2
Förändringar sedan föregående version	2
Utredning	2
Läkemedel.....	6
Remissrutiner	6
Sjukskrivning	6
Klinisk uppföljning	6
Patientmedverkan och kommunikation.....	7
Relaterade dokument	7

Syfte

Att höja kvaliteten på utredningar vid misstanke om demenssjukdom, öka stöd till patient och anhöriga, samt göra vården mer sammanhållen.

Huvudbudskap

Riktlinjen anger hur basal utredning samt utvidgad utredning vid misstänkt demenssjukdom ska genomföras och hur patienten ska följas upp efter diagnos, i enlighet med [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom](#) och [Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#).

Basal utredning och behandling sker företrädesvis inom primärvård enligt [PSV kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - primärvårdsversion](#).

Vårdnivå och samverkan

Den basala demensutredningen ska i normalfallet göras i primärvården och patienten bör även följas upp där.

Utvidgad demensutredning görs på specialistmottagning/minnesmottagning. Uppföljning av patienter med mindre kända demenssjukdomar, svåra symtom och yngre följs upp på specialistmottagning till stabil medicinsk och social situation uppnås. Patienten kan sedan efter individuell bedömning och ömsesidig överenskommelse följas upp i primärvården.

Patienter med en kronisk sjukdom som ger kognitiv svikt bör utredas där de har den huvudsakliga vårdkontakten, till exempel inom till exempel neurologi, psykiatri eller geriatrik. Om den kognitiva svikten härrör från patientens grundsjukdom sker även uppföljningen där.

Bakgrund

Demenssjukdomar är progressiva tillstånd som leder till omfattande organisk hjärnskada med successivt tilltagande funktionsnedsättning som på sikt leder till döden.

Uppskattningsvis har 23 000 personer i Västra Götaland en demenssjukdom och ca 4000 personer insjuknar varje år. Risken att drabbas av en demenssjukdom ökar med stigande ålder. I takt med att befolkningen blir allt äldre väntas antalet insjuknade öka.

Minnesnedsättning finns oftast mer eller mindre uttalat. Utöver detta drabbas flera kognitiva domäner, som snabbhet och uppmärksamhet, språkförmåga, visuospatiala funktioner, exekutiva funktioner och omdömesförmåga.

Förändringar sedan föregående version

Anpassning till revidering av [Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#) angående kognitiv bedömning med MoCA, samt indikation för remiss till specialistvård. Dessutom förtydligande om bedömning av körförmåga och om kommunal uppföljning.

Utredning

Såväl basal som utvidgad demensutredning bör ske enligt [Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#). All utredning och behandling ska genomföras utifrån stegvisa insatser med ett personcentrerat och teambaserat arbetssätt i samverkan med enhet inom vårdval Rehab. En fast

vårdkontakt ska erbjudas under utredningen och uppföljningen. Behandlingen inriktas på att lindra symtom, kompensera för rådande funktionsnedsättningar samt stödja/utbilda patienter och närstående.

Basal demensutredning

Den basala utredningen syftar till att fastställa:

- Om personen har en kognitiv svikt och om den beror på en demenssjukdom eller annan sjukdom, samt ta ställning till läkemedelsbehandling.
- Vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad man kan göra för att minimera eller kompensera för dessa
- Om personen är i behov av fortsatt utvidgad utredning

Läkare och övriga professioner som handhar patientgruppen ska ha förtrogenhet med och kunskap om demenssjukdomar. Vårdpersonal som utför demensutredningar ska känna till de vanligast förekommande bedömningsskalorna och mätinstrumenten (MMSE-SR, klocktest, RUDAS-S och MoCA) samt hur de används och tolkas.

Diagnostiken grundar sig på en sammanvägd bedömning av strukturerad anamnes, standardiserat anhörigintervju, fysiskt och psykiskt tillstånd, kognitiva test samt strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga. För samtalsstöd se

[Patientanamnes – samtalsstöd vid basal utredning](#)

Fungerande teambaserad samverkan mellan vårdcentral och enhet inom vårdval rehab är en förutsättning för en korrekt utredning.

Om en patient som vårdas inom slutenvården uppvisar symtom på kognitiv svikt bör en första bedömning göras där.

Det är läkarens ansvar att avgöra vilka delar av utredningen som ska ligga till grund för diagnosen. Det kan ibland finnas anledning att avstå från delar av en utredning, till exempel om patienten är svårt sjuk och om utredningens resultat och efterföljande åtgärder inte påverkar patientens livskvalitet.

Basal demensutredning innefattar:

- Anamnes baserad på information från patienten och anhöriga [Neurokognitiv Symtomenkät](#), [Ragnar Åstrand Anhörigintervju för identifiering av demens](#), [Demenscentrum](#)
- Bedömning av alkoholkonsumtion med [AUDIT](#) och alkoholmarkörer.
- Läkemedelsanamnes/läkemedelsgenomgång [PHASE-20, Region Uppsala](#).
- Somatiskt status inklusive neurologiskt status och vikt.
- Psykiskt status.

Bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga av arbetsterapeut vid enhet inom vårdval rehab. Aktivitetsbedömning genom observation av aktivitet med fokus på kognitiva förmågor, minne, uppmärksamhet, planeringsförmåga,

rumsuppfattning. För stöd avseende ADL-bedömning och journalföring se [ADL-bedömning vid minnesutredning](#) och [Mall att kopiera in i journal](#)

- Kognitivt status inklusive [MMSE-SR](#) i kombination med [klocktest](#). Normalt MMSE-SR och klocktest utesluter inte demenssjukdom. MoCA [Skattningsskalor - SveDem](#) kan med fördel användas i stället för MMSE-SR då testet avspeglar försämrade funktioner i flera delar av hjärnan. Vid annat modersmål än svenska då tolkbehov föreligger, annan kulturell bakgrund eller vid kort skolgång bör [RUDAS-S](#) användas.
- Strukturell hjärnabbildning med datortomografi för att utesluta bl a hjärntumör, subduralhematom eller normaltryckshydrocefalus och om möjligt ger ledning till vilken demenssjukdom det handlar om.
- Blodprover: Blodstatus, B-SR, P-glukos, S-Na, S-K, S-kreatinin, S-Ca, B-Peth och S-CDT samt prover för att utesluta störd sköldkörtelfunktion och B12/folatbrist.
- EKG i basal utredning och inför eventuell behandling med kolinesterashämmare.

Utvidgad demensutredning

Om det är oklart huruvida demenssjukdom föreligger eller vid misstanke om ovanligare demenssjukdom som exempelvis Lewyskroppsdemens, pannlobsdemens eller Parkinsons sjukdom med kognitiv svikt eller om personen är i arbetsför ålder bör patienten remitteras till specialistmottagning/minnesmottagning. I de fall personen trots genomgången fullständig basal utredning önskar bedömning inom specialiserad vård bör en remiss för bedömning skickas.

Utvidgad demensutredning kan innefatta:

- Strukturerad anamnes kompletterad med intervjuer med anhöriga/närstående.
- Bedömning av neurologiskt, psykiskt, kognitivt och somatiskt status, inklusive vikt.
- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga.
- Neuropsykologiska test som täcker flera kognitiva domäner.
- Lumbalpunktion för analys av biomarkörer, celler och proteinfractionering.
- Blodmarkörer såsom P-NFL protein hjärnskademarkör.
- Vid klinisk misstanke riktad provtagning för att utesluta HIV, neuroborrelios och neurosyfilis.
- Granskning av datortomografi genomförd i samband med den basala utredningen för differentialdiagnostiskt syfte. Eventuellt görs kompletterande MR-undersökning för att bättre urskilja avvikelser i hjärnans strukturer.
- Mätning av dopamintransportsystemet i hjärnan med SPECT (DaTSCAN, scintigrafi) vid misstänkt Lewy body demens.
- FDG PET2.
- Genetisk utredning görs i särskilda fall.

Behandling

Stöd vid situationer då personen avböjer utredning

Om personen avböjer utredning kan vården erbjuda allmän hälsokontroll för att skapa förtroende så att en demensutredning kan genomföras.

Körkort

Demens utgör hinder för körkortsinnehav och läkaren har skyldighet att anmäla till Transportstyrelsen samt informera patienten om anmälan. Undantag från anmälan kan göras då det är uppenbart att patienten inte kommer att köra bil. Vid lindrig demens krävs heller ingen anmälan, men patienten ska då följas årligen för bedömning av lämplighet som förare. [Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. Konsoliderad elektronisk utgåva.](#)

Bedömning av lämplighet för fortsatt körkortsinnehav kan grundas på en neuropsykologisk utredning. Även en arbetsterapeut med särskild utbildning kan sammanställa underlag för bedömning. Vid svårbedömda fall görs bedömning hos [Mobilitetscenter](#).

Muntligt körförbud bör undvikas. I uppenbara fall då patienten inte har någon bil eller där man är säker på att bilkörning inte är möjlig kan läkaren avstå från att göra [anmälan till Transportstyrelsen](#).

Vapen

Demenssjukdom kan utgöra hinder för att inneha skjutvapen. Läkare bedömer om patienten av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen. Läkaren är skyldig att informera patienten och anmäla sjukdomstillståndet, som kan förhindra vapeninnehav, till polismyndigheten, se [Läkares anmälningsskyldighet enligt vapenlagen Vägledning för rättstillämpning. Anmälan enligt 6 kap. 6 §§ vapenlagen \(1996:67\)](#)

Kognitiva hjälpmedel

Bedömning och råd om behov av hjälpmedel inklusive kognitiva hjälpmedel bör göras på enhet inom vårdval rehab.

Munhälsa

En god munhälsa medför förbättrat näringsintag och hälsorelaterad livskvalitet.

Munhälsan för personer med demens riskerar att snabbt försämrast. Om demensdiagnos finns ska [N-tandvårdsintyg](#) utfärdas. Ett N-tandvårdsintyg förbättrar möjligheten till tidiga förebyggande insatser. En tandvårdskontakt i ett tidigt sjukdomsskede då kognitiva funktioner är mindre påverkade ger en stor vinst för individen. Om patienten inte har kontakt med kommunens biståndshandläggare bör en läkare eller sjuksköterska ansöka om ett N-tandvårdsintyg via [Intygsbeställningen](#) på Vårdgivarwebben.

Läkemedel

Läkemedelsuppföljning ska ske i samband med insättning eller justering av demensläkemedel. Se [Regional medicinsk riktlinje Läkemedel Demens/kognitiv sjukdom \(vgregion.se\)](#)

Remissrutiner

Se [Remiss inom hälso- och sjukvård](#)

Sjukskrivning

Kontakt med arbetsgivare är ofta viktigt för planering. Partiell sjuk-skrivning med anpassade arbetsuppgifter kan vara aktuellt. Byte till nya arbetsuppgifter bör undvikas om förmågan till nyinläring är nedsatt. Fortsatt arbete planeras med utgångspunkt från patientens önskemål och aktuell försäkringsmedicinsk bedömning.

Klinisk uppföljning

Mild kognitiv svikt

Om utredningen visar lindrig kognitiv svikt (MCI) bör patienter följas upp inom ett år eller tidigare vid behov eftersom en relativt stor andel patienter med MCI utvecklar en demenssjukdom.

Uppföljning på vårdcentralen av demens

Patienten ska följas upp minst en gång per år eller när tillståndet av annat skäl kräver detta. Uppföljningen ska innefatta:

- Information från patient samt anhörig/närstående och personal i syftet att bedöma allmäntillstånd, aktuella symtom samt funktions- och aktivitetsförmåga
- Medicinsk undersökning inklusive bedömning av kognition och beteendeförändringar
- Uppföljning och utvärdering av beteendemässiga och psykiska symtom.
- Läkemedelsgenomgång.
- Munhälsa och eventuella ätproblem
- Matlust, nutrition och vikt

- Kontakta kommunen för uppföljning av boendesituation, vid behov av kommunala hemtjänstinsatser och/eller kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Ställningstagande till behov av försäkringsmedicinsk bedömning

Primärvård och kommun i samverkan och uppföljning

Samverkan mellan primärvård och kommun är viktig för patienter med demensdiagnos. Uppföljning, behandling och insatser bör genomföras av multiprofessionella team med företrädare från primärvården och från kommunal vård och omsorg. [Samordnad individuell plan](#) ska erbjudas.

Patientmedverkan och kommunikation

Personcentrering och Patientkontrakt

Tillståndet kräver att patientens autonomi noga beaktas. Personer med demenssjukdom kan ha kommunikationssvårigheter, men kan genom sina reaktioner visa hur de upplever en viss åtgärd, vilket får vara vägledande för ställningstagandet om samtycke föreligger eller inte.

Det är viktigt att betona att även om en person har en demenssjukdom så innebär det inte nödvändigtvis en bristande beslutsförmåga hos denne.

Patient och anhöriga ska stödjas under hela utredningsprocessen av fast vårdkontakt. Patientkontrakt eller vårdplan bör användas.

Patientinformation, utbildning och stöd

[Demenssjukdomar, 1177.se](#)

[Alzheimer Sverige: Hem](#)

[Demensförbundet: Vad är demens? Information, råd och stöd](#)

[Svenskt demenscentrum](#)

Relaterade dokument

[Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom](#), Socialstyrelsen

[Kognitivsvikt vid misstänkt demenssjukdom](#), Nationellt kliniskt kunskapsstöd

[Neurokognitiv Symtomenkät, Ragnar Åstrand](#)

[Anhörigintervju för identifiering av demens](#), demenscentrum

[AUDIT](#), region Stockholm

[PHASE-20](#), Region Uppsala

[MMSE-SR, klocktest och andra skattningsskalor](#), SveDem

[RUDAS-S](#), Svenskt demenscentrum

[Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. Konsoliderad elektronisk utgåva](#), Transportstyrelsen

[Mobilitetscenter](#)

[Anmälan till Transportstyrelsen](#), Transportstyrelsen

[Läkares anmälningsskyldighet enligt vapenlagen](#), Socialstyrelsen

[Anmälan enligt 6 kap. 6 §§ vapenlagen \(1996:67\)](#), Socialstyrelsen

[N-tandvårdsintyg](#), Västra Götalandsregionen

[Intygsbeställningen](#), Västra Götalandsregionen

[RMR: Läkemedel Demens/kognitiv sjukdom](#), Västra Götalandsregionen

[Remiss inom hälso- och sjukvård](#), Västra Götalandsregionen

[Samordnad individuell plan](#), Vårdsamverkan Västra Götalandsregionen

[SveDem](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Camilla Högström, (camho5), Verksamhetschef

Granskad av: Karin Fröjd, (karfr18), Specialistläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-653

Version: 2.0

Giltig från: 2024-05-07

Giltig till: 2026-04-26