

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Vårdförloppet inleds vid misstanke om kognitiv svikt orsakad av demenssjukdom och avslutas vid bekräftad diagnos, alternativt då misstanke inte kvarstår

Bakgrund och överenskommelse om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stöds av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. Syftet med vårdförloppen är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Vårdförloppen ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Datum	Beskrivning av förändring
2021-03-19	Godkänd av styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS)
2022-03-08 respektive 22-04-11	Revidering av Appendix F, Körkort och demenssjukdom (trafikmedicinsk utredning)

Sammanfattning

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom inleds vid misstanke om kognitiv svikt orsakad av demenssjukdom och avslutas vid bekräftad diagnos, alternativt då misstanke om demenssjukdom inte kvarstår. I de fall en lindrig kognitiv funktionsnedsättning istället bedöms föreligga beskrivs hur uppföljning ska ske. Vårdförloppet beskriver vilka åtgärder som ska genomföras och i vilken ordning dessa ska ske.

Kognitiv svikt kan vara en konsekvens av ett flertal olika tillstånd och sjukdomar och risken för att drabbas av kognitiv svikt ökar med stigande ålder. Då en person misstänks ha kognitiv svikt orsakad av demenssjukdom, genomförs först en basal utredning för att skilja primär demenssjukdom från andra tillstånd som kräver annan behandling. Vid oklarhet efter den basala utredningen kan en utvidgad utredning genomföras på en specialistenhet.

Den basala utredningen syftar till att fastställa:

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

Det övergripande målet med vårdförloppet är att fler personer med kognitiv svikt som misstänks vara orsakad av demenssjukdom ska genomgå utredning och att sådan utredning ska starta i ett tidigt skede. Till målsättningarna hör också att korta utredningstiderna, skapa bättre förutsättningar för patientgruppen inom primärvården, ge mer stöd till personer med kognitiv svikt och anhöriga eller närstående, minska praxisskillnader vid utvidgade kognitiva utredningar, skapa bättre förutsättningar för jämlik och adekvat läkemedelsbehandling samt att i ökad utsträckning koppla samman vård och omsorg för en personcentrerad och sammanhållen vård.

För att följa upp vårdförloppet används främst befintliga indikatorer från Socialstyrelsen, kvalitetsregistret Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) och Primärvårdskvalitet. De nya indikatorer som föreslås syftar till att följa upp om personer får tillgång till utredning och behandling som vårdförloppet föreskriver.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, och detta dokument har utvecklats inom ramen för Nationellt programområde äldres hälsa. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en nationell arbetsgrupp utsedd av programområdet.

Innehåll

Sammanfattning	- 3 -
1 Beskrivning av vårdförlopp	- 5 -
1.1 Om kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom	- 5 -
1.2 Omfattning	- 7 -
1.3 Vårdförloppets mål.....	- 7 -
1.4 Ingång och utgång	- 8 -
1.5 Flödesschema för vårdförloppet	- 9 -
1.6 Vårdförloppets åtgärder.....	- 10 -
1.7 Personcentrering och patientkontrakt.....	- 19 -
2 Uppföljning av vårdförlopp	- 19 -
2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter	- 19 -
2.2 Indikationer för uppföljning.....	- 20 -
3 Bakgrund till vårdförlopp	- 21 -
3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter.....	- 21 -
3.2 Kompletterande kunskapsunderlag	- 22 -
3.3 Arbetsprocess.....	- 22 -
4. Referenser	- 24 -
Appendix.....	- 25 -
A. Kognitiva förmågor.....	- 25 -
B. Kognitiva tester	- 26 -
C. Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning vid utredning	- 27 -
D. Neuropsykologisk utredning som en del i utvidgad utredning	- 27 -
E. Munhälsa och demenssjukdom.....	- 30 -
F. Körkort och demenssjukdom (trafikmedicinsk utredning).....	- 31 -
G. Skjutvapen.....	- 32 -
H. Stöd vid situationer då personen själv ej initierat utredning	- 32 -
I. Vidare hänvisningar	- 33 -
J. Referenser till appendix	- 34 -

1 Beskrivning av vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården, samt en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för patienten. Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa främjas. Vårdförloppen utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och tas gemensamt fram av olika professioner och specialiteter inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Vårdförloppens beskrivning av evidensbaserad vård ska integreras med individanpassade åtgärder. I vårdförloppet beskrivs kortfattat vad som ska göras och i vilken ordning. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom patientkontrakt som ska tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters, brukares och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården ska tas tillvara, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras i journalen vad patienten respektive vården tar ansvar för.

Den primära målgruppen för vårdförloppsdokumentet är hälso- och sjukvårdspersonal som ska få stöd i det kliniska mötet med patienter och i förekommande fall anhöriga och närstående. Kapitlen om uppföljning och bakgrund är främst avsedda att användas tillsammans med beskrivningen av vårdförloppet vid införande, verksamhetsutveckling och uppföljning av vårdförlopp och riktar sig därmed till en bredare målgrupp, exempelvis verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och andra beslutsfattare.

1.1 Om kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Kognitiv svikt kan orsakas av många olika tillstånd och sjukdomar. Exempelvis kan Alzheimers sjukdom, cerebrovaskulära sjukdomar, Lewykroppsdemens, pannlobsdemens, traumatisk hjärnskada, infektioner och alkoholmissbruk vara orsaker till kognitiv svikt[1]. Primärdegenerativa sjukdomar är ett samlingsbegrepp för sjukdomar som leder till en kognitiv svikt genom att hjärnceller atrofierar. Symtomen kommer ofta smygande och försämring sker gradvis med en alltmer omfattande symtombild. Vid exempelvis Alzheimers sjukdom, sker också en inlagring av skadliga proteiner parallellt.

Det saknas idag botemedel mot förekommande demenssjukdomar, men nya utrednings- och behandlingsmöjligheter kan i framtiden komma att öka efterfrågan på utredning ytterligare.

Uppskattningsvis lever 130 000–150 000 personer med en demenssjukdom i Sverige [2]. Därtill påverkas många anhörigas och närståendes vardag. Varje år insjuknar cirka 24 000 personer och ungefär lika många avlider [2]. Åldern är den enskilt viktigaste riskfaktorn för demenssjukdom, även om prevalensen av demenssjukdom bland äldre förefaller ha sjunkit över tid [1, 3, 4] förväntas antalet personer som lever med en demenssjukdom att öka. Detta eftersom en växande andel av befolkningen uppnår en allt högre ålder [2, 5].

Personer med symtom som skulle kunna tyda på demenssjukdom identifieras vanligen inom primärvården, där en basal utredning genomförs. Vid sammanfattning efter den basala utredningen kan i många fall en diagnos bekräftas eller avfärdas, om inte behövs ytterligare utredningsinsatser på specialistenhet för utredning av kognitiva sjukdomar, alternativt kan förnyad utredning ske på basal nivå efter en tid, tidsintervallet anpassas efter behov och i samråd med personen. Om en lindrig kognitiv funktionsnedsättning ses hos en person med förväntad hög funktionsnivå samtidigt som en hög misstanke om primärdegenerativ sjukdom föreligger bör ytterligare utredningsinsatser på specialistenhet för utredning av kognitiva sjukdomar ske.

Vid misstanke om demenssjukdom är det av stor vikt att utredningen är personcentrerad [2]. Då personer som inkluderas i detta vårdförlopp också kan uppfylla inklusionskriterierna för andra vårdförlopp är det av största vikt att en sammantagen bedömning görs utifrån personens egna

förutsättningar och att utredning sker på ett personcentrerat och sammanhållet sätt. Detta är viktigt inte minst om en planerad utrednings olika delar härrör från olika vårdförlopp. Undantagsvis kan bedömningen bli att avstå ingång i ett vårdförlopp, vilket inte behöver innebära att utredning avstås.

1.1.1 Lindrig kognitiv funktionsnedsättning

Andelen personer som får diagnosen lindrig kognitiv funktionsnedsättning (eng. mild cognitive impairment (MCI)) ökar i Sverige. Cirka 30 procent av de personer som får diagnosen insjuknar i en demenssjukdom inom ett år [8].

Den avgörande skillnaden mellan lindrig kognitiv funktionsnedsättning och demenssjukdom är graden av påverkan i vardagen samt graden av nedsättning i de kognitiva domänerna. Då en av målsättningarna med detta vårdförlopp är en tidigare diagnos är det önskvärt att flera personer diagnosticerats redan innan de uppfyller kriterierna för demenssjukdom. Ibland beror den kognitiva funktionsnedsättningen på känd kroppslig sjukdom, psykiatrisk sjukdom som depression, posttraumatiskt stressyndrom, utmattningssyndrom, missbruk eller på en pressad livssituation med ökad stress och koncentrationssvårigheter. Det innebär att man genom rätt behandling möjligtvis kan häva den kognitiva funktionsnedsättningen, något som inte är möjligt vid demenssjukdom vilket ökar vikten av rätt diagnostik. Det är därför viktigt att följa personer med lindrig kognitiv funktionsnedsättning över tid och överväga differentialdiagnoser.

I DSM-5 kan man specificera typ av bakomliggande sjukdomsorsak till den lindriga kognitiva funktionsnedsättningen. I det fortsatta kliniska arbetet används fortsatt ICD-10-kodning. I likhet med DSM-5 delas diagnosen upp i grad av funktionsnedsättning (F- diagnos) och etiologi (G-diagnos). Således kan lindrig kognitiv störning (F06.7) användas tillsammans med G-diagnoserna när man uppfyller kriterier för detta, se avsnitt 1.6 [Vårdförloppets åtgärder, block H](#) för hjälp vid diagnosklassning.

1.1.2 Psykisk sjukdom

Kognitiv svikt förekommer ibland i samband med utmattningstillstånd och depression. Även andra psykiska sjukdomar, såsom bipolär sjukdom och vanföreställningssyndrom, kan ibland debutera sent i livet och medföljas av kognitiv svikt.

Symtom vid psykisk sjukdom och demenssjukdom kan delvis överlappa. Vid demenssjukdom ses ofta en påtaglig minnesnedsättning som ger konsekvenser i vardag och arbete, bristande sjukdomsinsikt, svårigheter att orientera sig, förändrad personlighet, minskad empati, ökad eller minskad aktivitetsnivå eller tvångsmässigt upprepande av aktivitet. Faktorer som kan tyda på psykisk sjukdom är exempelvis förekomst av hörselhallucinationer, tidigare psykiska symtom av lättare grad än de aktuella, och hereditet för psykisk sjukdom.

Långvarig psykisk sjukdom, till exempel schizofreni eller bipolär sjukdom kan medföra kognitiv svikt med tiden. Då psykisk sjukdom är vanligt förekommande i befolkningen och demenssjukdom är vanligare i högre ålder, är det vanligt med samsjuklighet. Symtomen från samtliga sjukdomsgrupper ska då behandlas.

1.1.3 Andra orsaker till kognitiv svikt

Då det är av största vikt att utesluta behandlingsbara differentialdiagnoser påminner detta avsnitt om några vanliga sådana. Tillfällig konfusion är vanlig hos äldre i samband med andra sjukdomar såsom infektioner, trauma eller förflyttning till nya miljöer, exempelvis sjukhusavdelning. Andra vanliga orsaker är överkonsumtion av alkohol eller droger, metabola tillstånd såsom hyperglykemi, hypotyreos, lever och njursvikt. Wernicke-Korsakoff syndrom vid till exempel malnutrition eller alkoholmissbruk är ett potentiellt allvarligt tillstånd. Ett vanligt och behandlingsbart tillstånd bland

äldre är normaltryckshydrocephalus (NPH) vilket föreligger hos cirka 2-3 procent av befolkningen över 65 år [9]. NPH kännetecknas av en initialt isolerad närminnesstörning, gång- och balanssvårigheter och blåsrubbning. Utan behandling kan NPH leda till en uttalad funktionsnedsättning, med kognitiv svikt, behov av gånghjälpmedel och trängningsinkontinens. Tecken på NPH ses vid avbildning av hjärnan med till exempel CT. Misstanke om infektion eller inflammation i hjärnan kräver utredning med bland annat lumbalpunktion. Hjärntumör (primär eller metastas), kroniska subduralhematom, tidigare skalltrauma och strålbehandling mot kraniet kan ge progredierande kognitiv svikt. Neurodegenerativa sjukdomar såsom Huntingtons och Parkinsons sjukdom medför gradvis utveckling av sekundära demenstillstånd.

Bland annat den ökade livslängden hos personer med intellektuella funktionsnedsättningar kan medföra utveckling av demenssjukdom också hos denna patientgrupp. Den intellektuella funktionsnedsättningen kan medföra svårigheter vid utredning och kan kräva anpassningar av utredningsförloppet, vilket i de flesta fall kräver att utredningen genomförs på en specialiserad enhet. Stödverktyget Tidiga tecken, är ett sätt att arbeta med identifiering av ev. demensutveckling [10].

1.2 Omfattning

Detta vårdförlopp är avgränsat till att omfatta utredande åtgärder från att det finns misstanke om demenssjukdom till det att en demensdiagnos är bekräftad eller avfärdad. I de fall utredningen leder fram till diagnosen lindrig kognitiv funktionsnedsättning behövs i många fall uppföljning över tid för att säkrare kunna bekräfta eller avfärda demenssjukdom och man stannar då kvar i vårdförloppet.

De aktiva och fortlöpande åtgärder som med nödvändighet följer på en fastställd diagnos omfattas inte av detta vårdförlopp, utan beskrivs i sin helhet i [Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp](#) [11].

1.3 Vårdförloppets mål

Det övergripande målet är att fler personer med kognitiv svikt till följd av misstänkt demenssjukdom ska genomgå utredning och att sådan utredning ska starta i tidigt skede.

Vidare är målsättningarna att:

- Korta utredningstiderna.
- Skapa bättre förutsättningar för att patientgruppen uppmärksammas, utreds och behandlas inom primärvård och specialiserad vård.
- Ge mer stöd till person, anhörig eller närstående.
- Minska praxisskillnader vid utvidgade kognitiva utredningar.
- Skapa bättre förutsättningar för jämlik och adekvat läkemedelsbehandling.
- I ökad utsträckning koppla samman vård och omsorg för en personcentrerad och sammanhållen vård.

1.4 Ingång och utgång

Ingång i vårdförloppet sker då sjukvården får kontakt med en person där misstanke om att kognitiv svikt till följd av demenssjukdom föreligger, detta oavsett på vilket sätt kontakten tas. Misstanke om sådan kognitiv svikt föreligger om annan orsak till den kognitiva svikten inte är känd sedan tidigare och den kognitiva svikten kan antas ha funnits sedan minst sex månader.

Symtom som har funnits minst sex månader som kan föranleda misstanke om kognitiv svikt till följd av demenssjukdom, enskilt eller tillsammans, är exempelvis:

- försämrade uppmärksamhetsfunktioner
- försämrade visuospatiala funktioner
- försämrade verbala funktioner
- försämrade inlärnings- och minnesfunktioner
- försämrade exekutiva funktioner som att initiera, planera och utföra en handling
- försämrad social kognition.

För detaljerad beskrivning av symtomen, se [appendix](#).

Ingång i vårdförloppet ska *inte* ske om:

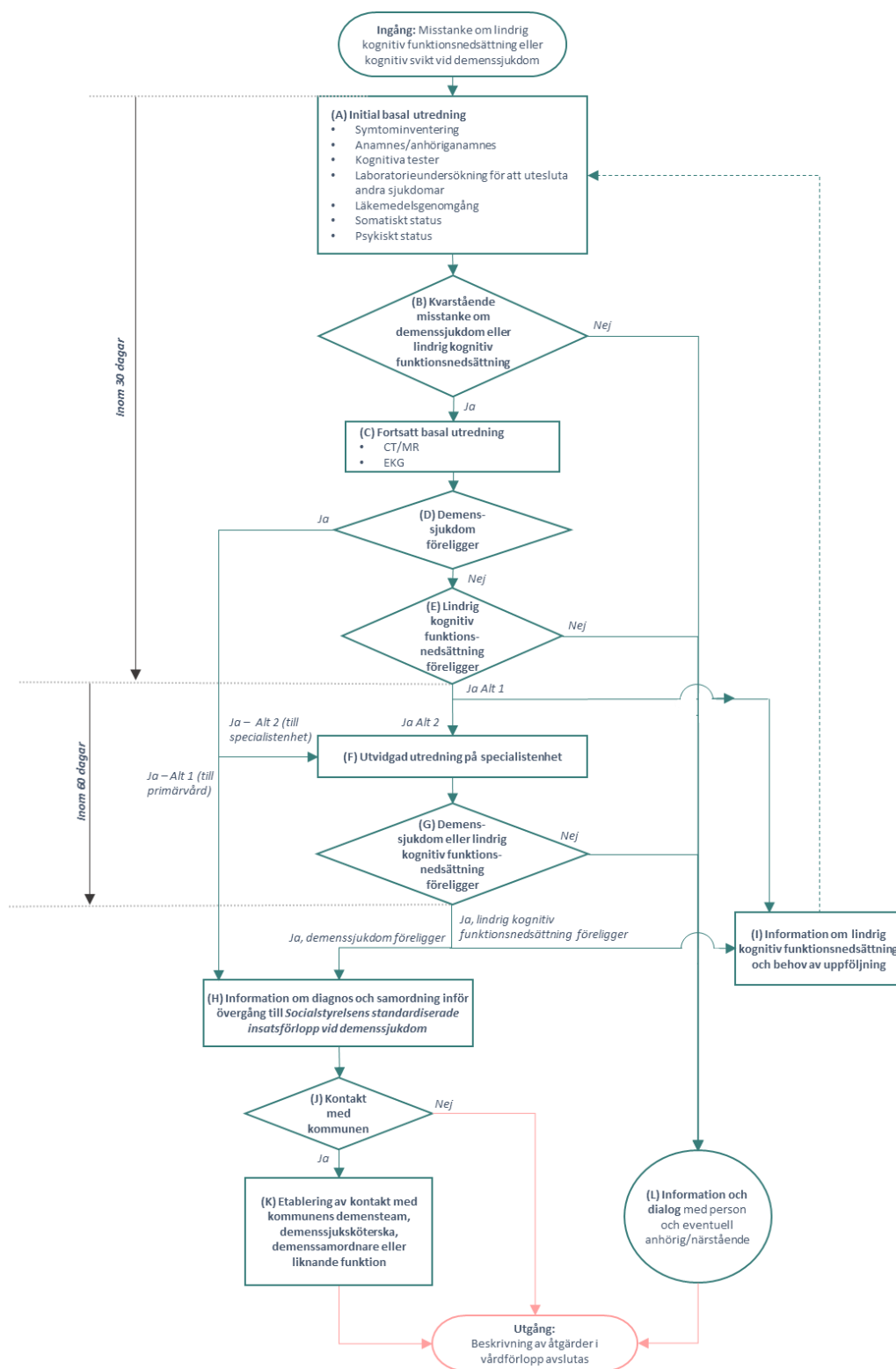
- personen bedöms ha kognitiv svikt orsakad av akut sjukdom, annan kronisk sjukdom eller annat tillstånd än demenssjukdom
- personen eller anhörig i samråd med läkare är överens om att utredning inte tillför nytta eller ytterligare livskvalitet, ett exempel kan vara i livets slutskede
- personen avböjer utredning. Situationer där en person med kognitiv svikt saknar insikt och därför avböjer utredning kan i praktiken ofta vara svår att hantera. Då kan anpassad utredning ske utanför aktuellt vårdförlopp, se [appendix](#) för råd.

Utgång ur vårdförloppet kan ske på något av följande sätt:

- Diagnosen kognitiv svikt vid demenssjukdom har verifierats och fastställs. Personen och eventuell anhörig eller närstående har erhållit muntlig och skriftlig information med åtgärder i enlighet med åtgärdstabellen i [avsnitt 1.6](#). Vårdgivaren har säkerställt att fortsatt uppföljning och kontakt sker i enlighet med [Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp vid demenssjukdom](#)
- Diagnoserna kognitiv svikt vid demenssjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning kan inte bekräftas och personen och eventuell anhörig eller närstående har fått information om detta i enlighet med block (L). Om misstanke om annan somatisk eller psykiatrisk sjukdom har väckts ska utredning ske för detta.

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) beskrivs de åtgärdsblock som ingår i vårdförloppet. Beskrivning av åtgärdsblocken i text finns i Tabell 1.



Figur 1. Flödesschema för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

1.6 Vårdförloppets åtgärder

Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(A) Initial basal utredning</p> <p>Efter block (A) i flödesschemat ska följande vara genomlyst och dokumenterat.</p> <p>För att möjliggöra en riktig bedömning bör personen ges så goda förutsättningar i samband med utredning som möjligt. Detta kan innebära att personen har ätit, druckit, sovit bra och har hjälpmedel såsom glasögon och hörapparater tillgängliga. För vissa grupper behöver utredningen anpassas och hänsyn tas till exempelvis språklig förmåga, sedan tidigare nedsatt kognitiv förmåga, eller annan befintlig diagnos, till exempel Downs syndrom.</p> <p>Symtominventering</p> <ul style="list-style-type: none"> Förändrade kognitiva förmågor; nedsättning inom domänerna uppmärksamhetsfunktioner, visuospatiala funktioner, verbala funktioner, inlärning och minne, exekutiva funktioner och social kognition, se appendix Debut och förlopp Personlighetsförändring Beteendemässiga och psykiska symtom som depression, ångest, oro, hallucinationer Konsekvenser i vardagen för personen och dennes anhöriga eller närstående Förändrat sömnmönster, snarkproblem, förändrad aptit eller kostvanor, viktförändring, förändrade naturliga funktioner, nyttillkomna neurologiska symtom, förändrat rörelsemönster, fall. <p>Anamnes /Anhöriganamnes</p> <ul style="list-style-type: none"> Ärftlighet Familjeförhållanden, barn i hemmet? Utbildning och eventuellt yrke Intressen, fritidsaktiviteter Levnadsvanor: tobak, alkohol, droger Körkort Innehav av skjutvapen Våldsutsatthet Tidigare kognitiv funktionsnivå Tidigare och nuvarande sjukdom, till exempel depression, ångest, oro, infektioner, skalltrauma Inkontinens, naturliga funktioner och sexualitet <p style="text-align: right;">Fortsättning nästa sida Fortsättning från föregående sida</p>	<p>Ta gärna med anhörig eller närstående vid besök. Ställ frågor om sådant som är svårt att förstå, exempelvis vad nästa steg i utredningen kommer att innebära.</p> <p>Ta med syn- och hörselhjälpmedel vid behov.</p>

Hälsö- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<ul style="list-style-type: none"> • Aktuella läkemedel • Överkänslighet mot läkemedel • Munhälsa, se appendix. <p>Använd gärna något av följande strukturerade formulär för anhörganamnes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurokognitiv Symtomenkät, Ragnar Åstrand, www.symtomenkaten.se • Anhörigintervju, Anhörigintervju för identifiering av demens, Demenscentrum <p>Kognitiva tester</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standardiserade tester av kognitiva funktioner, exempelvis MMSE-SR och Klocktest. Alternativt kan MoCA eller andra screeninginstrument användas, se appendix. • RUDAS är ett generellt test som är mindre beroende av språk, kultur och utbildningsnivå och ett alternativ till MMSE-SR. <p>Laboratorieundersökningar</p> <p>Syftar till att utesluta andra sjukdomar. Nedan nämnda bör ingå, vid behov bör ytterligare prover tas utifrån anamnes och status.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blodstatus • Elektrolytstatus inkl kreatinin • Glukos • Joniserat/fritt kalcium • PEth/CDT <p>Samt prover för att utesluta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Störd sköldkörtelfunktion • B12/folatbrist <p>Läkemedelsgenomgång</p> <p>Använd exempelvis symtomskattningsskalan PHASE-20 (PHarmacotherapeutical Symptom Evaluation, 20) Phase-20</p> <p>Status</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somatiskt status inklusive neurologiskt status, vikt och längd. • Munstatus vid behov, bedömning enligt ROAG, Revised Oral Assessment Guide, se appendix. • Psykiskt status, exempelvis tecken på depression, ångest, oro, hallucinationer, vanföreställningar. 	

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(B) Beslut: Kvarstående misstanke om demenssjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning?</p> <p>Säkerställ att anamnes, kognitiva tester, laboratorieundersökningar, läkemedelsgenomgång, somatiskt, psykiskt och neurologiskt status är genomfört och dokumenterat enligt block (A).</p> <p>Kvarstår misstanke om kognitiv svikt vid demenssjukdom?</p> <p>Ja: fortsatt till (C).</p> <p>Nej: fortsatt till (L).</p>	
<p>(C) Fortsatt basal utredning</p> <p>Prioritet enligt nationella riktlinjer inom parentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> CT hjärna (prio 2) med bedömning på ett strukturerat sätt [6, 7] samt EKG. Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga (prio 2), se appendix. 	<p>Ta gärna med anhörig eller närstående vid besök. Ställ frågor om sådant som är svårt att förstå, exempelvis vad nästa steg i utredningen kommer att innebära.</p> <p>Ta med syn- och hörselhjälpmedel vid behov.</p>
<p>(D) Beslut: Demenssjukdom föreligger</p> <p>Ja: I de fall utredningen visar att demenssjukdom föreligger sker fortsatt handläggning enligt två alternativ:</p> <p>Ja - Alternativ 1 gäller i de fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alzheimers sjukdom, vaskulär demenssjukdom eller en blandform av dessa föreligger och personen är över arbetsför ålder <p>Fortsätt till block (H), fortsatt uppföljning i primärvård.</p> <p>Ja - Alternativ 2 gäller i de fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> oklar demenssjukdom föreligger eller misstanke om ovanligare demenssjukdom som exempelvis Lewyskroppsdemens, pannlobsdemens eller Parkinsons sjukdom med kognitiv svikt eller personen är i arbetsför ålder. <p>Fortsätt till block (F), fördjupad utredning på specialistenhet. Var tydlig med information om och när remiss skickas.</p> <p style="text-align: right;"><i>Fortsättning nästa sida</i></p>	<p>Ta gärna med anhörig eller närstående vid besök. Ställ frågor om något är svårt att förstå, exempelvis vad diagnosen innebär för mig och mina anhöriga.</p>

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p style="text-align: right;"><i>Fortsättning från föregående sida</i></p> <p>Nej: I de fall utredningen visar att demenssjukdom inte föreligger, fortsatt till block (E).</p> <p>Observera att i de fall personen trots genomgången fullständig basal utredning önskar bedömning inom specialiserad vård bör en remiss för bedömning skickas. Detsamma gäller även vid säkerställd ovanligare demenssjukdom.</p>	
<p>(E) Lindrig kognitiv funktionsnedsättning föreligger</p> <p>Ja: I de fall utredningen visar att lindrig kognitiv funktionsnedsättning föreligger sker fortsatt handläggning enligt två alternativ:</p> <p>Ja - Alternativ 1 gäller om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lindrig kognitiv funktionsnedsättning ses samtidigt som låg misstanke om primärdegenerativ sjukdom <i>och</i> personen är över arbetsför ålder <p>Fortsatt till block (I), fortsatt uppföljning i primärvård.</p> <p>Ja - Alternativ 2 gäller om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personen är i arbetsför ålder eller • lindrig kognitiv funktionsnedsättning ses samtidigt som en hög misstanke om primärdegenerativ sjukdom finns. <p>Fortsatt till block (F), fortsatt uppföljning på specialistenhet. Var tydlig med information om och när remiss skickas.</p> <p>Nej: I de fall utredningen visar att lindrig kognitiv funktionsnedsättning inte föreligger, fortsatt till block (L).</p>	

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(F) Utvidgad utredning på specialistenhet</p> <p>Utvidgad utredning används för att fastställa diagnos i de fall en basal demensutredning inte varit tillräcklig eller då det finns andra komplicerande omständigheter. Personer i arbetsför ålder med misstänkt demenssjukdom utreds och bedöms ofta inom ramen för en utvidgad demensutredning. Ingående delar väljs utifrån anamnes och misstänkt diagnos. Prioritet enligt nationella riktlinjer anges nedan inom parentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropsykologisk bedömning (prio 3) • MR hjärna (prio 4) • Analys av biomarkörer i likvor (prio 4) • FDG PET (fluorodeoxyglukos positronemissionstomografi) (prio 4) • Mätning av dopamintransportsystemet i hjärnan med SPECT (prio 5) • Bedömning av försämrad kognitiv funktion vid Downs syndrom (prio 2) • Specialiserad språklig bedömning (ej utvärderat i Socialstyrelsens nationella riktlinjer) • Specialiserad bedömning av motoriska funktioner (ej utvärderat i Socialstyrelsens nationella riktlinjer) • Fördjupad funktions- och aktivitetsbedömning, se appendix. <p>Efter utredning inom specialiserad vård återkopplas resultatet till den berörda personen, remittent och vid behov även till kommunens personal.</p>	<p>Ta gärna med anhörig eller närstående vid besök och ställ frågor om sådant som är svårt att förstå, exempelvis vad nästa steg i utredningen kommer att innebära.</p> <p>Ta med syn- och hörselhjälpmedel vid behov.</p>
<p>(G) Demenssjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning föreligger</p> <p>Föreligger demenssjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning?</p> <p>Ja - Demenssjukdom föreligger: fortsätt till block (H).</p> <p>Ja - Lindrig kognitiv funktionsnedsättning föreligger: fortsätt till block (I).</p> <p>Nej: Varken demenssjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning föreligger: fortsätt till block (L).</p>	

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(H) Information om diagnos och samordning inför övergång till Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp vid demenssjukdom</p> <p>Observera att det som nämns nedan omfattar mycket information och beslut som ska tas och bör delas upp på flera tillfällen. Vid diagnostillfället är det ofta tillräckligt att försöka ta till sig information om sjukdomen. Ta hänsyn till vilken information som personen och anhöriga kan ta till sig.</p> <p>Information och vårdplan, nedanstående bör ingå:</p> <p>Ge information om aktuell diagnos, både skriftligt och muntligt. Använd gärna Faktablad på olika språk från Demenscentrum</p> <p>Ta ställning till:</p> <ul style="list-style-type: none"> • läkemedelsbehandling • körkort/skjutvapen: fortsatt innehav? Se appendix • sjukskrivning • tandvårdsintyg. <p>Informera och diskutera fortsatt planering; gör en vårdplan tillsammans.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Var vänder jag mig och eventuell anhörig/närstående med frågor? • Vad kan jag göra själv? Ge individanpassade rekommendationer om livsstil med mera. • Ge kontaktuppgifter till kontaktpersoner inom region och kommun, fråga om önskemål, samtycke för ev överrapportering mellan hälsa- och sjukvård och kommunal omsorg. • Fråga om minderåriga barn finns i hemmet. Barn och unga kan vara både närstående och närmast anhörig. Ett familjecentrerat nätverksbaserat stöd där många är involverade så som skola, andra närstående och anhörigstöd från kommun rekommenderas. • Informera om Svedem och fråga om registrering. Detta är frivilligt, ge möjlighet att avstå. • Planera för uppföljning, både uppföljning inom några veckor efter diagnosbesked och årligen, gärna oftare vid behov. Se mer information i Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom [11]. • Erbjud fast vårdkontakt inom regional och vid behov inom kommunal sjukvård och omsorg. • Erbjud en Samordnad individuell plan (SIP) vid behov. • Erbjud åtgärder för att minska konsekvenser av demenssjukdomen, såsom hjälpmedel, bostadsanpassning, bemötandestrategier. • Bjud in till utbildning för personer med demenssjukdom och anhöriga eller närstående. <p style="text-align: right;"><i>Fortsättning nästa sida</i></p>	<p>Ta gärna med anhörig eller närstående vid besök. Ställ frågor om något är svårt att förstå, exempelvis vad diagnosen innebär för mig och mina anhöriga eller närstående. Fråga om kontaktuppgifter till fortsatt vård.</p>

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p style="text-align: right;"><i>Fortsättning från föregående sida</i></p> <p>Aktuella diagnoser inom vårdförloppet och hur dessa kodas enl ICD:</p> <p>I ICD-systemet kodas vissa diagnoser med koder som består av en sk asteriskkod och en sk daggerkod. Asterisk-dagger-kodning innebär att man med två koder beskriver dels aktuella besvär (asterisk *) och dels den bakomliggande orsaken till det aktuella besväret (dagger †).</p> <p>Använd nedanstående koder:</p> <p>Demenssjukdomar enligt ICD-10:</p> <ul style="list-style-type: none"> – F00.0 *G30.0† Alzheimers sjukdom med tidig debut – F00.1 *G30.1† Alzheimers sjukdom med sen debut – F00.2 *G30.8† Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada (blanddemens) – F01.9 Vaskulär demens – F02.0 *G31.0† Pannlobsdemens – F02.8 * G31.8A† Lewykroppsdemens – F02.3 *G20. 9† Demens vid Parkinsons sjukdom – F10.7A Alkoholrelaterad demens – F03.9 Demens utan närmare specifikation (UNS). 	
<p>(I) Information om lindrig kognitiv funktionsnedsättning och behov av uppföljning</p> <p>Observera att det som nämns nedan omfattar mycket information och beslut som ska tas och bör delas upp på flera tillfällen. Vid diagnostillfället är det ofta tillräckligt att försöka ta till sig information om sjukdomen. Ta hänsyn till var personen och anhöriga befinner sig.</p> <p>Information och vårdplan, nedanstående bör ingå:</p> <p>Ge information om aktuell diagnos, både skriftligt och muntligt.</p> <p>Ta ställning till:</p> <ul style="list-style-type: none"> • läkemedelsbehandling • körkort/skjutvapen: fortsatt innehav? se appendix • sjukskrivning • tandvårdsintyg. <p>Informera och diskutera fortsatt planering; gör en vårdplan tillsammans.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vart vänder jag mig och eventuell anhörig/närstående med frågor? Erbjud fast vårdkontakt vid behov. • Vad kan jag göra själv? Ge individanpassade rekommendationer om livsstil med mera. <p style="text-align: right;"><i>Fortsättning nästa sida</i></p>	

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p><i>Fortsättning från föregående sida</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ge kontaktuppgifter till kontaktpersoner inom region och kommun, vid behov fråga om önskemål, samtycke för ev överrapportering mellan hälsa- och sjukvård och kommunal omsorg. • Ge information om att söka på nytt om försämring av aktuella symtom eller om nya symtom på kognitiv svikt tillkommer. I de fall man befärar att personen själv eller anhöriga inte kan ta ett sådant initiativ ska personen aktivt kallas inom max ett år. Informera om var uppföljning kommer att ske; inom primärvård eller specialistenhet. • Fråga om minderåriga barn finns i hemmet. Barn och unga kan vara både närstående och närmast anhörig. Ett familjecentrerat nätverksbaserat stöd där många är involverade så som skola, andra närstående och anhörigstöd från kommun rekommenderas. • Informera om samtycke till registrering i SveDem i de fall det är tillgängligt. Personen har möjlighet att tacka nej till registrering men behöver inte aktivt säga ja. • Planera för uppföljning, både uppföljning inom några veckor efter diagnosbesked och årligen, gärna oftare vid behov. • Erbjud åtgärder för att minska konsekvenser av demenssjukdomen, såsom hjälpmedel, bostadsanpassning, bemötandestrategier. • Bjud in till utbildning för personer med lindrig kognitiv funktionsnedsättning och anhöriga eller närstående. <p>Aktuella diagnoser inom vårdförloppet och hur dessa kodas enl ICD:</p> <p>I ICD-systemet kodas vissa diagnoser med koder som består av en sk asteriskod och en sk daggerkod. Asterisk-dagger-kodning innebär att man med två koder beskriver dels aktuella besvär (asterisk *) och dels den bakomliggande orsaken till det aktuella besväret (dagger †).</p> <p>Använd nedanstående koder.</p> <p>Lindrig funktionsnedsättning (i enlighet med DSM- 5), diagnoskoder enligt ICD:</p> <ul style="list-style-type: none"> – F06.7* G30.0† Alzheimer typ med tidig debut – F06.7* G30.1† Alzheimer typ med sen debut – F06.7* G310† Pannlobstyp – F06.7* G318A† Lewykroppstyp – F06.7* Vaskulär typ – F06.7* G209† Parkinsonstyp – F06.7* (alkoholmissbruk, läkemedelsbruk) – F06.7* Ospecificerad <p>Fortsätt till (A).</p>	

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p>(J) Beslut: Kontakt med kommunen</p> <p>Ett tidigt insatt stöd har stort värde både för den som nyligen fått veta att hen har en demenssjukdom och för de anhöriga. Observera att dessa insatser även kan vara aktuella för de personer som inte ingår i vårdförloppet, mer information finns i appendix.</p> <p>Med insatser som är anpassade till person och tid kan vården och omsorgen optimeras [11]. Ett teambaserat arbetssätt rekommenderas och stödjer samverkan.</p> <p>Behov av stödinsatser identifieras under eller efter genomgången utredning och person samtycker till att kommunen kontaktas.</p> <p>Ja: fortsatt till block (K).</p> <p>Nej: fortsatt till utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.</p>	<p>Ställ frågor om något är svårt att förstå.</p>
<p>(K) Etablering av kontakt med kommunens demenssteam, demenssjuksköterska, demenssamordnare eller liknande funktion</p> <p>Fortsätt till utgång. Därefter arbete i enlighet med Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom [11].</p>	
<p>(L) Skriftlig och muntlig information och dialog med berörd person och eventuell anhörig eller närstående</p> <ul style="list-style-type: none"> Ge skriftlig och muntlig information till personen om att demenssjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning inte föreligger. Informera om att söka på nytt om försämring av aktuella symtom eller om nya symtom på kognitiv svikt tillkommer. I de fall man befärar att personen själv eller anhöriga inte kan ta ett sådant initiativ ska personen aktivt kallas inom ett år. Informera i sådana fall om var uppföljning kommer att ske; inom primärvård eller på specialistenhet. <p>Fortsätt till utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.</p>	

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

Personcentrering och patientkontakt är beaktat i ovan beskrivna åtgärder. Utöver detta är nedanstående viktigt att lyfta fram. Vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom bygger på att personen är delaktig och önskar utredning. Förutsättningarna för att vara delaktig och planera den framtida vården och omsorgen är bättre ju tidigare i sjukdomsförloppet en diagnos ställs.

Samtidigt kan den kognitiva svikten i sig medföra svårigheter till delaktighet. Ur ett hälsoperspektiv är det dock viktigt att utreda orsaken till kognitiv svikt eftersom behandlingsbara orsaker då kan uteslutas och riktade stödinsatser aktiveras. I dessa situationer är det oerhört viktigt att se patienten och dennes anhöriga eller närstående som samarbetspartners. Att bygga vårdrelationen utifrån ett etiskt förhållningssätt och lagar är bärande i situationen där kontinuitet och samverkan i vårdens övergångar syftar till att främja hälsa och goda levnadsförhållanden. Mer stöd finns i appendix.

Om personen har kommunikationssvårigheter på grund av kognitiva svårigheter bör samtalsstödjande kommunikationstekniker användas av samtalspartner för att utgöra ett aktivt samtalsstöd. Exempel på kommunikationstekniker är att ha ögonkontakt, tala i lugnt tempo, ge tid, ställa enkla ja- och nej-frågor, förtydliga budskap genom att skriva nyckelord eller att använda bilder som stöd.

Det är viktigt att personen och dennes anhöriga eller närstående vet var de kan vända sig vid ökade besvär, såväl fysiska, kognitiva som sociala. Patientkontraktet ska innehålla information om fortsatt vård, planerad uppföljning och aktuella kontaktuppgifter. Informationen ska vara anpassad utifrån personens förutsättningar, erfarenheter och önskemål om fortsatta åtgärder och möjliga behandlingar. Information och delaktighet av anhöriga eller närstående är viktig. Personen och vårdgivaren utvärderar och reviderar tillsammans planen för den fortsatta vården fortlöpande under förloppet.

2 Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppen, dess mål och åtgärder, följs upp genom resultat- och processmått och skapar förutsättningar för ett kontinuerligt förbättringsarbete. För varje vårdförlopp ska en plan för uppföljningen arbetas fram och beslutas i berörda samverkansgrupper, antingen i samband med beslutet om vårdförlopp eller så snart som möjligt därefter.

Planen ska ange vad som ska göras för att en ändamålsenlig uppföljning ska kunna realiseras – precisering av indikatorer, beskrivning av hur olika variabler ska fångas regionalt samt hur och vilken nationell datainsamling som ska ske och hur resultat ska presenteras. Arbetet med uppföljning av vårdförlopp ska bidra till en mer enhetlig och strukturerad dokumentation i vårdinformationssystemen.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Vårdförloppets indikatorer kan främst följas upp med etablerade och tillkommande indikatorer från kvalitetsregistret SveDem, Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar. I SveDem kan idag endast personer med en demensdiagnos inkluderas, det vill säga inte alla som genomgått en demensutredning. Från 2021 kommer enheter i specialiserad vård att kunna registrera även personer med lindrig kognitiv funktionsnedsättning. Vidare har SveDem en begränsad täckningsgrad. Inrapporteringen till registret behöver därför öka för att man ska kunna dra slutsatser om i vilken mån demensvården lever upp till de kvalitetskrav som vårdförloppet innehåller. SveDem kan dock vara ett bra stöd för lokal uppföljning för en enhet som har god inrapportering, även om det är svårt att jämföra sig med andra enheter.

För att öka registreringen till SveDem är en viktig förutsättning att inrapporteringen kan ske genom direktöverföring från journalsystem. Detta förutsätter i sin tur att vårddokumentationen blir

strukturerad så att kvalitetsvariablerna kan fångas. För några vårdförlopp och kvalitetsregister bedrivs idag utvecklingsarbete vad gäller vårddokumentation och andra förutsättningar för direktöverföring av kvalitetsdata. Erfarenheter från detta arbete ska därefter kunna användas i flera vårdförlopp och kvalitetsregister.

Även kvalitetsrapporteringsmodellen PrimärvårdsKvalitet kan användas för att följa upp vården vid demens, i det fortsatta arbetet med uppföljning av vårdförloppet för kognitiv svikt ingår att överväga möjligheten att använda lämpliga indikatorer från PrimärvårdsKvalitet.

2.2 Indikatorer för uppföljning

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom beskriver ett flöde – vad som ska göras och i vilken ordning. Mätning av flödet föreslås ske genom uppföljning av ett antal processmått, det vill säga mått som visar om hela eller basala delar av flödet är genomfört, samt inom vilken tidsrymd åtgärderna ska sättas in.

Tabell 2. Processmått

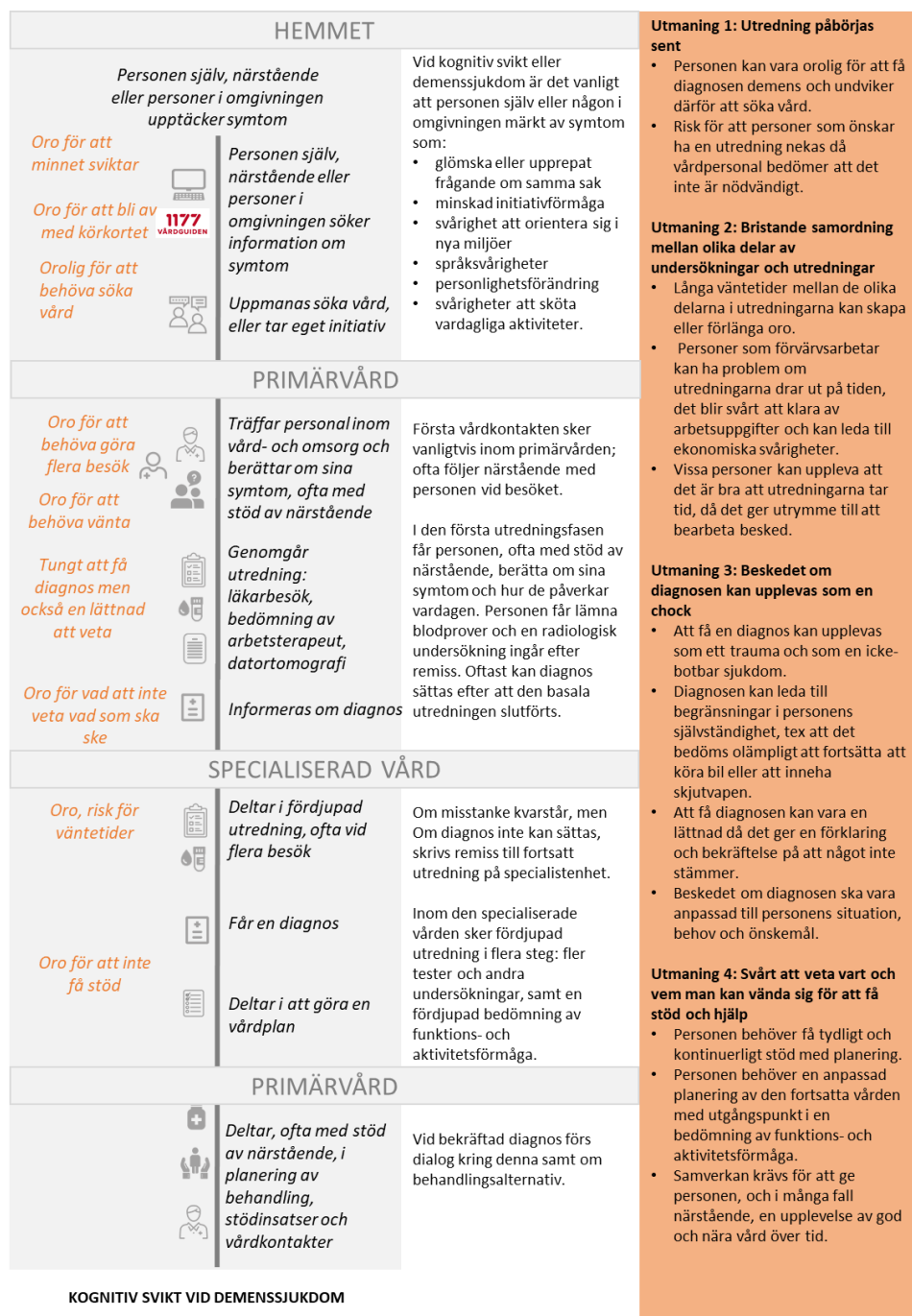
Indikator, uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
För basala utredningar:			
Antal dagar från start av utredning till diagnos, medel och medianvärde	≤ 30 dagar	Årligen	Kvalitetsregistret SveDem*
Andelen personer med nydiagnostiserad demenssjukdom som genomgått en fullständig basal kognitiv utredning	≥ 90 %	Årligen	Kvalitetsregistret SveDem*
Andelen personer med diagnosticerad demenssjukdom som fått en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen	≥ 90 %	Årligen	Kvalitetsregistret SveDem*, från 2021
För utvidgade utredningar:			
Tid från kontaktdatum/mottagen remiss till diagnos	≤ 60 dagar	Årligen	Kvalitetsregistret SveDem*
Andelen personer med Alzheimers sjukdom som förskrivs demensläkemedel i samband med att personen informeras om diagnosen	Specialiserad vård ≥ 80 % Primärvård ≥ 75 %	Årligen	Kvalitetsregistret SveDem*
Andelen personer med demenssjukdom där vården initierat anhörigstöd i samband med att personen informeras om diagnosen	≥ 95 %	Årligen	Kvalitetsregistret SveDem*
Andelen personer med demenssjukdom där vården initierat patientstöd i samband med att personen informeras om diagnosen	≥ 95 %	Årligen	Kvalitetsregistret SveDem*, från 2021

* SveDem kommer att göra det möjligt för specialisterheter att registrera in personer med lindrig kognitiv funktionsnedsättning från och med 2021

3 Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

Bilden nedan (Figur 2) är en grafisk presentation av i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos personer med kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom. Vårdförloppet är utformat för att adressera de utmaningar som redovisas i bilden. Identifierade utmaningar avspeglas även i vårdförloppets mål ([se avsnitt 1.3](#)).



Figur 2. Grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos personer med kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

Detta vårdförlopp bygger till stor del på Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2017 samt utvärderingen av vård och omsorg vid demenssjukdom. Det är viktigt att detta vårdförlopp, då en person har fått en demensdiagnos, följs av det standardiserade insatsförloppet framtaget av Socialstyrelsen 2019.

- Socialstyrelsen; 2017. 3. Socialstyrelsen. [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen; 2017](#) [2]
- Socialstyrelsen. [Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Socialstyrelsen; 2018](#) [12]
- Socialstyrelsen. [En nationell strategi för demenssjukdom – Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022](#) [13]
- Socialstyrelsen. [Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom; 2019.](#) [11]

3.3 Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för utredning av kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom har pågått under november 2019 till februari 2021. Arbetet har bestått av fysiska och digitala möten samt arbete mellan träffarna. Vårdförloppet har varit på öppen remiss under hösten 2020.

Alla deltagare i NAG har lämnat in jävsdeklaration och de är bedömda och godkända för att kunna delta i nationell arbetsgrupp.

Vårdförloppet är godkänt av Nationellt programområde Äldres hälsa samt styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) som även rekommenderar regionerna att besluta om dem och därefter påbörja införandet.

Tabell 3. Arbetsgruppens medlemmar

Namn	Eventuell akademisk titel	Yrkestitel/ patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Region eller kommun samt den region kommunen ligger i	Ev. övrig roll i arbetsgruppen
Anne Ekdahl	Docent	Specialist i geriatrik	NPO Äldres hälsa	Region Skåne	Ordförande
Ann-Katrin Edlund		Sjuksköterska	SveDem	Region Stockholm	
Aron Sjöberg		Neuropsykolog	Minnesmottagningen	Region Gotland	
Björn Strindberg Lennhed		Specialist i geriatrik, Silvialäkare		Region Dalarna	
Björn Westerlind	Med dr	Specialist i geriatrik och allmänmedicin	Geriatriska kliniken Ryhov	Region Jönköping	
Christel Åberg	Adjunkt	Universitetsadjunkt Vårdvetenskap Specialistsjuksköterska demensvård	Högskolan Väst		
Christer Rosenberg		Specialist i allmänmedicin	SFAM, Svensk Förening för allmänmedicin		
Eva Granvik		Sjuksköterska	BPSD-registret	Region Skåne	

Namn	Eventuell akademisk titel	Yrkestitel/ patientföretredare	Organisation/ tjänsteställe	Region eller kommun samt den region kommunen ligger i	Ev. övrig roll i arbetsgruppen
Frida Nobel		Medicinskt sakkunnig	Socialstyrelsen		
Jenny Malmgren		Marknadskoordinator	Alzheimer Sverige		
Katarina Laurell	Lektor, docent	Specialist i neurologi	Uppsala universitet	Region Uppsala	
Lena Nilsson		Silviaarbetsterapeut	Dalengeriatriken	Region Stockholm	
Linnea Grankvist		Processtöd	NPO Äldres hälsa	Region Värmland	Processledare
Lotta Larsson		Patientföretredare	Svenska Downföreningen		
Madelene Johanson		Specialist i allmänmedicin, Silvialäkare	NPO Äldres hälsa	Region Värmland	Ordförande
Marie Rydén		Specialist i geriatrik	Svensk Geriatrisk förening	Region Stockholm	
Solveig Håkansson Chaves		Distriktssköterska	Boo Vårdcentral	Region Stockholm	
Tove Norman		Specialist i geriatrik		Region Västerbotten	
Ulla-Britt Matsson		Specialist i psykiatri		Västra Götalandsregionen	

4. Referenser

- [1] M. Prince, R. Bryce, E. Albanese, A. Wimo, W. Ribeiro, and C. P. Ferri, "The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis," *Alzheimer's & Dementia*, vol. 9, no. 1, pp. 63-75.e2, 2013, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>.
- [2] Socialstyrelsen, "Nationella Riktlinjer. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. 21 Feb. 2021. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>," 2017.
- [3] I. Skoog *et al.*, "Decreasing prevalence of dementia in 85-year olds examined 22 years apart: the influence of education and stroke," (in eng), *Sci Rep*, vol. 7, no. 1, pp. 6136-6136, 2017, doi: 10.1038/s41598-017-05022-8.
- [4] Y.-T. Wu *et al.*, "The changing prevalence and incidence of dementia over time — current evidence," *Nature Reviews Neurology*, vol. 13, no. 6, pp. 327-339, 2017/06/01 2017, doi: 10.1038/nrneurol.2017.63.
- [5] G. Livingston *et al.*, "Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission," *The Lancet*, vol. 396, no. 10248, pp. 413-446, 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.
- [6] L. Wahlund, D. van Westmna, W. A. C. L, and E.-M. Larsson, "Strukturell hjärnavbildning kan förbättra diagnostiken vid demens," *Läkartidningen*, vol. 46, 2013.
- [7] L.-O. Wahlund *et al.*, "Imaging biomarkers of dementia: recommended visual rating scales with teaching cases," (in eng), *Insights Imaging*, vol. 8, no. 1, pp. 79-90, 2017, doi: 10.1007/s13244-016-0521-6.
- [8] Y. Chen *et al.*, "Progression from normal cognition to mild cognitive impairment in a diverse clinic-based and community-based elderly cohort," (in eng), *Alzheimers Dement*, vol. 13, no. 4, pp. 399-405, Apr 2017, doi: 10.1016/j.jalz.2016.07.151.
- [9] M. M. Johansson, J. Marcusson, and E. Wressle, "Development of an instrument for measuring activities of daily living in persons with suspected cognitive impairment," *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 23, no. 3, pp. 230-239, 2016/05/03 2016, doi: 10.3109/11038128.2016.1139621.
- [10] "Tidiga tecken. 21 Feb. 2021. <https://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/vardkedjan/Utvecklingsstoring-demens/Tidiga-Tecken>," 2020.
- [11] Socialstyrelsen, "Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. 7. Feb 2021. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-22.pdf>," 2019.
- [12] Socialstyrelsen, "Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden. 7 Feb, 2021. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-3-1.pdf>," 2018.
- [13] Socialstyrelsen, "Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom. 7 Feb. 2021. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-6-4.pdf>," 2017.

Appendix

A. Kognitiva förmågor

Kognitiva sjukdomar så som demenssjukdom påverkar de kognitiva funktionerna uppmärksamhet, visuospatiala funktioner, språk, minne, exekutiva funktioner och social kognition. Nedan ges en kortfattad beskrivning av respektive förmåga och konsekvenser av nedsättningar i denna.

Domän	Vilken betydelse har denna förmåga?	Exempel på konsekvenser vid nedsatt förmåga
Uppmärksamhetsfunktioner	Uppmärksamhet är en övergripande funktion som krävs för att upprätthålla övriga kognitiva funktioner.	Svårigheter att hålla tråden i ett samtal, återge telefonnummer eller adresser, räkna huvudräkning
Visuospatiala funktioner	Samlad tolkning av exv. syn och hörsel, varseblivning av kroppens position (proprioception). Hjälper oss med rumsuppfattningen, att finna vår väg, både utanför hemmet och i hemmet.	Svårigheter att hitta i nya miljöer eller i sitt närområde, att orientera sin kropp till omgivningen t.ex. kan det vara svårt att parkera en bil eller att placera sig på en stol.
Verbala funktioner	Språket hjälper oss att kommunicera med andra, att förstå och uttrycka oss	Svårigheter att förstå vad som sägs, hitta ord eller skriva. Tala i floskler eller med många upprepningar.
Inlärnings- och minnesfunktioner	Att vi kan komma ihåg, dra lärdom av och anpassa oss till tidigare händelser	Upprepning av samma saker i ett samtal, svårigheter att komma ihåg vad som nyss skett eller sagts, svårigheter att passa tider eller veta vilken dag/månad/år det är.
Exekutiva funktioner	Förmågan att initiera och planera sammansatta uppgifter, samt utföra dem ändamålsenligt.	Initiativlöshet. Svårigheter att följa bruksanvisningar, handhavande av apparater tex. kontokortsbetalning.
Social kognition	Bevarar lämpligt beteende - impuls kontroll	Förändrad personlighet och omdöme. Svårigheter att notera sociala signaler, läsa av ansiktsuttryck. Aggressionsutbrott, nedstämdhet, blödighet.

B. Kognitiva tester

Vid misstanke om demenssjukdom är det viktigt med en snabb och adekvat medicinsk utredning för att bedöma den kognitiva funktionen och om möjligt fastställa eller utesluta demenssjukdom. Nedan ges en kortfattad beskrivning av kognitiva tester samt dess prioritet i nationella riktlinjer (Prioritet 1-3 "bör användas", Prioritet 4-7 "kan användas", Prioritet 8-10 "kan i undantagsfall användas").

Namn	Beskrivning	Prioritet i nationella riktlinjer
Cognistat	Ett amerikanskt test som testar tre generella områden: medvetandenivå, orientering och uppmärksamhet, och fem funktionsområden: språk, visuospatial funktion, minne, huvudräkning samt logik.	Saknas
Klocktest	Klocktest används för screening och uppföljning av kognitiv påverkan. Det mäter visuospatial förmåga, tidsuppfattning samt nedsättning i abstraktion och planering. Utförs som komplement till MMSE-SR	Prioritet 2
Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	Testar uppmärksamhet, koncentration, exekutiva funktioner, minne, språklig förmåga, visuospatiala förmågor, abstrakt tänkande, räkneförmåga och orientering	Prioritet 5
Minimal State Examination, svensk version (MMSE-SR)	Instrumentet består av 20 frågor uppdelat på 11 områden. Frågorna täcker orientering till tid och rum, minne, språk och visuospatial funktion	Prioritet 2
Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)	Ett generellt test som är mindre beroende av språk, kultur och utbildningsnivå än exempelvis MMSE-SR	Prioritet 2
Trail Making Test (TMT)	Spärsökningsuppgift där deltest A mäter visuell avsökningsförmåga och psykomotorisk hastighet. I deltest B tillkommer en mer exekutiv komponent som kräver skiftande uppmärksamhet, kognitiv flexibilitet och simultankapacitet.	Saknas

C. Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning vid utredning

Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning används för att ta reda på vilka funktioner som är nedsatta hos en person och vilka konsekvenser det skapar i personens vardag. Bedömningen syftar till att fånga förändringar som uppstått över tid och är en prioriterad åtgärd enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer [1]. Bedömningen bidrar till att fastställa diagnos och värdera graden av demenssjukdom. Genom att synliggöra i vilka aktiviteter personen behöver stöd, kan ett underlag ges för planering av stödinsatser, förskrivning av kognitiva hjälpmedel och utförandet av kognitiva miljöanpassningar [2].

Bedömningen inleds vanligtvis med en strukturerad intervju som fokuserar på förändringar i personens aktivitetsförmåga. Ofta intervjuas personens närstående, detta kan ske tillsammans eller enskilt. Intervjun kompletteras med fördel med observation av personens aktivitetsutförande, exempelvis att tillaga en enkel måltid eller hantera vardagsteknik. Platsen för bedömning anpassas efter personens behov och svårighetsgraden på aktiviteter eller uppgifter för bedömning anpassas till personens sjukdomsfas. Det kan vara en fördel att utföra observationen i en miljö som personen är van att vistas i.

Efter genomförd bedömning görs ställningstagande till vidare utredning med kognitiv testning. Såväl intervju och observation som kognitiv testning bör utgå från validerade bedömningsinstrument. Exempel på instrument som kan användas är ADL-taxonomin [3], CID, Cognitive Impairment in Daily Life [4] och AMPS, The Assessment of Motor and Process Skills [5].

D. Neuropsykologisk utredning som en del i utvidgad utredning

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör neuropsykologiska test av kognitiva funktioner erbjudas vid utvidgad demensutredning eftersom det stärker den diagnostiska tillförlitligheten. Neuropsykologisk utredning ska genomföras av en legitimerad psykolog som bör vara vidareutbildad i neuropsykologi eller specialist i neuropsykologi.

Syfte

Syftet med psykometriska bedömningsinstrument är på ett objektivt sätt undersöka olika kognitiva domäner och funktioner. Neuropsykologiska test kan till skillnad från enklare kognitiva bedömningsinstrument upptäcka mer subtila kognitiva funktionsnedsättningar och därmed fånga tidiga tecken på en begynnande demensutveckling. En neuropsykologisk utredning ska också syfta till att differentiera kognitiva funktionsnedsättningar orsakade av demenssjukdom med kognitiva nedsättningar orsakade av andra tillstånd. Neuropsykologiska test kan också fungera som underlag för läkares bedömning kring medicinsk lämplighet för körkorts- och skjutvapeninnehav.

Utredning

Utredningen bör vanligen omfatta en undersökning av samtliga kognitiva domäner: allmänintellektuell förmåga, inlärning och minne, uppmärksamhetsfunktioner och visuospatiala förmågor, verbala funktioner, exekutiva funktioner samt social kognition.

Det är viktigt att undersöka psykosocial och emotionell funktion, psykiatriska symtom samt personlighet. Psykosocial och emotionell funktion kan vara påverkade utan att förmågan till social kognition är nedsatt. Dessa områden bör bedömas genom strukturerade intervjuer och skattningsskalor med både patient, anhöriga och närstående. Olika demenssjukdomar kan behöva utredas med olika bedömningsinstrument.

Frågor kring reliabilitet och validitet bör uppmärksammas när en frågeställning handlar om att mäta eventuell försämring över tid. Detta berör särskilt effekter av att genomföra samma test vid flera

tillfällen vilket kan leda till att faktiska förändringar i positiv eller negativ riktning kan förbli upptäckta på grund av en så kallad inlärningseffekt. Ett antal test finns i olika parallella versioner med syfte att minimera dessa effekter.

I de fall då utredningsresultaten inte är förenliga med andra undersökningsfynd eller personen själv eller anhöriga kan antas kunna nå ekonomiska eller andra fördelar genom att överdriva sina besvär och/eller erhålla låga resultat i utredningen bör särskilda metoder användas för att belysa trovärdigheten, både avseende symtomrapporteringen och de aktuella testresultaten.

Den neuropsykologiska utredningen är beroende av att de data som erhållits är valida och representativa för patientens kognitiva funktion. Det kan finnas situationer när en person eller anhörig inte är motiverade att prestera optimalt i utredningen. Detta kan ha flera orsaker men beror ofta på en oro och rädsla för negativa konsekvenser vid ett alltför gott utredningsresultat, till exempel ökade krav eller minskade möjligheter till stöd i vardagen. Vid dessa tillfällen bör den utredande psykologen bedöma personens motivation med särskilda bedömningsinstrument för att garantera utredningens kvalitet och möjliggöra korrekt diagnostik och förslag på lämpliga åtgärder.

Utlåtande

Resultat som framkommer i den neuropsykologiska utredningen ska sammanfattas i ett utlåtande. Utlåtandet bör innehålla information kring aktuell frågeställning, bakgrundsinformation, metoder som har använts, observationer, resultat samt sammanfattning, bedömning och eventuellt rekommendationer.

Utlåtandet bör besvara frågeställningen om det föreligger kognitiv funktionsnedsättning och om det i sådant fall är förenligt med demenssjukdom eller om det bedöms finns andra orsaker. Språkliga beskrivningar av resultat kombineras med fördel med numeriska värden i löpande text eller i form av ett fristående dokument. Detta med syfte att möjliggöra bland annat eftergranskning och uppföljande utredning.

Rekommenderade bedömningsinstrument

Valet av specifika bedömningsinstrument avgörs av vilka kognitiva domäner och funktioner som ska undersökas. Utredande psykolog ansvarar för att använda utifrån frågeställningen lämpliga bedömningsinstrument med god psykometrisk kvalitet. Bedömningsinstrument som är utvecklade för svenska förhållanden och har svenska normer av hög kvalitet bör användas i första hand. Eftersom demenssjukdom främst drabbar äldre är det viktigt att använda bedömningsinstrument som är normerade för äldre personer. Vissa bedömningsinstrument finns inte formellt översatta och normerade till svenska förhållanden. Utredande psykolog ansvarar då för att göra en kvalificerad bedömning om bedömningsinstrumentet ändå kan vara lämpligt.

Ett antal rekommenderade bedömningsinstrument listas nedan. Observera att de rekommenderade bedömningsinstrumenten enbart är förslag på test med goda psykometriska egenskaper. Det är ofta inte nödvändigt eller lämpligt att använda alla bedömningsinstrument. Valet av bedömningsinstrument måste anpassas utifrån aktuell frågeställning och den enskilde patientens förutsättningar. Det är alltid den utredande psykologen som själv avgör vilka bedömningsinstrument som är lämpliga och ansvarar för att göra en sammanfattande helhetsbedömning.

Namn	Beskrivning
Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV)	WAIS-IV är ett av världens mest använda intelligenstest men används också för att bedöma kognitiva funktionsnedsättningar. Testbatteriet består av 15 olika deltest som mäter fyra breda index; verbala funktioner, perceptuella funktioner, arbetsminne samt snabbhet. Inläring och episodiskt minne ingår ej. Mycket goda normer.
Wechsler Memory Scale (WMS-III)	Testbatteri för bedömning av inläring och minne. WMS-III innehåller 11 deltest som mäter åtta breda index; omedelbart auditivt minne, omedelbart visuellt minne, omedelbart minne, fördröjt auditivt minne, fördröjt visuellt minne, fördröjd auditiv igenkänning, generellt minne samt arbetsminne. Deltesten innehåller såväl verbala som bildmässiga stimuli, och man prövar såväl korttidsminnet, som omedelbar och fördröjd återgivning, samt igenkänning. Mycket goda normer.
Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS)	Testbatteri med 9 deltest som avser att mäta exekutiva funktioner. Resultaten ger en uttömmande bild av eventuella svårigheter med kontroll över det egna beteendet, planering och strategival, organisering, reglering av känslor och reaktioner, arbetsminne, graden av flexibilitet och abstraktionsnivå i tänkandet med mera. Goda normer.
Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS)	Snabbadministrerat testbatteri som består av 12 deltest som mäter fem breda index; omedelbart minne, perceptuella funktioner, verbala funktioner, uppmärksamhetsfunktioner samt fördröjt minne. Testbatteriet har två parallella versioner vilket underlättar vid förnyad testning för att följa sjukdomsprogression. RBANS är specifikt framtaget för demensutredning men kan även användas för att kartlägga kognitiva funktioner hos andra målgrupper, t.ex. personer med förvärvade hjärnskador eller neurologiska sjukdomar. Mycket goda normer.
Mindmore	Datoriserat testbatteri av kognitiv funktion med digitala versioner av flera kliniskt välbeprövade test bland andra CREAD, TMT och BNT. Testbatteriet administreras digitalt och rättning samt normering görs automatiskt. Svensk regressionsbaserad normdata.
Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT)	Minnestest som mäter förmågan till inläring av auditivt presenterad information. Testet ger mått på inläring, fördröjd återgivning och igenkänning.
Brief Visuospatial Memory Test-Revised (BVM-T-R)	Minnestest som mäter förmågan till inläring av visuellt presenterad information. Testet ger mått på inläring, fördröjd återgivning och igenkänning. Testet har sex parallella versioner vilket underlättar vid förnyad testning för att följa sjukdomsprogression.

Namn	Beskrivning
Claeson-Dahls test för inläring och minne (CD-test)	Minnetest som mäter förmågan till inläring av auditivt presenterad information. Testet ger mått på inläring, fördröjd återgivning och igenkänning.
Key Complex Figure Test and Recognition Trial (RCFT)	Minnetest som mäter förmågan till inläring av visuellt presenterad information. Testet ger mått på inläring, fördröjd återgivning och igenkänning. Testet har sex parallella versioner vilket underlättar vid förnyad testning för att följa sjukdomsprogression eller förbättring.
Boston Naming Test (BNT)	Test som mäter verbala funktioner som benämningsförmåga. Det finns flera administreringsformer bl.a. en kortversion och en standardversion.
Visual Object and Space Perception Battery (VOSP)	Testbatteri som består av 8 deltest som mäter olika typer av perceptuella funktioner.
Trail Making Test (TMT)	Spärsökningsuppgift där deltest A mäter visuell avsökingsförmåga och psykomotorisk hastighet. I deltest B tillkommer en mer exekutiv komponent som kräver skiftande uppmärksamhet, kognitiv flexibilitet och simultankapacitet.

E. Munhälsa och demenssjukdom

Sviktande munhälsa hos personer med kognitiv svikt vid demenssjukdom kan medföra dålig tuggförmåga, undernäring, smärta, ökad risk för aspirationspneumonier och sår i munnen. Smärta från munhålan kan vara särskilt problematiskt för personer med demenssjukdom då de kan ha svårt att lokalisera och kommunicera sin smärtupplevelse.

Risikfaktorer för sviktande munhälsa

- Förlorad tandvårdskontakt
- Minskad förmåga till egenvård
- Ökat inslag av kolhydratrik kost

Demenssjukdom gör att tungans, kindernas och läpparnas muskulatur inte fungerar som tidigare, det kan därför vara svårt att tala, tugga och svälja. Demenssjukdom ökar även risken för att munhygien glöms bort eller avbryts innan den är slutförd. Med tilltagande sjukdomssymtom ökar också svårigheterna att koordinera handrörelser och muskulatur, något som försvårar tandborstning.

En ökande muntorrhet kan också leda till svårigheter att tugga och svälja. Med minskad salivutsöndring ökar risken för kariesskador och orala infektioner. Medicinering mot inkontinens, depression, sömnsvårigheter och oro, liksom urindrivande läkemedel är särskilt associerat med muntorrhet. Risk för muntorrhet bör därför alltid beaktas i samband med att personens medicinering granskas för att minimera biverkningar. Orsaker till muntorrhet bör utredas och om möjligt åtgärdas eller kompenseras.

För att få en uppfattning om och uppmärksamma vikten av munhälsa är det till stor hjälp att använda sig av tre frågor som tagits fram i samarbete mellan vård, tandvård och närstående:

- Har du träffat någon tandläkare de senaste två åren?
- Har du besvär från munnen eller vet du om något som är trasigt i din mun?
- Är det något du undviker att äta för att det är svårt att tugga eller svälja?

Avsaknad av tandläkarkontakt och/eller ett jakande svar på fråga två och tre bör föranleda en remiss för bedömning, utredning och kontroll av munstatus och infektionsbelastning. Det är i samband med detta viktigt att notera uppfyllelse av kraven för tandvårdsstöd alternativt informera om att tandvårdsbesöket är förenat med kostnad.

ROAG (Revised Oral Assessment Guide)

ROAG är ett riskbedömningsinstrument som syftar till att förbättra munhälsan hos äldre [6]. Syftet är att identifiera risk för dålig munhälsa, utvärdera insatta åtgärder samt utgöra grund för kontakt med tandvården. ROAG beskriver tillståndet inom nio områden i munnen, från friskt till sjukt (gradering 1–3). De nio områdena är: röst, munslemhinna, tunga, tandkött, tänder, implantat, proteser, saliv, och sväljning.

F. Körkort och demenssjukdom (trafikmedicinsk utredning)

Allvarlig kognitiv funktionsnedsättning är ett hinder för innehav av körkort

Utifrån Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort [7] utgör allvarlig kognitiv funktionsnedsättning i form av demenssjukdom eller annan neurokognitiv sjukdom hinder för innehav av körkort. Fortsatt körkortsinnehav i grupp 1 (A, A1, AM, B, BE samt behörighet för traktor) [8] dock medges om sjukdomen anses lindrig. Demenssjukdomen ska anses som lindrig om personen, trots påtagligt försämrad förmåga till aktivt yrkesarbete och sociala aktiviteter, ändå har förmågan att föra ett självständigt liv med ett förhållandevis intakt omdöme [7].

Bedömningar som ska utföras av läkare

Läkares bedömning ska enligt Transportstyrelsens föreskrifter inkludera en bedömning av personens kognitiva funktioner [7].

- Läkares bedömning kan enligt föreskrifterna vid behov grundas på neuropsykologisk undersökning utförd av neuropsykolog, annan legitimerad psykolog eller legitimerad arbetsterapeut med god kunskap inom området.
- Bedömningen ska i första hand göras utifrån en medicinsk undersökning. Vägverkets föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort anger att hinder kan föreligga vid en sammantagen bedömning av de olika medicinska förhållandena även om förhållandena var för sig inte utgör hinder [9].
- Särskild hänsyn ska 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. Känsломässig labilitet och ökad uttrötthet ska också beaktas. Apraxi och neglekt ska särskilt uppmärksammas.
- Bedömning av körförmåga på aktivitetsnivå i form av ett körprov eller annat slags körtest kan vara ett värdefullt komplement till en kognitiv funktionsbedömning men bör endast genomföras om den kognitiva funktionsbedömningen ger ett resultat i ett svårbedömt gränsområde. Oavsett resultatet av sådant körprov eller körtest ska en helhetsbedömning av utredningsresultaten göras [8].

- Föreskrifternas allmänna råd anger också att vid hjärnskada och misstanke om kognitiv funktionsnedsättning bör ett enkelt kognitivt test, till exempel Mini Mental State Examination (MMSE), administreras.

Transportstyrelsen prövar och beslutar i frågor om körkort

Transportstyrelsen är den myndighet som i Sverige som prövar och beslutar i frågor om körkort. Hinder för innehav av körkort ska handläggas enligt punkterna nedan.

- Den läkare som vid undersökning av en körkortsinnehavare finner att denna av medicinska skäl är olämplig att ha körkort är, enligt Körkortslagen [8] och Taxitrafiklagen [10], skyldig att anmäla detta till Transportstyrelsen. Den berörda personen ska informeras om att anmälan till Transportstyrelsen kommer att göras.
- Om en läkare vid en undersökning eller vid genomgång av journalhandlingar finner det sannolikt att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha körkort och körkortshavaren motsätter sig fortsatt undersökning eller utredning, ska läkaren anmäla förhållandet till Transportstyrelsen.
- Anmälan ska undertecknas av specialistläkare.
- Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att körkortshavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra körkortspliktigt fordon.

G. Skjutvapen

Enligt vapenlag (1996:67) 6 kap. 6 § [11] ska en läkare som bedömer att en person av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen omedelbart anmäla detta till Polismyndigheten. Kognitiv svikt vid demenssjukdom är ett av de sjukdomstillstånd som kan utgöra ett medicinskt hinder för fortsatt vapeninnehav. Om så är fallet ska personen informeras om att ett intyg kommer att skickas till polismyndigheten. Anmälan behöver inte göras om det med hänsyn till omständigheterna står klart för läkaren att personen inte har tillstånd att inneha skjutvapen.

H. Stöd vid situationer då personen själv ej initierat utredning

Kognitiv svikt eller demenssjukdom kan leda till avsaknad av sjukdomsinsikt. Detta kan i sin tur leda till att personer själva inte söker hjälp eller att de avböjer stödinsatser. Indikationer kan då istället komma från omgivningen, exempelvis från närstående, grannar, vänner eller kommunens biståndshandläggare (till vilka orosanmälan kan göras). Sett ur ett hälsoperspektiv är det viktigt att utreda orsaken till kognitiv svikt eftersom behandlingsbara orsaker då kan uteslutas. Om behov av utredning väcks i primärvården, finns möjligheten att bjuda in till hälsokontroll för att få en bild av personens hälsotillstånd och behov. Detta kan i sin tur leda till att ett behov av en basal demensutredning identifieras. Detta är ibland svårt att genomföra då en del personer inte vill samverka.

Alternativa förhållningssätt

När en person med kognitiv svikt som misstänks bero på demenssjukdom inte samverkar till basal demensutredning, kan det i förlängningen leda till att behov som personen har för att klara sin vardag inte tillgodoses. Detta kan leda till ohälsa då förutsättningar för goda levnadsförhållanden inte uppnås. När man möter en sådan person är det särskilt viktigt att ge anpassad information utifrån personens förutsättningar. Anhöriga eller närstående är viktiga i denna dialog. Personen kan behöva tid att processa informationen som givits, och där kan anhöriga eller närstående vara ett gott stöd i den efterföljande dialogen.

Som vårdgivare är det viktigt att arbeta strukturerat med motivation, exempelvis genom att göra nya kontaktförsök med avsikt att i första hand succesivt bygga upp en förtroendefull relation. För att nå denna förtroendefulla relation är det viktigt med kontinuitet och ett respektfullt och anpassat bemötande. Så småningom kan frågan kring utredning försiktigt väckas, hela tiden med avsikten att utredningen ska vara gynnsam för den enskilde.

I de fall där man inte når fram till samverkan kring utredning, är det svårt att utföra en komplett basal demensutredning då till exempel kognitiva tester samt strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning kräver samverkan. I dessa fall är det dock viktigt att fokusera på att identifiera eventuella behandlingsbara somatiska orsaker till den kognitiva svikten genom bedömning av fysiskt och psykiskt status samt blodprovstagning.

Socialstyrelsen anser att det vid situationer som dessa kan vara extra angeläget att teamet kring personen med demenssjukdom samverkar [1]. Exempel på team kan vara inom och mellan olika professioner, på vårdcentral och rehab, med demensteam, demenssjuksköterska, demenssamordnare med mera samt anhöriga eller närstående. I vissa kommuner kan ett hembesök göras gemensamt av en sjuksköterska från vårdcentralen tillsammans med en demenssjuksköterska eller demensteam från kommunen. Ytterligare en väg att mötas över organisationstillhörigheter är via SIP (samordnad individuell planering).

Det är viktigt att poängtera att det inte finns någon ultimat lösning på dessa situationer, utan att varje situation och person är unik och därmed kräver unika, anpassade arbetssätt. Det viktigaste är att inte släppa taget utan att fortsätta försöka nå fram över tid, där det primära syftet är att främja hälsa [12] och goda levnadsförhållanden [13]. Stöd för detta finns även i Patientlagen [14] och Socialstyrelsen, "Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom [15].

I. Vidare hänvisningar

Socialstyrelsens publikationer

- [Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig Handbok för vårdgivare, chefer och personal](#) (Socialstyrelsen, 2015)
- [Stödja äldre personers vilja. Metodstöd som ger råd om hur du kan stödja äldre personer med nedsatt beslutsförmåga att uttrycka sin vilja](#). (Kunskapsguiden.se)
- Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. [Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom](#) rekommenderar:
 - MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview. Kortfattad och strukturerad diagnostisk intervju (prioritet 3 enligt Socialstyrelsen). [Socialstyrelsen: MINI](#).
 - SCID-I Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version. Mer omfattande **semistrukturerad intervju som erbjuder strukturstöd vid psykiatrisk diagnostisk intervju** (prioritet 3 enligt Socialstyrelsen). [Socialstyrelsen: SCID-I](#).
 - BDI-II. Becks Depression Inventory. Har behörighetskrav: legitimerad psykolog, läkare eller psykoterapeut. Mäter grad av depressivitet och används för depressionsbedömning [Socialstyrelsen: BDI](#).

Strukturerad anhörigintervju

- [Anhörigintervju vid demensutredning](#).

- Neurokognitiv symtomenkät, Ragnar Åstrand www.symtomenkaten.se

Screeninginstrument för psykisk ohälsa

- PHQ-9. Patient Health Questionnaire 9. Instrument för screening av egentlig depression.
- MADRS-S. Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – svensk version. Självskattnings instrument.
- HADR. Hospital Anxiety and Depression. Självskattning av förekomst av depression och ångest.
- GDS-20. Geriatric Depression Scale. Screening för depression och nedstämdhet, framtaget för en geriatrisk målgrupp. [Socialstyrelsen: genomgång av GDS-20.](#)

Skattningsskalor för läkemedelsgenomgång

- PHASE-20 – Skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom.
- PHASE-Proxy – Skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom vid svår kognitiv svikt.

Webutbildningar och böcker

- [Demenscentrum: bibliotek med webutbildningar.](#)
- [Demenscentrum. Åldrande vid intellektuell funktionsnedsättning – för läkare och sjuksköterskor inom primärvården \(2020\).](#)
- FUB. Riksförbundet för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna. Utbildningen ["Åldern har sin rätt. Om att åldras med intellektuell funktionsnedsättning."](#)

J. Referenser till appendix

- [1] Socialstyrelsen, "Nationella Riktlinjer. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. 21 Feb. 2021. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>," 2017.
- [2] M. M. Johansson, J. Marcusson, and E. Wressle, "Development of an instrument for measuring activities of daily living in persons with suspected cognitive impairment," *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 23, no. 3, pp. 230-239, 2016/05/03 2016, doi: 10.3109/11038128.2016.1139621.
- [3] K. Åsberg and U. Sonn, "The cumulative structure of personal and instrumental ADL. A study of elderly people in a health service district," *Scand J Rehabil Med*, vol. 21, 1989.
- [4] M. M. Johansson, J. Marcusson, and E. Wressle, "Development of an instrument for measuring activities of daily living in persons with suspected cognitive impairment," (in eng), *Scand J Occup Ther*, vol. 23, no. 3, pp. 230-9, 2016, doi: 10.3109/11038128.2016.1139621.
- [5] A. Fisher and K. Jones, "Assessment of Motor and Process Skills Vol. 1: Development, Standardization and Administration Manual,(7th ed.). Fourth Collins, CO: Three Star Press Inc.;," 2012.
- [6] "Riskbedömning med instrument ROAG. Senior Alert, 10 Feb, 2021. <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=20646&nodeId=43949>," 2015.
- [7] Transportstyrelsen, "TSFS 2010:125. Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. 10 Feb. 2021.

- <https://www.transportstyrelsen.se/sv/Regler/sok-ts-foreskrifter/details?RuleNumber=2010:125&ruleprefix=TSFS>," 2010.
- [8] "Körkortslag (1998:488). Svensk författningssamling. 10 Feb. 2021
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/korkortslag-1998488_sfs-1998-488," 1998.
- [9] Vägverket, "Vägverkets föreskrifter om ändring i föreskrifterna (VVFS 2008:158) om medicinska krav för innehav av körkort m.m. 21. Feb 2021.
<https://www.transportstyrelsen.se/globalassets/global/publikationer/vag/vvfs/2008nr166.pdf>," 2008.
- [10] "Taxitrafiklag (2012:211). Svensk författningssamling, 10 Feb. 2021.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/taxitrafiklag-2012211_sfs-2012-211," 2012.
- [11] "Vapenlag (1996:67). Svensk Författningssamling. 10 Feb. 2021.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/vapenlag-199667_sfs-1996-67," 1996.
- [12] "Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30). Svensk författningssamling, 10 Feb. 2021.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30," 2017.
- [13] "Socialtjänstlag (2001:453) . Svensk Författningssamling 10 Feb. 2021.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453," 2001.
- [14] "Patientlag (2014:821). Svensk Författningssamling. 10 Feb. 2021.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821," 2014.
- [15] Socialstyrelsen, "Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom. 7 Feb. 2021. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-6-4.pdf>," 2017.