

# Utredning alkoholrelaterad demens – Psykiatri

## Förändringar sedan föregående version

Ny rutin.

## Bakgrund

Alkohol demens är en form av neurokognitiv störning som orsakas av långvarig och hög alkoholkonsumtion. Tillståndet karaktäriseras av kognitiva nedsättningar som påverkar minne, exekutiva funktioner och andra högre hjärnfunktioner. Skillnaden mellan alkohol demens och alkoholrelaterade kognitiva störningar, såsom Wernicke-Korsakoffs syndrom, kan ibland vara subtil men kräver olika behandlingsstrategier.

## Nationella riktlinjer och aktuell forskning

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer och European Federation of Neurological Societies (EFNS) bör utredningen för misstänkt alkohol demens innefatta:

- En noggrann anamnes för att kartlägga alkoholens roll och andra riskfaktorer.
- En bred differentialdiagnostik för att utesluta andra orsaker till kognitiv nedsättning, såsom neurodegenerativa sjukdomar, vitaminbrist (särskilt tiamin), eller vaskulära skador.

- Objektiva biomarkörer och bilddiagnostik för att stödja diagnosen.

## Syfte med utredningen

Målet är att identifiera patienter med behandlingsbar kognitiv påverkan, säkerställa korrekt diagnos och erbjuda lämpliga interventioner. Detta dokument syftar till att vägleda inremitterande läkare i hur misstänkt alkoholdemens kan utredas. Utredning måste inte nödvändigtvis genomföras vid specialistklinik om den kliniska bilden och anamnesen är tydlig.

## Rekommenderad handläggning vid misstänkt alkoholdemens

### 1. Anamnes och klinisk undersökning

- **Alkoholanamnes:** Uppskatta mängd och varaktighet av alkoholkonsumtion. Fråga om abstinenssymtom, tidigare behandlingsförsök och sociala konsekvenser av missbruk.
- **Kognitiv screening:** Utför screening med verktyg som MoCA eller MMSE. Fokusera på minne, exekutiva funktioner och uppmärksamhet.
- **Neurologisk undersökning:** Leta efter tecken på polyneuropati, balansrubbningar och andra alkoholrelaterade komplikationer.

### 2. Laboratorieprover

- **Rutindiagnostik:** Kontrollera blodstatus, leverprover (ASAT, ALAT, GT), elektrolyter och kreatinin.
- **Specifika analyser:**
  - Tiamin (vitamin B1) och folat.
  - Homocystein och metylmalonat för att upptäcka subklinisk vitaminbrist.
  - CDT och PEth som alkoholmarkörer.

### 3. Neurobilddiagnostik

- **MR hjärna** (föredras) eller **CT hjärna**: Leta efter tecken på kortikal atrofi, särskilt i frontalloben, och cerebellär atrofi. Utvärdera eventuella vaskulära förändringar.
- **PET eller SPECT (vid behov)**: För att bedöma metabol aktivitet vid oklara fall.

#### 4. Lumbalpunktion

- Utförs vid misstanke om samtidig neurodegenerativ sjukdom (t.ex. Alzheimers sjukdom) eller inflammatoriska tillstånd. Analysera total tau, fosfo-tau och beta-amyloid samt celler och proteinhalt i likvor.

#### 5. Psykiatrisk bedömning

- Identifiera samsjuklighet som depression, ångest eller psykosymtom som kan förvärra kognitiv dysfunktion.

#### 6. Multidisciplinär uppföljning

Patienter med alkoholdemens behöver långsiktig stödjande vård. Remittera till kognitiv mottagning och överväg insatser från arbetsterapeut, kurator och dietist.

### Differentialdiagnoser att utesluta

- **Wernicke-Korsakoffs syndrom**: Behandlingsbar med tiamin i höga doser.
- **Vaskulär demens**: Bedöm vaskulär riskfaktorprofil och använd MR för att identifiera ischemiska förändringar.
- **Alzheimers sjukdom**: Likvoranalys och neuropsykologiska tester kan stödja diagnos.
- **Frontotemporal demens**: Typiskt yngre debut och tydligare beteendeförändringar.

### Remissinnehåll

För att underlätta en korrekt och snabb utredning är det viktigt att remissen innehåller:

- En detaljerad anamnes med fokus på alkoholbruk. OBS! Nykterhetstid, se nästa stycke nedan.
- Resultat av initial kognitiv screening och klinisk undersökning.
- Relevant laboratoriedata, inklusive alkoholmarkörer.
- Beskrivning av eventuella psykiatriska symtom eller samsjuklighet.
- Indikation för bilddiagnostik eller likvorddiagnostik om detta redan har övervägts.

## Nykterhetens roll i utredningen av misstänkt alkoholdemens

Långvarig alkoholkonsumtion kan orsaka både akuta och kroniska skador på hjärnan. Många av de kognitiva symtomen som uppstår vid alkoholmissbruk är delvis reversibla vid alkoholstopp, vilket gör nykterhetens längd en avgörande faktor för att bedöma om de kognitiva störningarna är permanenta eller del av en tillfällig påverkan.

### Riktlinjer för nykterhet innan utredning

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer och internationella rekommendationer är följande punkter centrala:

#### 1. **Minimum 4-6 veckors nykterhet:**

- Rekommenderas innan en tillförlitlig kognitiv utredning inleds. Under denna period sker en viss spontan förbättring av kognitiva funktioner, särskilt exekutiva förmågor och minne.

#### 2. **Ideal nykterhetstid: 3 månader**

- För att säkerställa att den initiala återhämtningen av hjärnans funktioner har stabiliserats, föreslås ofta 3 månaders nykterhet innan en omfattande neuropsykologisk utredning och diagnostik av alkoholdemens påbörjas.
- Detta tidsintervall speglar också forskning som visar att alkoholrelaterade neurobiologiska förändringar, såsom

minskad hjärninflammation och förbättrat näringsupptag, ofta kräver minst tre månader för att normaliseras.

### 3. Undantag från nykterhetskravet:

- Om patienten inte klarar att förbli nykter men har tydliga tecken på allvarlig kognitiv nedsättning, kan en preliminär utredning ändå genomföras. Då är det viktigt att beskriva att resultaten påverkas av den aktuella alkoholkonsumtionen. Diagnoser som ställs har en tendens att bli ”sanna” och med anledning av detta bör man betona att resultaten är osäkra men att de utifrån aktuell situation är den bästa preliminära tolkningen med öppenhet för att man pga. pågående missbruk drar fel slutsats.

## Varför krävs nykterhet för tillförlitlig utredning?

- **Akuta effekter av alkohol:** Alkohol påverkar kortsiktigt minne, uppmärksamhet och exekutiva funktioner, vilket kan maskera eller förstärka symtomen på kognitiv dysfunktion.
- **Reversibla alkoholskador:** Vid alkoholstopp kan vissa skador, som beror på näringsbrist (t.ex. tiaminbrist) eller alkohols direkta neurotoxiska effekter, förbättras spontant.
- **Hjärnatrofi och volymförändringar:** Studier visar att hjärnvolym, särskilt i frontalloben och cerebellum, delvis kan återhämta sig efter längre tids nykterhet. En för tidig bilddiagnostik kan därför överdriva graden av atrofi.

## Hur utredningen anpassas utifrån nykterhetsstadiet

### 1. Tidigt i nykterhetsprocessen (0–3 månader):

- Fokus på stödjande insatser, identifiering av näringsbrist (särskilt tiamin) och alkoholanamnes.
- Initial screening av kognitiv status (t.ex. MoCA eller MMSE) kan göras men bör tolkas försiktigt.

## 2. Efter stabil nykterhet (3+ månader):

- Om symtomen kvarstår trots nykterhet inleds en mer omfattande utredning med:
  - Neuropsykologiska tester.
  - MR eller CT för att bedöma hjärnatrofi och eventuella vaskulära skador.
  - Lumbalpunktion vid behov för att utesluta andra neurodegenerativa sjukdomar.

Nationella och internationella riktlinjer betonar att minst 4-6 veckors nykterhet är ett minimum för att påbörja en tillförlitlig kognitiv utredning, med en rekommendation om 3 månader för bästa precision. Detta säkerställer att reversibla alkoholskador har haft möjlighet att förbättras, vilket minskar risken för feldiagnostik och säkerställer en mer rättvisande bedömning av patientens kognitiva förmåga.

För patienter som inte kan upprätthålla nykterhet rekommenderas nära samarbete med beroendeteam och en försiktig tolkning av alla testresultat.

## Sammanfattning

Misstänkt alkoholdemens kräver en strukturerad utredning med anamnes, klinisk undersökning, laboratorieanalyser och bilddiagnostik. Ett multidisciplinärt tillvägagångssätt ökar chanserna för att identifiera behandlingsbara tillstånd och förbättra patientens livskvalitet. Att säkerställa nykterhet är ett mycket viktigt första steg inför en utredning av misstänkt alkoholrelaterad demens.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Psykiatri

**Innehållsansvar:** Robert Lundin, (roblu4), Överläkare

**Granskad av:** Agata Paciorkiewicz-Piechalak, (agapa1),  
Överläkare

**Godkänd av:** Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9718-621466736-181

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2026-02-17

**Giltig till:** 2028-02-13