Gäller för: Geriatrik neurologi och rehabilitering, Geriatrikmottagning Kungälv
Innehållsansvar: Katrine Nielsen, (aseni1), Överläkare
Godkänd av: Ulrika Jonsson Milusic, (ulrjo28), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-09-03
Giltig till: 2026-12-08

Demensutredning Kungälvs sjukhus

Syfte

Rutinen syftar till att fungera som stöd i utredning av demens på specialistklinik. Det ska också fungera som stöd vid genomgång av inkommande remisser till sjukhusets minnesmottagning.

Bakgrund

Demens är ett samlingsbegrepp för olika sjukdomar där hjärnans högre funktioner sviktar och leder till ökade svårigheter att klara ett självständigt liv. Sjukdomen leder på sikt till döden. Enligt siffror från gällande RMR i VGR har uppskattningsvis 26 000 personer i Västra Götaland en demenssjukdom och ca 4000 personer insjuknar årligen. Risken att insjukna stiger med ökande ålder och man kan därför förvänta sig en ökning i takt med att befolkningen blir äldre.

Man skiljer på basal demensutredning och utvidgad demensutredning vilket förtydligas i detta dokument. Enligt gällande riktlinjer ansvarar primärvården för basal demensutredning och ledtiden som är satt i regionen för detta är 6 veckor (från första sjukvårdskontakt till färdig basal demensutredning). Utvidgad demensutredning sker på specialistklinik och bör vara färdig inom 3 månader.

Arbetsbeskrivning

Basal demensutredning

Basal demensutredning syftar till att fastställa om kognitiv svikt föreligger och om denna beror på demenssjukdom eller annan sjukdom (observera flertal behandlingsbara sjukdomar med sekundär kognitiv svikt). Den syftar också till att fastställa vilka personer som är i behov av utvidgad utredning på specialistklinik.

I korthet ingår följande i basal demensutredning:

- Anamnes, information från patient och anhöriga/närstående. Här ingår även bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga.
- Bedömning av alkoholkonsumtion med AUDIT och vid behov alkoholmarkörer i blod.
- Fullständigt somatiskt status.
- Psykiskt status.
- Kognitivt status där minimumkrav bör vara MMSE-SR och klocktest. RUDAS vid annan kulturell bakgrund, icke-svensktalande eller kort skolgång.
- Blodprover: Hb, SR, glukos, Na, K, kreatinin, Ca, thyroideastatus, B12/Folat (alt Homocystein).
- EKG
- Strukturell hjärnavbildning, datortomografi alt magnetkameraundersökning.

Det ska poängteras att basal demensutredning i de flesta fall är mer än tillräckligt för att ställa diagnos och initiera behandling. Specialistmottagning konsulteras när ovanstående är gjort och inte gett tillräckligt med underlag för att ställa diagnos.

Utvidgad demensutredning:

Besök på minnesmottagning syftar alltså till att bredda diagnostiken. Man bör redan vid remissgenomgång till minnesmottagning säkerställa att en fullständig basal demensutredning är utförd. Vid avsaknad av moment enligt ovan bör man i första hand be om komplettering via primärvården/inremitterande. Särskild vikt läggs vid att man har uteslutit annan genes till kognitiv svikt som kan vara behandlingsbar. Exempel på sådana sjukdomar kan vara alkoholberoendesyndrom, svår depression, thyroideastörning, B12-brist, hjärntumör, subduralhematom och normaltryckshydrocephalus.

Vid besök på minnesmottagning bör man gå igenom den basala demensutredningen och värdera utredningsresultat. Därefter tas ställning till följande:

- Förnyad anamnes, somatiskt och psykiskt status vid det första besöket.
- Lumbalpunktion med likvoranalys. Se bilaga för förslag på analyser.

- Eventuellt kompletterande bedömning hos neuropsykolog på sjukhuset. Man har där möjlighet att utföra tester som täcker fler kognitiva domäner. Observera också att man härigenom kan upptäcka kognitiva störningar i ett tidigt skede när den globala kognitionen inte ännu är starkt påverkad.
- Värdera utförd radiologi. Vid enstaka fall kan det finnas värde att utföra magnetkameraundersökning även om datortomografi varit ua. Se bilaga för specifika undersökningsfynd man ska värdera.
- Vid enstaka utvalda fall utförs SPECT (DAT-scan). Detta kan ha ett värde vid oklara fall med nedsatt kognition i kombination med motorikstörning (differentiering mellan Lewy Body demens och Alzheimers).
- Vid enstaka utvalda fall kan även funktionell FDG-PET övervägas. Det finns underlag för stöd i diagnostik av Alzheimers och frontotemporal demens (och särskilt differentiering dem emellan).
- Vid svåra fall, särskilt hos yngre personer bör man även vara frikostig med att remittera patienten till minnesmottagning Mölndals Sjukhus för second opinion om det finns oklarheter.

Man får sedan samla ihop all den utredning som gjorts och försöka få en samlad bild av patient, sjukdom och förlopp. Gränserna mellan de olika formerna av demens är inte knivskarpa och vid svåra fall kan det finnas ett värde att diskutera patienten i kollegiet. Man får därefter kalla patient och anhörig för ett besök där man går igenom utredningsresultat samt bedömning. Därefter läggs en plan upp för behandling och uppföljning (om detta inte redan är gjort tidigare).

Kommentar kring ovanstående utredningsalternativ.

Målet med utredning på specialistklinik bör vara att komma så nära en slutgiltig diagnos som möjligt. Man bör utföra de moment man anser sig behöva för att ställa diagnos och detta bör ställas i relation till den övriga kliniska situationen. Man får också ha i åtanke att den behandling vi har att erbjuda i första hand är symtomlindrande.

Behandling

Fokus för all form av behandling är att lindra symtom och kompensera för rådande funktionsnedsättningar. Råd och information kring farmakologisk behandling återfinns i Regional Medicinsk Riktlinje – Läkemedel Demens. Länk finns nedan.

Sjukskrivning

Det finns inga tydliga riktlinjer gällande sjukskrivning för patienter under 65 år med demens.

Kognitiva funktioner är avgörande för arbetsförmågan. Man får ta reda på vad patienten önskar och utifrån detta göra en rimlighetsbedömning. Arbetsgivaren bör involveras och man kan överväga deltidssjukskrivning. Att byta arbetsuppgifter är ofta inte ett alternativ då förmågan till nyinlärning är nedsatt.

Körkort

I grunden utgör demens ett hinder för körkortsinnehav. Om man bedömer patienten medicinskt olämplig att framföra fordon är man skyldig att göra en anmälan till Transportstyrelsen. Demens är ett progressivt tillstånd och enbart ”muntliga förbud” bör undvikas.

Vid lindrig demens där patienten kan föra ett självständigt liv och har intakt omdömesförmåga kan de medicinska kraven för körkortsinnehav vara uppfyllda. I dessa fall ska patienten värderas minst årligen avseende trafiksäkerhetsrisk/lämplighet och detta ska dokumenteras.

Vid svåra eller tveksamma fall gällande körförmåga, lämplighet och trafiksäkerhetsrisk remitteras patienten till Mobilitetscentrum i Mölndal.

Vapen

Demens kan utgöra hinder för att inneha vapen. Som läkare är man skyldig att göra en bedömning om det föreligger medicinska hinder för vapeninnehav. Man är också skyldig att vid sådana fall informera patienten samt anmäla sjukdomstillståndet till polismyndigheten.

Uppföljning

Uppföljning sker i samband med insättning och/eller justering av läkemedel. De läkemedel som finns till förfogande är ofta behäftade med en del biverkningar och de flesta sätts in enligt ett upptrappande förfarande. Det är därför viktigt att man sörjer för att kontrollera hur detta gått samt i ett tidigt skede aktivt efterfrågar biverkningar (magtarmbesvär vanligast) och sätter upp en plan för hur man ska hantera dessa.

Man rekommenderar sedan uppföljning minst 1 gång/år (såvida inte den kliniska situationen kräver mer frekventa besök). Man bör bedöma allmäntillstånd, aktuella symtom samt funktions/aktivitetsnivå. Särskild vikt läggs vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) som kan kräva särskilda insatser.

Det har diskuterats lämplig vårdnivå för uppföljning av patienter med demenssjukdom och det verkar inte i nuläget föreligga någon konsensus. I grund och botten får man se vår mottagning som en konsultativ enhet där vi sätter diagnos och i utvalda fall inleder behandling. Enligt gällande riktlinjer från VGR skriver man att patienter med mindre kända demenssjukdomar alternativt svåra symtom bör följas på specialistklinik till dess att man uppnått en stabil medicinsk och social situation. Detta inkluderar även yngre patienter. Med tanke på att demens är ett progressivt tillstånd är det inte helt lätt att värdera vad som kan anses som en stabil medicinsk och social situation. Man får således göra en bedömning i varje enskilt fall.

Remissgenomgång

Inkommande remisser till minnesmottagning hanteras på samma sätt som övriga remisser till kliniken. I samtliga fall där remittent begär minnesutredning ska man säkerställa att en komplett basal demensutredning är gjort. I de fall där moment saknas begärs komplettering via primärvården (alt annan inremitterande).

I vissa fall kan det räcka att gå igenom det material som skickats för att sätta diagnos. Man behöver då inte kalla hit patient och anhöriga för ett besök utan primärvården kan då sörja för fortsatt omhändertagande.

Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för implementering och efterlevnad av denna rutin. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om det är kopplat till patient, alla avsteg från rutinen rapporteras som en avvikelse i MedControl Pro.

Relaterad information

1. Kommentar kring radiologi

Datortomografi utförs i första hand för att utesluta andra orsaker till kognitiv svikt: hjärntumör, subduralhematom, normaltryckshydrocefalus, ischemiska skador efter stroke. Magnetkameraundersökning är som bekant snäppet skarpare i diagnostik av dessa differentialdiagnoser.

Observera särskilt vad gäller maligna hjärntumörer som kan missas på skiktröntgen utan kontrast.

Därutöver används radiologi för att värdera följande tre typer av förändringar som kan vara av värde vid diagnosticering av minnessjukdomar:

- Medial temporallobsatrofi, MTA skala 1-4 (1 = normalt). Ses ofta som ett tidigt tecken på Alzheimers.
- Global cerebral atrofi, GCA skala 0-3 (0 = normalt). Specifika regionala atrofier kan ge ledtrådar om bakomliggande genes. Tex frontal atrofi vid frontallobsdemenes, parietal atrofi hos yngre patienter med Alzheimers, etc.
- Vitsubstansförändringar, Fazekas skala 0-3 (0 = normalt). Ökande grad av småkärlssjukdom talar för vaskulär demens.

Observera att dessa frågeställningar inte besvaras i rtg-utlåtande om man inte specifikt frågar efter dem. Det kan därför finnas ett värde i att skriva en granskningsremiss till röntgen för ett kompletterande utlåtande med frågeställningar enligt ovan.

2. Likvoranalys

Demensmarkörer används för att differentiera olika primärdegenerativa sjukdomar med minnessymtom.

Undersökning av celltal, blod-hjärnbarriärfunktion och intratekal immunglobulinproduktion används ibland för att utesluta neuroinfektiösa och neuroinflammatoriska sjukdomar.

Följande analyseras alltså i likvor:

- Celler
- Biomarkörer = demensmarkörer (B-amyloid, total-tau och fosfo-tau)
- Parenkymskademarkörer inkl neurofilament
- Proteinfraktionering
- Vid specifik misstanke tas analyser för neuroborrelios och neurosyfilis.

Exempel på mall för bedömning av likvormarkörer:

Källa: Markörer i likvor och blod vid minnessjukdomar. Läkartidningen Nr 20 2009 Volym 106.

TABELL II. Typiska likvorbiomarkörmönster vid olika neurodegenerativa sjukdomar och viktiga differentialdiagnoser.

	Totalt tau	Fosforylerat tau	β-amyloid (Aβ42)	Neurofilament light (NFL)
Alzheimers sjukdom	Förhöjt	Förhöjt	Sänkt	Normalt–lätt förhöjt
Vaskulär demens	Normalt (i vissa fall lätt förhöjt)	Normalt	Normalt (i vissa fall lätt sänkt)	Förhöjt
Frontotemporal demens	Normalt (i vissa fall lätt förhöjt)	Normalt	Normalt (i vissa fall lätt sänkt)	Förhöjt
Lewykroppsdemens	Normalt (i vissa fall lätt förhöjt)	Normalt	Sänkt	Förhöjt
Creutzfeldt–Jakobs sjukdom	Mycket kraftigt förhöjt	Normalt	Normalt (i vissa fall sänkt)	Normalt (i vissa fall lätt förhöjt)
Parkinsons sjukdom	Normalt	Normalt	Normalt	Normalt
Atypiska parkinson-liknande sjukdomar	Normalt (i vissa fall lätt förhöjt)	Normalt	Normalt (i vissa fall lätt sänkt)	Förhöjt
Neuroborrelios	Normalt	Normalt	Normalt (i vissa fall lätt sänkt)	Normalt (i vissa fall lätt förhöjt)
Depression	Normalt	Normalt	Normalt	Normalt
Normalt åldrande	Normalt	Normalt	Normalt	Normalt
Alkoholdemens	Normalt	Normalt	Normalt	Ej undersökt

Referensförteckning/Fördjupande läsning

RMR Demenssjukdom, utredning och uppföljning
Regional medicinsk riktlinje – Läkemedel demens

Markörer i likvor och blod vid minnessjukdomar Läkartidningen Nr 20 2009 Volym 106.

Markörer i likvor och blod vid minnessjukdomar (lakartidningen.se)

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Geriatrik neurologi och rehabilitering, Geriatrikmottagning Kungälv

Innehållsansvar: Katrine Nielsen, (aseni1), Överläkare

Godkänd av: Ulrika Jonsson Milusic, (ulrjo28), Verksamhetschef

Dokument-ID: SV8996-412346681-2

Version: 9.0

Giltig från: 2026-09-03

Giltig till: 2026-12-08