

**Reviderad 2002**

## **Innehållsförteckning**

<b>Innehållsförteckning .....</b>	<b>2</b>
<b>Demensutredningsprogrammet - inledning.....</b>	<b>3</b>
<b>Checklista .....</b>	<b>4</b>
<b>Ansvarsområden för primärvård och länspsykiatri.....</b>	<b>6</b>
<b>Kommunens ansvar.....</b>	<b>7</b>
<b>Samverkansformer mellan kommun/SDF, primärvård och länsjukvård ...</b>	<b>8</b>
<b>Anhöriga och demensföreningar 2002 .....</b>	<b>9</b>
<b>Sociala faktorer.....</b>	<b>10</b>
<b>Somatiskt och neurologiskt status .....</b>	<b>11</b>
<b>Neuropsykiatriskt status.....</b>	<b>14</b>
<b>Laboratorieundersökning vid demensutredning .....</b>	<b>16</b>
<b>Övriga undersökningar vid demensutredning .....</b>	<b>18</b>
<b>Tumregler för demensdiagnostik.....</b>	<b>19</b>
<b>Läkemedelsbehandling .....</b>	<b>24</b>
<b>Körkort vid demenssjukdom och kognitiv störning. ....</b>	<b>38</b>
<b>Uppföljning .....</b>	<b>40</b>
<b>Litteratur och länktips.....</b>	<b>41</b>

## Demensutredningsprogrammet - inledning

Programmet är framtaget i samarbete mellan primärvården i Göteborg och södra Bohuslän tillsammans med länspsykiatri Sahlgreiska Universitetssjukhuset, och i inledningsskedet med företrädare för primärkommun.

Beräkning av tidsåtgång och utredningskostnader i primärvården har gjorts och information om resultatet givits till Hälso- och sjukvårdsnämnderna så att organisationerna kan fördela rätt resurser till primärvården i samband med framtida beställning av åtgärder.

Från primärvården har följande representanter deltagit:

*Margrethe Foglin, primärvården Göteborg*

*Karl-Axel Eriksson, primärvårdsläkare Göteborg*

*Gustaf Görtz, primärvårdsläkare Göteborg*

*Hans Kvantenberg, primärvårdsläkare Göteborg*

*Hans Strömberg, primärvårdsläkare Göteborg*

*Jakob Wennberg, primärvårdsläkare Mölndal*

Från Psykiatri Sahlgreiska Universitetssjukhuset (SU) har följande representanter deltagit:

*Ingvar Karlsson, docent SU/Mölndal*

*Sonja Klingén, verksamhetschef Äldrepsykiatri SU, ordförande i gruppen*

*Ingmar Skoog, professor SU/Sahlgreiska*

Demensutredningsprogrammet revideras regelbundet då gruppen sammankallas för att göra erforderliga förändringar.

Information om programmets innehåll sker till hela primärvården i Göteborg och södra Bohuslän, till psykiatri och till biståndsbedömare och Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i SDF och kommuner i SU:s upptagningsområde.

Reviderad upplaga finns tillgänglig på internet adress [www.sahlgrenska.se](http://www.sahlgrenska.se) – vård – info till vårdgivare – vårdprogram. Primärvårdens hemsida är under uppbyggnad och demensutredningsprogrammet kommer att kunna nås även därifrån.

Reviderat våren 2002

Dokumentansvarig:

Sonja Klingén, [sonja.klingen@vgregion.se](mailto:sonja.klingen@vgregion.se)

# Checklista

Namn:.....Födelsenummer:.....

Kompletterande anamnes lämnad av:.....Relation:.....

## Checklista/Vårdprogram för demensutredning i primärvården

Vid misstanke om demens eller i anslutning till demens(ex boendebedömning) görs en basal utredning, denna kan utökas med riktad undersökning efter specifik frågeställning.

Anamnes från patient och närstående (Insjuknandetyp, sjukdomsförlopp )	Förekomst		
	Ja	Nej	Osäkert
<b>Minnesstörning?</b> Svårare att komma ihåg tider, egna förhållanden, händelser eller personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Spatial oförmåga?</b> Svårare att hitta i nya miljöer och/eller välkända omgivningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Språkstörning?</b> Svårare att förstå eller uttrycka sig i ord och skrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Praktisk oförmåga?</b> Svårare att klara av inlärd färdigheter eller vardagliga sysslor (ex telefonera, klä sig själv, knyta skor etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Personlighetsförändring?</b> Omdöme, blödighet, känslomässig avflackning, aggressivitet, bristande insikt, förändrat mat/ät-beteende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vid förekomst av positiva symtom ovan finns klinisk misstanke om demenssjukdom, gå vidare.**

**Hereditet av betydelse för demenssjukdom**

**Tidigare somatisk och psykiatrisk sjukdom**

**Aktuell social situation** Se mall

**Nuvarande medicinering och läkemedelsförändringar den senaste tiden**

**Somatiskt status** Se mall

**Neuropsykiatriskt status** Se mall

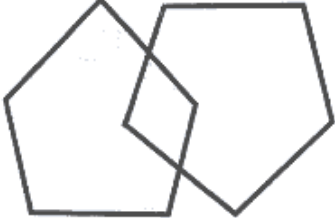
**Neurologiskt status** Se mall

**Laboratorieundersökningar:** Se mall

**Övriga undersökningar:** Se mall

## Mini Mental Test

### Poäng

- ( ) 5      **Orientering**  
( ) 5      År, månad, dag, datum, årstid  
Land, län/landskap, ort, sjukhus/mottagning, adress/avdelning
- ( ) 3      **Registrering/inläring**  
Nämn 3 föremål (nyckel, tandborste, lampa eller vid agnosi lämpligare med verb såsom äta, prata, torka). Repetera tills patienten kan upprepa orden, men högst 6 ggr. 1 poäng för varje rätt
- ( ) 5      **Räkneförmåga/uppmärksamhet**  
100 - 7 = ? - 7 = ? o s v i 5 steg  
Stava baklänges till KONST  
Så fort ett fel uppstår (som ej personen korrigerar själv) kan inga ytterligare poäng uppnås.  
Den uppgift som klaras bäst skall bokföras.
- ( ) 3      **Minne**  
Vilka var de 3 föremålen (eller handlingarna) som nämndes tidigare?
- ( ) 1      **Spatial förmåga**  
Rita mönstret med femhörningarna  
(alla hörnen och beröringspunkterna krävs för att få poäng).
- 
- ( ) 2      **Språktest**  
Visa en klocka och en penna, bed patienten säga vad det är.
- ( ) 1      Be patienten upprepa följande: Inga om och eller men.
- ( ) 3      **3-steps uppmaning**  
”Tag det här papperet i din högra hand, vik det på mitten och lägg det på golvet/sängen/stolen” (1 poäng för varje moment)
- ( ) 1      **Läsförståelse**  
Be patienten utföra vad som står på ett papper  
”Blunda i 5 sekunder och titta sen igen” eller ”Peka på dörren/fönstret”
- ( ) 1      **Skrivförmåga**  
Be patienten skriva en mening vilken som helst (Meningen skall ha subjekt och predikat, samt ha en innebörd. Stavfel ignoreras.)
- ( ) 30      **Summa**  
≤ 27 bör demensutredas

# Ansvarsområden för primärvård och länspsykiatri

## Primärvårdens ansvar

Basal utredning vid misstänkt eller känd demenssjukdom görs av primärvården.

Vårdprogrammet följs i den utsträckning som är lämplig i förhållande till frågeställningens art och symtombilden.

Eftersträva att göra utredning så tidigt som möjligt under sjukdomsförloppet.

Vid ställningstagande till annat boende har oftast sjukdomssymtom förelegat under mycket lång tid, en medicinsk utredning skall göras om sådan ej genomförts tidigare under sjukdomen. En medicinsk bedömning ska alltid göras för att utröna om ytterligare utredning är befogad.

## Remiss för utredning inom psykiatrisk länssjukvård rekommenderas i följande fall:

1. Demenstillstånd hos relativt unga  $\leq 65$  år, i gruppen finns en del ovanliga demensdiagnoser.
2. Mycket tidiga tecken till nedsatt minne, ”dysmenti”, det behöver här inte finnas demenstillstånd, men det krävs särskilda resurser för att utesluta/fastställa detta.
3. Vid osäkerhet i diagnostiken på primärvårdsnivå, det kan vara en ovanlig symtombild, komplicerande somatisk eller psykiatrisk sjukdom.
4. Personer tillhörande familjer med ärftliga demenstillstånd.
5. Personer med snabba demensförlopp.
6. Behov av inneliggande utredning.
7. Vid behandling eller frågeställning om behandling med speciella läkemedel, exempelvis acetylkolinesterashämmare, utredningen bör dock vara färdig innan personen remitteras till specialistenhet.  
Även specialister i andra discipliner såsom allmänmedicin och geriatrik kan givetvis vara kompetenta att genomföra behandlingen, beroende på intresse och kunskap.
8. Vid behandling av andra symtom i samband med åldrandet, såsom konfusion och beteendestörningar vid demens, kan länssjukvården konsulteras.

## Uppföljning av behandling

Rekommendationer om uppföljning lämnas under särskild rubrik

## Kommunens ansvar

Kommunen ska bedriva uppsökande verksamhet exempelvis genom demenssjuksköterska.

Kommunen har att bedöma bistånd, bifalla eller avslå, begärd insats.

Detta kan gälla:

- Hemtjänst i egen lägenhet, med personlig omvårdnad eller annan praktisk hjälp
- Äldreboende med olika innehåll t ex
  - ❖ Servicelägenhet
  - ❖ Älderdomshem
  - ❖ Gruppboende
  - ❖ Sjukhem
- Korttidsboende - avlastning
- Dagvård för dementa
- Trygghetslarm

Hjälpmedelsbedömning görs av kommunens arbetsterapeut när det gäller ex:

- Timer/spisvakt
- Sängvakt
- Nödsändare
- Läkemedelskarusell

Kommunen ansvarar också för att planer finns för utbildning, fortbildning och handledning av personal.

Från och med 1999 01 01 har kommunen uppgiften att bedriva sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård), kommunen ansvarar för omvårdnadspersonal och paramedisk personal, men ej läkare.

## Samverkansformer mellan kommun/SDF, primärvård och länssjukvård

Sjukvården (primärvård och/eller länssjukvård) ska medverka till:

- Individuell vårdplanering tillsammans med kommun/SDF. Sådan samverkan ska ske vid större förändring av omvårdnadsbehov, som kräver medicinsk bedömning innan beslut om ändrat bistånd.
- Konsultinsatser i individärenden kan ske vid specifika frågeställningar, information och handledning kan ges i anslutning till detta.

Länssjukvården kan erbjuda utbildning mot ersättning:

- Information och utbildning allmänt om demenssjukdomar
- Handledning kan ges principiellt till personalgruppen, detta gäller särskilt omvårdnadshandledning.

Länssjukvården har ett konsultansvar gentemot primärvården.

Vid demensfrågeställningar sker samverkan med och remittering till länssjukvården till följande mottagningar:

Göteborg (Centrum, Väster och Hisingen):

Äldrepsykiatriskt Centrum (ÄPC)  
Byggnad 3 Högsbo sjukhus  
Box 301 10  
400 43 **Göteborg**

Göteborg (Nordost, Söder) och Mölndal, Härryda  
Partille och Öckerö

Öppenvården (Äldrepsykiatri och  
minnesrelaterade sjukdomar)  
Hus H SU/Mölndal  
431 80 **Mölndal**

## Anhöriga och demensföreningar 2002

Anhöriga främst makar och barn till demenssjuka har stort behov av kontakt med andra i samma situation eller grupper ledda av ex kurator och/eller psykolog med kunskap inom området.

Anhörig kan vara i behov av stöd, råd och/eller avlastning med kort varsel och behöver därför knyta kontakt så snart som möjligt med olika personer eller föreningar.

Sjukvårds- och kommunföreträdare bör lämna information om lokala förutsättningar bl a demensföreningar.

Följande föreningar är verksamma i Göteborg och Bohuslän alternativt rikstäckande:

### **Demensförbundet, RDR Riksförbundet för Dementas Rättigheter**

Förbundets kansli: Drakenbergsgatan 13 nb, 117 41 STOCKHOLM

Tel: 08-658 52 22, fax: 08-658 60 68, e-post: [rdr@demensforbundet.se](mailto:rdr@demensforbundet.se)

Hemsida: [www.demensforbundet.se](http://www.demensforbundet.se)

### **Demensföreningen i Göteborg**

Kontaktperson i Göteborg:

Inger Jacobsson	031-88 25 87
Ordf. Ulla Josefsson	031-20 49 38
Telefonrådgivning	031-41 29 41
Britt Fredriksson	0303-500 29
Eivor Strandefjord	031-795 53 33
Gunnel Vesik	031-795 69 33
Gunvor Åberg	0303-819 52
Berit af Geijerstam	0522-64 13 44

Demensförening i Kungälv

Demensförening i Mölndal

Demensförening i Partille

Demensförening i Stenungsund

Demensförening i Uddevalla

### **Alzheimerföreningen i Sverige**

Adress: Box 4109 22 722 LUND

Föreningens kansli: Sunnanvägen 14 S, LUND

Tel: 046-14 73 18, fax: 046-18 89 76,

e-post: [info@alzheimerforeningen.nu](mailto:info@alzheimerforeningen.nu)

Jourtelefon för anhöriga 020-73 76 10

Hemsida: [www.alzheimerforeningen.nu](http://www.alzheimerforeningen.nu)

## **Sociala faktorer**

### **Sociala faktorer av intresse vid demensutredning**

Civilstånd, ensamboende eller samboende med vem?

Barn, syskon m fl anhöriga av betydelse

Yrke/Utbildning

Fritidsaktiviteter

Boendeform och bostadens utformning

Hemvård och hjälpinsatser av andra ex. make/sambo, barn, grannar, kyrkan, övrig primärvård, hemsjukvård?

Särskilda hjälpmedel (timer för spisen, trygghetslarm, gånghjälpmedel etc)

Färdtjänst

Ekonomisk funktion, god man, fullmakt etc

Körkort, bilkörning.

Vapenlicens

Tobaks- och alkoholvanor (ev missbruk, även narkotika)

Funderingar på testamente, rättskapabel eller ej?

Kontaktnät? Tänk på att män och kvinnor har olika nätverk, särskilt ensamstående äldre män kan behöva speciella insatser.

### **Sociala belastningsfaktorer av aktuell betydelse**

Förlust av nära anhörig? Även husdjur!

Relationsstörningar

Bostadsbyte

# Somatiskt och neurologiskt status

## Somatiskt status

### Allmäntillstånd:

- Tecken till hjärtinkompensation
- Näringstillstånd, hudtonus
- Bristande hygien
- Lukt
- Sjukdomstecken i hudfärg el sclerae
- Hudtemperatur – kyla/värme
- Muskler och leder
- Tecken till smärta

### Munhåla och svalg:

- Slemhinnor
- Tandstatus

### Lymfkörtlar och thyreoidea:

- Hals och käkvinklar
- Axiller och ljumskar

### Hjärta och lungor:

- Bedöm andning
- Puls (frekvens och rytm)
- BT liggande(el sittande) och stående
- Blåsljud över hjärta el karotider
- Auskultation av lungor
- Bedömning av perifer cirkulation
- Vaskulittecken

### Buk:

- Palpation, bedöm lever, njurar tarm och blåsa
- Patologiska resistenser
- Ev ärr kan ge underlag till anamnes

## Neurologstatus

### Allmänt:

- Gångmönster och rörelseförmåga
- Hållning
- Ofrivilliga rörelser
- Syn och hörsel – ev otoskopi
- Tal
- Språk
- Mimik
- Balans och ev falltendens

### Primitivreflexer:

### Kranialnerver:

- Ögonrörelser, nystagmus
- Pupiller
- Ögonbottnar (vid misstanke om ökat intrakraniellt tryck)
- Ansiktsasymmetri

### Extremiteter:

- Muskeltonus, rigiditet, kughjulsfenomen
- Grov kraft
- Muskelatrofier
- Tremor och myoklonier
- Arm- och benreflexer
- Babinskis tecken

### Känsel:

- Vibrationssinne

## Somatiskt status med kommentarer

### Allmäntillstånd:

- Tecken till hjärtinkompensation
- Näringstillstånd, hudtonus - *uttorkning*
- Bristande hygien - *hud, mun, klädsel*
- Lukt - *förutom hygien också alkohol, UVI mm*
- Sjukdomstecken i hudfärg eller sclerae - *ex cyanos, ikterus, blekhet*
- Hudtemperatur - *kyla/värme feber, svettning*
- Muskler och leder
- Tecken till smärta - *med eller utan relation till den somatiska undersökningen*

### Munhåla och svalg:

- Slemhinnor
- Tandstatus - *tuggförmåga, passform vid proteser*

### Lymfkörtlar och thyreoidea:

- Hals och käkvinklar
- Axiller och ljumskar

### Hjärta och lungor:

- Bedöm andning - *dyspné vid ansträngning, emfysemmisstanke etc*
- Puls (frekvens och rytm)
- BT liggande och stående(eller sittande) - *ortostatism*
- Blåsljud över hjärta eller karotider
- Auskultation av lungor - *astma, lunginflammation*
- Bedömning av perifer cirkulation - *cyanos, kyla, sår*
- Vaskulittecken - *särskilt temporalisarterit*

### Buk:

- Palpation, bedöm lever, njurar, tarm och blåsa - *förstoppning, blåsretention*
- Patologiska resistenser - *vätska*
- Ev ärr kan ge underlag till anamnes

## Neurologstatus med kommentarer

### Allmänt:

- Gångmönster och rörelseförmåga - *steglängd, medrörelser, rörelsefattigdom, ataxi, bredspårig gång*
- Hållning - *kroppshållning ex Parkinson*
- Ofrivilliga rörelser - *tremor, hyperkinesier, choreatiska rörelser (Huntington)*
- Syn och hörsel - *bedöms grovt*
- Tal - *perseverationer, logoklonus, härmning*
- Språk, Afasi/dysfasi - *impressiv/expressiv*
- Mimik - *ev maskansikte*
- Balans och ev falltendens - *ex normaltryckshydrocephalus*

**Primitivreflexer:** *Vid avancerad demens främst grip- och sugreflexer*

### Kranialnerver:

- Ögonrörelser, nystagmus - *ex vid hjärnstamsläsioner, cerebellära tillstånd, Wernicke-encephalopati och lues*
- Pupiller - *ensidig pupillardilatation ibland vid cerebral tumör och subduralhämatom*
- Ögonbottnar (vid misstanke om ökat intrakraniellt tryck)
- Ansiktsasymmetri - *facialis pares*

### Extremiteter:

- Muskeltonus, rigiditet, kugghjulsfenomen - *ex Parkinson*
- Grov kraft - *asymmetrier*
- Muskelatrofier - *neurologisk skada, involutionsbetingat, även malnutrition*
- Tremor och myoklonier
- Arm- och benreflexer - *asymmetrier*
- Babinskis tecken

### Känsel:

- Vibrationssinne - *B12-brist, diabetesneuropati*

# Neuropsykiatriskt status

## Allmänt intryck:

- Förmåga att beskriva sina symtom

## Tecken till emotionell störning:

- Stämningssläge (sänkt eller förhöjt)
- Emotionell reduktion = mindre förmåga än tidigare att visa känslor
- Affektinkontinens
- Irritabilitet, aggressivitet

## Psykotiska eller paranoidea symtom

- Hallucinationer (syn- hörsel- lukt- eller känsel-)
- Vanföreställningar
- Illusioner

## Konfusionella symtom

- Psykiskt klar eller ej
- Kontaktförmåga
- Uppmärksamhet
- ”Konfusionellt beteende”

## ”Frontallobssymtom”

- Distanslöshet
- Omdömeslöshet
- ”Vill inte anstränga sig” eller ”ger lätt upp”
- Känslomässig förflackning med emotionell reduktion
- Perseveration, upprepning

## Tempo

- Psykisk förlångsamning

## Neuropsykiatriskt status med kommentarer

### Allmänt intryck:

- Förmåga att beskriva sina symtom - *sjukdomskänsla, insikt*

### Tecken till emotionell störning:

- Stämningläge (sänkt eller förhöjt) - *depression, ibland enbart i form av somatiska subjektiva symtom*
- Emotionell reduktion = mindre förmåga än tidigare att visa känslor - *ensidiga känslottringar*
- Affektinkontinens - *vanligen blödighet, men också omotiverad glättighet*
- Irritabilitet, aggressivitet

### Psykotiska eller paranoidea symtom

- Hallucinationer (syn- hörsel- lukt- eller känsel-)
- Vanföreställningar - *ex om besökare eller misstänksamhet*
- Illusioner - *misstolkningar*

### Konfusionella symtom

- Psykiskt klar eller ej
- Kontaktförmåga
- Uppmärksamhet
- ”Konfusionellt beteende”

### ”Frontallobssymtom”

- Distanslöshet
- Omdömeslöshet
- ”Vill inte anstränga sig” eller ”ger lätt upp”
- Känslomässig förflackning med emotionell reduktion
- Perseveration, upprepning

### Tempo

- Psykisk förlångsamning

# Laboratorieundersökning vid demensutredning

## 1. Rekommendation vid primärvårdsutredning

B-Hb  
B-glukos  
B-SR och/eller CRP

S-Na  
S-K  
S-Ca  
S-Albumin  
S-Kreatinin

Thyreoideascreening enligt laboratoriets rutiner

Screening för B12 och folsyra och/eller homocystein

U-Nitrit  
U-Glukos  
U-Albumin  
U-Erythrocyter  
U-Leukocyter

**2. Vid specifik frågeställning utökas utredningen inom primärvården eller på  
länssjukvårdsklinik exempelvis enl följande**

B-Bilirubin

S-ALP

S-ASAT

S-ALAT

S- $\gamma$ -GT

Ery-MCV

B-EPK

B-LPK

B-TPK

S-Kolesterol

S-Triglycerider (LDL+HDL)

S-Homocystein

Läkemedelskoncentration

Luesprov

Borreliaserologi

HIV-test

S-MMA

ApoE genotypning

S-Kortisol

DST

Likvorundersökning:

Proteinanalys + TAU

Homocystein, B12, MMA

Monoaminmetaboliter

Borrelia-titer

# Övriga undersökningar vid demensutredning

## 1. Rekommendation vid primärvårdsutredning

EKG

Blodtryck liggande och stående(1 min)

Datortomografi hjärna tidigt i förloppet (behövs ej vid grav demens där svaret på undersökningen ej kommer att påverka handläggningen)

## 2. Vid specifik frågeställning utökas primärvårdsutredningen exempelvis enl följande

Blodtryck stående (5 min)

Rtg cor och pulm

## 3. Vid specifik frågeställning utökas utredningen på länssjukvårds/universitetsklinik exempelvis med

EEG

MR

SPECT

# Tumregler för demensdiagnostik

## Frontalt hjärnskadesyndrom

- Nedsatt motivation (nedsatt initiativförmåga)
- Emotionell avtrubning (minskad känslomässig varitionsförmåga)
- Bristande emotionell kontroll (ökade känslouttryck)
- Nedsatt omdöme
- Bristande insikt
- Torftigt språk
- Perseveration (upprepning)
- Förändrat oralt och sexuellt beteende (vid avancerad sjukdom)

## Parietalt hjärnskadesyndrom

- Sensorisk afasi (osammanhängande tal, svårigheter att förstå eget och andras tal)
- Visuell agnosi ("hjärnblindhet", svårigheter att tolka synintryck)
- Apraxi (oförmåga att utföra ändamålsenliga rörelser och att använda redskap)
- Bristande kroppsmedvetande (oförmåga att orientera kroppen i rummet)

## Subkortikalt hjärnskadesyndrom

- Psykisk förlångsamning (nedsatt tempo)
- Extrapiramidala bortfall (rigiditet, hypokinesi)
- Bilaterala pyramidala bortfall (positiv Babinski, subklonus, gång med korta steg)
- Pseudobulbära bortfall (dysartri, dysfagi, positiv masseterreflex)

## Globalt hjärnskadesyndrom

- Minnesstörning
- Desorientering (tid, rum)
- Nedsatt abstraktionsförmåga
- Anomi (benämningssvårigheter)
- Visuospatial störning (nedsatt förmåga att avbilda kub och/eller avläsa klockan)

### **Konfusionssyndrom**

- Plötslig debut
- Fluktuerande förlopp
- Bristande uppmärksamhet och koncentrationsförmåga
- Feltolkningar av sinnesintryck
- Fragmenterat tänkande
- Psykomotorisk hypo- eller hyperaktivitet
- Hallucinos
- Paranoida föreställningar
- Psykisk oro
- Bristande emotionell kontakt
- Desorientering
- Minnesstörning
- Sömn-/vakenhetsstörning

### **Depressions- och/eller ångestsyndrom**

- Sänkt stämningsläge
- Minskad självkänsla, suicidtankar
- Ångest
- Skuld känslor
- Depressivt färgade vanföreställningar
- Hypokondriska symtom

## Utdrag ur Läkartidningen, nr 34 2001

### **Faktaruta. Beskrivning av sjukdomstillstånd inom området kognitiva störningar**

Alzheimers sjukdom med tidig debut F00.0\*G30.0†:

Utmärks av en smygande debut och en långsamt progredierande försämring av kognitiva funktioner.

Det vanligaste tidiga symtomet är minnesstörning. Andra temporoparietala symtom som dyspraxi, språkstörning, rumslig desorientering samt försämrade igenkänning är typiska. Även andra högre mentala funktioner som abstrakt tänkande och problemlösningsförmåga drabbas. Depressiva symtom kan förekomma, inte minst initialt. Beteendestörning är vanligt i senare skede. Symtomdebut före 65 års ålder.

### **Alzheimers sjukdom med sen debut F00.1\*G30.1†:**

Symtombilden liknar den vid tidig debut. Den kliniska bilden är ofta mindre fokal som ett uttryck för mer omfattande skadeutbredning.

Debut efter 65 års ålder. Åldersgränsen baseras på en internationell överenskommelse.

### **Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada F00.2\*G30.8†:**

En demensbild som talar för Alzheimers sjukdom, men där den kliniska bilden och utredningen ger belägg för samtidig symtomgivande cerebrovaskulär skada.

### **Vaskulär demens F01.9:**

Vid vaskulär demens finns demenssymtom med försämring av minne och andra kognitiva funktioner som bedöms vara orsakade av cerebrovaskulär skada. Symtomen, som kan vara fluktuerande, debuterar ibland relativt plötsligt och förloppet beskrivs ofta som trappstegsliknande. Många gånger är dock sjukdomsprogressen mer kontinuerlig. Utöver de kognitiva symtomen är andra neurologiska bortfallssymtom vanliga. Hjärnabbildande undersökningsresultat som tyder på avgränsade cirkulationsskador stöder diagnosen.

### **Frontotemporal demens F02.0\*G31.0†:**

En progredierande demens med långsam debut vanligen före 70 års ålder, karakteriserad av tilltagande förändringar av personlighet, känsloliv och expressiva språkliga funktioner och senare mutism. Personlighetsförändringen karakteriseras av emotionell avflackning, hämningsbortfall, bristande sjukdomsinsikt, omdömeslöshet samt tilltagande apati. Minne och praktisk förmåga är ofta relativt välbevarade i tidiga stadier.

### **Lewybodydemens F02.8\*G31.8A†:**

Den kliniska bilden utgörs av fluktuerande kognitiva symtom med minnesproblem, orienteringssvårigheter och nedsatt tankeförmåga. Andra symtom är syn- och hörselhallucinationer, neurologiska symtom i form av extrapyramidala störningar, fall och medvetandeförluster. Sjukdomen är progredierande även när den fluktuerar. Symtomen förvärras ofta av neuroleptika.

### **Demens vid Parkinsons sjukdom F02.3\*G20.9†:**

Diagnostiken bygger på att Parkinsons sjukdom föreligger och att demens i form av nedsatt minne och andra kognitiva störningar har konstaterats. Demensbilden får inte förväxlas med kognitiv störning som kan uppkomma på grund av antiparkinsonmedicinering.

**Alkoholdemens F10.7A:**

En demensbild som föreligger hos en person med långvarigt alkoholmissbruk där ingen annan specifik förklaring (direktpåverkan av alkohol, hjärnskador efter trauma, subduralhematom) till demensen föreligger. Bokstaven A i femte positionen utgör en precisering av att det rör sig om en demens.

**Depression hos äldre F32.8:**

Insjuknandet kan vara både smygande och hastigt. Det kan finnas anamnes på depression någon gång tidigare i livet eller vara förstagsinsjuknande. Utlösande faktor finns ibland, till exempel somatisk sjukdom eller förlust av närstående. Intresse och koncentration försämras och minnet påverkas ofta. Trötthet, avmagring, smärta och andra somatiska symtom är vanliga liksom ångest, irritabilitet och aggressivitet. En typiskt depressiv dygnsrytm föreligger inte alltid, men den kan visa sig i fluktuerande somatiska symtom. Förloppet är oftast reversibelt spontant eller vid antidepressiv behandling.

**Konfusion utan demenssjukdom F05.0:**

Konfusion utlöses ofta av akut somatisk sjukdom, läkemedel eller psykosocial stress. Tillståndet karaktäriseras av störningar av uppmärksamhet, uppfattningsförmåga, tänkande, orientering, psykomotorik, sömn/vakenhet samt av en rubbad dygnsrytm. Vanliga symtom är agitation, aggressivitet, hallucinationer och vanföreställningar. Syndromets varaktighet växlar och svårighetsgraden varierar från mild till mycket uttalad. Tillståndet är reversibelt.

**Konfusion med demenssjukdom F05.1:**

Detta tillstånd uppfyller ovanstående kriterier men förekommer samtidigt som demenssjukdom.

**Lindrig kognitiv störning, objektiv (minnesstörning, benign åldersglömska) F06.7:**

Tillståndet karaktäriseras av försämrade minnesfunktioner, inlärningssvårigheter samt koncentrationssvårigheter. Det finns ofta en känsla av uttalad psykisk uttrötthet och nyinlärning upplevs subjektivt som svår. Objektivt föreligger hållpunkter för kognitiv störning men inga av dessa symtom är så uttalade att demensdiagnos kan sättas.

**Lindrig kognitiv störning, subjektiv R41.8A:**

Det föreligger subjektiva hållpunkter för minnesstörning eller annan kognitiv störning. En förutsättning för diagnosen är normala fynd vid neuropsykologisk undersökning.

**Observation för misstänkt kognitiv störning Z03.2A:**

Medicinsk observation/utredning av misstänkt kognitiv störning. Patienten kan uppvisa en del symtom eller tecken på kognitiv störning, men har efter undersökning inte behov av behandling eller medicinsk vård. Används i avvaktan på specifik slutlig diagnos, till exempel i väntan på provsvar.

**Demens utan närmare specifikation (UNS) F03.9**

Diagnosen bygger på att en kognitiv störning med demens föreligger och att undersökningar som vidtagits utesluter övriga specifika demensdiagnoser alternativt att man inte efter genomförd utredning kan avgöra vilken etiologi som föreligger. Diagnosen skall inte användas på sekundära demenstillstånd eller när multifaktoriell genes föreligger.

**Tabell I. Förslag till klassificering enligt Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97) jämfört med nuvarande klassificering enligt Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997, primärvård (KSH97-P)**

Sjukdomsbegrepp	KSH97 (ICD-10)	KSH97-P (ICD-10 primärvård)
Alzheimers sjukdom, tidig debut	F00.0*G30.0†	G30.-
Alzheimers sjukdom, sen debut	F00.1*G30.1†	G30.-
Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada	F00.2*G30.8†	G30.-
Vaskulär demens	F01.9	F01.-
Frontotemporal demens	F02.0*G31.0†	F03.-P
Lewybodydemens	F02.8*G31.8A†	F03.-P; G98.-P
Demens vid Parkinsons sjukdom	F02.3*G20.9†	F03.-P; G20.-
Alkoholdemens	F10.7A	F10.-P
Depression hos äldre	F32.8	F32.-
Konfusion utan demens	F05.0	F09.-P
Konfusion med demens	F05.1	F09.-P
Lindrig kognitiv störning (minnesstörning), objektiv	F06.7	F09.-P
Lindrig kognitiv störning (minnesstörning), subjektiv	R41.8A	R41.8P
Observation för misstänkt kognitiv störning	Z03.2A	Z03.-
Demens UNS	F03.9	F03.-P

# Läkemedelsbehandling

## BEHANDLING AV PSYKISKA SYMPTOM HOS PERSONER MED DEMENS

Patienter med demens reagerar ofta helt annorlunda på behandling med psykofarmaka än människor utan hjärnskada. Också den vanligen höga åldern hos patienter med demens påverkar reaktionerna på psykofarmaka. Detta gör att biverkningar blir mer framträdande och ibland annorlunda. Behandlingsstrategierna blir annorlunda och större vikt måste läggas vid att inte skapa negativa effekter av läkemedlen.

En läkemedelsbehandling av patienter med demens fordrar såväl en god diagnostik av de symptom som skall behandlas, som en god kunskap om läkemedel och deras biverkningar. Trots detta råkar man ofta ut för oväntade reaktioner och uppföljning av en insatt behandling är nödvändig, både för att undvika biverkningar och för att förvissa sig om att de önskade effekterna erhålls.

Symptom som orsakas av minskad aktivitet av transmittorsubstanser är oftast lättare att påverka än symptom som orsakas av förlust av nervceller. Motivationsstörning som delsymptom i en depressiv sjukdom kan t ex förbättras medan samma symptom orsakat av skador i frontalloben inte kan påverkas med läkemedelsbehandling. Symptom som depression, ångest eller hallucinos är vanligen till stor del behandlingsbara medan kognitiva störningar är svårare att påverka.

Äldre personer har ofta många läkemedel. Interaktioner är vanliga och biverkningar ökar exponentiellt vid ökat antal preparat.

**Ingvar Karlsson**

## Preparatöversikt

### Neuroleptika

Det synes inte finnas några skillnader mellan olika neuroleptikapreparat i deras effekter på psykiska symptom hos äldre. Skillnaderna ligger i frekvensen biverkningar. Neuroleptika med antikolinerga effekter kan förväntas också påverka kognitiva funktioner negativt, eventuellt skapa konfusionella reaktioner. Neuroleptika med rent dopaminblockerande effekter ger ofta påtagliga extrapyramidala effekter men kan även i sig påverka kognitiva funktioner negativt - om än inte lika uttalat som neuroleptika med antikolinerga effekter.

Under inga omständigheter bör man ge antikolinerga läkemedel till äldre för att motverka extrapyramidala biverkningar. Genom att byta preparat och justera doser kan extrapyramidala biverkningar minskas utan att den eftersträvade effekten försvinner.

Atypiska neuroleptika, som klozapin (Leponex®), risperidon (Rispedal®), olanzapin (Zyprexa®) och ziprasidon (Zeldox®) har en annorlunda biverkningsprofil och ofta färre biverkningar.

Effekten av neuroleptika på aggressivitet och agitation är mindre dokumenterad än effekter på psykotiska symptom.

### **Antidepressiva**

Tricykliska antidepressiva har påtagliga biverkningar och kan skapa konfusionstillstånd, men även påtaglig påverkan på hjärt- kärlfunktion. Hela denna grupp läkemedel måste användas mycket försiktigt, speciellt till personer med demens eller hjärnskada. De bör därvidlag betraktas som specialistpreparat. Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) och MAO-A-hämmare tåls väl av äldre, mianserin (Tolvon®) saknar antikolinerga effekter men kan vara sederande. Venlafaxin (Efexor®) och mirtazapin (Remeron®) fungerar väl till äldre och är erfarenhetsmässigt ett alternativ vid djupare depressioner. Erfarenhet av reboxetine (Edronax®) till personer med demens är begränsad.

Interaktioner genom blockering av enzymer i levern finns för vissa SSRI-preparat (se interaktionskapitlet i FASS). Också andra läkemedel kan ge liknande interaktioner. Resultaten kan bli oväntade och svåra biverkningar, också för preparat mot kroppsliga sjukdomar.

### **Bensodiazepiner och liknande preparat**

Användningen av bensodiazepiner leder ofta till problem hos äldre. Effekten avtar efter en tids regelbunden användning och utsättningsförsök leder till ökade symptom. Detta försvårar en utsättning och ökar risk för biverkningar.

Biverkningarna av bensodiazepiner är annorlunda än hos yngre. Man ser oftare tecken till kognitiva störningar också inkluderande konfusionella reaktioner. Muskelsvaghet och risk för fall ökar. Bakom den ökade risken för biverkningar av bensodiazepiner hos äldre finns såväl en ökad känslighet för biverkningar som förlängda halveringstider. Preparat med mycket långa halveringstider bör därför undvikas till äldre (nitrazepam (Mogadon®), flunitrazepam (Rohypnol®) och diazepam (Stesolid®)), och preparat som kan ge höga serumkoncentrationer (triazolam (Halcion®)) kan vålla problem.

För personer där en benzodiazepinbehandling inte bör sättas ut kan man ibland behöva ge en långtidsbehandling. Erfarenhetsmässigt kan det då vara lämpligt att välja ett preparat med lång halveringstid (diazepam (Stesolid®)) för att minska variationer i serumkoncentration, som i sig kan öka risk för ångestgenomslag.

Nyare preparat som zopiklon (Imovane®) och zolpidem (Stilnoct®) är mer selektiva i sina effekter på hjärnan vilket kan förväntas ge färre biverkningar. Zopiklon (Imovane®) har längre halveringstid och ger erfarenhetsmässigt längre sömnduration hos äldre. Erfarenhet av zaleplon (Sonata®) är begränsad.

### **Lugnande medel**

Lugnande medel av antihistamintyp används framför allt som sömnmedel. De är inte beroendeframkallande men kan ofta hos äldre ge påtagliga biverkningar. Hos äldre är beroendeproblematik inte lika svår som hos yngre och i denna åldersgrupp bör risk för biverkningar mer styra val av preparat.

## **Målsättning med behandling av psykiska symptom hos personer med demens**

Varje behandling måste föregås av diagnostiska överväganden.

Miljö- och omvårdnadsfaktorer kan ofta starkt påverka en person med demens och skapa psykiska symptom. Dessa orsaker skall åtgärdas genom förändringar i miljön.

Innan farmakologisk behandling sätts in måste också möjligheten till att symptomen orsakas av läkemedelsbiverkan övervägas. Framför allt är det konfusionella reaktioner som kan ge en stor variation av symptom men även depression och kognitiv reduktion kan vara ett uttryck för läkemedelsbiverkan. Om en behandling skall startas måste en helhetsbedömning göras. Miljöfaktorer, psykisk sjukdom, fysisk sjukdom, tidigare läkemedelsbehandling, psykisk och fysisk miljö skall vägas in. Icke farmakologisk behandling skall kompletteras med farmakologisk behandling.

Insatt behandling skall utvärderas, dels med avseende på klinisk effekt och dels med avseende på biverkningar. Ju äldre och mer dement en patient är desto större risk för biverkningar. Det är hos dementa viktigt att lyssna till anhörigas och vårdpersonalens åsikter vad avser behandlingseffekter och biverkningar.

Biverkningar av läkemedel, som utövar sin effekt genom att dämpa transmittorfunktioner, är beroende av vilka transmittorsubstanser som påverkas och selektiviteten av denna dämpning. Ju färre transmittorer som påverkas - desto färre oönskade effekter. Ju mer selektivt ett läkemedel verkar - desto färre biverkningar. Blockering av acetylkolinfunktion ger de mest uttalade biverkningarna genom påverkan på kognitiva funktioner.

## Läkemedelsinducerade psykiska störningar

Läkemedelsinducerade psykiska störningar utgörs huvudsakligen av påverkan på kognitiva funktioner men depressiva reaktioner kan ibland utlösas av farmakologisk behandling.

En ofta förbisedd orsak till psykiatriska biverkningar är medicinering vid glaukom. Ögondroppar resorberas tillräckligt mycket för att kunna skapa konfusionella reaktioner hos känsliga personer. Eftersom patienter med konfusion ofta har behandling mot glaukom utgör detta ibland ett kliniskt problem.

## Konfusionsframkallande läkemedel

### Antikolinerga preparat

Små doser scopolamin leder till minnesstörningar hos friska äldre, små doser amitriptylin (Saroten®) har visats ge påverkan på verbalt minne. Lätta minnesstörningar är svåra att upptäcka utan neuropsykologisk testning. I den kliniska vardagen är därför lättare kognitiva störningar oftast oupptäckta. En minnesstörning som utlöses av en läkemedelsbehandling kan vålla problem vid dysmentia där de intellektuella marginalerna är små.

Om den antikolinerga blockaden blir kraftigare leder detta hos äldre ofta till konfusionella reaktioner. Sannolikt finns en kontinuerlig övergång mellan lättare påverkan på kognitiva funktioner och konfusion, symtomen är delvis likartade och för många läkemedel är det endast dosen och den enskilde individens känslighet, som avgör vilken reaktion som blir, här samverkar läkemedelsbehandling också med andra konfusionsframkallande faktorer.

### Antidepressiva

Tricykliska antidepressiva har samtliga en påtaglig central antikolinerg effekt, som dock varierar för olika substanser. Dessa medel har också en avsevärd konfusionsframkallande potential. Vidare kan dessa läkemedel framkalla ortostatisk hypotension som i sig kan utlösa förvirringstillstånd. Samtliga tricykliska antidepressiva får bedömas vara högriskpreparat vad gäller konfusion.

SSRI-preparat ger endast mycket sällan upphov till konfusion även om detta har beskrivits. Även den selektiva MAO-A-hämmaren moklobemid (Aurorix®) tillhör en lågriskgrupp i detta avseende.

### Neuroleptika

Neuroleptika är konfusionsframkallande framför allt genom sina centrala antikolinerga effekter. Blockad av adrenerga alfa-receptorer kan också utgöra en risk genom ortostatiska reaktioner vilka kan ge konfusion som symptom. Neuroleptika med renodlad dopaminblockad kan erfarenhetsmässigt i höga doser sänka konfusionströskeln men mekanismen är osäker.

Traditionella högdosneuroleptika har samtliga antikolinerga effekter. Tioridazin (Mallorol®), levomepromazin (Nozinan®) och klorpromazin (Hibernal®) är mest potenta i detta avseende och representerar högriskpreparat.

Preparat tillhörande gruppen lågdosneuroleptika har mindre benägenhet att utveckla konfusion men detta ses ibland hos känsliga personer. Även melperon (Buronil®) bör räknas till denna grupp. Höga doser medför erfarenhetsmässigt ökad risk för konfusion.

Risperidon (Risperdal®) har i låga doser ( $\leq 2$ mg) visat förhållandevis få biverkningar hos äldre och hos personer med demens. Sannolikt kommer nya preparat med mer specifika verkningsprofiler att visa sig lämpliga för personer med demens.

Olanzapin (Zyprexa®) har i många fall tolererats väl vid demens men enstaka rapporter med konfusionella reaktioner finns. Erfarenhet av ziprasidon (Zeldox®) är alltför begränsad.

Klozapin (Leponex®) har i klinisk användning visat påfallande liten konfusionsframkallande effekt. Detta är ett specialistpreparat.

### **Litium**

Litium ger i höga doser konfusion. Eftersom litium nästan uteslutande utsöndras via njurarna måste stor försiktighet iaktas vid dosering till äldre där njurfunktionen gradvis försämras. Hos äldre kan också vanliga terapeutiska doser ge konfusion.

### **Anxiolytika**

Bensodiazepiner kan ge upphov till konfusionella reaktioner och äldre verkar mera känsliga än yngre för dessa biverkningar. Skillnader finns mellan olika preparat, men samtliga bedöms tillhöra mellanriskgrupp. Den bakomliggande mekanismen är osäker. Såväl en ökad receptorkänslighet som försämrad förmåga till nedbrytning kan bidra. Bensodiazepinbehandling har visats leda till en ökning av antikolinerg aktivitet i plasma mätt genom affinitetsbindning till muskarinreceptorer.

Den konfusionsframkallande effekten är beroende av serumkoncentrationen av preparatet. Farmakokinetiska egenskaper kommer därför att spela en avsevärd roll. Preparat som har en snabb absorption ger därför lättare konfusion än de med långsammare absorption. Sömnmedel kan på detta sätt ge en paradoxal sömnhinhiberande effekt genom att framkalla konfusion.

Bensodiazepiner med lång halveringstid, som hos äldre ger en ackumulation, kan öka plasmakoncentrationen till höga nivåer och ge upphov till konfusion. Detta gäller preparat som flunitrazepam (Rohypnol®), nitrazepam (Mogadon®) och diazepam (Stesolid®), den senare har också en aktiv metabolit med ibland extremt lång halveringstid hos äldre.

Troligen finns i gruppen skillnader också mellan olika preparat. Klonazepam (Iktorivil®) har t ex högre grad av konfusion än genomsnittligt. Oxazepam (Sobril®) däremot tycks vara det preparat som i detta avseende ger minst risker.

Bland övriga anxiolytika skiljer sig zolpidem (Imovane®) och zopiklon (Stilnoct®) sannolikt inte från bensodiazepinerna vad avser konfusionsframkallande effekter.

Erfarenheten av klometiazol (Hemineurin®) vid konfusion är stor och preparaten har tillhör sannolikt en lägre riskgrupp än bensodiazepiner.

## **Sedativa**

Till denna grupp räknas framför allt en grupp läkemedel med huvudsakligen central antihistamin-effekt. Många av dessa har dock också påtaglig antikolinerg effekt. Till dessa hör preparat som alimemazin (Theralen®), propiomazin (Propavan®), promethazin (Lergigan®) och hydroxizin (Atarax®). Många av dessa preparat används i praktiken som sömnmedel till äldre och till dementa och goda ersättningspreparat finns ej. Det är viktigt att varje ordination av dessa medel till äldre sköra individer följs noggrant med speciell observation på biverkningar.

## **Antiparkinsonmedel**

Dopaminstimulerande läkemedel har samtliga benägenhet att framkalla konfusion. Denna konfusion innehåller ofta hallucinatoriska upplevelser och ter sig ofta som en psykotisk reaktion. Detta ger mycket ofta problem vid behandling av Parkinsons sjukdom då demenssymtom finns. Farmakokinetiska skillnader mellan exempelvis olika 1-DOPA-innehållande preparat kan ge skillnader i det enskilda fallet. Även för dessa preparat kan snabbverkande preparat genom att ge höga serumkoncentrationer ge konfusionella reaktioner. Depotpreparat är ur konfusionssynpunkt tryggast.

Dopaminagonister och den selektiva MAO-B inhibitorn selegilin (Eldepryl®) framkallar konfusion i samma storleksordning som 1-DOPA-innehållande preparat.

Vid behandling av Parkinsons sjukdom är doser och beredningsformer mer avgörande för biverkningar än preparattyp. Behandling av patienter med såväl demens som parkinsonsymptom är alltid problematisk. Biverkningarna är i flertalet fall dosrelaterade. En avvägning är nödvändig så att behandlingsönskemål med hänsyn till rörlighet inte påverkar den psykiska klarheten.

## **Antiepileptika**

För samtliga antiepileptiska preparat finns rapporter om konfusion som biverkan. Mekanismerna för detta är oklara. Troligen finns skillnader mellan olika preparat. Karbamazepin (Tegretol®, Hermolepsin®) och valproate (Ergenyl®) är väl styrbara preparat och kan ofta ha tillräcklig effekt även i relativt låga serumkoncentrationer. Nya preparat är ännu inte utprovade vad avser konfusionsframkallande effekt men kan sannolikt vara positiva.

## **Histamin-H2-blockerare**

Cimetidin (Tagamet®) är mycket starkt konfusionsframkallande. Många rapporterade fall karakteriseras av lever- eller njurfunktionsnedsättning, hög ålder eller höga doser. Preparatet bör inte användas till äldre eller till dementa.

Ranitidin (Zantac®) och famotidin (Pepcid®) har också rapporterats ge upphov till konfusionella reaktioner, men mindre ofta än för cimetidin (Tagamet®).

Protonpumpsblockerare tycks, till skillnad mot H2-blockerare, inte ge upphov till konfusionella reaktioner.

## **Analgetika**

Samtliga NSAID-preparat kan ge upphov till konfusion. För indometacin (Indomee®) finns konfusionella reaktioner rapporterade i stor utsträckning och detta läkemedel får bedömas ha något högre konfusionsbenägenhet än de övriga. Preparat med mycket lång halveringstid, piroxikam (Felden®), tenoxicam (Alganex®), kan ge upphov till ackumulation och därigenom ökas risk för konfusionella reaktioner.

Acetylsalicylsyra har vid smärtbehandling rapporterats ofta ge upphov till konfusionella reaktioner.

Paracetamol tillhör lågriskgrupp.

De flesta opioider tillhör högriskgrupp, där t ex petidin och pentazocin (Fortalgesic®) av detta skäl inte bör användas till dementa. Kodein och dextropropoxifen är inom denna grupp mindre konfusionsframkallande än de övriga. Tramadol (Tiparol®) fungerar sannolikt likartat. Vid överdosering finns dock stor risk för konfusionella reaktioner. Det är viktigt att konfusionskänsliga personer inte behandlas med mer än ett preparat ur opioidgruppen.

### **Antihistaminpreparat**

Klemastin (Tavegyl®) har central antihistamineffekt och kan framkalla konfusioner. Preparat utan centrala effekter tillhör lågriskgrupp.

### **Antiarytmika**

Disopyramid (Durbis®) har påtaglig antikolinerg effekt och ger stor risk för konfusionella reaktioner. Det tillhör därför högriskgrupp.

För kinidin och verapamil (Isoptin®) finns rapporter om konfusionella reaktioner, men preparaten bedöms tillhöra mellangrupp.

### **Kalciumblockerare**

För verapamil (Isoptin®) och nifedipin (Adalat®) finns rapporter om konfusionella reaktioner. Preparaten bedöms tillhöra mellanriskgrupp. För övriga preparat finns det endast ett fåtal rapporter om konfusion.

### **Betablockerare**

Betablockerare, främst propranolol (Inderal®), har rapporterats ge upphov till konfusionella reaktioner. Mekanismerna för dessa är oklara men centrala mekanismer är troliga. I praktiken är det liten skillnad mellan fettlösliga och vattenlösliga preparat vad beträffar påverkan på kognitiva funktioner. Samtliga preparat får bedömas ge måttlig risk för konfusion. Ortostatiska reaktioner med dålig cerebral genomblödning är en ytterligare risk med alla blodtryckssänkande preparat.

### **Diuretika**

Tiazidpreparat kan förväntas ge upphov till konfusionella reaktioner genom olika mekanismer: dehydrering, elektrolyttrubbning och ortostatiska reaktioner vid blodtryckssänkning. Preparaten tillhör alla ur risksynpunkt sannolikt en mellangrupp. Risker kan minskas genom att undvika höga doseringar och att använda retardformer.

Spironolaktoner (Aldactone®) kan också ge upphov till konfusionstillstånd och tillhör mellanriskgrupp. Acetazolamid (Diamox®) har en påtaglig konfusionsframkallande effekt och tillhör högriskgrupp.

### **Digitalis**

Digitalis ger vid överdosering regelmässigt konfusion. Hos känsliga individer kan även koncentration i rekommenderat intervall ge upphov till konfusion. Förlängd halveringstid genom försämrad njurfunktion kan vålla problem, men risker kan i de flesta fall bemästras. Användning av digitalispreparat till mycket gamla och till dementa bör ske med vaksamhet.

### **Astmapreparat**

Kortison ger ofta konfusionella reaktioner vid hög dosering och tillhör i högdos högriskgrupp. Teofyllin och aminofyllin (Teofyllamin®) har rapporterats ge upphov till konfusionella reaktioner i höga doser och tillhör mellanriskgrupp.

Lokalbehandling av slemhinnor ger liten risk för konfusionella reaktioner.

### **Cytostatika**

Cytostatika ger ofta konfusionella reaktioner.

### **Laxermedel**

Laxermedel kan skapa konfusionella reaktioner. Sannolikt är det orsakat av störningar på mag-/tarmfunktionen och relaterat till överanvändning. Förstoppning är en viktig orsak till konfusionella reaktioner hos äldre, vilket försvårar bedömningen. Lokalt i rektum verkande preparat tillhör lågrisk.

## **Strategier för att undvika konfusionella reaktioner vid läkemedelsbehandling:**

- Undvik preparat ur högriskgrupp
- Se effekter av varje insatt läkemedel, var speciellt observant på preparat ur mellanriskgrupp. Gör bedömningen när full serumkoncentration erhållits.
- Psykofarmaka med selektiv affinitet ger oftast mindre problem än preparat med många olika verkningsprinciper
- Undvik höga serumkoncentrationer av riskpreparat genom att ge låga doser,
- Fördela doserna över dygnet och använd "slow-release"-preparat där sådana finns
- Undvik behandling med flera olika typer av läkemedel
- Undvik läkemedel som kan skapa interaktioner

## Läkemedel som kan utlösa depressioner

Flera läkemedel har rapporterats ge upphov till depression. Kunskapen har framför allt erhållits från fallrapporter, kontrollerade studier är mycket få.

$\beta$ -blockerare är de preparat som oftast framkallar depression. Endast en del av de behandlade får depressiva symptom, det finns inga säkra siffror på hur stor risken är. Propranolol (Inderal®) är det preparat som oftast rapporterats men risken bedöms finnas också för övriga inom gruppen.

Reserpin framkallar ofta depression men används numera sällan. Andra preparat som rapporterats ge depression är corticosteroider, metyldopa (Aldomet®) och klonidin (Catapresan®). Nifedipine (Adalat®), en calciumblockerare har rapporterats ge depression.

Även andra läkemedel såsom loratadin (Claritin®) har rapporterats ge depression. Vid misstanke om läkemedelsutlöst depression måste läkemedlet ifråga sättas ut. Tillägg av antidepressiv behandling är icke tillräcklig. I praktiken bör läkemedelsutlöst depression vara en differentialdiagnos när en antidepressiv behandling icke ger avsedd effekt.

## Behandlingsförslag av psykiska symptom vid demens

### Behandling av minnesstörningar

Donepezil (Aricept®), rivastigmin (Exelon®) och galantamin (Reminyl®) är läkemedel som visats ge förbättrade kognitiva funktioner vid lätt och måttlig grad av Alzheimers sjukdom. Många men inte alla patienter svarar på behandling. En utvärdering av effekten är därför nödvändig. Även en liten positiv effekt kan dock hos många patienter vara av stort värde.

Målgruppen för behandling är patienter med Alzheimers sjukdom av lätt till måttlig grad. I samband med behandlingsstart görs en skattning med MMSE. Efter 3 och 6 månader görs en bedömning av effekter. Fråga anhöriga efter eventuella positiva effekter, ofta märks en positiv effekt genom att personerna synes vara mer aktiva i social samvaro. Gör också en egen global bedömning av effekten och en ny MMSE-skattning. Avsikten med denna bedömning är att värdera positiva effekter och biverkningar.

Slutgiltig ställning till om en behandling ger positiv effekt kan dock inte göras förrän efter 6 månader. Vid denna tidpunkt kan man förvänta sig försämring av tillståndet, om behandlingen inte ger positiva effekter. Det är dock viktigt att göra en helhetsbedömning eftersom vissa symptom, såsom minnesstörning, inte påverkas lika lätt som social interaktionsförmåga.

Behandling bör fortsätta så länge positiva effekter bedöms finnas. I slutstadiet av sjukdomen minskar sannolikt de positiva effekterna av behandlingen, men det finns många studier som visar på effekt på beteendestörningar av kolinesterashämmare.

## **Behandling av depression**

Selektiva serotoninåterupptagshämmare tolereras väl av äldre och är därför lämpliga som förstahandsmedel. Valet av läkemedel bör styras av risk för biverkningar, möjlighet att styra behandlingen och möjliga interaktionsrisker. Citalopram (Cipramil®) och sertralin (Zoloft®) ger få interaktionsproblem.

Äldre och dementa får sällan samma illamående och huvudvärk som yngre och tål SSRI-preparat förhållandevis väl. Ofta kan man ge en terapeutisk dos initialt, men vid förväntade biverkningar och till sköra patienter bör preparaten smygas in med halva dosen under 3-7 dagar.

Förbättring av stämningläget hos äldre vid antidepressiv behandling kommer långsamt. Det kan dröja upp till 12 veckor innan full effekt nås, men tendens till förbättring kommer vanligtvis inom en månad. Man kan förvänta att ca 60 % blir påtagligt förbättrade. Det är erfarenhetsmässigt viktigt att inte underdosera preparaten, vid utebliven effekt bör man höja dosen. Alltför höga doser kan dock skapa biverkningar.

Tänk på risken för interaktioner med vissa SSRI-preparat.

Även om majoriteten av äldre med depression kan förväntas svara på en antidepressiv behandling med SSRI-preparat finns de som inte svarar, även när preparatet ges i tillräcklig dos och under lång tid. Ett tillägg med mianserin (Tolvon®) 10 - 30 mg till natten har ibland kunnat ge en potentiering av den antidepressiva effekten. Ett alternativ är att byta till venlafaxin (Efexor®) eller mirtazapin (Remeron®).

Äldre patienter med psykotiskt djup på depressionen (depressiva vanföreställningar, suicidtankar) skall remitteras till specialist. Här kan behandling som kombinationsterapi, klomipramin (Anafranil®) parenteralt eller elektrochock-terapi komma ifråga.

Depression vid demens är ofta långvariga tillstånd som sträcker sig över år. Behandlingstiden måste därför bli mycket lång. Härvidlag måste man beakta hur länge symptomen funnits, vid kortvariga skov kan en utsättning prövas efter 6 månader, i övriga fall bör man överväga en underhållsbehandling. All utsättning av antidepressiv behandling skall följas upp, vid recidiv skall behandling återinsättas.

I enstaka fall kan en antidepressiv medicinering till äldre leda till maniska symptom hos personer som inte tidigare haft detta (se eget avsnitt). Sannolikt har hjärnsador i speciella områden betydelse för en sådan utveckling.

## **Behandling av ångest och oro**

Tillfällig ångest eller oro kan behandlas med bensodiazepiner.

Långvariga ångesttillstånd är vanligt hos äldre. Oftast kan det associeras med depressiva symptom och är en del av ett depressions-/ångestsyndrom. Karaktären på ångesten kan vara olika, från allmän oro till panikattacker med lufthunger och akut sjukdomskänsla. Differentialdiagnosen blir ibland akut hjärtinfarkt. Antidepressiv terapi leder till att även ångestsymptomen viker. Grundbehandlingen vid ångest är därför samma som vid ren depression. Mirtazapin (Remeron®) fungerar ofta väl vid depression med ångest.

Initialt behöver ofta ångestsymptom lindras tillfälligt. Av bensodiazepinerna har oxazepam (Sobril®) vissa fördelar med en mjukt insättande effekt och medellång halveringstid, ca 10 mg är ofta tillräckligt. Undvik långverkande bensodiazepiner när det inte finns behov av annat än kortvarig ångestlindring.

Behandling med bensodiazepiner ger påtaglig effekt men denna minskar efter några veckors regelbundet användande. Behandlingen måste då fortsätta, eftersom en utsättning medför ångestförstärkning, samtidigt som nya behandlingsprinciper behövs. Biverkningar av bensodia-zepiner är i de flesta fall svårare vid långtidsbehandling än biverkningar av antidepressiva. Antidepressiv terapi är därför förstahandsalternativ vid långtidsbehandling.

Klometiazol (Hemineurin®) används ofta vid demens som tillfälligt lugnande medel eller som sömnmedel. Det har en snabbt insättande kraftig effekt och ger i praktiken få biverkningar. Vid regelbunden användning mer än 1-2 ggr/dag fås emellertid ofta en tillvänjning och med detta behov att öka dosen. Detta kan leda till att efter en tid mycket stora doser behövs för att få samma effekt som initialt. Som nattmedicin fungerar dock klometiazol (Hemineurin®) oftast väl också efter en tid.

Neuroleptika bör icke användas vid ångest och psykisk oro. Risken för biverkningar är stor och effekten är oftast begränsad.

Orostillstånd är ibland ett symptom på konfusionella attacker. Behandlingen skall då i första hand inriktas på att häva konfusionstillståndet.

### **Behandling av konfusion**

Det finns idag inga specifika läkemedel som kan bota en konfusion. Behandling av konfusion skall därför alltid inriktas på att påverka faktorer som kan tänkas öka risk för konfusion. Förutom hjärnskador, akuta eller kroniska, skall läkemedelsbehandling, kroppsliga sjukdomar och psykiska orsaker (miljöfaktorer) övervägas som orsak till konfusion. Behandlingen bör syfta till att påverka samtliga faktorer och inte bara den som varit den utlösande. Farmakoterapi bör vara restriktiv och målsättningen är dels att ge sömn och dels att dämpa tillfällig oro. Vid mycket svåra tillstånd blir det därför en svår balansgång.

Som framgår av avsnittet om konfusionsframkallande läkemedel är detta ett svårt område där de individuella reaktionerna på preparaten kan variera avsevärt. Man bör vid **akuta** konfusionella reaktioner göra en radikal översyn av all läkemedelsbehandling. Målsättningen skall vara att sätta ut alla högriskpreparat och minska alla preparat, som hos den enskilde patienten kan bedömas öka risk för konfusion.

En översyn av kroppsliga sjukdomar skall alltid göras. Leta efter infektioner (urinvägar, lungor). Stopp i urinvägar och tarm kan ge konfusion. Diabetes bör ställas in noggrant.

Den konfusionella patienten skall ha en lugn och trygg yttre miljö.

Klometiazol (Hemineurin®) är ofta bra för att tillfälligt lugna en förvirrad patient. Oxazepam (Sobril®) kan också övervägas. Neuroleptika har begränsade effekter, ofta kan de lugna vissa symptom men påverkar konfusionen negativt. Neuroleptika skall därför användas sparsamt och framför allt mot psykotiska symptom. Viss effekt finns dock av t ex risperidon (Rispedal®) 1-2mg. Neuroleptika med antikolinerga effekter är kontraindicerade. SSRI-preparat kan ofta leda till minskning av aggressivitet vid konfusion. Om neuroleptika sätts in bör dosen reduceras efter att det akuta skovet läkt ut.

Ett speciellt problem är sömnstörning vid konfusion. En alltför kraftig behandling leder ofta till fördjupning av konfusionen. Antihistaminer, som ofta används som sömnmedel, bör komma ifråga endast när de oundgängligen behövs för sömn (se nedan). Kombinera gärna med sömnmedel ur anxiolytikagruppen.

### **Behandling av hallucinationer och paranoiska symptom**

Hallucinationer och paranoiska symptom kan ses vid:

- Sena parafrenier
- Åldersparanoia
- Affektiva sjukdomar
- Konfusionsyndrom

Hallucinationer och paranoiska symptom svarar vanligen bra på symptomatisk behandling med neuroleptika. Det är viktigt att ta hänsyn till biverkningar och medel med antikolinerg effekt bör undvikas. Risperidon (Risperdal®) i dos 0,5-2 mg fungerar ofta väl, ett annat alternativ är olanzapin (Zyprexa®) 2,5-5mg.

### **Behandling av motorisk oro - vandringsbeteende**

Motorisk oro kan vara akatisi utlöst av neuroleptikabehandling. Efter utsättning av neuroleptika dröjer ofta akatisi kvar under flera veckor - efter depot-behandling under flera månader. Ibland kan akatisi ses som ett symptom vid vaskulär demens efter skador på basala ganglier. Symptomet beror sannolikt på en störning av dopaminerga funktioner. Dessa patienter är extremt känsliga för biverkningar av neuroleptika.

En av de vanligaste orsakerna till motorisk oro är konfusion. Symptomen visar då samma fluktuationer som övriga symptom vid förvirringstillstånd. Vid förbättring av konfusionen minskar den motoriska oron.

### **Behandling av mani**

Behandling av mani är symptomatisk. Haloperidol (Haldol®) är ett beprövat medel, risperidon (Risperdal®) kan ge färre biverkningar men vid mani behövs höga doser, oftast minst 3 mg.

Litiumprofylax kan ges i hög ålder, ofta räcker en låg serumkoncentration (0,4-0,5 mmol/l). Mani utlöst av antidepressiva behöver inte primärt litiumbehandlas, ibland kan t o m antidepressiva återinsättas men då i lägre dos.

### **Behandling av aggressivitet**

Citalopram (Cipramil®) har visats ha en antiaggressiv effekt vid demens och kan erfarenhetsmässigt ibland ge en viss förbättring. Sannolikt kompenserar behandlingen för en alltför låg serotoninivå i hjärnan, orsakad av demenssjukdomen.

Den antiaggressiva effekten av SSRI-preparat kommer omedelbart och visar inte den fördröjning som den antidepressiva effekten gör. Om effekten av citalopram (Cipramil®) är otillräcklig kan neuroleptika läggas till. Risperidon (Risperdal®) har visats ge viss antiaggressiv effekt i dos ca 1-2 mg/dag.

Vid demens med maniska tillstånd och aggressivitet är antidepressiva av alla slag kontraindicerade.

Aggressivitet vid demens är i så gott som samtliga fall möjlig att behandla. Svårbehandlade tillstånd kan behöva specialisthjälp, antiepileptika eller preparat som klozapin (Leponex®) kan då komma ifråga.

### **Behandling av sömnstörningar**

Innan läkemedel prövas bör vanliga sömnhygieniska åtgärder prövas. En aktiv dag ger bättre sömn. Litet mjölk och smörgås på kvällen kan ibland hjälpa. Alltför mycket sömn dagtid minskar behov av nattsömn. Vissa människor behöver inte så mycket sömn och sömnen kanske är helt tillräcklig trots allt.

Vid rena insomningsproblem kan bensodiazepiner komma till användning. Zolpidem (Stilnoct®) och zopiklon (Imovane®) fungerar också väl som sömnmedel till äldre. Zolpidem (Stilnoct®) är ett kortverkande preparat, zopiklon (Imovane®) har något längre duration. Av bensodiazepinerna ger samtliga tämligen god ångestdämpning och sömngivande effekt medan biverkningarna skiljer sig åt. Som nämnts finns preparat som medför risk för ackumulering (främst nitrazepam (Mogadon®) och flunitrazepam (Rohypnol®)) och bör därför icke ges till äldre. Oxazepam (Sobril®) är ofta det bensodiazepin som ger minst biverkningar men individuella skillnader finns hos äldre som hos yngre. Det mest beprövade läkemedlet till dementa patienter med oros- eller förvirringssyndrom är klometiazol (Hemineurin®).

Vid svåra sömnstörningar kan ett insomningsmedel kombineras med ett sedativum (ex. alimemazin (Theralen®) eller propiomazin (Propavan®)). Det sedativa medlet kan då ges 1,5-2 timmar innan sänggående och insomningsmedlet 0,5-1 timme innan (tiden beroende på hur snabbt medlet resorberas). Vissa dementa tål sedativa läkemedel med antihistamineffekter, vissa får biverkningar där konfusion, sedering och intellektuell påverkan är vanliga.

### **Strategi vid utsättning av läkemedel**

Vissa läkemedel kan ge psykiska symptom vid utsättning. Även positiva förändringar av läkemedel kan initialt ge problem. Till detta kommer risken att de sjukdomssymptom som behandlats med läkemedlet kan återkomma vid en utsättning. Det är därför viktigt att ha en genomtänkt strategi vid läkemedelsförändringar.

De läkemedel som framför allt kan ge problem vid utsättning är bensodiazepiner och neuroleptika. Om dessa används endast en kortare tid 1-2 månader finns sällan problem. Om de används i flera år kan man vänta utsättningsproblem som rastlöshet, oro, agitation, sömnproblem och kognitiva störningar. Utsättningen måste därför ske under en mycket lång tid (1-2 år i extrema fall).

Vid långvarig användning av bensodiazepiner (10 år eller längre) kan det hos gamla vara mycket svårt att sätta ut. Bilden i det enskilda fallet måste vara avgörande för om man skall bibehålla eller sätta ut ett läkemedel i en sådan situation. Vid fortsatt långtidsbehandling kan diazepam (Stesolid®) vara bästa alternativet med hänsyn till halveringstider och bör titreras ned till den lägsta nivån som ger klinisk effekt.

**Långsam planerad förändring:**

Bedöm först den läkemedelsanvändning som finns.

Vilka målsymptom har behandlats?

Finns sjukdomen kvar?

Preparat, doser, behandlingstid, terapeutisk effekt.

Finns biverkningar eller kan sådana misstänkas?

Bedöm vilken vinst som kan erhållas av en eventuell ändring, risk för negativa reaktioner.

Gör en målsättning för ändringarna av läkemedlen, gör en tidsplan för genomförandet och i vilka steg ändringen skall göras.

Följ effekterna av varje steg. Modifiera strategin om allt inte går som planerat.

**Snabb förändring**

När en patient har svåra biverkningar, oftast konfusionella reaktioner eller extrapyramidala symptom, blir strategin en annan. Då finns behov av att snarast göra en radikal förändring. Man bör då i ett steg sätta ut samtliga olämpliga läkemedel. Ge endast lugnande vid behov (klometiazol (Hemineurin®)) eller medellångt verkande bensodiazepiner (oxazepam (Sobril®)).

Vid misstanke om läkemedelsutlöst konfusion skall även en noggrann översyn göras av läkemedel mot somatiska sjukdomar.

Denna radikala förändring av läkemedlen fordrar en beredskap att ta hand om de eventuella reaktioner som kan komma. Åtgärderna bör utvärderas dagligen och behov av annan behandling övervägas.

## Körkort vid demenssjukdom och kognitiv störning.

En kognitiv reduktion leder till gradvis försämring av förmågan att köra bil.  
Redan vid en lätt kognitiv störning kan finnas en mätbar försämring.  
Vid framskriden demens skall personen inte köra bil.

I tidiga skeden kan förmågan att köra bil vara så bibehållen att fortsatt bilkörning kan accepteras.

En bedömning om fortsatt bilkörning måste prövas individuellt.

Följande är speciellt viktigt att bedöma när man överväger om patienten kan fortsätta att köra bil:

1. Bibehållen visuospatial förmåga och uppmärksamhet
  - Bedöms genom att pröva om vederbörande hittar i omgivningarna, kört fel? (anamnes)
  - Kontrollera om 5-hörningarna i MMT (minimal test) kan kopieras klanderfritt
  - Klocktest
2. God simultankapacitet, även vid stress
  - Svårigheter när flera olika händelser inträffar? Stresskänslighet? (anamnes)
  - Testas av neuropsykolog om tveksamhet föreligger
3. Gott omdöme och insikt i förmåga/oförmåga
  - Anamnes
  - Avgörs av den läkare som bedömer

En bedömning om körförmåga är dock en helhetsbedömning av patienten och hans/hennes ev förmågor.

Diskutera alltid med anhörig i enrum när körförmågan ska bedömas. Anhörigas uppfattning om olämplighet resp incidenter i trafiken väger tungt. Körkortsfrågan kan i vissa fall vara mycket känsloladdad och anhöriga kommer i en mellanställning som kan vara svår.

Körförmåga avtar gradvis vid demenssjukdom. I vissa fall kan det vara lämpligt att acceptera körning endast under vissa förutsättningar, t ex att aldrig köra ensam eller att bara köra i dagsljus och på kända vägar. En förutsättning för en sådan begränsning är att patienten accepterar dessa. Reglerna måste klarläggas med patient och anhörig tillsammans.

Om Du är tveksam, diskutera/bedöm situationerna vänstersväng, hög hastighet och barn på vägen.

Om Du (läkare) bedömer att patienten, trots en kognitiv reduktion, har tillräcklig körförmåga, så bör Du ha tillräckligt tät fortsatt kontakt för att kunna avgöra när förmågan inte räcker för att på ett säkert sätt köra bil.

En person kan själv skicka in sitt körkort till Länsstyrelsen med begäran att indragning ska ske, så kan göras vid olika slags sjukdom.

## **Här kan Du ta del av lagtexten gällande körkortsinnehav vid olika sjukdomar och skador**

Vägverkets föreskrifter:

<http://www.vv.se/lagrum/htm/1998nr089.htm>

Om en person är uppenbart olämplig att inneha körkort eller om Du är tveksam, kan Du använda följande blankett till länsstyrelsen, deras förtroendeläkare avgör då på Dina uppgifter om körkortet ska dras in eller ej.

Anmälan om olämpligt körkortsinnehav:

[http://www.vv.se/publ\\_blank/blanketter/4636.pdf](http://www.vv.se/publ_blank/blanketter/4636.pdf)

Om Du är tveksam och behöver rådgöra/remittera personen för annan specialistbedömning skall Du kontakta minnesmottagningen.

Förvissa Dig om att den person som fått sitt körkort indraget inte trots det kör bil. Den som lider av demenssjukdom kan givetvis glömma att den ej längre har körkort. Diskutera risken med anhöriga, så att bilen inte är tillgänglig på samma villkor som tidigare.

# Uppföljning

(text under arbete)

# Litteratur och länktips

## Litteratur

*Konsensus om demenssjukdomar. (I):  
Klassifikation och utredning. (II): Utredning och speciell diagnostik.*  
Läkartidningen vol 87. nr 46 s. 3856-3865 och nr 51-52 s. 4443-4448. 1990

*Demenssjukdomar* Jan Marcusson, Kaj Blennow, Ingmar Skoog, Anders Wallin.  
Liber Utbildning. 1995

*Demens och demensliknande syndrom* Anders Wallin, Ingvar Karlsson, Barbro Robertsson  
Astra Läkemedel. 1994

*Minimental-test ” Mini-mental state”*: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Folstein et al, Journal of Psychiatric Research 1975, 12:189-198

*Demensutredning praktisk handledning för primärvården* María Ólafsdóttir, Hoechst. 1997

*Minnesstörning och demens utredning och handläggning* Jan Marcusson, Ulla Passant, Lars-Olof Wahlund, Anders Wallin.  
DMF Det Mångkulturella Förlaget. 1998

*Om demens* Hans Basun, Sirkka-Liisa Ekman, Elisabet Englund, Lars Gustafson, Lars Lannfelt, Louise Nygård, Beata Terzis, Lars-Olof Wahlund m fl  
Förlaget Hagman AB. 1999

*BPSD i ett nordiskt perspektiv* Beteendestörningar och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom  
State-of-the-art dokument. Eriksson S. Minthon L. Moksnes KM. Saarela T. Sandman PO.  
Snaedal J. Karlsson I och referensgruppen för BPSD. Janssen-Cilag AB

*Harmonisering av demensdiagnoser – en nödvändig kvalitetssäkring.*  
Läkartidningen vol 98 nr 34 s. 3531-3536. 2001

*Trafikmedicin* Vägverket 2001. Kapitel 10 – Demens och andra kognitiva störningar s. 98-121

## Länktips

Forum för kognitiva sjukdomar [www.fks.nu](http://www.fks.nu) Behöriga till inloggning är alla som professionellt arbetar med kognitiva sjukdomar.

Demensinformation för allmänheten [www.octopus.se](http://www.octopus.se)

Demensförbundets hemsida: [www.demensforbundet.se](http://www.demensforbundet.se)

Alzheimerföreningens hemsida: [www.alzheimerforeningen.nu](http://www.alzheimerforeningen.nu)