

Diagnostisering och handläggning av patienter med kognitiv svikt på Torshälla Vårdcentral, Eskilstuna, i relation till nationella riktlinjer - En retrospektiv deskriptiv journalstudie.

Fahad Abdirahman Sheikh ST läkare Vårdcentralen Torshälla, Eskilstuna.

Skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer Allmänmedicin
SOFS 2015.8

Vetenskaplig handledare: Maria Liljeroos leg sjuksköterska, medicine doktor, docent.

Primärvårdens Utvecklingsenhet i Sörmland (Primus), Region Sörmland.

Sammanfattning

Bakgrund: Demens är ett samlingsbegrepp för sjukdomar som påverkar kognitiva förmågor. De symptom som utvecklas beror på vilka delar av hjärnan som drabbas och demensdiagnos kräver att symptomen funnits i minst sex månader samt att utredning utförts. Basal demensutredning utgörs av strukturerade intervjuer med anhöriga, kognitiva test och en strukturell hjärnabbildning med datortomografi. I Sverige insjuknar årligen 15 000–20 000 personer i demenssjukdom. Totalt beräknas 150 000 personer i Sverige vara drabbade, varav 60% lider av Alzheimers sjukdom.

Syfte: Syftet med arbetet var att undersöka om Torshälla Vårdcentral utreder och handlägger kognitiv svikt enligt nationella riktlinjer.

Metod: Arbetet genomfördes som en retrospektiv deskriptiv journalstudie på Torshälla VC, Eskilstuna. Patienter med diagnosen demens (ICD 10 F00-F03, G30, G318A, R418, Z032A) mellan år 220101–231231 identifierades genom Medrave. Journalerna granskades systematiskt avseende diagnossättning, utredning samt behandling enligt nationella riktlinjer.

Resultat: 45 demenspatienter mellan 65 år och 98 år uppfyllde inklusionskriterierna. Av dessa var 26 patienter kvinnor (58%) och 19 patienter män (42%). Medelålder för studiepopulationen var 81 år. Hos 93% av studiedeltagare dokumenterades somatisk undersökning och lika många hade genomgått kognitiva tester, dvs MMSE-SR samt klocktest. 46% av patienterna hade ordinerats blodprover enligt nationella riktlinjer, medan 89% hade undersökts med DT hjärna. Sammantaget hade 51% genomgått basal utredning i enlighet med nationella riktlinjer. Samsjuklighet med hypertoni och diabetes var 62%, respektive 33%, och 38% av studiedeltagarna hade depression och ångest, medan 16% genomgått stroke. Den vanligaste diagnosen var vaskulär demens (78%), följt av ospecificerad demens (13%) och blanddemens (9%). 13% blev remitterade till minnesmottagningen och lika många (13%) hade ordinerats läkemedelsbehandling mot demens.

Slutsats: Hälften av patienterna i åldern 65 år och äldre med kognitiv svikt hade genomgått utredning i enlighet med de nationella riktlinjerna. Upprättande av ett flödesschema med tydliga instruktioner kring vilka parametrar t.ex. neurologiskt och psykiskt status som ska undersökas skulle kunna förenkla handläggningen och öka följsamheten till de nationella riktlinjerna rörande utredning av kognitiv svikt.

Innehåll

Sammanfattning	1
Bakgrund	4
Klassifikation av demens	4
Alzheimer demens	4
Vaskulär demens	4
Frontotemporal demens	4
Lewybody demens	5
Samhällskostnader av demenssjukdomar	5
Definitioner	5
Utredning	6
Syfte	8
Frågeställningar	8
Material och metod	8
Design	8
Studieorten	8
Studiepopulation	8
Exklusionskriterier	8
Datainsamling	9
Statistisk analys	9
Etiska överväganden	9
Resultat	10
Demografiska data	10
Kliniska undersökningar	11
Blodprover och EKG	12
Kognitiva tester	12
Anhörigintervju	13
Radiologi	13
Samsjuklighet	14
Fördelning av demenstyper och läkemedel behandling	15
Remiss till Minnesmottagning	15
Diskussion	16
Styrkor och svagheter	17
Slutsats	18

Referenser.....	19
Bilaga 1.	22

Bakgrund

Demens beskriver ett kliniskt syndrom som innebär svårigheter med minne, språk och beteende, vilket leder till funktionsnedsättningar i vardagen. Begreppet demenssjukdom används enbart när dessa symtom är bestående och har funnits i minst sex månader samt när en utredning har genomförts. I Sverige insjuknar årligen 15 000–20 000 personer i demenssjukdom och totalt beräknas omkring 150 000 personer vara drabbade, varav cirka 100 000 lider av Alzheimers sjukdom som är den vanligaste formen av demens [1].

Klassifikation av demens

Alzheimer demens

Alzheimers sjukdom är den vanligaste formen av neurodegenerativa sjukdom och utgör cirka 60% av alla demenssjukdomar. Sjukdomen karakteriseras av neurodegenerativa plack som i grunden innefattar pålagring av betaamyloidplack, men även andra faktorer bidrar till sjukdomen [2]. Tidiga symptom inkluderar minnessvårigheter, uppmärksamhetsstörning, medan vid senare skede försämras kognitiva funktioner såsom språksvårigheter (dysfasi), nedsatt motorisk förmåga (dyspraxi) och visuospatiala svårigheter [2,3].

Det finns två typer av behandling som är godkända: kolinesterasehämmare vid mild och måttlig sjukdom och memantine vid måttlig till svår sjukdom [3].

Vaskulär demens

Vaskulär demens är det näst vanligaste demenssjukdomen och står för 25–30% av samtliga fall. Symptomen framkallas av skador och sjukliga förändringar i hjärnans blodkärl. Vanliga symptom är nedsatt initiativförmåga, svårigheter att planera och genomföra saker, personlighetsförändringar och gångsvårigheter. Medan många demenssjukdomar har ett smygande förlopp brukar symptomen vid vaskulär demens komma plötsligt och då upplevas mer påtagligt [4].

Frontotemporal demens

Frontotemporal demens tillhör de neurodegenerativa sjukdomarna. Sjukdomen karakteriseras av att nervceller förtvinar gradvis i de drabbade områdena. Symptomen såsom personlighetsförändring, impulskontroll och omdömeslöshet kommer tidigt i

sjukdomsförloppet. Personligheten hos den som insjuknar börjar långsamt förändras och allt oftare betar sig personen inadekvat eller omdömeslöst [5].

Lewybody demens

Lewykroppsdemens beskrevs i slutet av 1980. Det står på 10–15% av samtliga demensfall. Lewykroppar innehåller en skadlig form av proteinet alfa-synuklein som kan finnas i hjärnbarken och hjärnstammen men även i delar av nervsystemet. Denna ansamling av proteinet orsakar celldöd i olika delar av hjärnan som i sin tur leder till kognitivsvikt och parkinsonism [6].

Samhällskostnader av demenssjukdomar

Demens är ett viktigt folkhälsoproblem eftersom det är en av de vanligaste sjukdomarna hos äldre, med hög morbiditet och dödlighet. Globalt uppskattas 47 miljoner personer vara drabbade av demens och antalet uppskattas öka dramatiskt till 76 miljoner i 2030 [1,7,8]. Med den snabbt ökande andelen äldre i befolkningen förväntas förekomsten av demens stiga under de kommande decennierna [9]. I Sverige uppskattas kostnaden för vården av personer med demens till mellan 16–40 miljarder SEK årligen. Hälften av demenspatienterna bor i särskilda boenden, vilket innebär en ekonomisk börda för kommunerna [10,11].

Definitioner

Demens delas in i tidig debut (före 65 år) och sen debut (efter 65 år). I den nya DSM-5 har begreppet demens ersätts av kognitiv sjukdom vilket är mer modernt sätt att se på kognitiva störningar. Med hänsyn till diagnostiken i Sverige baseras på ICD-10 kommer demensbegreppet användas i denna studie [12]. För att ge rätt vård är det viktigt att ha korrekt information om sjukdomen.

Stadieindelning av demens: [12]

- Mild demenssjukdom: Personen klarar de flesta av vardagens aktiviteter men behöver hjälp i mer komplicerade situationer.
- Måttlig demenssjukdom: Personen klarar oftast eget boende med stöd men behöver hjälp med vissa dagliga aktiviteter.
- Svår demenssjukdom: Personen behöver omfattande hjälp i sitt dagliga liv och bor oftast i särskilt boende.

Utredning

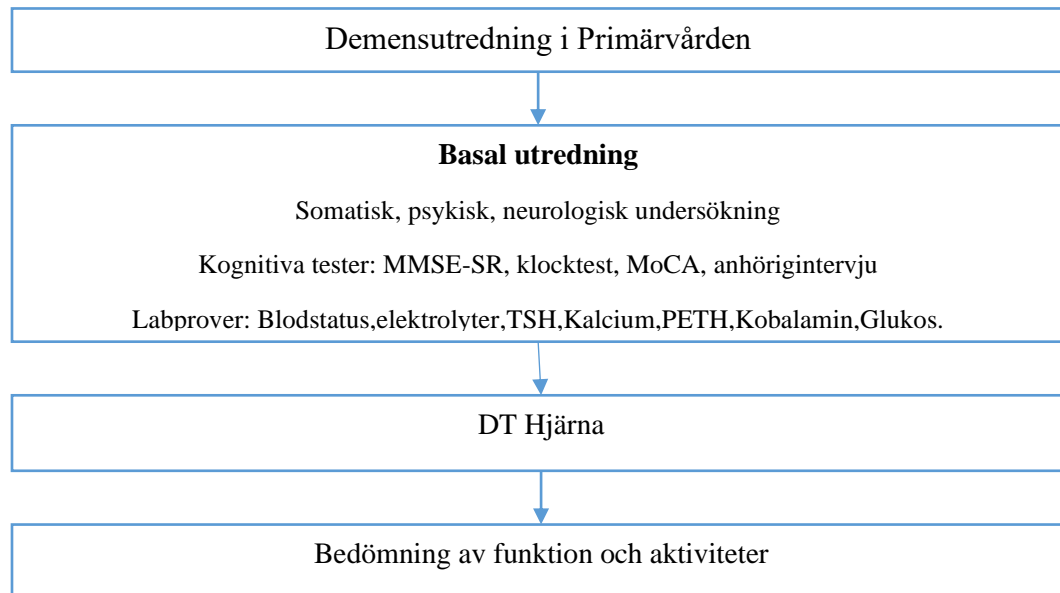
Basal utredning av kognitiv sjukdom bör göras i primärvården med syfte att kartlägga patientens livsomständigheter och utesluta behandlingsbara sjukdomar som depressioner, kroppsliga sjukdomar som ämnesomsättningsrubbningar, bristtillstånd, infektioner, hjärntumörer och normaltryckshydrocefalus, samt att fastställa diagnos.

Utredningen omfattar en strukturerad anamnes, inklusive anhöriganamnes, labprover (TSH, elektrolyter, kalcium, Peth, B12, folat och EKG) [1,13]. Kognitiva tester såsom MMSE-SR (Mini Mental State Examination Svensk Revidering) och klocktest är en av de kognitiva tester som används mest vid utredning av kognitivsvikt. Det mäter minne, språk, tidsorientering och visuospatiala förmåga. Dessa tester kompletteras med MoCA (Montreal Cognitive Assessment) som är ett bedömningsinstrument vid mild kognitiv svikt [14].

Bedömningsinstrument RUDAS (The Rowland Universal Dementia Assessment Scale) är mångkulturellt kognitivt bedömningsinstrument som används istället för MMSE-SR eller MOCA vid utredning av personer med annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå [15].

Radiologisk undersökning ingår i demensutredning protokollet samt strukturerad bedömning av patientens funktions och aktivitetsförmåga som görs av arbetsterapeut.

Modifierat flödesschema hämtat från vårdförloppet kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom enligt Nationellt system för kunskapsstyrning hälso-och sjukvård, Regioner i samverkan (kunskapsstyrning vård/SKR) [16].



Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017, Socialstyrelsen, berör olika områden;[17]

- ❖ Basal utredning vilket syftar till att fastställa om personen har kognitivsvikt och om den beror på en demensdiagnos eller om annan sjukdom orsaker eller bidrar till kognitivsvikt.
- ❖ Strukturerade funktions och aktivitetsförmåga, strukturerade intervjuer med anhöriga, klocktest, datortomografi,
- ❖ Vilka funktionsnedsättningar som demensdiagnos medför och vad man kan göra för att minimera eller kompensera för dessa.

Syfte

Syftet med arbetet var att undersöka om Torshälla Vårdcentral utreder och handlägger kognitiv svikt enligt nationella riktlinjer.

Frågeställningar

1. Fördelning av olika typer av demensutredning och behandling med kolinesterasehämmare eller memantine?
2. Hur många av dem som fick demensdiagnos genomgick: Strukturerad anamnestagning, Kognitiva tester (MMSE), Kliniskstatus, labprover?
3. Samsjuklighet med andra kroniska sjukdomar bland patienter med demensdiagnos?
4. Hur många patienter remitterades till minneskliniken?

Material och metod

Design

Arbetet genomfördes som retrospektiv deskriptiv journalstudie bland samtliga patienter med demensdiagnos på Torshälla vårdcentral mellan 220101–231231.

Studieorten

Torshälla är en tätort i Eskilstuna kommun, belägen omkring 7 km norr om centrala Eskilstuna. I utkanten av tätorten finns Torshälla vårdcentral med cirka 9300 listade patienter. I november 2024 fanns det 4 fast anställda specialister, 8 ST läkare samt 1 AT läkare. På vårdcentralen finns demensteam som består av samordningssjuksköterska, arbetsterapeut samt en läkare som gör basalutredning av kognitiv svikt, men varje enskild läkare har ansvar för eventuell utredning, behandling och uppföljning av demenspatienter.

Studiepopulation

Samtliga patienter 65 år och äldre med demensdiagnos (F00-F03, F107A, G30, G318A, F067, R418, Z032A) där utredning påbörjats på Torshälla vårdcentral under tiden 220101–231231 identifierades med hjälp av kvalitetsverktyget MEDRAVE.

Exklusionskriterier

Patienter <65 år, avlidna, patient som flyttat eller utretts på annan vårdenheter.

Datainsamling

Patientdata insamlades med hjälp av programmet Medrave M4 som används i primärvården. Detta datorsystem är synkroniserat med journalsystem NCS cross och sammanställer information om diagnos, provtagning och uppföljning. Genom sökning sammanställdes listor i form av Excel dokument som sedan var underlag för journalgranskningen.

Journalerna granskades systematiskt enligt studieprotokollet (bilaga 1). Genom att granska journalanteckningarna i löptext bedömdes varje punkt individuellt som utförd (kodades ja) eller ej utförd (kodades nej). Blodprover ansågs vara utförda om blodstatus, elektrolytstatus inklusive kreatinin, peth, joniserat/fritt kalcium samt prover för att utesluta störd sköldkörtelfunktion (TSH) samt B12 och folatbrist hade kontrollerats. Kognitiva tester bedömdes som utförda om både MMSE och klocktest eller MoCA hade genomförts. EKG som togs inom sex månader efter utredningen initierades bedömdes som utfört, medan EKG äldre än sex månader ansågs vara ej utfört. Efter journalgranskningen avidentifierades all data, och varje patient tilldelades ett unikt nummer. Den insamlade informationen organiserades i olika tabeller och infördes i Excel dokument.

Statistisk analys

Resultatet redovisades i form av deskriptiv statistik i form av antal, medelvärden och procentuell fördelning. Data sammanställdes och behandlades i Excel.

Etiska överväganden

Datainsamlingen och journalgranskning genomfördes efter att verksamhetschefen hade gett sitt skriftligt godkännande. Denna studie var inte planerad att publiceras i vetenskapliga tidskrifter, utan skulle redovisas i ett lokalt sammanhang, varför etikprövning inte bedömdes som nödvändig. Deltagarna i studien ombads inte att ge sitt samtycke, eftersom studien utfördes retrospektivt. Informationsinsamlingen kunde ha uppfattats som en kränkning av patienternas integritet, men eftersom studien fokuserade på vårdens handläggning bedömdes studiens risk för integritetskränkning som låg i förhållande till nyttan. Data i journalerna granskades för att ta reda på demensdiagnos samt utredning. De insamlade uppgifterna avidentifierades, och varje patient fick ett specifikt nummer som inte var personnummer, vilket garanterade anonymitet vid presentation av resultaten. Konfidentialitet säkerställdes

under studiens gång. Övriga medarbetare informerades om att en studie skulle genomföras och om syftet med den. Vissa medarbetare kunde uppleva obehag över att deras handläggning skulle granskas, men studien förväntades leda till förbättringar i demensvården. Då studien var retrospektiv har den inte påverkat handläggning av patienterna och studien bedömes därför har utgjort en låg risk för patienterna. Förhoppningen var att studiens resultat skulle bidra till förbättrade utredningar av patienter med demenssjukdom.

Resultat

I studien hade 51% av de 45 patienterna som inkluderades genomgått basalutredning enligt nationella riktlinjer

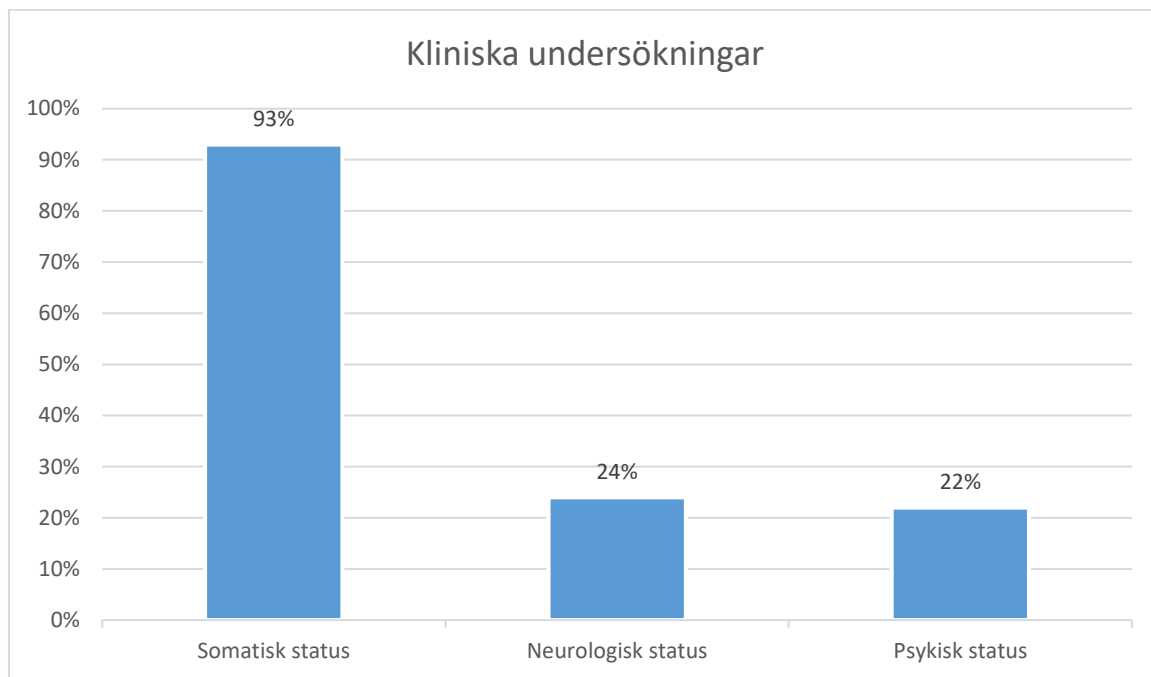
Demografiska data

Sökningen i MEDRAVE resulterade i totalt 72 patienter med demensdiagnos. Totalt exkluderades 27 patienter pga. att 1 patient var avliden, 2 <65 år, 15 var utredda via annan enhet, 9 patienter var inte längre listade på Torshälla Vårdcentral. De återstående 45 patienterna uppfyllde inklusionskriterierna och ingick i analysen. Av dessa var 26 patienter kvinnor (58%) och 19 patienter män (42%). Medelålder för studiepopulationen var 81 år.

Kliniska undersökningar

42 (93%) av patienterna hade genomgått somatisk undersökning.

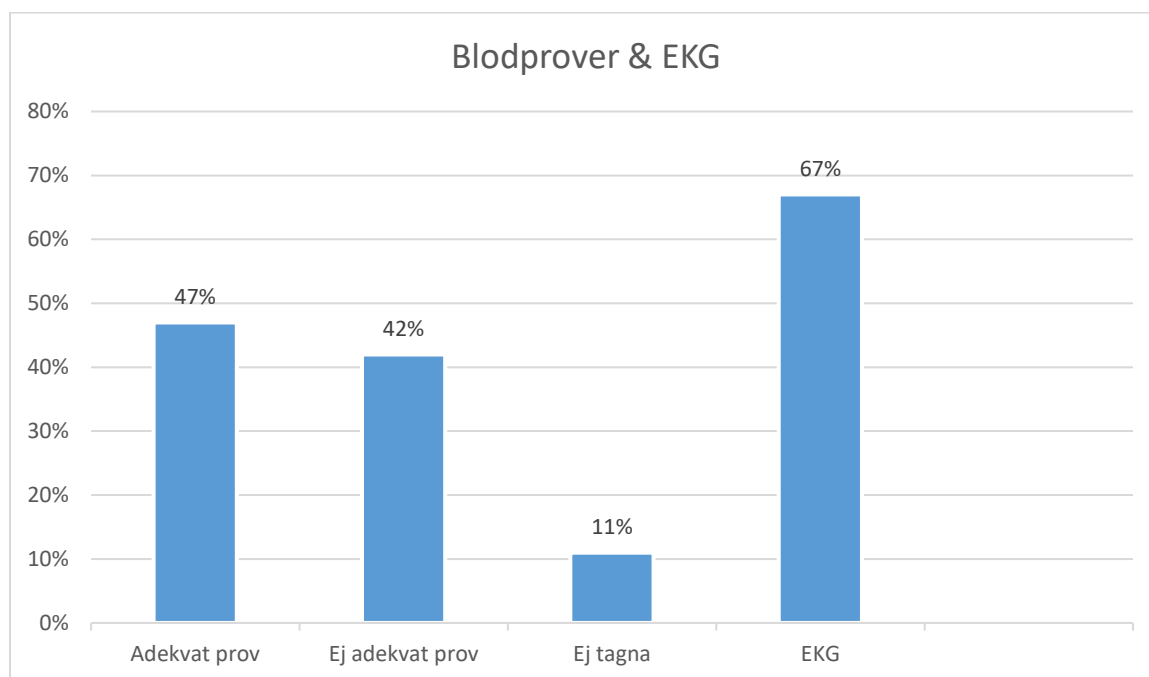
11 patienter (24%) har genomgått neurologisk undersökning medan 10 patienter (22%) hade genomgått psykisk status, se figur 1.



Figur 1: Kliniska undersökningar

Blodprover och EKG

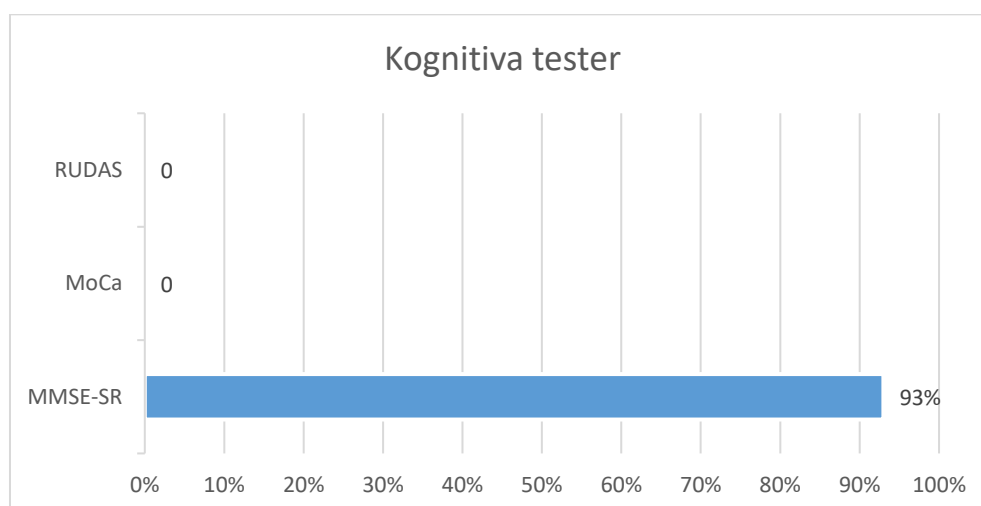
Andel patienter som lämnade blodprover enligt nationella riktlinjer var 21 (47%), medan 19 patienter (42%) lämnat ej adekvata prov. Hos 5 patienter (11%) var prover ej tagna. 30 patienter (67%) utreddes med EKG. Blodprover och EKG räknades som utförda om de hade tagits inom tre respektive sex månader efter utredningen initierades, se figur 2.



Figur 2: Blodprover och EKG

Kognitiva tester

Av de 45 patienter som deltog i studien hade 93% genomgått testning med MMSE-SR samt klocktest. Ingen patient hade utretts med MoCA eller RUDAS, se figur 3.



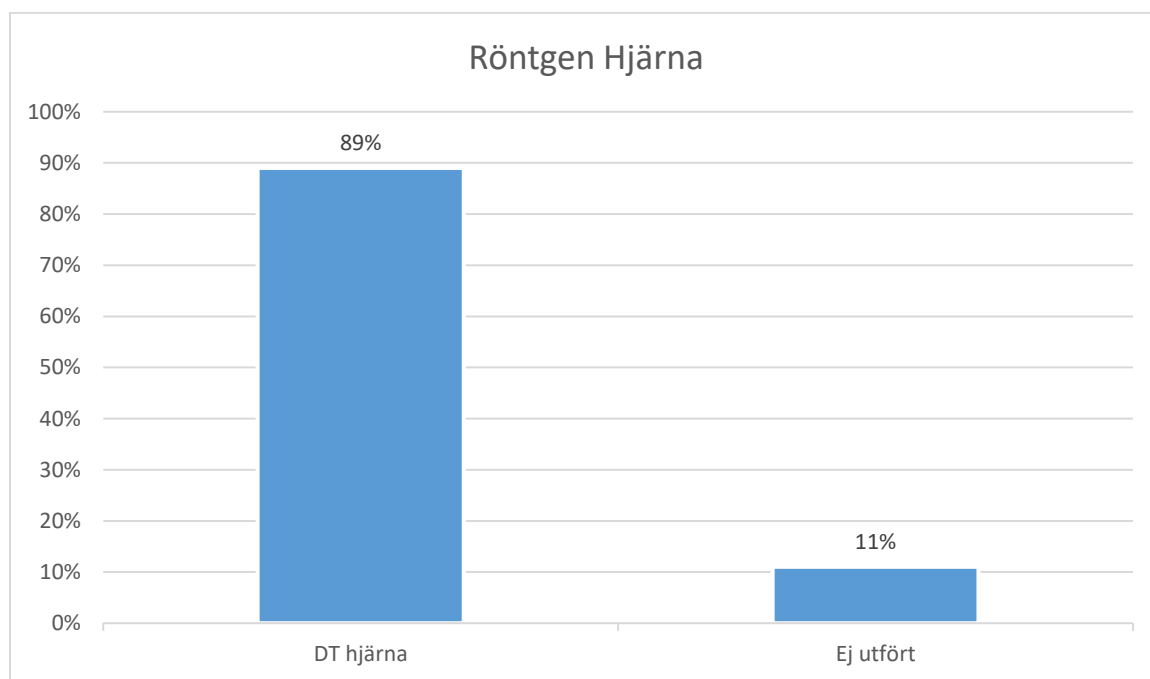
Figur 3: Kognitiva tester

Anhörigintervju

Under utredningen hade 96% av patienterna genomgått strukturerad intervju tillsammans med anhöriga. En patient hade hjärnskada som lett till kognitiv svikt. I ett fall saknades anhöriga att tillfråga.

Radiologi

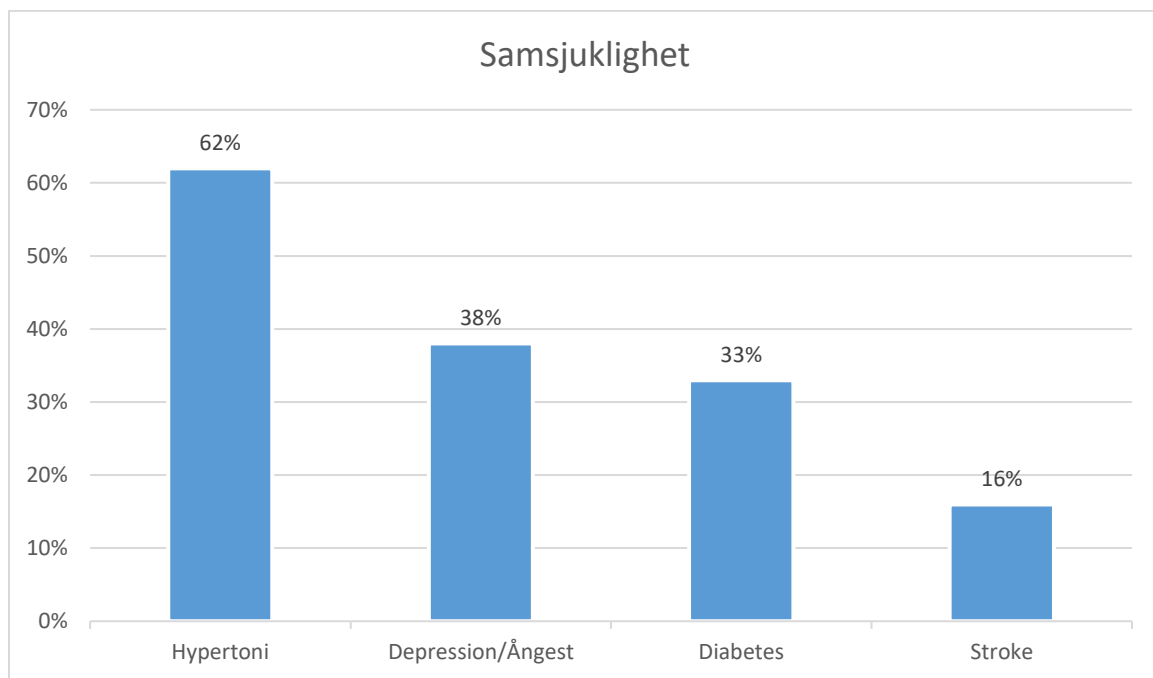
40 patienter (89%) hade genomgått röntgenundersökning med DT hjärna. 5 patienter (11%) genomförde ingen radiologisk undersökning. Av dessa 5 hade 3 patienter tidigare hjärnskada/hjärninfarkt i kombination med neuropsykiatrisk sjukdom och alkoholmissbruk som lett till kognitivsvikt. 2 av patienterna motiverades inte i journalen varför undersökningen inte var genomförd. En patient genomgick MR eftergranskning med demensfrågeställning, se figur 4.



Figur 4: Antal genomförda DT hjärna

Samsjuklighet

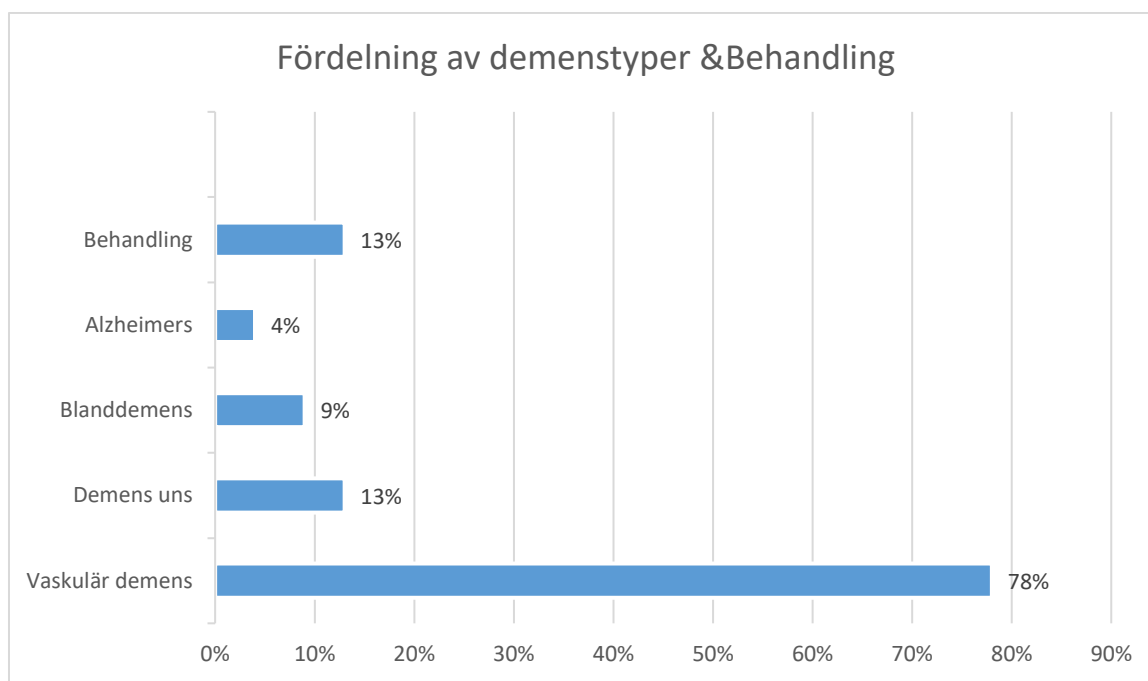
17 patienter (38%) hade depression och ångest medan 28 patienter (62%) hade hypertonidiagnos. 33% av patienter hade diabetes. 16% av patienter har haft stroke. se figur 5.



Figur 5: Samsjuklighet med kroniska sjukdomar (Hypertoni, Depression/Ångest, Diabetes, Stroke).

Fördelning av demens typer och läkemedel behandling

35 patienter (78%) erhöll diagnosen vaskulär demens. 6 patienter (13%) hade demens ospecificerad. 2 patienter (4%) hade Alzheimers. 4 patienter (9%) hade Blanddemens. 6 patienter (13%) erhöll demensbehandling dvs kolinesterasehämmare eller memantine. Se figur 6.



Figur 6: Fördelning av olika demens typer och behandling.

Remiss till Minnesmottagning

Majoriteten av patienter kunde handläggas i primärvården, men 6 patienter (13%) remitterades till minnesmottagning.

Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka om läkare på Torshälla Vårdcentral utreder patienter enligt nationella riktlinjer [16,17]. Enligt SveDem år 2023 har 87% av demenspatienter i primärvården genomgått fullständig basalutredning [18]. I studien hade 51% av de 45 patienterna som inkluderades genomgått basalutredning enligt nationella riktlinjer. Könsfördelning var 58% för kvinnor respektive 42% för män. Detta är i linje med resultat från Framingham studien som är en amerikansk kardiovaskulär kohortstudie och inkluderar 4897 patienter visar att kvinnor har högre risk att utveckla demens jämfört med män (19).

Studien bekräftar samsjuklighet med depression och ångest vilket är vanligt vid kognitiv svikt och kan uppträda i olika demensfaser och behöver behandlas [20]. I HUNT studien som är en norsk kohortstudie och inkluderar 9745 patienter fann man att 35% av patienterna med depression och ångest utvecklade kognitiv svikt [26]. I denna studie hade 38% av studiedeltagarna depression och ångest vilket kan vara både en riskfaktor och en differentialdiagnos vid misstänkt kognitivsvikt. Samtliga av dessa patienter fick behandling med SSRI.

Enligt kvalitetsregistret SveDem genomfördes omkring 98% av blodprover i primärvården [18]. I denna studie hade 47% av patienterna lämnat blodprover enligt nationella riktlinjer. Primärvårdens roll är att utesluta behandlingsbar orsak till kognitiv svikt, till exempel B-12 brist eller sköldkörtelrubbingar [20]. Blodprover som saknades var främst kalcium, peth, tyreoidaprover. Det fanns ingen motivering i journalerna varför kalcium, tyreoidaprover och pethprover inte hade tagits.

För år 2023 rapporterade SveDem att 89% av patienter i primärvården genomgått DT undersökning vilket stämmer väl med samma andel i denna studie (89%) [18].

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer 2017 kan datortomografiundersökning för en multisjuk person i hög ålder innebära en begränsad patientnytta [21].

SveDem årsrapport från 2023 visar att diagnosen Alzheimers i primärvården utgör 32% vilket är lägre siffra, medan vaskulär demens utgör 26% av all demenssjukdom [18]. I denna studien var den vanligaste diagnosen vaskulär demens (78%), följt av ospecificerad demens (13%) och blanddemens (9%). Detta går emot den vanliga prevalensen där Alzheimers sjukdom är den vanligaste typen av demens och står på 90% av fallen, medan vaskulär demens förekommer hos en mindre andel av befolkningen [2,20,22]. En förklaring till detta är att

primärvårdsläkarna tvekar inför att ställa en Alzheimers diagnos då någon utvidgad utredning inte gjorts exempelvis lumbalpunktion [18]. De flesta av studiedeltagarna hade kardiovaskulära riskfaktorer såsom hypertoni (62%), diabetes (33%), stroke 16%) vilket kan förklara övervikt av vaskulär genes.

SveDem statistik visar att 75% av de som registrerades under 2023 stod på läkemedel mot vaskulära riskfaktorer [18] vilket överensstämmer med resultat i denna studie (78%). Framingham-studien visar att hypertoni ökar risken för att utveckla stroke, vilket har stark koppling till kognitiv svikt. Dessutom har hypertoni i medelåldern (45–65) identifierats som riskfaktor för att utveckla demens [19,23]. I denna studie hade 13% av patienterna med Alzheimers och blanddemens behandlades med kolinesterasehämmare eller memantine. I denna studie hade 93% av patienterna genomgått somatisk status och 96% genomgått anhörigintervju, vilket överensstämmer med SveDem (95%) [18]. Detta är lite högre än vad man fann i brittisk studie där 81% av patienterna hade genomgått MMSE [24]. I denna studie hade 22% av patienterna fått ett psykiskt status dokumenterat, vilket kan jämföras med en annan brittisk studie där 30–40% av patienterna genomgått psykiskt status [25]. En förklaring till låga andelen av psykiskt status är att det endast dokumenteras när något uppenbart avvikande observeras.

Endast 13% av patienterna blev remitterade till minnesmottagning. Detta tyder på att majoriteten av patienter kunde handläggas på vårdcentralen. Patienter som blev remitterade till minnesmottagningen var främst pga. oklar diagnos eller behov av en mer utvidgad utredning från specialistkliniken, dvs. lumbalpunktion för analys av biomarkörer och FDG-PET undersökning för att mäta glukosmetabolism samt second opinion gällande körkortsfrågor [21].

Styrkor och svagheter

Styrkor med denna studie var att trots att tidsintervallet var två år, kunde tydliga mönster identifieras kring olika undersökta parametrarna. Genom att inkludera en bred grupp av demensdiagnoser kunde majoriteten av patienterna inkluderas. Informationen hämtades från journaler, labbmoduler och röntgenremisser, vilket gav en helhetsbild av hela demensutredningen.

En svaghet med denna studie var att journalföringen och provtagningen var ofullständiga, vilket kan ha påverkat studiens resultat. Dessutom exkluderades ett antal patienter från studien på grund av att de hade flyttat till särskilda boenden som var anslutna till andra vårdcentraler.

Slutsats

Majoriteten av patienter med kognitivsvikt handläggs på Torshälla vårdcentral. Hälften av patienterna i åldern 65 år och äldre med kognitiv svikt hade genomgått utredning i enlighet med de nationella riktlinjerna. Vissa parametrar i den basala utredningen såsom psykisk status, neurologstatus missas ofta att dokumenteras. Upprättande av ett flödesschema till läkarkollegor med tydliga instruktioner kring vilka parametrar som ska undersökas samt utbildning av demenssjuksköterska kring användning av bedömningsinstrument till exempel MOCA och RUDAS förväntas att kunna förenkla handläggningen och öka följsamheten till de nationella riktlinjerna rörande utredning av kognitiv svikt

Referenser

1. Internetmedicin. Demens-utredning i primärvård[internet]. Internetmedicin. [cited 13 July 2023]. Available from:<https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/geriatrik/demens-utredning-i-primarvard/>
2. Leifer BP. Early diagnosis of Alzheimer's disease: clinical and economic benefits. J Am Geriatr Soc. 2003;51(5 Suppl Dementia): S281-8. doi: 10.1046/j.1532-5415.5153.x
3. Demenscentrum. Alzheimerbehandling[internet]. Demenscentrum. [cited 5 November 2024]. Available from: [Farmakologisk behandling av kognitiv störning vid Alzheimers - Behandlingsrekommendation \(demenscentrum.se\)](https://demenscentrum.se/farmakologisk-behandling-av-kognitiv-storning-vid-alzheimers-behandlingsrekommendation)
4. Demenscentrum. Vaskulärdemens[internet]. Demenscentrum. [cited 6 November 2024]. Available from: [Vaskulär demens \(blodkärlsdemens\) | Svenskt demenscentrum](https://demenscentrum.se/vaskular-demens-blodkarlsdemens)
5. Demenscentrum. Frontotemporaldemens [internet]. Demenscentrum. (cited 6 november 2024). Available from: [frontallobsdemens \(demenscentrum.se\)](https://demenscentrum.se/frontallobsdemens)
6. Demenscentrum. Lewybodydemens[internet]. Demenscentrum. [cited 7 november 2024]. Available from: [Lewy Body Demens | Svenskt Demenscentrum](https://demenscentrum.se/lewy-body-demens)
7. Berr C, Wancata J, Ritchie K. Prevalence of dementia in the elderly in Europe. Eur Neuropsychopharmacol. 2005;15(4):463–71. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.003.
8. Stephan BCM, Birdi R, Tang EYH, Cosco TD, Donini LM, Licher S, et al. Secular Trends in Dementia Prevalence and Incidence Worldwide: A Systematic Review. J Alzheimers Dis. 2018;66(2):653–80. doi: 10.3233/JAD-180375
9. Axenhus M, Schedin-Weiss S, Tjernberg L, Wimo A, Eriksdotter M, Bucht G, et al. Changes in dementia diagnoses in Sweden during the COVID-19 pandemic. BMC Geriatr. 2022;22(1):365. doi: 10.1186/s12877-022-03070-y.
10. Wimo A, Karlsson G, Sandman PO, Corder L, Winblad B. Cost of illness due to dementia in Sweden. Int J Geriatr Psychiatry. 1997;12(8):857–61. doi: 10.1002/(sici)1099-1166(199708)12:8<857: aid-gps653>3.0.co;2-5.

11. Sköldunger A, Wimo A, Johnell K. Net costs of dementia in Sweden - an incidence based 10-year simulation study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(11):1112–7. doi: 10.1002/gps.2828.
12. Läkemedelsboken. Demens[internet]. Läkemedelsboken. [cited 13 November 2024]. Available from: <https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/demens.html>
13. Kunskapsstödförvärdgivare. Utredning av kognitiv sjukdom[internet]. Kunskapsstödförvärdgivare. (7 November 2024). Available from: [Kognitiv sjukdom - Kunskapsstöd för vårdgivare \(kunskapsstodforvardgivare.se\)](https://kunskapsstodforvardgivare.se)
14. Roheger M, Xu H, Hoang MT, Eriksdotter M, Garcia-Portec S. Conversion Between the Mini-Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment for Patients With Different Forms of Dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2022;23(12):1986–1989.e1. doi: 10.1016/j.jamda.2022.03.018.
15. Naqvi RM, Haider S, Tomlinson G, Alibhai S. Cognitive assessments in multicultural populations using the Rowland Universal Dementia Assessment Scale: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2015;187(5): E169-75. doi: 10.1503/cmaj.140802
16. 1177 vårdpersonal. Flödesschema för vårdförlopp kognitiv svikt[internet]. 1177 vårdpersonal. [cited 28 November 2024]. Available from: [Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - 1177 för vårdpersonal](#)
17. FOU Sörmland. Läns gemensamt program vid demenssjukdom[internet]. FOU Sörmland. [cited 8 November 2024]. Available from: [*Microsoft Word - Läns gemensamt program vid demenssjukdom 191017 \(sormland.se\)](#)
18. Svenska Demensregistret. SveDem. Årsrapport 2023. [Internet]. 2016 [cited 18 December 2024]. Available from: <http://www.ucr.uu.se/svedem/omsvedem/arsrapporter>
19. Seshadri S, Beiser A, Kelly-Hayes M, Kase CS, Au R, Kannel WB, Wolf PA. The lifetime risk of stroke: estimates from the Framingham Study. *Stroke*. 2006;37(2):345-50. doi: 10.1161/01.STR.0000199613.38911.b2
20. Robinson L, Tang E, Taylor JP. Dementia: timely diagnosis and early intervention. *BMJ*. 2015;350:h3029. doi: 10.1136/bmj.h3029.

21. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom [Internet]. 2017 [cited 15 December 2024]. Available from: [*Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning](#)
22. Akhtar A, Singh S, Kaushik R, Awasthi R, Behl T. Types of memory, dementia, Alzheimer's disease, and their various pathological cascades as targets for potential pharmacological drugs. *Ageing Res Rev.* 2024;96:102289. doi: 10.1016/j.arr.2024.102289.
23. Lyon M, Fullerton JL, Kennedy S, Work LM. Hypertension & dementia: Pathophysiology & potential utility of antihypertensives in reducing disease burden. *Pharmacol Ther.* 2024;253:108575. doi: 10.1016/j.pharmthera.2023.108575.
24. Pimlott NJ, Siegel K, Persaud M, Slaughter S, Cohen C, Hollingworth G, Cummings S, Drummond N, Dalziel W, Sylvius J, Pringle D, Eliasziw T. Management of dementia by family physicians in academic settings. *Can Fam Physician.* 2006 Sep;52(9):1108-9. PMID: 17279222; PMCID: PMC1783739
25. Wilcock, J., Jain, P., Griffin, M., Thuné-Boyle, I., Lefford, F., Rapp, D., & Iliffe, S. (2015). Diagnosis and management of dementia in family practice. *Aging & Mental Health*, 20(4), 362–369. doi:10.1080/13607863.2015.1011082
26. Aunsmo RH, Strand BH, Anstey KJ, Bergh S, Kivimäki M, Köhler S, Krokstad S, Livingston G, Matthews FE, Selbæk G. Associations between depression and anxiety in midlife and dementia more than 30 years later: The HUNT Study. *Alzheimers Dement (Amst).* 2024 Nov 28;16(4):e70036. doi: 10.1002/dad2.70036.

Bilaga 1.

Studieprotokoll

Ålder	
Kvinna	0=nej 1=ja
Män	0=nej 1=ja
Somatiskstatus	0=nej 1=ja
Psykisk status	0=nej 1=ja
Anhörigintervju	0=nej 1=ja
Kognitivtestning	0=nej 1=ja
MMSE-SR Klocktest MoCa RUDAS	0=nej 1=ja
Blodprov	0=nej 1=ja
EKG	0=nej 1=ja
DT hjärna	0=nej 1=ja
Demenstyper; Alzheimer, vaskulär, blanddemens Demens uns	0=nej 1=ja
Samsjuklighet; Psykisksjukdom Hypertoni Diabetes Cerebrovaskulärsjukdom	0=nej 1=ja
Behandling	0=nej 1=ja
Remiss till minnesmottagning	0=nej 1=ja