

Demens/kognitiv sjukdom

Demens är ett syndrom med såväl kognitiva som somatiska och psykiatriska symtom.

All kognitiv svikt är inte demens och ska alltid utredas och följas upp. Basal demensutredning genomförs företrädesvis i primärvård och är en förutsättning för diagnos. Symtom ska ha förelegat under minst sex månader innan demensdiagnos kan ställas. Demensutredning ska inte genomföras under akut förvirringsperiod eller tidigare än sex månader efter stroke. För diagnostisering, uppföljning och ansvarsfördelning i Kalmar län, se [”Omsorgs- och vårdprogram demens Kalmar län”](#).

Behandling med demensläkemedel inleds om utredning påvisar underliggande kognitiv sjukdom som har indikation för behandlingen. Om utredning påvisar andra bidragande tillstånd än kognitiv sjukdom, kan behandling med läkemedel vara aktuell riktade mot dessa. Ompröva, utvärdera och optimera läkemedelsbehandlingen genom läkemedelsgenomgång. Identifiera/uteslut läkemedelsbiverkan som orsak till konfusion/kognitiv svikt.

Det är viktigt att betona att farmakologisk terapi ej är tillräcklig utan olika former av psykosocial intervention är lika viktig. Det kan handla om boendemiljö, rörelse, kosthållning och att undvika kognitivt utlösande faktorer. Mer information, praktiska råd och stöd till vårdpersonal finns i dokumentet [”Omsorg- och vårdprogram demens Kalmar län”](#).

Farmakologisk behandling

Läkemedel mot demens bör erbjudas vid Alzheimers sjukdom och vid demens vid Parkinsons sjukdom/Lewy Body-demens (prioritet 1-2, nationella riktlinjer). Vid blandformer räcker det med att något av dessa tillstånd är bidragande orsak för att behandling bör erbjudas.

När det gäller Parkinsondemens och Lewy Body-demens, har båda sjukdomar liknande patofysiologi och symtombild, vilket gör att de ibland kan vara svåra att särskilja i klinisk vardag. Den viktigaste åtgärden vid

Parkinsons sjukdom med demens är behandling med kolinesterashämmare för att balansera den dopaminriktade behandlingen. Därefter bör den dopaminriktade läkemedelsbehandlingen justeras. Syftet är att undvika förvirring som kan bero på läkemedlen och samtidigt behålla så god effekt som möjligt på övriga Parkinsonsymtom.

Läkemedelsbehandling mot demens kan påbörjas oavsett ålder. Även i ett sent stadium av sjukdomen kan patienten ha nytta av behandlingen. Behandlingen botar inte, bromsar inte upp sjukdomen och förlänger inte överlevnaden, men kan påverka förloppet, så att viktiga ADL-funktioner och kognition förbättras eller bibehålls längre. Effekten är inte alltid märkbar på kognition och allmäntillstånd, då sjukdomen i sig är progressiv. Högsta tolererbara dos ska eftersträvas. Insättning av läkemedel ska undvikas i nära anslutning till större förändringar i tillvaron.

För patienter med svår demenssjukdom är betydelsen av trygg och säker omvårdnad överordnad behovet av demensläkemedel.

Vilka ska inte ha läkemedel mot demens

Det saknas evidens för behandling med kolinesterashämmare och memantin för patienter med vaskulär demens eller frontotemporal demens. Vid uttalad agitation eller aggressivitet kan det finnas visst värde, se BPSD-avsnittet. Vid vaskulär demens prioriteras sekundärprevention av kända riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom enligt vårdprogram (exempelvis diabetes, stroke).

Primärprevention med lågdos acetylsalicylsyra (ASA) vid vaskulär demens saknar i nuläget evidens. En stor RCT (ASPREE) med 19 000 deltagare visade ingen skillnad i utveckling av demens mellan äldre som tog 100 mg och placebo. Dock fanns en signifikant högre blödningsrisk och totalmortalitet i ASA-gruppen, utan påverkan på kardiovaskulära händelser. Randomiserade studier på patienter med manifest vaskulär demens saknas. Nyinsättning med statin vid vaskulär demens påverkar inte heller progress av demenssjukdomen. Insättning enbart på grund av vaskulär demens saknar därför stöd i litteraturen.

Även vid outhärdad lindrig kognitiv störning saknas idag evidens för behandling med kolinesterashämmare, då ingen vinst har upptäckts varken på kognition eller ADL. Har patienten dock vid utredning påvisat Alzheimers-, Parkinsondemens- eller Lewy-Body-patologi, kan behandling övervägas även vid lindrig kognitiv svikt, då en naturlig försämring kan förväntas.

Kolinesterashämmare

Kolinesterashämmare ska erbjudas till följande patientgrupper oavsett om tillståndet föreligger enskilt eller i blandform:

- Alzheimers sjukdom av mild eller måttlig grad
- Demens vid Parkinsons sjukdom
- Lewy Body-demens

Dessa patientgrupper motsvarar uppåt 80 % av samtliga patienter med demens.

Kolinesterashämmare har indikation att behandla Alzheimers sjukdom av mild eller måttlig grad. Samtidigt finns gedigen vetenskaplig dokumentation och klinisk erfarenhet som visar nytta även till patienter med Parkinsondemens och Lewy Body-demens, vilket även rekommenderas i nationella riktlinjer.

Av patofysiologiska och farmakologiska mekanismer kan man förvänta sig en minskad effekt vid minskad endogen acetylkolinfunktion, vilket förekommer vid avancerad demens. Samtliga kolinesterashämmare har studerats på måttlig/svår Alzheimers demens, men ännu har ingen fått indikationen svår demens godkänd. Kontinuerlig uppföljning och utvärdering av effekt och biverkningar är därför av stort värde.

Mellan de idag på marknaden förekommande kolinesterashämmarna finns ingen klinisk signifikant skillnad i effekt. Effekten är dock dosberoende, där bättre effekt uppnås på högre doser. Därför rekommenderas alltid att sträva att nå måldos. Ofta sker inte detta, utan en högsta tolererbar dos uppnås. Om lägsta effektiva dos inte uppnås, ska läkemedlet sättas ut. För aktuella doser, se tabell längre ned.

De meta-analyser som analyserat behandling av mild/måttlig Alzheimersdemens talar för en signifikant förbättring på sedvanliga kognitiva tester som MMSE, ADAS-Cog och CIBIC efter 6 månader. I en kanadensisk meta-analys har NNT beräknats till 7 för att ytterligare 1 patient ska stabiliseras eller bli bättre i dessa tester. I beaktande ska då tas att Alzheimer är en progressiv sjukdom och att en obehandlad patient i genomsnitt sjunker 3-4 p/år på MMSE-skalan. NNT är 12 för minimal förbättring eller bättre och NNT är 42 för markant förbättring. NNH (d v s någon form av biverkan) var 12.

I en direkt jämförande RCT mellan donepezil och rivastigmin *per os*, upplevde patienter med rivastigmin signifikant fler gastrointestinala biverkningar inom 2 år, vilket resulterade i ett ökat antal avhopp i rivastigminarmen. Samtidigt visar en senare meta-analys att behandling med dermalberedning resulterade i färre antal patienter med illamående än med donepezil, vilket även är vår kliniska erfarenhet.

Rekommenderade läkemedel:

Kolinesterashämmare som depotplåster rekommenderas i första hand vid nyinsättning upp till 9,5 mg/24 timmar. Avsikten är att fler patienter ska kunna erbjudas behandling och tolerera en högre måldos, på grund av den mer gynnsamma biverkningsprofilen. Idag finns generiska depotplåster på marknaden, som byts ut på apotek. Patienter som reagerar negativt på plåster med hudreaktioner kan vid milda besvär behandlas med mild (grupp I) kortison. Vid svårare besvär behöver annan beredningsform övervägas. Vår erfarenhet är att patienter med manifest hudreaktion sällan blir hjälpt av att byta till annat plåster.

Depotplåster 13,3 mg/24 timmar ska i normalfallet ej förskrivas, men kan efter specialistkonsultation övervägas vid Lewy Body demens med kvarvarande synhallucinationsproblematik och endast om lägre styrkor gett viss effekt.

Vid förskrivning av depotplåster är det viktigt att den som kommer applicera plåstret (patienten, anhöriga eller omsorgspersonal) har kännedom om korrekt hantering. Otydliga instruktioner har fått allvarliga konsekvenser, då tidigare plåster ej avlägsnats innan nytt har applicerats. I ordinationsmallen i Cosmic finns tydliga instruktioner som följer med receptet. En tydlig patientinstruktion att lämna med patienten finns länkad både i mallen och i REK-listan, Om patienten bedöms vara oförmögen att hantera plåster, är även tablettbehandling sannolikt svårhanterlig för patienten. Med plåster kan patienten möjligen lättare motiveras till hjälp via kommunal hemsjukvård.

Donepezil rekommenderas i andra hand när plåsterbehandling bedöms olämplig, främst då måldos uppnås snabbare men även av kostnadsskäl och mer gynnsam biverkningsprofil. Nyare studier har nu även visat likvärdig effekt med donepezil jämfört med rivastigmin vid Parkinsondemens/Lewy Body-demens. Donepezil rekommenderas därför även till dessa patienter, trots att formell indikation saknas. Nationella riktlinjer gör ej heller skillnad mellan val av kolinesterashämmare för denna patientgrupp.

Biverkningar:

De vanligaste biverkningarna av kolinesterashämmare är gastrointestinala symtom. Risken minskar med långsam dosökning, individuell måldos, med rekommendation om att ta läkemedlet tillsammans med mat, intag till kvällen eller vid transdermal behandling. Dessa biverkningar är ofta övergående. Vid svåra eller ihållande biverkningar, gör uppehåll med behandlingen något eller några dygn. När besvären avtagit, återgå till tidigare dosering.

Står patienten på fullgod behandling, finns inga skäl att överväga byte mellan kolinesterashämmarna.

Startdoser och måldoser:

Rivastigmin depotplåster:

- Startdos: 4,6 mg/24 timmar i fyra veckor, därefter 9,5 mg/24 timmar som underhållsdos
- Måldos: 9,5 mg/24 timmar
- Lägsta effektiva dos: 4,6 mg/24 timmar

Donepezil:

- Startdos: 5 mg x 1 i fyra veckor, därefter 10 mg x 1 som underhållsdos
 - Måldos: 10 mg/dygn
 - Lägsta effektiva dos: 5 mg/dygn
-

Rivastigmin kapslar:

- Startdos: 1,5 mg x 2 i två veckor därefter 3 mg x 2 i två veckor, 4,5 mg x 2 i två veckor och 6 mg x 2 tills vidare eller högsta tolererbara dos
- Måldos: 12 mg/dygn
- Lägsta effektiva dos: 6 mg/dygn

Galantamin:

- Startdos: 8 mg x 1 i fyra veckor därefter 16 mg x 1 i fyra veckor och 24 mg x 1 tills vidare eller högsta tolererbara dos
 - Måldos: 24 mg/dygn
 - Lägsta effektiva dos: 16 mg/dygn
-

Memantin

Memantin ska erbjudas till patienter med måttlig/svår Alzheimerdemens och har hög prioritet enligt nationella riktlinjer (prio 2). Memantin har gynnsam effekt på samtliga funktioner för denna patientgrupp (kognition, allmäntillstånd och humör). Biverkningar är ofta tolererbara och milda (yrsel och huvudvärk).

Kombinationsbehandling med kolinesterashämmare och memantin är ett alternativ, om patienten svarat på kolinesterashämmare men senare sviktar på behandlingen (prioritet 2, nationella riktlinjer). Memantin kan också initieras som monoterapi när kolinesterashämmare inte tolereras, inte haft effekt vid utvärdering, är kontraindicerad eller bedöms olämplig.

Kombinationsbehandling med kolinesterashämmare har sammanfattats i en Cochrane-studie (2019). Endast en RCT-studie av låg kvalitet har jämfört kombinationsbehandling med utsättning av donepezil, med positiv effekt på kognition.

Resultaten av behandlingsstudier med memantin till Parkinsondemens och Lewy Body demens är däremot motsägelsefulla. Viss effekt på allmäntillstånd kan förekomma (prioritet 5, nationella riktlinjer).

Startdos och måldos:

Memantin:

- Startdos: 5 mg x 1 i en vecka därefter 10 mg x 1 i en vecka, 15 mg x 1 i en vecka och 20 mg x 1 tills vidare eller högsta tolererbara dos
 - Måldos: 20 mg/dygn
 - Lägsta effektiva dos: 10 mg/dygn
-

En eventuell positiv effekt av memantin på kognitiva förmågor kommer förhållandevis snabbt och utvärdering bör ske en månad efter det att måldosen uppnåtts. Om tillståndet förbättrats eller är oförändrat bör behandlingen fortsätta med regelbunden uppföljning, minst en gång per år. Annars avslutas behandlingen. Vid eGFR < 30 ml/minut är maxdosen av memantin 10 mg/dygn.

Dosering behöver justeras vid nedsatt njurfunktion. Vid eGFR < 30 ml/min är maxdosen 10 mg/dygn. Vid eGFR 30-45 ml/min kan maxdos vara 20 mg/dygn, efter att patienten visat tolerans mot 10 mg/dygn.

Varningar och försiktighet

Behandling med antikolinerga läkemedel vid samtidig behandling med kolinesterashämmare ska undvikas då kombinationen är irrationell och antikolinerga läkemedel ökar risken för konfusion. Se över övriga läkemedel som kan påverka kognitionen.

Kolinesterashämmare kan ge vagotona effekter på hjärtfrekvens, vilket är viktigt att uppmärksamma hos patienter med överledningsrubbningar. Vid kombination med betablockerare bör risken för bradykardi, hypotension och AV-block beaktas.

Samtliga demensläkemedel sänker kramptröskeln vilket bör beaktas vid samtidig epilepsi. Memantin bör undvikas vid epilepsi.

Donepezil och citalopram/escitalopram ger båda QT-förlängning och kombinationen bör undvikas (D-interaktion):

- Vid nyinsättning av SSRI hos patient som står på donepezil, välj sertralin.
- Hos patient som står på kombinationen citalopram/escitalopram och donepezil, ompröva indikationen för SSRI. Om indikationen kvarstår och effekten god överväg att byta kolinesterashämmare.
- Var frikostig med EKG-kontroller – påvisad QT-förlängning ökar indikationen för läkemedelsjustering.

Uppföljning och utsättning

Eftersom det är välkänt att en fjärdedel till en tredjedel av behandlade patienter inte responderar alls på behandlingen (gäller samtliga kolinesterashämmare och memantin), är uppföljning och utvärdering av behandlingen oerhört viktig. Hur uppföljningen ska ske finns väl beskrivet i det länsövergripande: "Omsorgs- och vårdprogram demens Kalmar län". Om en patient 12 mån efter insatt behandling sjunkit 3 poäng eller mer på Mini Mental Test (vilket är naturalförloppet hos en obehandlad Alzheimerpatient i genomsnitt) talar det för att läkemedlet inte har någon effekt och utsättning ska övervägas. Hänsyn ska förstås tas till andra eventuella positiva effekter som förbättrad ADL-förmåga, minskade BPSD-symtom, mm.

Uppföljning av läkemedelsbehandling, kognition, funktionsförmåga, allmäntillstånd och eventuella beteendeförändringar ska ske minst en gång årligen, helst var 6:e månad. Behandlingen måste ses som individuell och varje patient bedömas unikt. En rimlig hållning är att behandlingen ses som en tillsvidarebehandling så länge man bedömer att behandlingen har någon effekt och biverkningarna är tolererbara. Utsättning av kolinesterashämmare och/eller memantin rekommenderas att det sker i samråd med anhöriga, med god kännedom om patienten. Utsättning ska undvikas i nära anslutning till större förändringar i patientens tillvaro.

För kolinesterashämmare kan behandlingen avslutas antingen direkt och utan nedtrappning eller med doshalvering under fyra veckor och därefter utsättning om ingen försämring skett. Efter utsättning är det viktigt med uppföljning och utvärdering inom 2–3 veckor. Beredskap ska finnas för återinsättning vid försämring (kognition, ADL-förmåga, tilltagande BPSD) om den sker inom fyra veckor efter avslutad behandling. Om försämringen sker redan inom några dagar bör man överväga att direkt återgå till full dos.

För memantin gäller direkt utsättning samt en utvärdering enligt ovan.

Miljö

I ATC-grupp N06D finns inget läkemedel klassat med miljörisk högre än ”kan ej uteslutas”, enligt Stockholms läns landstings skrift ”Miljöklassificerade läkemedel 2014-2015”. Inget av de rekommenderade demensläkemedlen har, med nuvarande kunskap, hög miljöfarlighet eller utgör en miljörisk för vattenmiljön. Det finns läkemedel kvar i förbrukade depotplåster varför det är viktigt att inlämna depotplåster till apoteket för destruktion.

BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) och konfusion

Nio av tio personer med demens uppvisar under sjukdomsförloppet beteendemässiga eller psykiska symtom. Symtomen orsakar stort lidande och är ofta svåra att möta för närstående och vårdpersonal. BPSD kan omfatta symtom som aggressivitet, skrik, vandring, plockighet eller störd dygnsrytm och psykiska symtom som hallucinationer, vanföreställningar, ångest eller depression.

Somatiska orsaker, läkemedelsbiverkningar och riskläkemedel, är vanliga orsaker till BPSD och bör uteslutas. Vid akut konfusion är det viktigt att utreda och åtgärda utlösande orsak, vilket i mångt och mycket är desamma som de för BPSD. Grunden för att förebygga/motverka BPSD och konfusion är en personcentrerad omvårdnad och anpassning av den fysiska miljön. Utred bakomliggande orsaker till symtom och åtgärda. Optimera vårdmiljö och bemötande. De flesta symtom av BPSD utlöses av moment i omvårdnadssituationen. Här bör man särskilt beakta den demenssjukes behov av respektfullt bemötande, integritet, trygghet, kontinuitet i miljö och personal, samt meningsfull aktivitet dagtid. Först när ovanstående faktorer är beaktade, eller av nöden i väntan på att de kan bli åtgärdade, bör specifik symtomatisk läkemedelsbehandling mot BPSD övervägas och med utgångspunkt att åtgärden är tillfällig. För ytterligare information hänvisas vidare till [BPSD-registret](#) och dokumentet ”[Omsorgs- och vårdprogram demens Kalmar län](#)”.

Vid åtgärder, bör symtomen utvärderas regelbundet med NPI-skala, [se BPSD-registret](#). Exempel på individuella åtgärder kan vara fysisk aktivitet, smärtlindring, social stimulans, säkerställa att basala behov tillgodoses m.m. Ompröva, utvärdera och optimera läkemedelsbehandlingen genom läkemedelsgenomgång.

Rekommenderade läkemedel:

Symtomatisk läkemedelsbehandling av BPSD är ett komplement och inte en ersättning till adekvata omvårdnadsåtgärder och anpassning av den fysiska och psykosociala miljön.

Inom terapiområdet BPSD finns svagare dokumentation och vetenskapligt underlag för läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare. Följande rekommendationer har dock visat ett visst värde i studier och klinisk praxis, och omnämns i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

- Tidigt insatt grundbehandling mot Alzheimers sjukdom kan minska risken för BPSD, se demensavsnittet.
- Vid depressiva symtom, irritabilitet, agitation och oro – prova SSRI eller mirtazapin. Effekten är ofta otillräcklig vid svår BPSD.
- Memantin kan övervägas som basbehandling vid återkommande agitation och aggressivitet oberoende av demenstyp. Långsamt insättande effekt, häver således inte akuta symtom.
- Oxazepam vid behov av anxiolytika **under kort tid**. Beakta fallrisken.
- Klometiazol kan provas vid behov som dag- eller nattsedativum. Detta skiljer sig från Läkemedelsverkets rekommendationer. Vi bedömer att klometiazol visat en tillräckligt hög säkerhets/nyttoprofil i klinisk praxis för att kunna rekommenderas vid oro och sömnproblem.
- Antipsykotika kan användas i framför allt slutenvården eller på vård- och omsorgsboenden vid psykotiska symtom och aggressivitet som orsakar lidande för patienten och/eller potentiell fara för patienten och/eller andra. Patienten kan bli kraftigt sederad även vid låg dos. Om man måste sätta in ett antipsykotikum rekommenderar Socialstyrelsen behandling med risperidon i första hand. Andra atypiska neuroleptika har studerats i mindre studier. Det vetenskapliga underlaget är svagt gällande effekt, med skillnad i biverkningsprofiler avseende sedering, extrapyramidala symtom och risk för hjärt-kärlskomplikationer.⁹ Risperidon: startdos 0,25 mg/dag, maxdos 1,5 mg/dag.
Om neuroleptika eller anxiolytika sätts in, planera för kort behandlingstid med utvärdering av effekt och eventuella biverkningar inom högst två veckor.

Varningar och försiktighet

Neuroleptika kan orsaka stroke, fall och ökad dödlighet samt försämra livskvalitet. Antikolinerga läkemedel undviks på grund av risk för konfusion. SSRI bör inte primärt ges till patienter med uttalad sömnstörning, påtaglig ångest eller psykomotorisk uppvarning/hotande mani. Bensodiazepiner kan försämra kognitiv förmåga med risk för fall och paradoxala reaktioner såsom

ökad agitation. Långverkande bensodiazepiner bör undvikas. Klometiazol har snabb toleransutveckling, kan orsaka överdriven sedering med snabbt tillslag och risk för fall.

Om patient med Lewy body-demens har behov av antipsykotisk behandling, konsultera specialist. Fel val av behandling kan allvarligt försämra patienten.

Uppföljning och utsättning

Läkemedelsbehandling vid BPSD bör fortgå så länge den ger symtomlindring. Ställningstagande till utsättning/dosminskning ska göras regelbundet. Läkemedlen trappas ut enligt rekommendation för respektive läkemedel. Vid utvärdering av såväl omvårdnadsåtgärder som läkemedelsbehandling bör systematiserade skattningsskalor, exempelvis NPI eller CMAI (Cohen Mansfield Agitation Inventory) användas. [Använd gärna BPSD-registret.](#)

Länkar till referenser och vårdprogram

Ballard C, Kahn Z, Corbett A. Treatment of dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia. *Drugs aging*. 2011;28(10):769-777.

Lancot K.L., Hermann N, Yau KK et al. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*. 2003;169 (6) 557-564.

Birks JS. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006 (1).

McShane R, Westby MJ, Roberts E et al. Memantine for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019 (3).

Tricco AC, Ashoor HM, Soobiah C et al. Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Enhancers for Treating Alzheimer's Disease: Systematic Review and Network Metaanalysis. *Journal of American Geriatrics Society*. 2018 Jan; 66(1): 170-178.

McNeil J J, Woods R L, Nelson M R et al. Effect of Aspirin on Disability-free Survival in the Healthy Elderly (ASPREE). *New England Journal of Medicine*. 2018; 379 (16): 1499-1508.

McGuinness B, Craig D, Bullock R et al. Statins for the treatment of dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014 (7).

Wang H-F, Yu J-T, Tang S-W et al. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors and memantine in cognitive impairment in Parkinson's disease, Parkinson's disease dementia and dementia with Lewy bodies: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. Published Online First: [14 May 2014] doi:10.1136/jnnp-2014-307659

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom-BPSD från 2008 \(pdf, nytt fönster\)](#)

<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Beteendemassiga-och-psykiska-symtom-vid-demenssjukdom--BPSD/>

”Omsorgs och vårdprogram för personer med demenssjukdomar i Kalmar län”

<https://www.ltkalmar.se/Documents/Samarbetsportalen/V%c3%a5rdriktlinjer/Demens%20och%20demensprogram/Omsorgs%20och%20v%c3%a5rdprogram/Omsorgs%20och%20v%c3%a5rdprogram%20demens%20Kalmar%201%c3%a4n%202018.pdf>SBU:s rapport om Demenssjukdomar från 2006 (nytt fönster)

<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Demenssjukdomar/>

[Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom från 2018 \(nytt fönster\)](#)

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/demens/>Svensk register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid demens (BPSD).

<http://www.bpsd.se/>

Svenskt demenscentrum

<http://www.demenscentrum.se/>