

DRN RS 2022/892

Omsorgs- och vårdprogram för personer med demenssjukdom i Kalmar län

2022



Länsstyrelsen i Kalmar län

Inom socialtjänst och angränsande område hälso- och sjukvård samt skolan i Kalmar län



Innehåll

| | |
|---|----|
| Inledning..... | 4 |
| Målbild..... | 4 |
| Vad är demenssjukdom? | 4 |
| Kognitiv svikt..... | 4 |
| Demenssjukdom | 4 |
| Lindrig kognitiv funktionsnedsättning | 5 |
| Alzheimers sjukdom..... | 5 |
| Vaskulär demens | 5 |
| Lewybodydemens | 5 |
| Parkinsons sjukdom med demens | 5 |
| Frontotemporal demens (frontallobsdemens)..... | 5 |
| Risken att insjukna..... | 5 |
| Tillstånd med ökad risk för demenssjukdom | 5 |
| Psykiatrisk sjukdom | 6 |
| Parkinsons sjukdom..... | 6 |
| Downs syndrom | 6 |
| Alkoholberoende och missbruk | 6 |
| Yngre med demenssjukdom..... | 6 |
| Dokumenterat samtycke | 8 |
| Stöd för korrekt diagnosättning..... | 9 |
| Basal demensutredning..... | 9 |
| Utvidgad demensutredning..... | 10 |
| Förmedla diagnosen | 11 |
| Regelbundna uppföljningar | 12 |
| Personens levnadsberättelse | 13 |
| Multiprofessionellt arbetssätt och samarbete..... | 14 |
| Fast vårdkontakt och kontaktman | 14 |
| Välfärdsteknik för ökad självständighet och trygghet..... | 15 |
| Ökad kunskap om annan kulturell och språklig bakgrund | 16 |
| Samordnad Individuell Plan- SIP | 17 |
| Vilket stöd finns? | 17 |
| Gruppträffar | 17 |
| Stödgrupper vid nydiagnostiserad demenssjukdom | 17 |

| | |
|---|----|
| Anhörigträffar | 17 |
| Stöd till anhöriga | 18 |
| Anhörigstödjare..... | 18 |
| Avlösning | 18 |
| Stöd till unga anhöriga | 18 |
| God man och förvaltare vid behov..... | 19 |
| Behovsprövat stöd..... | 19 |
| Hjälp i hemmet | 20 |
| Dagverksamhet..... | 20 |
| Flytt till särskilt boende | 21 |
| Socialt innehåll, aktiviteter och fysisk träning..... | 21 |
| Kommunikation | 22 |
| Identitet..... | 22 |
| Kroppsspråk | 22 |
| Reminiscens | 22 |
| Validation | 23 |
| Omvårdnad..... | 23 |
| Kvalitetsregister..... | 30 |
| Indikatorer | 30 |
| Ändringshistorik | 34 |
| Flödesschema | 36 |
| Utredning..... | 37 |
| Diagnos..... | 39 |
| Diagnoskoder demenssjukdomar..... | 40 |
| Uppföljning | 41 |
| Blodprov-DemensBas | 42 |
| Blodstatus..... | 42 |
| Elektrolyter | 42 |
| Leverstatus | 42 |
| Övriga | 42 |
| Läkemedel | 43 |
| Läkemedelsgenomgång..... | 43 |
| Olämpliga läkemedel | 43 |
| Specialistremiss- indikationer..... | 43 |

Inledning

Vårt regionala omsorgs- och vårdprogram ska ge vägledning och rekommendationer för att ge en god omsorg och vård till personer med demenssjukdom i Kalmar län.

Den ursprungliga upplagan av vård- och omsorgsprogrammet för personer med demenssjukdom i Kalmar län 2018 utgår från de reviderade Nationella riktlinjerna för personer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2017 men är också anpassade utifrån lokala förhållanden i länet och uppdateras 2022.

Målbild

Medborgare ska lätt komma i kontakt med vården vid upplevda minnessvårigheter, oro eller annan misstanke på demenssjukdom och bli erbjuden en utredning, behandling, vård och omsorg.

Person med demenssjukdom

- får sin diagnos utan fördröjning
- får information om sjukdomen tillsammans med anhöriga
- får information om vilken hjälp som finns att tillgå
- erbjuds demensläkemedel när det bedöms lämpligt
- får stöd och hjälp för att kunna bo kvar hemma
- får tillgång till ett anpassat boende
- får sin integritet och sitt självbestämmande respekterat
- kan känna meningsfullhet, trygghet och sammanhang
- kan känna delaktighet och få ett gott bemötande
- blir inte bli diskriminerad genom att uteslutas från omsorg och vård på grund av kön, etnicitet, ålder, diagnos, religion eller sexuell läggning
- får uppleva att anhöriga får den hjälp och det stöd de behöver
- får tillgång till insatser på jämlika villkor
- får insatser som är lättillgängliga och av god kvalitet

Vad är demenssjukdom?

Demenssjukdom är en kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Kognitiv svikt kan förekomma vid ett antal olika tillstånd och sjukdomar.

Kognitiv svikt

Nedsättning av högre hjärnförmågor (intellektuella funktioner) jämfört med en tidigare högre nivå. Exempel på högre hjärnförmågor är minne, orienteringsförmåga, språk, exekutiv förmåga, igenkänning, praktisk förmåga, räkneförmåga och personlighet

Demenssjukdom

Samlingsnamn för olika sjukdomar som leder till nedsättning av högre hjärnförmågor, såsom kognition och personlighet, som leder till svårigheter att självständigt klara sitt dagliga liv utan hjälp eller insatser av andra. Dessa sjukdomar utvecklas oftast långsamt med gradvis utvecklande av symtom och funktionsnedsättningar. Symtom varierar mellan de olika sjukdomarna beroende på var i hjärnan skadorna sitter.

Lindrig kognitiv funktionsnedsättning

Benämning på tillstånd med nedsättning av högre tankeförmågor som bedöms vara större än väntat utifrån en persons ålder men inte så markant att den påverkar möjligheten att självständigt klara sitt dagliga liv. Bakomliggande orsaker kan variera stort och bestå både av opåverkbara sjukdomar såsom demenssjukdomar men även behandlingsbara tillstånd.

Alzheimers sjukdom

Sjukdom som drabbar i första hand hjärnans tinning- och hjässlober. Tidiga och kännetecknande symtom är främst närminnessvikt men även påverkat språk, orienteringsförmåga och praktisk förmåga. Sjukdomen utvecklas gradvis till ett demenstillstånd. Varför man utvecklar Alzheimers sjukdom är fortfarande okänt.

Vaskulär demens

Demens som kan orsakas både av skador i stora blodkärl (som vid stroke) men även av skador i hjärnans små blodkärl. Skada på små blodkärl ansamlas gradvis och drabbar hjärnans djupare delar, vilket ger symtom i form av förlångsamning, påverkad gångförmåga, nedsatt initiativförmåga och minskad psykisk ork. Vid mer plötsliga skador i större blodkärl varierar symtomen beroende på vilket blodkärl som drabbas.

Lewybodydemens

Sjukdom som har likheter både med Alzheimers sjukdom och med Parkinsons sjukdom. Dominerande symtom är variation i uppmärksamhet och kognitiv skärpa, påtaglig trötthet, synhallucinationer samt Parkinsonliknande kroppshållning och rörelsemönster. Symtomen beror på skador (så kallade Lewy bodies) i centra för signalsubstansen dopamin. Orsaken till sjukdomen är okänd. Personer med Lewybodydemens har en kraftigt ökad risk för biverkningar av läkemedel mot psykosymtom.

Parkinsons sjukdom med demens

Parkinsons sjukdom leder i normalfallet till ett demenstillstånd under senare delen av sjukdomsförloppet. Detta eftersom den förutom rörelseförmågan även påverkar andra högre hjärnfunktioner. De kognitiva symtomen liknar de vid Lewybodydemens."

Frontotemporal demens (frontallobsdemens)

Sjukdom som initialt drabbar hjärnans pannlober och främre tinninglober. Olika varianter förekommer. Beteendevarianten ger symtom med förändrad personlighet och bristande omdöme. De språkliga varianterna ger symtom i form av olika språkliga svårigheter. Orsaken till sjukdomen är okänd.

Risken att insjukna

Risken att insjukna i en demenssjukdom har minskat bland de äldsta och i nuläget finns det mellan 130 000- 150 000 personer med demenssjukdom i Sverige. I Kalmar län skulle detta motsvara mellan 3 900- 4 500 personer med demenssjukdom samt 600-700 personer som nyinsjuknar per år.

I Regionens journal Cosmic finns år 2014 ca 3 300 antal personer med demensdiagnos dvs. ca 70 % -85 % av förväntat antal. Antalet personer med demenssjukdom förväntas öka kraftigt efter år 2020 då det stora antal som är födda på 1940-talet uppnår hög ålder.

Tillstånd med ökad risk för demenssjukdom

Hög ålder utgör största risken för att utveckla demenssjukdom. Utöver de primära demenssjukdomarna och vaskulära skador finns även andra tillstånd med en betydande ökad



risk för att utveckla varaktig kognitiv svikt.

Psykiatrisk sjukdom

Vid psykiatriska sjukdomar, exempelvis schizofreni, ses ofta en gradvis kognitiv påverkan efter många års sjukdom. Denna kognitiva nedsättning kan ibland försvåra behandling, omvårdnad och den enskildes förmåga att upprätthålla tidigare aktivitets- och funktionsnivå. Vid misstanke om kognitiv påverkan bör en basal utredning utföras. Fokus bör ligga på aktuell funktionsnivå och på eventuella differentialdiagnoser till själva grundsjukdomen. Utredningen bör utföras av personal med god kunskap om den bakomliggande psykiatriska sjukdomen.

Parkinsons sjukdom

Parkinsons sjukdom är en hjärnnedbrytande sjukdom i likhet med demenssjukdomar. Skillnaden är att denna patientgrupp debuterar med motoriska symtom, som skakningar, stelhet i rörelse, med mera. Nästintill samtliga utvecklar även en kognitiv nedsättning efter ett antal års sjukdom även om tiden till denna kan variera mellan olika individer. Personal som arbetar med dessa personer eller på enheter som sköter deras sjukdomar bör vara observanta på tecken på kognitiv svikt. Samtliga individer med Parkinsons sjukdom bör därför också utfrågas om kognitiva symtom och genomgå basal testning i samband med medicinska kontroller.

Downs syndrom

Personer med Downs syndrom löper betydligt större risk att utveckla kognitiv svikt jämfört med andra individer. Detta beror på att gener kodande för amyloidproteinets förstadier finns på den kromosom som dessa individer har en extra av. Personer med Downs syndrom insjuknar vanligast mellan 40-60 årsåldern i en Alzheimerliknande kognitiv sjukdom. Omgivningen bör vara uppmärksam på symtom på nytillkomna kognitiva nedsättningar. Kognitiv utredning bör initieras med fokus på funktionsnivå och aktivitetsförmåga med hänsyn till personens helhetsituation och behov. Den basala utredningen bör göras inom habiliteringen eller primärvården för att utesluta andra behandlingsbara tillstånd, vid behov remiss till specialistvården.

Alkoholberoende och missbruk


Långvarigt missbruk av alkohol och andra narkotika innebär risk för oåterkallelig kognitiv nedsättning. En demensutredning avseende differentialdiagnoser bör inte ske under pågående missbruk av något slag. Innan en demensutredning inleds rekommenderas därför personen att vara fri från alkohol och andra missbruk under minst 2 månader men helst 3 månader. Bedömning av kognitiv funktionsnivå och aktivitetsförmåga under pågående missbruk kan dock vara relevant utifrån behov av stöttning och omvårdnadsinsatser. Denna ska då utföras av personal med god kunskap om beroende och missbruk.

Yngre med demenssjukdom

Det är ovanligt att insjukna i en demenssjukdom före 65 års ålder. Av de som drabbas är Alzheimers sjukdom vanligast.

Att få en demenssjukdom i yngre år är ett hårt slag för hela familjen. Vården idag är inte riktigt anpassad till denna grupp. Förutom själva åldern så skiljer sig demenssjukdom i yngre ålder då sjukdomen ofta är mer renodlad. Yngre drabbas i större utsträckning av enbart Alzheimers demens, enbart vaskulär demens eller enbart frontotemporaldemens. Blandform som annars är vanligt hos äldre personer är ovanligare hos de yngre.

Arbetsgivare, försäkringskassa och företagshälsovård är viktiga samarbetspartner. Det är särskilt viktigt att uppmärksamma anhöriga inte minst om det finns minderåriga barn.



Personer under 65 år med demenssjukdom kan ha rätt till stöd enligt LSS. Insatser från kommunen som kan beviljas enligt LSS är; personlig assistans, ledsagarservice, kontaktperson, avlösarservice, korttidsvistelse och bostad med särskild service.



Förebyggande åtgärder

Alla kan göra något för att minska risken att drabbas av minnesstörningar.

Genom livsstilsförändringar av kost, fysisk träning, kognitiv träning samt kontroll av vaskulära riskfaktorer såsom högt blodtryck kan minnesstörningar delvis förebyggas. Studier har också visat att om man lyckas förebygga eller behandla hjärt-kärlsjukdomar och diabetes så minskar inte enbart vaskulär hjärnsjukdom utan fler skonas också från Alzheimers sjukdom.

En del riskfaktorer för att utveckla demenssjukdom, såsom hög ålder och ärftlighet, går emellertid inte att påverka.

Läkare ansvarar för

- att patienter diagnostiseras och vid behov får en adekvat behandling av högt blodtryck

Personal på hälsocentralen ansvarar för

- att patienter erbjuds stöd i livsstilsförändringar.

Chef i socialtjänsten ansvarar för

- att erbjuda mentalt och socialt stimulerande aktiviteter

Personal (R+K) ansvarar för

- att vid misstanke om att person lider av kognitiv svikt remittera eller ta kontakt med regionens primärvård under förutsättning att personen ger sitt samtycke
- att sprida information om demenssjukdom, riktad till befolkningen, patienter och brukare

Dokumenterat samtycke

Personen ska tillfrågas om samtycke till informationsöverföring mellan kommun och region.

Samtycket kan vara skriftligt eller muntligt. Patienten kan när som helst återkalla sitt samtycke. Samtycket dokumenteras i respektive huvudmans journal.

Utredning

Vid misstanke om kognitiv svikt är det viktigt med en snabb och adekvat utredning för att bedöma den kognitiva funktionen och om möjligt fastställa eller utesluta demenssjukdom.

Stöd för korrekt diagnosättning

Målet är att andelen ospecificerade demensdiagnoser ska vara mindre än 20 %.

Fortfarande erhåller många patienter i Kalmar län (ca 50 % år 2014, Cosmic journal) diagnosen demens UNS (utan närmare specifikation). Därmed riskeras att patient inte får rätt läkemedelsbehandling och att beredskap för att hantera diagnosspecifika symtom och progress försenas.

Kunskap om hur olika demenssjukdomar kan särskiljas i basal demensutredning är viktig för att öka andelen specificerade demensdiagnoser. Riktade åtgärder kan vara exempelvis regionens diagnoslathund för basal demensutredning samt diagnosrond där utöver enhetens egen personal även läkare med specialkompetens inom området kognitiva sjukdomar deltar.

Hälso- och sjukvården ansvarar för:

- att läkare med specialkunskap om kognitiva sjukdomar kan delta i diagnosronder på hälsovalsenheter med ansvar för basal demensutredning

Demenssjuksköterska (R) ansvarar för

- att samordna den basala demensutredningen

Chef på enhet som bedriver basal demensutredning ansvarar för

- skapa förutsättningar till diagnosronder

Basal demensutredning

Genom screening med exempelvis [Geriatrisk riskprofil](#) och [Hälsosamtal](#) kan minnesstörningar upptäckas i ett tidigt skede. Även en ökande andel personer söker själva vård i ett tidigt skede och vissa uppvisar enbart symptom på lindrig kognitiv svikt. Detta ställer höga krav på differentialdiagnostiken, dels för att utesluta andra behandlingsbara tillstånd såsom konfusion, depression, infektion eller annan sjukdom och dels för att fastställa en demensdiagnos.

Utredning påbörjas ofta i regionens primärvård med demenssjuksköterskan (R) som processägare. Ett multiprofessionellt arbetssätt är nödvändigt för en bred beskrivning av individens problematik.

Såväl medicinska som sociala aspekter, funktions- och aktivitetsnivå i dagliga livet är av betydelse. I den basala utredningen ingår också en bedömning av den sociala situationen och behov av stöd i hemmet, en så kallad biståndsbedömning. En viktig del i utredningsarbetet är samtal med anhöriga.

[Neurokognitiv/psykogeriatrisk Symptomenkät](#) (©Ragnar Åstrand) lämnas till anhöriga i samband med utredningen.

En strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning bör ingå i den basala demensutredningen som ett komplement till övriga bedömningar. Genom att göra en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning identifieras vilka svårigheter som personen möter i sina



vardagsaktiviteter och kan vara till stöd i diagnossättning.

Det multiprofessionella teamets olika utredningsmoment sammanfattas därefter i utredningen.

Den basala utredningen syftar till att fastställa:

- om det föreligger kognitiv svikt och vad den beror på
- om det finns behov av fortsatt utvidgad utredning
- vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad man kan göra för att minimera eller kompensera dessa

Diagnostiken grundar sig på en sammanvägd bedömning av

- strukturerad intervju med personen (anamnes)
- efter samtycke, strukturerad intervju med anhöriga (anamnes)
- fysisk och psykisk undersökning inkl. provtagning (status)
- kognitiva tester
- strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga
- hjärnabbildning med datortomografi

Demenssjuksköterska (R) ansvarar för

- att inom 5 dagar efter att remiss har inkommit kontakta personen
- att inom 10 dagar efter att remiss inkommit göra den initiala bedömningen
- att det genomförs en strukturerad intervju med anhöriga efter samtycke från personen
- att initiera kontakt med biståndshandläggare i kommunen för en social utredning
- att om behov föreligger sammankalla till SIP (samordnad individuell plan) efter avslutad utredning

Arbetsterapeut (R +K) ansvarar för

- att strukturerad funktions och aktivitetsbedömning görs på remiss av demenssjuksköterska eller läkare på regionens hälsocentraler

Läkare ansvarar för

- att inom 10 arbetsdagar efter demenssjuksköterskans utredning är klar, göra läkarundersökning
- att vid behov erbjuda personen en utvidgad utredning

Biståndshandläggare ansvarar för

- att vid behov efter ansökan om insatser upprätta en social utredning

Läkare inom specialistvården ansvarar för

- att inom 30 dagar efter mottagen remiss från primärvården erbjuda en tid för utvidgad demensutredning

Diagnoslathund

Utvidgad demensutredning

Utvidgad demensutredning är aktuellt om den basala utredningen ger otillräckligt med information för att ställa specifik diagnos. Utvidgad demensutredning genomförs företrädesvis på specialiserade enheter.

Genomförande av utvidgad utredning ska ske inom 30 dagar.

I utvidgad utredning ingår en eller flera av följande undersökningar:

Kognitiv/cerebral funktion

- Neuropsykologiska test
- Utvidgad aktivitets- och funktionsbedömning av arbetsterapeut

Biomarkörer

- Strukturell magnetkameraundersökning
- Funktionell FDG-PET-undersökning
- Ryggvätskeanalys

I särskilda fall kan även andra undersökningar utgöra en del i utvidgad utredning. Indikation för dessa avgörs av ansvarig läkare.

Det finns behov av en bred palett av undersökningar vid utvidgad utredning som kombineras utifrån patientens behov. Vissa utredningsmoment kommer att kräva investering i utrustning och personal alternativt avtal med andra regioner där undersökningarna utförs.

Chef i hälso- och sjukvård ansvarar för

- att säkerställa tillgång av kliniskt relevanta undersökningar för genomförande av evidensbaserad utvidgad utredning

Läkare vid specialiserad enhet ansvarar för

- att genomföra utvidgad utredning inom 30 dagar

Arbetsterapeut (R) ansvarar för

- att utföra en utvidgad funktions- och aktivitetsutredning på mottagning vid behov

Förmedla diagnosen

Efter avslutad utredning meddelas personen tillsammans med anhörig snarast diagnosen och vid behov ska en samordnad individuell plan upprättas.

Innan diagnosmötet sker en avstämning mellan demenssjuksköterska (R), läkare och vid behov delar av det multiprofessionella teamet för att samordna och sammanfatta utförd utredning.


Diagnosmöte mellan personen, anhöriga, demenssjuksköterska, läkare eller annan aktuell profession syftar till att ge information om utredning, diagnos och läkemedel.

Demenssjuksköterskan (R) ansvarar för

- att skyndsamt sammankalla till en avstämning med demenssjuksköterska (R), läkare och vid behov övriga delar av det multiprofessionella teamet efter att dokumentationen från de olika utredningarna har inkommit
- att personen, dennes anhöriga, och vid behov berörda delar av multiprofessionella teamet blir kallade till en samordnad individuell plan efter diagnosmötet

Läkare ansvarar för

- att delge diagnos



Regelbundna uppföljningar

En sammanhållen uppföljning ska ske vid väsentliga förändringar av personens tillstånd, dock minst en gång per år.

Uppföljning av medicinsk behandling, omvårdnad, rehabiliteringsinsatser och sociala insatser ska göras. Vid samtidiga insatser från kommun och region sker detta genom en samordnad vård-och omsorgsplanering som dokumenteras i en SIP. Demenssjuusköterskan i regionen ansvarar för uppföljningen enligt nedan tills personen flyttar in på särskilt boende då ansvaret går över till demenssjuusköterskan i kommunen.

Biståndshandläggare ansvarar för

- att regelbundet följa upp biståndsbeslut och vid behov sammankalla det multiprofessionella teamet.

Demenssjuusköterska (R+K) ansvarar för

- att regelbundet följa upp och vid behov sammankalla det multiprofessionella teamet till uppföljning av personen.
- att i samråd med läkare följa upp nyinsatta demensläkemedel efter 3, 6 och 12 månader och därefter årligen

Arbetsterapeut (K) ansvarar för

att följa upp funktions- och aktivitetsfunktion, kognitivt stöd, tekniska hjälpmedel och anpassningar

Läkare ansvarar för

- att följa upp person med demenssjukdom minst en gång per år och vid behov sammankalla det multiprofessionella teamet

Personcentrerad omvårdnad

Fokus i den personcentrerade omvårdnaden är personen som lever med en demens-sjukdom, inte diagnosen.

Syftet är att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att ha en förståelse för att olika problem kan uppstå, som till exempel beteendemässiga och psykiska symtom. Detta ska behandlas och bemötas utifrån den enskilda personen och inte enligt rutinåtgärder.

I den personcentrerade omvårdnaden och omsorgen uppmuntras personen med demenssjukdom att berätta om sig själv och sitt liv för att underlätta förståelsen av värderingar och preferenser som sedan ligger till grund för den personcentrerade vården och omsorgen. Anhöriga är en viktig resurs för informationsinhämtning, planering och delaktighet i den fortsatta omvårdnaden och omsorgen.

Den personcentrerade vården och omsorgen innebär att personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten:

- bemöter personen med demenssjukdom som en person med egen självkänsla, egna upplevelser och rättigheter, trots förändrade funktioner
- strävar efter att förstå vad som är bäst för personen med demenssjukdom utifrån dennes perspektiv
- värnar personen med demenssjukdoms självbestämmande och möjlighet till medbestämmande
- ser personen med demenssjukdom som en aktiv samarbetspartner
- tillsammans med anhöriga deltar i den kontinuerliga vård- och omsorgsplaneringen, om personen med demenssjukdom så önskar
- möter personen med demenssjukdom i dennes upplevelse av världen
- strävar efter att involvera personen med demenssjukdom i sociala nätverk
- försöker upprätta och bevara en relation till personen med demenssjukdom

Personens levnadsberättelse

Levnadsberättelsen är ett av de viktigaste verktygen i den personcentrerade vården och ska följa personen genom hela omsorgs- och vårdkedjan. Den ska vara tillgänglig för anhöriga och all personal som har en relation till personen.

Levnadsberättelsen skrivs av personen själv och/eller tillsammans med anhöriga eller personal. Den används sedan i samtal för att bekräfta personen och som stöd i minnesfunktioner samt som underlag för den fortsatta planeringen.

Informationen om levnadsberättelsen ska på ett tydligt sätt ges till personen och anhöriga. Det handlar om att informera och förklara nyttan av levnadsberättelsen för att kunna ge en individanpassad vård.

Demensjuksköterska (R) ansvarar för:

- att informera om levnadsberättelsen och förklara dess betydelse för personen och anhöriga

Kontaktman (K) ansvarar för:

- att informera om levnadsberättelsen och förklara dess betydelse för personen och anhöriga
- upprätta en individuell genomförandeplan med levnadsberättelsen som



underlag och göra regelbundna uppföljningar på särskilt boende.
Personal (K) ansvarar för:

- att dokumentera och uppdatera levnadsberättelsen
- att inför besök hos personen vara förtrogen med levnadsberättelsen och vad eventuellt tillkommit eller förändrats

Levnadsberättelse

Multiprofessionellt arbetssätt och samarbete

För att kunna ge en god omsorg och vård vid demenssjukdom är det nödvändigt att den samlade kompetensen tas tillvara. Ett multiprofessionellt arbetssätt som är dynamiskt och förändras över tid ska tillämpas under hela vårdförloppet.

Detta gör vi genom att samarbeta i multiprofessionella gränsöverskridande team, från både region och kommun kring personen. Många gånger är läkare och sjuksköterskor de första som personen får kontakt med, allt eftersom personens behov av vård och omsorg tilltar ökar behovet av även andra professioners kunskaper och insatser. Anhöriga och personal i hemtjänst och särskilt boende har viktig kunskap att bidra med. Det multiprofessionella teamet är dynamiskt och kan förändras fortlöpande beroende på vilka kompetenser som behövs i teamet.

Det är viktigt att sammankalla till en samordnad individuell plan (SIP) där en fast vårdkontakt med samordningsansvar utses.

Ett multiprofessionellt arbetssätt ska ge personen en mer heltäckande vård och omsorg med ambitionen att tillgodose personens samlade behov enligt ett personcentrerat förhållningssätt.

Chef ansvarar för

att utveckla multiprofessionella team i sin organisation tillsammans med andra omsorgs- och vårdgivare

Personal ansvarar för

- att ta initiativ till möte med det multiprofessionella teamet när behov uppstår som behöver hanteras av flera professioner

Sammanställande i teamet ansvarar för


- att kalla till regelbundna uppföljningar

Fast vårdkontakt och kontaktman

Personen med demenssjukdom ska erbjudas en namngiven fast vårdkontakt och/eller kontaktman. Den fasta vårdkontakten och/eller kontaktmannen är länken mellan personen, dennes anhöriga och personalen. Vid byte av fast vårdkontakt och kontaktman ska ett tydligt överlämnande ske.

Den närmaste tiden efter diagnosen är det oftast demenssjuksköterskan (R) som är fast vårdkontakt.

När personen med demenssjukdom får kommunala insatser utses även en kontaktman i



hemtjänsten. I den samordnade individuella planen (SIP) anges vem som har samordningsansvaret fram tills personen eventuellt flyttar in på särskilt boende då en av boendets personal utses till kontaktman.

I samråd med personen kan en ”dagbok” utformas som ett hjälpmedel för att underlätta vardagen och kommunikationen. Där kan sammanfattas hur dagen/veckan gestaltat sig för personen, informationen ska vara lätt tillgänglig för personal och anhöriga.

Fast vårdkontakt och/eller kontaktmannens uppgifter

- att tillvarata personens intresse och behov
- att hålla kontakt med och informera anhöriga och berörd personal
- att ansvara för att levnadsberättelse upprättas
- att följa upp stöd och hjälp i vardagen för personen och anhöriga
- att vid behov initiera möten med det multiprofessionella teamet

Chef ansvarar för

- att en kontaktman utses
- att ansvara för att genomförandeplan upprättas och uppdateras

Biståndshandläggare ansvarar för

- att informera fast vårdkontakt om de biståndsinsatser som personen har beviljats

Välfärdsteknik för ökad självständighet och trygghet

Med välfärdsteknik menas digital teknik med syfte att behålla eller förbättra aktivitet, delaktighet eller självständighet hos personer som har eller löper en ökad risk att drabbas av funktionsnedsättning.

Välfärdsteknik kan användas av personen själv, en närstående eller någon annan i dennes närhet och kan ges som bistånd, för det dagliga livet eller köpas på konsumentmarknaden. Viss välfärdsteknik kan även fås som förskrivningsbart hjälpmedel och då är det viktigt att en arbetsterapeutisk bedömning görs i tidigt skede.

Välfärdsteknik kan bidra till ökad självständighet och värdighet då man kan behålla sina roller längre. Målet är att förbättra kvalitet och flexibilitet samt ge effektivare vård och omsorg.

Exempel på välfärdsteknik:

- Larm och sensorer där personalen snabbt kan ingripa vid kritiska situationer, dessa kan minska eller förebygga fall och olyckor men även lindra oron för att falla hos personen.
- GPS-larm med spåringsenhet för personer som har svårt med rumsorientering, det kan ge ökad känsla av självständighet och trygghet vid utepromenader.
- Kameratillsyn nattetid kan minska risken för att bli störd av personal vid tillsynsbesök och därigenom ge bättre sömn.
- Det finns välfärdsteknik som registrerar olika hälsodata och receptförskrivningar vilket ger bättre möjligheter att anpassa omsorgen efter den enskildes behov, undvika felmedicineringar samt upptäcka förändringar hos personen i förebyggande syfte.
- Tele- och videokommunikation, t.ex. vårdplanering via videokonferens.
- Mobil informationshantering bidrar till att arbetssätt förenklas inom hemtjänst och hemsjukvård och att kvalitetssäkra vård och omsorg.

- Olika typer av robotar kan vara till hjälp i vardagen. De kan exempelvis navigera i och kommunicera med omgivningen, ge praktisk hjälp samt ge stimulans och sällskap.

Arbetsterapeut (K) ansvarar för

- att bedöma behov samt förskriva medicintekniska produkter

Ökad kunskap om annan kulturell och språklig bakgrund

Det är viktigt att beakta behov som är relaterade till att personen har en annan kulturell eller språklig bakgrund.

Det handlar till exempel om att ge personen möjlighet att utöva sin religion, att kunna erbjuda anpassad mat och ge möjlighet till att bevara traditioner. Om möjligt bör man eftersträva att få tillgång till vårdare som talar samma språk.

Andelen äldre personer som kommer från länder utanför Norden förväntas öka avsevärt. Kommunerna bör i större utsträckning utveckla verksamheter, till exempel dagverksamheter, som är inriktade mot personer med ett annat modersmål än svenska och en annan kulturell bakgrund.

Testet RUDAS (The Rowland Universal Dementia Assessment Scale) är ett viktigt redskap i utredning och uppföljning av minnessvårigheter hos personer med annan språklig eller kulturell bakgrund. Det rekommenderas i de nationella riktlinjerna och vi använder oss av det i Kalmar län.

Chef ansvarar för

- att se till att personen med annan kultur får möjlighet att utöva sin religion och bevara sina traditioner, samt att de får tillgång till stöd av vårdare som talar samma språk eller om detta inte är möjligt får stöd i kommunikationen via tolk.

Demenssjuksköterska (R+K) ansvarar för

- att använda RUDAS vid utredning och uppföljning när så är lämpligt.

[RUDAS-S](#)

Stödinsatser

Samordnad Individuell Plan- SIP

Alla stödinsatser bör föregås av en samordnad individuell plan vilken syftar till att säkerställa en sammanhållen omsorgs- och vårdkedja utifrån personens behov av insatser. Vid den samordnade vård- och omsorgsplaneringen deltar berörda delar av det multiprofessionella teamet. Den samordnande individuella planen ska följas upp regelbundet.

[Samordnad individuell plan](#)

Vilket stöd finns?

För att personen och anhöriga ska känna trygghet och kunna bo kvar i sitt ordinära boende samt uppleva god livskvalitet är det viktigt att stöd sätts in tidigt.

Gruppträffar

Se vidare bilaga 1

Stödgrupper vid nydiagnostiserad demenssjukdom

Information och erfarenhetsutbyte i grupp för personer som har fått diagnosen demenssjukdom har visat sig värdefull.

Gruppen kan med fördel träffas första gången samtidigt som anhöriga bjuds in till information. Den kan finnas kvar under den del av sjukdomsperioden då dagverksamhet inte är aktuell. Om personerna i gruppen önskar träffas även senare under sjukdomen bör det möjliggöras. Eventuellt kan utbildning genomföras i samarbete med studieförbund och demensförening.

Demenssjuksköterska (R) ansvarar för

- att person som har en nyupptäckt demenssjukdom erbjuds delta i en grupp tillsammans med andra personer med demenssjukdom

Chef (R+K) ansvarar tillsammans för

- att det finns lokaler och handledare för gruppen.

Biståndshandläggare ansvarar för

- att informera vilket stöd som kan erbjudas

Arbetsterapeut och fysioterapeut (K) ansvarar för

- att informera om rehabiliterande och aktivitetsfrämjande åtgärder

Anhörigträffar

Stöd till anhöriga ska erbjudas redan i ett tidigt skede av sjukdomen för att förebygga fysisk och psykisk ohälsa. En form av anhörigstöd är gruppträffar där anhöriga får information om demenssjukdomar, dess symtom, orsaker och förväntad utveckling, bemötande samt information om möjliga behandlings- och stödinsatser från samhället. Anhöriga får också möjligheter att träffa andra i samma situation.



Stöd till anhöriga

Anhöriga ska erbjudas utbildning om demenssjukdomar i ett tidigt skede och individuellt anpassad avlösning. Demenssjuksköterskan bör vara uppmärksam på anhörigas välmående och erbjuda samtal och råd om var hjälp kan fås.

När en person insjuknar i en demenssjukdom påverkar det de anhöriga. Invanda mönster och roller förändras. Det kan innebära att den anhörige försummar sina egna behov och drabbas av utmattningsmed fysisk och psykisk ohälsa som följd. Vårdsituationen kan också kännas påfrestande då den kan medföra svårigheter att upprätthålla ett socialt umgänge.

Anhöriga ska kunna känna trygghet att de kan få hjälp när de behöver.

Frivilligorganisationer finns i många kommuner och kan vara till stor hjälp

Anhörigstödjare

Personal med ansvar för stöd till anhörig finns i samtliga kommuner och ska komma in i ett tidigt skede. Med fördel kan de delta i den initiala utbildningen för anhöriga tillsammans med demenssjuksköterskan.

Avlösning

En annan form av anhörigstöd är avlösning som kan ske genom att personen vistas en tid tillfälligt på korttidsboende eller deltar i dagverksamhet. Avlösning kan också innebära att personen stannar hemma och att den anhöriga ersätts med personal som gör det möjligt för den anhörige att lämna hemmet för några timmar.

Demenssjuksköterska (R+K) och anhörigstödjare ansvarar för

- att erbjuda anhöriga enskilda samtal, utbildningsprogram och psykosociala stödprogram

Biståndshandläggare ansvarar för

- att utreda behovet av stöd och avlösning till anhöriga


Stöd till unga anhöriga

När någon förälder drabbas av demenssjukdom påverkar detta hela familjen. För unga anhöriga förändras ofta hela livet.

För att kunna hantera en förälders sjukdom och de symtom som följer med, behöver den anhörige/närstående verktyg i form av råd och kunskap om sjukdomen, veta vart de kan vända sig och vilka rättigheter de har.

Ett exempel på en digital mötesplats är www.unganhörig.se där de kan få information om detta. Där kan yngre anhöriga även få kontakt med andra i samma situation samt få tips på filmer och litteratur i ämnet.

Om den sjuke är yngre än 65 år, finns Demensförbundets nätverk där man kan komma i kontakt med andra i samma situation, <http://www.demensnatverket.se/>



Är den sjukes barn minderårig är det viktigt att den sociala situationen utreds, en orosanmälan ska göras om misstankar finns att barnet kan fara illa.

Demenssjuksköterska (R) ansvarar för

- att i grupp erbjuda information och utbildning
- vara uppmärksam på unga anhöriga och erbjuda hjälp för stöd, råd och samtal.

Biståndshandläggare ansvarar för

- att utreda behovet av stöd och avlösning till anhöriga

God man och förvaltare vid behov

Information om god man, förvaltare och fullmakt ska ges till personen med demens-sjukdom och dennes anhöriga.

En person kan få en god man eller förvaltare av olika anledningar. Oftast är personen på något sätt hindrad att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller ta hand om sig själv.

Om personen är för sjuk att själv kunna fatta beslutet behövs ett läkarintyg som beskriver personens hälsa.

I ett tidigt skede av demenssjukdom kan personen ge fullmakt till någon/några i familjen eller annan betrodd person att sköta ekonomi eller andra angelägenheter. Det finns även möjlighet att skriva en framtidsfullmakt.

Information om god man och förvaltare finns på respektive kommuns hemsida.

Demenssjuksköterska (R) och biståndshandläggare ansvarar för

- att personen och anhöriga informeras om möjligheten att få en god man/förvaltare samt om fullmakt

Läkare ansvarar för

- att på begäran utfärda läkarintyg för godmanskap eller förvaltarskap


Behovsprövat stöd

När en person med demenssjukdom får svårt att klara sin vardag kan det bli aktuellt med stöd från kommunen.

Vid en ansökan om insatser påbörjar biståndshandläggaren en utredning för att göra en bedömning av personens behov. Underlag till utredningen inhämtas genom samtal med personen. Information kan även, efter samtycke, inhämtas från anhöriga, hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Utredningen leder till ett beslut om insatser. Vid eventuellt avslag kan beslutet överklagas hos förvaltningsrätten.

Insatser som kan beviljas utifrån den enskildes behov är t ex trygghetslarm, dagverksamhet, hemtjänstinsatser, korttidsverksamhet, växelboende eller särskilt boende.

När den enskilde beviljats en insats ansvarar enhetschefen för att den blir utförd.



Biståndshandläggare ansvarar för

- att utreda och fatta beslut om insatser
- att följa upp beviljade insatser

Chef ansvarar för

- att verkställa besluten

Hjälp i hemmet

De beviljade insatserna ska utformas efter den enskildes behov och i så stor utsträckning som möjligt efter personens önskemål och förmåga.

Syftet med hemtjänstinsatserna är att möjliggöra kvarboende i den egna bostaden. Det är biståndshandläggaren som utreder och fattar beslut om hemtjänstinsatser. Den enskilde och hemtjänstutföraren kommer tillsammans överens om hur de beviljade insatserna ska genomföras och en individuell genomförandeplan upprättas. Arbetsterapeut och fysioterapeut kan konsulteras vid behov.

Biståndshandläggare ansvarar för

- att informera, utreda och fatta beslut om insatser
- att följa upp insatserna

Chef ansvarar för

- att organisera arbetet så att en kontaktman utses
- att den enskilde får en god kontinuitet i stödet från hemtjänsten, vilket innebär att antalet personal som besöker personen minimeras.

att en genomförandeplan upprättas


Dagverksamhet

Dagliga aktiviteter och sysselsättning är viktigt. Syftet är att stärka självkänslan, bibehålla kvarvarande funktioner och underlätta situationen för anhöriga.

Det är biståndshandläggaren som gör bedömning enligt socialtjänstlagen. Dagverksamheten kan med fördel dela upp deltagarna i mindre grupper utifrån deras speciella intressen. Dagverksamhet är även en avlastning för anhöriga.

Dagverksamhet för yngre personer (≤ 65 år) bör utformas så att man undviker en stigmatisering av personen. Det är lämpligt att samverka med närliggande kommuner.

Verksamheten kan med fördel bedrivas i befintliga offentliga miljöer som exempelvis bibliotek, gym eller annan träningslokal.



Biståndshandläggare ansvar för

- att informera om och utreda behovet av dagverksamhet
- att informera hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen

Chef ansvarar för

- att erbjuda dagverksamhet som specifikt riktar sig mot personens behov

Flytt till särskilt boende

När det inte längre är möjligt att bo kvar i det egna hemmet trots olika stödinsatser ska plats i särskilt boende för personer med demenssjukdom erbjudas. Boendet ska vara småskaligt och specifikt anpassat för personer med demenssjukdom.

Särskilt boende är en behovsprövad insats. Det är biståndshandläggaren som utreder behovet enligt socialtjänstlagen.

Inför flytt till särskilt boende är det viktigt att förbereda flytten väl för personen genom att informera i god tid, engagera anhöriga samt ge möjlighet att besöka det nya boendet.

Biståndshandläggare ansvarar för

- att utreda behovet av insatser.
- att informera demenssjuksköterskan (R+K)

Chef ansvarar för

- att informera personalen på boendet om personens sjuk- och livshistoria.
- att utse en kontaktman.
- att informera personen och anhöriga om boendet.
- att tillhandahålla en inkluderande och småskalig boendemiljö.

Socialt innehåll, aktiviteter och fysisk träning

Personen ska erbjudas dagliga fysiska och sociala aktiviteter samt utomhusvistelse. Därutöver bör träning som är individuell och funktionell erbjudas.

Personen med kognitiv sjukdom får svårt att ta initiativ och kan bli passiv. Individuellt anpassade aktiviteter och fysisk träning kan motverka passivitet och stärka självkänslan, stimulera sinnen, ge dagen struktur och innehåll samt ge möjlighet till avkoppling och välbefinnande. Träningens syfte är också att förbättra balans, benstyrka, gångförmåga och funktionell förmåga. Delaktighet är viktig inte minst i vardagliga göromål.

Det kan vara så att personen inte vill göra samma saker som tidigare i livet. Det kan upplevas som ett misslyckande om det inte går lika bra som tidigare.

Vård och omsorg ska utgå från personens värderingar, önskemål och vanor för att kunna ge en meningsfull vardag.

Det är viktigt att den personal som genomför aktiviteterna har kompetens för detta. Uppföljning bör ske regelbundet för att se om aktiviteterna ger önskat resultat och inte har oönskade negativa effekter.

Fysioterapeut (K) ansvarar för

- att bedöma behov av fysisk funktion och ge förslag på lämplig fysisk aktivitet

Kommunikation

Identitet

Identiteten påverkas av demenssjukdomen. Frågor som ”vem är jag?” och ”vilka hör jag ihop med?” kan infinna sig. Personen behöver hjälp att så långt det är möjligt bevara och förstärka sin identitet. Genom att arbeta personcentrerat och alltid se individen före sjukdomen kan vi hjälpa till att bevara identiteten och även integriteten.

Kroppsspråk

Kroppsspråket står för 75 % av budskapet när vi kommunicerar med varandra. I samtal är ögonen viktiga – du ska visa att du ser personen. Försök att befinna dig på samma nivå som personen, i ögonhöjd så att du lätt kan få ögonkontakt. Tala sakta och tydligt med ett röstläge som är lätt att uppfatta.

- Var konkret.
- Invänta svar.
- Lyssna!

Utomhusvistelse

En viktig del i omvårdnaden är att erbjuda möjlighet till daglig utomhusvistelse. Syftet är att förbättra livskvaliteten men det har även visat sig bidra till att normalisera dygnsrytmen. Förekomsten av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD) har minskat när personalen har prioriterat utomhusvistelse för personerna med demenssjukdom.

Taktil massage

Taktil betyder stimulering. Genom beröring och massage stimuleras känselsinnet. Stimulering av huden skickar signaler till hjärnan som utsöndrar lugn och ro-hormonet Oxytocin. Hormonet gör oss avspända och harmoniska. Oxytocin minskar stresshormoner och sänker även smärtröskeln. Även de som kommit långt i sin demenssjukdom kan få positiva upplevelser och god kontakt genom stimulering. Utan att vi tänker på det stimulerar vi ofta flera sinnen samtidigt i vardagen.

Sång och musik


Musik är en sinnesupplevelse där flera sinnen är mottagliga. Vi hör toner, ser den som agerar, vi känner ljud och vibrationer. Även muskler och balans påverkas när vi rör oss till musiken. Musik når dit orden inte hittar. Det är även ett redskap för stimulans, kommunikation och gemenskap. Musik kan bidra till symtomlindring och ökad livskvalitet. Vårdarsång, att man sjunger när man till exempel ska hjälpa till med toalettbesök, har visat sig ha många positiva effekter.

Djur

Djur i vården har en positiv effekt på många med demenssjukdom, det är viktigt att tänka på att inte alla gillar djur och att de djur som ska vistas i en miljö med demenssjuka personer måste vara lämpliga och ha rätt mentala egenskaper.

Reminiscens

Ordet reminiscens betyder minne, hågkomst. Reminiscens-metoden innebär att minnen från förr kan väckas till liv genom att titta och känna på föremål. En bild, doften från en parfym,



en fågelfjäder, bara fantasin kan begränsa vilka teman, så kallade triggers som kan användas. Tillit och trygghet är viktiga element när vi bemöter de demenssjuka. Goda relationer skapas när personalen har god kännedom om individens bakgrund.

Validation

Validation är en metod som ofta kan användas när vi bemöter demenssjuka. Ordet validation betyder bekräftelse. Metoden går ut på att bekräfta den demenssjukes upplevelse, att låta den förvirrade individen berätta om sina känslor. Det blir ett sätt att mötas i deras verklighet.

Biståndshandläggare ansvarar för

- att utreda behovet av dagliga aktiviteter för personen samt följa upp

Fysio- och/eller arbetsterapeut ansvarar för

- att planera, strukturera och följa upp insatta aktiviteter och fysisk träning så att bästa möjliga effekt uppnås

Kontaktman ansvarar för

- att motivera personen till att genomföra aktiviteter både fysiska och sociala samt medverka vid uppföljningen

Chef ansvarar för

- att kontaktman och personal har tid avsatt och kompetens för att ge insatserna till personen

[Qualid](#) kan användas för att utvärdera livskvalitén

Omvårdnad

Munhälsa

En god munhälsa bidrar till ett ökat välbefinnande och livskvalitet. En strukturerad bedömning av munhålan, hjälp och stöd vid den dagliga munvården och nödvändig tandvård ska erbjudas.

Att bibehålla en god munhälsa blir svårare allteftersom demenssjukdomen fortskrider. Munhälsan och den generella hälsan påverkar varandra och en god munvård är grundläggande för att motverka undernäring, smärta och infektioner.

Förmågan att tugga påverkas av tändernas kondition och eventuell tandprotes passform. Smärta i munhålan kan medföra svårigheter att kommunicera och kan istället visa sig som matvägran och aggressivitet.

När omvårdnadsbehovet är stort har personen rätt till en avgiftsfri munhälsobedömning och nödvändig tandvård till hälso- och sjukvårdstaxa.

Personer som har rätt till ett N-kort (nödvändig tandvård) är personer med ett omfattande omvårdnadsbehov – hänsyn tas alltså inte till boendeform, ekonomisk situation eller munstatus. Har personen en sjukdom/diagnos och som saknar ett omfattande omvårdnadsbehov kan eventuellt F-kort (tandvårdsstöd vid funktionsnedsättning) då behövs det ett läkarintyg.

[Tandvård vid omfattande vård- och omsorgsbehov](#)

Undersköterska ansvarar för

- att förebygga besvär från munhålan genom hjälp i den dagliga munvården



Demenssjuksköterska (R+K), sjuksköterska i kommunen ansvarar för

- att utfärda intyg om nödvändig tandvård och avgiftsfri munhälsobedömning

Socialstyrelsens vägledning om [Munhälsa](#)

Undernäring ska förebyggas

Undernäring är ett stort problem bland de som drabbas av demenssjukdom, framför allt när man fortfarande bor i sitt ordinära boende.

Det är viktigt att hitta personer som ligger i riskzonen för undernäring.

Utredning av symtom, kostens innehåll och utformning, måltidsmiljö, måltidsordning samt stöttning och hjälp under måltiden ska göras.

Vid demenssjukdom kan näringsintaget försvåras på grund av svårigheter att tolka situationen och förstå vad och hur man ska äta. Smärta och torrhet i munnen bidrar också till att det kan vara svårt att äta. Nutritionsproblemen ökar risken för vikt förlust och undernäring vilket bör speciellt uppmärksammas hos personer som är mycket aktiva exempelvis vid ett vandrande beteende. Dessa kan behöva extra mellanmål, mer energirik kost samt beredas möjlighet till regelbunden vila.

Vikt förlust och undernäring ökar risken för komplikationer som fall, trycksår och sjuklighet.

För att förbättra möjligheterna att äta och dricka behöver miljön anpassas. Exempelvis små grupper vid matborden och lugn miljö, det vill säga inget störande bakgrundsljud som TV och radio. Att få hjälpa till med dukningen ger signal om att det är dags för att äta. Att duka med tydliga färger är bra, exempelvis färgade glas, och färgglad mat på kontrasterande porslin. Rött är färgen man först upptäcker som barn och den sista man glömmer som gammal., en klick röd sylt kan skapa kontrast och intresse för maten.

Demenssjuksköterska (R+K) /sjuksköterska ansvarar för

- att bedöma nutritionsstatus samt att åtgärder sätts in

Biståndshandläggare ansvarar för

- att utreda behov av insatser som stödjer personen vid måltiden i ordinärt boende


Chef ansvarar för

- att erbjuda en god måltidsordning där nattfastan inte överstiger 11 timmar
- att erbjuda stöd vid måltiden
- att anpassa den fysiska miljön med kontrasterande färger och smågrupper
- att anpassa måltiderna utifrån kulturella och religiösa aspekter

Undersköterska ansvarar för

- att ge individuellt anpassat stöd vid måltiden
- att anpassa måltidsmiljön genom att t ex i ett särskilt boende skapa små grupper
- att ge tillräcklig tid med att äta
- att ge möjlighet för personen att själv ta sin mat exempelvis via karottsystem

Förstoppning och urininkontinens ska förebyggas



Integritet och livskvalitet ska vara i fokus när förstoppning och urininkontinens ska förebyggas.

Funktionsnedsättningen vid demenssjukdom medför svårighet att förstå och tolka signaler från den egna kroppen samtidigt som det blir svårare att känna igen sig i miljön. Diffus oro och plockighet kan vara ett uttryck för behov att gå på toaletten.

Förstoppning kan utvecklas över tid och kan ha flera orsaker såsom låg fysisk aktivitet, minskat mat- och vätskeintag, felaktig kost eller felaktiga toalettvanor. Viss läkemedelsbehandling kan öka risken för förstoppning och förebyggande åtgärder behövs. Förstoppning kan även leda till akuta konfusionstillstånd.

En utredning av orsakerna till inkontinens för personer med demenssjukdom skiljer sig inte från utredning av inkontinens i allmänhet men kan behöva begränsas då olika undersökningar kan upplevas som kränkande, skrämmande eller förvirrande. Läkemedelsbehandling såsom vätskedrivande kan ge täta och starka urinträngningar.

Hjälp med regelbundna toalettbesök och att vara uppmärksamhet på tecken på oro är viktigt. Den demenssjuke kan visa behov av att gå på toaletten genom till exempel plockbeteende. Det kan också vara bra att låta toalettdörren stå på glänt så att man ser toaletten och ha en symbol på dörren.

Demenssjuksköterska (R+K)/sjuksköterska ansvarar för

- att göra en systematisk kartläggning för att finna orsaker till förstoppning
- att inkontinensutredning, utprovning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel görs
- att besluta om icke farmakologiska åtgärder och ge råd om egenvård

Biståndshandläggare ansvarar för

- att utreda behovet av stöd och hjälp vid toalettbesök för personen i ordinärt boende
- att utreda behov av hjälp med fysisk aktivitet och lämplig kost för person i eget boende

Undersköterska ansvarar för

- att personen får hjälp och stöd vid toalettbesök
- att se till att personen får ett dagligt intag av fett- och fiberrik kost med anpassat vätskeintag
- att erbjuda fysisk aktivitet


Chef ansvarar för

- att all personal är utbildad i omvårdsåtgärder som syftar till bibehålla personens integritet och kvarvarande funktioner
- att miljön är utformad så att det är lätt att känna igen var toaletten är t.ex. med kontrasterande färger

[Senior alert](#)

Hjälpmedel och teknologi

Det är viktigt att erbjuda hjälpmedel tidigt i sjukdomsförloppet och att personen med demenssjukdom vid behov får stöd av anhöriga eller personal vid användningen.



Kognitiva hjälpmedel syftar till att ge personer med demenssjukdom stöd för minnet, öka eller behålla personens självständighet och aktivitetsförmåga. Kognitiva hjälpmedel kan vara minnesstöd, planeringsstöd, hjälp att förstå och hantera tid samt miljöanpassningar.

Kartläggning av behov, utprovning och uppföljning av hjälpmedel bör ske i den miljö där personen med demenssjukdom vistas. Hjälpmedel vid kognitiv svikt kan förskrivas av arbetsterapeut i kommunal verksamhet.

Tekniska hjälpmedel kan fungera som kompensation för bristande förmågor. För en demenssjuk person måste också de tekniska lösningar som används vara personnära, lättförståeliga och igenkännbara för att inte upplevas som främmande eller rent av som hot. Det är också viktigt att både den demenssjuke personen och närstående är positiva och motiverade till teknologi för att det skall fungera.

Arbetsterapeut och fysioterapeut (K) ansvarar för

- att utreda behov och förskriva hjälpmedel

Skyddsåtgärder

Det är viktigt att arbeta förebyggande så att behov av att tvinga eller hindra någon inte uppstår.

En kartläggning av svåra situationer kan behövas göras och en bemötandeplan utformas. Personen med demenssjukdom kan genom sina reaktioner visa upplevelsen av en viss åtgärd. Detta kan vara vägledande om personen samtycker eller inte till åtgärden. Skyddsåtgärder som användande av bälte, sänggrindar, larm och låsta dörrar får användas om de syftar till att ge trygghet, skydda, stödja, hjälpa eller aktivera. Personen ska samtycka till åtgärden. De får inte användas som kompensation för brist på personal, kompetens eller olämpliga lokaler.

Det finns inget lagligt stöd för att använda tvång eller begränsningar inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för

- att medverka vid kartläggning och framtagande av bemötandeplan
- att utreda behov av, kontinuerligt observera och utvärdera insatta skyddsåtgärder samt vid behov förskriva

Chef ansvarar för

- att en kartläggning och bemötandeplan görs
- att det finns tillräcklig bemanning
- att medarbetarna får utbildning och handledning
- att vård och omsorg bedrivs i ändamålsenliga lokaler

Undersköterska ansvarar för

- att medverka vid kartläggning och framtagande av bemötandeplan
- att dokumentera insatta skyddsåtgärder

[Nollvision](#)- En demensvård utan tvång och begränsningar

Konfusion

Konfusion är snabbt insättande svikt av hjärnans kognitiva funktioner och har alltid en bakomliggande orsak. Personer med demenssjukdom har en ökad risk för att utveckla konfusion. Utmärkande är att även obetydliga påfrestningar kan utlösa en konfusion.

Orsaken kan vara infektion, smärta, förstoppning, läkemedel, hjärtinfarkt, stroke, blodpropp i lungan, och liknande. Även psykiska påfrestningar såsom förlust av närstående, miljöbyte, stor personalomsättning och konflikter kan utlösa konfusion.

Åtgärder vid konfusion är samma som vid BPSD. De är individuella och utgår från personens behov.

Konfusionens mer akuta karaktär bör leda till snar bedömning av läkare avseende möjlig bakomliggande kroppslig sjukdom eller tillstånd.

Läkare ansvarar för

- att göra en medicinsk bedömning inklusive fysiskt och psykiskt status samt läkemedelsöversyn
- följa upp eventuellt insatta läkemedelsbehandlingar
- att bedöma behov av insatser för att tillgodose personens basala behov

Demenssjuksköterska (R+K)/Sjuksköterska ansvarar för

- att göra en noggrann anamnes med kartläggning av symtom och möjliga utlösande faktorer
- att göra en bedömning av personens möjlighet att få sina behov tillfredsställda
- att analysera omgivande miljö och samspel mellan personal och anhöriga

Undersköterska ansvarar för

- att delta i kartläggning och beskrivning av symtom och möjliga utlösande faktorer
- att delta i bedömning över personens möjlighet att få sina behov tillfredsställda

Biståndshandläggare ansvarar för

- att vid behov skyndsamt utreda behov av anpassad hjälp och stöd för att personen ska få sina behov tillgodosedda

Beteendemässiga och psykiska symtom


BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) ska utredas och bakomliggande orsaker åtgärdas, i första hand med icke farmakologiska åtgärder.

Personer med demenssjukdom kan drabbas av BPSD under sjukdomsförloppet. Detta kan orsaka ett stort lidande för personen och är svåra att bemöta för anhöriga och personal.

Beteendemässiga symtom kan vara aggressivitet, skrik, vandring, plockande eller störd sömn. Psykiska symtom som kan vara hallucination, vanföreställning, ångest eller depression.

BPSD ska förebyggas genom

- personcentrerad omvårdnad
- anpassning och översyn av boendemiljön
- läkemedelsgenomgång
- personalkontinuitet, tillräcklig personaltäthet och utbildad personal med förmåga till



rätt bemötande

Orsaken till BPSD kan vara på

- organisk nivå (demenssjukdom i sig, andra sjukdomstillstånd, ogynnsamma läkemedel)
- personlig nivå (tidigare personlighet och livstrauman)
- social nivå (bemötande, miljö)
- helhetsnivå (existentiellt)

Åtgärd:

Utredning av BPSD ska ske strukturerat genom kartläggning av symtom och tänkbara utlösande faktorer. Använd [BPSD-registret](#) och [NPI-NH](#).

Åtgärd och behandling är alltid individuell och beror på den bakomliggande orsaken.

Biståndshandläggare ansvarar för:

- att utreda behovet av anpassad hjälp och stöd så att personens behov blir tillgodosedda

Undersköterska ansvarar för:

- att förebygga BPSD genom ett personcentrerat bemötande, tillgodose behovet av god basal omvårdnad och anpassning av miljö och aktivitet
- att delta i bedömning av personens möjlighet att få sina basala behov tillfredsställa
- att delta i kartläggningen och beskrivningen av vilka symtom som personen uppvisar
- att en bemötandeplan upprättas och uppdateras

Sjuksköterska och/eller demenssjuksköterska (R+K) ansvarar för

- att initiera och påkalla behov av utredning av de bakomliggande orsakerna till beteendemässiga och/eller psykiska symtom och sammankalla till SIP.
- att bedöma personens möjlighet att få sina basala behov tillfredsställda
- att bedöma omgivande miljö och samspel med personal och anhörig/närstående

Läkare ansvarar för

- att utföra medicinsk utredning, inklusive bedömning av fysiskt och psykiskt status
- att genomföra läkemedelsgenomgång och eliminera läkemedel med ogynnsam effekt
- att följa upp behandlingen

Chef ansvarar för

- att vid förekomst av BPSD tillgodose behov av ökade insatser i form av förändring av boendemiljö, personaltäthet och personalkontinuitet
- att övriga åtgärder genomförs och följs upp

[BPSD registret](#)

[NPI-NH](#)



Palliativ vård i livets slut

Oavsett sjukdom är symtomen i livets slutfas ofta desamma, t.ex. smärta, oro, ångest, andnöd och illamående. Det är viktigt att personer med demenssjukdom inte missas i den palliativa vården och att omhändertagandet sker personcentrerat. För att skatta smärta används med fördel Abbey Pain Scale som är utvecklad för personer med nedsatta kognitiva funktioner.

[Palliativt vårdprogram](#)

[Demenscentrum Webbutbildning Palliation ABC](#)

Personalkompetens och utbildning

Personalen inom hälso- och sjukvård och social omsorg ska få utbildning i personcentrerad vård och omsorg samt kunskap om demenssjukdomar. Utbildningen behöver vara långsiktig och kontinuerlig.Handledning och praktisk träning ska erbjudas de som arbetar direkt i vård och omsorg av personer med demenssjukdom.

Bistånds-och LSS handläggare som beslutar i ärenden för personer med demenssjukdom behöver ha en grundläggande förståelse för sjukdomen och dess konsekvenser.

På Demenscentrum.se finns en webbutbildning [Demens ABC](#) som är en grundläggande utbildning samt Demens ABC+ som riktar sig till olika professioner.

Vidare erbjuder högskolor och universitet kurser på grund och avancerad nivå.

Kunskap om tidiga tecken på demenssjukdom är viktigt att känna till även inom verksamheter som inte primärt arbetar med målgruppen, som till exempel akutverksamheter.

Chef ansvarar för

- att medarbetarna får utbildning, handledning och praktisk träning

[Demens ABC](#)

Kvalitetsregister och indikatorer

Kvalitetsregister

SveDem- *Svenska demensregistret* är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att förbättra och utveckla vården av demenssjuka.


BPSD registret- *Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom* är ett nationellt kvalitetsregister som kvalitetssäkrar vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Syftet är att minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och genom detta öka personens livskvalitet.

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och verktyg för att identifiera risker, analysera orsaker samt föreslå åtgärder för att minska fall, trycksår, viktninskning, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion hos äldre personer.

Indikatorer

En förutsättning för att kunna följa flertalet indikatorer är registrering i ovanstående register. Indikatorerna är framtagna nationellt vilket ger möjlighet till jämförelse både lokalt, regionalt och nationellt.

- Indikator 1 Deltagande i kvalitetsregister (SveDem och BPSD-registret)
- Indikator 2 Tid från remiss eller kontaktdatum till utredningsstart (specialiserad vård)
- Indikator 3 Tid från utredningsstart till diagnos (specialiserad vård och primärvård)
- Indikator 4 Andel personer med demenssjukdom med demensdiagnos
- Indikator 5 Andel personer med demensdiagnos som genomgått en fullständig basal demens utredning
- Indikator 6 Andel personer med Alzheimers sjukdom som behandlas med demensläkemedel
- Indikator 7 Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som genomgått en läkemedelsgenomgång under de senaste 12 månaderna
- Indikator 9 Andel personer i särskilt boende som behandlas med antipsykotiska läkemedel
- Indikator 10 Andel kommuner med samordningsfunktioner i form av demensteam*
- Indikator 11 Andel kommuner med tillgång till demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion*
- Indikator 12 Andel demensboenden/hemtjänstverksamheter med omsorgspersonal som genomgått längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demens*
- Indikator 13 Andel demensboenden/hemtjänstverksamheter som erbjuder sin personal regelbunden handledning*
- Indikator 14 Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom
- Indikator 15 Andel personer med demenssjukdom som har beviljats dagverksamhet
- Indikator 16 Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens utformande

- 
- Indikator 17 Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har individuella miljöbeskrivningar inkluderade i genomförandeplanen
 - Indikator 18 Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har strategier för bemötande dokumenterade i genomförandeplanen
 - Indikator 19 Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har erbjudits personcentrerade aktiviteter utifrån genomförandeplanen under den senaste veckan
 - Indikator 20 Andel personer med demenssjukdom där vården har initierat stöd till anhöriga i samband med demensutredning
 - Indikator 21 Andel kommuner med korttidsboenden som är enbart avsedda för personer med demenssjukdom

Beskrivning av indikatorerna finns i [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2018](#)

Benämningar

Personen = Person som har en utredd och diagnostiserad eller misstänkt demenssjukdom

Anhörig = Make/maka, partner, barn, annan släkting eller vän som står personen nära

Kontaktman = En speciellt utsedd person bland personalen som har till uppgift att vara samordnare och ge speciellt stöd till specifikt angiven person och dennes anhöriga

Undersköterska = Undersköterska i kommunens primärvård som utför den dagliga omvårdnaden och servicen i hemtjänst, dagverksamhet, och särskilt boende.

Demenssjuksköterska = Sjuksköterska i regionens eller kommunens primärvård som har speciellt uppdrag som rör personer med demenssjukdom

Sjuksköterska = Sjuksköterska inom kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet, när inget annat anges

Arbetsterapeut = Finns både i kommun och region, på primärvårds- och specialistnivå. Ger konsultativt stöd till personal och direkt till person och anhöriga. Funktions- och aktivitetsbedömning. Förskriver hjälpmedel

Fysioterapeut/sjukgymnast = Finns både i kommun och region, på primärvårds- och specialistnivå. Ger konsultativt stöd till personal och direkt till person och anhöriga. Förskriver hjälpmedel

Läkare = Patientansvarig läkare i regionens primärvård när inget annat anges

Biståndshandläggare = Personal i kommunen som utreder och beslutar om insatser enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Anhörigsamordnare = Personal i kommunen med speciellt uppdrag att ge stöd till anhöriga

Chef = Närmast ansvarig arbetsledare i kommunens respektive regionens verksamhet. Kan också vara chef för ett verksamhetsområde i kommun respektive region.

Multiprofessionellt team = den kompetens som behövs utifrån den enskildes behov, såväl från kommun som region.

Beslut och revidering

Beslutad

Program för omsorg och vård till personer med demenssjukdom i Kalmar län 2012 beslutades i kommunstyrelserna i samtliga kommuner samt regionstyrelsen i Kalmar län 2013. Årlig uppföljning samt revidering vid behov genomförs av demensgruppen under den Samordnande äldregruppen i Kalmar län.

Reviderad och godkänd

En omfattande revidering har skett våren 2018 utifrån de reviderade Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom 2018 samt genomförd utvärdering i Kalmar län 2015. Ansvarig för revidering av omsorgs- och vårdprogrammet är demensgruppen under Samordnande äldregruppen i Kalmar län.

[Omsorgs- och vårdprogrammet](#) återfinns på Region Kalmar läns hemsida

Arbetsgrupp 2018

- Anna Leion arbetsterapeut Torsås kommun
- Anneli Adolfsson demenssjuksköterska Stensö hälsocentral (HC)
- Ann-Katrin Wilhelmson äldresamordnare Regionen sammankallande
- Ann-Kristin Palmqvist demenssjuksköterska Blomstermåla HC
- Christina Bengtsson enhetschef Borgholms kommun
- Erik Stomrud, specialist i allmänmedicin Emmaboda HC och överläkare minnesmottagningen, Skånes universitetssjukhus
- Fredrik Lilja demenssjuksköterska Mörbylånga kommun
- Jessica Hultman biståndshandläggare Borgholms kommun
- Katarina Westerlund undersköterska Mörbylånga kommun
- Marie Arvidsson demenssjuksköterska Vimmerby HC
- Monica Jeansson biståndshandläggare Kalmar kommun
- Monica Svannäs sjuksköterska Geriatriska kliniken länssjukhuset Kalmar
- Petra Olin undersköterska Borgholms kommun

Ändringshistorik

| Datum | Ändring | Utförd av |
|------------|---|--|
| 2021-05-10 | Uppdatering av hyperlänkar | Kristin Irebring äldresamordnare |
| 2022-02-18 | <ul style="list-style-type: none">- Förtydligande kring Down syndrom- Förtydligande om Tandvårdsintyg- Mer beskrivning av Lindrig kognitiv funktionsnedsättning- diagnoskod F10.7A Alkoholrelaterad demens- Ändring från Landsting till Region- Viss justering i upplägg | Kristin Irebring, äldresamordnare Region Kalmar län Anna Leion, arbetsterapeut Mörbylånga kommun Monica Svannäs, demenssjuksköterska, Kvarnholmens Hälsocentral Åsa Johansson Rehn, sjuksköterska Medicinmottagningen Västervik Emma Olsson, biståndshandläggare Kalmar kommun |
| 2023-02-02 | <ul style="list-style-type: none">- Justering av tryckfel på sidan 10. Arbetsterapeut (R +K) ansvarar för att strukturerad funktions och aktivitetsbedömning görs på remiss av demenssjuksköterska eller läkare på regionens hälsocentraler | Kristin Irebring äldresamordnare Region Kalmar län |
| 2023-03-03 | <ul style="list-style-type: none">- Lagt till länk till pdf MMSE-SR då den ej finns längre på svenskt Demenscentrum | Kristin Irebring äldresamordnare Region Kalmar län |
| 2024-04-08 | <ul style="list-style-type: none">- Lagt till Bilaga 2 <i>utvärdering av klinisk bild vidkognitiv svikt</i> | Kristin Irebring äldresamordnare Region Kalmar län |

Referenser och länkar

Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer, Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Utvärdering

[Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård och omsorg vid demenssjukdom – Indikatorer och underlag för bedömningar \(socialstyrelsen.se\)](#)

Svenskt demenscentrum

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

Livshistoria


[Exempel på Livshistoria \(demensforbundet.se\)](#)

Fast vårdkontakt och samordnad individuell plan

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2017-10-25.pdf>

Socialstyrelsen, Välfärdsteknik

[Välfärdsteknik - Socialstyrelsen](#)



Bedömningsinstrument i programmet

<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/>

Region Kalmar län, Rekommenderade läkemedel

<https://www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/vardriktlinjer/lakemedel/rekommenderade-lakemedel/rekommenderade-lakemedel/rekommenderade-lakemedel/>

Region Kalmar län, Lathund demensutredning

[Demenslathund_A6_2019_utskrift2st.pdf \(regionkalmar.se\)](http://www.regionkalmar.se/Demenslathund_A6_2019_utskrift2st.pdf)

Unganhörig.se <http://www.unganhorig.se/>

Demensnätverket <http://www.demensnatverket.se/>

Socialtjänstlag (2001:453)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

FYSS- kapitel Demens

<http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/Demens.pdf>

Svenskt demenscentrum Metoder och arbetssätt

<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetssatt/>

Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna

[Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna - meddelandeblad \(socialstyrelsen.se\)](http://www.socialstyrelsen.se/Tvångs-och-skyddsåtgärder-inom-vård-och-omsorg-för-vuxna-meddelandeblad-socialstyrelsen.se)

BPSD, kvalitetsregister

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

Senior Alert, kvalitetsregister

<https://plus.rjl.se/senioralert>

SveDem, kvalitetsregister

<http://www.ucr.uu.se/svedem/>

Intressanta artiklar

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., et al. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. Lancet 385, 2255-2263

Bilaga Demensutredning

Flödesschema

| Utredning | Dag | Ansvar |
|--------------------------|-----|---------------------|
| Anmälan inkommer | 0 | Demenssjuusköterska |
| Initial bedömning | 5 | Demenssk |
| Grundläggande utredning | 10 | Demenssk |
| Läkarbesök | 10 | Läkare |
| Tidig social utredning | 15 | Biståndshandläggare |
| Beställda undersökningar | 50 | |

| Diagnos | Dag | Ansvar |
|---------------------------------|-----|---------------------------------|
| Avstämning | 60 | Demenssk, Läkare, Biståndshandl |
| Diagnos | 60 | Demenssk, Läkare |
| Samordnad individuell plan- SIP | 60 | Demenssk, Läkare, Biståndshandl |

| Uppföljning | Ansvar |
|--|---------------------------------|
| Gruppträffar | Demenssk, Anhörigamordnare |
| Anhörigstöd | Demenssk, Anhörigamordnare |
| Utvärdering, nyinsatt läkemedel 3,6 o 12 mån | Demenssk, Läkare |
| Uppföljning vid årskontroll | Demenssk, Läkare, Biståndshandl |



Utredning

De nedan angivna momenten baseras på Socialstyrelsens riktlinjer. Utredningen grundas med fördel på uppgifter både från patient och anhöriga och ett hembesök är av värde.

Demensansvarig sjuksköterska är remissmottagare och ansvarar för demensutredning och uppföljning av checklistor. Ansvarar även för att informera och registrera i SveDem.

Distriktsläkaren ansvarar för de åtgärder som ska vidtas enligt checklistan. Läkaren har enligt lagen skyldighet att bedöma och eventuellt anmäla olämplighet att inneha körkort och vapen.

Biståndshandläggaren ansvarar för social utredning och bedömning av biståndsbehov.

Arbetsterapeutens bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga syftar till att bedöma vilka konsekvenser de kognitiva nedsättningarna leder till i vardagen. Det är viktigt att ta reda på vad som **inte** fungerar exempelvis: minne, att orientera sig i närmaste omgivning (spatial förmåga), hantera pengar, känna igen föremål och personer (agnosi), hantera föremål riktigt (apraxi), förmåga att lösa problem, planera, organisera och förmåga att hantera vardagsteknik. Bedömningar görs med fördel i hemmet genom intervju och observation i en eller flera aktiviteter.

Grundläggande utredning

Information om utredningsstart till patient och anhöriga

[Samtycke](#)

Medicinsk och social anamnes, Cosmic-demensmall, [Anhörigintervju](#), [Symtomenkät](#)

Befintliga biståndsinsatser

[MMSE-SR](#), [pdf MMSE-SR](#) och [Klocktest](#),

[RUDAS](#)

Remiss till arbetsterapeut

Behov av insatser kring läkemedelshantering

Omvårdnadsstatus, nutrition, fallrisk, trycksår, förstoppning, urininkontinens

Läkarbesök

Status inklusive neurologi och psykiskt tillstånd

[Blodtryck](#), puls och EKG

Vikt och längd

Blodprover sid 39

Depressionsbedömning

[Läkemedelsgenomgång](#)

CT-remiss

Utvidgad utredning. Överväg remiss till specialistenhet

Ev. tidig social utredning

Social livshistoria

Information om biståndsinsatser

Diagnos

Efter avslutad utredning görs en avstämning i teamet. Detta följs av ett diagnosmöte där patient och anhöriga får information om utredning, diagnos och behandling. En samordnad individuell plan görs vid behov.

Avstämning

Möte i teamet

Diagnos

Diagnosmöte med patient och anhöriga

Delge diagnos och ge information

Bedömning om insättande och utsättande av läkemedel

Ställningstagande till [körkort](#), [vapen](#) och god man (blanketter i Cosmic)

Utvidgad utredning

SveDem

Samordnad individuell plan- SIP

Samordnad vård och omsorgsplanering- SIP

Information till patient och anhöriga

Sociala insatser

Omvårdnad

Intyg nödvändig tandvård

Anhörigstöd

Diagnoskoder demenssjukdomar

För registrering i SveDem om ICD-10-kod inte anges i Cosmic-journal. Inom parentes anges diagnoskod enligt primärvårds-ICD-10 (KSH97-P) (ska inte användas i SveDem).

| | ICD-10 | Tilläggskod (G-kod) | (KSH97-P) (primärvård) |
|--|--------|---------------------------|-----------------------------------|
| Kognitiv sjukdom, Alzheimer typ, tidig debut | F00.0 | G30.0 | (G30-) |
| Kognitiv sjukdom, Alzheimer typ, sen debut | F00.1 | G30.1 | (G30-) |
| Kognitiv sjukdom, blandad typ (Alzheimer + vaskulär) | F00.2 | G30.8 | (G30- & F01) |
| Kognitiv sjukdom, vaskulär typ (inkl. subkortikal typ) | F01.9 | | (F01) |
| Kognitiv sjukdom, Lewy body typ | F02.8 | G31.8A | (F03-P & G98-P) |
| Kognitiv sjukdom, Frontotemporal typ | F02.0 | G31.0 | (F03-P & G98-P) |
| Kognitiv sjukdom, Parkinson typ | F02.3 | G20.9 | (F03-P & G20-) |
| Kognitiv sjukdom, UNS | F03.9 | | (F03-P) |
| Alkoholrelaterad demens | F10.7A | | |
| Övrig (demensdiagnos förutom ovanstående) | F02.8 | & specifik sjukdomskod | (F03-P & specifik sjukdomskod) |

Ej kognitiv sjukdom

| | | | |
|---------------------------------------|-------|--|---------|
| Lindrig kognitiv funktionsnedsättning | F06.7 | | (F09-P) |
| Konfusion, akut / tillfällig | F05.9 | | (R410) |
| Minnesstörning UNS | R41.3 | | (R418P) |

Uppföljning

Uppföljningen innehåller många olika delar, såsom demenssjukdomens förlopp, läkemedel, beviljade etc. Syftet med uppföljningen är att bedöma, utvärdera och säkerställa den enskildes aktuella behov av vård och omsorg. Detta kräver utvärdering av demenssymtom, kognitiv funktionsnivå och aktivitetsförmåga. Även personer med lindrig kognitiv funktionsnedsättning (MCI) ska följas upp årligen.

Gruppträffar

Inbjudan till patient och anhöriga

Utvärdering nyinsatta läkemedel

Utvärdering vid 3, 6 och 12 månader

Uppföljning av diagnos (årskontroll) och insatser

Demenssjuksköterska region/kommun

- [MMSE-SR, pdf MMSE-SR](#)
- [Klocktest](#)
- Funktions och aktivitetsbedömning ev. arbetsterapeut
- [Utvärdering av demenssymtom](#)

Läkare

- Klinisk bedömning
- Blodtryck, puls och vikt
- EKG (vid kolinesterasbehandling)
- Läkemedesgenomgång

Biståndshandläggare

- Utvärdering av beviljade biståndsinsatser
- Bedömning av ytterligare biståndsinsatser

Blodprov-DemensBas

Syftet med blodprovstagning vid en basal demensutredning är att utesluta tillstånd som kan orsaka och/eller försämra en kognitiv svikt. För enskilda patienter kan vid specifik misstanke ytterligare blodprover ordinerars. Vid patologiska fynd kan kompletterande anamnes, undersökningar och provtagning behöva utföras.

Blodstatus

- Hb
- Leukocyter
- Trombocyter

Elektrolyter

- Natrium
- Kalium
- Calcium + albumin
- Kreatinin

Kommentar: Elektrolytrubbningar, kortisolstörningar (Addisons sjukdom och Cushingsyndrom) och hyperkalcemi (t.ex. primär hyperparatyreoidism) kan ge en kognitiv svikt. Kronisk njurinsufficiens kan ge upphov till elektrolytrubbningar och därmed en kognitiv svikt samt ha betydelse vid läkemedelsbehandling.

Leverstatus

- ALAT
- ALP
- GT

Kommentar: Kronisk leverinsufficiens kan leda till en smygande encefalopati med kognitiv svikt. Pågående alkoholöverkonsumtion kan bidra till en kognitiv svikt men är även en risk för att utveckla varaktig kognitiv funktionsnedsättning

Övriga

- TSH

Kommentar: Hypotyreos kan ge en kognitiv svikt och är en relativt vanlig sjukdom hos äldre personer.

- Homocystein

Kommentar: B-vitaminbrist ökar eventuellt progressionen av de kognitiva symtomen hos individer med kognitiv svikt. Vid normalt värde ska **inte** B12 eller folsyra testas.

- PEth

Kommentar: Visar på alkoholkonsumtion veckorna före provtagning. Överkonsumtion av alkohol kan påverka kognitiv funktionsnivå i vardagen men även vid långvarigt missbruk ge upphov till icke-reversibla skador på hjärnan med varaktig kognitiv funktionsnedsättning som följd. Patienten ska informeras om att provet tas.

- CRP

- Längd och vikt



Läkemedel

Läkemedelsgenomgång

[Länk till läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse](#)

Olämpliga läkemedel

[Länk till olämpliga läkemedel](#)

Specialistremiss- indikationer

Utvidgad demensutredning när basal utredning inte är tillräcklig för att fastställa demenssjukdom/typ av demenssjukdom

Önskemål om second opinion

Yngre patient (< 65 år)

Misstanke om eller speciella demenssjukdomar

- Frontallobsdemens
- Lewy body demens
- Parkinson med demens
- Atypiska fall

Misstänkt mild kognitiv störning

Terapisvikt

Svår BPSD-problematik

Lumbalpunktion (ange om endast detta ska göras)

Behov av konsultativt stöd

Bilaga 1 Gruppträffar

Gruppträffar bör omfatta fyra tillfällen. Dessa arrangeras av primärvårdens demenssjuksköterska och kan med fördel ske i samarbete med personal från kommunen som arbetar med anhörigstöd. Person med demenssjukdom och anhöriga bör inbjudas till utbildning inom ett år efter att diagnos satts. Efter dessa fyra gruppträffar ansvarar kommunen för att vara sammankallande. Innehållet i dessa träffar kan variera efter det behov gruppen har. Gruppen kan efter behov delas upp. Detta så att personen med demenssjukdom respektive anhöriga får information och möjlighet till stöd och samtal utifrån var och ens behov.

Utbildningens mål är

- att informera om de vanligaste demenssjukdomarna
- att informera om depression och förvirring
- att informera om samhällets stödinsatser och resurser i hemmet
- att öka kunskapen om bemötande vid demenssjukdom
- att minska de anhörigas börda och belastning och stödja
- att ta till vara anhörigas erfarenheter

1:a träffen

Presentation av kursdeltagare och kursledare. Tystnadslöfte. Information om demenssjukdomar, utredning och behandling. Information om beteendestörningar och körkortbedömning. Ges av läkare eller demenssjuksköterska.

2:a träffen

Information om hjälp i hemmet, dagverksamhet och olika boendeformer. Ges av biståndshandläggare. Ev. information från överförmyndarenheten.

3:e träffen

Information om förhållningssätt och bemötande, råd och tips i olika situationer. Ges av demenssjuksköterska, kurator eller psykolog.

4:e träffen

Information om fysisk aktivitet och kognitiva hjälpmedel. Ges av arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast.

Bilaga 2

Utvärdering av klinisk bild vid kognitiv sjukdom

Namn

Personnummer

Bedömningsdatum

Bedömare

Namn

Relation: *partner/barn/vän/personal/annan/*

Helsteg Halvsteg

Minne

Mycket Sämre **Oförändrat** Bättre Mycket
Sämre Bättre

Tankeförmåga - förstå, resonera, lösa problem

Mycket Sämre **Oförändrat** Bättre Mycket
Sämre Bättre

Koncentration, uppmärksamhet - fungera fokuserat, hålla tråden i samtal o aktivitet

Mycket Sämre **Oförändrat** Bättre Mycket
Sämre Bättre

Initiativförmåga - själv initiera meningsfull handling

Mycket Sämre **Oförändrat** Bättre Mycket
Sämre Bättre

Orienteringsförmåga - tidsuppfattning, hitta i hemmet, utomhus

Mycket Sämre **Oförändrat** Bättre Mycket
Sämre Bättre

Språk - förstå och tala begripligt med flyt

Mycket Sämre **Oförändrat** Bättre Mycket
Sämre Bättre

Psykiskt - hallucinationer, vanföreställningar

Mycket Sämre **Oförändrat** Bättre Mycket
Sämre Bättre

Humör - stämningssläge, irritabilitet, aggressivitet

Mycket Sämre **Oförändrat** Bättre Mycket
Sämre Bättre

Social förmåga - umgänge med familj, bekanta

Mycket Sämre **Oförändrat** Bättre Mycket
Sämre Bättre

Instrumentell ADL - mobiltelefon, fjärrkontroll, dator, bank-ID, kortbetalning-kod, hushållssysslor

Mycket Sämre **Oförändrat** Bättre Mycket
Sämre Bättre

Basal ADL - klä sig, toalettbesök, hygien, äta

Mycket Sämre **Oförändrat** Bättre Mycket
Sämre Bättre

Ändrat beteende - inadekvat, plockar, planlöst

Mycket Sämre **Oförändrat** Bättre Mycket
Sämre Bättre

Helhetsbedömning

Mycket Sämre **Oförändrat** Bättre Mycket
Sämre Bättre

Omsorgsbehov - insats från närstående eller omsorgsgivare

Mycket Större **Oförändrat** Mindre Mycket
Större Mindre

Instruktion

Utvärdering av klinisk bild vid kognitiv sjukdom

Syfte

Formuläret är ett enkelt, systematiskt och snabbt sätt att utvärdera den kliniska bilden och funktionsnivån över tid hos personer med kognitiv sjukdom. Det används i hela landet för att följa sjukdomsförloppet oavsett om patienten har läkemedelsbehandling eller ej. Den vänstra kolumnen avser kognitiva funktioner och den högra mer sammansatta funktioner.

Utförande

Låt bedömaren fylla i blanketten i enrum under ca 10 minuter.

Givetvis ska man i samtalet vid besöket även efterhöra patientens uppfattning om förändring/försämring/förbättring, men denna blankett är inte avsedd för patienten

Bedömning om fortsatt behandling

Bedömningen kan användas som underlag tillsammans med kognitiva tester och statusutvärdering för utvärdering av behandlingsinsatser.

Tidpunkt

Förslag för när utvärdering är lämplig att göra:

- 3-6 månader om insatt behandling eller efter
- 12 månader och därefter varje år, bara för att följa förloppet, med eller utan behandling

Förändringar version 2.0

Synpunkter från bedömaren som samlats in har resulterat i ett tillägg av **instrumentella ADL-funktioner**, I-ADL, (t ex att hantera mobiltelefon, fjärrkontroll till TV, betala med kort/kod, bank-ID, logga in på datorn eller att klara hushållssysslor, tex. att brygga kaffe) som oftast påverkas tidigare än basala ADL funktioner (att klä sig, klara toalettbesök, hygien, äta).

Vi har även fördjupat domänerna kring **psykiska funktioner** där behovet av att kunna följa utvecklingen av hallucinationer och vanföreställningar har varit ett specifikt önskemål från många.

Vidare ser vi att bedömarna relativt ofta sätter kryssen mellan rutorna, varför denna version har **"halvsteg"** i form av mindre rutor man kan markera. Den mindre storleken på "halvstegen" blev mer tydligt än genomgående stora rutor för flertalet användare.

Vi har valt att inte efterfråga ytterligare kommentarer och iakttagelser från bedömaren. Är det något betydelsefullt som inte finns med i utvärderingen, tar man som regel upp det ändå

Uppgifter om läkemedel, utvärderingstillfälle, MMSE och Klock-test anges sällan på denna blankett varför dessa rader strukits.

Terminologin har uppdaterats till ett mer adekvat språkbruk där vi tex. använder "klinisk bild vid kognitiv sjukdom" i stället för "demenssymptom (demensstadiet inträffar ju långt in i sjukdomsprocessen) och "Ändrat beteende" i stället för "beteendestörning" (det behöver ju inte innebära en störning).

Tack alla som bidragit med synpunkter till denna uppdatering!

Synpunkter och kontakt

Maila gärna ang. frågor eller synpunkter till jan.marcusson@gmail.com

Brokind 240108
Jan Marcusson