



# VÅRD- OCH OMSORGSPROGRAM

## FÖR PERSONER MED DEMENSSJUKDOM I VÄSTMANLANDS LÄN

**Version:** 3 Reviderad januari 2016

**Fastställt av:** Chefsforum 2014-01-17, 2015-01-16, 2016-02-12

**Handläggare:** Lena Karlsson, utvecklingsstrateg

**Gäller fr.o.m.:** 2014-01-17

**Diarienummer:** VKL 2014-009.3



# INNEHÅLL

	INLEDNING	5
	GRUNDLÄGGANDE GEMENSAMMA KRAV	6
	Värdegrund	6
	Etik	6
	Lagar	7
	Fortbildning och handledning	8
	Demensutredningar – ansvarsfördelning	8
	God man och förvaltare	9
	Särskilda behov hos personer med demenssjukdom	9
	Funktionsbedömning	9
	Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens	10
	Vårdintyg	10
	Tandvård	11
	Smärta hos personer med demenssjukdom	12
	Läkarens behandling av smärta	13
	Palliativ vård vid demenssjukdom	14
	UTREDNING OCH BEHANDLING	15
	Kognitiva symptom och demens	15
	Viktiga behandlingsbara differentialdiagnoser till demens	16
	Ansvar för utredning	18
	Basal utredning i primärvården	20
	Läkemedelsbehandling vid demens	23
	Behandlingsutvärdering	24
	BPSD (Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens)	24
	Praktiska riktlinjer för den behandlande läkaren	25
	SÄRSKILDA BEHOV OCH RÄTTIGHETER SOM TILLGODOSES AV KOMMUNEN	26
	Personcentrerad vård och omsorg	26
	Individuell vårdplan/vårdplanering	27
	Ansökan om bistånd vid demenssjukdom	27
	Biståndsbedömda insatser	28
	Hälsa- och sjukvård	29
	Levnadsberättelse	29
	Funktionsbedömning	29
	Genomförandeplan	30
	Stöd för anhöriga	30
	Miljön på särskilt boende eller korttidsboende	30
	Annan språklig och kulturell bakgrund	31
	Multiprofessionellt teambaserat arbete	31
	Kontaktmannaskap	31
	Vardagliga aktiviteter, hjälpmedel och förhållningsätt	32
	Vård och omsorg	33
	VILL DU VETA MER?	38
	Bilagor	39



# INLEDNING

Vård- och omsorgsprogrammet riktar sig till alla i Västmanland som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Syftet är att säkerställa en god och likvärdig vård och omsorg av personer med demenssjukdom utifrån Socialstyrelsens Nationella riktlinjer som publicerades 2010. Riktlinjerna vänder sig till dem som i sitt arbete kommer i kontakt med personer som drabbats av demenssjukdom.

En god demensvård bedrivs med både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen som grund. Den kräver ett nära samarbete mellan huvudmännen, med ett mångprofessionellt teambaserat arbete, och en medveten gemensam strategi för hur mötet med och omhändertagandet av personer med demenssjukdom och deras anhöriga ska ske under hela sjukdomsutvecklingen.

Vård- och omsorgsprogrammet för Västmanland är upplagt enligt följande indelning:

- grundläggande gemensamma krav som all vård och omsorg utgår från
- utredning och behandling som sker i landstinget, i huvudsak i primärvården
- särskilda behov och rättigheter för den demenssjuke som tillgodoses av kommunen.

Vård- och omsorgsprogrammet är framtaget i samverkan mellan Västmanlands kommuner och Landstinget Västmanland av det länsövergripande Demenssamverkansrådet. Delen ”Utredning och behandling” är framtagen av Gunilla Brissman, klinikchef/överläkare, Johan Nordmark, överläkare och Boris Klanger, allmänläkarkonsult.

Vård och omsorgsprogrammet är fastställt av Chefsforum 2014-01-17.

# GRUNDLÄGGANDE GEMENSAMMA KRAV

Att ha en demenssjukdom innebär att de kognitiva funktionerna försämras, som minnesstörningar, nedsatt förmåga att resonera och förstå och minskad förmåga till insikt.

Målsättningen med vård- och omsorgsinsatserna är att skapa förutsättningar för ett gott liv så långt och så länge det är möjligt.

Att ge människor med demenssjukdom omsorg är en krävande uppgift både fysiskt och psykiskt. Personalen behöver tolka och förstå den enskildes beteende. När personer med demenssjukdom inte blir förstådda eller inte förstår händelser kring dem uttrycker de rädsla, oro, panik och ibland aggressivitet. Personalen behöver möta personen där den är, för att hjälpa den enskilde inom olika områden till exempel i vardagliga göromål och sociala händelser.

Personer med demenssjukdom får som regel allt svårare att samla och sortera sina tankar och minnesbilder. De kan få problem att överblicka situationen och att föra resonemang som kräver att man minns vad som tidigare sagts. Autonomi som är beroende av viljemässiga och intellektuella funktioner minskar. Den demenssjuke ska alltid ses som den som informationen riktas till även om informationen ges till anhörig/närstående. Kommunikation med personer med demenssjukdom måste få ta tid och ses över tid. Det innebär att hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonal måste fylla på, förtydliga, upprepa och följa upp informationen, minst årligen, och också ge den till anhörig/närstående eller den som företräder personen. Information om diagnos och behandling samt beslut om omsorgens innehåll behöver personalen följa upp.

## VÄRDEGRUND

Den grundläggande värdegrunden uttrycks i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2010) och innebär att personer med demenssjukdom ska få:

- sin integritet och sitt självbestämmande respekterad
- lättillgängliga insatser på jämlika villkor
- sina rättigheter respekterade och inte bli diskriminerade, till exempel uteslutas från vård och omsorg på grund av kön, sexuell läggning, etnicitet, ålder eller diagnos
- kunna känna sig trygga

## ETIK

Etik handlar om vad som är gott och rätt i en situation. Att göra gott och inte skada handlar om att känna till alternativa handlingar, till exempel vad forskning har att visa eller vad beprövad erfarenhet pekar på. Men det handlar också om att förstå hur den sjuke personen själv reagerar på handlingen. Det är framför allt viktigt att kunna kommunicera med den sjuke personen och att tolka den sjukas reaktioner. Att handla på ett rättvist sätt innebär till exempel att inte diskriminera personer med demenssjukdom.

Etik handlar inte bara om svåra val utan också om hur man förhåller sig till varandra under vardagen. Praktiskt taget alla våra handlingar kan innebära etiska utmaningar för vårdare. Etik handlar om att skapa en ömsesidig relation, värna den demenssjukes värdighet, hjälpa honom eller henne att bevara sina upplevelser av identitet och integritet.

## LAGAR

### Krav på kommunikation och information

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska så långt som möjligt utforma och genomföra omsorgen och vården i samråd med individen. Detta framgår av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL). Från 1 oktober 2014 ändrades Patientdatalagen för personer med nedsatt beslutsförmåga. Under förutsättning att patientens/brukarens inställning så långt som möjligt har klarlagts och det inte finns anledning att anta att patienten/brukaren ska ha motsatt sig, så får man registrera denne i kvalitetsregister.

Detta innebär att personalen först och främst ska stötta patienten på ett sådant sätt att denne i så stor utsträckning som möjligt själv kan ta ställning till registrering och därmed hävda sin självbestämmanderätt.

När detta inte är möjligt, då personalen bedömer att patienten/brukaren själv inte kan ta ställning till registrering, behöver personalen inhämta annan information för att ta reda på individens inställning till registrering. Det kan till exempel ske genom att fråga anhöriga och andra närstående. Vårdgivaren bör ta fram rutiner för hur detta förfarande bör ske.

### Krav på samverkan och kontinuitet

En god socialtjänst förutsätter relationer mellan den hjälpsökande och socialtjänstens företrädare. Det innebär att personen möter samma person eller ett litet team under en längre period. Hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård innebär att den bland annat ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, delaktighet och säkerhet i vården. För att säkerställa allt detta används samordnad individuell plan (SIP).

### Information och sekretess

Alla som arbetar inom socialtjänst och hälso- och sjukvård har tystnadsplikt enligt offentlighets- och sekretesslagen (anställda inom landsting och kommun) samt regler om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen (anställda hos privat vårdgivare). Vid behov av informationsöverföring av patientuppgifter till annan vårdgivare krävs samtycke från patient.

## Kvalitetsarbete och patientsäkerhet

Samtliga verksamheter som bedriver demensvård ska utföra kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. All personal inom hälso- och sjukvård ska rapportera avvikelser och är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO), enligt SOSFS 2005:28 om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.

Enligt bestämmelser i Socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har all personal skyldighet att rapportera missförhållanden till den som bedriver verksamhet, enligt SOSFS 2011:5 föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah.

## FORTBILDNING OCH HANDLEDNING

En betydelsefull faktor i demensvården är att vårdpersonalen är välmotiverad och välutbildad. Detta bidrar till ökad kvalitet och ett professionellt förhållningssätt. Kunskapen om demenssjukdomen ökar ständigt. För att det ska vara möjligt att arbeta efter ett evidensbaserat arbetssätt behövs en regelbunden fortbildning.

Utbildning av personal i vård och omsorg påverkar bemötandet av den demenssjuke positivt. Ett gott bemötande kan minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och välbefinnandet kan öka.Handledning i kombination med utbildning får en positiv betydelse för omvårdnadens innehåll. Utbildningen ska vara långsiktig och kombineras med praktisk träning, handledning och feedback.

Sjuksköterskor inom demensvård och omsorg rekommenderas ha vidareutbildning inom demensområdet på högskolenivå.

Övrig vård och omsorgspersonal inom demensvård och omsorg rekommenderas ha kompetens motsvarande minst undersköterska och bör ha genomgått den webbaserade utbildningen Demens ABC (Svenskt Demenscentrum).

## DEMENSUTREDNINGAR – ANSVARFÖRDELNING

I Västmanland görs basal demensutredning enligt Västmanlandsmodellen (Bilaga F). Med anledning av hemsjukvårdens övergång till kommunerna har följande förtydliganden av ansvarsfördelning utarbetats:

- Demensutredningar enligt Västmanlandsmodellen för personer i ordinärt boende eller som vistas på korttids/växelvårdsplats (Bilaga M).



## GOD MAN OCH FÖRVALTARE

När personer med demenssjukdom är i behov av hjälp med ekonomi eller annat stöd för sin person, kan ansökan göras om god man. Godmanskap är ett uppdrag som innebär att den gode mannen utför uppgifter för någons räkning. Vardagen kan bli lättare för en person med demenssjukdom med en god man som kan sköta kontakterna med sociala myndigheter och andra samt få hjälp att hantera sin personliga ekonomi. Ställningstagande till godmanskap bör göras tidigt i sjukdomsskedet när patienten fortfarande har en god autonomi. Anhörig/närstående, sociala myndigheter och vårdpersonal kan ta kontakt med kommunens överförmyndare för att påtala/ansöka om god man. Men det räcker inte alltid med god man för att hjälpa en person på bra sätt. Om någon inte kan ta hand om sig själv eller sin egendom, kan tingsrätten anordna en förvaltare. En förvaltare råder ensam över den egendom som omfattas av förvaltarens befogenheter. Intyg skrivet av patientansvarig läkare kan bli aktuellt.

## SÄRSKILDA BEHOV HOS PERSONER MED DEMENS- SJUKDOM

Personer med demenssjukdom har ofta behov av insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst, vilket kräver en nära samverkan emellan. Personens oberoende i det dagliga livet stärks om olika omsorgs- och vårdinsatser samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Det förutsätter också en dialog mellan personen med demenssjukdom och dennes anhöriga/närstående eller legala företrädare. Den demenssjukes känsla av trygghet och förtroende för vård och omsorg bygger mycket på hur hon eller han upplever kontakten med vård och omsorgspersonalen.

Varje vårdgivare ska upprätta lokala rutiner som gör det möjligt att upprätthålla en god kontinuitet mellan personen med demens, dennes anhöriga/närstående och den personal som deltar i vården och omsorgen.

## FUNKTIONSBEDÖMNING

Funktionsbedömningar kan med fördel användas i demensomsorgen/vården för att bedöma hur långt sjukdomen framskridit hos den demenssjuke. Det gör det tydligare för personalen att anpassa vården och bemötandet utifrån vars och ens aktuella tillstånd.

Ett exempel på bedömningsinstrument är FAST-skalan (Functional Assessment Staging) (Bilaga N). GBS-skalan (Gottfries Brånes skala) (Bilaga O) mäter demensens utveckling utifrån intellektuella, emotionella och ADL-funktioner. Även beteendestörningar bedöms i GBS-bedömningen.

## BETEENDEMÄSSIGA OCH PSYKISKA SYMPTOM VID DEMENS

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens förkortas BPSD och är ett samlingsnamn för en grupp av demensrelaterade icke kognitiva symptom. Förekomsten av BPSD är av stor betydelse för livskvaliteten och en viktig indikator för hur länge en demenssjuk person kan bo kvar hemma. Nedstämdhet, oro, ångest och irritabilitet är vanliga symptom även tidigt i förloppet. Exempel på beteendestörningar vid måttlig-svår demens är aggressivitet, motorisk rastlöshet, ropbeteende och beteenden som grundar sig i paranoida vanföreställningar och synhallucinationer. De olika symptomen inom denna grupp kan förstås på flera olika sätt. De kan tolkas som naturliga reaktioner hos en person som kämpar med att försöka förstå och interagera med en omgivning som blivit obegriplig då minnet och tänkandet sviktar. De kan också ses som relaterade till graden och lokaliseringen av hjärnskadan, och till brist på olika signalämnen. Omgivningens tolkning avgör vilken behandling patienten får. Ett och samma beteende kan vara problematiskt och föranleda insättande av psykofarmaka på ett trångt gruppboende med flera BPSD-patienter och personalbrist, men i en annan omgivning vara helt acceptabelt. Första åtgärden är alltid en analys av utlösande orsaker och icke-farmakologiska behandlingsmetoder. Förutsättningen är ett personcentrerat förhållningssätt. Se även BPSD-checklista (Bilaga I).

Vid BPSD-symtom ska registrering ske i BPSD-registret som är ett nationellt kvalitetsregister. Registret kan med hjälp av struktur i vårdarbetet minska BPSD och bidra till implementering av nationella riktlinjer, leda till personcentrerad vård, gemensamt språk för personalen, tydliga mål, teamarbete, verksamhetsutveckling, kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar, vårdtyngdsmätning samt minska olämpliga läkemedel.

Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala som heter Neuro Psychiatric Inventory (NPI), (Bilaga P), som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. Registreringarna sker inom kommunala verksamheter och en samverkan sker vid behov med patientansvarig läkare.

(Se även sidan 35).

I varje kommun bör ett BPSD-team, eller motsvarande funktion, finnas för stöd och handledning i enskilda ärenden. Ett konsultativt team finns att tillgå på Geriatriska mottagningen.

## VÅRDINTYG

För patienter som vårdas vid annan klinik eller inom primärvården och vars tillstånd orsakar stora vårdtekniska problem såsom grava beteendestörningar, aggressivitet kan det, efter samråd, bli aktuellt med en vårdperiod inom vuxenpsykiatrisk slutenvård. För dessa patienter kan det bli aktuellt med vårdintyg utfärdat av inremitterande läkare. Dessa situationer är (oftast) av akut karaktär.

## TANDVÅRD

### Tandvård vid sjukdom och funktionsnedsättning "blått kort"

Vid vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar kan man behöva mer tandvård än andra. Det kan bero på att sjukdomen i sig medför en ökad risk för tandskador eller problem med att sköta munhygien.

För att bedöma om person omfattas av tandvårdsstödet krävs ett speciellt intyg, läkarintyg vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning enligt 3 a § tandvårdsförordningen (1998:1338), där sjukdomen och funktionsnedsättningen bedöms.

**Läkarintyget** skickas till tandvårdsenheten landstinget Västmanland, som fattar beslut om tandvårdsstödet. Bedöms personen tillhöra gruppen som har rätt till tandvårdsstödet erhåller man ett så kallat "blått kort", tandvård till personer med funktionsnedsättning.

Detta kort ger rätt till bastandvård med samma avgift som för öppen hälso- och sjukvårdsavgift. Tandvårdsstöden administreras av Tandvårdsenheten, Landstinget Västmanland.

För mer information var god följ länk till anvisningar för tandvårdsstöd.

[http://ltv.se/Halsa\\_och\\_vard/Tandvard/](http://ltv.se/Halsa_och_vard/Tandvard/)

### Tandvård vid stort omvårdnadsbehov "vitt kort"

Den målgrupp som stödet gäller för är dels personer som har ett stort och varaktigt behov av personlig omvårdnad, dels personer som omfattas av LSS och som har utretts och beviljats insats enligt LSS och gäller personer som antingen bor i ordinärt boende eller i bostad med särskild service.

Med varaktigt behov av omfattande vård och omsorg menas behov av personlig omvårdnad under större delen av dygnet, det vill säga minst tre gånger per dygn samt tillsyn eller larm under natten. Utsikten till förbättring ska ha bedömts som liten. Personer tillhörande grupperna ovan erhåller ett så kallat "vitt kort" för nödvändig tandvård som ger dem rätt till avgiftsfri munhälsobedömning, vilket innefattar en bedömning av behov av munhygien insatser, baserat på vad den enskilde eller dennes vårdare klarar av att utföra i fråga om munhygien. Den omfattar även en individuell rådgivning samt instruktion om den dagliga munvården och en preliminär bedömning av tandvårdsbehov. Notera att även behovet av profylaktiska åtgärder ska tillgodoses.

Munhälsobedömningen utföres i personens boende med personal som ansvarar för den personliga omvårdnaden närvarande vid bedömningen. Samma personer som har rätt till uppsökande verksamhet/munhälsobedömning har rätt till nödvändig tandvård med avgift som för öppen hälso- och sjukvård.

## SMÄRTA HOS PERSONER MED DEMENSSJUKDOM

Smärta hos demenssjuka har samma orsaker som hos alla människor, men för en demenssjuk är det svårare att beskriva smärtan och svårare för omgivningen att tolka symtomen rätt. Smärta kan vara en orsak till BPSD-problematik.

### Långvarig nociceptiv smärta (vävnadssmärta)

Smärta är vanligt hos äldre, främst orsakad av olika muskuloskelettala sjukdomar såsom artros, osteoporos med sekundära frakturer, ospecifik rygg och ledsmärta.

### Långvarig neuropatisk smärta (nervsmärta)

Till exempel polyneuropati, PHN (Postherpetisk neuralgi), diabetesneuropati, trigeminusneuralgi, post-stroke-smärta eller smärta vis MS.

Tänk på att behandling vid neuropatisk smärta ofta inte är effektiv hur länge som helst. Man måste regelbundet ompröva behandlingen och vara beredd på att växla mellan preparaten.

Försök att bedöma den bakomliggande smärtmekanismen: Är det neuropatisk och/eller nociceptiv smärta? Målet med smärtbehandling är bästa symtomlindring med så få biverkningar som möjligt. Man bör först pröva "icke-farmakologiska" metoder, såsom avlastning, hjälpmedel, rörelseterapi och annan fysioterapi.

Tänk på att beakta njurfunktionen (eGFR). Se [www.egfr.se](http://www.egfr.se)

Gör om möjligt en smärtskattning för att kunna följa upp behandlingsresultaten: Använd till exempel VAS, NRS (Numeric Rating Scale), eller, vid kognitiv svikt, Abbey Pain Scale.

### Lätt nociceptiv smärta

Paracetamol – basen vid läkemedelsbehandling. Maxdos 1 g x 3.

NSAID – endast vid inflammatoriska smärttillstånd ex gikt eller artrit. Korta kurer med låg dos. Bör användas restriktivt. Välj helst ibuprofen eller naproxen. Undvik långverkande preparat. Kontraindicerat vid njur- och/eller hjärtsvikt eller vid ulcusanamnes.

### Måttlig – svår nociceptiv smärta

Då paracetamol inte ger tillräcklig smärtlindring lägg till stark opioid. Börja med peroral medel och depotpreparat. OBS – får inte krossas! Morfin och oxikodon är förstahandsmedel. Starta med låg dos, 5–10 mg x 2 och titrera upp dosen långsamt. Risk för CNS-biverkningar och fall finns hos äldre. Toxiciteten vid långvarig opioidbehandling är låg medan den akuta toxiciteten vid överdosering är hög.

Morfin – vid eGFR >30 ml/min.

Oxikodon – även vid eGFR <30 ml/min.

Vid sväljningsbesvär eller vid stabil dosering kan depotplåster användas, såsom:

Fentanylplåster – startdos 12,5 mikrogram/tim

Buprenorfinplåster – startdos 5 mikrogram/tim. Ej njurfunktionsberoende. Endast vid måttlig smärta.

Tänk på förstoppningsrisken vid opiater och ge alltid laxantia!

Svaga opioider skall ej användas till äldre: Tramadol ger hög förekomst av biverkningar i form av illamående och CNS-symtom, bland annat konfusion. Kodein omvandlas till morfin innan analgetisk effekt. Stor individuell variation på grund av genetisk och åldersmässiga skäl. Förstoppningsrisk.

## LÄKARENS BEHANDLING AV SMÄRTA

### Perifer neuropatisk smärta

#### Förstahandsmedel

Amitriptylin – bäst dokumenterat och störst erfarenhet.

Nortriptylin – något mindre antikolinerg effekt.

Starta med 10 mg till natten (gäller båda preparaten) med gradvis upptrappning tills effekt eller biverkningar. Kan ofta användas i låga-måttliga doser trots att de har antikolinerga effekter och därmed är riskläkemedel hos äldre.

#### Andrahandsmedel

Gabapentin – starta med 100 mg till natten. Upptitrera långsammare än enligt FASS.

Tänk på att det ej skall ges vid nedsatt njurfunktion med eGFR <30 ml/min.

Pregabalin – dosera initialt försiktigare än vad som står i FASS. Starta med till exempel 25 mg x 2.

Tänk på att antiepileptika är riskläkemedel hos äldre! Skall normalt undvikas, men det är OK att prova i försiktiga doser för just denna indikation.

#### Tredjehandsmedel

SNRI – (Duloxetin/Venlafaxin)

Duloxetin är bättre dokumenterat, men främst vid diabetesneuropati, och Venlafaxin är mer använt och har därmed bättre känd biverkningsprofil, samt är i nuläget avsevärt billigare.

#### Fjärdehandsmedel

Starka opioider. Observera att Tramadol, som är fjärdehandsmedel hos yngre, helt bör undvikas hos äldre. Även kodeininnehållande preparat, som Citodon, är olämpliga.

Morfin – vid eGFR >30 ml/min.

Oxikodon – vid eGFR <30 ml/min. Cirka dubbelt så potent per mg som morfin. Se ekvipotenstabell i avsnittet om nociceptiv smärta.

Sannolikt kan även Buprenorfin i plåsterberedning samt Fentanylplåster användas, till exempel vid sväljningssvårigheter. Fentanyl kan med fördel doseras 2 ggr/vecka, till exempel måndag förmiddag och torsdag eftermiddag (i FASS står var 3:e dag)!

Depotberedningar bör användas i första hand. Iaktta försiktighet vid dosering och upptitrering med hänsyn till den förlångsammade eliminationen, speciellt med morfin, som också har aktiva metaboliter. Som alltid blir det en avvägning mellan önskad effekt och biverkningar. Tänk på förstoppningsrisken vid opiater och ge laxantia!

## Specialfall av smärta

### Trigeminusneuralgi

Karbamazepin är förstahandsval (startdos 50 mg x 1)

### Vid post-stroke-smärta

Amitriptylin är förstahandsval.

### Neuropatisk smärta efter ryggmärgsskada och smärta vid MS

Här rekommenderas Pregabalin och Gabapentin i första hand. Doser, se ovan.

## PALLIATIV VÅRD VID DEMENSSJUKDOM

Vid vård i livets slut ges palliativ vård vilket innebär att se till att den sista tiden i livet blir så bra och så smärtfri som möjligt.

Viktigt är vid palliativ vård att arbeta tvärprofessionellt och erbjuda brytpunktssamtal till anhöriga för att informera om vad som händer i livets slut och där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån personens tillstånd, behov och önskemål. Det kan vara svårt att bedöma när personen med demenssjukdom befinner sig i livets slutskede. Ett hjälpmedel är att använda FAST-skalan (Bilaga N).

Vid vård i livets slut ska registrering ske i Svenska palliativregistret som är ett nationellt kvalitetsregister för att förbättra vården i livets slutskede genom att:

- få en god information om den palliativa vårdtiden
- vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- ha ordinerade läkemedel till hands vid behov
- få en god omvårdnad utifrån behoven
- få vårdas där personen vill dö
- inte behöva dö ensam
- veta att anhörig/närstående får stöd

**Det är alltid patientansvarig läkares uppgift att genomföra brytpunktssamtal.**

(Se även sidan 36)

# UTREDNING OCH BEHANDLING

## KOGNITIVA SYMTOM OCH DEMENS

### Bakgrund

Demens är en folksjukdom där i Sverige drygt 8 % av befolkningen över 65 år beräknas vara drabbad. I Västmanland insjuknar knappt 600 personer årligen i demenssjukdom, vilket innebär 4–5 nyinsjuknade per familjeläkare. Varje familjeläkare torde ha ansvar för ett trettiotal demenssjuka. Prioriteringsutredningen placerade demenssjukdom i prioriteringsgrupp 1b, det vill säga alldeles efter akuta livshotande sjukdomstillstånd.

Vid handläggning av demenstillstånd är det väsentligt att ha en helhetssyn, då kommande sjukdomsutveckling inte bara skapar medicinska problem utan även sociala och omvårdnadsmissiga problem för drabbade och anhöriga/närstående. Därför är en samsyn mellan primärvård, geriatrik och länets kommuner en förutsättning för bra handläggning. Demenssjuksköterskor, eller motsvarande, finns i de flesta kommuner som hjälp till berörda parter.

Demens är en kronisk, progredierande sjukdom och det är därför viktigt att eventuell farmakologisk behandling påbörjas tidigt i sjukdomsförloppet. All kognitiv svikt är inte demens men ska alltid utredas och följas upp.

### Lindrig kognitiv störning, MCI – Mild Cognitive Impairment

Många medelålders och äldre upplever någon form av kognitiv påverkan. Man upplever ofta stress och oro över tillståndet, och kan fara illa av det i yrkeslivet, fritiden eller socialt. Ofta är det svårt att avgöra om de upplevda symptomen är en del av det normala åldrandet, om det är MCI eller om det är tidiga tecken på demenssjukdom.

Symptomen vid MCI är främst minnessvårigheter, koncentrationssvårigheter och nedsatt uppmärksamhetsförmåga. Ofta upplevs besvären relaterade till stress. Samtidig förlångsamning av de mentala funktionerna och sömnstörningar är vanliga.

MCI skiljer sig från demenssjukdom med avseende på svårighetsgraden av symptomen samt att det är en heterogen diagnosgrupp där symptomen kan bero på flera olika bakomliggande sjukdomstillstånd. Differentialdiagnoser är till exempel depression, utmattningsdepression, missbruk och stressreaktioner. Patienter med kognitiv påverkan söker ofta i primärvården, och måste utredas och följas där. Primärvården gör **basal demensutredning** och behandlar och följer upp eventuella differentialdiagnoser. Patienter som inte tillfrisknar, särskilt yngre, och där eventuella differentialdiagnoser har uteslutits eller behandlats och följts upp, bör remitteras till specialist.

Numera finns det tillgång till kompletterande kognitiva snabbtester som har förmåga att detektera MCI på ett säkrare sätt och i ett tidigare stadium än vad man kan göra med MMT (MMSE-SR) och Klocktest. Dessa tester är AQT (A Quick Test), som mäter mental förlångsamning, och KSB (Kognitiva Screeningbatteriet), som bland annat är utformat för att hjälpa läkaren att värdera om en patient har svårigheter att köra bil.

KSB är ännu ej validerat för primärvårdspopulationen och bör användas restriktivt om patienten ska remitteras för specialistutredning då testet kan försvåra den neuropsykologiska bedömningen.

Uppföljning av dessa patienter är en viktig del i handläggningen. Olika studier tyder på att uppemot 25 % av patienterna med MCI varje år går över i demenssjukdom. Det är således viktigt med en adekvat och omsorgsfull handläggning, och framför allt uppföljning årligen eller oftare vid behov. Specifik behandling för MCI saknas.

## Klassifikation av demenssjukdomar

De vanligaste är:

- Alzheimers sjukdom
- Vaskulär demens
- Blanddemens (Alzheimers sjukdom och samtidig symptomgivande cerebrovaskulär sjukdom)

Ovanligare former:

- Lewy body-demens
- Frontotemporal demens
- Demens vid Parkinsons sjukdom
- Alkoholdemens (bilaga C)

## VIKTIGA BEHANDLINGSBARA DIFFERENTIAL-DIAGNOSER TILL DEMENS

### Depression

Depression hos äldre är vanligt men upplevs inte alltid som nedstämdhet. Smärta och andra kroppsliga symptom, initiativlöshet, sömnstörning, ångest, koncentrationssvårigheter, irritabilitet, svårigheter att tänka och att fatta beslut kan vara de mest framträdande symptomen. Observera att depression, eller emotionell instabilitet, är vanligt sekundärt till demenssjukdom och att antidepressiv behandling i tillräcklig dos ska prövas på vida indikationer. Inaktivitet och initiativlöshet utan samtidig nedstämdhet är också vanligt vid demens, och depression ska inte heller överdiagnostiseras och överbehandlas.

### Akut konfusion

Akut konfusion kan översättas med ”akut hjärnsvikt”. Akut konfusion är ett förvirringstillstånd som utvecklas under kort tid (timmar–dagar) och orsakas av en fysisk eller psykisk belastning. Tillståndet orsakar en störning av vakenhet och uppmärksamhet. En del patienter är uppvarvade och överaktiva, eller vid en djupare konfusion tvärtom dåsiga.



Vanliga symptom är oförmåga att svara adekvat på frågor, att hålla den röda tråden i ett samtal, störd dygnsrytm med nattlig oro, synhallucinationer, motorisk rastlöshet eller onormal passivitet.

**Akut konfusion ska alltid utredas med avseende på bakomliggande orsak, som ofta är åtgärdbara.** Vanliga konfusionsutlösande faktorer är infektioner med feber (UVI, pneumoni), andra akuta kroppsliga sjukdomar (stroke, akut hjärtinfarkt, dåligt reglerad diabetes, intorkning), läkemedelsbiverkningar, sömnbrist och miljöbyten, som till exempel upprepade flyttningar på ett akutsjukhus. Konfusionsrisken är mycket stor för gamla patienter postoperativt, till exempel efter en höftfraktur. Patienter med demenssjukdom, Parkinsons sjukdom eller hjärnskada efter stroke är särskilt sårbara och god personcentrerad omvårdnad, snabb rehabilitering och en lugn vårdmiljö är av största vikt.

## Somatisk sjukdom

Demenssjukdom försämrar individens förmåga att tolka kroppens signaler. Screening för att utesluta behandlingsbara kroppsliga sjukdomar som kan bidra till kognitiv försämring ingår alltid i en basal demensutredning. Hypo- och hypertyreos, hyperparatyreoidism, grav vitamin B12-brist, maligna sjukdomar och dåligt reglerad diabetes är exempel. Hörsel- och synnedsettning och annan brist på stimulans kan orsaka inaktivitet, avskärmning och i vissa fall hallucinationer.

**Kroniskt subduralhematom** ska misstänkas vid kort anamnes och skalltrauma, särskilt vid Waranbehandling.

**Normaltryckshydrocephalus** karakteriseras kliniskt av triaden gånggrubbning, inkontinens och kognitiv svikt. DT hjärna visar i regel vidgade ventriklar med bevarade, smala kortikala fåror.

**Hjärntumör** upptäcks i sällsynta fall vid en demensutredning, och ska övervägas vid kort anamnes, inslag av konfusion och neurologiska symptom.

# ANSVAR FÖR UTREDNING

## PRIMÄRVÅRDEN

Basal utredning av personer med kognitiva symptom med misstänkt demens samt behandling och uppföljning av Alzheimers sjukdom, vaskulär demens och blanddemens.

### Västmanlandsmodellen – Kognitiv utredning och uppföljning i primärvården

*Västmanlandsmodellen har sitt ursprung i ett projekt 2008–2011 via Geriatrikmottagningen. Målet har varit att hitta patienterna i ett tidigare skede i sin demenssjukdom samt att skapa en kvalitetssäker och trygg process för patienter och anhöriga vid utredning och uppföljning.*

Modellen innebär ett systematiskt och strukturerat arbetssätt och utgår från detta samverkansdokument och de nationella riktlinjerna vid demens. Man arbetar i team: minnessköterska, läkare och arbetsterapeut där minnessköterskan har en central roll och samordnar utredning och uppföljning. Minnessköterskan besöker patienten i hemmet. Arbetsterapeuten utför strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga, eventuellt vid hembesök och gör bedömning av hjälpmedelsbehov. Arbetssättet ger läkaren ett bra underlag för att sätta diagnos. Samarbete med kommunen är viktigt för att ge möjlighet till rätt stödinsatser. Uppföljning sker minst årligen. För mer information kontakta Vårdvalets Länsdemenssamordnare.

Med anledning av hemsjukvårdens övergång till kommunerna har följande förtydliganden av ansvarsfördelning utarbetats enligt bilagor nedan.

(Bilaga F, Broschyr Västmanlandsmodellen, broschyr)

(Bilaga M, Demensutredning och uppföljning enligt Västmanlandsmodellen för personer i ordinärt boende eller som vistas på korttids/växelvårdsplats).

## GERIATRISKA KLINIKENS MINNESMOTTAGNING

Utvidgad utredning och bedömning vid diagnostiska och/eller terapeutiska problem vid misstänkta eller kända demenstillstånd, hastigt progredierande demenssymptom samt demenssymptom hos patienter yngre än 65 år.

Specialistenhetens utredningsinstrument är likvoranalys (biomarkörer och proteinanalys mm), MR hjärna, hjärnperfusionsscintigrafi (SPECT), EEG, kurator (anhörigintervju), neuropsykologisk bedömning, arbetsterapeutisk bedömning. Utredningen görs polikliniskt.

**Remiss skickas till:**

Minnesmottagningen  
Geriatriska mottagningen  
Västmanlands sjukhus Västerås, ing. 2  
721 89 Västerås  
tel 021-17 55 65  
fax 021-17 56 73

Remissen ska innehålla: Anamnes, symptombild (gärna kopia på checklista/symptom-enkät), kopia av MMT (MMSE-SR) och Klocktest, läkemedelslista, svar på basal laboratorieutredning och resultat av DT/MR hjärna.

## VUXENPSYKIATRI VÄSTMANLAND

För patienter som vårdas vid annan klinik eller inom primärvården och vars tillstånd orsakar stora vårdtekniska problem såsom grava beteendestörningar, aggressivitet kan det, efter samråd, bli aktuellt med en vårdperiod inom vuxenpsykiatrisk slutenvård. För dessa patienter kan det bli aktuellt med vårdintyg utfärdat av inremitterande läkare. Dessa situationer är (oftast) av akut karaktär.

För patienter som redan har en etablerad kontakt med vuxenpsykiatrin, främst patienter med beroendesjukdomar och tyngre psykiatriska diagnoser med kognitiva symtom initierar vuxenpsykiatrin nödvändig kognitiv utredning.

- Vid tydlig kognitiv symtombild som snabbt förändras görs adekvat medicinsk utredning innan remiss skickas till primärvården eller Geriatriska mottagningen.
- Vid långsamt progredierande förlopp med kognitiv svikt hos kända patienter förblir patienten kvar inom psykiatrin dock med möjlighet till samråd. Möjlighet till samråd med i första hand primärvården, samråd med geriatriska kliniken rekommenderas vid svårdiagnostiserade fall som är lätta att misstolka till exempel pannlobsdemens/frontallobsdemens.

## HANDIKAPPCENTRUM

Vid misstänkt demens hos utvecklingsstörd, kan kontakt tas med Handikappcentrum för samråd (Bilaga H, Alzheimers sjukdom vid Downs syndrom).

# BASAL UTREDNING I PRIMÄRVÅRDEN

**OBS!** Symptom ska ha förelegat under minst 6 månader innan demensdiagnos får ställas. Demensutredning ska ej göras under akut förvirringsperiod eller tidigare än 6 månader efter stroke.

## ANAMNES

Anamnesen grundar sig på uppgifter både från patient och anhörig/närstående. Check-listan för kognitiv svikt nedan (Bilaga E) och/eller Symptomenkät (Bilaga K + L) kan användas som stöd.

### Checklista för kognitiv svikt

	Ja	Nej
<b>Minnesstörning</b> Försämring av minnet som påverkar ADL/funktionsnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Försämrad tankeförmåga</b> Svårare än tidigare att tänka, resonera, lösa problem vilket yttrar sig i svårighet att klara av vardagliga handlingar (till exempel betala räkningar, telefonera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Språkstörning</b> Svårare än tidigare att uttrycka sig i ord eller skrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Spatial förmåga</b> Svårare än tidigare att hitta i nya miljöer och/eller välkända omgivningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Förändringar av personligheten</b> Till exempel omdömessvikt, blödighet, känslomässig avflackning, aggressivitet, bristande insikt, förändrat mat/ät beteende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psykiska problem</b> Nedstämdhet, initiativlöshet, livsleda, ångest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vid förekomst av ett eller flera symptom ovan finns kliniska misstankar om demenssjukdom. Gå vidare!

- Social situation: Anhörig/närstående? Vilka kontaktas för anhörig/närståendeanamnes? Klarar sig själv/hjälpbetbehov? Bilkörning? Vapeninnehav?
- Insjuknande: När? Hur? Vilka symptom? Sjukdomsförlopp? Konsekvenser i vardagen?
- Hereditet: Förekomst av demens eller psykiska problem hos syskon, föräldrar, mor/far-föräldrar?
- Tidigare och nuvarande somatiska och psykiska sjukdomar
- Aktuella läkemedel
- Övrig påverkan: Alkohol? Droger? Lösningssmedel? Skalltrauma? Rökning?

## STATUS

- Somatiskt status inklusive neurologstatus
- Psykiskt status. Observans på depression (även atypisk). Skattning enligt MADRS kan användas (Bilaga G)
- Kognitiv status: MMT (MMSE-SR) (Bilaga A) och Klocktest (Bilaga B), eventuellt övriga kognitiva tester som till exempel AQT.

---

### Tumregel MMT (MMSE-SR):

28–30 normalt

20–30 lätt kognitiv svikt

10–20 medelsvår kognitiv svikt

<10 svår kognitiv svikt

---

### Tumregel Klocktest:

*Alla avvikelser är patologiska*

## Ur manual för MMSE-SR:

”Totalpoäng på 28 eller högre är en indikation på normal kognitiv funktion, men kan hos patienter med hög premorbid kognitiv förmåga vara tecken på kognitiv svikt.

Totalpoäng på mellan 25 och 27 kan vara tecken på en kognitiv svikt och fler kognitiva undersökningar är önskvärt.

Totalpoäng på 24 eller lägre indikerar: a) förekomsten av kognitiv svikt och att ytterligare utredning är nödvändig för att kartlägga möjliga orsaker till denna svikt, eller b) att andra förhållanden såsom annan funktionsnedsättning, läs- och skrivsvårigheter, bristande motivation eller liknande, kan ha påverkat testresultatet negativt i betydlig grad.”

Premorbid funktionsnivå, motivationsgrad och undersökningsbetingelser måste alltid vägas in i resultatet och gärna kommenteras.

## Laboratoriedata

Blod- och elstatus, p-glukos, s-Ca, TSH, homocystein (om patologiskt tas B12 och folat)

Vid misstanke utifrån anamnes och klinisk bild: leverstatus, SR, pro-BNP, U-sticka, Borrelia-serologi, HIV-serologi, Lues-serologi, läkemedelsanalys (till exempel karbamazepin, digoxin), EKG.

## Läkemedelsgenomgång

Strukturerad läkemedelsgenomgång enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.

## Strukturell hjärnabbildning

DT hjärna ska i princip alltid utföras. MR vid behov.

## Funktions- och aktivitetsbedömning

Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga samt hjälpmedelsbehov enligt arbetsterapeutens bedömningsinstrument.

## DIAGNOS

Diagnostiken bygger på en sammanvägning av anamnes och samtliga undersökningsdata. Nedan följer en diagnostisk vägledning för de två vanligaste demenstyperna.

---

### Alzheimers demens (AD)

- Fynd talande för AD
- Hereditet för Alzheimers sjukdom.
- Smygande förlopp.
- Minnesstörning tidigt i förloppet. Successiv utveckling av andra kognitiva symptom med språkliga svårigheter, spatial/ orienteringsförmåga, räkne- och skrivsvårigheter (parietallobssymptom) samt exekutiva svårigheter det vill säga att tänka och handla på ett ändamålsenligt sätt.
- DT hjärna visar oftast normalfynd men ibland ses medial temporallobsatrofi och/ eller generell atrofi.

### Vaskulär demens (VaD)

- Fynd talande för VaD
  - Känd kärlsjukdom med organmanifestationer samt kardiovaskulära riskfaktorer.
  - Ofta trappstegsformat förlopp.
  - Varierande bild och grad av hjärnskadesymptom förutom minnesstörning. Till exempel emotionell labilitet, gångrubbning, fokal neurologi, depressiva symptom och exekutiva svårigheter. Förlångsamning och andra subkortikala symptom ses ofta.
  - DT hjärna visar ofta utbredd vitsubstansskada och/eller multipla lakunära infarkter. Kortikala infarkter kan också förekomma.
- 

## ÅTGÄRDER OCH KVALITETSSÄKRING

- Sätt **diagnos** ICD 10 (Bilaga C)
- **Sjukdomsinformation** till patient och anhörig/närstående
- Ställningstagande till **symptomlindrande behandling**, se nedan, samt behandling av eventuella kardiovaskulära riskfaktorer
- Handläggning av eventuell **BPSD-problematik** (Bilaga I)
- **Bilkörning** (Körkortslagen SFS 1998:488 och VVFS 2008:166) och **vapen** (Vapenlagen 1996:67 och SOSFS 2008:21) har handlagts. Överenskommelse om körförbud (Bilaga J).
- Ställningstagande till **fullmakt för bankärenden, god man, förvaltare**
- Ställningstagande till **funktionsbedömning** och **hjälpmedelsutprovning** av arbetsterapeut
- Ställningstagande till **remiss till specialist**
- **Behandlingsuppföljning** fastställd
- Uppföljande **kontakt med distriktssköterska/minnessköterska** och/eller **arbetsterapeut** planerad
- Ställningstagande till **kontakt med biståndshandläggare** och **övriga stödinsatser**
- Registrering i **nationellt kvalitetsregister SveDem**

# LÄKEMEDELSBEHANDLING VID DEMENS

## Kolinesterashämmare

Indikationen är Alzheimers sjukdom med mild till måttlig demens (även Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada). För Kapslar Exelon finns även behandlingsindikation demens vid Parkinsons sjukdom. Behandlingen botar inte sjukdomen, men kan lindra symptom och påverkar ofta dess förlopp så att för patienten viktiga funktioner förbättras eller bibehålls över tid. En strukturerad uppföljning är en förutsättning för behandling. Se Behandlingsutvärdering nedan! Det finns tre substanser på marknaden idag. Inget av dessa har övertygande kunnat visa bättre effekt än de övriga.

- *Donepezil*

Startdos 5 mg till natten i en månad, därefter 10 mg till natten. Underhållsdos är 10 mg till natten, men i vissa fall (på grund av biverkningar) stannar man vid 5 mg till natten.

- *Rivastigmin*

**Exelon® depotplåster:** Startdos 4,6 mg/24 timmar som efter 4 veckor ökas till 9,5 mg/24 timmar vilket är den rekommenderade dagliga effektiva dosen.

**Kapslar:** Startdos 1,5 mg x 2 under vecka 1 och 2. Öka därefter dosen till 1,5 mg + 3 mg vecka 3 och 4, därefter 3 mg x 2 vecka 5 och 6, därefter 3 mg + 4,5 mg vecka 7 och 8, sedan 4,5 mg x 2. Måldos är 9–12 mg/dygn. Vid försämring efter 6-12 månader, försök öka dosen till 6 mg x 2. Kapslarna bör intas med föda för minimering av biverkningar.

- *Galantamin*

Startdos 8 mg x 1 i en månad, därefter 16 mg x 1 som underhållsdos. Vid försämring efter 6–12 månader, överväg att öka dosen till 24 mg x 1.

Ovanstående doseringar är tumregler. Doseringen ska individualiseras med hänsyn till effekter/bieffekter.

**OBS! Då de kolinerga preparaten är vagotont verkande ska försiktighet iakttas vid överledningsrubbnings och då patienten redan står på hjärtpåverkande mediciner med dämpande effekt på hjärtat (till exempel beta-blockerare). Var frikostig med EKG!**

## NMDA-receptorantagonist

- *Memantin*

Indikationen är Alzheimers sjukdom av måttlig till svår grad och preparatet bör ges som tilläggsbehandling till kolinesterashämmare eller som monoterapi. Starta med startförpackning 5 mg x 1 på morgonen vecka 1, därefter 10 mg vecka 2, och 15 mg vecka 3. Måldosen uppnås vecka 4 med 20 mg x 1.

## BEHANDLINGSUTVÄRDERING

Bedömning av tolerabilitet och ställningstagande till doshöjning av kolinesterashämmare kan ske veckan innan doshöjning, och kan utföras av erfaren sjuksköterska per telefon. Efter cirka 6–9 månader kan värdering av effekt ske enligt mall ”anhörig/vårdgivarrapport” (bilaga D) för olika delfunktioner och helhetsomdöme, samt med MMT (MMSE-SR) och Klocktest. För Memantin kan en utvärdering göras redan efter 3 månader och om patienten då inte visar någon förbättring avslutas behandlingen.

Vid försämring kan utsättning av läkemedelsbehandlingen prövas följt av en ny värdering senast inom 3–4 veckor. Om ytterligare försämring sker, bör preparatet snarast återinsättas, men om ingen skillnad noteras kvarstår utsättningen.

**Utsättning av kolinesterashämmare eller memantin ska undvikas i nära anslutning till större förändringar i patientens tillvaro (till exempel byte av bostad).**

**Behandling med kolinesterashämmare/memantin bör fortgå så länge som patienten bedöms ha utbyte av sin omgivning, det vill säga kan interagera med anhöriga/vårdare eller har någon kvarvarande ADL-förmåga.**

## BPSD (BETEENDEMÄSSIGA OCH PSYKISKA SYMPTOM VID DEMENS)

BPSD är ett samlingsnamn för en grupp av demensrelaterade icke kognitiva symptom. Förekomsten av BPSD är av stor betydelse för livskvaliteten och en viktig indikator för hur länge en demenssjuk person kan bo kvar hemma.

Nedstämdhet, oro, ångest och irritabilitet är vanliga symptom även tidigt i förloppet. Exempel på beteendestörningar vid måttlig–svår demens är aggressivitet, motorisk rastlöshet, ropbeteende och beteenden som grundar sig i paranoida vanföreställningar och synhallucinationer.

De olika symptomen inom denna grupp kan förstås på flera olika sätt. De kan tolkas som naturliga reaktioner hos en person som kämpar med att försöka förstå och interagera med en omgivning som blivit obegriplig då minnet och tänkandet sviktar. De kan också ses som relaterade till graden och lokaliseringen av hjärnskadan, och till brist på olika signalämnen. Omgivningens tolkning avgör vilken behandling patienten får.

Ett och samma beteende kan vara problematiskt och föranleda insättande av psykofarmaka på ett trångt gruppboende med flera BPSD-patienter och personalbrist, men i en annan omgivning vara helt acceptabelt.

**Första åtgärden är alltid en analys av utlösande orsaker och icke-farmakologiska behandlingsmetoder.** Förutsättningen är ett personcentrerat förhållningssätt. Se även BPSD-checklista (Bilaga I)



## Praktiska riktlinjer för den behandlande läkaren, Läkemedelsverket 2008

1. Först ska en utredning och kartläggning av symtom, tänkbara orsaker och utlösande moment göras. Även psykiska och kroppsliga sjukdomar ska beaktas.
2. Läkemedelsbehandlingen ska ses över. Behandling med läkemedel som kan ha en negativ inverkan på det centrala nervsystemet bör om möjligt avslutas. Behandling med läkemedel för att förbättra den kognitiva förmågan bör övervägas. En tidigt insatt grundbehandling mot Alzheimers sjukdom kan minska risken för att BPSD utvecklas.
3. Vårdmiljön och bemötandet av patienten ska vara så bra som möjligt och ska tillgodose grundläggande behov såsom mat, dryck, sömn, trygghet, aktivitet och stimulans samt skötsel av kroppsliga behov.
  - För patienter i eget boende: utbildning/information till patient, anhöriga respektive andra vårdgivare såsom hemtjänst där demenssköterska eller motsvarande spelar en central roll. Stöd för både patient och anhöriga ska ges. Anhörigvårdare ska få avlastning.
  - För patienter i särskilt boende: utbildning/information/ patientrelaterad handledning till personalen. Speciellt viktigt är en god miljö, tillräcklig personaltäthet och anhörigas medverkan.
4. Om de åtgärder som gjorts inte gett tillräcklig effekt bör läkemedelsbehandling övervägas.
  - Vid depressiva symtom är SSRI-preparat förstahandsval.
  - Vid irritabilitet, agitation och oro kan SSRI-preparat prövas.
  - Läkemedel som innehåller memantin kan ha effekt vid främst agitation och aggressivitet.
  - Vid psykotiska symtom och aggressivitet som orsakar lidande för patienten och/eller fara för patienten själv eller andra kan risperidon i dos upp till 1,5 mg/dag prövas. Preparatet skall användas mycket restriktivt på grund av en ökad risk för allvarliga biverkningar, bland annat stroke.
  - Vid behov av att akut lugna patienten kan oxazepam prövas under kort tid och under övervakning av patienten.
  - Om antipsykotiska eller ångstdämpande läkemedel ska användas planeras i första hand en kort behandlingstid, där effekten och eventuella biverkningar utvärderas inom två veckor. Läkaren ska regelbundet ta ställning till om behandlingen ska avslutas eller om dosen ska sänkas.

# SÄRSKILDA BEHOV OCH RÄTTIGHETER SOM TILLGODOSES AV KOMMUNEN

Målsättningen med vård- och omsorgsinsatserna är att skapa förutsättningar för ett gott liv så långt och så länge det är möjligt. Att ge människor med demenssjukdom omsorg är en krävande uppgift både fysiskt och psykiskt. Personalen behöver tolka och förstå den enskildes beteende. När personer med demenssjukdom inte blir förstådda eller inte förstår händelser kring dem uttrycker de rädsla, oro, panik och ibland aggressivitet. Personalen behöver möta personen där den är, för att hjälpa den enskilde inom olika områden till exempel i vardagliga göromål och sociala händelser.

Personer med demenssjukdom får som regel allt svårare att samla och sortera sina tankar och minnesbilder. De kan få problem att överblicka situationen och att föra resonemang som kräver att man minns vad som tidigare sagts. Autonomin som är beroende av viljemässiga och intellektuella funktioner minskar. Den demenssjuke ska alltid ses som den som informationen riktas till även om informationen ges till anhörig/närstående. Kommunikation med personer med demenssjukdom måste få ta tid och ses över tid. Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal måste fylla på, förtydliga, upprepa och följa upp informationen minst årligen. Informationen ska även delges till anhörig/närstående eller den som företräder personen. Information om diagnos och behandling samt beslut om omsorgens innehåll behöver personalen följa upp.

Vård- och omsorgsprogrammet utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer gällande vård och omsorg vid demenssjukdom som publicerades 2010. Det vänder sig till dem som i sitt arbete kommer i kontakt med personer som drabbats av demenssjukdom. En god demensvård bedrivs med både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen som grund. Det kräver ett nära samarbete mellan huvudmännen med ett mångprofessionellt teambaserat arbete och en medveten gemensam strategi för hur mötet med och omhändertagandet av personer med demenssjukdom och deras anhöriga ska ske under hela sjukdomsutvecklingen.

## PERSONCENTRERAD VÅRD OCH OMSORG

Begreppet personcentrerad omvårdnad innebär att personen och inte sjukdomen sätts i fokus.

Målet med en god vård och omsorg om personer med demenssjukdom är att skapa ett livsrum i ordinarie boende eller särskilt boende från tidig diagnos till livets slut, där det är lätt att vara demenssjuk och där man har rätt att vara demenssjuk. Personen med demenssjukdom ska kunna leva ett värdigt liv och känna välbefinnande trots sjukdom.

Grundläggande är att personen med demenssjukdom får fortsätta att vara en egen person med egna rättigheter och att personen sätts före sjukdomen. För att åstadkomma en individuellt utformad vård och omsorg efter den enskildes behov, där fokus ligger på det friska och där bristerna kompenseras, måste personens kroppsliga, psykologiska, sociala och existentiella behov kartläggas noggrant.

God vård och omsorg förutsätter inte bara kunskaper om den sjukes förmågor och bristande förmågor utan också kunskap om personens värdegrund och personlighet.

Personcentrerad omvårdnad innebär att personal inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten:

- Bemöter personen med demenssjukdom som en person med upplevelser, självkänsla och rättigheter trots avtagande funktioner
- Strävar efter att förstå vad som är bäst för personen med demenssjukdom utifrån dennes perspektiv
- Värnar den demenssjukes självbestämmande och möjlighet till medbestämmande
- Ser den demenssjuke som en aktiv samarbetspartner
- Bekräftar den demenssjuke i dennes upplevelse av världen
- Strävar efter att involvera den demenssjukes sociala nätverk i vården och omsorgen
- Försöker upprätta en relation till den demenssjuke

## INDIVIDUELL VÅRDPLAN/VÅRDPLANERING

En väl genomförd vårdplanering är en förutsättning för en personcentrerad omvårdnad. I vårdplaneringen är berörda yrkesgrupper, personen med demenssjukdom samt anhöriga delaktiga. Vilka som medverkar i vårdplaneringen kan variera utifrån aktuellt behov. Anhöriga alternativt god man ska alltid erbjudas att delta efter samtycke från den enskilde.

Vårdplaneringen sker vid ett gemensamt möte där resultatet blir en gemensamt utformad individuell vårdplan (enligt HSL) samt *underlag för* genomförandeplan (enligt SoL) och är ett viktigt instrument i den fortsatta vården och omsorgen runt den enskilde. Vårdplanering ska ske när behov uppstår eller minst 1 gång/år.

## ANSÖKAN OM BISTÅND VID DEMENSSJUKDOM

Ansökan om bistånd enligt Socialtjänstlagen görs hos kommunens biståndshandläggare.

Biståndshandläggaren informerar, utreder, bedömer behov samt beslutar om insatser efter ansökan från den enskilde eller dennes företrädare. Kontakt bör tas, så tidigt som möjligt i sjukdomen med kommunens biståndshandläggare för social utredning. En tidig social utredning syftar till att öka den demenssjukes möjligheter att påverka sin kommande vård och omsorg samt kunna ge stöd till anhöriga. Kontakt kan tas av personen själv, anhörig och eller närstående alternativt personal som kommer i kontakt med personen. Efter samtycke från den enskilde kan biståndshandläggaren vid behov samverka med andra enheter som exempelvis anhörigstöd och hälso- och sjukvården. Demenssjuksköterskan/sjuksköterskan i kommunen eller på familjeläkarmottagningen ger stöd till patienter, anhöriga och vårdpersonal. Socialtjänsten bör minst årligen göra en uppföljning av beviljade biståndsinsatser.

Det bör eftersträvas att biståndshandläggare har särskild kompetens inom demensvård och till exempel ha genomgått Demens ABC.

## BISTÅNDSBEDÖMDA INSATSER

### Hemtjänst

Personer med demenssjukdom som bor i ordinärt boende ska beviljas hemtjänst om behov föreligger. Hemtjänstens uppgift är att ge stöd som är anpassad till den demenssjukes förmågor och intressen samt vägleda denne i vardagssysslor, uppmuntra och stimulera till aktivitet. Kraven på trygghet och kontinuitet är höga, personer med demenssjukdom har större behov än andra att få hjälp av ett mindre antal personer. Teambaserat arbete inom hemtjänst ger förutsättningar för god demensvård.

### Avlösning i hemmet

När någon anhörigvårdare är i behov av ledighet, till exempel för vila, utträtta ärenden eller någon annan aktivitet kan den anhörige ansöka genom biståndshandläggaren om att få hjälp med avlösning i hemmet. Personal tar då över och gör det möjligt för den anhörige att lämna hemmet för några timmar.

### Dagverksamhet

Personer med demenssjukdom kan beviljas plats i dagverksamhet. Dagverksamheten bör vara specifikt anpassad till personer med demenssjukdom. Om personen är < 65 år bör plats erbjudas på individuellt anpassad dagverksamhet, helst sådan som specifikt riktar sig till den yngre målgruppen. Individens behov styr omfattning och innehåll. Syftet är att få social samvaro för den demenssjuke och att ge vägledning och stimulering så att fysiska och psykiska funktioner kan bibehållas så länge som möjligt samt att möjliggöra för anhöriga att fortsätta vårda i hemmet.

### Korttidsplats/Växelvård

Korttidsplats/växelvårdsplats beviljas när det sviktar i hemmiljön och då brukaren har behov av insatser dygnet runt. Växelvårdens utformning sker utifrån individuell behovsbedömning (till exempel en veckas vistelse på växelvårdsavdelning och två veckors vistelse i hemmet).

Individens behov styr omfattning och innehåll. Syftet är att stötta kvarboende samt att bidra till avlastning för anhöriga, ge dagen struktur och innehåll samt skapa en känsla av tillhörighet i tid och rum.

### Särskilt boende

Särskilt boende beviljas person med demenssjukdom när behov av vård- och omsorg dygnet runt uppstår och insatserna i ordinärt boende inte längre kan tillgodose det individuella behovet. Personer med demenssjukdom bör erbjudas plats i småskaligt särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom. Planeringen inför personens flytt till särskilt boende bör förberedas väl genom att ge information i god tid, engagera anhöriga samt att personen får besöka eller se en bild av det nya boendet, om det bedöms lämpligt.

Personalen som ska ta emot bör vara väl förberedd och ha träffat personen och anhöriga samt fått information om personens livshistoria och behov av vård och omsorg.

## HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

### Hemsjukvård

För personer i ordinärt boende erbjuds hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet när man inte längre kan ta sig till vårdcentral eller om insatser bör ske i hemmet. Hemsjukvårdsinsatser utförs av sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter samt sjukgymnaster i kommunen. Samverkan sker med patientansvarig läkare. För patient inskriven i kommunal hemsjukvård ska en individuell vårdplan upprättas. Lokalt avtal om läkarmedverkan i hemsjukvården ska finnas mellan vårdcentral och hemsjukvård.

### Särskilt boende

Hälso- och sjukvårdsinsatser av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast erbjuds på varje särskilt boende. Lokala avtal om läkarmedverkan ska finnas mellan vårdcentral och särskilt boende. För patienter i särskilt boende ska en individuell vårdplan upprättas.

## LEVNADSBERÄTTELSE

En strukturerad mall för levnadsberättelse ska finnas i alla verksamheter och erbjudas alla med demenssjukdom. Den ska vara väl känd av samtlig personal. För att kunna möta en person med demenssjukdom krävs kunskap om personen och dess levnadshistoria. En nedtecknad levnadsberättelse är till hjälp i bemötandet med den demenssjuke då viktiga händelser i barndomen eller senare i livet kan orsaka oro, glädje eller sorgsenhet. Viktigt är även att kunna ”plocka upp” och samtala om händelser från livet som varit betydelsefulla för den demenssjuke. Att rekommendera är att levnadsberättelsen skrivs ned så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet i samråd med den demenssjuke alternativt anhöriga. Informationen behandlas enligt sekretesslagen.

## FUNKTIONSBEDÖMNING

Funktionsbedömningar kan med fördel användas i demensomsorgen/vården för att bedöma hur långt sjukdomen framskridit hos den demenssjuke. Det gör det tydligare för personalen att anpassa vården och bemötandet utifrån vars och ens aktuella tillstånd. Ett exempel på bedömningsinstrument är FAST-skalan (Functional Assessment Staging) (Bilaga N). GBS-skalan (Gottfries Brånes skala) (Bilaga O) mäter demensens utveckling utifrån intellektuella, emotionella och ADL-funktioner. Även beteendestörningar bedöms i GBS-bedömningen.

## GENOMFÖRANDEPLAN

Genomförandeplanen ger den demenssjuke ökad möjlighet att vara delaktig och ha inflytande i sin vård och omsorg utifrån sina behov och önskemål.

Den ska vara personcentrerad och ska beskriva hur de beslutade insatserna ska genomföras och vara ett underlag för det dagliga arbetet. Alla vårdtagare ska utifrån beviljade insatser ha en genomförandeplan. Kontaktman eller annan utsedd personal ansvarar för att tillsammans med den demenssjuke/anhörig upprätta och följa upp planen och den ska vara känd av all personal och revideras vid behov eller minst en gång/år.

## STÖD FÖR ANHÖRIGA

### Anhörigstöd

Insjuknande i en demenssjukdom påverkar anhöriga. Invanda mönster och maktförhållanden förändras. Det är en viktig uppgift för alla yrkesutövare som möter anhöriga att informera om de möjligheter som finns till stöd. De anhörigas behov måste uppmärksammas vid alla kontakter. Anhöriga ska erbjudas delaktighet och kontakt med anhörigstödet i kommunen.

### Anhörigkonsulenter

Enligt socialtjänstlagen ska stöd erbjudas för att underlätta för den som vårdar en demenssjuk anhörig/närstående. Det är viktigt att anhörigstödet erbjuds tidigt i sjukdomsförloppet, ges under en längre tid och är flexibelt, situationsanpassat, individualiserat samt utformat i dialog med anhörig.

I kommunerna finns anhörigstöd som arbetar med enskilda och med anhöriggrupper samt anhörigutbildning. Målet med anhörigstöd är att stödja anhöriga i deras roll som vårdare, skapa ett kontaktnät mellan anhöriga, öka förståelsen för och förmågan att hantera beteendeförändringar samt sprida information om kommunens resurser och vart den anhörige kan vända sig. Anhörigkonsulenterna finns med på kommunens hemsida med kontaktuppgifter.

## MILJÖN PÅ SÄRSKILT BOENDE ELLER KORTTIDS-BOENDE

### Fysisk miljö

Det finns ett samband mellan det särskilda boendets utformning och de boendes beteende och livskvalitet. Faktorer av betydelse är småskalighet, enkelrum med möjlighet till privatliv, egna möbler och personliga tillhörigheter samt lokaler för gemenskap, lugn ljudmiljö, färgkontraster och färgkoder för möjlighet att orientera sig. Möjligheter till utevistelse.

## Psykosocial miljö

Med psykosocial miljö handlar om att skapa en atmosfär som är till gagn för personen med demenssjukdom. En god psykosocial miljö fokuserar på det personliga och individuella. Tid och utrymme för meningsfulla aktiviteter och social samvaro, en generositet hos personalen att bjuda på sig själv och ge det lilla extra och en flexibilitet för rutiner hos personalen. En god psykosocial miljö kan bidra till välbefinnande och trygghet, ge ett meningsfullt innehåll i vardagen samt kan minska de beteendemässiga och psykiska symtomen hos personer med demenssjukdom.

## ANNAN SPRÅKLIG OCH KULTURELL BAKGRUND

För att kunna anpassa informationen så bra som möjligt till personer med demenssjukdom som har en annan språklig och kulturell bakgrund kan särskilda insatser behövas för att personalen ska kunna sätta sig in i personens och anhörig/närståendes syn på bland annat hälsa och sjukdom, religion, familj, könsroller, integritet, tid och hur man uttrycker känslor.

Att bli vårdad av personal som kommunicerar på samma modersmål och har kulturkompetens kan ge personen med demenssjukdom och annan etnisk bakgrund trygghet, ökat välbefinnandet samt att känna sig hemma.

## MULTIPROFESSIONELLT TEAMBASERAT ARBETE

Multiprofessionellt teambaserat arbete bidrar till kontinuitet i vården och omsorgen, att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser, att synliggöra problem och hitta lösningar samt att personens behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv. Som regel behövs det bedömningar och åtgärder från flera yrkesgrupper. Vilka som ska delta i teamet kan variera över tid. Det kan vara läkare, sjuksköterska, biståndshandläggare, vårdbiträden och undersköterskor, enhetschef, sjukgymnast och arbetsterapeut med flera.

## KONTAKTMANNASKAP

Kontaktmannaskap innebär att en personal i arbetsgruppen är kontaktman för personen med demenssjukdom. Syftet är att skapa trygghet för såväl den enskilde som för anhöriga genom att ha en namngiven person att vända sig till.

Detta syftar också till att skapa kontinuitet för den enskilde att så få som möjligt är involverade i insatser/omvårdnaden. Förutsättningar ges också att insatserna utförs på ett så likartat sätt som möjligt samt ger en helhetssyn av personen genom att lära känna hans/hennes såväl psykiska, sociala, kulturella och existentiella behov.

Kontaktmannaskapet avser såväl särskilt boende, dagverksamhet, växelvård samt hemtjänst.

Alla personer med demenssjukdom inom kommunens verksamhet ska erbjudas kontaktmannaskap.

# VARDAGLIGA AKTIVITETER, HJÄLPMEDEL OCH FÖRHÅLLNINGSSÄTT

## Dagliga aktiviteter

Personer med demenssjukdom ska erbjudas möjlighet till att delta i individuellt anpassade aktiviteter inklusive motion. Syftet är att ge dagen meningsfull tillvaro, stimulera sinnen, bevara funktioner så länge som möjligt samt att skapa välbefinnande. Individuellt anpassade aktiviteter ska planeras utifrån den demenssjukes vilja, intresse och/eller levnadsberättelse. Viktigt är att få utföra aktiviteterna så länge som möjligt och att inte personalen tar över funktionerna som personen själv kan klara av, exempelvis hygien, påklädning, knäppa knappar. Det måste få ta den tid som personen behöver. Individuella fysiska aktiviteter som promenader, anpassad styrketräning, cykling med side by side-cykel bidrar till bibehållen alternativt förbättrad balans, gångförmåga och motverkar fall samt skapar ökat välbefinnande.

I ett senare skede av demenssjukdomen kan det vara svårt för den demenssjuke personen att delta i olika vardagliga aktiviteter. Vårdpersonal kan då stimulera den demenssjukes sinnen genom exempelvis massage, aromaterapi eller genom särskilda miljöer anpassade för att stimulera sinnen och skapa välbefinnande, så kallade snoezelen-rum. Omfattningen av dagliga aktiviteter ska framgå i genomförandeplanen.

## Hjälpmedel

Det finns olika kognitiva hjälpmedel vars syfte är att ge personer med demenssjukdom stöd för minnet, öka eller behålla personens självständighet och aktivitetsförmåga. Kognitiva hjälpmedel är till exempel hjälpmedel för att orientera sig i tid, spisvakter, påminnare för medicinering och hjälpmedel som kan identifiera föremål som tappats bort. En del av dessa hjälpmedel kan personer med demenssjukdom använda även i senare skeden av sjukdomen, särskilt de hjälpmedel de har vana att använda. Beprövad erfarenhet visar att det blir allt svårare att introducera nya hjälpmedel ju längre sjukdomen utvecklats. Kognitiva hjälpmedel bör därför erbjudas tidigt i sjukdomsförloppet. Personer med demenssjukdom kan också behöva andra tekniska hjälpmedel som gång-, syn- och hörselhjälpmedel.

Personer som använder hjälpmedel behöver ofta stöd för att kunna använda dem och kan i ett senare skede av sjukdomen förlora förmågan att använda hjälpmedlen. Viktigt är att följa upp all användning av hjälpmedel. När personen inte längre har nytta av hjälpmedlet ska det återlämnas. Spisvakt är ett hjälpmedel som går under bostadsanpassning, och är personligt.

## Taktil massage

Taktil massage är en form av massage där utgångspunkten är beröring. Att som vårdpersonal ge taktil massage bidrar många gånger till en stund av lugn och ro för den demenssjuke.



## Reminiscens

Reminiscens betyder hågkomst eller minne och metoden bygger på personers minnen. Upplevelser från barn- och ungdomsåren finns länge kvar hos den. Reminiscensmetoden kan vara ett instrument för att ge personer med demens ökad självkänsla, trygghet och stärkt identitet. Personen med demenssjukdom får uppleva en tid när hon var aktiv och frisk. Genom dessa minnesstunder kan personer få uppleva känslan av kontroll då han eller hon väljer att dela med sig av de minnen man vill berätta om. Reminiscens bidrar till ökad kommunikation genom samvaro med anhöriga och personal. Anhöriga har en viktig roll att hjälpa till att kunna väcka minnen hos den demenssjuke. Med hjälp av igångsättare ("triggers" på engelska), som fotografier och olika föremål, kan kommunikationen underlättas.

## Validation

Validation är ett förhållningssätt och en metod i hur man kommunicerar med desorienterade personer, bland annat med sent debuterad demenssjukdom. Metoden omfattar verbal och icke verbal kommunikation, sinnes- och minnesstimulering. Validation är att erkänna en persons känslor som sanna, att det är en personlig syn på världen. Detta gör vi genom att vara lyhörda och bekräfta den gamla personens uttryck och känslor. Att ge stöd i dennes "verklighet" möjliggör att vi hjälper personen att kanalisera och uttrycka det hon behöver få sagt. Med bekräftelse stöder man och stärker självkänslan. Validation som förhållningssätt och metod hjälper personal och anhöriga att lättare förstå och klara av demenssjukas uttryck av oro, rädsla, sorg och ilska.

## Vårdarsång

Vårdarsång är en omvårdnadsintervention där personalens röst är det viktigaste redskapet. Genom att sjunga kan man kommunicera med den demenssjuke. Studier har visat att då personalen sjunger visor/sånger som är kända för den demenssjuke minskas eventuell aggressivitet och motsträvighet hos den demenssjuke samt att den demenssjuke även kan medverka mer i omvårdnadsaktiviteten. Positiva känslouttryck har visats öka.

## VÅRD OCH OMSORG

Utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vården och omsorgen vid demenssjukdom finns ett antal indikatorer uppsatta för att vården och omsorgen av de demenssjuka. Indikatorerna är mät- och uppföljningsbara, indikatorerna finns i ett flertal nationella kvalitetsregister. Exempelvis Senior alert, BPSD registret, SveDem med flera. Alla personer med demenssjukdom ska i möjligaste mån riskbedömas enligt Senior Alert. Riskbedömning sker inom områdena: risk för fall, trycksår och undernäring samt munhälsa. Senior Alert är ett medföret även ett systematiskt arbetsätt genom att identifiera, åtgärda och följa upp riskområden. För de demenssjuka personerna med beteendemässiga och psykiska symptom finns kvalitetsregistret BPSD. Kvalitetsregistrens arbetsätt är förebyggande och bygger på teamarbete.

## Förebygga fall

Regelbundet ska fallrisken bedömas genom kartläggning av tidigare fall och kontinuerlig skattning av fallrisk. Vid förhöjd fallrisk genomförs flera samtidiga åtgärder. Översyn läkemedel, fysisk träning och förändringar av boendemiljön.

## Förebygga och behandla trycksår

Bedömning av risk för trycksår ska göras. Trycksår förebyggs och behandlas genom lägesändring, tryckavlastning och tryckminskning, samt behandling av de bakomliggande orsakerna.

## Måltider och nutrition

Den enskilde ska ges individuellt anpassat stöd vid måltiden. Regelbunden bedömning av näringstillstånd, viktförlust och vikhistoria ska ske. Vid undernäring ökas personens näringsintag genom energiberikning av mat och dryck, extra mellanmål och konsistensanpassning.

## Förebygga munhälsa

Personer med demens har ofta problem att medverka i munvården, dels för att de inte förstår nyttan och dels för att det kanske gör ont. Det kan vara känsligt att låta någon annan person få tillträde till munnen. Det kräver att man känner tillit till personen som ska utföra munvården. Dålig munhälsa kan medföra sår i munnen, smärta och undernäring vilket kan komma till uttryck som matvägran eller aggressivitet. Svårigheter att tugga kan ha större samband med demensgrad än med tandstatus (på grund av apraxi). Förutom nedsatt förmåga att sköta munhygien kan ändrade kostvanor och muntorrhet på grund av mediciner försämra den demenssjukes tandstatus. I Senior alert finns munhälsobedömning enligt ROAG som är en förkortning av Revised Oral Assessment Guide.

För mer information var god följ länk till anvisningar för tandvårdsstöd.

[http://ltv.se/Halsa\\_och\\_varld/Tandvard/](http://ltv.se/Halsa_och_varld/Tandvard/)

## Beteendemässiga och psykiska symtom

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet någon form av beteendemässiga eller psykiska symtom. BPSD som är en förkortning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom omfattar en rad olika symtom men har två saker gemensamt, de orsakar stort lidande för personen med demenssjukdom och är ofta särskilt svåra att möta för anhörig/närstående och vårdpersonal. Det kan handla om beteendemässiga symtom som aggressivitet, skrik, vandring, plockande eller störd dygnsrytm och psykiska symtom som hallucinationer, vanföreställningar, ångest eller depression.

De olika beteendemässiga och psykiska symtomen kan inte behandlas på ett och samma sätt. Behandlingen inriktas istället på att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symtomen.

Det kan vara behov som inte är tillgodosedda, kommunikations problem, svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön. Det kan även vara orealistiska eller för stora krav på den demenssjuke, brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög läkemedelsdos eller olämpliga läkemedel. Symtomen kan också bero på personens hjärnskada. Grunden för behandlingen är en personcentrerad omvårdnad och en översyn och anpassning av den fysiska miljön.

## Riskbedömning och registrering i BPSD registret

När den demenssjuke har beteendemässiga psykiska symtom (BPSD) ska registrering ske i BPSD-registret som är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom.

Förekomst av BPSD innebär en minskad livskvalitet och för att nå framgång i behandlingen, krävs det förutom ett gott bemötande och en god omsorg, även en tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demenssjukdomar. BPSD-registret kan vara ett stöd i denna process. Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala, NPI som är en förkortning av Neuro Psychiatric Inventory (Bilaga P), som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom.

Efter varje skattning genomförs en analys av eventuella orsaker med hjälp av en checklista. En vårdplan utformas med åtgärder och när åtgärderna har prövats under en bestämd tidsperiod, sker en utvärdering med hjälp av en ny NPI-skattning. BPSD-administratören vid enheten registrerar insamlad data och sammanställer till en rapport som kan skrivas ut samt användas i det dagliga arbetet på enheten. Från registret kan även statistik över egna data jämföras med övriga riket. Registret kan med hjälp av struktur i vårdarbetet minska BPSD och bidra till implementering av nationella riktlinjer, leda till personcentrerad vård, gemensamt språk för personalen, tydliga mål, teamarbete, verksamhetsutveckling, kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar och ge en vårdtyngds-mätning.

## Fysiska begränsningsåtgärder/skyddsåtgärder

Att använda begränsningsåtgärder/skyddsåtgärder mot den enskildes vilja (tvång) har inget stöd i lag och får inte förekomma. Undantaget gäller när lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT tillämpas. Fysiska begränsningsåtgärder får användas endast efter den demenssjukes samtycke. Om den enskilde inte kan ge eget direkt samtycke kan andra former av samtycke användas som uttryckligt, konkludent, presumerat eller ett så kallat inre samtycke. Personal ska erbjudas utbildning och handledning för att minska användandet av fysiska begränsningsåtgärder. Till fysiska begränsningsåtgärder räknas:

- Sänggrind, grindskydd
- Bälte eller annan fixeringsanordning
- Ytterdörr/avdelningsdörr
- Dörr till den enskildes bostad
- Larmmattor och rörelsedetektorer
- Generella larm (passagelarm)
- Individuellt larm

Kontinuerlig observation och utvärdering ska ske av hur den enskilde upplever den fysiska begränsningsåtgärden. Observation och utvärdering sker kontinuerligt i teamet.

God man eller anhörig kan inte ge samtycke mot den enskildes vilja och har inga rättsliga befogenheter att agera som ställföreträdande åt någon annan vuxen.

## Urininkontinens

Personer med demenssjukdom har större risk att utveckla urininkontinens än andra i motsvarande ålder. Risken ökar med demenssjukdomens svårighetsgrad. För att identifiera och behandla de bakomliggande orsakerna till urininkontinens, ska en medicinsk utredning genomföras utifrån vårdprogram, Västmanland.

## Förebygga och behandla förstoppning – icke farmakologisk behandling vid demenssjukdom

Åtgärder för att förebygga förstoppning hos personer med demenssjukdom ska främst vara: fiberrik kost, vätska, fysisk aktivitet samt individuellt regelbundna toalettvanor. Om dessa åtgärder inte räcker ska kontakt tas med ansvarig läkare.

## Smärta vid demenssjukdom

Smärta kan vara en orsak till att personen är orolig, har ångest eller är aggressiv. Smärta kan visa sig som beteendemässiga psykiska symtom. Samtidigt bör betonas att specifikt hos äldre med demenssjukdom har en ökad risk för att få läkemedelsbiverkningar. För att kunna bedöma effekt av ett insatt smärtstillande behöver man dokumentera symtom innan och efter. Personal som känner personen kan tolka och förstå kroppsspråk. Vid smärtproblematik ska alltid patientansvarig läkare kontaktas. Se även Smärta hos personer med demenssjukdom sid 12.

## Palliativ vård vid demenssjukdom

Vid vård i livets slut ges palliativ vård vilket innebär att se till att den sista tiden i livet blir så bra och så smärtfri som möjligt. Vården är inriktad på att ge den sjuka personen så god livskvalitet som möjligt genom tidig identifiering och bedömning samt behandling av smärta och andra problem, fysiska, psykosociala och andliga.

Viktigt är vid palliativ vård att arbeta tvärprofessionellt och erbjuda brytsamtal till anhöriga för att informera om vad som händer i livets slut och där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån personens tillstånd, behov och önskemål. Det kan vara svårt att bedöma när personen med demenssjukdom befinner sig i livets slutskede. Ett hjälpmedel är att använda FAST-skalan (Bilaga N).

Vid vård i livets slut ska registrering ske i Svenska palliativregistret [www.palliativ.se](http://www.palliativ.se).

Svenska palliativregistret är ett Nationellt kvalitetsregister för att förbättra vården i livets slutskede genom att:

- få en god information om den palliativa vårdtiden
- vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- ha ordinerade läkemedel till hands vid behov
- få en god omvårdnad utifrån behoven
- få vårdas där personen vill dö
- inte behöva dö ensam
- veta att anhörig/närstående får stöd

## VILL DU VETA MER?

Om du intresserade av att läsa mer ingående finns ytterligare information och kunskap att hämta om du följer länkarna så kommer du till aktuell webbplats.

## LAGAR, FÖRORDNINGAR, FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL

Socialtjänstlagen (2001:453), SoL

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL

Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL

Tandvårdsförordning (1998:1338)

[www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se)

Socialstyrelsen

<http://www.socialstyrelsen.se/demens>

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9/>

## FÖRBUND, FÖRENINGAR OCH DEMENSCENTRUM

Svenskt Demenscentrum är ett nationellt kompetenscentrum för demensområdet.

Här samlas aktuell kunskap och information för såväl professionen som patienter och anhörig/närstående.

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

Alzheimerföreningen

[www.alzheimerforeningen.se](http://www.alzheimerforeningen.se)

Nationellt anhörigcentrum

[www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

[www.bpsd.se](http://www.bpsd.se)

Svenskt Demenscentrum

[www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)

Demensförbundet

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

## LÄKEMEDELSVERKET OCH TRAFIKMEDICIN

Behandlingsrekommendationer för mest sjuka äldre i Uppsala-Örebroregionen  
[http://www.ltv.se/ImageVault/Images/id\\_22394/scope\\_0/ImageVaultHandler.aspx](http://www.ltv.se/ImageVault/Images/id_22394/scope_0/ImageVaultHandler.aspx)

Läkemedelsverket  
<http://www.lakemedelsverket.se/>

Transportstyrelsen om trafikmedicin  
<http://www.transportstyrelsen.se/sv/Vag/Trafikmedicin/>

Trafikmedicinskt centrum, Karolinska Universitetssjukhuset  
<http://www.trmc.se/>

## BILAGOR

- Bilaga A 1. MMSE-SR (MMT)
- Bilaga A 2. MMSE-SR (MMT) Manual
- Bilaga B 1. Klocktest med urtavla
- Bilaga B 2. Klocktest utan urtavla
- Bilaga C Klassifikation och diagnos vid kognitiva störningar
- Bilaga D Anhörig- eller vårdgivarrapport
- Bilaga E Checklista kognitiv svikt
- Bilaga F Broschyr Västmanlandsmodellen 14-02-01
- Bilaga G MADRS depressionsskala
- Bilaga H Alzheimers sjukdom vid Downs syndrom 12-02-20
- Bilaga I BPSD-checklista version 11-10-03
- Bilaga J Överenskommelse om körförbud
- Bilaga K Symptomenkät Ragnar Åstrand
- Bilaga L Sammanställning Symptomenkät
- Bilaga M Demensutredning och uppföljning enligt Västmanlandsmodellen för personer i ordinärt boende eller som vistas på korttids/växelvårdsplats
- Bilaga N FAST-skalan
- Bilaga O GBS-skalan
- Bilaga P NPI-NH engelska
- Bilaga P NPI-NH svenska, ej validerad på svenska