

# Blekinge kompetenscentrum

*Forskning och utveckling inom hälsa, vård och omsorg.  
Landstinget Blekinge i samverkan med länets kommuner*

Revidering av

## **Regionala riktlinjer**

- Utredning, vård och omsorg av personer med demenssjukdom i Blekinge

Version 181023



## Förord

Gruppen för länssamverkan inom vård och omsorg (LSVO) gav under år 2017 en arbetsgrupp med representanter från länets primärvård, minnesenhet och fem kommuner samt Blekinge kompetenscentrum i uppdrag att revidera ”Regionala riktlinjer – Utredning, vård och omsorg av personer med demenssjukdom i Blekinge” från 2011. De reviderade regionala riktlinjerna utgör en anpassning till ”Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2017 – stöd för styrning och ledning”. Riktlinjerna bygger således på evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom och för stöd till deras anhöriga.

Riktlinjerna präglas i varje del av personcentrerad vård och vill särskilt peka på vikten av att alla insatser för den enskilde och anhöriga bör ha ett preventivt perspektiv. Syftet med riktlinjerna är att i nuvarande organisationer beskriva arbetsmetoder och former för samverkan, som ger personer med demenssjukdom god vård på samma villkor som för befolkningen i övrigt.

Varje huvudman i länet bör upprätta *lokala handlingsplaner* för hur demensvården enligt dessa riktlinjer ska införas i respektive verksamhet och hur samarbetet med annan huvudman/verksamhet ska bedrivas långsiktigt.

### **Arbetsgruppen har bestått av följande personer som deltagit i arbetet som helhet eller i vissa delar:**

Helen Ahlberg, Verksamhetschef, Ronneby kommun  
Lotta Mårtensson, Verksamhetschef, Primärvården  
Mats Wennstig, FoU-strateg, Landstinget Blekinge  
Lotta Karlsson, Demenssjuksköterska, Olofströms kommun  
Ej-Britt Allerth, Demenssjuksköterska, Karlskrona kommun  
Catarina Carlsson, Arbetsterapeut, Minnesenheten  
Annelie Gilbertsson, Psykiatrisjuksköterska, Minnesenheten  
Simona Petrovici, Överläkare, Minnesenheten  
Inger Tibblin, Psykiatrisjuksköterska, Minnesenheten  
Ann-Sofi Johansson, Psykiatrisjuksköterska, Minnesenheten  
Ingrid Johansson, Skötare, Minnesenheten  
Christina Wieslander, Avdelningschef, Minnesenheten  
Emma Stureson, Biståndshandläggare, Sölvesborgs kommun  
Camilla Söderling, Biståndshandläggare, Sölvesborgs kommun  
Monica Petersson, Undersköterska, Ronneby kommun  
Malgorzata Knap, Distriktssjuksköterska, Ronneby kommun  
Julia Andersson, LSS-handläggare, Karlskrona kommun  
Elin Håkansson, Sjukgymnast, Karlskrona kommun  
Maria Ekman, Arbetsterapeut, Olofströms kommun  
Magdalena Jeppsson, MAS, Karlshamns kommun  
Ligia Ogrodowczyk, Specialist i allmänmedicin och geriatrik, Primärvården  
Christina Stenberg, Överläkare, Geriatriken

## Läsanvisningar

De regionala riktlinjerna ska utgöra ett stöd för dig som ska fatta beslut om prioriteringar i vård och omsorg för personer med demenssjukdom i Blekinge och utgöra ett stöd för dig som har att utföra vård och omsorg. Riktlinjerna består huvudsakligen av tre delar:

1. **Huvudtext** som beskriver bakgrund om sjukdom, utredningsförfarande, behandling, omvårdnad och omsorg samt övrigt stöd.
2. **Faktarutor** (så här gör vi i Blekinge) som i korthet beskriver de åtgärder som bör genomföras samt ansvar i olika faser av vården och omsorgen.
3. **Bilagedel** som hänvisas till i särskilda områden. I denna finns en bilaga med nyttiga länkar kopplade till olika delar i de regionala riktlinjerna.

De regionala riktlinjerna med tillhörande bilagor finns även på <http://ltblekinge.se/Forvardgivare/vardsamverkan>



# Innehållsförteckning

Om demenssjukdom .....	1
Personcentrerad vård och omsorg .....	1
Multiprofessionellt samarbete.....	2
Demenssjuksköterska .....	3
Minnesenheten .....	3
Utredningsförlopp vid minnesstörning/misstänkt demenssjukdom.....	4
Basal demensutredning på primärvårdsnivå .....	5
Utvidgad demensutredning .....	7
Vilka patienter skall remitteras till minnesenheten? .....	7
Remissens innehåll .....	7
Undersökningsmetoder vid utvidgad utredning .....	7
Läkemedelsbehandling mot kognitiv svikt vid demenssjukdom och utvärdering av läkemedel .....	9
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) samt konfusion .....	10
Resurser i länet.....	10
Förebyggande av BPSD .....	10
Åtgärder vid BPSD.....	10
Miljö och bemötande .....	10
Levnadsberättelse och genomförandeplan.....	12
Stödinsatser .....	13
Stöd i ordinärt boende.....	13
Särskilt boende .....	14
Dagverksamhet.....	14
Stöd till anhöriga .....	15
Stöd till yngre med demenssjukdom .....	15
Stöd för aktivitet och träning.....	16
Aktivitet .....	16
Hjälpmiddel och välfärdsteknik .....	16
Fysisk träning/aktivitet.....	17
Tvångs- och begränsningsåtgärder samt skyddsåtgärder .....	18

Sammanhållen uppföljning .....	19
Hälsa- och sjukvårdens uppföljning .....	19
Socialtjänstens uppföljning.....	19
Utbildning, träning och handledning .....	19
Bilagor.....	21





## Om demenssjukdom

Demenssjukdom tillhör folksjukdomarna och varje år insjuknar cirka 25 000 personer. Sjukdomen är vanlig i högre åldrar men tillhör inte det normala åldrandet. Demenssjukdom är progressiv och drabbar i första hand hjärnas funktioner. Detta leder till en betydande och successiv nedgång i kognitiv, känslomässig, social och praktisk förmåga jämfört med hur personen fungerat tidigare i livet. Symtom ska ha funnits mer än sex månader innan diagnos ställs. Det finns i dag ingen bot mot demenssjukdom, men med olika medicinska insatser och omvårdnadsinsatser kan förlopp ofta fördröjas och livskvaliteten för den enskilde personen förbättras.

Alla med kognitiv svikt ska utredas så tidigt som möjligt. En demensutredning syftar till att fastställa diagnos som omfattar både sjukdomens typ och stadium. Begreppet demens är ett samlingsnamn för en rad olika demenssjukdomar, som alla orsakas av hjärnskador. De vanligaste demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Lewykroppsdemens och frontotemporal demenssjukdom. Lindrig kognitiv störning eller MCI (Mild cognitive impairment) innebär att en person har en kognitiv svikt men där diagnoskriterierna för demenssjukdom inte är uppfyllda.

Vid demenssjukdom försämras de intellektuella, sociala, känslomässiga och praktiska funktionerna i onormal omfattning. Detta kan yttra sig på olika sätt beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. Språk, tidsuppfattning och orienteringsförmåga är andra s.k. kognitiva förmågor som påverkas negativt. Även oro, nedstämdhet och beteendeförändringar kan tillhöra sjukdomsbilden. Symtomen leder till att personer med demenssjukdom har svårt att klara sin tillvaro utan stöd från anhöriga.

Diagnostiserad demenssjukdom brukar delas in i tre stadier:

- Mild demenssjukdom betecknar ett tidigt skede när personen kan klara sig utan stora insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver hjälp för att klara vardagliga sysslor.
- Svår demenssjukdom betecknar det skede när personen behöver hjälp med det mesta.

Demenssjukdom innebär stora påfrestningar både för personen och anhöriga. Med olika vård- och omsorgsinsatser är det möjligt att lindra symtom, underlätta vardagen och förbättra livskvaliteten för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Ökad kunskap om demenssjukdomar medför att demenssymtom uppmärksammas i ett tidigare skede och att utredning, behandling och stöd kan bli bättre. Ett salutogent förhållningssätt tar sin utgångspunkt i individen och dennes resurser vilket i sin tur kan skapa förutsättningar för en högre grad av välbefinnande och meningsfullhet, trots demenssjukdom.

Läs mer om demenssjukdomar på: <http://www.demenscentrum.se/>

## Personcentrerad vård och omsorg

En personcentrerad vård och omsorg ska sätta den unika personen i fokus och dennes upplevelse av sin verklighet. Förhållningssättet syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att förstå beteenden och psykiska symtom ur den enskildes perspektiv. En viktig del i den

personcentrerade omvårdnaden är att personen med demenssjukdom, ibland tillsammans med anhöriga, uppmuntras att berätta om sig själv och sitt liv i en form av en dokumenterad levnadsberättelse. Denna kan underlätta för personal i förståelsen för den enskildes livsmönster, värderingar och preferenser.

I syfte att skapa ett mer demensvänligt samhälle och bibehållen självständighet för personer med demenssjukdom, kan butiker, bibliotek och andra samhällsfunktioner göras mer tillgängliga. Läs mer om demensvänligt samhälle på Svenskt demenscentrum och Myndighetens för delaktighets hemsidor.

För personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst innebär ett personcentrerat förhållningssätt att en rad perspektiv ska beaktas. Läs mer om personcentrerad vård och omsorg i de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom på:  
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-2>

## **Multiprofessionellt samarbete**

De regionala riktlinjerna avser personer med demenssjukdom i såväl ordinärt som särskilt boende (SÄBO). Arbetet med utredning, behandling och omvårdnad ska bedrivas i nära samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Demenssjuksköterska eller primärvårdsläkare tar initiativ till och genomför basal demensutredning. Utredningen görs i samverkan mellan demenssjuksköterska och primärvårdsläkare. Demenssjuksköterska har i uppdrag att vara en konsultativ resurs med möjlighet att följa individen och anhöriga från de första kontakterna med hälso- och sjukvård och i det fortsatta sjukdomsförloppet.

Vid komplicerade fall sker samarbete med specialistläkare, neuropsykolog, arbetsterapeut och sjuksköterska vid psykiatrins minnesenhet. Efter demensutredning som lett fram till demensdiagnos görs ställningstagande till farmakologisk behandling, utredning av funktionsförmåga, behovet av kontakt med biståndshandläggare eller andra professioner samt behovet av stöd till anhöriga.

En samordning av den enskildes vård och omsorg är viktig och efter genomförda utredningar ska utredningsresultat och planering av vidare behandling och andra insatser löpande kommuniceras med varje enskild individ/anhöriga. I planering av insatser ska tydligt anges vem som har ansvar för genomförande av insatser samt för genomförande av regelbundna uppföljningar.

Vissa av de insatser som kan erbjudas i länet är kommunens ansvar, t.ex. biståndsinsatser i form av hemtjänst och särskilt boende samt stöd till anhöriga. Läkarledd medicinsk utredning och behandling för personer i ordinärt och särskilt boende ansvarar Landstinget Blekinge för. Övrig hälso- och sjukvård handläggs av primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Vid de landstingsdrivna vårdcentralerna finns någon form av riktad verksamhet för äldre. På dessa vårdcentraler finns allt från en särskild äldremottagning till avsatt tid inom befintliga resurser riktade till äldre.

I det medicinska åtagandet inom hälsovalet har läkaren på vårdcentralen ansvar för att initiera utredning med stöd av kommunens demenssjuksköterska så att patienten får hjälp vid misstanke om demenssjukdom. Vad avser ansvar för SÄBO ingår detta i åtagandet för hälsovalet och överenskommelse träffas mellan läkaren på ansvarig vårdcentral och SÄBO om tider, rutiner osv. Vårdcentralen har s.k. närområdesansvar för läkares medverkan i de SÄBO som ingår i dennes närområde om inte annat har överenskommit. Demenssjuksköterska är en tillgång för de patienter som behöver utredning oavsett vilken läkare som anlitas.

Demenssjuksköterskor, Minnesenhetens mottagning och team är de resurser på kommun- och länsnivå som har ett särskilt fokus på personer med misstänkt eller diagnostiserad demenssjukdom. Dessa tre funktioner beskrivs närmare i kommande delar i detta dokument.

## **Demenssjuksköterska**

Demenssjuksköterskan har en framträdande roll och arbetar både inom kommun och landsting vilket således innebär ett gränsöverskridande arbete. Arbetet innebär en konsultativ roll till personer med demenssjukdom, anhöriga och personal, vilket utesluter patientansvar (PAS-ansvar). Dessutom har demenssjuksköterskan en utredande, rådgivande, stödjande, vägledande, utbildande, kompetenshöjande och handledande funktion. Demenssjuksköterskan har en central roll i processen runt personen med demenssjukdom och dess anhöriga. Tillsammans med läkare medverkar demenssjuksköterskan i utredning av minnesproblem, så att diagnos kan uteslutas eller fastställas. Hembesök utgör en viktig del i utredningen. I arbetet ingår telefonkontakt med patient/anhöriga, ev. mottagningsbesök samt att delta i uppföljning och utvärdering av läkemedel och behandlingar. Demenssjuksköterskan har ett nära samarbete med biståndshandläggare som kontaktas då dagverksamhet, korttidsboende eller andra insatser kan bli aktuella. Anhörigstöd är en viktig del i demenssjuksköterskans arbete då anhöriga till person med demenssjukdom är särskilt utsatta och löper risk att utveckla egen ohälsa. Råd och stöd kan ges i form av enskilt samtal, i grupp eller genom uppföljande hembesök. Anhöriga ges information och kunskap om sjukdomen samt vilken hjälp som kan erbjudas. Personer med demenssjukdom är en stor och växande grupp i samhället, varför demenssjuksköterskans roll som informatör till skolor, intresseorganisationer, frivilligorganisationer, olika yrkeskategorier och den breda allmänheten är mycket betydelsefull.

## **Minnesenheten**

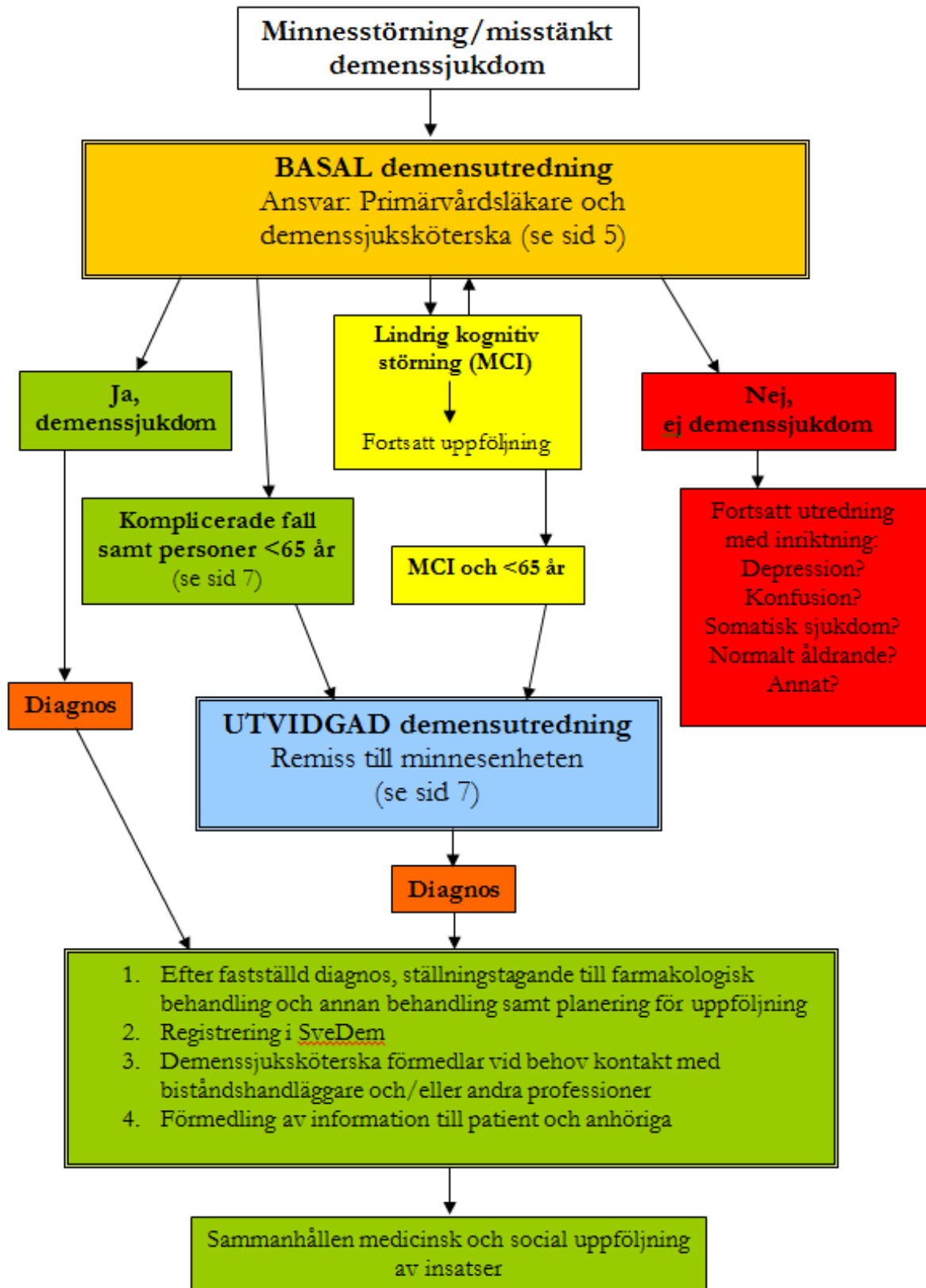
Minnesenheten i Karlskrona är länsövergripande och består av en mottagning och ett mobilt team. På mottagningen görs i huvudsak utvidgade utredningar (se sid 7).

Det mobila teamet besöker främst personer där det finns en BPSD-problematik där andra insatser varit otillräckliga och där somatisk orsak uteslutits. Teamet vänder sig till personer i både ordinärt och särskilt boende. Remiss från läkare med tydlig problembeskrivning krävs. Inom mobila teamet finns psykiater, psykiatrisjuksköterskor, skötare, arbetsterapeut och kurator. Även dietist finns att konsultera.

Minnesenhetens mobila team gör en kartläggning och en bedömning för att lämpliga åtgärder skall kunna sättas in. Åtgärderna kan bestå av läkemedelsöversyn, vägledning till personal utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, NADA (öronakupunktur) vid oro och sömnsvårigheter, anhörigstöd, översyn av personens miljö samt inventering av behov av kognitiva hjälpmedel. Kurator finns att tillgå vid juridiska och sociala frågeställningar.

Teamet bistår i vissa fall de utredningar som görs på minnesenheten.

# Utredningsförlopp vid minnesstörning/misstänkt demenssjukdom



Figur 1. Utredningsförfarande och insatser vid misstanke om demenssjukdom

## Basal demensutredning på primärvårdsnivå

En person med kognitiv svikt där den bakomliggande orsaken till symtomen inte är känd ska erbjudas en basal demensutredning. Den basala utredningen genomförs i första hand gemensamt av primärvårdsläkare och demenssjuksköterska. Utredningen syftar till att klargöra om personen har en demenssjukdom eller annan sjukdom som kan orsaka symtomen som t.ex. hypo- eller hyperparathyreoidism, B12-vitaminbrist, folatbrist, undernäring, depression, hypo- eller hyperthyreoidism, hjärntumör, kroniskt subduralhematom, normaltryckshydrocefalus, Wernicke-Korsakows syndrom. Utredningen ska även svara på vilken typ av demenssjukdom det handlar om, vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad som kan göras för att minimera eller kompensera för dessa.

Demenssjuksköterska har en central roll i den basala demensutredningen och ska vara delaktig i utredning, diagnostisering och därefter fortlöpande under fortsatt behandling, vård- och omsorgsplanering samt i uppföljning. Efter slutförd utredning förmedlar primärvårdsläkaren information till patient och anhöriga om utredningens resultat. Efter diagnostisering återkopplas resultatet till demenssjuksköterska som i sin tur ansvarar för registrering i Svenska demensregistret - SveDem (bilaga 1). Demenssjuksköterskan förmedlar vid behov kontakt med biståndshandläggare och/eller andra professioner för vidare vård- och omsorgsplanering som syftar till att planera stödinsatser för den enskilde och anhöriga. Efter slutförd basal demensutredning tas även ställning till om patienten ska remitteras till psykiatrins minnesenhet i Karlskrona för utvidgad utredning (se sid 7).

## **Så här gör vi i Blekinge – Basal demensutredning på primärvårdsnivå**

Vilka delar som ingår i den basala utredningen utgår från personens helhetsituation och behov.

### **Steg 1.**

**Demenssjuksköterska genomför en bedömning**, vanligen i form av ett hembesök:

- Intervju med patient och anhöriga om aktuell hälsohistoria och nuvarande situation
- MMSE-SR, Klocktest, Kub
- RUDAS, MOCA, AQT
- Skattning av ADL-förmåga
- Demenssjuksköterska tar ställning till eventuell utvidgad funktionsbedömning av arbetsterapeut och/eller bedömning av sjukgymnast/fysioterapeut

### **Steg 2.**

**Vid ett eller flera läkarbesök på vårdcentral** genomförs en fortsatt utredning:

- Läkarundersökning med en strukturerad medicinsk anamnes inklusive neurologstatus och psykiskt tillstånd.
- Basal blodprovstagning  
SR, CRP, Hb, P-glucos, elektrolytstatus (natrium, kalium, kalcium, kreatinin), TSH, P-Homocystein (ev. S-B12 och S-folat), leverstatus (ev. Peth), ev. lipidstatus.  
Utesluta neuroborrelios/HIV/neurosyfilis vid klinisk misstanke  
Ev. läkemedelskoncentration i blod (ev. ytterligare blodprovstagning beroende på anamnes och undersökningsresultat)

- Översyn av aktuella läkemedel
- EKG
- BMI
- Ortostatiskt blodtrycksprov (bilaga 3)
- Syn/hörsel - ställningstagande till ev. kontroll
- Datortomografi (DT-hjärna)
- Körkort/Vapen – ställningstagande till bedömning (bilaga 1)
- Diagnossättning (bilaga 2) och ställningstagande till farmakologisk behandling (se sid 9), övrig behandling samt planering av uppföljning.
- Återkoppling av utredningens resultat görs fortlöpande till demenssjuksköterska
- Efter diagnostisering återkopplas resultatet till demenssjuksköterska som i sin tur ansvarar för registrering i SveDem
- Demenssjuksköterskan förmedlar vid behov kontakt med biståndshandläggare och/eller andra professioner för vidare vård- och omsorgsplanering i syfte att planera stödinsatser för den enskilde och anhöriga.
- Sammanfattning av utredning, information till patienten och anhöriga

Eventuell remiss till utvidgad demensutredning (remissens innehåll se utvidgad utredning).

**Efter remissvar ska behandlande läkare göra återkoppling till demenssjuksköterska.**

## Utvidgad demensutredning

En utvidgad demensutredning genomförs då den basala utredningen inte gett tillräckligt med information för att fastställa diagnos. Det gäller främst personer med symtom som är svårbedömda eller då det finns klinisk misstanke om att symtomen beror på en sällsynt demenssjukdom. Det kan också handla om differentialdiagnostik vid misstänkt MCI, Alzheimers sjukdom, olika former av vaskulär demens samt blandformer. Specialistbedömning kan bli aktuell vid Parkinsons sjukdom med demens, såväl som vid s.k. sekundära demenssjukdomar samt då second opinion önskas. Hos personer yngre än 65 år ska alltid ställningstagande till utvidgad utredning göras.

Minnesenheten i Karlskrona ansvarar för utredning av demenssjukdomar på specialistnivå och tar emot patienter från hela Blekinge efter remiss från läkare, när basalutredning enligt regionala riktlinjer är utförd. Specialistenheten är också rådgivande till primärvården i fråga om diagnostik och behandling av personer med demenssjukdom. På minnesenheten finns specialisläkare, psykolog, psykiatrisjuksköterska samt arbetsterapeut, som alla deltar i utredningsarbetet. Det finns även tillgång till kurator som anlitas vid behov rörande juridiska och sociala frågeställningar.

### Vilka patienter skall remitteras till minnesenheten?

- Misstänkta demenstillstånd hos relativt unga, i regel <65 år. Åldersgränsen är flytande. I denna åldersgrupp finns en del ovanliga demensdiagnoser.
- Mycket tidiga tecken på nedsatt minne, det vill säga personer med lindrig kognitiv störning (MCI - mild cognitive impairment). En del av dessa kan senare utveckla en demenssjukdom och det krävs en utredning på specialistnivå för att utesluta eller fastställa detta.
- Svårdiagnostiserade/ atypiska tillstånd med minnesstörning, personlighetsförändring etc. Det kan vara en ovanlig symtombild eller finnas en komplicerande somatisk eller psykiatrisk sjukdom, som kräver differentialdiagnostiska övervägande.
- Personer med snabba demensförlopp.
- Second opinion.

### Remissens innehåll

Innan remiss skickas från primärvården till minnesenheten ska den basala utredningen vara genomförd med datortomografi (DT), blodprovstagning, EKG och kognitiva screeningtester via demensjuksköterska såsom MMSE-SR/RUDAS och Klocktest. Remissen skall i övrigt innehålla all information som krävs för att kunna göra en god klinisk bedömning av huruvida symtombilden kräver handläggning av specialist eller ej.

### Undersökningsmetoder vid utvidgad utredning

#### Neuropsykologisk utredning

En neuropsykologisk utredning utförs av psykolog med kompetens i neuropsykologi med hjälp av olika standardiserade psykologiska tester eller testbatterier, vilka syftar till en noggrann kartläggning av patientens kognitiva funktioner och ev. störningar i dessa.

Följande kognitiva domäner bedöms:

- Språkliga funktioner
- Visuell perception
- Visuospatiala funktioner
- Minne (episodiskt minne, semantiskt minne, korttids- och arbetsminne)
- Psykomotorisk hastighet
- Uppmärksamhet
- Exekutiva funktioner

Dessutom kan en personlighetsbedömning göras i syfte att avgöra om förändringar i olika personlighetsdrag har skett.

En neuropsykologisk utredning är särskilt viktig vid tidiga tecken på kognitiv svikt hos personer yngre än 65-70 år och vid differentialdiagnostiska övervägande. En sådan utredning ger också information om personens reaktion på sina symtom, insikt om dessa och om ev. personlighetsförändringar. Utredningen är tidskrävande och ställer krav på en viss grundläggande motivation och förståelse av syftet från patientens sida. Alla personer kan inte eller behöver inte genomgå en fördjupad neuropsykologisk utredning. En mer begränsad neuropsykologisk bedömning, som anpassas efter individen, kan vara ett alternativ. En tumregel är också, att personer med MMSE-poäng på 22 eller lägre, som regel inte behöver genomgå en neuropsykologisk utredning.

### **Övriga undersökningar**

Andra undersökningar som kan bli aktuella vid utvidgad demensutredning är Magnetresonanstomografi (MRT), Regionalt cerebralt blodflöde (rCBF), EEG och Likvoranalys.

### **Så här gör vi i Blekinge – *Utvidgad demensutredning***

Efter genomgången basal utredning på primärvårdsnivå kan i vissa fall patienten remitteras till Minnesenheten. Vid utvidgad utredning finns olika kompletterande undersökningar att tillgå och flera av dem kräver samarbete med andra specialister på sjukhuset. Vilka undersökningar en patient behöver genomgå är individuellt.

- Strukturerad anamnes från patient och anhöriga
- Kognitiva screeningtest
- Symtomskattning
- Status (medicinskt, psykiskt, neurologiskt)
- Neuropsykologisk utredning
- Likvorprov för demensmarkörer i första hand
- Magnetresonanstomografi (MRT)
- Regionalt cerebralt blodflöde (rCBF), EEG
- Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning av arbetsterapeut



## Läkemedelsbehandling mot kognitiv svikt vid demenssjukdom och utvärdering av läkemedel

Efter utredningen ska diagnos fastställas och behandling med läkemedel mot kognitiv svikt ska diskuteras/övervägas. För patienter med Alzheimers sjukdom med eller utan vaskulär komponent kan behandlingen bestå av kolinesterashämmare (donepezil, rivastigmin eller galantamin) eller memantin.

Syftet med farmakologisk behandling är att påverka symtom och kognitiv förmåga, förbättra patientens och även anhörigas livskvalitet samt att fördröja patientens behov av särskilt boende. Detta kan förhoppningsvis även begränsa behoven av akuta åtgärder som exempelvis inskrivning på sjukhus.

Nyinsatt behandling bör följas upp avseende biverkningar samt EKG-kontroll efter 1-2 månader. Utvärdering av effekt ska göras tidigast efter 6 månader. En förnyad bedömning kan göras 12 månader efter påbörjad behandling med hjälp av MMSE och anhörigintervju avseende funktionen i vardagen. Oförändrat resultat på MMSE 1 år efter insatt behandling bedöms vanligen som att en behandlingseffekt erhållits då MMSE i genomsnitt minskar med 2-3 poäng per år vid obehandlad sjukdom. Man ska sträva efter att ha en årlig kontroll av dessa patienter i form av läkemedelsgenomgångar.

### **Så här gör vi i Blekinge – *Läkemedelsbehandling mot kognitiv svikt vid demenssjukdom och utvärdering av läkemedel***

- Efter demensutredning och fastställd diagnos diskuteras/övervägs behandling med läkemedel mot kognitiv svikt. Behandlingen kan bestå av kolinesterashämmare (donepezil, rivastigmin eller galantamin) och/eller memantin.
- Planering och påbörjande av farmakologisk behandling ska ske i en dialog med patient och anhöriga. Information ges om läkemedlen samt dess möjliga effekter och bieffekter.
- Nyinsatt behandling bör följas upp avseende biverkningar samt EKG-kontroll efter 1-2 månader.
- Utvärdering av effekt ska göras tidigast efter 6 månader. En förnyad bedömning kan göras 12 månader efter påbörjad behandling med hjälp av MMSE och anhörigintervju avseende funktionen i vardagen.

# Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) samt konfusion

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet någon form av beteendemässiga och psykiska symtom. BPSD orsakar stort lidande för personen med demenssjukdom och är ofta svåra att möta för anhöriga och personal.

De beteendemässiga och psykiska symtomen kan handla om vanföreställningar, hallucinationer, agitation/upprördhet, depression/nedstämdhet, ångest, upprymdhet/eufori, paranoida drag, apati/likgiltighet, hämningslöshet, lättretlighet/labilitet, motorisk rastlöshet, sömnstörning och matlust/ätstörning.

Konfusion är en vanlig orsak till BPSD-symtom vid demenssjukdom men kan även uppkomma hos äldre personer utan demenssjukdom. Symtom vid konfusion utgörs av olika BPSD-symtom med varierande intensitet. Förloppet vid konfusion är dock typiskt med snabbt påkommande symtombild, som växlar under och mellan dagar. Läkemedel, kroppslig sjukdom eller miljöfaktorer kan vara utlösande. Behandlingen av konfusion är specifik och bör riktas mot de identifierade utlösande faktorerna.

## Resurser i länet

Demenssjuksköterskor, psykiatrisjuksköterskor, äldresjuksköterskor, specialutbildade undersköterskor med inriktning demens (exempelvis Silviasystrar) samt minnesenhetens mobila team utgör resurser vid BPSD-problematik. BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att förebygga, lindra eller bota de BPSD-symtom som kan uppstå som en följd av demenssjukdomen (bilaga 1).

## Förebyggande av BPSD

Grundläggande i vården av personer med demenssjukdom är att personal och anhöriga får utbildning/ information kring de olika demenssjukdomarna och BPSD-symtom samt bemötande. Upprättandet av en genomförandeplan med levnadsberättelsen som grund är en betydelsefull förutsättning för den enskilde och personalen. Viktigt att personens kvarvarande kognitiva förmågor och rörlighet bibehålls genom mental stimulans och fysisk aktivitet. Tidigt insatt läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare och memantin vid demenssjukdom kan minska risken för utveckling av BPSD.

## Åtgärder vid BPSD

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att de initiala interventionerna vid BPSD bör vara av Icke Farmakologisk Metod (IFM). Generellt innebär detta, att de första åtgärderna bör omfatta en anpassning av miljö och bemötande. Bedömning och hantering av olika BPSD-symtom inleds genom en observation och kartläggning av symtom, tänkbara orsaker och utlösande faktorer samt eventuella psykiska eller kroppsliga sjukdomar. De basala behoven, mat, dryck, sömn, trygghet, aktivitet och stimulans samt skötsel av basala kroppsliga behov ska skattas för vidare omvårdnadsinsatser. Läkemedelsgenomgångar är viktiga. Utsättning av läkemedel med negativ effekt på centrala nervsystemet ska övervägas och eventuellt ersättas av annan behandling för att förbättra den kognitiva förmågan.

## Miljö och bemötande

En optimerad fysisk, psykisk och social boendemiljö och ett anpassat bemötande präglas av trygghet och säkerhet där personen med demenssjukdom är delaktig och har inflytande i

vardagen. Målet är att sträva efter bästa möjliga livskvalitet för personen med demenssjukdom, vilken grundar sig i personcentrerad vård och omsorg.

## **Så här gör vi i Blekinge – *BPSD* samt *konfusion***

### **Utredning/kartläggning, BPSD-registrering**

- Kontaktperson, administratör för BPSD-registret, patientansvarig sjuksköterska, PAS, ev. områdeschef/enhetschef samlas för en kartläggning av bakomliggande orsak, utlösande faktorer samt grundläggande behov såsom mat, dryck och sömn. Demenssjuksköterska och/eller Silviasyster kallas in vid behov. Även minnesenhetens mobila team är en resurs. Levnadsberättelsen är grunden för att kunna förstå problemen i sin helhet. Anhöriga spelar också en viktig roll.
- Genomgång av symptomen enligt NPI-skalan (Neuropsykiatriska bedömningen).
- En bemötandeplan upprättas och en planering av individanpassade vårdåtgärder där fokus så långt det är möjligt ska vara en Icke Farmakologisk Metod (IFM).
- Administratören registrerar i BPSD-registret (bilaga 1). Alla personer med demenssjukdom som bor på särskilt boende bör registreras i BPSD-registret. Även personer med demenssjukdom och BPSD-symtom som bor i ordinärt boende bör få möjlighet till detta.
- Uppföljning görs efter 5 - 6 veckor eller efter behov. Om omvårdnadsåtgärderna fungerat ska detta skrivas in i genomförandeplanen.
- Vid akut konfusion görs en snabb analys av grundläggande behov och ev. orsak till konfusionen. Prova vila, värme, vänlighet och vätska.

### **Farmakologisk behandling vid BPSD**

Vid situation när omvårdnadsinsatserna, bemötandeplanen och anpassningen av den fysiska, psykiska och sociala miljön visar sig vara otillräckliga kan farmakologisk behandling prövas.

Viktigt att man parallellt kan utesluta andra bakomliggande orsaker till patientens försämring som: urinvägsinfektion, urinstämna, förstoppning, undernäring, dehydrering och läkemedelsbiverkningar. Basala prover: Hb, elektrolyter, b-glukos, infektionsparametrar samt utesluta feber. Av vikt att även bedöma och behandla ev. smärta med farmaka och/eller sjukgymnastisk behandling.

- Vid depressiva symtom är SSRI preparat förstahandsval, t.ex. sertralin, citalopram och ecitalopram. Dosen ska vara individuellt anpassad.
- Vid insomningsproblematik och nedsatt aptit kan mirtazapin (som är läkemedel av typen Na SSA) användas som tillägg till befintlig behandling eller i monoterapi. Vid terapivikt eller biverkningar finns möjlighet att prova behandla med venlafaxin som tillhör kategori SNRI.
- Vid agitation och aggressivitet kan memantin ha bra effekt i syfte att i första hand förbättra den kognitiva förmågan.
- Vid oro/agitation kan oxazepam eller klometiazol användas. Planera korta kurer med adekvat uppföljning.

- Vid psykotiska symtom och aggressivitet som orsakar lidande för individen eller fara för annan kan risperidon prövas. Risperidon ska användas mycket restriktivt pga. ökad risk för stroke men även ökad dödlighet. Utvärdering ska göras inom två veckor.
- OBS. Vid Lewy Body-demens ska inga antipsykotiska läkemedel ges. Behandling kan dock övervägas vid besvärande synhallucinationer.

Nyinsättning ska ske enligt FASS rekommendationer (ex. avseende EKG-kontroller) och följas upp och utvärderas regelbundet.

## Levnadsberättelse och genomförandeplan

En levnadsberättelse är ett viktigt verktyg i en personcentrerad vård och omsorg, då syftet med levnadsberättelsen är att se den enskilde individen och lära känna personen. I en levnadsberättelse beskrivs områden som berättar vem personen är och vem personen varit från barndomen och framåt. Levnadsberättelsen skall också tydliggöra behov och önskemål samt glädjeämnen och sorger genom livet. En levnadsberättelse ger kunskap till personalen så de kan förstå och bemöta varje person på ett professionellt sätt. Den ligger till grund för bra samtal med den enskilde och är ett användbart verktyg i situationer när denne till synes utan anledning blir upprörd eller ledsen. Det är främst kontaktpersonalen som skall vara påläst och ha god kunskap om den enskilde utifrån levnadsberättelsen.

Genomförandeplan är ett kvalitetssäkringsverktyg som ger den enskilde inflytande och delaktighet. Personalen ska i sitt uppdrag följa genomförandeplanen där det framgår hur insatserna ska genomföras. För personer med demenssjukdom är genomförandeplanen särskilt viktigt och den ska med stöd av levnadsberättelsen beskriva hjälpen utifrån individens behov och önskemål samt besvara frågorna Vad? När? Hur? och Vem? Genomförandeplanen ska följas upp när ett behov förändras, dock minst en gång i halvåret.

### **Så här gör vi i Blekinge – *Levnadsberättelse och genomförandeplan***

**Levnadsberättelsen** tas fram tillsammans med den enskilde individen och anhöriga. Berättelsen beskriver områden som berättar vem personen är och vem personen varit från barndomen och framåt och utgör stöd för personcentrerad omvårdnad.

**Genomförandeplanen** tas fram av kontaktpersonal tillsammans med individen och eventuellt anhöriga/närstående. Genomförandeplanen ska beskriva hur beviljade insatser ska utföras så det blir enligt vårdtagarens önskemål samt besvara frågorna Vad? När? Hur? och Vem?

Kontaktpersonalen ansvarar för att genomförandeplanen upprättas och revideras när behoven förändras, dock minst en gång i halvåret.

## Stödinsatser

Det tar ofta flera år mellan att förändringar sker i hjärnan och att individen får symtom av demenssjukdom. När en person har fått diagnos påtalas vikten av både social och fysisk aktivitet. Information kring demenssjukdomen, bemötande mm erbjuds både den drabbade personen och dennes anhöriga. Vid behov tas kontakt med kommunens biståndshandläggare för att utreda behov av stöd i vardagen.

Demenssjukdom leder till olika former av funktionsnedsättningar som efterhand succesivt förvärras i takt med sjukdomens fortskridande. För att öka möjligheten till ett gott liv för såväl personen med demenssjukdom som anhöriga, behövs olika typer av stöd i vardagen som anpassas till den aktuella situationen. Stödinsatserna från hälso- och sjukvård och socialtjänst ska ges utifrån ett personcentrerat arbetssätt som underlättas av att vård och omsorg är teambaserad och multiprofessionell. Arbetssättet bidrar till ökad kontinuitet och ett helhetsperspektiv i den vård och omsorg som erbjuds. Utformning och innehåll i de olika formerna av stöd kan även bidra till att förhindra eller lindra olika former av BPSD.

Insatser kan behöva planeras mellan flera olika vårdgivare och då kan en SIP (Samordnad Individuell Plan) bli aktuell (bilaga 1). Vid en sådan planering träffas professionerna med individ och eventuellt anhöriga för att klargöra vem som ansvarar för vilka insatser och det tydliggörs också att varje insats ska ha ett mål som följs upp vid ett fastställt datum.

### Stöd i ordinärt boende

Personal i hemtjänsten möter personer med minnesproblematik och andra kognitiva svårigheter, några av dem är på väg att utveckla demenssjukdom och andra har en demensdiagnos. Personalen ställs inför olika svåra utmaningar för att kunna ge god omsorg i vardagen. Detta innebär att personal i hemtjänsten behöver kunskap om demenssjukdomar, symtom och bemötande. Den unika personen med demenssjukdom ska stå i fokus och inte sjukdomsdiagnosen. Vidare behöver det finnas ett utrymme för flexibilitet i utförandet av insatser. För att kunna utföra beviljade insatser kan det även vara stor variation mellan hur mycket motiverande arbete som krävs.

Det finns flera olika kognitiva hjälpmedel som syftar till att ge personer med demenssjukdom stöd för minnet samt öka eller bibehålla sin självständighet och aktivitetsförmåga. Detta beskrivs närmare i avsnittet om hjälpmedel (se sid 16).

#### **Så här gör vi i Blekinge – *Stöd i ordinärt boende***

- Demenssjuksköterska erbjuder ett individanpassat stöd och information till individen
- Beviljade insatser i hemmet planeras och utförs flexibelt utifrån individens behov.
- Insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst ges utifrån ett personcentrerat arbetssätt där stor vikt läggs vid kontinuitet.

## Särskilt boende

Ett särskilt boende kan vara utformat på olika sätt. Det vanligaste är att särskilda boenden som är anpassade för personer med demenssjukdom har 10 lägenheter eller färre. Personer med demenssjukdom ska kunna erbjudas anpassat boende som har inkluderande boendemiljö och som är småskaligt. Det finns inga bestämmelser kring hur många lägenheter som kan ingå i ett boende för att det ska få kallas småskaligt. En inkluderande boendemiljö innebär en miljö som känns bekant för personer med demenssjukdom och den främjar känslan av att vara välkommen i dagliga aktiviteter. I boendemiljön är det övergripande ett lugnt tempo och vårdarbetet utgår ifrån individens personliga rytm. Till exempel kan nämnas rätten att få vakna och stiga upp i egen takt, äta frukost när det passar, få hjälp att utföra vardagssysslor, få komma ut i friska luften och få tillfälle till särskilda aktiviteter efter intresse och egna önskemål etc. I ett särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom är det viktigt att eftersträva hög personalkontinuitet så personer som är i behov av vård och omsorg i stor utsträckning möter samma personal. Vidare är det viktigt att personalen arbetar med genomförandeplan samt BPSD-registrets bemötandeplan och de gemensamt beslutade vårdåtgärderna.

### Så här gör vi i Blekinge – *Särskilt boende*

- Erbjuder anpassat boende för personer med demenssjukdom som har inkluderande boendemiljö och är småskaligt.
- Tillhandahåller en fysisk miljö som är personligt utformad och skapar förutsättningar för hemkänsla
- Säkerställer en lugn miljö där vårdarbetet är personcentrerat.
- En inflyttning till särskilt boende bör förberedas i god tid och om möjligt ska anhöriga involveras. Det ska finnas möjlighet att besöka det särskilda boendet och personalen där ska få ta del av personens levnadsberättelse.

## Dagverksamhet

Syftet med dagverksamhet är att ge personer med demenssjukdom gemenskap och aktivitet och samtidigt erbjuda anhöriga en tillfällig avlösning. Dagverksamheten kan bidra till social samvaro, struktur och innehåll i dagen, aktiviteter och sysselsättning. Dagverksamheten ger personer med demenssjukdom möjlighet att bo kvar i sitt hem samtidigt som anhörigas situation kan förbättras genom minskad psykisk och fysisk belastning.

### Så här gör vi i Blekinge – *Dagverksamhet*

- Erbjuder dagverksamhet som är anpassad till personer med demenssjukdom i mild till måttlig grad.
- Erbjuder dagverksamhet som är anpassad för yngre personer med demenssjukdom

## Stöd till anhöriga

Kommuner är skyldiga att erbjuda ett individuellt anpassat stöd till anhöriga som vårdar en närstående, för att underlätta och förebygga ohälsa. Socialstyrelsen anser att socialtjänsten och hälso- och sjukvården bör erbjuda anhöriga möjligheter till att få information, utbildning och olika former av avlösning. Informations- och utbildningsinsatser till anhöriga har bla. visat sig ge en lägre grad av upplevd belastning hos anhöriga. Avlösningen kan vara i hemmet, i dagverksamhet eller i korttidboende/växelvård. Avlösning har visat sig ha goda effekter för såväl personen med demenssjukdom som anhöriga.

### Så här gör vi i Blekinge – *Stöd till anhöriga*

- Demenssjuksköterskan kan ge information om sjukdomen och dess konsekvenser samt hjälpa till att utifrån varje anhörig/familjs situation och behov vägleda till individuellt anpassat stöd till anhöriga
- I varje kommun kan erbjudas anpassade informations- och utbildningsinsatser samt psykosocialt stöd till anhöriga
- I varje kommun ska erbjudas olika former av avlösning
- Ett individuellt anpassat stöd till unga anhöriga till personer med demenssjukdom ska erbjudas

## Stöd till yngre med demenssjukdom

I Sverige finns ca 9500 personer med demenssjukdom som är under 65 år. Jämfört med dem som drabbas högre upp i åldrarna befinner sig dessa personer mitt i livet, de har ett jobb, familj och kanske yngre barn. Familjen drabbas på ett annat, mer direkt sätt. Tilltagande svårigheter att minnas, koncentrera sig gör att det bla. blir svårt att sköta sitt arbete. Utredningen tar ofta lång tid då demenssjukdom inte alltid är det första man tänker på. Personer med utmattningssyndrom kan ha samma symtom med trötthet, sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter och glömska. Även depression kan ge liknande symtom.

Yngre personer med demenssjukdom behöver ett annat stöd och Socialstyrelsen rekommenderar särskild dagverksamhet för denna målgrupp. Stöd söks i första hand enligt LSS, Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade. Det råder oklarheter hur demenssjukdom ska betraktas i denna lagstiftning – är det kroppslig eller psykisk sjukdom? Denna oklarhet gör att yngre personer inte alltid får den hjälp de behöver på ett tidigt stadium då kanske ledsagning, kontaktperson eller dagverksamhet kan vara aktuellt. I de fall då det finns minderåriga barn behöver skolan kopplas in. Om make/maka/sambo arbetar behöver kanske personen med demenssjukdom stöd i vardagen med att planera, genomföra och slutföra dagliga aktiviteter. Personen riskerar att isoleras då jämnåriga vänner fortfarande arbetar.

I Karlskrona har sedan hösten 2013, yngre personer med demenssjukdom, kunnat erbjudas en studiecirkel ”Att slippa göra resan ensam”, ett studiematerial framtaget av Demensförbundet och Studieförbundet Vuxenskolan (bilaga 1). Efter studiecirkeln erbjuds samtalsgrupp och senare dagverksamhet. Då målgruppen är liten kan denna modell för stöd vara svår att genomföra i mindre kommuner.

# Stöd för aktivitet och träning

## Aktivitet

Att drabbas av nedsatt kognitiv förmåga påverkar hur personen klarar att utföra aktiviteter och sysslor som är viktiga. Detta påverkar i sin tur livskvaliteten. Tidig upptäckt av en kognitiv nedsättning och dess konsekvenser i vardagen ökar möjligheterna att sätta in tidiga åtgärder för att förhindra inaktivitet och istället bevara eller öka livskvaliteten. När sjukdomen framskrider kan det vara svårt att få med personen i vardagens aktiviteter. Det är viktigt att personer runt omkring har god kännedom om personen med demenssjukdom så att bemötandet blir professionellt och att det ges möjlighet med lämpliga aktiviteter. En noggrann kartläggning är av stor vikt där levnadsberättelsen kan vara en bra utgångspunkt när aktiviteter planeras.

Arbetsterapeut utreder och bedömer personen i aktivitet och tar hänsyn till både resurser och begränsningar. De arbetsterapeutiska åtgärderna utgår ifrån kognitivt stöd i vardagens aktiviteter. Det kan vara att anpassa miljön i hemmet exempelvis hitta strategier som förenklar och förtydligar en aktivitet bland med hjälp av bild och/eller text. Arbetsterapeuten kan vid behov skriva bostadsanpassningsintyg för spisvakt som kan möjliggöra att personen kan fortsätta att vara aktiv med matlagning. En annan insats är förskriva kognitiva hjälpmedel, se Hjälpmedel och välfärdsteknik. Det är viktigt att vara steget före i insatserna för att förebygga framtida förluster av funktioner och förmågor.

## Hjälpmedel och välfärdsteknik

Beprovd erfarenhet visar att det blir allt svårare att introducera nya hjälpmedel ju längre sjukdomen utvecklats och kognitiva hjälpmedel bör diskuteras och erbjudas så tidigt som möjligt i förloppet. Ett hjälpmedel kan förskrivas utan att det finns en diagnos. Arbetsterapeuten gör en bedömning om personen är berättigad för att få aktuellt hjälpmedel förskrivet (bilaga 1).

Det finns olika kognitiva hjälpmedel vars syfte är att ge personen stöd för minnet och ge struktur för att öka eller behålla personens självständighet och aktivitetsförmåga. Kognitiva hjälpmedel kan vara veckoschema, elektronisk kalender, programvara till mobiltelefon eller surfplatta för planering och struktur. Tyngdtäcke är ett annat hjälpmedel som kan användas vid bland annat oro och ångest. Det är viktigt att det finns personer i omgivningen som kan vara till stöd för personen i användandet av hjälpmedlet. Vad som är ett förskrivningsbart hjälpmedel skiljer sig i landet och kan ändras över tid. I Blekinge finns anvisningar för de hjälpmedel som är förskrivningsbara. Där står det också vem som är berättigad samt vilken profession som är förskrivare. De flesta hjälpmedel som är förskrivningsbara är medicintekniska produkter där Hälso- och sjukvårdslagstiftningens regelverk gäller. Hjälpmedel som inte är medicintekniska produkter exempelvis mobila larm med GPS-larm är en konsumentprodukt och faller utanför regelverket där exempelvis patientskadlagen gäller. Detsamma gäller om privatperson köper ett hjälpmedel på egen hand då det är ett egenansvar där konsumentköplagen gäller.

Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet och självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning. Den kan användas av personen själv, anhöriga eller personal. Det kan ges som bistånd, förskrivas som hjälpmedel för det dagliga livet eller köpas på konsumentmarknaden. Exempel på välfärdsteknik är mobila larm med GPS där larmet ger möjlighet att vara aktiv utomhus. Digital teknik som ger påminnelse när det är dags att ta sin medicin är ett annat exempel. Vid välfärdsteknik såväl vid annan förekomst där åtgärder kan vara tvingande eller begränsande ska ställningstagande göras där personen som ska använda tekniken ger sitt samtycke, se även rubriken ”Tvångs- och begränsningsåtgärder”. Användandet av välfärdsteknik ska alltid utgå ifrån



individens behov. En del av det som benämns som välfärdsteknik är idag förskrivningsbart hjälpmedel.

### **Så här gör vi i Blekinge – *Aktivitet, Hjälpmedel och Välfärdsteknik***

- Tidigt erbjuda individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel till personer med kognitiv svikt/person med demenssjukdom.
- Anpassa miljön i hemmet för att förenkla och förtydliga aktiviteter
- Inom ramen för den dagliga omvårdnaden erbjuda personer med demenssjukdom möjlighet att delta i individuellt anpassade aktiviteter.
- Utforma miljöer som stimulerar till aktivitet.

### **Fysisk träning/aktivitet**

Idag finns det forskningsresultat som visar att hjärnan kan nybilda hjärnceller och stimuleras att fungera bättre av fysisk träning. Fysisk träning bör ligga på en ansträngningsnivå som ligger över den man brukar använda för att förmågan ska öka. Daglig träning visar att hjärnan markant förbättrar sin uppmärksamhet i förhållande till de som inte rör på sig. Fysisk träning är positiv för alla och kan förbättra förmågan att klara ADL och andra funktioner. Sjukgymnast/fysioterapeut ordinerar träning på rätt nivå vid såväl demenssjukdom som andra sjukdomstillstånd. Fysisk aktivitet på rätt nivå kan ge upplevelser av självständighet och förmåga, vilket kan stärka självkänsla och självförtroende. Fysisk aktivitet kan även medverka till att lindra oro, ångest och depression.

Utifrån var och ens individuella förmåga bör personen erbjudas ”vardagsrehabilitering” ex gångträning, vardagliga aktiviteter samt promenader. Personal som möter personen i vården bör arbeta efter ett rehabiliterande förhållningssätt vilket hjälper personen att behålla sina funktioner. Dessa vardagliga aktiviteter kan initieras av samtliga yrkeskategorier eftersom det inte är någon specifik ordinerad träning. Aktivitet/träning ska vara en positiv upplevelse vilken är den mest hälsofrämjande. Träningen bör också bestå av flera fysiska komponenter såsom styrka, uthållighet, balans samt rörlighet. Viktigt är också specifik träning av färdigheter som är nödvändiga i dagliga livet.

### **Så här gör vi i Blekinge – *Fysisk träning/aktivitet***

- Utöver daglig fysisk aktivitet erbjuds personer med måttlig till svår demenssjukdom möjlighet till individanpassad träning i medelhög till hög intensitet utformad av sjukgymnast/fysioterapeut

## **Tvångs- och begränsningsåtgärder samt skyddsåtgärder**

En tvångs- och begränsningsåtgärd är en åtgärd som syftar till att begränsa eller utöva tvång mot den enskilde. Det handlar om att genomföra åtgärder mot den enskildes vilja eller frihetsberöva eller begränsa rörelsefrihet. Den enskilde har inte gett samtycke till åtgärden. Tvångs- och begränsningsåtgärder är enligt gällande regelverk inte tillåtna inom vård- och omsorg. I undantagsfall kan nödrätt åberopas.

Svenskt demenscentrum har tagit fram en handledning för verksamma inom vård och omsorgsområdet för att nå en nollvision för en demensvård utan tvång och begränsningar (bilaga 1). Ett viktigt steg för att undvika beteenden som skapar svåra situationer är att vården och omsorgen är personcentrerad för att kunna läsa av varje person och bemöta, hjälpa och stödja i det som är viktigast för stunden. Det är också viktigt att kartlägga utlösande faktorer och upprätta en bemötandeplan med planerade individanpassade vårdåtgärder (se BPSD sid 10)

En skyddsåtgärd är en åtgärd som används för att uppnå ett gott syfte, till exempel att förhindra fall, att erbjuda en bra sittställning vid måltiden eller att ge personen med demenssjukdom stimulans och möjlighet till social interaktion. Skyddsåtgärder är begränsningsåtgärder som kräver samtycke. Exempel kan vara en sänggrind, en rullstol med brickbord, eller generella larm som passagelarm vid ytterdörren eller individuella larm som larmmattor samt säng- och rörelsevakter. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av skyddsåtgärder till personer med demenssjukdom. Personer med demenssjukdom och behov av skyddsåtgärder har ofta svårt att uttrycka behov och kommunicera. Därför är det viktigt att kontinuerligt observera och utvärdera insatta skyddsåtgärder i syfte att värna den enskildes självständighet och integritet.

### **Så här gör vi i Blekinge – *Tvångs- och begränsningsåtgärder samt skyddsåtgärder***

- Arbetar för att minska användningen av tvingande och begränsade åtgärder inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom.
- Förebyggande arbete i syfte att förhindra att det uppstår situationer som skapar oro, ilska eller fara för personen själv eller omgivningen. Den personcentrerade omvårdnaden är förutsättningen. Levnadsberättelse, genomförandeplan, kartläggning, diskussion och dokumentation är verktygen.
- Strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av skyddsåtgärder enligt lokala rutiner

## Sammanhållen uppföljning

En årlig medicinsk och social uppföljning av personen med demenssjukdom och dennes anhöriga syftar till att bedöma sjukdomen och dess konsekvenser, personens behov av medicinskt och psykosocialt stöd samt att se till att detta tillgodoses. Uppföljningen anpassas till den enskilde individens situation och behov. För att kunna ha ett helhets- och preventivt perspektiv på situationen kring den enskilde personen och anhöriga, är det viktigt att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens uppföljning är sammanhållen. En samordnad individuell plan (SIP) kan vara ett verktyg vid den gemensamma uppföljningen (bilaga 1).

## Hälso- och sjukvårdens uppföljning

Hälso- och sjukvårdens uppföljning omfattar vanligtvis en medicinsk undersökning, en läkemedelsgenomgång, en strukturerad bedömning av personens funktions- och aktivitetsförmåga samt ett samtal med anhöriga. Uppföljningen är särskilt viktig eftersom personer med demenssjukdom oftast är äldre med ökad risk för andra sjukdomar och ofta behandlas med flera läkemedel.

## Socialtjänstens uppföljning

Socialtjänstens uppföljning syftar till att bedöma om personen får sina behov tillgodosedda av socialtjänsten och om det är aktuellt att uppdatera genomförandeplanen, ompröva eller besluta om biståndsinsatser.

### Så här gör vi i Blekinge – *Sammanhållen uppföljning*

- Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör årligen göra en sammanhållen uppföljning av läkemedelsbehandling, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, beviljade biståndsinsatser samt andra vård- och omsorgsinsatser.
- Genomföra en årlig uppföljning i kvalitetsregistret Svedem (bilaga 1).
- Genomföra uppföljning i BPSD-registret (bilaga 1) efter 5-6 veckor eller tidigare vid behov. Efter att man funnit väl fungerade bemötandplan och vårdåtgärder sker uppföljning när behov förändras, dock minst en gång om året. Fungerande vårdåtgärder förs in i genomförandeplanen.

## Utbildning, träning och handledning

Personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom bör erbjudas långsiktig och kontinuerlig utbildning i kombination med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg. Detta har visat sig ha positiv effekt på BPSD hos personer med demenssjukdom. Olika professioner bör bli föremål för insatserna men särskilt undersköterskor som har mest kontakt med målgruppen. Bistånds- och LSS-handläggare är en annan grupp som ofta har kontakt med personer med demenssjukdom som också bör bli föremål för utbildningsinsatser.

Ett sätt att öka kunskaperna kring demensområdet är att genomföra en webbutbildning. Svenskt demenscentrum har samlat aktuella webbutbildningar på sin hemsida (bilaga 1). Webbutbildningarna är riktade till såväl en bredd av professioner och som till särskilda målgrupper.

### **Så här gör vi i Blekinge – *Utbildning, träning och handledning***

- All nyanställd personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som kommer att möta personer med demenssjukdom genomför ***Demens ABC***.
- Bistånds- och LSS-handläggare genomför ***Demens ABC plus Biståndshandläggare***
- På lokal nivå utforma en plan för hur långsiktig och kontinuerlig utbildning, träning och handledning ska utformas för personal som möter personer med demenssjukdom.

# Bilagor

Bilaga 1 finns med i detta dokument. Övriga bilagor finns att hämta på [www. XXXXXX](http://www.XXXXXX)

- Bilaga 1.     Nyttiga länkar
- Bilaga 2.     Vägledning vid diagnostik
- Bilaga 3.     Ortostatisk blodtrycksserie

## Bilaga 1

## Nyttiga länkar

### Länkar kopplade till olika delar i de Regionala riktlinjerna

#### Demenssjukdomar (sid 1)

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

#### Personcentrerad vård (sid 2)

Nationella riktlinjer – Utredning, vård och omsorg vid demenssjukdom 2017, Socialstyrelsen:  
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-2>

#### SveDem (Svenska demensregistret) (sid 5, 6, 19)

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

#### Körkort (sid 6)

Faktablad Bilkörning och demens:

[http://www.demenscentrum.se/globalassets/faktablad\\_pdf/fakta\\_korkort\\_low\\_16.pdf](http://www.demenscentrum.se/globalassets/faktablad_pdf/fakta_korkort_low_16.pdf)

Läkares anmälningsskyldighet:

<https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/Korkort/trafikmedicin/lakaren-anmalningsskyldighet/>

#### Vapen (sid 6)

Faktablad Vapen och demens:

[http://www.demenscentrum.se/globalassets/faktablad\\_pdf/fakta\\_vapen\\_low.pdf](http://www.demenscentrum.se/globalassets/faktablad_pdf/fakta_vapen_low.pdf)

Läkares anmälningsskyldighet enligt vapenlagen – Vägledning för rättstillämpning:

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-10-13>

Blankett anmälan:

<https://www.socialstyrelsen.se/blanketter/Documents/2017-3-31-Blankett-anmalan-vapen.pdf>

#### BPSD-registret (sid 10, 11, 19)

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

#### Samordnad individuell plan - SIP (sid 13, 19)

Landstinget Blekinge:

<http://ltblekinge.se/globalassets/for-vardgivare/ledningssamverkan-lsvo/projekt/samspel/samspel-2.0.pdf>

#### Stöd till yngre med demenssjukdom (sid 15)

Studiematerial framtaget av Demensförbundet och Studieförbundet Vuxenskolan

<http://www.demensforbundet.se/sv/butik/e/18/att-slippa-gora-resan-ensam/>

#### Hjälpmedel (sid 16)

Fakta om hjälpmedel på 1177: <https://www.1177.se/Blekinge/Tema/Hjalpmedel>

### **Tvångs- och begränsningsåtgärder samt skyddsåtgärder (sid 18)**

Nollvisionen- för demensvård utan tvång och begränsningar

<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetsatt/Nollvision--for-en-demensvard-utan-tvang-och-begransningar1/>

Socialstyrelsen: Meddelandeblad: Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19309/2013-12-34.pdf>

### **Utbildning, träning och handledning (sid 19)**

Avgiftsfria webbutbildningar hos Svenskt demenscentrum

<http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/>

## **Övriga länkar**

### **Nationella riktlinjer – Utredning, vård och omsorg vid demenssjukdom 2017**

Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-2>

### **Checklista demens**

*Checklista demens* är ett lättanvänt och verksamhetsnära verktyg för att följa upp de nationella riktlinjerna ute på den enskilda arbetsplatsen. Den finns i två varianter, den ena för särskilt boende, den andra för hemtjänst.

<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Aktivitets---somprofil/Checklista-demens/>

### **Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka)**

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

### **Demensförbundet**

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

### **Alzheimer Sverige**

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