

VÅRDPROGRAM DEMENS 2019-2020

FÖR PERSONER MED KOGNITIV SVIKT ELLER
DEMENS SJUKDOM I KRONOBERGS LÄN

ETT SAMARBETE MELLAN LÄNETS KOMMUNER OCH REGION KRONOBERG



Innehållsförteckning

Inledning	4
Gemensam strategi för äldre Kronobergs län.....	4
Gemensam handlingsplan för äldre Kronobergslän	4
Arbetsgrupp.....	5
Syfte	5
Demenssjukdomar.....	5
Symtom och kliniska fynd vid demenssjukdom – se kognitiva domäner.....	6
Utredning.....	7
Personcentrerad omvårdnad.....	7
Multiprofessionellt team.....	7
Samverkan.....	8
Kriterier demenssjukdom.....	8
Basal demensutredning.....	8
Aktuell status/symtom	9
Kognitiv testning	9
Efter basal utredning.....	10
Uppföljning av demenssjukdom	10
Utvidgad demensutredning.....	11
Utvidgad demensutredning vid Downs syndrom.....	11
Remissinnehåll för utvidgad utredning	12
Utvidgad utredning.....	12
När remitteras patienten tillbaka till primärvården?.....	12
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD.....	12
Läkemedelsrekommendation.....	13
Personalkompetens och utbildning	13
Överenskommelse	13
Vårdplanering.....	13
Kommunal vård och omsorg.....	13
Levnadsberättelse	14
Fysisk aktivitet.....	14
Riskbedömning	14
Skydds/tvångs och begränsningsåtgärder.....	15

Kvalitetsregister	15
Närstående.....	15
Våld i nära relationer.....	15
Kognitiva hjälpmedel och välfärdsteknik	16
Vård i livets slutskede.....	16
Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.....	16
Länkar och referenser	18

Inledning

Samhällsutvecklingen medför ökade krav på välfungerande kognitiva funktioner. För den som sviktar kan tillvaron bli svår att bemästra. Oavsett om den kognitiva svikten drabbar en person i arbetsför ålder eller den åldrade individen kan konsekvenserna bli allvarliga.

Betydelsen av att i tid uppmärksamma problemet, identifiera underliggande sjukdom och sätta in behandling har gediget vetenskapligt stöd. När patienten utretts, bakomliggande orsak fastställts och relevanta åtgärder vidtagits förbättras oftast livskvaliteten för berörda.

För att ge kronobergarna god, tillgänglig och kvalitetssäkrad jämlik vård av kompetent och kunnig personal har vårdprogram för demenssjukdomar i Kronobergs län reviderats. Syftet är att kunna erbjuda utredning, behandling och stödinsatser för personer med misstänkt/eller diagnostiserad demenssjukdom, samt stödinsatser för närstående på ett adekvat och samstämmigt sätt.

Vårdprogrammet är framtaget efter Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2010 och 2017 som belyser evidensbaserade och utvärderade metoder. Dessa riktlinjer belyser vikten av välutbildad personal i ämnet var än jag som patient är i för behov av vård.

Vårdprogrammet omfattar hela vårdkedjan i sjukdomsförloppet och gäller oberoende huvudman. Att drabbas av demenssjukdom innebär oftast att man är i behov av både insatser från såväl hälso-och sjukvård som socialtjänst vilket då kräver nära och välfungerande samarbete.

Gemensam strategi för äldre Kronobergs län

Gemensam strategi för äldre i Kronoberg 2017-2025. För god samordning mellan kommuner och Region Kronoberg med individen i fokus. Skapa en gemensam grundplåt för fortsatt strävan efter bästa möjliga hälsa, samt vård, omsorg och rehabilitering för den äldre befolkningen i länet. (2)

Gemensam handlingsplan för äldre Kronobergslän

Gemensam handlingsplan för äldre i Kronoberg 2018-2025. En handlingsplan om hur vi tar Kronobergs gemensamma äldre strategi till handling. Ska skapa förutsättningar för ökad samverkan och strukturförändringar över organisationsgränserna och därmed skapa mervärde för den äldre befolkningen i Kronobergs län. (3)

I detta lokala vårdprogram används terminologin demens. Kognitiv sjukdom är benämning som kommer att ersätta demensbegreppet. Av kontinuitetsskäl är i denna version av vårdprogrammet den nyare terminologin ännu inte helt konsekvent genomförd. Den diagnostiska säkerheten av underliggande hjärnsjukdom bör anges som möjlig (uppfyller symtomkriterier) sannolik (även stöd av bio markörer) eller definitiv (vid påvisad genetisk orsak eller PAD).

Vårdprogrammet antogs och undertecknades.....

Denna version är en revidering av tidigare lokalt vårdprogram från 2004, reviderats 2007, 2010/2011.

Arbetsgrupp

Denna revidering av Vårdprogrammet har utarbetats av:

Margaretha Andersson, Demenssjuksköterska Ljungby kommun

Anna Bergman, Fysioterapeut Region Kronoberg

Marita Jonsson, Medicinsk ansvarig sjuksköterska Växjö kommun

Maria Kaukinen, Vårdenhetschef Äldrepsykiatriska enheten Region Kronoberg

Anna Karlsson, Arbetsterapeut Primärvårdsrehab Syd Region Kronoberg

Helen Lejtzen, Distriktsläkare Vårdcentralen Capio Hovshaga

Pernilla Risberg, Enhetschef Tingsryd kommun

Marianne Wirdmo, Demenssamordnare Region Kronoberg

Syfte

Vårdprogrammet skall ses som ett arbetsverktyg till att ge kunskap om demenssjukdomar/demensvård. Det skall också bidra till att patienter med misstänkt/diagnosticerad demenssjukdom skall få en kvalitetssäkrad och jämlik diagnostik, vård och omsorg som bygger på vetenskap och evidens.

Demenssjukdomar

Det finns flera olika typer av demenssjukdom. Några av de vanligaste demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Lewykroppsdemens, frontotemporal demenssjukdom och blanddemens, som innebär att personen har både Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. Demenssjukdom har olika symtom och förlopp beroende på vilken typ av demens personen lider av.

Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen. Symtomen kommer oftast smygande och tilltar efterhand. Typiska tidiga symtom är minnesnedsättningar, koncentrationssvårigheter, lätta språkliga nedsättningar, samt nedsatt orienteringsförmåga.

Vaskulär demens kan debutera plötsligt och har ett trappstegsliknande förlopp. Orsaken är proppar eller blödningar i hjärnan som leder till syrebrist och hjärncellsdöd. Symtomen varierar beroende på vilka delar av hjärnan som är skadade.

Lewykroppsdemens är ett tillstånd med likheter utav både Alzheimers sjukdom och Parkinsons sjukdom. Tidiga tecken kan vara trötthet, nedsatt uppmärksamhet och rumslig orientering. Minnesnedsättningen brukar komma senare. Andra vanligt förekommande symtom är ökad falltendens och synhallucinationer. Tidiga symtom är också symtom som är typiska vid Parkinsons sjukdom, såsom stelhet, begränsad mimik samt ökad salivation.

Fronotemporal demens, kännetecknas av att skadan sitter i främre delen av hjärnan. Förloppet är smygande. Tidiga tecken är personlighetsförändring, bristande omdöme eller nedsatt språklig förmåga, minnet brukar inledningsvis inte vara speciellt påverkat. Sjukdom börjar i regel 50-60 års ålder men kan även börja tidigare.

De vanligaste demenssjukdomarna finns beskrivna på: 1177(4), Svenskt Demenscentrum (5)

Symtom och kliniska fynd vid demenssjukdom – se kognitiva domäner

Symtom vid kognitiv svikt skiljer sig åt beroende på den underliggande sjukdomen. Vanliga symtom kan delas in enligt följande åtta kognitiva domäner.

1. Uppmärksamhet.

Är den övergripande funktionen för att upprätthålla övriga funktioner. Exempel: svårigheter att hålla tråden i samtal, upprepa telefonnummer eller adresser, huvudräkning, svarslatens och förlångsammad bearbetning.

2. Exekutiva funktioner

Här ses förmågan att initiera och planera uppgifter, samt utföra dem ändamålsenligt. Exempel: initiativlöshet, svårighet vid komplexa uppgifter (framför allt med flera olika moment) som att betala räkningar, följa bruksanvisningar, handhavande av apparater och kontokortsbetalning.

3. Minne

Viktigast är att fokusera på förmågan att lagra in och komma ihåg händelser eller samtal som skett nära i tiden (timmar, dagar, veckor). Personen behöver ofta bli påmind. Exempel: upprepning i samtal eller svårigheter att komma ihåg vad som nyss sagts eller skett, passa tider eller veta vilken dag/månad/år det är.

4. Språk

Delas upp i svårigheter att förstå (impresiv) eller uttrycka sig (expressiv) verbalt. Exempel: svårigheter att förstå instruktioner eller vad andra säger, finna ord (använder omskrivningar eller allmänna termer och floskler) samt stakande i talet och upprepande av vad andra säger.

5. Visuospatial förmåga
Avser tolkning av synintryck som är viktig för bland annat navigering, rumsuppfattning, igenkänning och många praktiska sysslor. Exempel: svårigheter att hitta i sitt närområde eller i nya miljöer, orientera sin kropp till omgivningen (exempel sätt sig i en stol) och parkera bilen. Ofta försvåras symtomen vid mörker eller skymning.
6. Social kognition
Avser beteende och personlighetsaspekter. Exempel: omdömessvikt, svårigheter att notera sociala signaler och att läsa ansiktsuttryck, blödighet, känslomässig avflackning, försämrade empati, aggressivitet, bristande insikt, social isolering eller förändrat matbeteende.
7. Neurologiska symtom
Balanssvårigheter, förlångsammad motorik, tremor, ändrat gångmönster. Exempel: bredspårig gång, små och trippande steg, urininkontinens, dysartri, sväljningssvårigheter eller nedsatt luktsinne.
8. Psykiska symtom
Nedstämdhet, initiativlöshet, ångest, vanföreställningar, hallucinationer (för syn och hörsel), uttalad dagtrötthet eller utagerande av drömmar (REM-sömnstörning).

Utredning

Utredning av kognitiva funktioner kan delas in i två nivåer. Vanligtvis görs basal utredning för att fastställa/utesluta demenssjukdom.

- Basal demensutredning
- Utvidgad demensutredning

Vid misstanke om demenssjukdom är det viktigt med en snabb och adekvat medicinsk utredning för att bedöma den kognitiva förmågan och om möjligt fastställa eller utesluta demenssjukdom utav personal med kompetens inom området.

All vård och omsorg kring personen med misstänkt/demenssjukdom skall ske med ett personcentrerat förhållningssätt, i dynamiska multiprofessionella team och i samverkan oberoende huvudman. Från misstanke om kognitiv svikt till vård i livets slutskede.

Personcentrerad omvårdnad

Med detta menas att personen och inte misstänkt/demenssjukdomen sätts i fokus. Vården och vårdmiljön bör göras personlig samt att man som personal har kunskap om personens levnadsvanor, värderingar, prioriteringar och bemötas med respekt. Personen ses som en aktiv och delaktig samarbetspartner och att som personal bekräftar dennes upplevelse av världen.

Multiprofessionellt team

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

sjuksköterska som personen först har kontakt med, men allteftersom personens behov av vård förändras tilltar behovet av andra professioners kunskap och insatser. Ett multiprofessionellt arbetssätt krävs för att ge bättre förutsättningar till att ge en mer heltäckande vård och omsorg med ambitionen att tillgodose personens behov utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Samverkan

Vid denna sjukdom är det av yttersta vikt att samverkan sker mellan olika verksamheter och mellan olika huvudmän. Arbetet ska bedrivas i nära samverkan mellan hälso-sjukvård och socialtjänst. I de fall en person har behov av både vård- och omsorgsinsatser ska socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillsammans upprätta en Samordnad Individuell Plan, SIP, vilket är ett verktyg i samordningen av personens olika insatser.

Kriterier demenssjukdom

Skall finnas en minnesnedsättning, reduktion av ytterligare minst 1 kognitiv förmåga (tänkande, orientering, förståelse, språk, räkning och inläring), tydlig sänkning från tidigare prestationsnivå, ej samtidigt med konfusion, nedsättning av emotionell kontroll eller motivation alternativt förändrat socialt beteende. Symtomen skall ha funnits minst i 6 månader. Besvären skall ha varit utav den grad att det dagliga livet är påverkat. För att demensdiagnos ska kunna ställas krävs kriterier enligt ICD 10. Svenskt Demenscentrum(6)

Mål med utredningen:

- Är det demenssjukdom?
- Om ja, vilken typ?
- Vilka nedsättningar finns? och hur kan vi kompensera dessa nedsättningar genom lämpliga stödinsatser?

Basal demensutredning

Primärvården utreder i normalfallet misstänkta demenssjukdomar. Sakkunnig och omsorgsfull kognitionsdiagnostik förutsätter att adekvat tid avsätts vid flera tillfällen och inom ramen för teamarbete. Under hela sjukdomsförloppet har sjuksköterskan (först i regionens regi och sedan i kommunal regi), med stöd av läkare, en central roll för att fånga problemområden och koppla in lämpliga professioner när behov uppstår.

Basal utredning ser ut enligt följande:

- Somatiskt status, inklusive Ekg
- Psykiskt status
- Laboratorieanalys. (Blodstatus, P-glukos, elektrolytstatus, leverstatus, TSH +T4 fritt, kobolamin, Folat, SR.) Här tas ställning till kompletterande ytterligare laboratorieundersökningar: Exempelvis koncentrationsbestämning av läkemedel, syfilis, borrelia, HIV-serologi, men också till EEG och urinanalys.
- CT hjärna

- Genomgång av aktuell läkemedelsbehandling.
- Anamnes genom strukturerad intervju från patient och närstående. Manual ”checklista” för anamnesupptagning, (7) Neurokognitiv/psykogeriatrisk symptomenkät (8)

Nedanstående frågeställningar bör finnas i anamnesen och kartlagts: Tidigare/nuvarande sjukdomar. Inkluderat somatiska och psykiska. Exempel: utsatt för lösningsmedel? narkos? skalltrauma? diabetes? Hjärt- kärlsjukdom? borrelia? smärtproblematik? psykiatrisk ohälsa? Depressiv? annan sjuklighet?

- Notera sömn, syn, hörsel. längd, vikt
- Legalia. (Exempel: Körkort, vapen, god man)
- Hereditet
- Sociala förhållanden. (Exempel: tidigare utbildning och arbete, bostadsförhållande, familj, intresse, Sol insatser)
- Bruk av tobak, alkohol eller andra substanser
- Våld i nära relationer.

Aktuell status/symtom

- När, hur började symtomen? Progress?
- Minne, uppmärksamhet, visuospatial förmåga, social kognition, apraxi, språkliga funktioner, exekutiva funktioner, psykiska symtom, neurologiska symtom.
- Strukturerad utredning av funktions-och aktivitetsförmågan. (Fråga om den kognitiva svikten lett till nedsatt funktionsförmåga.)
- Fokusera på eventuell försämrad förmåga, jämfört med tidigare, och huruvida denna försämring skiljer sig i progressionshastighet och grad jämfört med ett förväntat normalt åldrande.

Kognitiv testning

Länk till manual, filmer, instruktion, tester, bedömning och tolkning av resultat av MMSE, klocktest, Rudas, AQT och MoCa. I manualen finns andra tester men det är främst nedanstående som rekommenderas. Region Skåne (9)

- MMSE-SR
- Klocktest
- RUDAS.
- Depressionsbedömning. GDS-15. (10)

Eventuell kompletterande kognitiv testning.

- MoCa test
- AQT

Den samlade informationen från utredningen ligger till grund för diagnos och fortsatt handläggning av ärendet.

Ställningstagande till hjälpmedel, exempelvis kognitionshjälpmedel, inkontinensskydd ska tas.

Efter basal utredning

- Informera om resultatet av utredningen vid ett personligt möte, gärna tillsammans med någon närstående.
- Ställningstagande till utvidgad utredning.
- Behandla eventuell depression och/eller annan behandlingsbar sjukdom.
- Informera om prognos och behandling vid diagnostiserad demenssjukdom.
- Ställningstagande till läkemedelsbehandling vid diagnosticerad demenssjukdom. Se avsnitt Psykiatri- äldre Region Kronoberg rekommenderade. (11)
- Identifiera och initiera individanpassade stödinsatser både till personen med demenssjukdom och närstående. Här beaktas minderåriga barn, annan kulturell bakgrund, etc.
- Registrera i kvalitetsregister. Efter information och samtycke registreras patienten i Kvalitetsregister SveDem. Dokumentation i journal. SveDem (12)
- Förmedla kontakt med kommunens demensansvariga och biståndshandläggare.
- Ställningstagande till fortsatt vapen- och körkortsinnehav. Vid osäkerhet gällande körkortslämplighet remittera till Trafikmedicinsk enhet (13)
- Ställningstagande och dialog till God man. Socialstyrelsens läkarintyg. (14)
- Vid misstanke om begynnande demenssjukdom men patienten uppfyller inte kriterier för demenssjukdom, fortsatt planering med ny bedömning om 6-9 månader.
- Ställningstagande till intyg för Nödändig Tandvård. Förskrivare är legitimerad personal som har förskrivningsrätt för detta intyg. Region Kronoberg, blankett (15)
- Ställningstagande till intyg för färdtjänst. Region Kronoberg, blankett (16)
- Ställningstagande till SIP och fast vårdkontakt.

Uppföljning av demenssjukdom

Syftet med uppföljningen är att bedöma sjukdomens progress och dess konsekvenser för att därigenom erbjuda individanpassade stödinsatser. Uppföljningen sker genom anamnestiskt samtal

med patient/närstående/personal samt bedömning med tester. Uppföljning av demenssjukdom sker minst en gång per år. Insatt läkemedel ska följas upp efter cirka två - tre veckors behandling för toleranskontroll och ställningstagande till dosjustering.

Beakta följande parametrar vid uppföljning för att det skall leda till personcentrerad vård och omsorg.

- Psykisk/kognitiv bedömning. BPSD?
- Funktionsmässig bedömning. ADL, hem och hushållets skötsel, körkortslämplighet etc.
- Social bedömning. Individanpassat stöd? Personcentrerade insatser?
- Fysisk/medicinsk bedömning. Nyttillkomna sjukdomar och läkemedel? Motorisk förändrad?
- Existentiell bedömning. Hur upplever man sin egen sjukdom? Sorg, rädsla, ensamhet, samtal och stöd.

Manual ”checklista” för uppföljning av demenssjukdom i primärvården (17). Svenskt Demenscentrum, utvärderingsmall (18). Uppföljning sker initialt i primärvårdens regi. Därefter i samverkan och överenskommelse.

Utvidgad demensutredning

Utvidgad utredning genomförs på äldrepsykiatriska enheten minnesmottagning och rekommenderas då den basala utredningen inte gett tillräckligt underlag för att ställning till eventuell diagnos och behandling kunnat göras.

- Speciella omständigheter (såsom yrkesverksam ålder eller språkliga, sociala respektive kulturella aspekter som komplicerar utredning)
- Kognitiv sjukdom, där trots noggrann basal utredning är genomförd behöver specialistbedömning för att med större säkerhet fastställa bakomliggande neurodegenerativ sjukdom.
- Lindrig kognitiv svikt, där tydlig misstanke finns om bakomvarande neurodegenerativ sjukdom.
- Hastigt progressivt förlopp
- Misstanke om mer ovanlig kognitiv sjukdom, exempelvis misstänkt Lewy Body typ, Parkinsonstyp eller frontotemporaltyp.
- Svårbehandlade beteendestörningar och psykiska symtom vid demens (BPSD).

Utvidgad demensutredning vid Downs syndrom

Patient med Downs syndrom där misstanke om demensutveckling noterats remitteras direkt till vuxenhabiliteringen.

Remissinnehåll för utvidgad utredning

Notera patientens egen inställning till utvidgad utredning. I remissen för utvidgad utredning ska anges:

- Resultatet av komplett basal utredning.
- Tydlig frågeställning och eventuella bakomliggande/komplicerande orsaker.

Utvidgad utredning

- Neuropsykologiska test för att bedöma minne, språk, uppmärksamhet och exekutiv och spatial förmåga.
- Strukturell magnetresonanstomografi.
- Analys av biomarkörer i cerebrospinalvätska.
- Funktionell FDG-PET.
- Bedömning och värdering av psykiska symtom.
- Diagnostisk slutbedömning. Den samlade informationen från utredningen ligger till grund för eventuell diagnos och behandling. Samma riktlinjer som ”efter utredning” gäller som vid basal utredning, se ovan.

När remitteras patienten tillbaka till primärvården?

Efter utvidgad utredning och bedömning bör patienter som är stabila i sin demenssjukdom återremitteras för uppföljning, enligt vårdprogrammet, i primärvården.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD

Under sjukdomens progress drabbas 9 av 10 personer med demenssjukdom av BPSD. Vid förekommande av psykiska besvär som depression, ångest, sömnstörningar, konfusion, psykotiska symtom eller beteendestörningar skall i första hand identifiera bakomliggande somatiska, psykosociala och miljöfaktorer.

- Åtgärd: Strukturerad kartläggning, uppföljning och utvärdering av insatser, använd BPSD register.(19)
- Personer med misstänkt/eller demenssjukdom samt depressiva besvär. Region Kronoberg lokal riktlinje (20)
- Personer med sömnsvårigheter. Registrera patientens sönmönster. Recept på ”Säröbomb” (21)
- Region Kronoberg, Sömnhandbok. (22)

- Konfusion är ett allvarligt tillstånd som obehandlad kan led till döden. Region Kronoberg, Riktlinje för behandling och omhändertagande vid konfusion.(23)

Läkemedelsrekommendation

Läkemedelsrekommendation vid olika typer av demenssjukdomar. Region Kronoberg, läkemedelsrekommendationer. (24) (11)

Personalkompetens och utbildning

Personal inom hälso- och sjukvård och social omsorg ska ha adekvat utbildning och kompetens i demenssjukdomar, bemötande och ett personcentrerat förhållningssätt. Utbildning bör vara långsiktig och kontinuerlig samt innefatta praktisk träning och handledning. Bistånds och LSS handläggare som beslutar i enskilda ärenden för personer med demenssjukdom behöver ha grundläggande kunskap och förståelse för sjukdomens konsekvenser

Förutom kunskap om demenssjukdomar ska personalen känna till personens levnadsberättelse, erfarenheter och personlighet för att förutsättningar till personcentrerad omvårdnad skall finnas.

Tid avsatt för reflektion bör finnas. Det är viktigt att som personal få stöd och kunna samtala om de olika svårigheter och situationer som kan uppstå på grund av demenssjukdomen. Ett sätt att förmedla detta stöd är att erbjuda handledning till personal som arbetar med demenssjuka Webbutbildning finns för olika yrkeskategorier samt för slutna och primärvård. Demenscentrums webbutbildning ”Demens ABC”. (25)

Överenskommelse

- Avtal som reglerar ansvar och samverkan avseende hälso- och sjukvård mellan Region Kronoberg och samtliga kommuner i Kronobergslän 2018-2022.(26)
- Vårdöverenskommelse psykiatri-primärvård 2018-2020. (27)

Vårdplanering

Vårdplan ska upprättas tillsammans med patienten. Om patienten behöver insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska en samordnad individuell plan så kallad SIP upprättas.

Kommunal vård och omsorg

När personen fått demensdiagnos bör hälso- och sjukvårdspersonal erbjuda och förmedla kontakt med kommunal demenssjuksköterska och/eller biståndshandläggare.

Behovsprövat stöd enligt Socialtjänstlagen och LSS-lagen sker genom ansökan hos biståndshandläggare. Denne gör en utredning och tar fram underlag till ett beslut om insatser. Utredningen består främst av samtal med berörda, hälso-sjukvårds- eller socialtjänstpersonal. De beviljade insatserna ska alltid utformas efter den enskildes individuella behov.

- Socialtjänstlag (28)

- LSS (29)
- För att öka möjligheten till ett gott liv behövs olika typer av stöd i vardagen som är anpassade till den demenssjukes situation. Det kan vara hjälp i hemmet, exempelvis avgiftsfri avlösning, hemtjänstinsatser, matdistribution, medicinhantering etc.
- Dagverksamhet är en biståndsbedömd insats som innebär att personen under dagtid kan vara i en anpassad verksamhet för en meningsfull vardag. Syftet är att stärka självkänslan, bibehålla funktioner, och underlätta situationen för närstående.
- Växelvård/korttidsvård. Personen med demenssjukdom vistas växelvis hemma och på särskilt boende.
- Särskilt boende. När det inte längre är möjligt att bo kvar i sitt egna hem trots olika stödinsatser bör plats i särskilt boende för personer med demenssjukdom erbjudas. Vård och omsorg kan ges dygnet runt och tillgodose betydande behov av tillsyn och omvårdnad. Boendet skall vara småskaligt och specifikt anpassat för personer med demenssjukdom.

Levnadsberättelse

För att kunna ge en kvalitativ vård för personen med demenssjukdom är det av vikt att man får fram information kring personen som den har varit tidigare i livet. Levnadsberättelsen är då ett verktyg i den personcentrerade vården. Grunden är att det handlar om händelser som har ett värde för den sjuke. Levnadsberättelsen kan fylla en viktig funktion för att förebygga BPSD. Genom att använda levnadsberättelsen handlar det om att vården och omsorgen tar hänsyn till både förfluten tid och nutid. Det finns formulär där levnadsberättelsen kan fyllas i av närstående och/eller personen med demenssjukdom. Levnadsberättelsen är en grund för den fortsatta planeringen av vård/omsorg och bör användas såväl i ordinärt boende som i särskilt boende. (30)

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan förebygga hälsoproblem, minska risken för fall och lindra symptom och fördröja utveckling av demens. Det finns även studier som visar att fysisk aktivitet och kognitiv träning kan förbättra minnet och kognitiva funktioner såsom planering.

Fysisk inaktivitet är ett problem bland personer med demenssjukdom. Personer med demens har samma behov av fysisk aktivitet som andra individer. Träningen ska bestå av konditions- och muskelstärkande träning med syftet att förbättra/bibehålla förmågan att utföra aktiviteter i det dagliga livet. En grundläggande princip är att träningen känns meningsfull och att personen tränar på rätt nivå. Demenscentrum (31)

Riskbedömning

Personer med demenssjukdom har ökad risk för urininkontinens och förstoppning. Även ökad risk för undernäring, fall, trycksår samt försämrad munhälsa. Strukturerad bedömning av detta sker genom användandet av kvalitetsregister Senior Alert. (32)

Skydds/tvångs och begränsningsåtgärder

Det finns inget lagligt stöd för att använda tvång eller begränsningar inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Kartläggning av svåra situationer kan behöva upprättas och bemötandeplan utformas. En förutsättning är kunskap och kompetens.

Personen med demenssjukdom ska skyddas från att skada sig själv men inte utsättas för någon form av tvingande åtgärd. Det är av stor vikt att arbeta förebyggande så att situationer inte uppstår där man måste tvinga eller hindra någon. Socialstyrelsen (33). Vad är skillnad mellan skydds/tvångs och begränsningsåtgärder? Exempel: Sänggrind räknas som skyddsåtgärd om personen i fråga gett sitt godkännande. Utan detta medgivande betraktas det som tvång eller begränsning även om syftet är gott och åtgärden var till för att skydda personen. Kunskapsguiden (34) Demenscentrum, Nollvision (35)

Kvalitetsregister

Kvalitetsregister behöver användas för att:

- Följa upp vårdens och omsorgens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid.
- Ligga till grund för jämförelser av vårdens och omsorgens processer, resultat och kostnader över tid.
- Initiera förbättringar av vårdens och omsorgens kvalite och effektivitet.

SveDem, Svenska demensregistret. (12) Patienten registreras efter information och att någon demensdiagnos är fastställd. Mätinstrument för följsamheten av kvalitetsindikationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Här mäter den egna verksamheten sin egen följsamhet till nationella riktlinjer över tid.

BPSD- registret, Beteende och Psykiska symtom vid demenssjukdom. (19) Ett interaktivt och systematiskt verktyg där fokus läggs på bemötande och på individuella aktiviteter och åtgärder i omvårdnaden.

Senior Alert (32)

Närstående

Att vara närstående till en person med demenssjukdom innebär en stor omställning och medför vanligen en ökad belastning. För att undvika att bördan blir alltför stor och minska risk för utmattning behövs förebyggande stödinsatser, till exempel anpassat/individuellt stöd, utbildningsprogram, och avlastning. Utbildningsprogram bör genomföras i samverkan mellan Kommun och Region. Kommunens skyldighet att erbjuda stöd gäller närstående till personer som är äldre, långvarigt sjuka och personer vars närstående har en eller flera funktionsnedsättningar. Arbetet med stöd till närstående ska omfatta alla verksamheter, oberoende huvudman. Socialstyrelsens anhörigstöd (36) Nationellt kompetenscentrum anhöriga (37) Demensförbundet (38)

Våld i nära relationer

Upptäckten av våld mot äldre kan försvåras av att tecken kan misstas för uttryck för normalt åldrande. En begynnande kognitiv sjukdom och/eller stereotypa generationsbaserade föreställningar att äldre inte kan vara våldsutsatta. Den vanligaste formen av våld mot äldre är försummelse. Det vill säga

medveten eller omedveten förmåga hos vårdgivare att ge tillräckligt god omvårdnad. Det kan till exempel handla om fel medicinering, bristande hygien, avsaknad av förflyttningshjälp och/eller bristande nutrition. Äldre personer kan även utsättas för alla former av våld som drabbar andra åldersgrupper, som ekonomiskt utnyttjande, fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld. Våldsutövaren kan vara tidigare eller nuvarande partner, vuxna barn, släktingar eller relationer som är baserade på vänskap. Socialstyrelsen (39)

Kognitiva hjälpmedel och välfärdsteknik

Syftet är att ge personer med demenssjukdom stöd för minnet, öka tryggheten, öka eller bibehålla självständigheten och aktivitetsförmågan. Världsfärdsteknik kan ha betydelse för den personliga integriteten, varför det är viktigt att utvärdera dels funktionaliteten av den tekniska utrustningen dels t.ex. livskvalité och känsla av trygghet och självständighet hos personen med demenssjukdom. Information om kognitiva/tekniska hjälpmedel ges med fördel i tidigt skede av sjukdomen. Demensansvarig sjuksköterska/arbetsterapeut informerar/vägleder om ovanstående. Region Kronoberg, rutin (40) 1177 – Att få ett hjälpmedel (41)

Vård i livets slutskede

Livets sista tid ska vara väl planerad, dokumenterad och ha en hög omvårdnads kvalitet. Tidig palliativ fas ses vid demens under ibland flera år. Det är viktigt att personer med demenssjukdom inte missas i den palliativa vården och att omhändertagandet sker personcentrerat. Lindra lidande där man beaktar fysiska, psykiska, sociala och existentiella/andliga dimensioner. Lindring av smärta, illamående och oro. Teamarbete mellan olika professioner allt efter ett personcentrerat förhållningssätt. God kontinuitet i vården, bra samarbete mellan den sjuke, närstående och vårdpersonal. Stödet till närstående, skall vara välinformerade, delaktiga och att deras närvaro och medverkan är betydelsefull. Närhet, trygghet och tillgänglighet är av vikt för den sjuke samt ha adekvat läkemedelsbehandling. Bekräfta livet och betrakta döendet som en normal process. Demenscentrum, Vård i livets slutskede (42) Vårdhandbok vid dödsfall (43)

Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer

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

- Indikator 1. Deltagande i kvalitetsregister (SveDem och BPSD- register)
- Indikator 2. Tid från remiss eller kontaktdatum till utredningsstart (specialiserad vård)
- Indikator 3. Tid från utredningsstart till diagnos (specialiserad vård och primärvård)
- Indikator 4. Andel personer med demenssjukdom med demensdiagnos.
- Indikator 5. Andel personer med demensdiagnos som genomgått en fullständig basal demensutredning.
- Indikator 6. Andel personer med Alzheimers sjukdom som behandlas med demensläkemedel.

- Indikator 7. Andel personer i särskilt boende som genomgått en läkemedelsgenomgång under de senaste 12 månaderna.
- Indikator 8. Andel personer med demenssjukdom som följs upp minst 1 gång per år.
- Indikator 9. Andel personer i särskilt boende som behandlas med antipsykotiska läkemedel.
- Indikator 10. Andel kommuner med samordningsfunktioner i form av demensteam.*
- Indikator 11. Andel kommuner med tillgång till demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion.*
- Indikator 12. Andel demensboenden/hemtjänstverksamheter med omsorgspersonal som genomgått längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demens.*
- Indikator 13. Andel demensboenden/hemtjänstverksamheter som erbjuder sin personal regelbunden handledning.*
- Indikator 14. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom.
- Indikator 15. Andel personer med demenssjukdom som beviljats dagverksamhet.
- Indikator 16. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens utformande.
- Indikator 17. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har individuella miljöbeskrivningar inkluderade i genomförandeplanen.
- Indikator 18. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har strategier för bemötande dokumenterade i genomförandeplanen.
- Indikator 19. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har erbjudits personcentrerade aktiviteter utifrån genomförandeplanen under senaste veckan.
- Indikator 20. Andel personer med demenssjukdom där vården initierat stöd till anhöriga i samband med demensutredning.
- Indikator 21. Andel kommuner med korttidsboenden som är enbart avsedda för personer med demenssjukdom.

* Beskrivning av indikatorerna finns i Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2018.(1)

Länkar och referenser

1. Socialstyrelsen: Nationella Riktlinjer, Vård och omsorg vid demenssjukdom 2017.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20739/2017-12-2.pdf>
2. Gemensam strategi för de äldre i Kronoberg 2017-2025.
http://www.regionkronoberg.se/contentassets/085a6e4ad48d45749f4e170a7863765b/gemensam-strategi-aldre_2017_01_30.pdf
3. Gemensam handlingsplan för de äldre i Kronobergs 2018-2025.
http://www.regionkronoberg.se/contentassets/085a6e4ad48d45749f4e170a7863765b/gemensam-handlingsplan-for-de-aldre_2018-01-23.pdf
4. 1177. <https://www.1177.se/Kronoberg/Sok/?q=demenssjukdomar>
5. Svenskt Demenscentrum. <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/>
6. Svenskt Demenscentrum, kriterier demens ICD-10 <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utreddning-och-diagnos/Diagnoskriterier/Demens-ICD-10/>
7. Region Kronoberg manual ”checklista” för anamnesupptagning.
<http://www.regionkronoberg.se/contentassets/733eb5262f4e4c508d3b780011d282e4/checklista-for-minnesutredning-i-primarvarden.pdf>
8. Neurokognitiv/psykiatrisk Symptomenkät
<http://www.regionkronoberg.se/contentassets/733eb5262f4e4c508d3b780011d282e4/symptomenkat.pdf>
9. Manual för kognitiv testning, bedömning, tolkning av resultat, instruktioner, etc.
<https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/kunskapscentrum-demenssjukdomar/#89778>
10. Depression skattningsskala GDS-15.
<http://www.regionkronoberg.se/contentassets/733eb5262f4e4c508d3b780011d282e4/depressionsskattningsskala-gds-15.pdf>
11. Rekommenderade läkemedel Region Kronoberg 2019. Se avsnitt Psykiatri-äldrepsykiatri
<http://www.regionkronoberg.se/vardgivare/vardriktlinjer/lakemedel/rekommenderade-lakemedel/>
12. Svenska Demensregistret, SveDem <http://www.ucr.uu.se/svedem/>
13. Region Kronoberg, Trafikmedicin.
<http://www.regionkronoberg.se/vardgivare/arbetsomraden-processer/funktionsnedsattning/trafikmedicin/>

14. Blankett, Läkarintyg för God man. <https://www.socialstyrelsen.se/blanketter/Documents/2018-12-35-1%C3%A4karintyg%20godmanskap.pdf>
15. Blankett, Nödvändig tandvård. <http://dokpub.regionkronoberg.se/OpenDoc.aspx?Id=117265>
16. Blankett, Färdtjänst <http://dokpub.regionkronoberg.se/OpenDoc.aspx?Id=132628>
17. Region Kronoberg manual ”checklista” vid uppföljning <http://www.regionkronoberg.se/contentassets/733eb5262f4e4c508d3b780011d282e4/checklista-for-uppfoljning-vid-demenssjukdom-i-primarvarden.pdf>
18. Svenskt Demenscentrum, utvärderingsmall http://www.demenscentrum.se/globalassets/arbeta_med_demens_pdf/skalor_instrument/utvardering_demens.pdf
19. BPSD. <http://www.bpsd.se/>
20. Region Kronoberg riktlinje, Depression hos äldre. <http://dokpub.regionkronoberg.se/OpenDoc.aspx?Id=31619>
21. Recept på Säröbomb. <http://www.regionkronoberg.se/contentassets/e1c923a23f4d46e79907fbae4065e563/sarobomb-patientversion-2017.pdf>
22. Region Kronoberg, Sömnhandbok http://www.regionkronoberg.se/contentassets/b8c50c14cf0547cc9536dad88fc145b/somnboken_2016_2.slutgiltig-version.pdf
23. Region Kronoberg riktlinje, Konfusion. <http://dokpub.regionkronoberg.se/OpenDoc.aspx?Id=97759>
24. Region Kronoberg rekommenderade läkemedel vid demenssjukdom 2018. Sid 62-64. <http://www.regionkronoberg.se/contentassets/e75c412f8a034445b54206d4f2c0d791/lm-2018-vuxenrek-fullstandig.pdf>
25. Svenskt Demenscentrum webbutbildning. <http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/demensabc/>
26. Överenskommelse gällande samverkan inom hemsjukvård i Kronobergs län 2018-2022. <http://www.regionkronoberg.se/contentassets/085a6e4ad48d45749f4e170a7863765b/overenskommelse-hemsjukvard-2018-2022.pdf>
27. Riktlinje Psykiatri och primärvårdens vårdöverenskommelse 2018-2020 06 01. <http://dokpub.regionkronoberg.se/OpenDoc.aspx?Id=72073>

28. Socialtjänstlag https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
29. LSS http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9083/2007-114-49_200711429.pdf
30. Levnadsberättelse
<http://www.regionkronoberg.se/contentassets/733eb5262f4e4c508d3b780011d282e4/levnadsberattelse.pdf>
31. Demenscentrum <http://www.demenscentrum.se/Nyheter/traning-positivt/>
32. Senior Alert <https://plus.rjl.se/senioralert>
33. Socialstyrelsen. Tvångs och skyddsåtgärder inom vård och omsorg.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19309/2013-12-34.pdf>
34. Kunskapsguiden, tvång och begränsningar.
<http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Tvang-och-begransningar/Sidor/default.aspx>
35. Demenscentrum, Nollvision
<http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/Nollvision/>
36. Socialstyrelsens anhörigstöd. <https://www.socialstyrelsen.se/stodtillanhoriga>
37. Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Nka. <http://www.anhoriga.se/>
38. Demensförbundet <http://www.demensforbundet.se/>
39. Våld i nära relationer. <https://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer>
40. Region Kronoberg, lokal rutin, Kognitionshjälpmedel
<http://www.regionkronoberg.se/vardgivare/arbetsomraden-processer/hjalpmedel/#tab-12599>
41. 1177- Att få ett hjälpmedel
<https://www.1177.se/Kronoberg/Tema/Hjalpmedel/Artiklar/Att-fa-ett-hjalpmedel/>
42. Demenscentrum. Vård i livets slutskede
<http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/palliation-abc/>
43. Vårdhandboken vid dödsfall <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/dodsfall-och-vard-i-livets-slutskede/vard-i-livets-slutskede-och-dodsfall/oversikt/>

