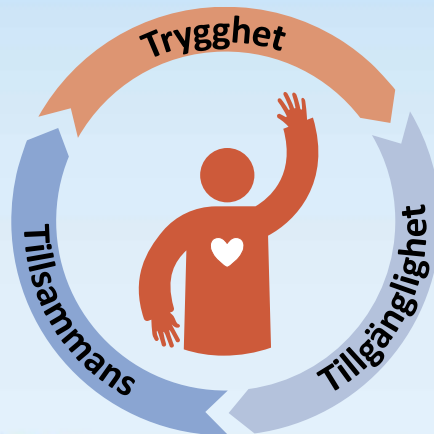


# Vårdprogram för utredning, vård och omsorg om personer med kognitiv svikt och demenssjukdom i Västerbottens län



# Innehållsförteckning

Bakgrund.....	3
Syfte.....	3
Inledning.....	4
<b>Aktuella områden.....</b>	<b>5</b>
Målnivåer och indikatorer.....	5
Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar.....	5
Personcentrerat förhållningssätt.....	5
Multiprofessionellt teambaserat arbete.....	6
Ett demensvänligare samhälle.....	6
Välfärdsteknik.....	6
<b>Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.....</b>	<b>7</b>
Utredning och diagnostik.....	7
Primärvård eller specialistenhet.....	7
Utvidgad utredning på specialistenhet i Västerbotten.....	7
Flödesscheman för basal och utvidgad utredning.....	8
<b>Samverkan och delaktighet.....</b>	<b>13</b>
Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom - en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom .....	13
Vårdplan.....	13
Innehåll i vårdplan efter diagnos enligt Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.....	13
Fast vårdkontakt.....	14
Samtycke.....	14
Samordnad individuell plan – SIP .....	14
Demensansvarig/demensteam med samordningsfunktion-Hälsocentral/sjukstuga.....	14
Demensansvarig/demensteam med samordningsfunktion inom kommun.....	15
Utbildning personal.....	15
<b>Insatser inom området rehabiliterande och aktivitetsstödande insatser.....</b>	<b>16</b>
Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning.....	16
<b>Dagliga aktiviteter.....</b>	<b>16</b>
Fysisk aktivitet och fysisk träning.....	17
Fysisk aktivitet på recept FaR.....	17
Utomhusvistelse.....	17
Kognitivt stöd.....	17
<b>Insatser från socialtjänsten.....</b>	<b>19</b>
<b>Hemtjänst.....</b>	<b>19</b>
Trygghetslarm.....	19
Särskilt boende.....	19
Dagverksamhet.....	19
Ledsagning.....	19
Insatser enligt LSS.....	19
Personlig assistans.....	20
<b>Vård- och omsorg.....</b>	<b>21</b>
Levnadsberättelsen.....	21
Målnivå levnadsberättelse.....	21
Genomförandeplanen.....	21
Målnivå strategi för bemötande och individuella miljöanpassningar.....	21
Måltider och nutrition.....	22
<b>Munhälsa.....</b>	<b>22</b>
Förebygga fall.....	22

Förebygga trycksår.....	22
Blåsdysfunktion.....	22
Konfusion vid demenssjukdom.....	23
Palliativ vård.....	23
Våld i nära relationer.....	23
Skyddsåtgärder .....	23
Kommunikation och information .....	24
Annat modersmål än svenska eller annan kulturell bakgrund.....	24
<b>Anhöriga och närstående.....</b>	<b>25</b>
Initiativ till anhörigstöd i samband med demensdiagnos.....	25
Initiativ till anhörigstöd riktade till unga anhöriga.....	25
Målnivån.....	25
Anhörigbehörighet.....	25
Framtidsfullmakt.....	25
Förvaltare och god man.....	26
<b>Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).....</b>	<b>27</b>
Svenska BPSD-registret.....	27
NPI • Neuropsychiatric Inventory.....	27
Behandling av BPSD.....	27
Konsultationer med specialistenhet inom region Västerbotten vid misstanke om BPSD.....	28
Vid behov av specialistvård.....	28
Flödesschema vid BPSD .....	29
Förklaring till flödesschema.....	30
Flödesschema till utredning och behandling av BPSD på specialistenhet.....	31
Förklaring till flödesschema till utredning och behandling av BPSD på specialistenhet.....	32
<b>Skalor och bedömningsinstrument.....</b>	<b>33</b>

## Bakgrund

Det första regionala vårdprogrammet upprättades på uppdrag av den dåvarande styrgruppen för vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Västerbotten, och togs fram av en lokal arbetsgrupp med olika kompetenser och erfarenheter från hälso- och sjukvård och socialtjänst. Senaste revideringen genomfördes 2018 i samråd med representanter i Nätverket för demensansvariga i primärvården, GAP-analysgruppen, specialistläkare inom länets psykiatrik samt andra nyckelpersoner inom Region Västerbotten och länets kommuner

**Aktuell revidering har förankrats** via Länssamverkansgrupp, Beredningsgrupp för vuxna och äldre samt lokal arbetsgrupp LAG-Kognitiv svikt/demenssjukdomar region Västerbotten Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Programmet utgår från Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2017), Utvärderingen med förbättringsområden (2018), En nationell strategi för demenssjukdom (2017), Standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom (2019), Nationella riktlinjer – Målnivåer Vård och omsorg vid demenssjukdom Målnivåer för indikatorer (2020) samt Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom (2021).

## Syfte

Vårdprogrammet syftar till ökad samverkan, jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvård och omsorg i enlighet med Nära vård. Vårdprogrammet beskriver en evidensbaserad vård som tillgodoser personer med kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, och personer med lindrig kognitiv funktionsnedsättning, en personcentrerad och sammanhållen vård och omsorg. Vårdprogrammet ska ses som ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal i Region Västerbotten och länets kommuner vid genomförande av basal och utvidgad utredning, samt vård och omsorg om person med demenssjukdom.

Giltighetstid: Från och med 2022-09-16 till och med 2024-12-31 då uppföljning ska ske och beslut tas om eventuell revidering eller förlängning.

*Ansvarig för uppdatering:*

Jasmine Olofsson, vårdutvecklare, region Västerbotten.

Anneli Johansson, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Vännäs kommun.



## Inledning

I Sverige lever uppskattningsvis 130 000–150 000 personer med demenssjukdom och varje år insjuknar cirka 24 000 och ungefär lika många avlider. Den viktigaste riskfaktorn för att utveckla demenssjukdom är ålder, och andelen personer med demenssjukdom förväntas öka över tid då vi uppnår en allt högre ålder.

Kognitiv svikt kan orsakas av många olika sjukdomar och tillstånd, till exempel Alzheimers sjukdom, Lewykroppsdemens, cerebrovaskulära sjukdomar, pannlobsdemens, traumatisk hjärnskada, infektioner och alkoholmissbruk. Demenssjukdomar enligt ICD-10 är Alzheimer sjukdom med tidig debut, Alzheimer sjukdom med sen debut, Alzheimer sjukdom med cerebrovaskulär skada (blanddemens), vaskulär demens, pannlobsdemens, Lewykroppsdemens, demens vid Parkinsons sjukdom, alkoholrelaterad demens, och demens utan närmare specifikation (UNS).

**Skillnaden mellan lindrig kognitiv funktionsnedsättning och demenssjukdom** är graden av påverkan i vardagen samt graden av nedsättning i de kognitiva domänerna. Ibland beror kognitiv funktionsnedsättning på känd kroppslig sjukdom, psykiatrisk sjukdom som depression, posttraumatiskt stressyndrom, utmattningssyndrom, missbruk eller på en pressad livssituation med ökad stress och koncentrationssvårigheter.

Det innebär att rätt behandling möjligtvis kan häva den kognitiva funktionsnedsättningen, något som inte är möjligt vid kognitiv svikt orsakad av demenssjukdom (Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, 2021).

# Aktuella områden

## Målnivåer och indikatorer

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. Med god vård och omsorg menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Indikatorerna ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar och utvärderingar av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens processer, resultat och kostnader. Idag finns det målnivåer inom ett tiotal riktlinjeområden.

**Målet är att indikatorerna ska kunna användas** av olika intressenter 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 kvalitet och effektivitet

Inom demensområdet finns två kvalitetsregister: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) och BPSD-registret (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom). Underlag till målnivåarbetet har framför allt hämtats från SveDem. (Nationella riktlinjer – Målnivåer Vård och omsorg vid demenssjukdom Målnivåer för indikatorer, 2020)

## Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar

Syftet med kvalitetsregistret SveDem är att förbättra kvaliteten i demensvården i Sverige genom att samla in data för att kunna följa upp förändringar i patientpopulationer, diagnoser och behandling. Både primärvård, specialistenheter och kommuner använder registret. Information om anslutning till registret, formulär och patientinformation finns på hemsidan [www.svedem.se](http://www.svedem.se).

Varje enhet kan hämta statistik ur registret för att se sin följsamhet till Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.

## Personcentrerat förhållningssätt

Personcentrerat förhållningssätt innebär att den som har en demenssjukdom sätts i fokus och inte diagnosen. Förhållningssättet syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön personlig och det ska finnas en förståelse för att olika problem kan uppstå, som till exempel beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Ett personcentrerat förhållningssätt innebär också att vården och omsorgen särskilt ska beakta behov som är relaterade till kulturella och språkliga skillnader. Personcentrerad vård underlättas när vård och omsorg är teambaserad och multiprofessionell. (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen, 2017).

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

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



## Multiprofessionellt teambaserat arbete

Vid utredning, bedömning och utformning av olika vård- och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom behövs som regel bedömningar från och insatser av flera professioner och yrkesgrupper från såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten i Västerbotten ska ha en organisation som säkerställer ett multiprofessionellt teamarbete. Beprövad erfarenhet talar för att multiprofessionellt teambaserat arbete har positiv effekt på viktiga effektmått, såsom den demenssjuka personens livskvalitet och funktion samt de anhörigas livskvalitet. Den demenssjuka personens komplexa behov innebär att flera olika kompetenser, som kan innefatta både vård och omsorg, behövs för ett heltäckande omhändertagande. (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen, 2017).

## Ett demensvänligare samhälle

Omvärldsbevakningen visar att ett område som behöver stödjas genom en ny nationell satsning är att hålla en informationskampanj om demenssjukdom. Detta dels utifrån nationella behov, dels med anledning av WHO:s globala demensplan där ett mål är att samtliga länder har genomfört en informationskampanj om demens fram till år 2025. Personalens kunskaper och kompetens har stor betydelse för möjligheterna att bedriva en god vård och omsorg för personer med demenssjukdom. I äldreomsorgen (särskilt boende och hemtjänst) saknar 30–40 procent grundläggande utbildning motsvarande gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram.

**Begränsat antal aktiviteter med inriktning** på ett demensvänligt samhälle tyder på att det även i civilsamhället finns begränsad uppmärksamhet på demenssjukdomarnas omfattning och vilka behov en person med demenssjukdom kan ha. Detta tillsammans gör att Socialstyrelsen anser att det finns goda skäl att det genomförs en bred nationell kampanj för att förbättra kunskaperna om demenssjukdomar. (En nationell strategi för demenssjukdom Halvtidsrapport, Socialstyrelsen, 2020).

## Välfärdsteknik

Utvecklingen av tekniska lösningar inom välfärden går snabbt. Användningen av e-tjänster och tekniska lösningar i samhället utvecklas hela tiden, och här finns en stor potential för personer med demenssjukdom att behålla sin självständighet och bli mer delaktiga i samhället. Viktiga frågor för framtiden är hur personer med demenssjukdom ska få del av den nya teknikens möjligheter utan att deras integritet hotas.

**Tekniska lösningar kan dels vara svåra att förstå**, dels kan personer med demenssjukdom ha svårt att lämna sitt aktiva samtycke som en del av de tekniska insatserna kräver. GPS-larm och trygghetskameror är välfärdsteknik som fått stort utrymme och det är insatser som kan vara svåra att ta ställning till för personer med demenssjukdom och det är också svårt att utvärdera på vilket sätt åtgärderna bidrar till ökad trygghet. Det är därför viktigt att också hjälpmedel som sannolikt bidrar till ökat oberoende och självständighet lyfts fram, till exempel kognitivt stöd i form av medicinpåminnare och kommunikationshjälpmedel. Det är betydelsefullt att informera om och erbjuda teknik i ett tidigt skede av sjukdomen, samt stötta personen i sitt användande av tekniska lösningar. Personalens kompetens och arbetssätt kan behöva förändras. De som utvecklar teknik behöver ta fram lösningar som är lätta att förstå (En nationell strategi för demenssjukdom Halvtidsrapport, Socialstyrelsen, 2020).



# Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

## Utredning och diagnostik

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård, Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom (2021) inleds vid misstanke om kognitiv svikt orsakad av demenssjukdom och avslutas vid bekräftad diagnos alternativt då misstanke ej kvarstår. Vårdförloppet beskriver kortfattat vad som ska göras och i vilken ordning mot bakgrund av en evidensbaserad vård. Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården. Vårdförloppsdokumentet är också ett kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det kliniska mötet med patienten och i förekommande fall anhörig/närstående.

**Socialstyrelsens modell för standardiserat insatsförlopp** efter diagnosticering av demenssjukdom syftar till att ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten stöd för samverkan och ett systematiskt arbetssätt kring personen med demenssjukdom. Modellen syftar till att säkerställa att både individens, anhörigas och närståendes behov uppmärksammas och beaktas. Den syftar också till att främja tidiga insatser och att relevanta aktörer och professioner medverkar för en god vård och omsorg, med utgångspunkt i den enskildes behov och önskemål under hela sjukdomsförloppet. Modellen är avsedd att stödja ett personcentrerat arbetssätt, som grundar sig i att arbetet tillämpas utifrån varje persons individuella behov och situation, såsom sjukdomens komplexitet, individens sociala nätverk samt individens särskilda behov eller omständigheter.

**Eftersom modellen är avsedd att bidra till jämställd** och jämlik vård och omsorg om personer med demenssjukdom, behöver olika perspektiv beaktas när den används. Det kan till exempel handla om perspektiv som kön, mångfald, etnicitet, psykisk ohälsa, läkemedelsfrågor, anhörigas situation, funktionshinder, nationella minoriteter och HBTQ-aspekter.

## Primärvård eller specialistenhet

Vanligtvis identifieras personer med symtom som skulle kunna tyda på en demenssjukdom inom primärvården där basal utredningen genomförs. Om inte diagnos kan bekräftas eller avfärdas, i primärvårdens basala utredning, kan utvidgad utredning behövas på specialistenheter för utredning av kognitiv sjukdom. När lindrig kognitiv funktionsnedsättning kan ses hos en person med förväntad hög funktionsnivå, och att det samtidigt finns misstanke om primärdegenerativ sjukdom, bör utvidgad utredning ske på specialistenhet för utredning av kognitiva sjukdomar. Ökad livslängd hos personer med intellektuella funktionsnedsättningar kan också innebära utveckling av demenssjukdom hos denna patientgrupp, vilket i de flesta fall kräver att utvidgad utredning görs på specialistenhet. (Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, 2021).

## Utvidgad utredning på specialistenhet i Västerbotten

I Västerbotten genomförs utvidgad utredning vid Geriatriskt Centrum NUS och Medicingeriatriska kliniken Skellefteå lasarett. Patienter från närsjukvårdsområde Södra Lappland och Umeå remitteras till Geriatriskt Centrums specialistenhet. Närsjukvårdsområde Skellefteå/Norsjö remitterar till medicingeriatrisk klinik Skellefteå lasarett.





# Flödesscheman för basal och utvidgad utredning

**Ingång:** Misstanke om lindrig kognitiv funktionsnedsättning eller kognitiv svikt vid demenssjukdom.

## A

### Initial basal utredning

#### Symtominventering

- Förändrade kognitiva förmågor; nedsättning inom domänerna uppmärksamhetsfunktioner, visuospatiala funktioner, verbala funktioner, inläring och minne, exekutiva funktioner och social kognition
- Debut och förlopp
- Personlighetsförändring
- Beteendemässiga och psykiska symtom som depression, ångest, oro, hallucinationer
- Konsekvenser i vardagen för personen och dennes anhöriga eller närstående
- Förändrat sömnmönster, snarkproblem, förändrad aptit eller kostvanor, viktförändring, förändrade naturliga funktioner, nytillkomna neurologiska symtom, förändrat rörelsemönster, fall.

#### Anamnes/anhöriganamnes

- Ärftlighet
- Familjeförhållanden, barn i hemmet?
- Utbildning och eventuellt yrke
- Intressen, fritidsaktiviteter
- Levnadsvanor: tobak, alkohol, droger
- Körkort
- Innehav av skjutvapen
- Våldsutsatthet
- Tidigare kognitiv funktionsnivå
- Tidigare och nuvarande sjukdom, till exempel depression, ångest, oro, infektioner, skalltrauma
- Inkontinens, naturliga funktioner och sexualitet
- Aktuella läkemedel
- Överkänslighet mot läkemedel
- Munhälsa

#### Kognitiva tester

- Standardiserade tester av kognitiva funktioner, exempelvis MMSE-SR och Klocktest. Alternativt kan MoCA eller andra screeninginstrument användas.
- RUDAS är ett generellt test som är mindre beroende av språk, kultur och utbildningsnivå och ett alternativ till MMSE-SR.

#### Laboratorieundersökningar för att utesluta andra sjukdomar

- Blodstatus, Elektrolytstatus inkl. Kreatinin, Glukos, Joniserat/fritt kalcium, PEth/CDT  
Samt prover för att utesluta störd sköldkörtelfunktion (TSH, T4 och Homocystein), och B12/folatbrist

## Läkemedelsgenomgång

Se behandlingsstöd och vårdriktlinjer Region Västerbotten [Läkemedelsgenomgångar](#)

### Status

- Somatiskt status inklusive neurologiskt status, vikt och längd och blodtryck.
- Munstatus, bedömning enligt ROAG, Revised Oral Assessment Guide.
- Psykiskt status, exempelvis tecken på depression, ångest, oro, hallucinationer, vanföreställningar.

## B

**Beslut: Kvarstående misstanke om demenssjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning.**

**Fortsätt till block (C)**

## C

### Fortsatt basal utredning

- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga
- CT hjärna, samt EKG.

## D

**Beslut: Demenssjukdom föreligger**

### Ja -

- Alzheimers sjukdom, vaskulär demenssjukdom eller en bland-form av dessa föreligger och personen är över arbetsför ålder.

**Fortsätt till block (H)**

### Ja -

- Oklar demenssjukdom föreligger eller
- Misstanke om ovanligare demenssjukdom som exempelvis Lewyskroppsdemens, pannlobsdemens eller Parkinsons sjukdom med kognitiv svikt eller
- Personen är i arbetsför ålder.

**Fortsätt till block (F)**

**Nej** - I de fall utredningen visar att demenssjukdom inte föreligger,

**Fortsätt till Block (E)**

## E

**Beslut: Lindrig kognitiv funktionsnedsättning föreligger**

### Ja -

- Lindrig kognitiv funktionsnedsättning ses samtidigt som **låg misstanke** om primärdegenerativ sjukdom och personen är över arbetsför ålder

**Fortsätt till block (I)**

Fortsatt uppföljning i primärvård

### Ja -

- Personen är i arbetsför ålder eller
- Lindrig kognitiv funktionsnedsättning ses samtidigt som en hög misstanke om primärdegenerativ sjukdom finns.

**Fortsätt till block (F)**

Fortsatt uppföljning på specialistenhet. Var tydlig med information om och när remiss skickas.

**Nej** - I de fall utredningen visar att lindrig kognitiv funktionsnedsättning inte föreligger, ge information om att söka på nytt vid försämring.

# F

## Utvidgad utredning på specialistenhet

Utvidgad utredning används för att fastställa diagnos i de fall en basal demensutredning inte varit tillräcklig eller då det finns andra komplicerande omständigheter. Personer i arbetsför ålder med misstänkt demenssjukdom utreds och bedöms ofta inom ramen för en utvidgad demensutredning. Ingående delar väljs utifrån anamnes och misstänkt diagnos.

- Neuropsykologisk bedömning
- MR hjärna
- Analys av biomarkörer i likvor
- FDG PET (fluorodeoxyglukos positronemissionstomografi)
- Mätning av dopamintransportsystemet i hjärnan med SPECT
- Bedömning av försämrad kognitiv funktion vid Downs syndrom
- Specialiserad språklig bedömning
- Specialiserad bedömning av motoriska funktioner
- Fördjupad funktions- och aktivitetsbedömning

Efter utredning inom specialiserad vård återkopplas resultatet till den berörda personen, remittent och vid behov även till kommunens personal.

# G

## Demenssjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning föreligger

Föreligger demenssjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning?

**Ja** - Demenssjukdom föreligger: **fortsätt till block (H).**

**Ja** - Lindrig kognitiv funktionsnedsättning föreligger: **fortsätt till block (I).**

**Nej** - Varken demenssjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning föreligger, ge information om att söka på nytt vid försämring

# H

## Information om demensdiagnos och samordning inför övergång till Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp vid demenssjukdom

Ge information om aktuell diagnos, både skriftligt och muntligt. Använd gärna Faktablad på olika språk från Demenscentrum [Faktablad](#)

Observera att det som nämns nedan omfattar mycket information och beslut som ska tas och bör delas upp på flera tillfällen

### Ta ställning till:

- läkemedelsbehandling [Demenssjukdomar](#)
- körkort/skjutvapen: fortsatt innehav?
- sjukskrivning
- tandvårdsintyg

## Informera och diskutera fortsatt uppföljning: gör en vårdplan tillsammans:

- Planera **uppföljning** närliggande diagnosbesked och årligen, eller oftare vid behov.
- Ge **kontaktuppgifter till demensansvariga** inom region och kommun, och fråga om **samttycke** för överrapportering mellan vårdgivare. Ett tidigt insatt stöd har stort värde både för den som nyligen fått veta att hen har en demenssjukdom och för de anhöriga.
- Erbjud Samordnad individuell plan **SIP** vid behov
- Ge individanpassade rekommendationer om **livsstil**
- Erbjud **åtgärder** för att minska konsekvenser av demenssjukdomen, till exempel digitala hjälpmedel, bostadsanpassning och bemötandestrategier
- Registrera i **SveDem**, informera om att det är frivilligt.
- Fråga om **minderåriga barn** finns i hemmet, ge information om kommunalt anhörigstöd
- Bjud in till **utbildning** för personer med demenssjukdom/lindrig kognitiv funktionsnedsättning och deras anhöriga/närstående

## Demenssjukdomar enligt ICD-10:

- F00.0 \*G30.0† Alzheimers sjukdom med tidig debut
- F00.1 \*G30.1† Alzheimers sjukdom med sen debut
- F00.2 \*G30.8† Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada (blanddemens)
- F01.9 Vaskulär demens
- F02.0 \*G31.0† Pannlobsdemens
- F02.8 \* G31.8A† Lewykroppsdemens
- F02.3 \*G20. 9† Demens vid Parkinsons sjukdom
- F10.7A Alkoholrelaterad demens
- F03.9 Demens utan närmare specifikation (UNS).

## Utgång ur vårdförloppet sker när:

- Diagnosen kognitiv svikt vid demenssjukdom har verifierats och fastställs. Personen och eventuell anhörig eller närstående har erhållit muntlig och skriftlig information med åtgärder. Vårdgivaren har säkerställt att fortsatt uppföljning och kontakt sker i enlighet med Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp vid demenssjukdom

**Källa:** Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

## Information om diagnos lindrig kognitiv funktionsnedsättning och samordning inför övergång till Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp vid demenssjukdom

Ge information om aktuell diagnos, både skriftligt och muntligt. Använd gärna Faktablad på olika språk från Demenscentrum Faktablad

Observera att det som nämns nedan omfattar mycket information och beslut som ska tas och bör delas upp på flera tillfällen.

## Ta ställning till:

- läkemedelsbehandling Demenssjukdomar

- körkort/skjutvapen: fortsatt innehav?
- sjukskrivning
- tandvårdsintyg

Informera och diskutera fortsatt uppföljning: gör en vårdplan tillsammans:

- Planera **uppföljning** närliggande diagnosbesked och årligen, eller oftare vid behov.
- Ge **kontaktuppgifter till demensansvariga** inom region och kommun, och fråga om **samtycke** för överrapportering mellan vårdgivare. Ett tidigt insatt stöd har stort värde både för den som nyligen fått veta att hen har en lindrig kognitiv funktionsnedsättning och för de anhöriga.
- Erbjud Samordnad individuell plan **SIP** vid behov
- Ge individanpassade rekommendationer om **livsstil**
- Erbjud **åtgärder** för att minska konsekvenser av demenssjukdomen, till exempel digitala hjälpmedel, bostadsanpassning och bemötandestrategier
- Registrera i **SveDem**, informera om att det är frivilligt.
- Fråga om **minderåriga barn** finns i hemmet, ge information om kommunalt anhörigstöd
- Bjud in till **utbildning** för personer med demenssjukdom/lindrig kognitiv funktionsnedsättning och deras anhöriga/närstående

**Lindrig funktionsnedsättning (i enlighet med DSM- 5), diagnoskoder enligt ICD:**

- F06.7\* G30.0† Alzheimer typ med tidig debut
- F06.7\* G30.1† Alzheimer typ med sen debut
- F06.7\* G310† Pannlobstyp
- F06.7\* G318A† Lewykroppstyp
- F06.7\* Vaskulär typ
- F06.7\* G209† Parkinsonstyp
- F06.7\* (alkoholmissbruk, läkemedelsbruk)
- F06.7\* Ospecificerad

**Utgång ur vårdförloppet sker när:**

- Diagnosen lindrig kognitiv funktionsnedsättning har verifierats och fastställs. Personen och eventuell anhörig eller närstående har erhållit muntlig och skriftlig information med åtgärder. Vårdgivaren har säkerställt att fortsatt uppföljning och kontakt sker i enlighet med Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp vid demenssjukdom

**Källa:** Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom



## Samverkan och delaktighet

### **Ett standardiserat insatsförlopp vid demens sjukdom - en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom**

Personer med demenssjukdom har ofta behov av flera insatser som utförs av olika enheter inom kommunen och regionens hälso- och sjukvård. Sedan 2019 finns Socialstyrelsens modell för ett standardiserat insatsförlopp efter diagnos som syftar till att ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten stöd för samverkan och ett systematiskt arbetssätt kring personer med demenssjukdom. Modellen är avsedd att stödja ett personcentrerat arbetssätt.

### **Vårdplan**

Den aktuella vårdplanen innehåller diagnoser och individuella behovsinventeringar utifrån kognitiva och fysiska nedsättningar och resurser, och mål som identifierats för och tillsammans med patienten, åtföljt av åtgärder och ordinationer. Syftet med vårdplanen är att alla personer som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats. En vårdplan ska upprättas snarast efter att en patient har ankommit till en vårdinrättning, till exempel inom timmar efter ankomst till en vårdavdelning inom akutsjukvården, inom ett dygn eller två efter ankomst till ett sjukhem, direkt i samråd med patienten vid hembesök eller annat polikliniskt besök som föranleder annat än en engångsinsats. Vårdplanen är tvärprofessionell och prospektiv, vilket innebär att alla journalföringspliktiga yrkesgrupper tillför och ansvarar för sin del i den gemensamma vårdplanen som pekar framåt i tiden. Vad ska göras för patienten från och med nu och framåt. (Vårdhandboken).

### **Innehåll i vårdplan efter diagnos enligt Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom**

Vårdplanen görs tillsammans med patient och om så önskas dennes anhörig närstående, planen dokumenteras och ett exemplar överlämnas till patient. Följande information bör ingå i den dokumenterade vårdplanen.

- Aktuella diagnoser
- Var vänder jag mig och eventuell anhörig/närstående med frågor?
- Vad kan jag göra själv? Ge individanpassade rekommendationer om livsstil med mera.



- Ge kontaktuppgifter till kontaktpersoner inom region och kommun, t ex demensansvarig och anhörigkonsulent fråga om önskemål, samtycke för ev. överrapportering mellan hälso- och sjukvård och kommunal omsorg.
- Fråga om minderåriga barn finns i hemmet. Barn och unga kan vara både närstående och närmast anhörig. Ett familjecentrerat nätverksbaserat stöd där många är involverade så som skola, andra närstående och anhörigstöd från kommun rekommenderas.
- Informera om SveDem och fråga om registrering. Detta är frivilligt, ge möjlighet att avstå.
- Planera för uppföljning, både uppföljning inom några veckor efter diagnosbesked och årligen, gärna oftare vid behov. Se mer information i Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom.
- Erbjud fast vårdkontakt inom regional och vid behov inom kommunal sjukvård och omsorg.
- Erbjud en Samordnad individuell plan (SIP) vid behov.
- Erbjud åtgärder för att minska konsekvenser av demenssjukdomen, såsom hjälpmedel, bostadsanpassning, bemötandestrategier.
- Bjud in till utbildning för personer med demenssjukdom och anhöriga eller närstående.

## Fast vårdkontakt

I hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och Patientlagen (2014:821) finns bestämmelser om fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård. Den fasta vårdkontakten bör kunna bistå patienten i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter och vara patientens kontaktperson.

## Samtycke

Det finns inga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen eller i socialtjänstlagen som klargör vad som gäller när en person inte kan samtycka till en åtgärd eller insats. Insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bygger på frivillighet och förutsätter den enskildes samtycke. Det kan ges skriftligt eller muntligt, till exempel genom en jakande nick. Det kan också vara presumerat - då förutsätter man att personen samtycker även om det inte uttryckts. Då måste hon eller han ha informerats och inte gett uttryck för någon motvilja. Hypotetiskt samtycke är en annan form (som ibland kallas för en form av presumerat samtycke). Personen i fråga har inte gett sitt samtycke men om hon hade kunnat skulle hon ha gjort det. Det är inte klarlagt i hälso- och sjukvårdslagen eller socialtjänstlagen när hypotetiskt samtycke får användas. Kraven på samtyckets art bör ställas högre om åtgärderna är av särskilt ingripande natur. En god man eller förvaltare kan inte samtycka till vård och omsorg mot den enskildes vilja. Anhöriga har inte några rättsliga befogenheter att agera som ställföreträdare för en vuxen person. Anhöriga kan inte samtycka till vård och omsorg mot sin närståendes vilja (Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30), Socialtjänstlagen (SOL 2001:453)).

## Samordnad individuell plan – SIP

I Västerbotten ska personer med misstänkt kognitiv svikt / demenssjukdom erbjudas en samordnad individuell planering (SIP) i samband med diagnos (beslut i beredningsgruppen Vuxna och äldre 2021-06-03). SIP kan med fördel användas tidigt under demenssjukdomens förlopp vid en persons kontakt med socialtjänst eller hälso- och sjukvård då planen visar hur insatser ska samordnas samt att personen lättare kan uttrycka sin vilja (Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom, Socialstyrelsen 2019).

## Demensansvarig/demensteam med samordningsfunktion - Hälsocentral/sjukstuga

- Har en samordnande funktion på hälsocentralen/sjukstugan för personer med kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, och för hens anhöriga och/eller närstående.
- Ansvara för egen kompetensutveckling inom området och informera alternativt föreslå utbildningsinsatser vid behov för övrig personal.
- Samverka vid behov i nätverk, anhörigföreningar och frivilligorganisationer, och vara ett stöd för

- övriga kollegor inom region och kommun.
- Kontinuerligt inventera behovet av och aktivt medverka till att olika former för att anhörig- och närståendestöd utvecklas och genomförs.
- Aktivt stödja arbetet med kvalitetsregistren SveDem och BPSD.
- Tillsammans med verksamhetsansvarig:
  - Verka för att arbetet med utredning, diagnostik och uppföljning sker utifrån *Vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom* och regionens lokala rutiner, utformade enligt gällande nationella riktlinjer.
  - Utforma fungerande rutiner för samverkan mellan olika vårdgivare som primärvård, specialistvård, socialtjänst och tandvård.

## Demensansvarig/demensteam med samordningsfunktion inom kommun

- Har en samordnande funktion inom kommunens äldreomsorg för personer med kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning och hens anhöriga och/eller närstående.
- Ansvara för egen kompetensutveckling inom området och informera alternativt föreslå utbildningsinsatser vid behov för övrig personal. Utarbeta rutiner för introduktion av nyanställda tillsammans med verksamhetsansvarig.
- Samverka vid behov i nätverk, anhörigföreningar och frivilligorganisationer, och vara ett stöd för övriga kollegor inom kommun och region.
- Kontinuerligt inventera behovet av och aktivt medverka till att olika former för att anhörig- och närståendestöd utvecklas och genomförs.
- Aktivt stödja arbetet med kvalitetsregistren SveDem och BPSD.
- Bidra till utveckling av den egna verksamheten genom att "fånga upp" intresserade, nyttja goda krafter och kompetenser som finns i verksamheterna, till exempel demensspecialiserad undersköterska.
- Tillsammans med verksamhetsansvarig:
  - Verka för att arbetet med utredning, diagnostik och uppföljning sker utifrån *Vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom*, regionala och lokala rutiner, utformade enligt gällande nationella riktlinjer.
  - Utforma fungerande rutiner för samverkan mellan olika vårdgivare som primärvård, specialistvård, tandvård samt inom den egna verksamheten, till exempel mellan hemtjänst, dagverksamhet och särskilt boende.

## Utbildning personal

För att kunna erbjuda en god och personcentrerad vård och omsorg till personer med demenssjukdom är det viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten arbetar för att höja personalens kompetens inom detta område med hjälp av olika former av utbildningar. I de nationella riktlinjerna för demenssjukdom rekommenderas därför att vård- och omsorgspersonal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom får långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg och i bemötande av personer med demenssjukdom. Detta behöver ske kontinuerligt och långsiktigt med upprepade utbildningsinsatser, till exempel i form av handledning, och inte som insatser vid enstaka tillfällen. Det är viktigt att det under utbildningen ges möjlighet att reflektera över och praktiskt träna sig i att bemöta personer med demenssjukdom. En viktig del i utbildningen är också att få kunskap om beteendemässiga och psykiska symtom, vad som kan orsaka dem och inte minst hur de kan förebyggas. Biståndshandläggares och LSS-handläggares beslut i olika ärenden som rör personer med demenssjukdom förutsätter en grundläggande förståelse för sjukdomen och dess konsekvenser. Socialstyrelsen rekommenderar därför att biståndshandläggare och LSS-handläggare som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom erbjuds utbildning om demenssjukdom. (Nationella riktlinjer 2017).

På **Svenskt Demenscentrum** finns ett bibliotek med rekommenderade webbutbildningar ([Webbutbildningar | Demenscentrum](#)).



## Insatser inom området rehabiliterande och aktivitetsstödjande insatser

### Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning

En strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga i samband med basal utredning för demenssjukdom, bidrar till bättre diagnostisk tillförlitlighet vid diagnostik av misstänkt demenssjukdom som en del i den basala demensutredningen. Aktiviteter i det dagliga livet (ADL) avtar successivt vid en demenssjukdom. De instrumentella ADL funktionerna som städning, tvätt och sköta hemmet avtar först och de personliga ADL aktiviteterna klä sig, förflyttning och påklädning kommer i ett senare skede av sjukdomen.

**Vid en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmågan** behöver hänsyn tas till tidigare funktionsnivå. Bedömningen kan även ge relevant information för graden av demenssjukdom samt underlag för att planera vilka förmågor och aktiviteter personen klarar självständigt och vilka aktiviteter som behöver stödjas. Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning kan utgöra ett underlag för planering av bistånd- och stödinsatser, förskrivning av kognitiva hjälpmedel och utförande av kognitiva miljöanpassningar. (Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, 2021).

### Dagliga aktiviteter

För att motverka passivitet, stärka självkänslan och ge dagen struktur och innehåll ska personer med demenssjukdom erbjudas möjlighet att delta i individuellt anpassade aktiviteter, inklusive fysisk aktivitet. Utifrån personens intressen, behov och förmågor och med kunskap om dennes livshistoria, ska teamet på hälsocentralen, hälso- och sjukvårdsteamet i kommunen samt socialtjänsten tillsammans med personen med demens och eventuellt dennes närstående planera lämpliga aktiviteter.

## Fysisk aktivitet och fysisk träning

Begreppen fysisk aktivitet respektive fysisk träning behöver särskiljas. Fysisk aktivitet är ett vitt begrepp som innefattar alla former av rörelser, medan fysisk träning syftar till att förbättra eller behålla en viss fysisk funktion och ofta kräver specifik kompetens att genomföra.

**Folkhälsomyndighetens riktlinjer för fysisk aktivitet** och stillasittande från 2020 baseras på WHO:s globala riktlinjer. Riktlinjerna ger rekommendationer för alla befolknings- och åldersgrupper i Sverige, oavsett kön, kulturell bakgrund, socioekonomisk status eller funktionsnedsättning. Alla barn, ungdomar, vuxna och äldre bör få säkra och jämlika möjligheter att medverka i fysiska aktiviteter som är roliga och varierade samt lämpliga och anpassade till deras ålder och funktionsförmåga. Fysisk aktivitet är bra för många sjukdomar bland annat för att minska symtom och öka livskvaliteten. Betydelsen av fysisk aktivitet för personer med demenssjukdom finns omnämnt i Nationella demensstrategin 2017. Där hänvisas till flera kvalitativa intervjustudier, vars resultat indikerar att fysisk aktivitet i sig, särskilt utomhusaktiviteter, skulle kunna ha stor betydelse för att stärka välbefinnandet samt att vara "jagstärkande" på ett sätt som förknippas med hälsa, kontinuitet och välbefinnande.

**I Socialstyrelsens insatsförlopp finns beskrivet** att fysisk inaktivitet är en vanlig konsekvens vid demenssjukdom. Demenssjukdom kan leda till succesivt försämrade gång- och balansförmåga och är i regel mer uttalade vid Lewykropp- och vaskulär demens. Fysisk träning har positiva effekter, bland annat för att bibehålla balansförmågan och minska risken för fall.

**Studier visar att personer med demenssjukdom** är mindre fysiskt aktiva än personer som inte har en kognitiv nedsättning samt att personer med demenssjukdom som bor i särskilda boenden är mindre fysiskt aktiva än personer med demenssjukdom som bor i ordinärt boende. Det finns idag en kunskapsbrist om huruvida personer med demenssjukdomar kan ta till sig rehabilitering, vilket medför att de får mindre vård. Även personer med demenssjukdomar behöver få rehabilitering för sin grundsjukdom och andra sjukdomar, och då är ledande eller övervakande träning och aktivitet att föredra.

### Fysisk aktivitet på recept FaR

Fysisk aktivitet kan komplettera eller ersätta läkemedel. Ibland kan fysisk aktivitet bli en del av en behandling. Fysisk aktivitet kan minska risken för eller förbättra flera olika sjukdomar, till exempel de här: högt blodtryck och stroke, kärlkramp och hjärtinfarkt, diabetes, benskörhet och benbrott och demens.

**Behandling med FaR består av tre delar:** samtal om fysisk aktivitet, skriftlig ordination av en eller flera fysiska aktiviteter som är anpassade till personens hälsotillstånd, livssituation och intressen samt uppföljning utifrån personens individuella behov. FaR kan som åtgärd ges av all legitimerad personal inom hälso- och sjukvården.

### Utomhusvistelse

Att få vistas utomhus är ett grundläggande behov hos alla människor. Personer med demenssjukdom kan ha svårt att själv klara av detta och behöver stöd. Utomhusvistelse kan bidra till känsla av frihet, ökad sömnkvalitet och förbättrad dygnsrytmen. Personer med demenssjukdom, både de i ordinärt boende och de i särskilt boende, har samma behov som andra av att vara en del av samhället och möta andra i sin närmiljö. Att röra sig eller vistas ute kan dessutom ge möjlighet till att upprätthålla rörelseförmågan och muskelstyrkan och stimulera sinnen. I enlighet med ett personcentrerat förhållningssätt är det viktigt att utomhusvistelsen struktureras och anpassas till den enskilda personen med demenssjukdom och sker på ett tryggt och säkert sätt.

(Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen, 2017).

### Kognitivt stöd

Hjälpmiddel för kognitivt stöd förskrivs av legitimerad arbetsterapeut. Exempel på förskrivningsbara

hjälpmedel är olika tidshjälpmedel, fickminnen, kalendrar, bildstöd och handdatorer. Andra åtgärder för kognitivt stöd kan vara miljöanpassningar, strategier/stöd för problemlösning, tydliga vardagsrutiner och strukturer.

Kartläggning av behov, utprovning och uppföljning av produkter behöver ofta ske i den miljö där personen befinner sig. För att personer med demenssjukdom ska få största nytta av hjälpmedlet är det viktigt att det erbjuds tidigt i sjukdomsförloppet. Vid demenssjukdom behövs mycket stöd av förskrivaren att hantera hjälpmedlet initialt, och ibland instruktioner och stöd till anhörig och personal som hjälper personen. Tid för träning i att använda och tät uppföljning av hjälpmedlet är betydelsefullt. Förutom stöd av förskrivaren bör det finnas en anhörig eller personal som tar ansvar för att använda hjälpmedlet. När personen med demenssjukdom inte längre har nytta av, eller inte kan använda hjälpmedlet, ska det återlämnas. Detta tas lämpligen ställning till i samband med den kontinuerliga uppföljningen.

**I Hjälpmedelshandboken, Hjälpmedel Västerbotten,** finns anvisningar och stöd för förskrivarna i Västerbotten. Vid behov av ytterligare rådgivning eller utprovningsstöd kan hjälpmedelskonsulent med ansvar för produktområdet kontaktas. Kognitiva stödteam finns inom vissa vårdenheter.

# Insatser från socialtjänsten

## Hemtjänst

En person med demenssjukdom kommer i regel behöva stöd i sin dagliga livsföring under stora delar av sjukdomsförloppet. Ett sådant stöd kan socialtjänsten tillhandahålla i form av hemtjänst. Omfattningen och innehållet av hemtjänsten kommer att variera under demenssjukdomens förlopp. Hemtjänst kan också beviljas under kortare intervaller så att anhöriga och närstående vid behov får en tillfällig avlösning.

## Trygghetslarm

Med ett trygghetslarm kan en person genom att trycka på en knapp på ett armband påkalla hjälp om hen exempelvis har fallit, har insjuknat hastigt eller har annat akut behov av hjälp.

## Särskilt boende

Bostad i särskilt boende beviljas som bistånd med stöd av 4 kap. 1 § SoL. Särskilda boendeformer är ett samlingsbegrepp för olika typer av boendeformer som ska kunna tillgodose varierade och särskilda behov hos äldre. Det innebär bland annat att även korttidsvård eller korttidsboenden är en del i begreppet särskilda boenden.

**För en person med demenssjukdom** kan ett särskilt boende tillgodose betydande behov av tillsyn och omvårdnad då det inte längre är möjligt att bo kvar i det egna hemmet. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att det särskilda boendet för personer med demenssjukdom bör vara anpassat för personer med demenssjukdom genom att vara småskaligt och med en inkluderande boendemiljö

## Dagverksamhet

Personer med demenssjukdom som beviljats plats i dagverksamhet enligt socialtjänstlagen eller LSS bör erbjudas plats som är specifikt anpassad till personer med demenssjukdom. Om personen är <65 år bör plats erbjudas till dagverksamhet som specifikt riktar sig till den målgruppen. Ett alternativ till dagverksamhet för yngre (i små kommuner med endast ett fåtal yngre personer med demenssjukdom) kan vara att man inom socialtjänsten erbjuder aktiviteter specifikt anpassade till denna grupp. Individens behov styr omfattning och innehåll.

**Syftet med dagverksamhet är att erbjuda personer** med demenssjukdom gemenskap och aktivering för att ge dem möjlighet att bo kvar i sitt hem. Verksamheten kan också bidra till social samvaro, struktur och innehåll i dagen. Detta kan till exempel vara att med stöd av vård- och omsorgspersonal få delta i aktiviteter som varit och är av betydelse för personen. Den som vistas i dagverksamhet ska även erbjudas en god hälso- och sjukvård, inkluderat rehabilitering och hjälpmedel. Aktiviteter som erbjuds i dagverksamheter bidrar till att stimulera fysisk aktivitet och till att behålla funktionsförmågor för att klara aktiviteter i det dagliga livet. Dagverksamhet syftar även till att vid behov ge avlösning till närstående.

## Ledsagning

Insatsen ledsagning kan ges med stöd av SoL eller LSS och beskrivs som en insats som syftar till att bryta isoleringen som kan uppstå på grund av en funktionsnedsättning och ge den enskilde möjligheten att delta i samhällslivet och ha kontakter med andra. Tanken är att ledsagning ska möjliggöra för enskilda att besöka vänner, delta i kulturlivet eller bara promenera. Insatsen har också betydelse för att tillgodose anhörigas behov av avlösning i omvårdnaden av deras närstående.

## Insatser enligt LSS

Personer under 65 år med demenssjukdomar kan omfattas av LSS och ha enligt 7 § rätt till de insatser i form av särskilt stöd och särskild service som finns angivna, om de behöver sådan hjälp i sin livsföring



och om deras behov inte tillgodoses på annat sätt. Den enskilde ska genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor.

### **Personlig assistans**

Insatsen är ett stöd till personer som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med grundläggande behov. Det kan innebära hjälp med personlig hygien, måltider, på- och avklädning, att kommunicera med andra människor och annan hjälp som förutsätter ingående kännedom om personen. Ansökan om insatsen behöver ske före 65 års ålder.



## Vård och omsorg

### Levnadsberättelsen

Levnadsberättelsen är ett viktigt verktyg i den personcentrerade vården. Den är en del i grunden för ett gott bemötande och ger vårdpersonalen inspiration till aktiviteter och samtalsämnen samt ger förutsättningar att bekräfta personen och dennes livshistoria. Berättelsen som ger fördjupad kunskap om en person kan till exempel ligga till grund för planering av aktiviteter och bemötandestrategier på dagverksamhet och särskilt boende.

**Levnadsberättelsen skrivs i samråd med personen** själv och dennes anhöriga och närstående. Levnadsberättelsen är ett skriftligt dokument som inte är juridiskt bindande. Det finns olika mallar att utgå ifrån, se bland annat Svenskt demenscentrum. Levnadsberättelsen omfattas av sekretess och vårdpersonalen har tystnadsplikt men genom samtycke kan personal inom eller mellan vårdgivare ta del av den, till exempel kan en levnadsberättelse vara upprättad/ifylld på korttidsboende och sedan följa med personen till särskilt boende.

#### Målnivå levnadsberättelse

För indikatorn andelen personer med demenssjukdom vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens och omsorgens utformande har Socialstyrelsen fastställt målnivån  $\geq 98\%$

### Genomförandeplanen

För att säkerställa att personalen arbetar personcentrerat bör strategier för bemötande vara dokumenterade i den enskildes genomförandeplan. Den fysiska miljön har stor betydelse för personer med kognitiva svårigheter. Därför bör alla personer med demenssjukdom – både i ordinärt och i särskilt boende – ha en beskrivning av individuella miljöanpassningar i den egna genomförandeplanen.

#### Målnivå strategi för bemötande och individuella miljöanpassningar

Socialstyrelsen har fastställt målnivåerna för andelen personer med demenssjukdom med strategier för bemötande och individuella miljöanpassningar beskrivna i den enskildes genomförandeplan till  $\geq 98\%$ .

## Måltider och nutrition

Personer med demenssjukdom kan behöva hjälp med att äta. De kan ha svårt att tolka matsituationen och förstå vad man ska äta och hur man ska äta. Det handlar i stället om olika åtgärder som tillsammans kan bidra till ett förbättrat kostintag, men det handlar också om att skapa en måltidssituation där den demenssjuke känner sig trygg och säker och kan uppleva välbefinnande. De åtgärder som kan vara aktuella är att äta i liten grupp eller enskilt med stöd av personal, ge individuellt anpassat stöd vid måltiden, ge personen möjlighet att själv ta mat och tillräckligt med tid för att kunna äta i lugn och ro, anpassa den fysiska miljön och ta hänsyn till kulturella och religiösa aspekter. För nutrivitionsbedömning rekommenderas bedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA).

## Munhälsa

Munhälsan påverkar många basala behov, som att äta, dricka och tala. Personer med demenssjukdom kan redan tidigt i sjukdomen få svårt med tandborstning och annan munvård. Det är ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten, att uppmärksamma munhälsan under hela sjukdomsförloppet, och att ha rutiner för när samverkan behöver ske. För att förebygga och följa upp munhälsan behöver personalen kunskap om demenssjukdomen och kunskap om munhälsa och munvård.

**Munhälsan behöver följas under hela sjukdomsförloppet.** I Socialstyrelsens vägledning för en god munhälsa hos personer med demenssjukdom rekommenderas att bedömningar av munhälsan görs med bedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide (ROAG). ROAG en gradering av tillståndet i munnen som syftar till att förbättra munhälsan hos äldre, identifiera risk för dålig munhälsa, utvärdera insatta åtgärder samt utgöra grund för kontakt med tandvården. Viktigt att säkerställa och upprätta en tandvårdskontakt till privat tandläkare eller Folk tandvård. Det är också viktigt att informera om de tandvårdsstöd som finns. Den person/vårdtagare som fått en diagnostiserad kognitiv sjukdom ska förses med ett tandvårdsintyg och kan erbjudas uppsökande munhälsobedömning utan avgift och nödvändig tandvård enligt hälso- och sjukvården avgiftssystem. Denna tandvård ingår i högkostnadsskyddet tillsammans med övrig sjukvård ([Region Västerbottens tandvårdsstöd enligt 1999 och 2013 års reformer](#)).

## Förebygga fall

Demenssjukdom, förvirring och annan kognitiv nedsättning ökar risken för fall och att drabbas av en fallskada. Risken att drabbas av negativa konsekvenser efter en höftfraktur är högre bland personer med demenssjukdom. Detta innebär att fall och frakturer är särskilt viktigt att förebygga i denna grupp. För att minska risken för fallskador behöver hälso- och sjukvården arbeta systematiskt med fallpreventiva åtgärder. Flera åtgärder i kombination med varandra som bedömning av fallrisk, kartläggning av tidigare fall, översyn av läkemedel, fysisk träning och förändringar i miljön kan minska risken för fallskador och lidande. För regelbunden bedömning av fallrisk rekommenderas bedömningsinstrumentet DFRI Downton Fall Risk Index (*Samlat stöd för patientsäkerhet, Socialstyrelsen 2021*).

## Förebygga trycksår

Trycksår orsakar ett stort fysiskt, känslomässigt och socialt lidande för den som drabbas. Många faktorer ökar risken för trycksår och personer med demenssjukdom kan till exempel ha nedsatt rörlighet och svårt att själv ändra läge eller otillräckligt näringsintag. För att identifiera personer med demenssjukdom som löper risk att utveckla trycksår rekommenderas att ett strukturerat bedömningsinstrument, Modifierad Nortonskala, används i samband med inskrivning på sjukhus, hemsjukvård eller särskilt boende och därefter upprepade gånger under vårdtiden. (*Samlat stöd för patientsäkerhet, Socialstyrelsen 2021*).

## Blåsdysfunktion

Personer med demenssjukdom har större risk att utveckla urininkontinens än andra i motsvarande ålder. Majoriteten av personer med måttlig till svår demenssjukdom, i särskilt boende eller dagverksamhet,

har inkontinens och behöver hjälp och stöd vid toalettbesök. I enlighet med ett personcentrerat förhållningssätt är det viktigt att toalettbesöken planeras individuellt och inte enbart innebär byte av inkontinenshjälpmedel (*Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*, Socialstyrelsen 2017).

## Konfusion vid demenssjukdom

Personer med demenssjukdom kan även drabbas av konfusion. Konfusion yttrar sig som snabbt påkommen förvirring i tid och rum. Symtomen kan skifta snabbt mellan kraftig förvirring och korta stunder av medvetenhet. Förutom en ofta uttalad rädsla hos den drabbade förekommer även hallucinationer och vanföreställningar. Konfusion har oftast en bakomliggande orsak, till exempel en kroppslig sjukdom eller skada. Tillståndet kräver snabb utredning av bakomliggande orsaker för att möjliggöra snabba åtgärder eftersom tillståndet kan vara livshotande om det inte hävs. Personer med demenssjukdom är särskilt känsliga för att utveckla ett konfusionstillstånd (*Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*, Socialstyrelsen 2017).

## Palliativ vård

I samband med inflyttning på ett särskilt boende behöver samtal med personen med demenssjukdom (där det är möjligt) och anhöriga hållas om hur sjukdomsförloppet brukar se ut och att demenssjukdom leder till döden. Viktiga områden att ta upp är beslut om att eventuellt avstå hjärt-lungräddning, utredning och behandling av nytillkomna tillstånd som inte förväntas påverka personens livskvalitet samt ställningstagande avseende vid vilka tillfällen sjukhusvård skulle vara aktuellt. Vårdinsatserna ska fortlöpande anpassas till den enskildes behov. Innehållet i den palliativa vården för personer med demenssjukdom skiljer sig till viss del från den som bör erbjudas andra patientgrupper. Det finns särskilda svårigheter som personalen ofta ställs inför när det gäller palliativ vård för personer med demenssjukdom. Det gäller till exempel möjligheten till kommunikation under senare delen av sjukdomsskedet vilket till exempel kan försvåra den systematiska smärtskattningen. Detta kräver god personkännedom, goda kunskaper i palliativ vård och demensvård samt kontinuitet i kontakten mellan personal och patient. Abbey Pain Scale är ett instrument som kan användas för att skatta smärta hos personer med nedsatta kognitiva funktioner och andra som inte kan verbalisera sin smärta. Smärtan bedöms bland annat utifrån röstuttryck/ljud, ansiktsuttryck och kroppsspråk. Vägledning, rekommendation och indikatorer om generella palliativa åtgärder finns i *Socialstyrelsens Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. Demenscentrum har även webbaserad utbildning inom palliativ vård för personer med demenssjukdom.

## Våld i nära relationer

Definitionen av våld mot äldre är "en enstaka eller upprepad handling, eller frånvaro av önskad/lämplig handling som utförs inom ett förhållande där det finns förväntan på förtroende och som förorsakar skada eller smärta hos en äldre person. Denna handling kan vara fysisk, psykologisk/känslomässig, finansiell eller helt enkelt återspegla avsiktlig eller oavsiktlig försummelse".

Demenssjukdomens symtom med ökad förvirring och svårigheter att orientera sig kan skapa stark oro och skapa en risk för konflikter och aggressioner. Äldre personer med demenssjukdom som utövar våld eller som uppvisar ett aggressivt beteende löper också risk att själva utsättas för våld och övergrepp. I samtliga dessa fall är det angeläget att uppmärksamma våldssituationen och vidta åtgärder för personen med demens. Det är också viktigt att anhöriga och närstående eller vårdpersonal får tillgång till rätt stödinsatser, exempelvis handledning, stödsamtal och utbildning om BPSD och strategier för bemötande. Det är viktigt att förstå innebörden av BPSD och genom BPSD-registret kan personalen få hjälp att dels finna orsaker till aggressivitet, dels ta del av metoder för bemötandestrategier. Olika former av tvång och begränsningar ökar risken för aggressivt och utagerande beteende. (Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom, Socialstyrelsen 2019)

## Skyddsåtgärder

Vård och omsorg bygger på frivillighet enligt socialtjänstlagen, SoL, lagen om stöd och service till vissa

funktionshindrade, LSS, hälso- och sjukvårdslagen, HSL och Patientlagen. En åtgärd kan beroende på hur den används antingen vara en otillåten eller tillåten åtgärd, exempelvis att använda ett brickbord, sänggrind eller välfärdsteknik som exempelvis rörelselarm eller GPS. Skyddsåtgärder är tillåtna men inte tvångs- och begränsningsåtgärder.

**En åtgärd är att anse som om skyddsåtgärd** under följande förutsättningar:

- Den enskilde ska samtycka till åtgärden.
- Syftet med åtgärden ska vara att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde.
- Syftet med åtgärden får alltså inte vara att kompensera för brister i verksamheten, som till exempel brister i bemanningen, personalens kompetens eller att verksamheten bedrivs i lokaler som inte är ändamålsenliga.

**Personer med demenssjukdom kan ha svårigheter** att uttrycka sin vilja verbalt men kan genom sina reaktioner visa hur de upplever en viss åtgärd. Skyddsåtgärder ska kontinuerligt utvärderas genom att den enskildes reaktioner observeras och tolkas. Om den enskilde ger uttryck för att motsätta sig åtgärden behöver alternativa åtgärder prövas och utvärderas. Personcentrerad vård och omsorg är nyckeln till att kunna förebygga svåra situationer och utveckla strategier om de ändå uppstår. Ett verktyg kan vara Svenskt Demenscentrum handbok som ingår i utbildningspaketet *Nollvision- för en demensvård utan tvång och begränsningar*.

## Kommunikation och information

Av Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen framgår att vården och omsorgen så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med individen. I Patientlagen (2014:821) förtydligas och förstärks patientens roll och ställning. Lagen ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet samt stödja patientens möjligheter att medverka i vårdprocessen. Personen med demenssjukdom ska få information om sitt hälsotillstånd, vilka metoder som finns för vård och behandling och vilka hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning. Information ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

### Annat modersmål än svenska eller annan kulturell bakgrund

Idag finns det ungefär 20 000 personer i Sverige som är födda i ett annat land och som har en demenssjukdom. Under de kommande tjugo åren räknar man med att antalet personer med demenssjukdom och utländsk bakgrund kommer att fördubblas. Vid basala demensutredningar och kognitiva tester är Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) ett skattningsinstrument som är mindre beroende av språk, kultur och utbildningsnivå ett alternativ (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen 2017).

# Anhöriga och närstående

## Initiativ till anhörigstöd i samband med demensdiagnos

Det är viktigt att anhöriga/närstående rutinmässigt erbjuds att delta i informations och utbildningsprogram där de får strukturerad information om bland annat demenssjukdomens symtom, orsaker samt förväntade utveckling. Ofta innehåller utbildningen också moment om hur anhöriga kan bemöta olika typer av symtom hos personer med demenssjukdom samt information om möjliga behandlings- och stödinsatser från samhället. Det finns också psykosociala stödprogram där anhöriga träffas för att utbyta erfarenheter och relationsbaserade stödprogram, där även personen med demenssjukdom deltar. Det är angeläget att verksamheter som utreder och diagnostiserar personer med demenssjukdom uppmärksammar anhörigas behov och tidigt tar initiativ till anhörigstöd. Stödet kan ges av den verksamhet som har ställt diagnosen, men i många fall hänvisas anhöriga och andra närstående till det anhörigstöd som tillhandahålls av kommunerna. Det finns en skyldighet för socialnämnden att erbjuda anhörigstöd till personer som vårdar en närstående som är äldre, långvarigt sjuk eller som har en funktionsnedsättning (5 kap. 10 § SoL). (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen 2017).

## Initiativ till anhörigstöd riktade till unga anhöriga

Demenssjukdom drabbar inte bara äldre personer. En del befinner sig mitt i livet med arbete och familj när de får sin diagnos. För barn och ungdomar är det svårt att se en förälder förändras och bli alltmer hjälpbehövande. Webbsidan [www.unganhorig.se](http://www.unganhorig.se) startades av Susanne Axelsson själv ung anhörig, men som nu administreras av Svenskt Demenscentrum besvara många frågor och i december 2020 bildades SNUA, Svenskt nätverk för unga anhöriga. Nu har nätverket lanserat en webbplats som i första hand vänder sig till personal inom vård och omsorg. SNUA:s webbplats ger råd och stöd till dig som arbetar med personer kognitiv sjukdom och som har unga anhöriga i sin närhet. Webbplatsen är under uppbyggnad, [www.kognitivsjukdom.se/snuu/index.html](http://www.kognitivsjukdom.se/snuu/index.html) (Svenskt Demenscentrum).

### Målnivån

För indikatorn andelen personer med demenssjukdom där vården initierat anhörigstöd i samband med att personen meddelas diagnosen har Socialstyrelsen fastställt målnivån  $\geq 95$  %.

## Anhörigbehörighet

Anhörigbehörighet innebär att anhöriga, till en person som är över 18 år och som inte kan företräda sig själv, inte behöver en fullmakt för att företräda denne i alla avseenden (17 kap Föräldrabalk (1949:381)). Det innebär att en anhörig för personens räkning, till exempel kan betala räkningar, teckna hemförsäkring, ansöka om bidrag och handla vissa saker, det vill säga ordinära rättshandlingar med anknytning till den dagliga livsföringen. Den anhörige kan också ansöka om andra stödinsatser som exempelvis hemtjänst och anmäla behov av vård- och omsorgsboende. Den anhörige kan däremot inte köpa eller sälja fastighet eller bostadsrätt, köpa aktier, ge gåvor eller processa i domstol. Som nära anhörig räknas i tur och ordning make/maka, sambo, barn, barnbarn, föräldrar, syskon och syskonbarn. Om det till exempel finns två barn företräder de gemensamt personen. Den anhörige kan beställa personbevis från Skatteverket som visar att hen är närmast anhörig.

## Framtidsfullmakt

Lag (2017:310) om framtidsfullmakter trädde i kraft 2017 och syftar till att den enskilde ska kunna känna sig trygg med hur deras personliga och ekonomiska angelägenheter sköts när de inte längre kan göra det själva, detta ska kunna skötas med en framtidsfullmakt. Åtgärder inom hälso- och sjukvård eller tandvård och vissa frågor av utpräglat personlig karaktär ska dock inte omfattas. Framtidsfullmakten utgör ett komplement till vanliga fullmakter och ett alternativ till god man och förvaltare. Fullmakten ska vara skriftlig och bevittnad av två personer. Den person som har fullmakten avgör när den ska börja gälla. Det behövs ingen formell ansökan.



## Förvaltare och god man

För personer som har nedsatt eller helt saknar beslutsförmåga kan en god man eller förvaltare förordnas som har i uppdrag att sörja för den enskildes person, bevaka den enskildes rätt eller förvalta dennes egendom. I den gode mannens eller förvaltarens uppdrag ingår inte alla frågor som är av personlig karaktär eller som innebär personliga ställningstaganden. Sådana åtgärder kan till exempel vara medicinska vård- och behandlingsåtgärder, val av bostadsform eller ansökan om kontaktperson. Ansökan om god man kan göras av personen själv eller dennes anhöriga. Socialtjänsten har också skyldighet att anmäla behov av god man till överförmyndare. För vissa personer är det inte tillräckligt med att de får en god man. I stället kan det behövas en förvaltare. Till skillnad från godmanskap är ett förvaltarskap en tvångsåtgärd och personen som får förvaltare förlorar sin egen rättshandlingsförmåga. Det är tingsrätten som förordnar god man och förvaltare.

# Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

Vid demenssjukdom kan en rad olika sekundära symtom uppträda. De brukar sammanföras under benämningen beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD. BPSD kan uppträda under hela sjukdomsförloppet och symtomen kan vara övergående. Symtomen kan variera och bero på flera saker, till exempel på personen med demenssjukdoms oförmåga att korrekt bearbeta information och förmedla sig, vilket kan leda till oro, vandringsbeteende, vanföreställningar och aggressivitet.

**BPSD behöver en noggrann** analys av tänkbara utlösande och förvärrande faktorer för att möjliggöra en god behandling. Behandlingen vid olika beteendemässiga och psykiska symtom är inriktad på att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symtomen. Det kan vara behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem och svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön. Det kan också vara orealistiska eller för stora krav på personen med demenssjukdom, brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög läkemedelsdos eller olämpliga läkemedel. Symtomen kan också bero direkt på personens demenssjukdom. Grunden för behandlingen är en personcentrerad vård och omsorg och en översyn och anpassning av den fysiska miljön och personalens bemötande.

**Det finns flera stöd för en strukturerad bedömning** av BPSD. Bland annat är kvalitetsregistret BPSD-registret konkret uppbyggt utifrån bland annat NPI-skalan, och kan ge information om bedömning, behandling och bemötande vid BPSD. Läkemedelsverket har tagit fram rekommendationer om läkemedelsbehandling och bemötande vid BPSD. (Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom, 2019).

## Svenska BPSD-registret

Som ett hjälpmedel för att arbeta strukturerat, evidensbaserat och personcentrerat med BPSD finns ett nationellt kvalitetsregister; svenskt BPSD register. Registret ger struktur i arbetet genom stöd i observation, analys, åtgärder och utvärdering av BPSD problematiken. Registret fokuserar på personcentrerad vård, ger ett gemensamt språk för personalen, hjälper till att sätta tydliga mål med vård och omsorg av individen och främjar teamarbete. Genom arbete i BPSD-registret implementeras de nationella riktlinjerna ([www.bpsd.se](http://www.bpsd.se)). Observera att samtycke krävs innan registrering i kvalitetsregistret.

## NPI • Neuropsychiatric Inventory

NPI är en skala som är utvecklad för att mäta beteendesymptom (BPSD) vid olika demenssjukdomar. "Basvarianten" heter NPI-10 och omfattar 10 symptomdomäner: vanföreställningar, hallucinationer, agitation, depression, ångest, eufori, apati, avflackning, irritabilitet, avvikande motoriskt beteende. I NPI-12 ingår även domänerna nattlig oro samt aptit- och ätstörningar. NPI görs genom intervju av närstående till patienten, anhörig eller annan vårdare. Tidsåtgång är cirka 10 minuter för NPI och 10 minuter för NPI-D. Tränad sjukvårdspersonal bör utföra intervjun. Ibland används även NPI-skalan för att mäta närståendes "belastning/stress" av de aktuella symptomen, NPI-D (NPI-Caregiver Distress Scale).

## Behandling av BPSD

Läkemedelsverkets rekommendationer vid behandling av BPSD ska vara vägledande i vården och omsorgen av personer med demenssjukdom och BPSD. Rekommendationerna går ut på att de primära åtgärderna vid BPSD ska vara icke-farmakologiska. Se även [Terapirekommendationer Västerbotten](#)

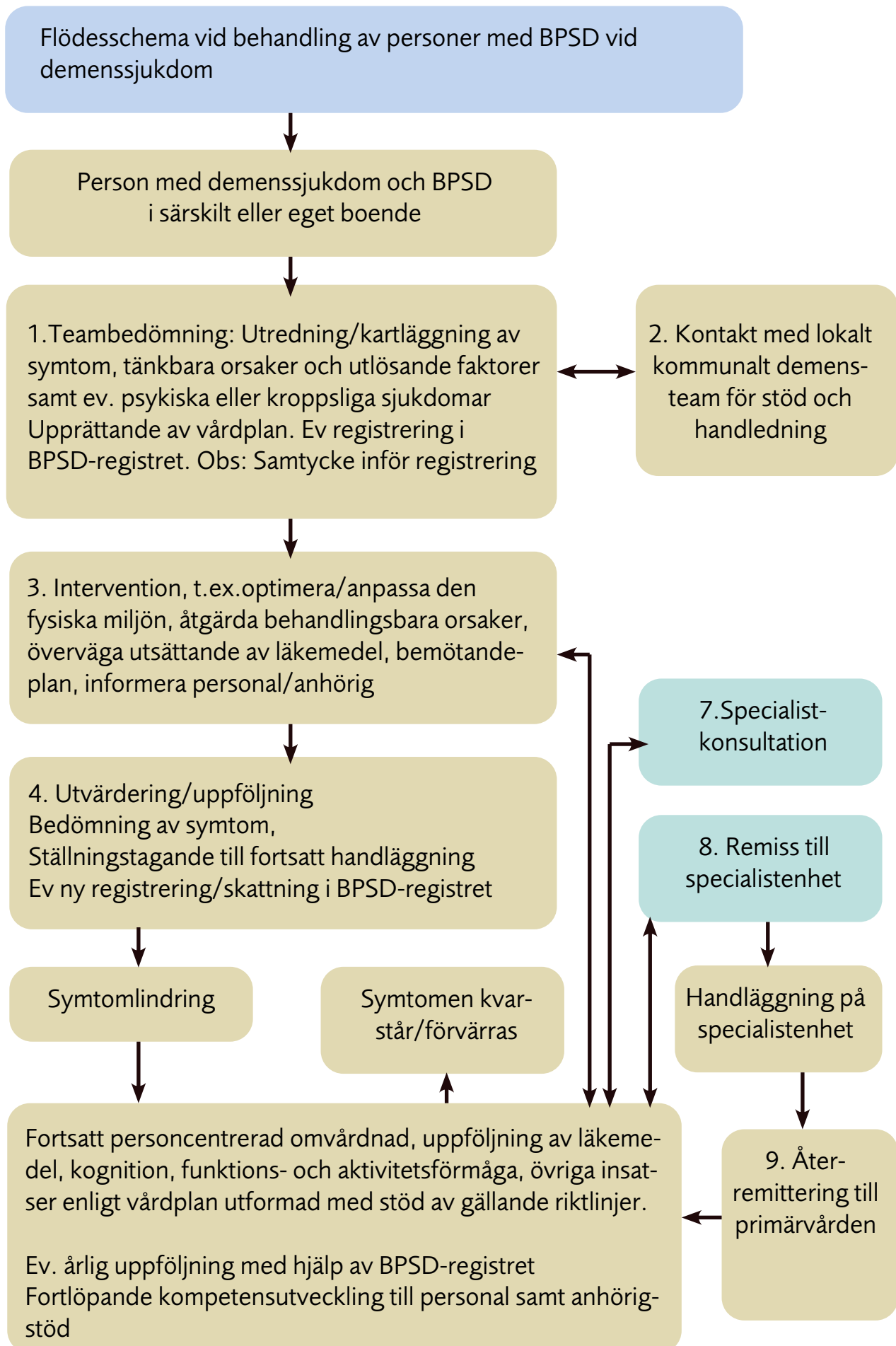
## **Konsultationer med specialistenhet inom region Västerbotten vid misstanke om BPSD**

För att i möjligaste mån undvika att personer med demenssjukdom skickas till akutmottagningarna på grund av symtom som tolkas som BPSD är det viktigt att tecken på BPSD uppmärksammas och åtgärdas i ett tidigt skede. I Västerbotten har de psykogeriatriska verksamheterna vid länets sjukhus till uppgift att stödja hälsocentraler/sjukstugor och särskilda boenden när det gäller omhändertagande av personer med BPSD. Bedöms personen ha behov av slutenvård kan specialistenheten erbjuda en planerad inläggning med kort varsel till vårdavdelning.

### **Vid behov av specialistvård**

Personer med demensdiagnos och svår BPSD, där annat medicinskt tillstånd uteslutits, bör i första hand erbjudas plats vid psykogeriatrisk vårdavdelning efter samråd med ansvarig geriatriker. Om personen är i behov av vård enligt LPT görs en bedömning i samråd med psykiatriker om det är möjligt att vårda personen vid en psykogeriatrisk enhet. Om bedömning görs att personer är i behov av vård vid sluten psykiatrisk vårdavdelning skall ställningstagande till överflyttning till psykogeriatrisk vård göras dagligen i samråd med ansvarig geriatriker

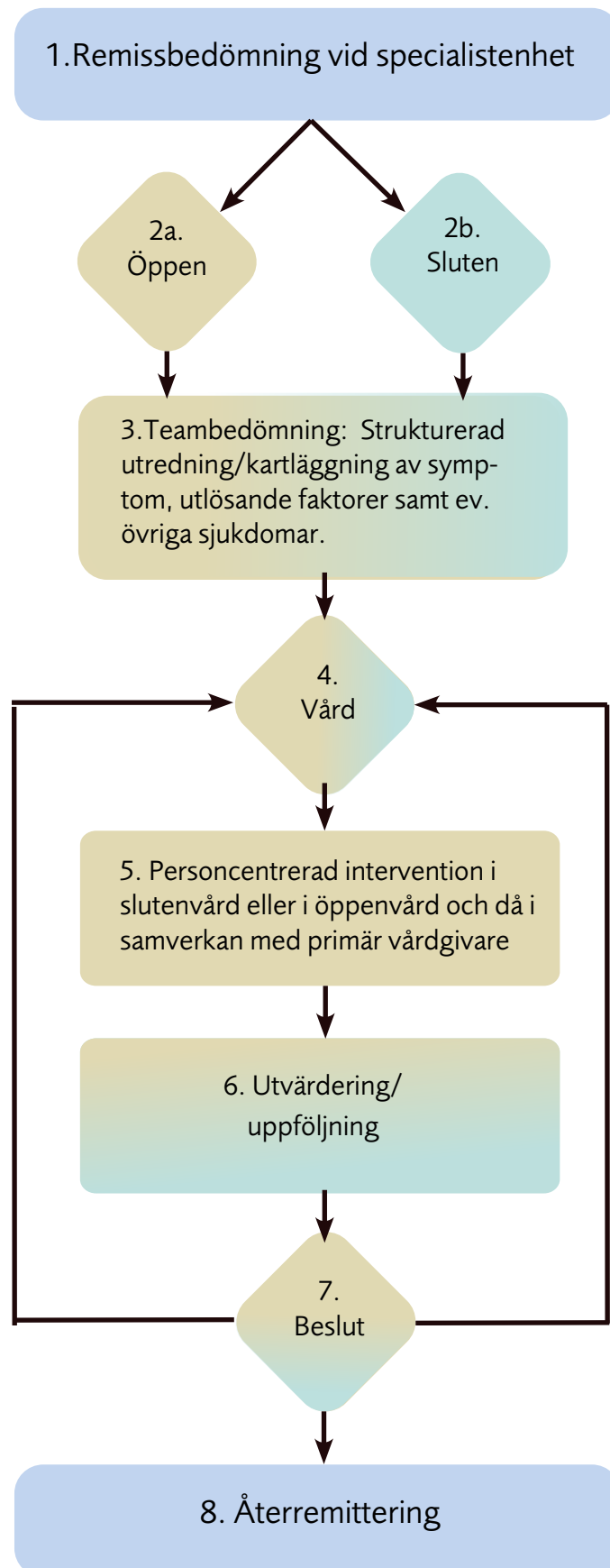
## Flödesschema vid BPSD



## Förklaring till flödesschema

1. Personer med demenssjukdom som uppvisar BPSD skall alltid genomgå en utredning av symtomen. Inom hälso- och sjukvård och social tjänst samlas berörd personal t.ex. läkare, arbetsterapeut, kontaktperson i hemtjänst eller särskilt boende. Syftet med teambedömningen är att få en strukturerad kartläggning av symtomen, identifiera tänkbara orsaker och utlösande faktorer samt ev. psykiska eller kroppsliga sjukdomar. Bedömningen genomförs med stöd av strukturerade bedömningsformulär.
2. För att få stöd och råd i samband med bedömning och för att stödja och handleda personal i hemtjänst eller särskilt boende kontaktas demensansvarig/lokalt kommunalt demensteam som kan finnas med som ett stöd genom hela processen.
3. Efter noggrann utredning av symtomen genomförs en intervention enligt vårdplan. Det kan till exempel innebära behandling av smärta eller urinvägsinfektion eller att sätta ut läkemedel med ogynnsam effekt. Det kan även innebära att man anpassar förhållanden i den demenssjukes fysiska miljö, anpassar aktiviteter och stimuli och försäkras sig om att personens basala behov är tillgodosedda. För den personal som arbetar nära personen med demenssjukdom och BPSD ska utbildning, handledning och stöd ingå. Även anhöriga ska informeras och erbjudas stöd.
4. Planerade interventioner utvärderas enligt fastlagd vårdplan. Vid utvärderingen samlas berörda teammedlemmar. Effekten av insatta åtgärder bedöms med stöd av samma instrument som vid kartläggningen samt genom samtal med personal och/eller anhöriga.
5. Om interventionen gett önskad effekt i form av symtomlindring och/eller förbättrade omvårdnadsstrategier fortsätter hälso- och sjukvården och socialtjänsten att ge en personcentrerad omvårdnad och personen med demenssjukdom följs upp enligt gällande riktlinjer.
6. Om symtomen kvarstår, eller förvärras, tas ställning till fortsatt planering. En ny plan för intervention och uppföljning upprättas.
7. Om det bedöms att det finns behov av specialistinsatser finns möjlighet till konsultation med psykiatriisk enhet.
8. Om situationen anses alltför komplicerad att behandla inom primärvård eller socialtjänst remitteras personen med demenssjukdom och BPSD till specialistenhet för utvidgad bedömning och ställningstagande till behandling. En individuellt utformad vårdplan upprättas utifrån bedömning i varje enskilt fall. Personen med demenssjukdom och BPSD kan antingen bli föremål för insatser via det sjukhusknutna demensteamet eller genom inläggning vid slutenvårdsenhet.
9. Efter avslutad behandling vid specialistklinik återremitteras personen med demenssjukdom till primärvård för fortsatt vård och omsorg.

# Flödesschema för utredning och behandling av BPSD inom specialistenhet





## Förklaring till flödesschema till utredning och behandling av BPSD på specialistenhet

1-2. Remissbedömning.

Utifrån vad som framkommer av remissen bedömer ansvarig specialistläkare om patienten har behov av utredning/behandling vid slutenvårdsavdelning eller i öppenvård av specialistteam med inriktning mot BPSD.

3. Oavsett vårdnivå görs en strukturerad kartläggning av situationen genom medicinsk undersökning, provtagning, observationer, skattningsskalor, intervjuer med patient, anhörig eller annan vårdgivare. Genom strukturerat samtal med patienten fås kännedom om hur personen själv upplever sin situation. De register som verksamheterna är anslutna till fylls i.

4. När den initiala kartläggningen är genomförd och dokumenterad samlas berörda teammedlemmar till en vårdkonferens för upprättande av en vårdplan. För patienter i slutenvård ska vårdplan upprättas inom ett dygn. Datum för uppföljning anges såväl i öppen- som i slutenvård

5. För såväl patienter inom sluten- som öppenvård ska insatser och omvårdnadsstrategier anpassas utifrån kännedom om personens sjukdomshistoria, livshistoria, intressen, resurser samt demenssjukdomens konsekvenser och personens behov av meningsfull aktivitet. Patient och anhörig ska informeras om vårdplanen. I öppenvård informeras patient och/eller primär vårdgivare om fortsatta strategier och insatser. För att insatserna ska kunna utvärderas och effekten vara hållbar över tid är behovs samverkan mellan de som är engagerade i personens vård och omsorg. Specialistenheten håller kontakt med patient och primär vårdgivare samt besöker patienten i eget/särskilt boende enligt upprättad vårdplan. De patienter som vårdas vid slutenvårdsavdelning på grund av BPSD, observeras under hela dygnet. Insatta medicinska- och/eller omvårdnadsåtgärder utvärderas enligt vårdplan.

6. Inför en planerad vårdkonferens ansvarar hela teamet utifrån sin profession att de bedömningar, utredningar och observationer som genomförts sammanställs och delges. Om symptom kvarstår och man bedömer att det finns behov av ytterligare insatser revideras vårdplanen, vilket kan innebära nya strategier. Uppföljning görs sedan kontinuerligt och efter behov under den period patienten är aktuell på specialistnivå. Patienter som vårdats vid slutenvårdsavdelning kan vid behov följas upp genom öppen-vårdskontakt.

7. Nytt beslut om fortsatta åtgärder från specialistenhet eller avslut och återremittering.

8. Vid återremittering till primär vårdgivare ges information om medicinska och omvårdnadsåtgärder och rekommendationer om fortsatt vård.

# Skalor och bedömningsinstrument

Nedan presenteras ett urval av skalor och bedömningsinstrument. Några av dessa verktyg finns tillgängliga på Svenskt Demenscentrums hemsida [Verktyg](#) och [Senior Alert Senior Alert/personal](#)

- Anhörigintervju för identifiering av demens och demensliknande tillstånd
- Mini Mental State Examination, Svensk Revidering (MMSE-SR)
- Clock Drawing Test (CDT)
- Geriatric Depression Scale (GDS-15)
- ROAG (Revised Oral Assessment Guide)
- RUDAS
- MoCa
- Abbey Pain Scale
- Neurokognitiv/Psykogeriatrisk Symptomenkät
- PHASE-Proxy (identifiera läkemedelsbesvär)
- Qualid
- Utvärdering av demenssymptom
- NPI (Neuropsychiatric Inventory)

## Ett samarbete mellan

