

# ANNAS LED

FÖR EN TRYGG OCH SÄKER  
DEMENSVÅRD I HALLAND



Fastställd 2012 Uppdaterad 2020



# Annas Led

Inledning .....	3
Kap 3.1 Anna och Lars tar hand om sin hälsa .....	5
Kap 3.2 Annas första symtom .....	7
Kap 3.3 Anna blir inlagd på sjukhuset .....	9
Kap 3.4 Anna besöker vårdcentralen .....	11
Kap 3.5 Anna besöker Minnesmottagningen .....	15
Kap 3.6 Anhöriga till Anna .....	19
Kap 3.7 Lars känner inte igen Anna .....	21
Kap 3.8 Anna börjar på dagverksamhet .....	23
Kap 3.9 Anna flyttar till särskilt boende .....	25
Kap 3.10 Anna får problem med sin munhälsa .....	27
Kap 3.11 Anna följs upp regelbundet .....	29
Kap.3.12 Annas sista tid .....	31
Förutsättningar för en god vård och omsorg av personer med demenssjukdom .....	33
Demenssamordnare i kommunen .....	37
Demenssamordnare i närsjukvården .....	38

# Inledning

## Annas led - för en trygg och säker demensvård i Halland

Annas led är en modell för regionala riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom i Halland. Modellen beskriver hur arbetet och samarbetet kring demensvården bör fungera i vårdkedjan mellan närsjukvård, specialistvård och kommunerna i Halland. Modellen fastställdes den 13 april 2012 på strategisk nivå i Hallands stödstruktur för regional samverkan inom socialtjänsten och uppdateras 2019 utifrån de nya nationella riktlinjerna (2017) på området. Modellen har kompletterats med en vårdriktlinje - [Demenssjukdom – utredning och uppföljning](#).

Anna är en fiktiv person med kognitiv svikt (dvs. har symtom på demenssjukdom eller har en demenssjukdom). För att tydligt beskriva vårdkedjan och kontaktvägarna med fokus på personer med demens används en fiktiv berättelseserie om Anna. Anna är ett av de vanligaste namnen i Halland.

### Visionen

*Annas befinner sig på Hallandsleden, den kända vandringsleden genom Halland. På sin vandring, med kontakterna inom vården och omsorgen kan hon känna sig trygg och säker oavsett var hon väljer att gå.*

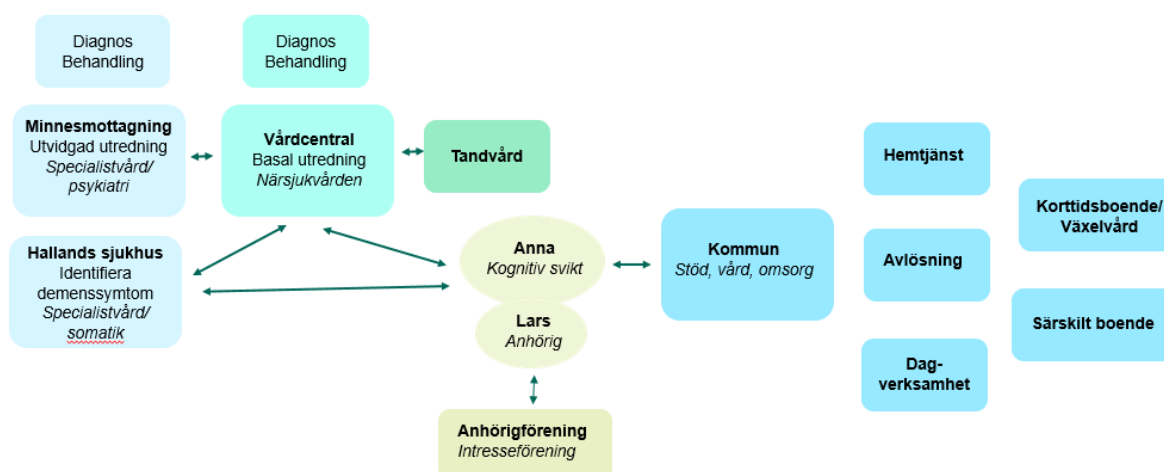
## Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Modellen baseras på de nationella demensriktlinjerna som kom 2010 och reviderades 2017. Det övergripande syftet med riktlinjerna är att bidra till kvalitetsutveckling och god resurshållning. Därmed vill Socialstyrelsen bidra till att stärka den enskildes möjligheter att få god vård och omsorg. De centrala rekommendationerna i riktlinjerna är viktiga indikatorer för god vård.

*Riktlinjerna omfattar hela vårdkedjan samt förebyggande arbete och riskfaktorer. I arbetet med riktlinjerna har tyngdpunkten legat på kommunernas vård och omsorg och landstingens primärvård. Anledningen är att merparten av personer med demenssjukdom får vård och omsorg därifrån.*

Riktlinjerna lyfter fram evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom och för stöd till deras anhöriga.

Riktlinjerna finns på Socialstyrelsen hemsida: <http://www.socialstyrelsen.se>



## Samverkan – för en säker och trygg demensvård

Att drabbas av demenssjukdom innebär ofta att man får behov av olika insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst, vilket förutsätter en nära samverkan mellan specialistvård, närsjukvård och kommun.

För personer med demenssjukdom är denna samverkan särskilt viktig, då sjukdomen ofta medför att personens förmåga till delaktighet och beslut försämras. En särskild [rutin för informationsöverföring](#) är framtagen.

För att kunna stärka personens oberoende i det dagliga livet bör omsorgs- och vårdinsatserna samordnas och ske i dialog mellan personen med demenssjukdom och dennes anhöriga eller andra företrädare. Samverkan är väsentligt, då det minskar risken att personen "faller mellan stolarna" och gör att demensvården blir tryggare och säkrare.

## Lagarna stärker samverkan

Både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen innehåller allmänna bestämmelser om samverkan och samarbete mellan huvudmännen.

Den 1 januari 2010 infördes nya bestämmelser om samordning av insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård – samordnad individuell plan, SIP. *Individuell plan(SIP) 3 f § HSL och i 2 kap. 7 § SoL*

Bestämmelserna innebär att när en person har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen och landstinget/regionen tillsammans upprätta SIP.

Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att personen ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska upprättas tillsammans med personen, om det är lämpligt och möjligt för denne att delta. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

1 januari 2018 trädde *Lag(2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård* i kraft. SIP infördes även i denna reglering. Syftet är att främja god vård och omsorg för personer som behöver insatser från båda huvudmännen efter utskrivning från slutet hälso-och sjukvård.

## Kap 3.1 Anna och Lars tar hand om sin hälsa

<p>Anna och Lars bor tillsammans i Halland. De har varit relativt friska genom livet.</p> <p>Anna trivs med att syssla med sina blommor och tycker om heminredning, medan Lars spelar golf och är allmänt sportintresserad.</p> <p>Båda är aktiva i pensionärsföreningen och går ibland till kommunens mötesplats mitt i centrum. De går gärna på aktiviteter som föredrag, dans och musik.</p> <p>Vid ett föredrag pratades det om den viktiga vardagsmotionen och paret fick tips om att gå ut och promenera ofta, vilket har blivit en</p>	<p>god vana. De blev även inspirerade till att kolla sitt blodtryck.</p> <p>Anna och Lars deltar i en grupp som träffas regelbundet för att äta lunch tillsammans. De ger varandra tips på recept och provar att laga nya maträtter från andra länder.</p> <p>Det hjälper till att passa barnbarnen som de tycker är livets efterrätt. De tycker att det mesta är sig likt, men skillnaden mot de egna småbarnsåren är stor eftersom de nu har mer tid och tålamod.</p>
---	---

### Vad är Hälsöfrämjande och förebyggande arbete?

En viktig roll för vården och omsorgen är att främja hälsa och förebygga sjukdom. Det hälsofrämjande arbetet fokuserar på att ge medborgarna förutsättningar att öka kontrollen över sin egen hälsa och bibehålla eller förbättra den. Det förebyggande arbetet fokuserar på att identifiera och minska risken för t.ex. sjukdomar och skador. Exempel på åtgärder i arbetet kan vara att skapa mötesplatser för äldre och att erbjuda rådgivning kring hälsofrämjande levnadsvanor. Det finns vetenskapligt stöd för sambandet mellan demenssjukdomar, framförallt Alzheimers sjukdom och vår livsstil. Det gör att alla bör vara uppmärksamma på att det är viktigt att se över sin livsstil i medelåldern. Det finns stöd för att högt blodtryck, rökning samt nedsatt fysisk och social aktivitet kan öka risken för demens senare i livet.

### Vem gör vad för Anna i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
Råd/hänvisning i samband med besök på vårdenheten	Råd/hänvisning i samband med besök/sjukhusvistelse	Råd/hänvisning i samband med stöd/vård/omsorg  Förebyggande insatser, Exempelvis: Skapa mötesplatser för äldre (vuxna över 65 år) för gemenskap och social aktivitet.

## För mer information

Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, Terapirekommendationer, Region Halland <https://terapirek.regionhalland.se/terapirekommendationer>

Balansera mera, Socialstyrelsen: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

## Kap 3.2 Annas första symtom

Anna börjar bli glömsk och har börjat ringa mer till sin dotter Lena. Ibland flera gånger om dagen om samma saker. Lena tänker: "nu märks det att mamma inte är ung längre."

Lars försöker stöta Anna och tar över många av hennes sysslor. Han har börjat känna sig tröttare eftersom han har fått ta över mer ansvar. Anna tycker själv att det fungerar bra hemma men ibland har hon sett lite dystert ut och har börjat dra sig undan.

En dag tar Lena med sin mamma på en utflykt för att pigga upp henne. På resan blir det tydligt att Anna behöver mera stöd än vad Lena tidigare förstått.

Lena och Lars föreslår för Anna att hon ska prata med sin läkare om sin glömska och vad den kan bero på. De säger också att de gärna följer med som stöd om Anna vill det.

### Demensdefinition enligt WHO

"Demens är ett syndrom som beror på en progressiv hjärnsjukdom. Demens innebär störning av högre kortikala funktioner som minne, tänkande, orientering, förståelse, räkneförmåga, inlärningskapacitet, språk och omdöme. Medvetandet är inte grumlat.

Försämringen av kognitiva funktioner åtföljs ofta av försämring av emotionell kontroll, socialt beteende eller motivation. Demens medför avsevärd försämring av intellektuella funktioner och påverkar dagliga aktiviteter som tvättning, påklädning, ätande och toalettbesök.

Symtomen ska ha funnits i minst sex månader för en säker klinisk diagnos.

### Att upptäcka tecken på en demenssjukdom

Tidiga symtom på demens kan vara svåra att upptäcka. Ibland har sjukdomen ett smygande förlopp, ibland ett mer trappstegsliknande eller snabbare förlopp. Det vanligaste demenssymtomet är minnesstörning, men det finns även andra symtom som kan påverka och förändra personen på olika sätt. Exempel kan vara försämrad orienteringsförmåga, planeringssvårigheter och personlighetsförändringar.

Det är viktigt att personalen är observant på om det finns tecken på kognitiv svikt hos personer som söker för andra åkommor, som t.ex. nedstämdhet, eftersom alla inte har insikt om sina svårigheter. Demensliknande symtom kan ibland uppstå vid tillstånd som t.ex. infektioner, förgiftningar, tumörer och depression. Tidig utredning är alltid önskvärt för att bekräfta eventuell demenssjukdom eller för att få reda på att man inte har sjukdomen, utan att problemet har en annan förklaring.

### Vem gör vad för att upptäcka Annas tecken på demenssjukdom?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
Fånga symtom i samband med besök på vårdenheten	Fånga symtom i samband med besök/sjukhusvistelse	Fånga symtom i samband med stöd/vård/omsorg

## För mer information

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

Information kring minnesproblem, sjukdomar och utredning [www.1177.se](http://www.1177.se)



## Kap 3.3 Anna blir inlagd på sjukhuset

En dag snubblade Anna i hemmet och faller illa. Lars misstänker att den kan vara ett benbrott. Anna åker med ambulans till akutmottagningen. Undersökningarna visar en höftfraktur och Anna blir opererad och inlagd på sjukhuset.

När personalen frågar Anna om hennes hälsohistoria så berättar hon inget om sin glömska men personalen märker att hon är förvirrad och orolig hela tiden.

Sjuksköterskan frågar Lars om problematiken. Han berättar då om Annas glömska, att de diskuterat problemen i familjen och att de funderat på att ringa till Annas läkare.

Läkaren bestämmer att det ska göras en enklare bedömning, där man uppmärksammar Annas minnesproblematik.

Därefter beslutar läkaren att det bör göras en demensutredning och skriver därför en remiss till Annas läkare på vårdcentralen.

Innan Anna skrivs ut har man en vårdplanering på sjukhuset. Bland annat lämnas information om remissen för demensutredning och diskussioner förs om Anna har ett behov av hemhjälp för hjälp med hygien och påklädning.

### Att identifiera demenssymtom

Ibland kan det vara svårt att skilja på demens och förvirringstillstånd (konfusion). Konfusion kan orsakas av t.ex. läkemedelsbehandling, infektion, miljöombyte eller demenssjukdom. Vid konfusion brukar symtomen komma akut, med ett växlande förlopp av oklarhet och klarhet. Behandlingen går ut på att hitta den utlösande orsaken och sedan få konfusionen att läka ut genom att låta personen vistas i en lugn och trygg miljö.

Vid misstanke om demenssjukdom är det viktigt med adekvat medicinsk utredning för bedömning av den kognitiva funktionen genom en basal demensutredning. Det är närsjukvården som har ansvaret för den basala demensutredningen och syftet är att om möjligt fastställa eller utesluta demenssjukdom. Det finns ingen enkel utredningsmetod som kan fastställa om en person har en demenssjukdom, utan diagnostiken grundar sig på en sammanvägd bedömning av olika undersökningar.

### Rekommendationer

- Utreda och behandla bakomliggande orsaker till konfusionssymtom
- Vid misstanke om demenssjukdom identifiera symtom och initiera basal demensutredning

### Vem gör vad när Anna vistas på Hallands sjukhus?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
	<u>Identifiera demenssjukdom</u> Kognitivt test, ex MMSE-SR	

	<u>Remiss till närsjukvården för demensutredning</u>	
<u>Samordnad individuell plan</u> Läkaren på sjukhuset överrapporterar till läkaren i närsjukvården	<u>Samordnad individuell plan</u> Bedömning av behov av vård- och omsorgsinsatser, hjälpmedel, stöd, information och planering  Information om planerad/skickad remiss för demensutredning	<u>Samordnad individuell plan</u> Bedömning av behov av vård- och omsorgsinsatser, hjälpmedel, stöd, information och planering
<u>Basal demensutredning</u> Se avsnitt om basal demensutredning		

## För mer information

Kognitiva tester, se Svenskt demenscentrum "skalor och instrument" på [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)

Terapirekommendationer, Region Halland Läkemedelskommittén,  
<https://terapirek.regionhalland.se/terapirekommendationer>

Trygg och effektiv utskrivning  
<https://vardgivare.regionhalland.se/uppdrag-avtal/socialtjanst-och-naraliggande-halso-och-sjukvard/trygg-och-effektiv-utskrivning/>

Vårdriktlinje [Demenssjukdom – utredning och uppföljning](#)

[Rutin för informationsöverföring](#)

Webbutbildningar i Demens, [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)

Informationsmaterial om kommunens hjälp och stöd, se aktuell kommuns hemsida

## Kap 3.4 Anna besöker vårdcentralen

Anna har fått tid för utredning hos läkare på vårdcentralen. Lars är ombedd att vara med för att båda ska kunna ge och få information om Annas hälsotillstånd och vidare planering.

Anna är lite misstänksam och förstår inte riktigt varför hon ska genomgå alla de undersökningar som föreslås. Hon tycker inte att hon har några större svårigheter.

Läkaren informerar om varför en utredning är viktig och att rätt diagnos är viktig för att kunna sätta in rätt behandling. Efter en stunds samtal med Lars och läkaren beslutar sig Anna för att genomgå utredningen.

Anna och Lars får veta att demenssamordnaren på vårdcentralen kommer att kontakta dem för samtal och att det är hon som samordnar kontakterna under och efter utredningen.

När alla undersökningar är klara blir Anna och Lars kallade till återbesök hos läkaren. Vid besöket får Anna besked om att hon har Alzheimers sjukdom och hon erbjuds läkemedelsbehandling.

Då Lars har många frågor om sjukdomen och vad det finns för stöd att få förmedlas kontakt med kommunens demenssamordnare.

### Vad är basal demensutredning?

Syftet med basal demensutredning är att fastställa om personen har en kognitiv svikt och om den beror på en demenssjukdom eller om någon annan sjukdom kan förklara symtomen.

Syftet är också att fastställa vilka personer som är i behov en fortsatt utvidgad utredning. Det är också viktigt att utreda vilka funktions- och aktivitetsnedsättningar demenssjukdomen medför och vad man kan göra för att minimera eller kompensera för dessa. Utredningen skapar också underlag för den fortsatta vårdplaneringen. Ett teambaserat arbetssätt där olika professioner bidrar med sina bedömningar är väsentligt och underlättar för en bättre helhetsbild. Den sjukes och de anhörigas delaktighet i utredningsprocessen är också viktig och bör alltid vara en naturlig del i samverkansarbetet kring patienten.

Försämrad kognitiv funktion vid Downs syndrom bör utredas för att möjliggöra god omvårdnad. Demensutredningen kan behöva anpassas utifrån tillståndets särskilda förutsättningar.

Vid kognitiv svikt och samtidigt alkoholberoende eller missbruk rekommenderas vid utredning av demenssjukdom minst två månaders alkoholfrihet.

### Basal utredning bör innefatta

- Anamnes baserad på information från patienten och intervju av anhöriga/närstående
- Kognitiv status med MMSE-SR i kombination med klocktest. (Normalt MMSE-SR och klocktest utesluter inte demenssjukdom.)
- Kognitiv status med RUDAS (mångkulturellt bedömningsinstrument), används som del i basal demensutredning av personer med annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå.
- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga
- Datortomografi, i första hand för att utesluta andra orsaker till kognitiv svikt
- Bedömning av alkoholkonsumtion
- Läkemedelsanamnes/läkemedelsgenomgång.

- Somatiskt status inklusive neurologiskt status och vikt
- Psykiskt status.
- Blodprover
- EKG
- Sammanfattning av utredningen i ett diagnossamtal
- Ställningstagande till läkemedelsbehandling, se gällande Terapirekommendationer
- Ställningstagande till körkort och ev vapen
- Individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel samt strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av välfärdsteknik
- Bedömning av munhälsa
- Registrering i Svenska demensregistret, SveDem
- Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser (Se kapitel 3:11)

Vem gör vad när Anna besöker vårdcentralen?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
<u>Basal demensutredning</u> Strukturerad anamnes Anhörigintervju Fysiskt och psykiskt tillstånd Kognitiva test (MMSE-SR, klocktest) Funktions- och aktivitetsförmåga CT-hjärna Blodstatus Vid misstanke: serologi för neuroborreliosis, HIV, neurosyfilis Längd och vikt (Svedem)	<u>Konsultation</u> <u>Minnesmottagning</u>	<u>Patient med kommunal hälso- och sjukvård</u>  Behjälplig i delar av utredningen efter remiss från läkare  MMSE-SR, anhörigintervju
<u>Diagnos</u> Muntlig och skriftlig information om utredningsresultat Ev erbjuda läkemedelsbehandling Ta ställning till körkort och ev vapen Uppmärksamma munhälsa, ev intyg om tandvårdsstöd, vid problematik remiss till allmän tandvårdsklinik  Vid samtycke information till kommunens demenssamordnare		Demenssamordnare informeras om demenssjukdom

Samordnad individuell plan, behov av vård- och omsorgsinsatser ex dagverksamhet, avlösning, anhörigutbildning		Samordnad individuell plan, behov av vård- och omsorgsinsatser ex dagverksamhet, avlösning, anhörigutbildning
<u>Hjälpmedel</u> Bedöma, informera och erbjuda kognitiva hjälpmedel		<u>Hjälpmedel</u> Bedöma, informera och erbjuda kognitiva hjälpmedel
<u>Remiss till minnesmottagningen:</u> Läkare skickar remiss till minnesmottagningen: Vid oklarheter om diagnos eller behandling efter basutredning. Vid demenssjukdom i tidigt skede. Vid demensmisstanke hos yngre personer (upp till 65 år) efter basutredning. För hjälp med svårbehandlad BPSD	<u>Utvidgad demensutredning</u> Se avsnitt om utvidgad demensutredning	
<u>Uppföljning (minst årlig)</u> Erbjuda regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser. Uppföljning av körkort		<u>Uppföljning (minst årlig)</u> Erbjuda regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser
Samverka		Samverka
		<u>Anhörigstöd</u> Erbjuda utbildningsprogram till anhöriga
<u>Medverka i kvalitetsregister</u> Svenska Demensregistret		

## För mer information

Anhörigintervju Ragnar Åstrands mall, [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)

MMSE-SR, Klocktest samt RUDAS, Svenskt demenscentrum, [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)

Terapirekommendationer <https://terapirek.regionhalland.se/terapirekommendationer>

Kartläggningssinstrumentet Tidiga tecken, uppföljning av äldre personer med utvecklingsstörning. <http://www.tidigatecken.se/material.html>

[Rutin för informationsöverföring](#)

Lätt att glömma tandvård vid demens, [www.1177.se](http://www.1177.se)

Vårdriktlinje [Demenssjukdom – utredning och uppföljning](#)

## Kap 3.5 Anna besöker Minnesmottagningen

Vid den basala utredningen framkom svårigheter att säkerställa diagnos och därför skrivs en remiss till minnesmottagningen.

Vid Annas första besök intervjuar sjuksköterskan Anna om hennes situation och svårigheter. Lena och Lars får också berätta om hur de upplever situationen. Bland annat berättar de om hur Annas glömska ställer till det i vardagen, som när hon inte hittade hem från affären.

Det bestäms att Anna ska få träffa en neuropsykolog och en arbetsterapeut för ytterligare bedömning. Hon erbjuds också tid hos kuratorn.

Anna och Lars har fått tid hos läkaren för besked om utredningens resultat. Anna får

veta att hon har Alzheimers sjukdom och erbjuds läkemedelsbehandling.

Det får också en skriftlig information om sjukdomen, vilka vård och omsorgsinsatser som finns. Båda erbjuds att delta i demensutbildning.

Sjuksköterskan håller kontakt med Anna och Lars för att höra hur det går med medicinen. De berättar då att Anna känner sig piggare och att hon återigen börjat följa med Lars på de dagliga promenaderna.

Det träffas för ett uppföljningssamtal och det bestäms att demenssamordnaren ska ringa till dem. När Annas medicinering sedan fungerar väl fortsätter behandlingen i närsjukvården.

### Vad är utvidgad utredning?

Utvidgad utredning rekommenderas vid misstanke om demenssjukdom hos yngre personer (< 65 år), vid oklarheter om diagnos eller behandling efter basal utredning oavsett ålder, liksom vid misstanke om demenssjukdom i tidigt skede. Det kan t ex vara personer med svårbedömda symtom, misstänkt MCI (mild kognitiv svikt) eller misstanke om ovanlig demenssjukdom. Utvidgad utredning kan också bli aktuellt vid Parkinson-plussjukdomar med kognitiv svikt, sekundära demenssjukdomar eller vid önskan om "second opinion" samt vid hjälp med svårbehandlad BPSD.

Syftet med utredningen är liksom vid basal utredning att fastställa om personen har en demenssjukdom och i så fall vilken typ, eller om någon annan sjukdom eller bakomliggande orsak kan förklara symtomen. Utredningen syftar till att ge svar på lämplig behandling samt till att skapa underlag för den fortsatta planeringen av insatser. Bedömning av arbetssituation och ev. sjukskrivning bör ingå. Det är viktigt att uppmärksamma ev. minderåriga barn. Ett multiprofessionellt, teambaserat arbetssätt, som bygger på samverkan med patienten, anhöriga, arbetsgivare och berörda vårdaktörer och myndigheter, är väsentligt för att få en helhetsbild av personens resurser och svårigheter. Utredningen och årlig uppföljning bör registreras i det nationella kvalitetsregistret för demenssjukdomar, SveDem.

Försämrad kognitiv funktion vid Downs syndrom bör utredas för att möjliggöra god omvårdnad. Demensutredningen kan behöva anpassas utifrån tillståndets särskilda förutsättningar.

Vid utredning av kognitiv svikt och samtidigt alkoholberoende eller missbruk rekommenderas minst två månaders alkoholfrihet

## Utvidgad utredning kan innefatta

- Strukturerad anamnes
- Anhörigintervju
- Bedömning av neurologiskt, psykiskt, kognitivt och somatiskt status
- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga.
- Neuropsykologiska test som täcker flera kognitiva domäner.
- Lumbalpunktion för analys av biomarkörer
- Kompletterande provtagning.
- Strukturell hjärnavbildning med magnetkamera.
- Mätning av dopamintransportsystemet i hjärnan med SPECT (DAT-scan).
- Funktionell FDG-PET
- Mätning av det regionala blodflödet i hjärnan med SPECT i vissa fall.
- Individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel samt kontinuerlig, strukturerad utvärdering av välfärdsteknik
- Sammanfattning av utredningen i ett diagnossamtal
- Läkemedelsbehandling, se aktuella Terapirekommendationer
- Registrering i svenska demensregistret, SveDem
- Bedömning av munhälsa
- Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser (se Kap 3:11)

## Vem gör vad när Anna besöker minnesmottagningen?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
<p><u>Basal utredning</u> (Se avsnitt om basal utredning) Läkare skickar remiss till minnesmottagningen: Vid oklarheter om diagnos eller behandling efter basutredning. Vid demenssjukdom i tidigt skede. Vid demensmisstanke hos yngre personer (upp till 65 år) efter basutredning. För hjälp med svårbehandlad BPSD</p>		<p><u>Råd/hänvisning</u> i samband med stöd/vård och omsorg</p>
	<p><u>Utvidgad demensutredning</u> Utredningen utgår från den basala utredningen inom närsjukvården (se basal utredning)</p> <p>Strukturerad anamnes från patient och anhörig inkl kognitiva tester Ev följande kompletterande bedömningar/undersökningar:</p>	



	<p>Fysiskt, psykiskt och neurologiskt status/tillstånd          Neuropsykologisk utredning          Bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga          Social utredning          Blodstatus          Likvorprover (biomarkörer),          Hjärnabbildning (MR SPECT),          FDG-pet          Hjärnfysiologi (EEG)</p>	
	<p><u>Diagnos</u>          Muntlig och skriftlig information om utredningsresultatet          Ev erbjuda läkemedelsbehandling</p> <p>Ställningstagande till körkort och ev vapen          Ev sjukskrivning          Uppmärksamma munhälsa, ev intyg om tandvårdsstöd, vid problematik remiss till allmän tandvårdsklinik</p> <p>Vid samtycke information till kommunens demenssamordnare</p> <p>Samordnad individuell plan, behov av vård- och omsorgsinsatser ex dagverksamhet, avlösning, anhörigutbildning</p>	<p>Demenssamordnare informeras om demensdiagnos</p> <p>Samordnad individuell plan, behov av vård- och omsorgsinsatser ex dagverksamhet, avlösning, anhörigutbildning</p>
<p><u>Hjälpmedel</u>          Bedöma, informera och erbjuda kognitiva hjälpmedel</p>	<p><u>Hjälpmedel</u>          Bedöma, informera och erbjuda kognitiva hjälpmedel</p>	<p><u>Hjälpmedel</u>          Bedöma, informera och erbjuda kognitiva hjälpmedel</p>
	<p><u>Patient- och anhörigstöd</u>          Erbjuder psykosocialt stödprogram individuellt eller i grupp          Erbjuder individuellt anpassat stöd till unga anhöriga          Erbjuder utbildningsprogram till anhöriga, kan ske i samverkan med kommunen</p>	<p><u>Anhörigstöd</u>          Erbjuder utbildningsprogram till anhöriga, kan ske i samverkan med specialistvården          Erbjuder psykosocialt stödprogram individuellt eller i grupp</p>
	<p><u>Uppföljning</u> (minst årlig)          Erbjuder regelbunden och sammanhållen uppföljning av</p>	<p><u>Uppföljning</u> (minst årlig)          Erbjuder regelbunden och sammanhållen uppföljning av</p>

	den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser. Uppföljning av körkort.  Unga patienter med diagnos följs under en längre tid eller vid svåra diagnoser. Samverkan	den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser.    Samverkan
<u>Fortsatt uppföljning</u> Se basal utredning Informationsöverföring Samverkan	<u>Remissvar till närsjukvård</u>	
	<u>Medverka i kvalitetsregister</u> Svenska Demensregistret SveDem	

## För mer information

Kognitiva tester utifrån personens individuella sjukdomsbild, [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)

Anhörigintervju, Ragnar Åstrands mall, [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)

Terapirekommendationer, Region Halland Läke-medelskommittén,  
<https://terapirek.regionhalland.se/terapirekommendationer>

[Rutin för informationsöverföring](#)

Vårdriktlinje [Demenssjukdom – utredning och uppföljning](#)

Informationsmaterial om kommunens hjälp och stöd, se aktuell kommuns hemsida

Lätt att glömma tandvård vid demens, [www.1177.se](http://www.1177.se)

## Kap 3.6 Anhöriga till Anna

Lars känner sig ensam och övergiven då Anna behöver mer och mer stöd för att klara sin vardag. Lena ser att pappa Lars är trött och lovar att hjälpa mer.

Anders, parets son, kommer med sin familj på besök till julen och ser sina föräldrars situation och svårigheter.

Familjen diskuterar situationen och kommer överens om att Lena ska ringa kommunens demenssamordnare som hon träffat tidigare för information och stöd.

En tid senare får Lars och Anna besök av demenssamordnaren, kommunens handläggare och en person från anhängstodet.

Till en början får Lars hjälp med avlösning i hemmet. Han får också veta att det finns hemtjänst och korttidsboende, något som han sedan använder när han reser till Anders.

Lars börjar också på en anhängutbildning som där träffar han andra som är i samma situation. Lars vill lära sig mer om Annas sjukdom och mår bra då han kan dela med sig av sina erfarenheter till de andra.

### Vad är stöd till anhöriga?

Att en person insjuknar i en demenssjukdom påverkar de anhöriga. Det kan till exempel innebära att den anhöriga försummar sina egna behov, vilket kan leda till fysisk och psykisk ohälsa hos den anhöriga. Det kan också innebära att anhöriga behöver utföra tunga lyft och hjälpa till vid måltider och toalettbesök. I förlängningen kan sjukdomen också medföra att den anhöriga upplever att den ständigt behöver finnas till hands för att övervaka och hjälpa personen med demenssjukdom.

Personen med demenssjukdom kan ha minderåriga barn eller barn som kan betraktas som unga anhöriga. Ofta medför demenssjukdomen negativa konsekvenser även för dessa anhöriga. Till exempel kan de känna ängslan och oro inför framtiden, ett ökat ansvar för hem och familj och svårigheter när det gäller att bemöta personen med demenssjukdom på bästa sätt. Unga anhöriga kan också komma att försumma det egna behovet av till exempel sömn, mat, socialt umgänge, skolarbete och intressen, vilket kan leda till psykisk ohälsa och försämrad skolgång.

Det finns olika former av stöd till anhöriga. Stödet kan handla om att ge kunskaper för att klara av vårdssituationen eller information om samhällets stödinsatser, s.k. utbildningsprogram. En form av stöd är psykosociala stödprogram som fokuserar på att hjälpa den anhörige att bearbeta sina känslor och upplevelser i rollen som anhängvårdare. Det kan också handla om olika former av avlösning där den anhörige får möjlighet att ägna sig åt annat och koppla av. Det finns även intresse- och anhängföreningar som bland annat erbjuder stödsamtal och information.

### Rekommendationer

- Erbjud ett utbildningsprogram till anhöriga till personer med demenssjukdom
- Erbjud individuellt anpassat stöd till unga anhöriga till personer med demenssjukdom
- Erbjud avlösning, exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet, till anhöriga till personer med demenssjukdom
- Erbjud relationsbaserade stödprogram, tillsammans med personen med demenssjukdom, till anhöriga till personer med demenssjukdom

## Vem gör vad för att stödja Annas anhöriga?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
<u>Stöd/råd/hänvisning</u> i samband med vårdbesök	<u>Stöd/råd/hänvisning</u> i samband med besök/sjukhusvistelse	<u>Stöd/råd/hänvisning</u> i samband med stöd/vård och omsorg
<u>Basal demensutredning</u> Anhörigintervju Anhörig ges muntlig/skriftlig information om utredningsresultat		
	<u>Utvidgad demensutredning</u> <u>Minnesmottagningen</u> Anhörigintervju Anhörig ges muntlig/skriftlig information om utredningsresultat	
	<u>Anhörigstöd</u> Erbjuda utbildningsprogram Erbjuda individuellt anpassat stöd till unga anhöriga Erbjuda psykosocialt stödprogram, individuellt eller i grupp	<u>Anhörigstöd</u> Erbjuda utbildningsprogram Erbjuda psykosocialt stödprogram, individuellt eller i grupp
		<u>Erbjuda avlösning</u> ex i hemmet eller på korttidsboende
<u>Uppföljning</u> Erbjuda samtal med anhöriga	<u>Uppföljning</u> Erbjuda samtal med anhöriga	<u>Uppföljning</u> Erbjuda samtal med anhöriga

## För mer information

Levnadsberättelse, exempel:

[https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1601/livsoken\\_webb.pdf](https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1601/livsoken_webb.pdf)

<https://bpsd.se/livsberattelsen/>

Broschyr: Demenssjukdom – stöd för dig som har en demenssjukdom och för dina närstående, Socialstyrelsen [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Svenskt demenscentrum, Leva med demens, [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)

Demensförbundet, anhörigorganisation för demenssjuka och anhöriga, [www.demensforbundet.se](http://www.demensforbundet.se)

Alzheimerföreningen i Sverige – ett stöd för drabbade och anhöriga, [www.alzheimerforeningen.se](http://www.alzheimerforeningen.se)

Anhörigas riksförbund (AHR), en organisation som stöder anhöriga och andra närstående som vårdar någon i hemmet eller på institution, [www.ahrisverige.se](http://www.ahrisverige.se)

## Kap 3.7 Lars känner inte igen Anna

Efter ett tag blir hemsituationen svårare för Lars. Anna tar inte längre några initiativ till att sköta sin hygien. Vid varje duschtillfälle uppstår en konflikt mellan Lars och Anna. Lena försöker hjälpa till men inte heller hon lyckas.

Lars tar då kontakt med demenssamordnaren i kommunen för att få råd och stöd. Hon och biståndshandläggaren besöker Lars och Anna. Anna får därefter hemtjänst i form av personlig omvårdnad, vilket avlastar Lars.

Efter ytterligare en tid börjar Anna bli rastlös, får svårt att sova och ser saker som inte andra ser.

Lars diskuterar situationen med demenssamordnaren, som kontaktar kommunens resursteam inom demens.

Anna och Lars erbjuds ett hembesök och tillsammans med Annas kontaktman och sjuksköterska görs en strukturerad bedömning av Annas situation.

De kommer fram till att Anna ska få prova massage och musik. Med många små åtgärder blir Anna efter ett tag lugnare och vardagen blir enklare.

### Vad är BPSD? (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet någon form av beteendemässiga eller psykiska symtom. BPSD omfattar en rad olika symtom som har två saker gemensamt – de orsakar stort lidande för personen med demenssjukdom och de är ofta särskilt svåra att möta för närstående och vårdpersonal. Det kan handla om beteendemässiga symtom som aggressivitet, skrik, vandring, plockande eller störd dygnsrytm. Det kan också handla om psykiska symtom som vanföreställningar, hallucinationer, agitation/upprördhet, motorisk rastlöshet, sömnstörningar, lättretlighet och matlust/ätstörning och depression. En utredning av BPSD syftar till att bedöma och åtgärda de bakomliggande orsakerna till symtomen.

Det är av vikt att se över smärtbehandling och läkemedelsbiverkningar som orsak till BPSD-symtom. Grunden för behandlingen är en personcentrerad omvårdnad och en översyn och anpassning av den fysiska miljön. När omvårdnadsinsatser visat sig otillräckliga kan läkemedel bidra till att personer med BPSD förbättras. För mer information om läkemedelsbehandling, se Region Hallands *Terapirekommendationer* för läkemedelsbehandling vid demenssjukdom.

### Rekommendationer

- Strukturerad bedömning och uppföljning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och utvärdering av insatta åtgärder till personer med BPSD.
- Observation och kartläggning av personen och dess närmiljö. Ett ofta använt bedömningsinstrument är skattningsskalan NPI (Neuro Psychiatric Inventory).
- Analys av bakomliggande orsaker till BPSD, till exempel utlösande och lindrande faktorer och grundläggande behov som mat, dryck, sömn och smärta samt psykisk och fysisk status.
- Individanpassade åtgärder och läkemedelsgenomgång.
- Utvärdera insatta åtgärder med samma bedömningsinstrument (NPI) för korrekt jämförelse.
- Läkemedelsbehandling kan eller kan i undantagsfall erbjudas vid BPSD-symtom, se terapirekommendationer.

- Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser.

## Vem gör vad när Anna har BPSD-problematik?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
<p><u>Råd/hänvisning/medicinsk behandling</u> kring BPSD-problematik</p> <p>Koppla in kommunens demensteam</p> <p>Ev läkemedelsgenomgång</p>		<p><u>Utreda bakomliggande orsaker</u> exempelvis: personens personlighet och allmäntillstånd, den fysiska miljön, behov av fysisk aktivitet, utevistelse, vårdarens bemötande samt läkemedel</p> <p><u>Medverka i kvalitetsregistret BPSD</u>, (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) registret kan bidra till minskad BPSD och vara ett stöd för att skapa struktur i vårdarbetet</p>
<p><u>Remiss till minnesmottagningen</u></p>	<p><u>Vid behov, medicinskt stöd/hjälp vid BPSD</u></p>	
<p><u>Uppföljning(minst årlig)</u></p> <p>Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser</p> <p>Somatisk bedömning Samverkan</p>		<p><u>Uppföljning(minst årlig)</u></p> <p>Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser</p> <p>Symtomskattning Samverkan</p>

## För mer information

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

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

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

Terapirekommendationer, Region Halland Läke-medelskommittén:

<https://terapirek.regionhalland.se/terapirekommendationer>

Levnadsberättelse, exempel: [https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1601/livsbogen\\_webb.pdf](https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1601/livsbogen_webb.pdf)

<https://bpsd.se/livsberattelsen/>

## Kap 3.8 Anna börjar på dagverksamhet

Lars upplever att Anna blivit mer orolig på natten och har svårt att på eget initiativ sysselsätta sig. Han får ta ett ännu större ansvar i hemmet och känner sig allt tröttare. Lars pratar med Lena då han känner att de behöver hjälp.

Handläggaren kontaktas och i samråd med Anna, Lars och Lena beslutas att Anna ska börja på dagverksamheten.

Familjen gör tillsammans ett besök på dagverksamheten och får träffa personalen och får information. Handläggaren och Anna kommer överens om att Anna ska börja på dagverksamheten två dagar i veckan.

Personalen gör en bedömning av hur Anna fungerar i vardagen och tar reda på hennes intressen.

Lars har möjlighet att ta del av dagens händelser eftersom man skriver dagbok. Det gör att han känner sig trygg.

På en anhörigträff får Lars se och prova olika hjälpmedel som kan underlätta i vardagen. Han får också tips om enkla förändringar som de kan göra i hemmiljön.

Anna har beviljats färdtjänst och taxin kommer alltid enligt bokad tid. Ibland får Lars och chauffören hjälpas åt att förklara för Anna varför taxin kommer och hämtar henne.

Anna trivs på dagverksamheten och Lars tycker att det fungerar bra. Då Anna är på dagverksamheten får han lite tid för sig själv och kan göra det som inte blir gjort när Anna är hemma.

### Vad är dagverksamhet?

Dagverksamhet är en biståndsbedömd insats som innebär att en person under dagtid får vistas i en anpassad verksamhet. På dagverksamheten kan personer med demenssjukdom, som bor i eget boende, träffas och umgås. Dagverksamheten kan också ge struktur och innehåll i vardagen. Syftet med dagverksamhet är att bidra till social samvaro, dagliga aktiviteter och sysselsättning.

Aktiviteter utgår från ett personcentrerat förhållningssätt och främjar fysisk aktivitet, vilket hjälper personen med demenssjukdom att bevara sina funktioner längre, och ha möjlighet att bo kvar hemma. Syftet med dagverksamheten är också att ge anhörig möjlighet till återhämtning och avkoppling.

### Rekommendationer

- Erbjud dagverksamhet, anpassad för personer med demenssjukdom, till personer med mild till måttlig demenssjukdom.
- Erbjud dagverksamhet, anpassad för yngre personer med demenssjukdom, till yngre personer med demenssjukdom.
- Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser.

## Vem gör vad när Anna är på dagverksamhet?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
Råd/hänvisning i samband med besök på vårdenheten	Råd/hänvisning i samband med besök/sjukhusvistelse	<u>Tillhandahålla dagverksamhet</u> som specifikt riktar sig till personer med demenssjukdom  Bedömning av aktiviteter och delaktighet
		Erbjuda anhörigstöd (se avsnitt anhörigstöd)
		<u>Uppföljning(minst årlig)</u> Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser.

### För mer information

Levnadsberättelse, exempel: [https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1601/livsboken\\_webb.pdf](https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1601/livsboken_webb.pdf)

<https://bpsd.se/livsberattelsen/>

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



## Kap 3.9 Anna flyttar till särskilt boende

Anna har fått plats på ett boende för personer med demenssjukdom. Innan hon bestämmer sig besöker hon tillsammans med Lars och Lena boendet. I samband med besöket får de information om boendet och om mallen *Levnadsberättelse* där hon kan fylla i sina önskemål och levnadsvanor.

Innan Anna flyttar in har Lars och Lena möblerat hennes lägenhet med möbler och personliga tillhörigheter som de vet att Anna tycker om. De har dessutom satt ihop ett familjealbum som finns i lägenheten.

Annas blivande kontaktperson tar kontakt innan Anna flyttar in på boendet.

Anna flyttar in och träffar sin kontaktperson. Efter ett tag blir Lars och Anna inbjudna till ett ankomstsamtal. Vid samtalet diskuteras Annas vardag och det görs en plan kring den hjälp hon behöver. De pratar även om Lars situation.

Boendet är vackert färgsatt med kontraster för att underlätta för Anna att hitta. Utemiljön är också anpassad så att Anna har möjlighet att enkelt ta promenader.

Anna är gärna med på sittgympa och tycker om att hjälpa till att sköta om blommorna både ute och inne.

### Vad är särskilt boende anpassat till personer med demenssjukdom?

Särskilt boende beviljas till personer som har en diagnostiserad demenssjukdom. Boendet ska vara specifikt anpassat för personer med demenssjukdom och gärna småskaligt. Det är viktigt att sträva efter god kontinuitet, vilket innebär att den enskilde träffar färre personer i sitt dagliga liv, vilket leder till ökad livskvalitet. Flera enheter med demensinriktning kan med fördel finnas inom samma fastighet.

Boendemiljön behöver vara inkluderande vilket innebär att personalen bekräftar personens upplevelse och understödjer dess personlighet. Boendet behöver anpassas efter personens funktionsnivå, som kan påverkas av t ex ålder och sjukdomsstadium. Arbetsättet bygger på en personcentrerad omvårdnad. Detta innebär att fokus är på individen och inte på sjukdomen. Inkluderande boendemiljö främjar delaktighet, är personligt utformad, berikad och hemlik. Tempot och ljudmiljön är lugn och möjlighet till utevistelse finns. En adekvat färgsättning ska användas, för att underlätta orientering

### Rekommendationer

- Ge personer med demenssjukdom en personcentrerad vård och omsorg
- Erbjudna småskaligt särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom
- Tillhandahålla en fysisk miljö som är personligt utformad, berikad och hemlik
- Erbjudna anpassad måltidsmiljö
- Säkerställa en lugn ljudmiljö
- Färgsätta och utforma den fysiska miljön så att den underlättar att orientera sig
- Ge personer med demenssjukdom möjlighet till utevistelse.
- Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser

## Vem gör vad när Anna är på särskilt boende?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
<u>Råd/hänvisning/medicinsk behandling</u>  <u>Läkemedelsgenomgång</u>	<u>Råd/hänvisning</u> i samband med besök/sjukhusvistelse	<u>Tillhandahålla småskaliga Särskilt boende specifikt</u> anpassat fysisk miljö som är personlig lugn ljudmiljö färgsätta och utforma den fysiska miljön så att den underlättar att orientera sig
		<u>Flytten till särbo</u> Ge information i god tid, erbjuda besök, personal fått information om levnadsberättelse och behov av vård och omsorg.
		<u>Erbjuda en psykosocial miljö</u> Kännetecknas av trygghet och tillgänglighet. Få ett meningsfullt innehåll i vardagen
		<u>Stöd till anhöriga</u> (se avsnitt anhörigstöd)
<u>Fortsatt uppföljning</u> Se basal utredning Samverkan		<u>Uppföljning (minst årlig)</u> Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser och därunder Samverkan

## För mer information

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

Kvalitetsregister BPSD, [www.bpsd.se](http://www.bpsd.se)

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

Demensvård utan tvång och begränsningar, <http://www.demenscentrum.se/nollvision>

Levnadsberättelse, exempel:

<https://demensbutiken.se/index.php?Cat=demensinformation&File=Levnadsberattelse>

[https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1601/livsbogen\\_webb.pdf](https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1601/livsbogen_webb.pdf)

<https://bpsd.se/livsberattelsen/>

## Kap 3.10 Anna får problem med sin munhälsa

Anna har alltid varit noga med att sköta sin munhygien. Hon har aldrig haft några bekymmer med sina tänder förutom några lagningar från ungdomstiden. Lars har senaste månaderna noterat att Anna har dålig andedräkt och att hon ofta lägger sig utan att borsta sina tänder. Han har fått påminna henne många gånger.

Anna bokar en tid hos tandläkaren, men blir mycket förvånad när de ringer från tandvården och undrar varför hon inte kommit på den bokade tiden. Hon har helt glömt bort den! Hon får en ny tid och blir lovad att få en påminnelse via sms. Man ordnar så att även Lars får denna påminnelse.

Lars har aldrig behövt laga mat tidigare, men nu har han fått hjälpa Anna med inköp och matlagning. Han har märkt att måltiderna blivit enklare och att Anna ibland glömt att t ex koka potatis. Hon har även börjat småäta kakor och godis.

När Anna kommer till tandläkaren berättar hon och Lars, som följer med, att hon har en demenssjukdom. Tandläkaren ser till att hon och Lars får tydliga instruktioner, även skriftligt, för att ge minnesstöd. De informeras även om möjlighet till tandvårdsstöd.

### Vad är munhälsa?

Ohälsa i munnen är vanligt förekommande hos personer som har en demenssjukdom. Munhälsan påverkar det dagliga livet för personer med demenssjukdom på många sätt. Det finns risk för näringsbrist på grund av försämrat näringsintag. Detta kan ske redan tidigt i sjukdomen. Orsaken kan vara att man fått svårt att hantera matlagning, att komma ihåg att äta eller att sköta sin munhygien. Personer med demenssjukdom kan även ha mediciner som ger muntorrhet. Det är därför extra viktigt med en bedömning av munhälsan hos dessa personer. Munhälsa är en del av den basala omvårdnaden hos personer som behöver stöd och hjälp. Det är även viktigt att arbeta förebyggande.

### Rekommendationer

- Erbjud diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument till personer med demenssjukdom
- Använda bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) för enhetlig bedömning
- Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser

### Vem gör vad för Anna gällande munhälsan?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
Råd/hänvisning i samband med besök på vårdenheten	Råd/hänvisning i samband med besök/sjukhusvistelse	Råd/hänvisning i samband med stöd/vård/omsorg

<u>Munhälsa</u> – screening av munhälsa med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide)	<u>Munhälsa</u> – screening av munhälsa med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide)	<u>Munhälsa</u> – screening av munhälsa med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide)
<u>Remiss</u> – vid bedömning ROAG 3 skicka remiss till patientens allmänna tandvårdsklinik	<u>Remiss</u> – vid bedömning ROAG 3 skicka remiss till patientens allmänna tandvårdsklinik	<u>Remiss</u> – vid bedömning ROAG 3 skicka remiss till patientens allmänna tandvårdsklinik
Vid behov skriva intyg om tandvårdsstöd	Vid behov skriva intyg om tandvårdsstöd	Vid behov skriva intyg om tandvårdskort

## För mer information

Terapirekommendationer, Region Halland

Läkemedelskommittén, <https://terapirek.regionhalland.se/terapirekommendationer>

Region Hallands tandvårdsstöd till dig som är sjuk, funktionshindrad eller har stort behov av personlig omvårdnad [www.1177.se/Halland/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter-i-halland/](http://www.1177.se/Halland/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter-i-halland/)

Vårdhandboken, [www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv-omvardnad/munhalsa/oversikt/](http://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv-omvardnad/munhalsa/oversikt/)

## Kap 3.11 Anna följs upp regelbundet

Var Anna än befinner sig i sin demenssjukdom ska hon följas upp vid behov, oavsett vilken vårdgivare som har ansvaret. Anna har fått symtomlindrande demensläkemedel och de fungerar väl. Anna har fått ökade symtom i form av oro, sämre matlust och nedsatt initiativförmåga. Hon går även vilse i omgivningen och har fått svårare att hitta i hemmet. Lars har kontakt med demenssamordnare regelbundet och minst en gång om året kallas Anna för ett uppföljningsbesök.

På grund av Annas förändrade behov kallar nu Vårdcentralen till en SIP, Samordnad Individuell Plan. I mötet deltar representanter från både kommun och närsjukvård tillsammans med Anna och Lars. Därmed behöver inte Lars själv lägga ner tid och energi på att ordna med olika insatser. Efter detta möte har alla en klar bild av vilka insatser som behövs och en struktur för vem som gör vad och när.

Vid mötet diskuteras även Lars behov och han erbjuds stöd och avlastning.

### Vad innebär uppföljning?

Demenssjukdom går inte att bota utan hälso- och sjukvården och Socialtjänstens främsta uppdrag är att lindra och underlätta för personen som insjuknar och dess anhöriga i vardagen. Det är viktigt att bidra till en så bra livskvalitet som möjligt under sjukdomens olika faser, lindra symtom, t ex BPSD-symtom, och kompensera för förlorade funktioner så långt det är möjligt. Även andra sjukdomstillstånd, läkemedel, aktiviteter i vardagen och beviljade insatser är viktiga delar i en uppföljning.

Det behövs sammanhållen och kontinuerlig uppföljning under hela sjukdomsförloppet och ett välfungerande teamsamarbete mellan huvudmän och olika professioner. Uppföljning vid demenssjukdom bör ske regelbundet men minst 1 ggr/år, för att snabbt kunna fånga upp förändringar i personens behov av vård- och omsorgsinsatser.

Uppföljning registreras i de nationella kvalitetsregistren, SveDem och BPSD.

Efter uppföljning på specialistenhet remitteras personen med demenssjukdom till närsjukvården. Yngre personer med demenssjukdom samt mindre kända demenssjukdomar alternativt svåra symtom följs på specialistenhet tills stabil medicinsk och social situation uppnås

### Rekommendationer

- Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser

### Vem gör vad för Anna under uppföljningen?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
<u>Uppföljning(minst årlig)</u> – regelbunden och	<u>Uppföljning(minst årlig)</u> - regelbunden och	<u>Uppföljning(minst årlig)</u> - regelbunden och

<p>sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser.</p> <p>Samverkan</p>	<p>sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser.</p> <p>Samverkan</p>	<p>sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser.</p> <p>Samverkan</p>
<p><u>Medverka i kvalitetsregister Svenska demensregistret (SveDem)</u></p>	<p><u>Medverka i kvalitetsregister Svenska demensregistret (SveDem)</u></p>	<p><u>Medverka i kvalitetsregister BPSD (beteende och psykiska symtom vid demenssjukom)</u></p>

## För mer information

Se under mer information i alla tidigare kapitel

## Kap.3.12 Annas sista tid

Anna försämras efter en tid på boendet, hon har helt tappat talet, fått sämre balans och är allmänt tröttare. Hon har gått ner i vikt och verkar ibland inte förstå hur hon ska tugga och svälja. Lars och barnen är oroliga och undrar om Anna fått en ny sjukdom.

Tillsammans med kontaktperson, sjuksköterska och läkare sitter man ner och diskuterar. Lars och barnen får reda på att de nya symtomen och svårigheterna beror på hennes demenssjukdom.

Efter ett par månader har Annas krafter ytterligare avtagit, hon värjer sig mot att komma upp, det är svårt att få i Anna läkemedel och föda.

Lars och barnen har ett nytt möte med läkaren där man pratar om att Anna är i livets absoluta slutskede och de får en skrift som de kan läsa. Läkaren ordinerar vid-behovs-mediciner i injektionsform mot bl a smärta, oro, illamående och rosslig andning.

Lars är hos Anna så mycket han orkar. Barnen har närståendepenning och får ersättning från försäkringskassan när de tar ledigt från sina arbeten för att vara med Anna.

Efter ytterligare en tid avlider Anna lugnt, med både Lars och barnen hos sig, efter att dagen innan varit lite piggare.

### **Palliativ vård, WHO definition från 2002:**

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvalitet för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem.

### Vad är palliativ vård?

Palliativ vård betyder vård som riktar sig mot symtomen, en lindrande vård. Målet är att varken förkorta eller förlänga livet utan att skapa förutsättningar för bästa möjliga livskvalitet. Det är svårt att exakt förutsäga hur lång tid en människa har kvar att leva. Den palliativa vården omfattar vanligen en tidig fas, som är lång, och en sen fas som är kort och omfattar dagar, veckor eller någon månad. Det är vanligt att personer med demenssjukdom får svårigheter att äta och svälja i livets slutskede.

De flesta närstående önskar vara en delaktiga i vården och omsorgen av den döende personen och stödet till närstående är en viktig del av den palliativa vården.

För att den palliativa vården ska fungera utifrån personens behov krävs samverkan mellan olika professioner och inte minst mellan olika vårdgivare.

### Rekommendation

- Ge palliativ vård enligt Världshälsoorganisationens rekommendationer

## Vem gör vad när Anna får palliativ vård?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
<u>Palliativa insatser/läkemedel</u> Identifiera, behandla och lindra olika tillstånd/symtom	<u>Palliativ vård</u> Identifiera, behandla och lindra olika tillstånd/symtom	<u>Palliativ vård</u> Identifiera, behandla och lindra olika tillstånd/symtom
<u>Brytpunktsamtal vid vård i ordinärt eller särskilt boende</u> Samtal mellan ansvarig läkare och patient, alternativt patientens ställföreträdare, om ställningstagande att övergå till palliativ vård i livets slutskede	<u>Brytpunktsamtal vid vård på sjukhus</u> Samtal mellan ansvarig läkare och patient, alternativt patientens ställföreträdare, om ställningstagande att övergå till palliativ vård i livets slutskede	
	<u>Erbjuda efterlevandesamtal vid vård på sjukhus</u> Samtal mellan vård- och omsorgspersonal och den avlidnas närstående en tid efter dödsfallet	<u>Erbjuda efterlevandesamtal vid vård i ordinärt eller särskilt boende</u> Samtal mellan vård- och omsorgspersonal och den avlidnas närstående en tid efter dödsfallet
	<u>Medverka i kvalitetsregister</u> Svenska palliativregistret	<u>Medverka i kvalitetsregister</u> Svenska palliativregistret



# Förutsättningar för en god vård och omsorg av personer med demenssjukdom

Demenssjukdomar går inte att bota utan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser får inriktas på att underlätta vardagen och bidra till så god livskvalitet som möjligt under sjukdomsförloppet. Det handlar om att lindra symtom och kompensera för de funktionsnedsättningar sjukdomen medför. Läkemedelsbehandling kan påverka positivt beträffande kognition vid Alzheimers sjukdom men inte bromsa sjukdomsförloppet.

## Personcentrerad vård och omsorg

Centralt vid vård och omsorg vid demenssjukdom är att den sker genom ett personcentrerat förhållningssätt. Personen med demenssjukdom är i fokus och inte själva diagnosen. Syftet är att göra omvårdnad och vårdmiljö mer personlig och att ha förståelse för att olika problem kan uppstå, t ex beteendemässiga och psykiska symtom. Personcentrerad vård innebär också att vården är multiprofessionell och temabaserad.

Personcentrerad omvårdnad är ett förhållningssätt som bygger på en humanistisk människosyn och utgår från att alla människor har lika värde och ges möjlighet att leva så bra som möjligt. Syftet är att utgå från vars och ens personlighet och olika behov, det unika hos varje människa.

Förhållningssättet bygger på att stärka personens resurser och självkänsla, för att uppnå välbefinnande och hälsa under sjukdomens hela förlopp.

Arbetsättet innebär också att personens livsmönster, vanor och intressen tillvaratas, vilket ökar möjligheten att skapa trygghet för personen i vardagen.

Den personcentrerade vården och omsorgen vid demenssjukdom innebär att man:

- Ser den "friska personen" och inte sjukdomen.
- Bemöter personen på ett sätt som gör det lätt för henne att uppleva sitt fulla människovärde. Skapa en levande relation med personen.
- Uppmuntrar personen att vara med och bestämma saker i stort och smått om det egna livet. Se personen som en aktiv samarbetspartner.
- Försöker att hjälpa personen att ha kvar sin personlighet trots att minnet och andra funktioner sviktar. Bekräfta personens upplevelse av världen.
- Hjälper personen att orientera sig i tid och rum om hon vill det.
- Strävar efter att förstå vad som är bäst för personen utifrån hennes perspektiv.
- Försöker att förstå svårtolkade beteenden med hjälp av kunskap om personen.
- Anpassar både den fysiska miljön och vårdens och omsorgens innehåll till de behov som personen har. Ta hänsyn till särskilda språkliga och kulturella behov.
- Går in för att göra anhöriga och andra i det sociala nätverket delaktiga i vården.

## Exempel på metoder och arbetsätt

- Anpassning av boendemiljön t.ex måltidsmiljön, både i ordinärt och i Särskilt boende.
- Taktil massage

- Strukturerade insatser med musik, sång och dans
- Vårdarsång
- Djur i vården
- Kognitiv stimulering

## För mer information

Levnadsberättelse, exempel: [https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1601/livsboken\\_webb.pdf](https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1601/livsboken_webb.pdf)  
<https://bpsd.se/livsberattelsen/>

Qualid, instrument för att mäta livskvalitet vid svår demenssjukdom. Personer med demenssjukdom i sent stadium har ofta svårt att själva berätta hur de mår, [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)

## Multiprofessionellt teambaserat arbete

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom.

Vid demensutredning och utformning av olika vård- och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom behövs som regel bedömningar och åtgärder från flera olika yrkesgrupper.

Att arbeta multiprofessionellt innebär att olika yrkesprofessioner samarbetar i team. Teamens sammansättning kan variera över tid och förändras kontinuerligt utifrån behoven. I tidig fas är det oftast fokus på medicinsk utredning och diagnos. I takt med sjukdomsutveckling ökar personens behov av vård och omsorg, och det blir då aktuellt med åtgärder från andra professioner. Det kan handla om t ex sjuksköterska, arbetsterapeut, handläggare, kurator, sjukgymnast och undersköterska.

Teamarbetet ställer krav på samverkan inom den egna verksamheten men även mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta för att få ett helhetsperspektiv och tillvarata personens unika behov. Har personen behov av både vård- och omsorgsinsatser ska socialtjänsten och hälso-och sjukvården tillsammans upprätta en SIP (samordnad individuell plan), vilken är ett viktigt verktyg för samordningen av och kontinuiteten i olika insatser.

Teamarbetet förutsätter anhörigas delaktighet och det multiprofessionella arbetet kan bidra till trygghet och god livskvalitet både för personen med demenssjukdom och för de anhöriga.

## Beskrivning av det multiprofessionella teamet

### **Arbetsterapeut**

Arbetsterapeuten genomför en bedömning av hur vardagen och de dagliga aktiviteterna fungerar. Bland annat kan de ge råd om anpassning av boendemiljön, förskriver hjälpmedel och utför kognitiva tester.

### **Demenssamordnare i kommunen, se bilaga 1**

### **Demenssamordnare i närsjukvården, se bilaga 2**

### **Handläggare inom SoL och LSS**

Handläggaren ansvarar för bedömning av behov av bistånd (hjälpinsatser) enligt socialtjänstlagen och/eller enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

### **Kontaktperson**

Kontaktpersonens uppdrag är bl.a. att se till att varje person får en personcentrerad omvårdnad. Alla personer inom äldre- och handikappomsorg erbjuds en kontaktperson i personalgruppen

### **Kurator**

Kuratoren är den psykosociala experten i hälso- och sjukvården. Kuratorsstödet kan ha olika innehåll, ibland är det ett praktiskt stöd/rådgivning och ibland ett psykologiskt stöd i samband med tex en krissituation eller att hantera en förändrad livssituation.

### **Läkare**

Läkaren har det medicinska ansvaret för patienten och har ansvaret för demensutredning, läkemedelsbehandling och uppföljning.

### **Person verksam inom anhörigstöd**

Personerna har uppdraget att stödja och hjälpa anhöriga genom att t.ex. erbjuda stödsamtal, information och må-bra-aktiviteter. De kan även leda anhöriggrupper och ge stöd till personal inom socialtjänsten.

### **Neuropsykolog**

Den legitimerade psykologen har vidareutbildning inom neuropsykologi och utför kvalificerade neuropsykologiska utredningar av kognitiva funktioner, kliniska bedömningar och behandling.

### **Sjukgymnast**

Sjukgymnasten är specialiserad på människors rörelseförmåga. Bland annat kan de arbeta med bedömning av personens gångförmåga, träna förflyttning, fysisk träning samt förskriva hjälpmedel.

### **Sjuksköterska**

Sjuksköterskan genomför bedömning av personens hälsotillstånd och omvårdnadsbehov. Sjuksköterskan planerar och utför omvårdnads- och medicinska åtgärder.

## **Personalutbildning, kompetens till baspersonal och handläggare**

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör ge vård- och omsorgspersonal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom, långsiktig och kontinuerlig utbildning som är kombinerad med praktisk träning i personcentrerad vård- och omsorg.

Ökad kunskap om vård och omsorg bland personalen leder till en säkrare och tryggare tillvaro för personer med demenssjukdom och deras närstående. Utbildning och regelbunden handledning till personalen har även visat på ökad arbetstillfredsställelse och minskad upplevelse av utbrändhet.

En långsiktig kompetensutveckling som innehåller utbildning i kombination med praktisk träning, handledning och feedback kommer med största sannolikhet att minska personalomsättningen och därmed höja verksamhetens kvalitet.

I samband med anställning av ny personal inom demensvården bör säkerställas att personalen har erfarenhet och kompetens som motsvarar verksamhetens krav. Arbetsgivaren bör upprätta en beskrivning av vilken kompetens som ska finnas i de olika verksamheterna. Beskrivningen kan vara ett bra underlag redan i rekryteringsprocessen.

Socialtjänsten bör även erbjuda utbildning om demenssjukdom till bistånds- och LSS-handläggare som kommer kontakt med personer med demenssjukdom. De är nyckelpersoner runt personen med demenssjukdom.

Demenssjukdom medför ofta försämrad förmåga till abstrakt tänkande och nedsatt beslutsförmåga. Detta kan påverka personens möjlighet att formulera sina behov eller att ta ställning till föreslagna insatser.

Personens självbestämmande behöver beaktas men samtidigt behöver hänsyn tas till om personen har nedsatt kognitiv förmåga. Handläggarens beslut förutsätter grundläggande kunskap och förståelse för demenssjukdom och dess konsekvenser för den enskilde och dess anhöriga.

Förslag på lämpliga utbildningar för kompetensutveckling inom demensområdet är t.ex. utbildning till Silviasyster, webbaserad ABC-utbildning, lagstiftning, handledar-, värdegrund-, etikutbildning. Därutöver kan kurser i ämnesspecifika utbildningar vara lämpligt.

## Webbutbildningar

Svenskt Demenscentrum: [www.demenscentrum.se/utbildning](http://www.demenscentrum.se/utbildning)

Webbutbildning BPSD, BPSD registret: <https://www.bpsd.se/utbildning/#/>

Webbutbildning: Nätbaserad vårdutbildning i demens

<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/kunskapscentrum-for-demenssjukdomar/utbildning/Natbaserad-vardutbildning-i-demens/>

## **Demenssamordnare i kommunen**

Rollen som demenssamordnare innebär att ha samordningsansvar för personer med misstänkt demenssjukdom och de som har en diagnostiserad demenssjukdom, anhöriga och personal inom den kommunala vården och omsorgen.

I rollen som samordnare ingår att samverka med verksamhetsansvarig och vara ett stöd för övrig personal inom kommunal verksamhet.

I samordningsansvaret kan ingå att initiera och, efter remiss från läkare, vara behjälplig vid demensutredning för personer inom kommunens ansvar enligt hälso- och sjukvårdsavtal. Exempel på vad som kan ingå är MMSE och patient- och anhörigintervju.

I rollen som demenssamordnare ingår samverkan med närsjukvården och minnesmottagningen/specialistvården kring t.ex. medicinska och sociala uppföljningar, anhörigutbildning, informationsträffar samt vid behov medverka vid vårdplaneringar.

I ansvaret ingår också att vara ett stöd för personen med demenssjukdom och eventuella anhöriga samt att ge råd och information kring sjukdomen. Det är även viktigt att kunna vägleda personen rätt inom de olika verksamheterna i regionen och kommunen.

Demenssamordnare inom både kommunen och närsjukvården har en central roll i processen runt personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

Demenssamordnare i kommunen kan t.ex. vara en demenssjuksköterska/demensarbetsterapeut/demensundersköterska med specifikt uppdrag. Det är väsentligt att demenssamordnaren har kompetens och intresse för utredningsarbete och personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

Demenssamordnaren bör även ingå i ett regionalt demensnätverk för att utveckla samverkansformer och den egna kompetensen.

Det finns minst en demenssamordnare i varje kommun i Halland.

## **Demenssamordnare i närsjukvården**

Rollen som demenssamordnare (DS) innebär att ha samordningsansvar för de personer som utreds för misstänkt demenssjukdom och de som har en diagnosticerad demenssjukdom samt är listade på vårdenheten.

I samarbete med ansvarig läkare vara behjälplig och utföra delar i utrednings och uppföljningsarbetet. Exempel på vad som kan ingå är; anhörigintervju, kognitiva tester, funktions och aktivitetsbedömningar.

För de patienter som fått en diagnostiserad demenssjukdom svarar DS för att ge information om de stödinsatser som finns tillgängliga inom kommunen.

Vara behjälplig för patienten att skapa kontakt med kommunen.

Ansvara för att efter samtycke från patient registrera i kvalitetsregistret SveDem.

Ansvara för att de som inte ger samtycke till registrering i SveDem följs upp enligt riktlinjer.

Utvärdering av eventuell insatt läkemedelsbehandling enligt överenskommelse med läkaren.

Bevaka att regelbundna uppföljningar sker.

Närsjukvårdens demenssamordnare bevakar att registrering och uppföljning i SveDem sker även då patienten är inskriven i kommunal hemsjukvård.

Demenssamordnaren bör ingå i ett demensnätverk för att utveckla samverkansformer och den egna kompetensen.