

# Vård- och omsorgsprogrammet vid demenssjukdom – en samverkansmodell i Värmland

Framtagen av utvecklings- och samverkansgruppen för demensfrågor bestående av representanter för de värmländska kommunerna och Region Värmland.  
Publicerad i mars 2019.

## Innehåll

Bakgrund .....	6
Identifierade förbättringsområden och åtgärdsförslag .....	6
Bättre uppföljningsmöjligheter .....	7
God samverkan mellan sjukvård och socialtjänst .....	8
Utbildning nödvändig .....	8
Lagar och förordningar styr .....	8
SELMAS RESA.....	10
Bakgrundsinformation.....	10
Selma och Gustaf besöker vårdcentralen .....	10
Diagnosbesök .....	10
Kontakt med kommunen.....	11
Ett år senare - uppföljning på vårdcentralen .....	11
Ny kontakt med kommunen.....	12
Selma flyttar till ett vårdboende .....	12
Bilaga 1 - Deltagare Samverkansgruppen för demenssjukdomar i Värmland.....	14
Bilaga 2 - Basal demensutredning enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer .....	14
Bilaga 3 - Lindrig kognitiv störning, MCI – Mild Cognitive Impairment.....	16
Bilaga 4 - Demenssjukdom definierad enligt ICD-10-kriterierna.....	17
Bilaga 5 – De vanligaste demenssjukdomarna och differentialdiagnoser .....	18
Primärdegenerativa sjukdomar.....	18
Vaskulära sjukdomar .....	18
Sekundära sjukdomar.....	18
Differentialdiagnoser.....	18
Depression.....	18
Konfusion.....	18
Andra sjukdomar .....	18
Bilaga 6 - Kognitiva tester.....	19
Bilaga 7 – Körkort och vapen.....	19
Körkort.....	19
Vapen.....	20
Bilaga 8 - Utvidgad demensutredning .....	20
Bilaga 9 - Arbetsterapi .....	22
Arbetsterapeutens roll .....	22
Indikationer för arbetsterapi.....	22
Arbetsterapeutens roll vid Basal demensutredning .....	22

Arbetsterapeutens roll på Specialistmottagning.....	22
Arbetsterapeutisk intervention.....	23
Bilaga 10 – Nutrition och måltid.....	24
Kunskapsstöd.....	24
Nationella riktlinjer.....	24
Hälso- och sjukvård .....	24
Bedömning av nutritionsstatus (näringstillstånd) .....	24
Kommunens personal.....	25
Bilaga 11 - Tandvård .....	26
Rekommendation .....	26
Bilaga 12 - Läkemedelsbehandling .....	27
Bilaga 13 - Uppföljning .....	28
Bilaga 14 - BPSD - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom. Uppföljning, behandling och utvärdering .....	29
Bilaga 15 - Biståndsbedömare och LSS-handläggare.....	30
Bilaga 16 - Stöd till anhöriga.....	31
Vem är anhörig? .....	31
Ansökan om bistånd vid demenssjukdom.....	31
Rekommendationer.....	31
Bilaga 17 - Levnadsberättelse, genomförandeplan, dagliga aktiviteter, dagverksamhet, kontaktmannaskap, särskilt boende .....	33
Levnadsberättelse .....	33
Genomförandeplan .....	33
Dagliga aktiviteter .....	33
Dagverksamhet.....	33
Kontaktmannaskap.....	34
Särskilt boende.....	34
Bilaga 18 - Personcentrerad vård och omsorg, multiprofessionellt teambaserat arbete, individanpassade stödinsatser .....	35
Personcentrerad vård och omsorg.....	35
Multiprofessionellt teambaserat arbete .....	35
Individanpassade stödinsatser .....	35
Bilaga 19 - Utbildning, träning och handledning för vård- och omsorgspersonal.....	37
Nätverk .....	37
Utbildning .....	37
Handledning .....	38
Referenser .....	38



## Syfte, framtagande, underlag, upplägg och målgrupp

Vård- och omsorgsprogrammet syftar till att underlätta vardagen och bidra till en god livskvalitet för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Det ska vara ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet, ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet. Patienter och anhöriga ska kunna finna aktuell information. Beslutsfattare ska finna stöd vid planering.

Vård- och omsorgsprogrammet är framtaget i samverkan mellan Värmlands kommuner och Region Värmland. Samverkan är det ledord som visat sig vara en framgångsfaktor vid vård och omsorg om personer med demenssjukdom, något som också nämns i den nationella demensstrategin. Arbetet har skett inom ramen för samarbetet Nya perspektiv av samverkansgruppen för demenssjukdom på uppdrag från beredningsgruppen för Nya perspektiv. I samverkansgruppen deltar personal från både kommuner och Region Värmland och anhörigrepresentant. Deltagare, var god se [bilaga 1](#).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2010 och 2017[1], den nationella demensstrategin [2]. samt den utvärdering som gjorts under 2017/2018 [3]. ligger till grund. För tydlighetens skull behöver betonas att de nationella riktlinjer som utkom 2017 vill fokusera på frågeställningar där behovet av nationell vägledning är som störst i syfte att skapa en mer avgränsad riktlinje. Detta medför inte per automatik att åtgärder som ingick 2010 men inte 2017 inte längre är aktuella. Om en åtgärd inte längre ska utföras ges rekommendationen icke-göra.

Programmet riktar sig till all vård- och omsorgspersonal i Värmland som arbetar med personer med demenssjukdom och deras anhöriga, direkt eller indirekt. Programmet riktar sig också till medborgarna, här personifierade av de fiktiva personerna Selma och Gustaf, två värmlänningar i behov av vårt stöd.

Vård- och omsorgsprogrammet inleds med Selmas resa, en fiktiv resa, som visar hur en person och anhörig kan färdas genom och möta personal inom vård- och omsorg, alltifrån utredning till annan boendeform, resan vill också peka på särskilda behov och rättigheter. Som personal hänvisas man från resan via länkar till bilagor som tydliggör vad som bör göras i olika faser och på olika platser. Observera att vissa uppgifter kan utföras av olika personalkategorier anställda inom både kommun och region. För beslutsfattare rekommenderas avsnittet om [identifierade förbättringsområden](#) samt avsnittet som berör den egna verksamheten. I bilagorna anges den prioritet som Socialstyrelsen satt i de nationella riktlinjerna, prioritet 1 till 10 samt icke-göra.

## Bakgrund

Det finns idag mellan 130 000 och 150 000 personer som lever med en demenssjukdom i Sverige, varje år beräknas mellan 20 000 och 25 000 personer insjukna. I Värmland beräknas ca 5000 personer ha en demenssjukdom. Antalet personer med en demenssjukdom förväntas öka kraftigt efter år 2020 och nästan fördubblas fram till år 2050.

Vi kan idag inte bota men väl lindra symtomen. En medicinsk utredning för att utesluta andra tillstånd och att kunna sätta en riktig diagnos är av största vikt för prognos och behandling. En regelbunden och strukturerad uppföljning medför möjlighet att se till att både medicinskt och psykosocialt stöd ges på ett riktigt sätt. Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) i form av t ex depression, ångest, hallucinationer och vanföreställningar. Att utvärdera effekten av insatta åtgärder genom användandet av validerade skattningsskalor kan leda till ett minskat lidande för både patient och anhöriga.

För att kunna erbjuda en god och personcentrerad vård är det viktigt att hälso- och sjukvård och socialtjänst arbetar med kompetenshöjning och möjlighet till handledning för den personal som kommer i direkt kontakt med personer med demenssjukdom. Andra viktiga grupper vars utbildningsbehov behöver tillgodoses är bistånds- och LSS-handläggare, samt chefer på olika nivåer.

Under de senaste åren har en förbättring skett i Värmland, bland annat är fler av de utredningar som genomförs utförda enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Detta leder till att fler får en korrekt diagnos och därigenom adekvata vård- och omsorgsinsatser. Det är också fler som behandlas med läkemedel.

Skillnaderna i landet tyvärr stora, till exempel när det gäller vilka utredningsmetoder som används, i vilken utsträckning läkemedel förskrivs samt vilka insatser kommunerna kan erbjuda till personer med demenssjukdom. Personens födelseland tycks också påverka vilka insatser som ges.

Nedan följer några av huvudresultaten när Socialstyrelsen 2017/2018 utvärderade vården och omsorgen till personer med demenssjukdom, med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna inom området. Inom några områden syns försämringar jämfört med 2014, då Socialstyrelsen senast genomförde en utvärdering av vården och omsorgen för personer med demenssjukdom.

Utredningstiden har ökat, mestadels på grund av lång väntetid till datortomografi och magnetresonanstomografi (MR)-undersökning. Andelen kommuner som har multiprofessionella demensteam har minskat. Förskrivningen av antipsykosmedel – vilket bara ska ges i undantagsfall – ökar igen, efter att tidigare ha minskat. Inom hemtjänsten finns brister när det gäller tillgången till handledning och regelbunden reflektion. Även andra resultat pekar på att det saknas både kompetens och praktiska förutsättningar inom hemtjänsten, vilket gör att personer med demenssjukdom som bor hemma inte får de insatser som de skulle behöva.

## Identifierade förbättringsområden och åtgärdsförslag

För Värmland identifierades följande områden att prioritera. Flera av dessa förbättringsområden lyfts också fram i den nationella strategin för demenssjukdom.

Behov	Åtgärdsförslag
Fler personer med demenssjukdom behöver utredas.	Öka kunskapen bland allmänheten om att söka hjälp och ge primärvården förutsättningar för utredning och behandling.

Minska dagens långa utredningstider ofta beroende på långa väntetider till röntgen.	Högre prioritet till undersökning med datortomografi och magnetresonanstomografi i samband med kognitiv utredning
Mer jämlik läkemedelsförskrivning.	Informera och utbilda inom befintliga nätverk för läkare och sjuksköterskor.
Bättre kunskap om och förutsättningar för uppföljning och utvärdering	Tillse en ännu bättre täckningsgrad av kvalitetsregister som SveDem, BPSD-registret, Palliativregistret m fl
Fler gränsöverskridande demensteam, saknas i vissa kommuner	Fler gemensamma demensteam
Fortsatta insatser för att förbättra bemötandet vid BPSD	Öka användningen av BPSD-registret
Fortsatta satsningar för att öka personalens kompetens	Nätverksträffar för utbyte av erfarenheter. Planerad utbildning, på plats eller på nätet, t ex Demens ABC
Mer handledning och tid för reflektion – framförallt inom hemtjänsten	Information till chefer och beslutsfattare
Fler behöver anpassad dagverksamhet, t ex för yngre personer	Kan t ex ske genom samarbete mellan kommuner
Mer stöd till anhöriga – och anpassat till olika grupper	Kan t ex ske genom samarbete mellan kommuner och regionen
Behoven hos personer från andra länder behöver uppmärksammas	Utbildning
Mindre praxisskillnader vid utvidgade demensutredningar	Utbyte mellan minnesmottagningarna i länet

### Bättre uppföljningsmöjligheter

Under det senaste decenniet har det tagits flera initiativ för att öka tillgången till data inom äldreområdet bland annat genom kvalitetsregistren SveDem (Svenska Demensregistret), BPSD-registret, Senior Alert och Palliativa registret. Utan det ekonomiska stöd som gavs initialt ses att dessa tyvärr inte alltid utvecklats på önskat sätt. Det saknas således jämförbara uppgifter som beskriver hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens verksamhet. Det krävs fortsatt utveckling av datakällor – på både lokal, regional och nationell nivå.

Socialstyrelsen menar att möjligheterna att följa upp området kan förbättras genom att:

- fler verksamheter – både inom regioner och kommuner – ansluter sig till och registrerar i de kvalitetsregister som finns inom äldreområdet, till exempel SveDem, BPSD-registret, Senior Alert och Palliativa registret

- det sker en fortsatt utveckling av Socialstyrelsens register, till exempel genom att hälsodataregistren ges lagligt stöd att utökas till att även omfatta de insatser som ges inom primärvården
- regioner och kommuner förbättrar den egna verksamhetsuppföljningen
- det sker en fortsatt utveckling av forskningen inom området, inte minst när det gäller omvårdnads- och omsorgsinsatser.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att följa upp och långsiktigt hantera strategiska frågor inom ramen för en nationell strategi för demenssjukdom, och bland annat följa utvecklingen inom området. Inom några år kommer en ny utvärdering att ske av vården och omsorgen för personer med demenssjukdom på nytt, förhoppningsvis ses då en mer heltäckande utvärdering. En högre täckningsgrad skulle också kunna medföra att registren även skulle kunna vara mer användbara vid forskningssammanhang framöver.

### God samverkan mellan sjukvård och socialtjänst

En god samverkan på övergripande nivå mellan sjukvård och socialtjänst medför en ökad kvalitet och möjligheterna till tidig upptäckt av demenssjukdom förbättras.

Socialstyrelsen föreslår att kommuner och regioner bildar gränsöverskridande demensteam med uppgift att förbättra vård och omsorg för personer med demenssjukdom samt förbättra tidig upptäckt.

### Utbildning nödvändig

Socialstyrelsen föreslår bland annat att baskunskapen om demenssjukdomar ges i samtliga grundutbildningar som är relevanta inom demensvården. En snabb höjning av kunskapsnivån behövs i samtliga personalkategorier i demensvården. Behovet är dock störst i den kommunala hemtjänsten. Regionerna och kommunerna behöver ha stöd för att höja beredskapen för att hjälpa personer som inte talar svenska. Eftersträvas bör att biståndshandläggare och LSS-handläggare ha särskild kompetens inom demensvård och till exempel ha genomgått Demens ABC och Demens ABC plus.

### Lagar och förordningar styr

En demenssjukdom medför ofta behov av insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst, vilket förutsätter en nära samverkan mellan personal inom regionen och kommunen. Speciellt viktig är denna samverkan då sjukdomen kan medföra att förmågan till att ta beslut och att vara delaktig i dessa kan vara nedsatta. Med samverkan faller inget eller ingen mellan stolarna.

Både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen och 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 – Individuell plan. *Individuell plan, 3 f § HSL och i 2 kap. 7 § SoL* Detta innebär att när behov finns av insatser både från socialtjänst och från hälso- och sjukvård ska dessa tillsammans upprätta en individuell plan.

Sedan årsskiftet finns också Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som stöd.

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän (2 kap. 1§ första stycket SoL). Det finns ett flertal lagar och regler som styr socialtjänstens olika



verksamheter. Socialtjänstlagen utgör grunden (SoL). Socialtjänstlagen ska främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

## SELMAS RESA

### *Berättelsen om Selma och Gustaf*

Selma och Gustaf får här personifiera två av de medborgare som bor i Värmland. Selma har i starten på resan en kognitiv svikt, symtom på demenssjukdom. Gustaf är hennes anhörige eller gode vän.

Ambitionen med resan liksom hela vård- och samverkansprogrammet är att tydliggöra flödet i processen, och att göra resan så trygg och säker som möjligt både för den som är drabbad, anhörig eller arbetar som personal inom vård och omsorg.

### Bakgrundsinformation

Selma och Gustaf bor tillsammans i det hus de byggde för 40 år sedan. De har två utflugna barn, ett av barnen bor på samma ort. Selma har under det senaste halvåret börjat få problem med minnet, hon märker att hon har svårt att komma ihåg tider och datum, har ibland svårt att känna igen sig och får allt oftare fråga Gustaf för att känna sig säker.

### Selma och Gustaf besöker vårdcentralen

De kommer överens om att ta reda på vad det handlar om och tar kontakt med sin vårdcentral. På vårdcentralen får de träffa den demensansvariga sjuksköterskan som påbörjar den basala demensutredningen med bland annat ett besök, anhörigintervju och blodprovstagning, var god se faktaruta nedan. Efter besöket rådgör den demensansvariga sjuksköterskan med ansvarig distriktsläkare som skriver en remiss för en röntgenundersökning av hjärnan, en så kallad datortomografi, samt till en arbetsterapeut för en aktivitets- och funktionsbedömning. Ett besök bokas hos läkare för undersökning. När alla undersökningssvar inkommit bedöms dessa och Selma och Gustaf får komma på ett sammanfattande besök hos läkare och/eller demenssjuksköterska.

I vissa kommuner är demenssjuksköterskan och/eller arbetsterapeuten som utför utredning enligt ovan anställd av kommunen och samarbetar med distriktsläkaren.

Den basala utredningen är oftast tillräcklig för att diagnos ska kunna ställas, om inte kan distriktsläkaren remittera till specialist-Minnesmottagning för en utvidgad utredning.

### Rekommendation

#### *Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör*

- erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom (*prioritet 1*).

### En basal demensutredning innehåller

#### Kognitiva tester

#### Arbetsterapeutens arbete

#### Utbildning till personal

#### Utvidgad utredning

## Diagnosbesök

Den basala demensutredningen visar att Selma har en demenssjukdom. Vid besöket får Selma och Gustaf information om resultatet av utredningen, vilken sjukdomsdiagnos det är samt möjlig

behandling till exempel av dietist, arbets- eller fysioterapeut. Även läkemedelsbehandling kan vara aktuell. Paret får information om fortsatt uppföljning på vårdcentralen. I vissa kommuner deltar personal från kommunen vid diagnosbesöket, i andra kan kontakt förmedlas alternativt kan information ges om kontaktvägar till personal inom kommunen som kan stödja framledes. Här kan det skilja sig åt från kommun till kommun men oftast är det kommunens demenssjuksköterska, demensteam, anhörigstöd och bistånds- eller LSS-handläggare. Selma lämnar samtycke till att information lämnas till kommunens personal för vidare kontakt. Selma lämnar också samtycke till medverkan i kvalitetsregistret SveDem.

#### Definitionen av demenssjukdom enl ICD 10

#### Beskrivning av olika demenssjukdomar

#### Beskrivning av lindrig kognitiv svikt, MCI

#### Läkemedelsbehandling vid demenssjukdom

#### Stöd till anhöriga

#### Utbildning till personal

### Kontakt med kommunen

En tid efter att Selma fått sin diagnos kontaktas Selma och Gustaf av personal från kommunen som ger information om vilka möjligheter till stöd både Selma och Gustaf kan få. Till exempel kan biståndsbedömare, LSS-handläggare, arbets- och/eller fysioterapeut erbjuda besök i hemmet. Samtliga har genom utbildning fått kompetens att bemöta personer med demenssjukdom.

Selma väljer att delta i en samtalsgrupp för personer med demenssjukdom medan Gustaf väljer att delta i en anhörigrupp, något som också deras son väljer att göra. Ett av barnbarnen har mycket funderingar, tycker inte att farmor är sig riktigt lik och väljer att följa med sin pappa på ett besök. Gustaf funderar även på avlösning i hemmet för att kunna fortsätta med sin hobby men det ställer sig Selma lite tveksam till.

#### Biståndsbedömare, LSS-handläggare

#### Dagverksamhet

#### Stöd till anhöriga

#### Arbetsterapeutens roll

#### Utbildning till personal

#### Personcentrerad vård och omsorg, multiprofessionellt teambaserat arbete, individanpassade stödinsatser

### Ett år senare - uppföljning på vårdcentralen

Ett år har nu gått efter att Selma fått sin diagnos och Selma och Gustaf är på besök på sin vårdcentral för uppföljning hos demenssjuksköterskan och/eller distriktsläkaren. Precis som i samband med utredningen får paret berätta om hur vardagen ser ut, vad som är de största utmaningarna, samt vad de behöver hjälp med. Nya blodprover har tagits inför besöket. Nya kognitiva tester utförs och visar att Selma tyvärr försämrats något, precis som paret berättat. En utvärdering av Selmas läkemedelsbehandling görs, kanske behöver något läkemedel tas bort eller sänkas. Bedömning om

fortsatt lämplighet att inneha körkort eller inneha vapen föreligger ingår som en del av läkarbedömningen.

Uppföljning sker fortsatt minst en gång per år alternativt tätare vid behov. Vid ett av besöken noteras att Selma minskat i vikt, varför paret får träffa en dietist.

#### Uppföljning

#### Kognitiva tester

#### Nutrition och måltid

#### Stöd till anhöriga

#### Personcentrerad vård och omsorg, multiprofessionellt teambaserat arbete, individanpassade stödinsatser

### Ny kontakt med kommunen

Det har blivit allt svårare för Gustaf att lämna Selma själv hemma och han kontaktar därför biståndshandläggare och ansöker om avlösning i hemmet samt även korttidsplats vid enstaka tillfällen då han vill resa och hälsa på sin dotter och även få möjlighet att fortsätta med golfresorna med sina före detta arbetskamrater. Selma har nu deltagit på dagverksamhet två gånger per vecka en tid och kan nu tänka sig att åtminstone prova. Selma ansöker om och får hemtjänst beviljad då hon har allt svårare att klara sin hygien självständigt. Gustaf har bland annat märkt att Selma glömmer att borsta sina tänder utan påminnelse. De får hjälp att ansöka om särskild hjälp vid tandvård vilket innebär att viss tandvård fås till samma kostnad som för sjukvård.

Selma fyller tillsammans med Gustaf i en så kallad levnadsberättelse vilken är ett stöd för personalen på dagverksamheten och korttidsboendet vid omvårdnaden av Selma.

Kommunens personal tipsar också om möjligheten att skriva en så kallad framtidsfullmakt för att underlätta framöver.

#### Biståndsbedömare, LSS-handläggare

#### Dagverksamhet

#### Levnadsberättelse

#### Tandvård

#### Vid BPSD

#### Stöd till anhöriga

#### Personcentrerad vård och omsorg, multiprofessionellt teambaserat arbete, individanpassade stödinsatser

### Selma flyttar till ett vårdboende

Selma försämras alltmer, blir tröttare. Vardagen blir allt svårare för Gustaf att få ihop. Biståndsbedömare gör ett hembesök och paret ansöker nu om en plats på det närliggande vårdboendet dit Selma flyttar. Då dagverksamheten som Selma besökt under flera års tid ligger i samma byggnad är det välbekanta lokaler och välbekant personal för Selma och Gustaf. Gustaf kommer ofta på besök, ibland sover han också kvar över natten.

Personalen på vårdboendet har genom regelbunden utbildning och handledning fått den kompetens som behövs för att stödja Selma och Gustaf.

Och här lämnar vi Selma och Gustaf på deras resa.

Levnadsberättelse

Uppföljning

Kognitiva tester

Nutrition och måltid

Stöd till anhöriga

Utbildning, handledning till personal

Personcentrerad vård och omsorg, multiprofessionellt teambaserat arbete, individanpassade stödinsatser

## Bilaga 1 - Deltagare Samverkansgruppen för demenssjukdomar i Värmland

Mona Andersson, biståndsbedömare, Hagfors kommun, fd medlem som bidragit till vård- och omsorgsprogrammet  
Gunnilla Calais, demenssamordnare, Kristinehamns kommun  
Karin Jürss Fischer, demenssjuksköterska, Karlstads kommun  
Josefin Hellberg, utvecklingsledare, Region Värmland  
Ann-Cathrine Johansson, distriktsläkare, geriatriker, VC Sunne  
Gunvor Josefsson, kurator, VC Säffle  
Ida Karlsson, dietist, Karlstads kommun  
Lena Kinell, anhörigrepresentant  
Kerstin Kåwe, arbetsterapeut, Minnesmottagningen, Karlstad  
Erik Modén, sjuksköterska, Minnesmottagningen Karlstad  
Carina Stenmark, demenssjuksköterska, Torsby kommun  
Fredrik Thyberg, sjukhustandläkare  
Madelene Johanson, ordförande, överläkare, Minnesmottagningen Karlstad

## Bilaga 2 - Basal demensutredning enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Den basala utredningen syftar till att fastställa:

- om personen har en kognitiv svikt och om den beror på en demenssjukdom eller om annan sjukdom orsakar eller bidrar till den kognitiva svikten
- vilka personer som är i behov av en fortsatt utvidgad utredning
- vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad man kan göra för att minimera eller kompensera för dessa

Den basala utredningen ska innehålla:

### **Sjukdomshistoria - anamnes**

Frågor ställs om debutsymtom, duration, förändring över tid, aktuella symtom, andra sjukdomar, trauma, infektioner, aktuella läkemedel. Även ärftlighet, alkohol- och tobaksvanor, utbildning och tidigare arbete efterfrågas.

### **Strukturerad intervju med anhörig**

Familj, goda vänner, grannar och arbetskamrater kan bidra med viktig information för att rätt diagnos ska kunna ställas. En intervju kan kombineras med den ofta använda neurokognitiva symtomenkät som framtagit av dr Åstrand. Se [www.symtomenkaten.se](http://www.symtomenkaten.se) alternativt under Externa applikationer i Cambio Cosmic.

### **Bedömning av fysiskt och psykiskt tillstånd**

En kroppsundersökning som inkluderar allmäntillstånd, hjärta, lungor, blodtryck, vikt, neurologi och psykiatriskt mående.

### **Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga**

Arbetsterapeut undersöker personens förmåga att klara av olika vardagliga aktiviteter.

Arbetsterapeut kan också vara behjälplig med kognitiv bedömning. Vg se bilaga 8. Vad som ingår bedöms individuellt när patient och arbetsterapeut träffas.

### **Kognitiva tester**

MMSE (Mini Mental State Examination) och Klocktest är två test som ger en uppskattning av de tankemässiga (kognitiva) förmågorna fungerar. I Värmland används också minnestestet 5 x 3 på de flesta vårdcentraler. Vid behov kan testet RUDAS användas. Läs mer om de olika testerna i bilaga 6.

### **Blodprovstagnning**

Genom analys av blodprov kan man identifiera eller utesluta andra orsaker till aktuella symtom. Som exempel kan förhöjda nivåer av kalcium, rubbad ämnesomsättning och B-vitaminbrist ge liknande symtom. Paketet demensprover finns som stöd i journalsystemet Cosmic.

### **Datortomografi**

En så kallad datortomografi av hjärnan görs för att utesluta andra möjliga orsaker som till exempel hjärntumör, men ger också viktig information för att kunna ställa rätt typ av demens-diagnos.

#### *Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda intervjuer med anhöriga till personer med misstänkt demenssjukdom som en del i den basala demensutredningen (prioritet 1)
- erbjuda Klocktest kombinerat med MMSE-SR som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom (prioritet 2)
- erbjuda the RUDAS (Rowland universal dementia assessment scale) som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom och annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå (prioritet 2)
- erbjuda en strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga som en del i den basala utredningen till personer med misstänkt demenssjukdom (prioritet 2)
- erbjuda datortomografi som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom (prioritet 2)

## Bilaga 3 - Lindrig kognitiv störning, MCI – Mild Cognitive Impairment

Symtomen vid MCI är ofta en minnesnedsättning, koncentrationssvårigheter och nedsatt uppmärksamhetsförmåga. Symtomen brukar försämrans i samband med stress. Sömnstörning är inte heller ovanligt.

MCI skiljer sig från demenssjukdom genom en lindrigare svårighetsgrad av symtomen. MCI kan bero på flera olika bakomliggande sjukdomstillstånd. Differentialdiagnoser kan vara depression, utmattningsdepression, missbruk och kris- eller stressreaktion.

Personer med MCI ska följas upp minst en gång per år alternativt med kortare intervall vid behov. Olika studier visar olika resultat men uppemot 25 % av patienterna med MCI kan varje år övergå till en demenssjukdom. Vid MCI beroende på Alzheimers sjukdom kan behandling med acetylkolinesterashämmare erbjudas.



## Bilaga 4 - Demenssjukdom definierad enligt ICD-10-kriterierna

Demenssjukdom föreligger om det finns belägg för var och en av följande punkter:

- minnesnedsättning, oftast tydligast när det gäller nyinlärning men kan också påverka långtidsminnet. Nedsättningen gäller både verbal och icke-verbal information. Graden av nedsättning stadiindelad som mild, måttlig eller svår.
- nedsättning av andra kognitiva förmågor som till exempel försämrat omdöme, försämrad tankeverksamhet, t ex. vid planering och organisering. Det måste också kunna påvisas att det är frågan om en sänkning från en tidigare prestationsnivå.

Nedsättning enligt ovan ska om möjligt styrkas av en tillförlitlig berättelse från någon som känner personen väl och också av resultatet av kognitiva test.

Förutom punkterna ovan ska också en nedsättning av emotionell kontroll eller motivation eller en förändring av socialt beteende föreligga som ger minst ett av följande symtom:

- emotionell labilitet
- irritabilitet
- apati
- förändrat socialt beteende

Symtomen ska ha funnits i minst 6 månader. Med andra ord kan inte diagnos ställas vid en tillfällig konfusion.

## Bilaga 5 – De vanligaste demenssjukdomarna och differentialdiagnoser

### Primärdegenerativa sjukdomar

Orsakar demens genom att hjärnceller börjar förtvina och dö i onormal omfattning. Smygande förlopp, försämras gradvis i takt med att hjärnskadan sprider sig. Förloppet går inte att hejda men symtomen kan i vissa fall lindras. Symtomen varierar beroende på vilken del av hjärnan som skadas. Därför brukar de primärdegenerativa sjukdomarna delas in i olika undergrupper.

Alzheimers sjukdom (hjäss- och tinningloberna påverkas)

Frontotemporal demenssjukdom (pann- och tinningloberna påverkas)

Lewy Body demens och Parkinsons sjukdom med demens (skadan finns i hjärnans vita substans)

### Vaskulära sjukdomar

Orsakar kognitiv svikt när skada uppkommer efter t ex infarkt eller blödning i hjärnan. Skadan kan uppstå i olika delar av hjärnan och kommer då plötsligt. En vaskulär demenssjukdom som beror på sjukdom i de små kärlen visar sig genom en smygande debut och utbredning av symtom.

### Sekundära sjukdomar

Det finns en stor grupp med olika sjukdomar och skador som kan leda till demens. Till exempel kan ett trauma mot huvudet, B-vitaminbrist, alkoholmissbruk, syfilis, HIV samt långvarig exponering för vissa läsningsmedel leda till kognitiv svikt.

### Blanddemens

Det är vanligt att flera olika skador förekommer samtidigt. Studier har visat att en majoritet av personer med diagnosen vaskulär demens haft alzheimerförändringar i hjärnan.

### Differentialdiagnoser

#### Depression

Vanligt förekommande, beskrivs inte alltid som nedstämdhet. Andra symtom så som värk, initiativlöshet, sömnstörning, ångest, irritabilitet, svårigheter att fatta beslut kan beskrivas. Depression är inte heller ovanligt till följd av demenssjukdomen.

#### Konfusion

Akut konfusion är ett förvirringstillstånd som utvecklas kort tid (timmar–dagar) och orsakas av fysisk eller psykisk belastning. Vid konfusion är oro, störd dygnsrytm, hallucinos, rastlöshet eller passivitet vanliga symtom. Leta alltid efter bakomliggande orsak. Vanligt förekommande sådana är infektioner som UVI eller pneumoni, stroke, hjärtinfarkt, intorkning, postoperativt efter t ex en höftfraktur. Även sömnbrist, miljöbyte som inläggning på sjukhus. Tänk på att personer med demenssjukdom är särskilt sårbara och att en lugn vårdmiljö viktig.

#### Andra sjukdomar

Några exempel på andra sjukdomar som kan ge liknande symtom är hypo- och hypertyreos, hyperparatyreoidism, grav vitamin B12-brist, maligna sjukdomar som hjärntumör, normaltryckshydrocephalus eller dåligt reglerad diabetes. Glöm inte hörsel- och synnedläggning.

## Bilaga 6 - Kognitiva tester

Hälsa- och sjukvården bör

- erbjuda Klocktest kombinerat med MMSE-SR (Mini Mental State Examination, svensk version) som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom (prioritet 2)
- erbjuda the RUDAS (Rowland universal dementia assessment scale) som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom och annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå (prioritet 2)
- erbjuda en strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmågan som en del i den basala utredningen till personer med misstänkt demenssjukdom (prioritet 2)
- erbjuda datortomografi som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom (prioritet 2).

Hälsa- och sjukvården kan

- erbjuda the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom (prioritet 5).

## Bilaga 7 – Körkort och vapen

### Körkort

Enligt 3 kap. 2 § i körkortslagen (SFS 1998:488) får körkortstillstånd meddelas endast för den som med hänsyn till sina personliga och medicinska förhållanden kan anses lämplig som förare av ett körkortspliktigt fordon.

Det ställs krav på den som vill köra ett motorfordon, man måste kunna och ta ansvar i trafiken och följa de regler och föreskrifter som finns. I föreskrifterna om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (TSFS 2010:125) kan man läsa mer. Föreskrifterna och ändringsföreskrifter finns på Transportstyrelsens webbplats [transportstyrelsen.se/vag](http://transportstyrelsen.se/vag). Där finns också mer information om trafikmedicin och körkortsblanketter.

Den som har någon form av demenssjukdom, t.ex. Alzheimers sjukdom, innebär får inte inneha körkort, traktorkort eller taxiförarlegitimation. Om demenssjukdomen bedöms som lindrig kan eventuellt körkort med behörighet AM, A1, A2, A, B, BE samt traktorkort innehas.

Kognitiva störningar kan också uppstå efter sjukdom eller skada som drabbar hjärnan, t.ex. vid stroke eller efter svårare hjärnskada. Medfödda hjärnsador kan också utgöra hinder för körkortsinnehav.

Exempel på varningstecken som kan innebära att föraren på grund av sjukdom inte klarar trafikens krav:

- Gör omotiverade hastighetsvariationer.
- Kör nära och över mittlinjen utan synbar anledning.
- Kör mot trafiken exempelvis vid enkelriktad väg eller i cirkulationsplats.
- Har svårt att hålla stabil kurs och glider fram och tillbaka över vägen.
- Ser vägvisningsskyltar så sent att han/hon (nästan) inte hinner med att välja rätt väg.

- Observerar inte medtrafikanter med följd att farliga situationer uppstår.
- Kör vilse.
- Visar ökad irritation vid bilkörning.
- Glömmer blinkers eller glömmer att stänga av vindrutetorkarna trots att det slutat regna.
- Glömmer var bilen parkerats.
- Växlar fel så att motorn rusar eller stannar.
- Det förekommer flera eller allvarligare incidenter i trafiken.
- Blir stoppad av polisen på grund av märklig körning.
- Försämrat minne, t.ex. förlägger saker och glömmer tider.
- Har svårare att genomföra praktiska uppgifter i vardagen som vardagliga inköp, matlagning, betala räkningar m.m.

*Referenser:*

Transportstyrelsen, [www.transportstyrelsen.se](http://www.transportstyrelsen.se)

Körkortslagen (SFS 1998:488)

Föreskrifterna om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (TSFS 2010:125)

## Vapen

Demenssjukdom kan utgöra ett medicinskt hinder för fortsatt vapeninnehav. Enligt vapenlagen är det läkaren sak att bedöma om en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen. Om så är fallet ska patienten informeras om detta. Läkaren är också skyldig att göra en anmälan till polismyndigheten som sedan fattar beslut om fortsatt innehav av skjutvapen och vapenlicens.

Polismyndigheten kan även ge råd och hjälpa till med de praktiska frågor som följer av en indragen vapenlicens.

Att inte längre få bära vapen kan vara en känslig fråga, för många är en av årets höjdpunkter höstens älgjakt som står för spänning, gemenskap och tradition. Därför är det bra om anhöriga redan tidigt engagerar sig och deltar i diskussionen kring fortsatt vapeninnehav. Kanske kan personen få en ny funktion i jaktlaget.

Anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen, Socialstyrelsen föreskrift 2008:21.

*Referenser:*

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

Vapenlag, Svensk författningssamling (1996:97)

## Bilaga 8 - Utvidgad demensutredning

Erbjuds på någon av de Minnesmottagningar som finns. Här arbetar personer med speciell utbildning inom området, t ex demenssjuksköterska, neuropsykolog, geriatriker, Silvialäkare, kurator och arbetsterapeut.

Utvidgad demensutredning används för att fastställa diagnos i de fall en basal demensutredning inte varit tillräcklig eller då det finns andra komplicerande omständigheter.

#### Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda neuropsykologiska test för att bedöma minne, språk, uppmärksamhet och exekutiv och spatial förmåga, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom (prioritet 3)

#### Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda strukturell magnetresonanstomografi, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom (prioritet 4)
- erbjuda funktionell FDG-PET (fluorodeoxyglucose-positron emission tomography), som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom (prioritet 4)
- erbjuda analys av biomarkörer i cerebrospinalvätska, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom (prioritet 4)
- erbjuda DaTSCAN, mätning av dopamintransportsystemet i hjärnan, till personer med misstänkt Lewykroppsdemens (prioritet 5)
- erbjuda mätningar av regionala blodflödet i hjärnan med SPECT, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom (prioritet 7)

## Bilaga 9 - Arbetsterapi

### Arbetsterapeutens roll

Arbetsterapeuten kan delta i både utredning och fortsatta omvårdnad och behandling. Arbetsterapeuten utreder aktivitets- och funktionsförmågan hos personer med misstänkt demenssjukdom, vilket bidrar till att rätt diagnos ställs. Bedömningen ger också underlag till vidare vårdplanering, vilket är till stöd för de personer som möter patienten framöver. I vardagliga aktiviteter kan arbetsterapeuten handleda omvårdspersonal i att arbeta aktivitetsbevarande med metoder som är anpassade till den demenssjukes individuella behov.

### Indikationer för arbetsterapi

”Hälso- och sjukvården bör erbjuda en strukturerad utredning av funktions-och aktivitetsförmåga som en del i den basala utredningen till personer med misstänkt demenssjukdom, Prioritet 2.” (Socialstyrelsen 2016).

En demenssjukdom leder till problem i vardagliga aktiviteter. Förmågan att uppmärksamma händelser i omgivningen, att planera och organisera aktiviteter, att orientera sig i omgivningen kan försämrats. Aktiviteter som att handla, laga mat, använda telefon, sköta ekonomi och medicinering blir allt svårare att klara som förr. Efterhand ökar behovet av stöd från andra såsom hemtjänst eller anhöriga. (Blomqvist, Månsson, Öhman, 2004). Det är viktigt att individen får vara fortsatt aktiv för att behålla förmågor (Nygård, 2003).

När det gäller demensutredning är arbetsterapeutens roll att göra en kognitiv utredning kopplad till aktivitetsförmåga (Sveriges Arbetsterapeuter, 2016).

### Arbetsterapeutens roll vid Basal demensutredning

Vid en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmågan tas hänsyn till tidigare aktivitetsnivå och aktuell samsjuklighet och denna bedömning kan ge relevant information i relation till de kognitiva testresultaten. Bedömningen värderar graden av kognitiv nedsättning och ger stöd för att kunna planera eventuella stödsatser. Ofta görs dels en intervju med både med personen själv och anhöriga, dels en observation i aktivitet. Exempelvis bedöms om patienten kan tillaga en enkel måltid, hantera vardagsteknik (telefon, tv och dator), planera och organisera, klara klädsel och hygien. Instrument som kan användas vid denna bedömning är ADL-Taxomin (Törnqvist, 1997) och/eller AMPS (Fischer, 2003).

Åtgärder som ingår i utredningen utgår från personens helhetssituation och behov. Det finns även situationer då det inte är lämpligt att genomföra alla delar av utredningen.

### Arbetsterapeutens roll på Specialistmottagning

Den utvidgade utredningen genomförs på specialistmottagning och kan innehålla ytterligare fördjupad bedömning av aktivitetsförmåga. Instrument som kan användas är AMPS (Fischer, 2003) och RBMT (Wilson, Cockburn, Baddeley, 2009). Beroende på vad som är gjort i bedömning av aktivitet på basal nivå, så kan den vara mer inriktad mot hur den kognitiva nedsättningen påverkar de färdigheter som är nödvändiga för att fungera i vardagen. Detta kan också handla om vardagsteknik, förmåga att planera och organisera vardagliga aktiviteter samt tidsuppfattning.

Ytterligare kognitiv screening kan utföras med till exempel Cognistat ([www.blidomakeri.se](http://www.blidomakeri.se), 2018) eller Kognitiva Screeningbatteriet (Nordlund, 2011).

## Arbetsterapeutisk intervention

Efter att diagnos fastställts kan arbetsterapeuten bidra med fortsatt arbetsterapeutisk intervention samt eventuellt vårdplanering.

I arbetet kring personen använder arbetsterapeuten dagliga aktiviteter som verktyg. Vardagen och dess sysslor blir ett sätt att hålla förmågor och funktioner vid liv (Nygård, 2003). Detta kan göras genom att lära ut aktivitetsbevarande strategier:

- att försöka förstärka sinnesintryck via hörsel, syn och känsel. Göra miljöanpassningar att underlätta i vardagen.
- att begränsa yttre stimuli.
- att rikta uppmärksamhet på en sak i taget.
- att använda bilder, färger, dagbok.
- att använda kognitiva hjälpmedel till exempel timer till spis eller anpassade klockor.

Dessa strategier verkar vara till nytta då de ger en känsla av kontroll över vardagens aktiviteter, strategierna kan inte ersätta stödet från en annan person, men är utgångspunkt när identifiering av en individs resurser och behov av stöd görs (Nygård, 2003).

### Referenser

- Blomquist, U-B, Månsson, I. (2004). Förskrivning av kognitiva hjälpmedel till personer med demens. Karolinska Institutet, Institutionen Neurotec, sektionen för arbetsterapi.
- Fisher, A. (2003). AMPS- Bedömning av motoriska färdigheter och processfärdigheter. Three Star Press.
- Fisher, A. G. (2009). Occupational therapy intervention process model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions. Fort Collins: Three Star Press Inc.
- Nordlund, A et.al. (2011). The cognitive Assessment Battery (CAB): a rapid test of cognitive domains. *International Psychogeriatrics* (2011). 23:7.
- Nygård, L. (2003). Vanor och rutiner kan hjälpa- och stjälp. *Tidskriften äldre i centrum* nr 4, 20-21.
- Socialstyrelsen. (2016). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. Stöd för styrning och ledning. Remissversion  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20399/2016-11-7.pdf>  
[2017-05-09]
- Sveriges Arbetsterapeuter. Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter. (2016).  
<http://www.arbetsterapeuterna.se/Min-profession/Kompetensutveckling/Forbundets-forlag/Kompetensbeskrivningar-for-arbetsterapeuter/> [2017-05-09]
- Törnqvist, K, Sonn,U. (2016). ADL-Taxanomin en bedömning av aktivitetsförmåga. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter
- Wilson, B, Cockburn, J. Baddeley, A. (2009). The River Mead Behavioural Test. Psykologiförlaget AB.

## Bilaga 10 – Nutrition och måltid

### Inledning

Vid demenssjukdom sker en gradvis försämring av förmågan att äta, men genom kunskap och förståelse för problemet kan stödjande hjälp ges på olika sätt.

Viktförlust ingår som ett vanligt förekommande symptom vid demens och tycks öka med sjukdomens svårighetsgrad.

Orsaker till viktförlust är sannolikt flera samverkande faktorer. En person med demens kan glömma bort att äta. Minnesstörningar kan även medföra svårigheter gällande matinköp, tillagning samt kontroll på matens hållbarhet i kylskåpet. Försämrade hunger- och törstförmågor är också en del av sjukdomsbilden som påverkar matintaget negativt. Även förmågan att hantera bestick och mat på tallriken försämras, liksom förmågan att föra mat till munnen samt tugga och svälja den.

### Kunskapsstöd

Hälso- och sjukvården ska enligt SOFS 2014:10 ha fastställda rutiner gällande förebyggande och behandling av undernäring.

Sammanställningen "Måltiden och ätandet bland personer med demens" (Birgitta Sidenvall) beskriver nutritionsrelaterade problem i samband med demens samt vilken typ av stöd som kan behövas i samband med måltider.

Socialstyrelsens "Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring" ger information om metoder som förebygger och behandlar undernäringstillstånd.

The European Society For Clinical Nutrition and Metabolism (Esen guidelines) har tagit fram riktlinjer baserade på evidensbaserade rekommendationer om nutritionsbehandlingar till personer med demenssjukdom.

Livsmedelsverkets råd "Bra måltider i äldreomsorgen" ger detaljerad vägledning för det vardagliga arbetet kring måltidssituationen.

### Nationella riktlinjer

#### Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda diagnostik av ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument till personer med demenssjukdom (prioritet 2). Exempel på ett sådant är MNA (Mini Nutritional Assessment).

Socialtjänsten bör erbjuda anpassad måltidsmiljö, exempelvis i små grupper, tid för att kunna äta i lugn och ro samt möjlighet att själv komponera måltiden, till personer med demenssjukdom (prioritet 2).

Vidare bör Socialtjänsten erbjuda anpassad måltidsmiljö till personer med demenssjukdom, i ordinarie boende (prioritet 2).

### Hälso- och sjukvård

#### Bedömning av nutritionsstatus (näringstillstånd)

Läkare eller sjuksköterska gör i samband med demensutredningen en bedömning av personens nutritionsstatus med hjälp av MNA (mini nutritional assessment).

Åtgärd: Vid resultatet 11 poäng eller lägre skickas remiss till dietist.



Riskbedömning med MNA utgör inom hälso- och sjukvården förstahandsalternativet för att identifiera risk för undernäring, men kan i enstaka fall ersättas av förenklad riskbedömning genom användning av följande tre frågor:

Fråga	Notera
1. Har du gått ner i vikt?	Ofrivillig viktförlust, oavsett tidsförlopp och omfattning.
2. Kan du äta som vanligt?	Exempelvis ätsvårigheter som aptitlöshet, tugg- och sväljsvårigheter och motoriska funktionsnedsättningar.
3. BMI (body mass index)	$BMI = \text{Vikt (kg)} / \text{längd (m)}^2$

Åtgärd: Om en eller flera riskfaktorer är aktuella skickas remiss till dietist.

Dietist ansvarar för den individuella nutritionsbehandlingen.

För de personer med demenssjukdom som omfattas av kommunal hälso- och sjukvård har sjuksköterska ansvaret för nutritionsbehandlingen. Vid behov kan hälso- och sjukvårdens dietist konsulteras och ordinera lämplig nutritionsbehandling.

Kommunens personal

- gör regelbundet strukturerad bedömning av nutritionsstatus. Inom det nationella kvalitetsregistret Senior alert finns riskbedömningsinstrumentet MNA (mini nutritional assessment) att tillgå.
- utför regelbundna mätningar av vikt och längd.
- erbjuder anpassad måltidsmiljö, både i ordinärt och i särskilt boende.
- utformar individuella stödinsatser vid måltider, som exempelvis:
  - möjlighet att äta i en liten grupp eller enskilt med stöd av personal
  - tid för att kunna äta i lugn och ro
  - anpassad fysisk miljö med exempelvis kontrasterande färger vid dukning samt tillräcklig ljussättning
  - möjlighet att själv komponera sin måltid

Livsmedelsverkets "Bra måltider i äldreomsorgen" kan användas som stöd vid utformning av en anpassad måltidssituation

## Bilaga 11 - Tandvård

### INLEDNING

Dåligt tandstatus kan medföra undernäring, smärtupplevelser och lunginflammation. Muntorrhet som medför svårigheter att äta och svälja liksom dålig tuggförmåga på grund av få tuggkontakter är riskfaktorer för undernäring.

Upplevelser av smärta från munhålan är särskilt problematiskt när det gäller personer med demenssjukdom då de kan ha svårt att lokalisera smärtan och också ha svårt att kommunicera sin smärtupplevelse. Ibland kan ett icke adekvat beteende som till exempel aggressivitet eller vägran att ta emot mat vara ett uttryck för smärtor i munnen. Genom att regelbundet göra en strukturerad bedömning av munhälsan kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten förebygga, upptäcka och behandla munohälsa.

Att ge munvård till en person med demenssjukdom kan dock vara förknippat med etiska svårigheter. Vid munvård får vårdaren tillträde till en mycket privat del av kroppen som i sig förutsätter att den som ska ta emot hjälpen förstår varför handlingen genomförs.

Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan öka antalet personer som får riskbedömningar av munhälsan och ätproblem. I de fall där problem med munhälsan identifieras behöver lämpliga åtgärder alltid vidtas. Socialstyrelsen bedömer att täthet kan medföra ökat resursbehov. Det är också viktigt att kommuner och regioner har rutiner för att se till att personer med demenssjukdom regelbundet får stöd eller fullständig hjälp med tandborstning och protesrengöring.

Revised Oral Assessment Guide (ROAG) är ett standardiserat instrument för munbedömning. Instrumentet är utarbetat av University of Nebraska Medical Center samt Oncology Nursing forum. Syftet med att utföra munbedömning enligt ROAG regelbundet är att identifiera problem i munnen, tydliggöra individuella behov av munvårdsåtgärder, hjälp för dokumentation gällande munhälsa och åtgärder, beslut om kontakt med tandvård och för att utvärdera insatta åtgärder. ROAG kan med fördel användas för bedömning av munhälsan.

### Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda diagnostik och munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument till personer med demenssjukdom (prioritet 2)

## Bilaga 12 - Läkemedelsbehandling

Vid Alzheimers sjukdom finns det läkemedelsbehandling som kan förbättra den kognitiva funktionen och lindra symtom, däremot kan inte sjukdomsförloppet bromsas i nuläget.

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare till personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom (*prioritet 1*)
- erbjuda läkemedelsbehandling med memantin till personer med måttlig till svår Alzheimers sjukdom (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården bör inte

- erbjuda behandling med Omega 3-fettsyror eller B-vitaminer till personer med demenssjukdom (*icke-göra*).

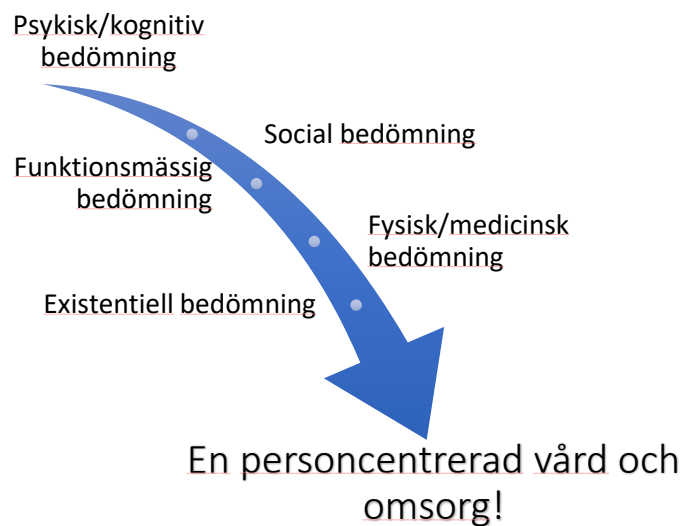
## Bilaga 13 - Uppföljning

En regelbunden och strukturerad uppföljning av personer med demenssjukdom syftar till att bedöma demenssjukdomen, dess konsekvenser och personens behov av medicinskt och psykosocialt stöd samt att se till att dessa tillgodoses. I början av en demenssjukdom följs årligen MMSE och Klocktest, vid försämring kan andra tecken vara mera rättvisande. Vid uppföljning av läkemedelsbehandling ses ibland utebliven effekt. Denna kan då sättas ut, om förmågor skulle förloras i samband med utsättning kan läkemedlet återinsättas.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- Erbjuder en regelbunden och sammanhållen uppföljning och utredning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser till personer med demenssjukdom (prioritet 1).

### Viktigt att fokusera på mer än demenssjukdomen



## Bilaga 14 - BPSD - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom. Uppföljning, behandling och utvärdering

Vid demenssjukdom kan olika Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD) förekomma.

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att de initiala interventionerna vid BPSD bör vara av icke-farmakologisk art. Generellt innebär det att de första åtgärderna bör omfatta en anpassning av omgivande miljö och bemötande.

### *Information från Läkemedelsverket 5:2008*

- För att möjliggöra en god behandling vid BPSD behöver eventuella bakomliggande orsaker till symtomen kartläggas och åtgärdas, såsom exempelvis smärta eller läkemedelsbiverkningar.
- För personer som uppvisar svåra beteendemässiga eller psykiska symtom och där andra åtgärder inte haft effekt kan det dock bli aktuellt med läkemedelsbehandling.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda strukturerad uppföljning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och utvärdering av insatta åtgärder till personer med BPSD (prioritet 1).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda läkemedelsbehandling med oxazepam till personer med demenssjukdom med uttalad ångest och orostillstånd (prioritet 7).

## Bilaga 15 - Biståndsbedömare och LSS-handläggare

En demenssjukdom medför ofta en försämrad förmåga till abstrakt tänkande samt en nedsatt beslutsförmåga. Detta kan påverka möjligheten att formulera behov eller ta ställning till erbjudna stödinsatser.

Bistånds- och LSS-handläggarens beslut i olika ärenden som rör personer med demenssjukdom förutsätter därför en grundläggande förståelse och kunskap om vad demenssjukdom är och vilka konsekvenser det har på den drabbade personen.

Rekommendation

Socialtjänsten bör

- erbjuda biståndshandläggare och LSS-handläggare som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom utbildning om demenssjukdom (prioritet 2).

## Bilaga 16 - Stöd till anhöriga

Anhöriga har en betydelsefull roll för personer med demenssjukdom och är därför en grupp som bör prioriteras. Att stödja en person med demenssjukdom är ofta påfrestande och det är vanligt att uppleva allmän och känslomässig belastning, besvikelse och isolering.

Socialstyrelsen föreslår att insatser i form av utbildning, stödverksamhet, handledning och avlösning bör erbjudas personer med demenssjukdom samt närstående direkt efter att diagnosen har fastställts. Anhöriga till yngre personer bör också få ett bättre stöd.

Att vara anhörig till en person med en demenssjukdom förändrar ofta hela livet. Som anhörig/behöver man råd, stöd och kunskap om demenssjukdomen och vilket förhållningssätt som är bäst gentemot den som är sjuk. Man behöver också veta vilka rättigheter man har och vart man vänder sig för att få hjälp att klara det nya livet (Demensförbundet).

De anhörigas behov måste uppmärksammas vid alla kontakter inom hälso- och sjukvården och inom kommunen. Det är en viktig uppgift för alla yrkesutövare som möter anhöriga att vägleda och informera om de möjligheter som finns till. Anhöriga ska erbjudas delaktighet och kontakt med anhörigstödet i sin hemkommun.

Av 5 kapitlet 10§ socialtjänstlagen framgår att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för personer som vårdar en närstående som är äldre, långvarigt sjuk eller har en funktionsnedsättning.

Arbetet med stöd till anhöriga ska omfatta socialtjänstens alla verksamheter. Syftet är att minska de anhörigas psykiska och fysiska belastning. För en del personer handlar det om att få hjälp med insatser som den närstående behöver, för andra handlar det om att de själva behöver få information eller utbildning av kommunen.

### Vem är anhörig?

Med anhöriga menas personer som vårdar eller stödjer närstående. Närstående är den som tar emot omsorg, vård och stöd. Exempel på personer som omfattas av bestämmelsen är anhöriga till personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning, långvarig psykisk eller fysisk sjukdom samt anhöriga till personer med missbruks- eller beroendeproblem.

### Ansökan om bistånd vid demenssjukdom

Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen görs hos kommunens biståndshandläggare, som kan kontaktas via kommunens växelnummer. Socialtjänstlagen ger dig rätt till hemtjänst, bostad i ett särskilt boende eller andra insatser om du inte själv kan tillgodose behoven eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt.

(Din rätt till vård och omsorg. En vägvisare för äldre, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se))

### Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda ett utbildningsprogram till anhöriga till personer med demenssjukdom (prioritet 2)
- erbjuda individuellt anpassat stöd till unga anhöriga till personer med demenssjukdom (prioritet 2).

Socialtjänsten bör

- erbjuda avlösning, exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet, till anhöriga till personer med demenssjukdom (prioritet 2).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda relationsbaserade stödprogram, tillsammans med personen med demenssjukdom, till anhöriga till personer med demenssjukdom (prioritet 6).



## Bilaga 17 - Levnadsberättelse, genomförandeplan, dagliga aktiviteter, dagverksamhet, kontaktmannaskap, särskilt boende

### Levnadsberättelse

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

### Genomförandeplan

Genomförandeplanen ger den demenssjuke ökad möjlighet att vara delaktig och ha inflytande i sin vård och omsorg utifrån sina behov och önskemål. Den ska vara personcentrerad och ska beskriva hur de beslutade insatserna ska genomföras och vara ett underlag för det dagliga arbetet. Alla vårdtagare ska utifrån beviljade insatser ha en genomförandeplan. Kontaktperson eller annan utsedd personal ansvarar för att tillsammans med den demenssjuke/anhörig upprätta och följa upp planen och den ska vara känd av all personal och revideras vid behov eller minst en gång/år.

### Dagliga aktiviteter

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

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

### Dagverksamhet

Dagverksamhet som är anpassat för personer med demenssjukdom utgår från ett personcentrerat förhållningssätt. Syftet med dagverksamhet är att erbjuda personer med demenssjukdom gemenskap och aktivering för att ge dem möjlighet att bo kvar i sitt hem och att samtidigt erbjuda anhöriga en tillfällig avlösning. Verksamheten bidrar också till social samvaro, struktur och innehåll i dagen.

Dagverksamhet bör erbjudas anpassat till, t ex yngre personer. I samband med utvärdering fanns att en kommun i Värmland erbjöd dagverksamhet för personer med annat modersmål.

## Rekommendationer

### *Socialtjänsten bör*

- erbjuda dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom till personer med mild till måttlig demenssjukdom (prioritet 1)
- erbjuda dagverksamhet som är anpassad för yngre personer med demenssjukdom till yngre personer med demenssjukdom (prioritet 1).

### Kontaktmannaskap

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

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

### Särskilt boende

Vid ett särskilt boende kan omfattande vård och omsorg ges dygnet runt. Ett särskilt boende kan tillgodose betydande behov av tillsyn och omvårdnad då det inte längre är möjligt att bo kvar i det egna hemmet trots hjälp av olika stödinsatser. Det särskilda boende som är anpassat för personer med demenssjukdom beskrivs som inkluderande och småskaligt. Med inkluderande menas att utformning i boendet anpassas till personens funktionsnivå och att den främjar en välkomnande känsla av möjlighet till delaktighet i dagliga aktiviteter. Miljön känns bekant vilket t.ex. underlättar att personen kan hitta till toaletten så självständigt som möjligt. Ett småskaligt boende består av ett begränsat antal (fysiskt avgränsade) lägenheter, med vissa gemensamma utrymmen såsom dagrum och matsal. Flera sådana boenden kan finnas i samma fastighet.

I Värmland saknas boende anpassat för yngre personer.

### *Socialtjänsten bör*

- erbjuda särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom till personer med måttlig till svår demenssjukdom (prioritet 2)

## Bilaga 18 - Personcentrerad vård och omsorg, multiprofessionellt teambaserat arbete, individanpassade stödinsatser

### Personcentrerad vård och omsorg

Begreppet personcentrerad omvårdnad innebär att personen och inte sjukdomen sätts i fokus. Målet med en god vård och omsorg om personer med demenssjukdom är att skapa ett livsrum i ordinärt boende eller särskilt boende från tidig diagnos till livets slut, där det är lätt att vara demenssjuk och där man har rätt att vara demenssjuk. Personen med demenssjukdom ska kunna leva ett värdigt liv och känna välbefinnande trots sjukdom. Grundläggande är att personen med demenssjukdom får fortsätta att vara en egen person med egna rättigheter och att personen sätts före sjukdomen. För att åstadkomma en individuellt utformad vård och omsorg efter den enskildes behov, där fokus ligger på det friska och där bristerna kompenseras, måste personens kroppsliga, psykologiska, sociala och existentiella behov kartläggas noggrant. God vård och omsorg förutsätter inte bara kunskaper om den sjukes förmågor och bristande förmågor utan också kunskap om personens värdegrund och personlighet. Personcentrerad omvårdnad innebär att personal inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten:

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

### Multiprofessionellt teambaserat arbete

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

### Individanpassade stödinsatser

Centralt för olika individanpassade stödinsatser är att de ges utifrån ett personcentrerat arbetssätt, och att vården och omsorgen erbjuds i en god psykosocial miljö med fokus på individen. Stödet behöver utgå från personens egna önskemål och kvarvarande förmågor. Det är viktigt att det finns tid och utrymme för meningsfulla aktiviteter och social samvaro samt en flexibilitet när det gäller rutiner.

### Rekommendationer

#### Socialtjänsten bör

- erbjuda anpassad måltidsmiljö, exempelvis små grupper, tid för att kunna äta i lugn och ro och möjlighet att själv komponera måltid, till personer med demenssjukdom (prioritet 2)

- anpassad måltidsmiljö till personer med demenssjukdom i ordinärt boende (prioritet 2)
- erbjuda möjlighet till utomhusvistelse till personer med demenssjukdom (prioritet 2).

## Bilaga 19 - Utbildning, träning och handledning för vård- och omsorgspersonal

För att kunna erbjuda en personcentrerad god vård och omsorg och även för att kunna förstå och bearbeta utmaningar i möten med personer med demenssjukdom, behöver vård- och omsorgspersonal utbildning, träning och handledning inom området.

### Rekommendation

#### *Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör*

- erbjuda långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för vård- och omsorgspersonal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom (prioritet 1).

### Nätverk

Det kollegiala utbyte och erfarenhetsutbyte som möjliggörs vid de regelbundet erbjudna nätverksträffarna som finns är av stort värde. Bland annat erbjuds träffar för:

- personal som arbetar på dagverksamhet
- demenssjuksköterskor
- distriktsläkare
- ansvariga för SveDem
- ansvariga för BPSD-registret

### Utbildning

Tips på utbildning är till exempel Demens ABC som är Svenskt Demenscentrums webbutbildning baserat på socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård- och omsorg vid demenssjukdom. Demens ABC plus är samlingsnamnet för sex webbutbildningar från Svenskt Demenscentrum. Utbildningarna vänder sig till olika målgrupper och syftar bland annat till att sprida kunskap och erfarenhet om hur man genom god vård och omsorg kan minimera användningen av lugnande läkemedel och tvingande skyddsåtgärder.

Migrationsskolan i Region Skåne har tagit fram en webbutbildning om demens på flera olika språk som syftar till att öka kunskapen om demenssjukdomar. Utbildningen vänder sig till dig som arbetar med personer med demenssjukdom, anhöriga och andra som är intresserade. Utbildningen finns på fler olika språk.

- Svenska
- Engelska
- Spanska
- Persiska/farsi
- Polska
- Bosniska/serbiska/kroatiska
- Turkiska
- Arabiska

(Socialstyrelsen, kunskapsguiden.se)

Lokalt erbjuds också anpassad utbildning när behov har identifierats.

## Handledning

Detta är ett av de förbättringsområden som identifierades. Flera kommuner har demensteam som kan erbjuda handledning vid behov. Många erbjuder också utbildning till arbetsgrupper.

## Referenser

Var god se även respektive bilaga.

1. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning 2017  
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-2>
2. Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom Diarienummer: S2018/03241/FST  
<https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2018/05/nationell-strategi-for-omsorg-om-personer-med-demenssjukdom/>
3. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård och omsorg vid demenssjukdom – Indikatorer och underlag för bedömningar  
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-3-2>