

Riktlinjer DEMENS

Demensvård på Höglandet

- trygghet och kvalitet i samverkan

Esther Arbetsgrupp demens:

Lisbeth Rundqvist, Vetlanda kommun - sammankallande
Hans Davidsson, Geriatriska Rehab.klin, Höglandssjukhuset, Nässjö
Elin Friman Vrigstad läkarmottagning
Carin Prahl, Eksjö primärvård
Eva Knutsson Fager Nässjö kommun
Lena Östlund Nässjö kommun
Eva Karin Andersson Sävsjö kommun
Zenita Friman Tranås kommun
Krister Lennartsson Tranås kommun
Lennart Eriksson Geriatriska Rehab. kliniken Höglandssjukhuset, Nässjö

Referensgrupp:

Birgitta Stenbäck, medicin avd 15, Höglandssjukhuset, Eksjö
Kerstin Carlsson, Eksjö Aneby MAS
Helene Lorenz Tranås vårdcentrum
Wivianne Gard, Nässjö primärvård
Lena Hägg-Råsberg, Qulturum
Jennie Evertsson Geriatriska Rehab. kliniken, Höglandssjukhuset, Eksjö
Jouko Rapakko, Psykiatriska klin, Höglandssjukhuset, Eksjö
Monica Swahn, Nässjö kommun
Nicoline Wackerberg Stabsavdelningen Höglandssjukhuset Eksjö
Berit Ram Aneby vårdcentral

Uppdaterad 2019-01-16 av:

Hans Davidsson, Minnesmottagningen Eksjö
Gabriela Picu, Minnesmottagningen Eksjö
Karl-Martin Hjälm Dahl, Minnesmottagningen Eksjö
Berit Ram Aneby kommun

Demensvård på Höglandet - trygghet och kvalitet i samverkan

Innehåll

Sid	
Bakgrund	3
Demenssteam	3
Primärvården	5
Slutenvården	7
Minnesmottagning, Geriatriska rehabiliteringskliniken	8
Kommunen	11

Bakgrund

Esther-projektet "Vårdkedja för demens" startade den 4 december 2001 med den första workshopen av tre. De som medverkade var olika yrkeskategorier från kommunerna på Högländet, slutenvården, psykvården samt primärvården.

Syftet med projektet var att sätta fokus på personer med demenssjukdom i vårdkedjan. I projektet framkom att man önskade riktlinjer för demens på Högländet, där hela vårdkedjan fanns med.

Detta har resulterat i:

Riktlinjer Demensvård på Högländet - trygghet och kvalitet i samverkan.

Anpassning av riktlinjerna sker mot "[Fakta dokument](#)" och socialstyrelsens "Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2017".

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom>

Syftet med riktlinjerna är:

- att öka kompetensen inom vård och omsorg vid demenssjukdom i region, kommun och hos privata vårdgivare.
- att skapa klara rutiner som leder till smidighet, lättillgänglighet och likvärdig vård på Högländet.

Vad är demens?

Demens är ett samlingsbegrepp på ett flertal sjukliga tillstånd i hjärnan, som kännetecknas av en förvärvad nedgång i minnesförmågan och andra intellektuella förmågor, nedsatt emotionell kontroll och nedsatt praktisk förmåga som påverkar det dagliga livets aktiviteter.

(Engedal, 2000)

Demensteam

Det bör finnas lokala demensteam i varje kommun.

Mål

Att säkerställa kvaliteten på vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

Riktlinjer

Det lokala teamet ska arbeta gränsöverskridande mellan landsting, kommun och privata vårdgivare.

Teamet ska bestå av olika yrkesprofessioner från dessa vårdgivare, förslagsvis: Distriktsläkare, distriktsköterska, arbetsterapeut, demenssjuksköterska (kommun) och biståndshandläggare.

Samtliga yrkesprofessioner bör ha demensansvar och/eller spetsfunktion demens.

Arbetsuppgifter:

- Utveckla vård och omsorg för personer med demenssjukdom i respektive kommun.
- Teamet håller sig uppdaterat med nyheter och förankrar det i verksamheten.
- Regelbundna team-konferenser, där man bl.a. upprättar en handlingsplan för den enskilde.
- Kvalitetssäkring av utredning.(bilaga 1)
- Stödinsatser för personer med demenssjukdom och deras närstående: T.ex. närståendegrupp, enskilda samtal, telefonkontakt.
- Utbildning och handledning av personal– regelbundet återkommande samt när och/eller om problem uppstår.
- Vårdnivåbedömningar.
- Uppföljning av personen med demenssjukdom med exempelvis MMSE-SR (bilaga 3a), Klocktest (bilaga3b två sidor), närståendevärdering (bilaga 6) medicinering, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom), funktionsbedömningar etc.
- Samarbete med minnesmottagningen på Medicin- och geriatriska kliniken, Höglandssjukhuset, Eksjö

Primärvården

Ur Faktadokumentet: ”Ansvaret för basal demensutredning (se avsnitt [Diagnostik och utredning](#)) vilar på primärvården. Majoriteten av patienter över 70 år lämpar sig för utredning inom primärvården. Även enstaka yngre patienter med uppenbar diagnos såsom t.ex. alkoholrelaterad demens eller multiinfarktdemens bör också ofta kunna handläggas helt inom primärvården eller vid annan behandlande klinik.” Ansvaret gäller såväl utredningar som görs på vårdcentral som de som görs via kommunal hemsjukvård.

Demensutredning

Frågeställningen om patienten har en demenssjukdom kan väckas av patienten själv, närstående eller personal inom vård och omsorg.

Tidiga symtom som gör att man bör misstänka demens kan vara:

- Minskad stresstolerans
- Glömmer påtagligt oftare än tidigare (missar möten, glömmer spisen etc.)
- Ökad oro
- Depressiva symtom
- Tillbakadragenhet, social isolering, oföretagsamhet
- Svårare än tidigare att klara av intellektuella uppgifter, sköta hushållsräkenskaper, läsa böcker med behållning
- Misstänksamhet
- Personlighetsförändring

Utredning hos distriktsläkare följer i stort nedanstående program. Utredningsgången och omfattningen får avgöras individuellt efter patientens behov. Det är av stor vikt att den enskilde patienten har samma läkare som följer sjukdomsförloppet samt att närstående erbjuds ett enskilt samtal med läkaren.

Första läkarbesöket

- Basutredning (bilaga 1)

Distriktssköterska/arbetsterapeut gör:

- Kognitiva test t.ex. MMSE-SR eller RUDAS och klocktest (bilaga 3).
- Intervju av patient samt närstående OBS var för sig. (bilaga 4)
- Aktivitetsbedömning t.ex. ADL taxonomin

Efter genomförd basutredning träffas de som deltagit i utredningen för:

- Sammanvägning av resultaten. Diagnossättning
- Diskussion om behandling av psykiska symtom och/eller demenssjukdomen
- Vid svårighet med diagnossättning, exv. vid misstanke om tidig demens, kognitiva störningar, annan neurodegenerativ sjukdom, BPSD eller oklar symtombild/hastig progress överväg remiss till minnesmottagningen. [Se sidan 9.](#)

Återbesök till läkare:

- Diagnosgivning, erbjudande om behandling. Se även ”[Fakta](#)”
- Planera uppföljning
- Fråga patient och/eller närstående om ärendet får handläggas av det lokala demensteamet (bilaga 10).
- Erbjud närstående utbildning i demens lokalt eller på Minnesmottagningen i Eksjö (bilaga 5).
- Kvalitetssäkring av utredning som leder till en demensdiagnos genom registrering i Svedem (Svenska demens registret)(bilaga 1). Varje primärvårdsenhet bör gå med i detta nationella kvalitetsregister (<http://www.ucr.uu.se/svedem/>) Information om att registrering sker, ges till patienten.
- I nästkommande teamkonferens upprättas en handlingsplan för den enskilde och närstående.

Uppföljning

- Dosanpassning av läkemedel. Se även ”[Fakta](#)”
- När behandling med demensläkemedel inletts ska utvärdering av eventuell biverkan utföras efter 2-4 veckor. Därefter utvärdering av effekt och eventuella biverkningar var 6:e-12:e månad. Sjukvården håller i denna planering.
- Kognitiv funktionsbedömning, exv. MMSE-SR eller RUDAS-S och klocktest.
- Vid behov görs aktivitetsbedömning.
- ”Utvärdering av demenssymtom” kan användas (bilaga. 6).
- Uppföljande registrering i Svedem.
- Uppföljning av patienter med demensdiagnos utan behandling bör regelbundet erbjudas.

Hjälpmedel vid demens

För personer med demenssjukdom finns hjälpmedel för att stödja och kompensera nedsatta funktioner som t.ex. minnet. Hjälpmedel kan också öka tryggheten och säkerheten genom att minimera riskerna som man kan utsätta sig själv och andra för.

Oftast är det arbetsterapeuter som bedömer behov och förskriver hjälpmedel. Kontakta kommunens äldre- och handikappsomsorg, din vårdcentral eller landstingets hjälpmedelcentral.

<http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=42603>

Slutenvården

Slutenvården ska ge personer med demenssjukdom en god vård och ett professionellt omhändertagande utifrån den enskilda personens behov.

Akutmottagningen

Vid misstanke om minnesstörning ska detta dokumenteras och därefter - följ ”checklista” i bilaga 7

Vårdavdelningen

När akutpersonalen rapporterar om minnesstörd patient ska han/hon omhändertagas efter ”checklista”, se bilaga 7.

För en person med minnesstörning är det en stor påfrestning att bli inlagd på sjukhus. Detta kan resultera i konfusion/förvirringstillstånd. För att minska risken är det viktigt att miljön görs så lugn och tydlig som möjligt. För oss som personal är det viktigt att signalera lugn, trygghet och tydlighet.

Följ råden i bilaga 8, 9.

Utskrivning

Följ ordinarie rutiner men tänk särskilt på information till närstående. Rekommendera anhöriga att hämta patienten. Om taxiresa är nödvändig, informera extra tydligt sjukresor/taxi om vart personen ska och att han/hon ska följas in i hemmet.

Medicinska övervägande

- För stöd vid behandling använd ”[Fakta](#)”
- Rådgör vid behov med Minnesmottagningen i Eksjö
- Utred akuta förvirringstillstånd.
- MMSE-SR ska inte användas vid korta sjukhusvistelser i samband med akut sjukdom.
- Vid minnesstörning och förvirringstillstånd ska remiss skickas till demensteamet i primärvården. Vad som kan göras inom slutenvården är enligt basutredningen: datortomografi, blodprover och intervju med närstående.(bilaga 1. och [4](#))
- När en patient har ett utagerande beteende konsulteras Minnesmottagningen i Eksjö i första hand.

Minnesmottagningen, Medicin och geriatrik kliniken Eksjö

Vid Medicin och geriatrik kliniken finns en speciell minnesutredningsenhet. Här utförs ca 100 utredningar per år.

Remiss till minnesmottagning är främst motiverad vid följande tillstånd:

- Patienter yngre än ca 70 år.
- Patient med snabbt progredierande demenssymtom
- Atypiska symtom t.ex. påtaglig motorikstörning, personlighetsförändring, eller språkstörning
- Svåra beteendestörningar vid demenssjukdom eller vid misstänkt men odiagnosticerad demenssjukdom.

I följande fall kan vid behov geriatrisk specialistkompetens (minnesmottagning) konsulteras per telefon (första hand) eller remiss:

- Second opinion/bedömning avseende testresultat i oklara eller svårtolkade fall. (remiss kan komma att brev besvaras)
- Patient med subjektiv tidig minnessvikt som upplevs påverka vardagen/ADL utan tydliga utslag vid testning.
- Komplicerade sociala förhållanden i samband med demens.
- Frågan om körkort faller in under övriga patientansvarsfrågor som vilar på behandlande läkare. Vid behov av att konsultera föreslås en inledande telefonkontakt.

Remissinnehåll till specialistmottagning:

- Frågeställning
- Remissorsak
- Översiktlig anamnes
- Resultat av basal utredning

Lokal tillämpning

Vid oklarheter eller frågor kring remittering, kontakta gärna sjuksköterska på Minnesmottagningen i Eksjö 010-2436343 (internnummer).

Polikliniska utredningar

Utredningarna görs främst polikliniskt. Målsättningen är demenstypsspecifikation, kartläggning av hjärnskadeprofil, närstående/patientinformation och ställningstagande till eventuell behandling för demenssjukdomen och associerade tillstånd. Vapen, körkortsbedömning med mera

Utredningen (se även bilaga 1)

Minnesutredningen kan innefatta:

- Noggrann patient- och närståendeintervju (bilaga 4)
- Somatisk undersökning inklusive neurologstatus
- Komplettering lab-prover
- Kognitiv bedömning av sjuksköterska och/eller arbetsterapeut
- Lumbalpunktion. Bestämning blod-hjärnbarriärskada, proteinfraktionering, nivåer av demensmarkörer (Tau-protein, Fosfor Tau och Beta-amyloid) fastställs.
- MR (magnetrontgen)
- Regional blodflödesmätning
- Neuropsykologisk bedömning
- Bedömning av logoped
- Möjlighet att rådgöra med andra specialtläkare i länet för en s k second opinion finns.
- Möjlighet att remittera vidare till andra centra finns också.
- EEG

Nationellt kvalitetsregister Svedem

Kliniken registrerar personer med demenssjukdom i det nationella kvalitetsregistret Svedem, enligt de riktlinjer som finns för detta. För mer information

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

Närståendeutbildning

I samband med diagnos informeras patient och närstående om sjukdomen muntligt och skriftligt. Närstående erbjuds, att delta i "närståendeutbildning" (bilaga 5).

Vårdnivåbedömning

Utlåtande (bilaga 10, två sidor) angående diagnos och vårdbehov skickas till:

- Demensteam i hemkommunen.
- Vid önskemål även till patienten eller representant för patienten.

OBS. Patientens/närståendes medgivande krävs för att skicka detta utlåtande.

Uppföljning

Patienter som insätts på farmakologisk behandling följs upp på minnesmottagningen under dosjusteringsfasen.

Vid oklar diagnos, yngre patienter eller ovanliga demenssjukdomar sker uppföljning också på minnesmottagningen.

Återremittering

- Stabila patienter insatta på demensspecifika läkemedel återremitteras vanligen efter en första behandlingskontroll efter cirka 12 mån med uppgifter om utredningsresultat (inkl. körkortsbedömning) samt fortsatta rekommendationer om behandling och uppföljning.
- Patienter ej aktuella för läkemedelsbehandling kan ofta komma att återremitteras efter diagnos.

Hembesök/Telefonsamtal

Hembesök kan göras av demensspecialist och sjuksköterska i specifika fall.

BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom) är ett tillstånd, där det kan vara befogat att göra hembesök för medicininställning och rådgivning. Detta sker framför allt på konsultbasis.

Resursteam – ”Arga August”

Telefonkonferens – ett sätt att hitta en lösning för en person med utåtagerande beteende.

Om flera lösningar har föreslagits, prövats och utvärderats, kan telefonkonferens prövas.

Personer som finns nära den aktuella personen beskriver **situationen**. Primärvårdsläkaren,

kommunsköterskan tecknar en hälsohistorisk **bakgrund**. Psykiatriska kliniken bakjour,

minnesmottagningens läkare, med flera, reflekterar tillsammans om olika tolkningar och gör en

aktuell bedömning som sedan leder till en **rekommendation** som alla är överens om.

Kommunen

Många personer med demenssjukdom bor kvar i ordinärt boende under lång tid i sjukdomsutvecklingen. Det behövs då särskilt utvecklade hjälp- och stödinsatser som riktar sig till dem och deras närstående.

Enligt socialtjänstlagen är kommunen ansvarig för att personer med en demenssjukdom får ett meningsfullt liv. I varje kommun finns det handläggare som bedömer bistånd och i de flesta kommuner finns också en demenssjuksköterska. Dessa ingår i det lokala demensteamet.

Demensutredning

För patient inregistrerad som mottagare av hemsjukvård medverkar kommunal hälso- och sjukvårdspersonal i utredning genom bedömning av ADL och kognitiva funktioner samt närståendesamtal som en del i underlaget för primärvårdsläkarens medicinska bedömning/diagnossättning.

Kommunens stödinsatser

För att ta del av kommunens dagverksamhet och särskilda boende med inriktning demens krävs att personen har genomgått en utredning och har en demensdiagnos.

Demensutredningen görs av primärvården/minnesmottagningen och utlåtande lämnas till ansvarig handläggare/demenssjuksköterska. De ansvarar för att kontakter tas enligt uppgjorda riktlinjer för kommunen t.ex. med demensteamet efter att personen med demenssjukdom och/eller dennes närstående har givet samtycke.

Ansvarige biståndshandläggaren upprättar kontakt med personen med demenssjukdom och dennes närstående och informerar om vad kommunen kan erbjuda i form av hjälp och stöd för den enskilde och hans/hennes närstående/gode man. Kontakt upprättas även med kommunens demenssjuksköterska. Återkoppling erbjuds vid ett tillfälle eller kontinuerligt enligt önskemål. Ansökan om bistånd kommer från den enskilde. Ansvarig handläggare beslutar och beviljar insatser efter en individuell prövning och utifrån behov och önskemål från den enskilde och ofta i samråd med närstående/god man.

Exempel på stöd- och hjälp som kommunen bör erbjuda:

Närståendestöd
Hemtjänst
Hjälpmedel
Färdtjänst
Dagverksamhet
Avlösning i hemmet
Korttidsvård/växelvård
Särskilt boende

Närståendestöd

Den närstående bör erbjudas enskilda samtal, utbildning eller samtalsgrupper för att träffa andra i samma situation. Allt utifrån den enskilde närståendes behov och önskemål.

Det finns även ett nätbaserat närstående stöd, mer information finns hos kommunens anhörigstödjare. Till ung anhörig ges individuellt anpassat stöd.

Hemtjänst

Hjälp i hemmet kan bestå av t.ex. social samvaro/promenader, hjälp med personlig hygien, på- och avklädning, måltidshjälp, klädvård, inköp, städning m.m.

Hjälpmedel

Hjälpmedel som t.ex. timer för spisplattor, trygghetslarm m.m. kan underlätta och göra vardagen lättare och säkrare, finns att tillgå efter bedömning av behov.

Färdtjänst

Färdtjänst finns att tillgå efter bedömning av behov.

Dagverksamhet

Kommunen bör kunna erbjuda plats i dagverksamhet som är specifikt riktade till personer med demenssjukdom.

Dagverksamheten ger stöd och stimulans till den enskilde men fungerar samtidigt som avlösning för den närstående. Innehållet på dagverksamhet är ofta av social karaktär med naturliga och vardagliga aktiviteter som måltider, tidningsläsning, rörelseträning, sång och musik eller bara social gemenskap. Dagverksamhet kan beviljas en eller flera dagar i veckan och kombineras ofta med hemtjänst.

Avlösning i hemmet

När den enskilde kommit så långt i sin sjukdom att han/hon känner otrygghet av att vistas ensam i hemmet kan avlösning vara ett stöd. En person kommer då hem och är tillsammans med den enskilde medan den närstående ges möjlighet att komma ut och ägna sig åt egna aktiviteter.

Korttidsvård/växelvård

För att den enskilde ska kunna bo kvar hemma så länge som möjligt kan insatserna kompletteras med perioder av korttidsvård/växelvård. Förutom att denna vårdform ger närstående möjlighet till nödvändig vila måste vistelsen också vara meningsfull och ge stimulans för den enskilde.

Hemtjänst, dagverksamhet, avlösning i hemmet och korttidsvård/växelvård kombineras ofta.

Särskilt boende

När den enskildes behov av stöd, hjälp och trygghet inte kan tillgodoses med stödinsatser i hemmet bör kommunen erbjuda småskaligt särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom.

Kommunen bör förbereda flytt till särskilt boende i god tid, ge information, engagera närstående och ge möjlighet till platsbesök samt ta del av personens livshistoria.

Gruppboende för personer med demenssjukdom har speciell inriktning där verksamheten utgår från ett personcentrerat perspektiv. Boende miljön bör vara personligt utformad, berikad och hemlik. En lugn ljudmiljö bör säkerställas, färgsättning och utformning bör formis så att den underlättar möjligheten att orientera sig. Man bör också erbjuda en psykosocial miljö som kännetecknas av trygghet och tillgänglighet. Personen med demenssjukdom bör erbjudas utomhusvistelse och möjlighet till individuellt anpassade aktiviteter inklusive fysisk aktivitet. Målet är att skapa en meningsfull dag.

Kvarboendepincipen gäller i vissa fall inte på dessa boenden, det vill säga att personen kan få flytta till ett annat särskilt boende exempelvis när behovet av omvårdnad tar överhand.

All personal som arbetar med personer med demenssjukdom bör, enligt de nationella riktlinjerna;

- ge personen med demenssjukdom en personcentrerad omvårdnad.
- team-arbeta multiprofessionellt kring den enskilda personen.
- få möjlighet till utbildning som är långsiktig kombinerad med praktisk träning och handledning.
- minst årligen göra en social uppföljning av personen med demenssjukdom gällande: kognition, funktions - aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, ev. beteende förändringar och beviljade biståndsinsatser.
- utreda bakomliggande orsaker till BPSD och göra uppföljningar och utvärderingar av insatta åtgärder.
- regelbundet bedöma näringstillstånd, fallrisk, risk för trycksår
- regelbundet göra en strukturerad bedömning av munhälsa och ätproblem
- kontinuerligt observera och utvärdera hur personen upplever eventuella fysiska begränsningsåtgärder och personalen bör få utbildning och handledning för att minska dessa.
- bedöma behov av och kontinuerligt utvärdera välfärdsteknik.
- bedöma behov av kognitiva hjälpmedel och kontinuerligt utvärdera.
- få utbildning för ökad kompetens att identifiera, dokumentera och rapportera ev. vanvård i omsorgen av personen med demenssjukdom
- ge palliativvård enl. WHO:s rekommendationer.