

Demens: Vårdprocessprogram demens centrala länsdelen i Östergötland

Innehåll

Vårdnivå/remiss.....	2
Symptom	2
Diagnos och utredning	3
Differentialdiagnoser	5
Epidemiologi	5
Behandling	6
Uppföljning	6
Sjukskrivning.....	7
Kvalitetsindikatorer	8
Omvårdnad.....	9
Rehabilitering.....	9
Anhörigstöd	10
Samverkan.....	11
Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD)	12
Vård vid livets slut	13
Framtagande och godkännande.....	14
Länkar/hänvisningar.....	14

Syftet med vårdprocessprogrammet är att inom centrala länsdelen säkra en struktur för vård och omsorg för personer med demenssjukdom under hela sjukdomsförloppet. En väl sammanhållen vårdkedja mellan kommunerna och regionens enheter bör finnas.

Vårdprocessprogrammets fokus ligger på att säkerställa diagnostik och få till stånd en årlig uppföljning utifrån ett helhetsperspektiv. Det vänder sig till dem som i sitt arbete kommer i kontakt med personer som drabbats eller misstänks ha drabbats av demenssjukdom.

Se också Bilaga: [Flödesschema demensprocess centrala Östergötland](#).

Vårdnivå/remiss

De flesta basala demensutredningar kan med fördel genomföras inom primärvård/kommun. Ibland behövs en konsultremiss alternativt telefonkontakt med Minnesmottagningen, Medicinska och geriatriska akutvårdskliniken, US. Den basala utredningen ska som regel vara slutförd innan remiss skickas till Minnesmottagningen.

Exempel på situationer som motiverar en kontakt med Minnesmottagningen är:

- När den basala utredningen på vårdcentralen inte gett tillräcklig information för att ställa diagnos och/eller är svårvärderad.
- Om man vid konsultbesök från Minnesmottagningen kommit överens om remiss.
- Vid snabbt progredierande demenssymptom eller misstanke om ovanlig demenssjukdom.
- Yngre personer med misstänkt demenssjukdom (< 65 år).
- Vid behov av ytterligare hjälp (utöver basutredningsnivå) med körkortsbedömningar hos patienter med demenssjukdom.
- Vid svåra beteendemässiga och psykiska symptom till följd av demenssjukdom (BPSD).
Se även separat rubrik.

Symptom

Misstanken om kognitiv funktionsnedsättning kan uppstå utifrån subjektiva eller objektiva besvär med minnet. Detta kan påtalas av patienten själv, närstående eller vårdpersonal i kontakt med patienten. Majoriteten patienter har sin primära sjukvårdskontakt inom primärvården. Det är av största vikt att den beskrivna problematiken uppmärksammas samt tas på allvar. En demenssjukdom behöver inte alltid debutera med minnesbesvär. Symptomen kan också beskrivas i form av personlighetsförändring, humörsvängningar, initiativlöshet, svårigheter att hantera vardagsrutiner eller med en gradvis tendens till social isolering. Personen kan också få svårigheter att förstå eller uttrycka sig i ord och skrift samt att hitta i nya och/eller välbekanta omgivningar.

För att upptäcka tecken på försämrade funktioner hos vuxna och åldrande personer med utvecklingsstörning till exempel på grund av demenssjukdom, kan gärna strukturerat kartläggningsinstrument som "Tidiga tecken" användas som årlig rutin inom LSS-verksamheten för att fånga en förändring.

Demens

Demens är ett samlingsnamn för en rad symptom som orsakas av skador i hjärnan. Det kan yttra sig olika beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas.

I demensbegreppet ingår att störningen skall vara bestående och förvärvad. Det innebär en nedgång i intellektuell, känslomässig och praktisk kapacitet jämfört med hur personen varit tidigare.

För att ställa demensdiagnos krävs även, under minst 6 månaders tid, en nedgång av minne och intellektuella funktioner på ett sätt som medför tydliga problem i de dagliga aktiviteterna. Nedsättningen ska inte enbart uppträda i samband med konfusion.

Lindrig kognitiv störning

Diagnosen lindrig kognitiv störning (MCI, eg Mild Cognitive Impairment) används för att beskriva en symptombild i gränsland mellan normal hjärnfunktion och demenssjukdom. Termen säger inget om orsaken till besvären.

Symptomen utgörs ofta av försämrad minnesfunktion, inlärningssvårigheter, koncentrationssvårigheter samt uttalad psykisk uttrötthet. Lindrig kognitiv störning är vanligt bland äldre. Ibland kan nedsättningen kopplas till somatisk problematik, känd hjärnskada eller depression.

Symptomen kan utgöra en del i en tidig fas av en demenssjukdom. Det är därför viktigt med uppföljning efter individuell bedömning.

För mer utförlig information om de olika demenssjukdomarna (Länk: [Svenskt Demenscentrum - Fakta om demenssjukdomar](#)).

Diagnos och utredning

Läkare leder demensutredningen och sätter diagnos. Diagnostiken utgår från en sammanvägd bedömning av olika undersökningar och bedömningar av flera yrkeskompetenser. Det multiprofessionella teamet verkar både i utredningsdelen och i utformningen/initieringen av vård- och omsorgsinsatser. Dessa processer löper i och ibland parallellt med varandra. I teamet ingår läkare, sjuksköterska och arbetsterapeut. Andra yrkeskategorier kan utgöra viktiga resurser i teamet.

Basal demensutredning

Basal demensutredning utförs oftast i primärvården. Den basala utredningen syftar till att fastställa:

- Om en person har en demenssjukdom eller om det finns andra bakomliggande orsaker till de kognitiva symptomen.
- Vilken typ av demenssjukdom det rör sig om.
- Vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad man kan göra för att kompensera för dessa.
- Identifiera personer som är i behov av en fortsatt utvidgad demensutredning.

Innehåll basal demensutredning

Inom Region Östergötland (RÖ) finns ett medicinskt vårdprogram med riktlinjer för vad som ingår i en basal demensutredning (Länk: [Vårdprogram för basal demensutredning – Östergötland](#)).

Kortfattat bör en basal utredning innehålla:

(Se Bilaga: [Utredningsgång basal demensutredning primärvård/kommun](#)).

- Läkarbesök för anamnes, somatiskt och psykiskt status.
- Läkemedelsgenomgång.
- EKG.
- Blodprover.
- Remiss för DT huvud.
- Remiss i Cosmic skickas till kommunens ”demensutredningsteam” (sjuksköterska och arbetsterapeut) som extern pappersremiss.
- Remissbekräftelse på mottagen remiss skickas från kommunen till RÖ.

- Vidare teamutredning (sjuksköterska, arbetsterapeut) för:
 - kompletterande anamnes från patient och närstående om sociala förhållanden och omvårdnadsbehov.
 - anamnes gällande kognitiv förmåga med stöd av symptomenkät.
 - kognitiv testning och bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga
 - värdera behov av omvårdnads-/stöd-/aktivitetsinsatser.(Bilagor: [Kognitiv utredning arbetsterapeut i kommunens demensutredningsteam](#), [Checklista för demenssjuksköterska](#)), (Länk: [Symptomenkät](#))
- Läkare sammanfattar och värderar utredningens delar. Vid behov övervägs remiss till Minnesmottagningen, US, för utvidgad demensutredning. På de vårdcentraler som har konsultrond med Minnesmottagningen kan handläggning och diagnostik diskuteras vid de tillfällena. Ansvarig läkare sammanfattar och informerar patient och anhöriga om resultatet av utredningen samt eventuell diagnos, vid ett återbesök. Ibland visar utredningen att det finns en lindrig kognitiv störning (MCI, se tidigare avsnitt lindrig kognitiv störning). Uppföljning får i dessa fall ske efter en individuell bedömning.

Vid en nydiagnostiserad demenssjukdom ska teamet:

- Tillgodose att patient och närstående får muntlig och skriftlig information om demenssjukdomen (läkare).
(Länk: [Patientinformation demenssjukdomar](#))
- Ta ställning till eventuellt vapen- och/eller körkortsinnehav (läkare).
- Överväga behandling med demensläkemedel såsom kolinesterashämmare och/eller memantin (läkare). Eventuella biverkningar samt fortsatt upptitrering av läkemedlet bör följas upp av läkare eller sjuksköterska 3-4 veckor efter insättning. Effektvärdering bör ske efter sex månader samt därefter vid den årliga uppföljningen.
- I förekommande fall behandla kardiovaskulära riskfaktorer (läkare).
- Bedöma behov av omsorg/omvårdnad och stöd. Finns behov av ytterligare hjälpinsatser runt patienten? Behov av medicinsk vårdplan eller samordnad individuell planering (SIP)? Dagliga aktivitetsinsatser? Avlastning för anhöriga? (Sjuksköterska, arbetsterapeut, läkare). Se även rubrik uppföljning.
- Tillgodose att patienten får en uppföljning efter 6 månader samt därefter årligen inklusive läkemedelsgenomgång (sjuksköterska, läkare).
- Vid behov återaktualisera patienten till arbetsterapeut för till exempel hjälpmedelsstöd, ytterligare funktionsvärdering eller rådgivning till patient och/eller anhörig (läkare, sjuksköterska).
- Erbjudna närståendebildning (sjuksköterska).
- Informera om och utfärda tandvårdsintyg (sjuksköterska).
- Informera muntligt och skriftligt om registrering i kvalitetsregister SveDem (läkare). (Se ansvarsfördelning registrering SveDem i bilaga "Utredningsgång basal demensutredning primärvård/kommuner").

Utvidgad utredning

I de fall där den basala utredningen inte gett tillräcklig information för att ställa diagnos eller är svårvärderad för utredande läkare, bör kontakt tas med specialistklinik. Det kan också behövas vid behov av anpassad utredning till exempel vid Downs syndrom. Ibland kan det vara tillräckligt med diskussion med demenskonsult som kommer till vårdcentralen/eller per telefon, alternativt skickas remiss till Minnesmottagningen, US.

Som regel bör den basala utredningen vara slutförd före remiss.

De patienter som i första hand har behov av utvidgad demensutredning/bedömning på Minnesmottagningen är:

- Komplicerade diagnostiska och terapeutiska problem vid misstänkt/verifierat demenstillstånd.
- Misstanke om ovanlig demenssjukdom, atypiska symptom.
- Yngre personer med demenssymptom (under 65 år).
- Personer med snabbt progredierande demenssymptom.

Målet med den utvidgade demensutredningen är att kunna ställa diagnos och anpassa behandling och andra insatser utifrån den. Utredningen ökar möjligheten att identifiera om, och i så fall vilken demenssjukdom som föreligger, vilket har betydelse för medicinsk behandling och omhändertagande. Annan orsak till kognitiv svikt än demenssjukdom kan eventuellt identifieras alternativt uteslutas.

Innehåll utvidgad demensutredning

Bedöms individuellt, utifrån vad som framkommit i den basala demensutredningen.

Den utvidgade utredningen kan innehålla följande:

- Fördjupad anamnes.
- Utvidgad neuropsykologisk testning.
- Fördjupad funktionsbedömning.
- Lumbalpunktion för analys av ryggmärgsvätska (biomarkörer, inflammations-/infektionsparametrar).
- Strukturell hjärnavbildning med magnetröntgen (MRT).
- Funktionell avbildning av hjärnan med FDG-PET och hjärnscintigrafi (DaTScan).
- EEG.

Differentialdiagnoser

Kognitiva symptom kan orsakas av andra sjukdomar än demenssjukdom. Det finns således starka skäl att göra en noggrann utredning, för att utesluta annan behandlingsbar sjukdom, eller i alla fall delorsak till problematiken. Exempel på sådana tillstånd är hyperkalcemi, alkoholmissbruk, subduralhematom, normaltryckshydrocefalus, hjärntumör och depression. Läkemedelsbiverkan är en annan orsak och kan föreligga även vid terapeutisk dos. För mer fullständig sammanställning se (Bilaga: [Översikt andra sjukdomar och tillstånd som kan ge kognitiva symtom](#)).

Epidemiologi

Demens utgör en av de stora folksjukdomarna. De vanligaste demenssjukdomarna utgörs av Alzheimers sjukdom, Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada (s k blanddemens) och vaskulär demens. Mindre vanliga är Lewy Body demens och frontallobsdemens.

Prevalensen av demenssjukdom ökar med stigande ålder och drabbar mellan 5-10 % i befolkningen som är äldre än 65 år. I takt med att andelen äldre i befolkningen stiger ökar antalet personer med demenssjukdom. Betydelsen av tidig prevention avseende rökning och hypertoni har stark evidens både avseende Alzheimers sjukdom samt vaskulär demens. Andra riskfaktorer för att utveckla kognitiv nedsättning är metabola syndromet, hjärtkärlsjukdom och diabetessjukdom. Demenssjukdom kan också uppstå som ett led i andra neurologiska sjukdomar såsom Parkinsons sjukdom. Sekundära former av demens kan utvecklas som en följd av hydrocefalus eller alkoholmissbruk.

Skyddande faktorer ses i hög utbildningsgrad samt i socialt och aktivt liv. Fysisk aktivitet i medelåldern är positivt kopplat till riskfaktorer inom metabola syndromet.

Behandling

Under denna rubrik beskrivs läkemedelsbehandling. Behandlande insatser i ett vidare perspektiv beskrivs under rubrikerna uppföljning, omvårdnad och rehabilitering.

Under demensutredning och vid demensdiagnos, bör läkemedelslistan granskas kritiskt gällande läkemedel som kan försämra kognitiv förmåga. Kvarstår indikationen för läkemedlet? Läkemedelsgranskning behövs även för att undvika problem vid nyinsättning av läkemedel, till exempel acetylkolinesterashämmare.

Behandling med acetylkolinesterashämmare och memantin (så kallade demensläkemedel) är en symptomatisk behandling och påverkar inte själva sjukdomsprocessen. Behandlingen kan ha viss effekt på kognition och allmän daglig livsföring så att för patienten viktiga funktioner bibehålls bättre över tid.

Observera att kroppslig sjukdom som t ex infektioner och förstoppning, liksom psykisk belastning, kan försämra symptomen vid demens. Sjukdomsförloppet måste följas och effekten av läkemedel kontinuerligt utvärderas. Detta gäller oavsett demenstyp och gäller alla typer av insatta läkemedel.

Ett stort antal läkemedel kan förvärra demenssymptomen p g a att de utlöser konfusion. För översikt farmakologisk behandling se (Bilaga: [Översikt farmakologisk behandling vid demenssjukdomar](#))

Uppföljning

Regelbunden minst årlig uppföljning gäller både personer som bor i ordinärt och särskilt boende. Patienten med nyinsatt demensläkemedel bör följas upp efter 3-4 veckor utifrån eventuella biverkningar samt dositering. Även för de patienter som inte fått insatt medicinsk behandling bör en avstämning göras efter en månad för att fånga upp frågor och funderingar hos patienten och/eller närstående. Uppföljning för samtliga patienter med demensdiagnos ska ske inom 6 månader efter diagnostillfället, sedan årligen.

Demenssjukdomen leder till att personens funktionsförmåga förändras över tid. Enligt Socialstyrelsen (Nationella riktlinjer) bör den årliga uppföljningen ha ett helhetsperspektiv och göras av både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Den innefattar uppföljning av

allmäntillstånd, läkemedelsbehandling, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndståndsinsatser. En samordnad individuell plan (SIP) kan vara ett verktyg för hälso- och sjukvården och socialtjänsten vid uppföljning av individuellt anpassade stödinsatser.

Personcentrerad vård och omsorg bygger på ett multiprofessionellt och teambaserat arbete vilket kan tillgodoses med återkommande teamträffar (både inom en huvudman samt gemensamt mellan huvudmännen). Syftet är att skapa kontinuitet i vården och omsorgen samt att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv (SoS Nationella riktlinjer).

Årlig uppföljning ordinärt boende hälso- och sjukvård och kommunal omsorg

- Minst en årlig uppföljning för patient och närstående görs utifrån ett helhetsperspektiv det vill säga både hälso- och sjukvården samt den kommunala omsorgen involveras.
- Sjuksköterskan planerar uppföljning i samråd med patientansvarig läkare. Se checklista nedan. Beroende på hur respektive kommun ordnat det följer hon/han också upp omsorg och andra stödinsatser, alternativt samverkar med annan enhet i kommunen som har det uppdraget.
(Bilaga: [Checklista för demenssjuksköterska vid nybesök/årsuppföljning i ordinärt boende](#)).
- Planerade teammöten, där läkare, sjuksköterska och arbetsterapeut deltar bör hållas regelbundet på varje vårdcentral. Kontakter däremellan via telefon eller andra lokala rutiner.
- Informationsöverföring till/från berörd hemtjänst och till personal inom demensarbetslag (DAL).

Årlig uppföljning särskilt boende (SÄBO)

För personer med demenssjukdom boende i särskilt boende är den årliga uppföljningen av demenssjukdomen ofta en del i årskontroll med fördjupad läkemedelsgenomgång. Nyckelpersoner i uppföljningen är ofta kontaktperson, ansvarig sköterska samt ansvarig läkare på boendet. Som stöd för sköterskans arbete i den årliga uppföljningen se: (Bilaga: [Årlig uppföljning i SÄBO av personer med demenssjukdom](#)).

Sjukskrivning

En del personer som genomgår demensutredning och får demensdiagnos eller MCI-diagnos (mild kognitiv störning) är i arbetsför ålder. Anpassning av arbetsuppgifter, eller att på ett värdigt sätt avveckla arbetet, är en viktig uppgift för vården i samarbete med arbetsgivaren och Försäkringskassan.

Sjukvården har en roll som sakkunnig i demenssjukdom gentemot arbetsgivare och Försäkringskassan. Beskrivning av sjukdomens konsekvenser på individnivå, på

arbetsplatsen och deltagande i rehabiliteringsmöten är en del i detta. Ibland behövs också samverkan med företagshälsovård.

Hel- eller deltidssjukskrivning kan behövas under utredningen och/eller efter genomförd utredning. Ibland kan ändrade arbetsuppgifter eller minskad arbetstid göra att man kan fortsätta arbeta ännu en tid.

Vid demenssymptom hos yngre personer (<65 år) kopplas specialistvården in.

Kvalitetsindikatorer

Svenska Demensregistret – SveDem

Syftet med SveDem är att förbättra kvaliteten i demensvården och målet är en likvärdig och optimal behandling av patienter med demenssjukdom. För att stödja verksamhetsutveckling lägger SveDem särskild vikt vid att följa kvalitetsindikatorerna i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Registret ger möjlighet att följa kvalitetsindikatorer och variabler över tid samt ta fram statistik på lokal, regional och nationell nivå. Registrering i SveDem är ett gemensamt och delat ansvar mellan regionen och kommunerna. Registret kan också användas som stöd vid diagnosbesök och uppföljning.

Vårdcentralen är ansvarig registrerande enhet för personer med demensdiagnos i eget boende. Kommunen är registrerande enhet för personer på SÄBO.

- Vårdcentralen gör första registreringen vid en nysatt demensdiagnos
- Demenssjuksköterska i kommunen registrerar uppföljningarna i ordinärt boende (VC-inlogg)
- Sjuksköterska SÄBO bör registrera årlig uppföljning i KommunSveDem (SÄBO-modul) samt BPSD register.

Kompletterande information inhämtas med fördel via läsrätt i Panorama/NPÖ eller via kontakt med ansvarig läkare.

(Länk: [Svenska Demensregistret \(SveDem\)](#)).

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)

Under sin sjukdomstid får nästan alla personer med demenssjukdom problem med till exempel nedstämdhet, aggressivitet, oro, hallucinationer och sömnstörningar. Kvalitetsregistret används i huvudsak på särskilda boenden i kommunen och är en god hjälp för att systematisera arbetssättet vid svåra symptom och åtgärda orsakerna för den enskilda personen.

(Länk: [BPSD-registret](#)).

Omvårdnad

All vård och omsorg för personer med demenssjukdom ska bygga på ett personcentrerat förhållningssätt. Personcentrerad vård kan beskrivas som vård som synliggör hela personen och strävar efter att förstå och respektera vad som är bäst för individen ur hans/hennes perspektiv. Detta gäller från tidig sjukdom till vård vid livets slut.

Vid lindrig sjukdom handlar omvårdnaden om stöd och hjälp med copingstrategier. När omvårdnadsbehovet ökar kan det bli aktuellt med bistånd i form av dagverksamhet, hemtjänst, korttidsplats och demensboende. Fokus i omvårdnaden ska ligga på det friska hos individen och bristerna kompenseras.

För att planera och genomföra en personcentrerad vård behövs en kartläggning och analys göras av demensgrad, funktionsförmåga, kroppsliga, psykiska och existentiella behov. Vårdgivaren bör ha kunskap om och utgå från personens önskemål och livsberättelse. Grunden i personcentrerad omvårdnad är relationen och förutsätter kontinuitet i vård- och omsorgskontakterna.

Åtgärder för att bibehålla funktionsnivå, bidra till symptomkontroll samt erbjuda stöd till och samverka med närstående är förutsättningar för god vård. Balans mellan omgivningens krav och personens förmåga är avgörande för ett gott välbefinnande. Bemötande, miljö och anpassade aktiviteter spelar stor roll.

Ytterligare exempel på områden som bör följas och där förebyggande insatser kan göras är:

- nutrition/vikt
- munhälsa
- syn och hörsel
- nattsömn/vila
- urininkontinens
- risk för förstoppning
- smärta
- fall
- risk för trycksår

Rehabilitering

Målet med rehabilitering är att personer med demenssjukdom skall ha stöd i att bibehålla funktioner, ha en god livskvalitet och meningsfull sysselsättning utifrån sina intressen och vanor. Detta kan uppnås genom:

- Vardagssysslor i det egna hemmet eller vardagsrehabilitering i särskilt boende.
- Individanpassade aktiviteter som kan motverka passivitet och stärka självkänslan, stimulera sinnen, ge dagen struktur och innehåll.
- Fysisk aktivitet, rörelseminnet är det minne som påverkas minst vid demenssjukdomar.
- Teknikstöd, hjälpmedel och strategier kan möjliggöra aktivitet samt skapa trygghet. Översyn av situationen bör ske kontinuerligt då behovet förändras när demenssjukdomen progredierar.
- Etiska aspekter bör beaktas exempelvis vid kolliderande perspektiv när det gäller teknik och säkerhet. Utgångspunkten bör vara behov hos personen med demenssjukdom.

För personer med demenssjukdom i ordinärt boende

I samband med den årliga uppföljningen eller vid behov kan det vara aktuellt med aktivitetsbedömning av arbetsterapeut.

- Hur ser en dag ut?
- Patientens resurser och begränsningar
- Aktiviteter patienten slutat med, undviker eller gör på annat sätt
- Patientens möjlighet att delta i aktiviteter
- Vardagsteknologi
- Säkerhet

Kartläggningen kan leda fram till olika åtgärder, exempelvis:

- Rådgivning
- Information och handledning
- Kognitiva och övriga hjälpmedel/egenvårdsprodukter
- Behov av bedömning och insats av fysioterapeut
- Egna anpassningar i bostaden
- Större bostadsanpassningar
- Stödinsatser

För personer med demenssjukdom i särskilt boende

Kontaktman eller sjuksköterska på boendet kontaktar arbetsterapeut och/eller sjukgymnast inom den enhet som har rehabiliteringsuppdraget för boendet.

Åtgärderna i särskilt boende utgår oftast från vardagsrehabilitering och utförs av personal på boendet. Handledning och utbildning ges av arbetsterapeut och sjukgymnast.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är gynnsamt för personer med demenssjukdom och har flera kroppsliga och psykiska goda effekter. Oro, aggressivitet och vandringstendens kan lindras vilket i sin tur kan minska behovet av lugnande läkemedel.

Råd om fysisk aktivitet till personer med demenssjukdom bör följa råden för friska äldre, det vill säga regelbunden träning av kondition, styrka, rörlighet och balans. Fysisk aktivitet kan ordinerars via FaR (Fysik aktivitet på Recept)

Läs om demens i FYSS (Länk: [FYSS - avsnitt om demens](#)).

Anhörigstöd

När en person insjuknar i en demenssjukdom påverkas flera i omgivningen. Information och samverkan med anhöriga bör påbörjas redan i samband med utredning och fortsätta under hela sjukdomsförloppet. Stödinsatser förväntas ha positiv effekt på de anhörigas hälsa genom exempelvis minskad depression, stress och ohälsa.

Anhörigas kunskap och kännedom om personen, förändringar över tid och skattning av symptom är ett viktigt underlag för professionens bedömningar och planeringar. Denna delaktighet ger ofta ökad kunskap och förståelse hos anhöriga och kan på det sättet utgöra ett stöd för dem i att hantera problem som uppstår. I många fall är anhöriga de enda vårdarna av den sjuke i flera år.

Ett individuellt och flexibelt anpassat stöd för enskilda eller familjer bör kunna erbjudas i olika skeden av sjukdomen. Exempel på stöd är att få kunskap om symptom och bemötande, möjlighet att samtala om familjens förändrade situation och framtid samt få information om samhällets hjälpmöjligheter.

Oavsett var utredningen sker i centrala länsdelen, har anhöriga möjlighet att delta i utbildning vid Minnesmottagningen, US. (Länk: [Inbjudan till anhöriginformation](#)).

I vissa kommuner finns sedan möjlighet att delta i olika stödverksamheter och samtalsgrupper för anhöriga.

Kommunen sörjer för anhörigstöd och är enligt Socialtjänstlagen skyldig att underlätta för den som vårdar eller stödjer en person som är långvarigt sjuk. Anhörigsamordnare/konsulenter finns i alla kommuner inom länsdelen. Dagverksamhet och växelvård är exempel på praktiska stödsatser när personen med demenssjukdom bor i ordinärt boende.

Samverkan

Samverkan mellan Primärvård och Minnesmottagningen US

Demenskonsult

Målsättningen är utbyggd konsultverksamhet på samtliga vårdcentraler inom centrala länsdelen. Utformning och frekvens kan se olika ut, beroende på önskemål och lokala förutsättningar. Samverkan sker via konsultbesök av läkare och sjuksköterska från Minnesmottagningen, US. På konsultmötena bör förutom patientansvarig läkare även demenssjuksköterska och arbetsterapeut från kommunens demensutredningsteam delta.

Besöken syftar till:

- Stöd i diagnostik och behandling i enskilda patientärenden.
- Stöd i vilka patienter som ska remitteras till Minnesmottagningen.
- Samsyn och lärande inom och mellan enheterna.
- Möjlighet till fördjupad diskussion inom specifikt demensområde.

Telefonkontakt med konsultläkare/sjuksköterska tas vid behov mellan ordinarie träffar.

Nätverk demensansvariga sjuksköterskor/arbetsterapeuter

Nätverkskontakter mellan demensansvariga sjuksköterskor, arbetsterapeuter i kommunen och regionens enheter bör hållas. Syftet är att utbyta erfarenheter, fortbildning och implementering av nya arbetssätt.

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunal omsorg

Överföring information

Demensansvarig sjuksköterska i utredningsteamet i kommunen bistår patient/närstående med att förmedla kontakt med biståndshandläggare och andra stödfunktioner inom respektive kommun. Sjuksköterskan bör ha ett nära samarbete och ett utvecklat kontaktnät med de aktörer inom omsorgen som kan komma ifråga.

Läkare på vårdcentralen återkopplar till demensansvarig sjuksköterska i kommunteamet efter demensdiagnos. Remiss (en gång) skickas för uppföljning som görs 6 månader efter diagnos och sedan minst årligen. Sjuksköterska sätter upp patienten på väntelista för uppföljning. Snar kontakt behövs för att informera om möjliga kommunala stöd- och omsorgsinsatser samt tandvårdskort. Kontakt kan även tas vid behov däremellan. Återkommande återkoppling av olika uppföljningsinsatser mellan huvudmännen är viktig för att åstadkomma en sammanhållen uppföljning. En väl etablerad kontakt som fungerar över tid innebär ett gott stöd för patient och närstående. Detta kan hjälpa till att upprätthålla hälsan och förebygga problem när sjukdomen fortskrider och behoven förändras.

Gällande patienter som får demensdiagnos på Minnesmottagningen, överrapporterar sjuksköterska på mottagningen till demensansvarig sjuksköterska i kommunen för information om omsorgsinsatser.

Anhörigutbildning

Anhörigutbildning anordnas av Minnesmottagningen regelbundet. Närstående till personer som utretts och fått demensdiagnos inom centrala länsdelen har möjlighet att anmäla sig. Samverkan sker med kommunerna till exempel genom kommunala demensteam och Anhörigcenter i Linköping

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD)

Definition

BPSD är ett samlingsnamn för vanliga icke-kognitiva symptom vid demens.

BPSD uppdelas i:

- Affektiva symptom: Depression, mani/hypomani, ångest/oro, irritabilitet.
- Psykossymptom: Hallucinationer, vanföreställningar, felaktig identifiering.
- Hyperaktivitet: Verbal och fysisk aggressivitet, vandrings- och ropbeteende samt sömnstörning.
- Apati: Initiativlöshet, tillbakadragenhet, förlust av intressen.

90 procent av alla med demenssjukdom utvecklar någon gång BPSD. Symptomen orsakar mycket lidande för patient och omgivning.

Ett systematiskt arbetssätt, teamsamverkan samt samverkan mellan hälso- och sjukvård samt omsorg behövs som tidigare är beskrivet i processprogrammet.

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att icke-farmakologiska åtgärder ska vara förstahandsåtgärder. Detta innebär personcentrerad omvårdnad inklusive anpassad miljö och bemötande.

Rekommendationer

1. Utredning och kartläggning av symptom, tänkbara orsaker, utlösande moment samt eventuellt pålagrade psykiska och kroppsliga sjukdomar.
2. Översyn av farmakologisk behandling, överväg utsättning.
3. Optimera vårdmiljö och bemötande; tillfredsställande av individens basala behov såsom mat, dryck, sömn, trygghet, aktivitet och stimulans samt skötsel av basala kroppsliga behov.

För patienter i eget boende: Utbildning/information till patient, anhöriga respektive andra vårdgivare såsom hemtjänst där demenssköterska/motsvarande spelar en central roll. Coping-stöd för både patient och anhöriga. Avlastning för anhängvårdare.

För patienter i särskilt boende: Utbildning/information/patientrelaterad handledning till personalen. Speciellt viktigt är en god miljö, tillräcklig personaltäthet och anhörigas medverkan.

4. Vid otillräcklig effekt ställningstagande till farmakologisk behandling.
(Länk: [Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation vid BPSD](#)).

Svenskt BPSD-register kan användas som ett praktiskt verktyg för att skatta och åtgärda BPSD på särskilt boende.

Vid svår BPSD problematik, kan patienter aktualiseras till BPSD-team i kommunen eller Mobila demensteamet (för närvarande enbart SÄBO i Linköping).
(Länk: [Checklista vid BPSD](#)).

Vård vid livets slut

För personer som får en demenssjukdom innebär det oftast att livslängden förkortas och att livskvaliteten sänks. Vården bör präglas av ett palliativt synsätt och en medicinsk vårdplan ska finnas.

Mot slutet av demenssjukdomen är symptomen ytterligare förstärkta och personen har stora svårigheter att tolka och reagera på omgivningen. Även kroppsegna signaler som hunger och törst blir mindre uttalade och kroppen tynar bort. Smärta, lunginflammation, ångest och andnöd är vanligt vid livets slut.

Den palliativa vården sker enligt samma grundprinciper som vid behandling av andra personer vid livets slut. Personer med demens dör ofta på särskilda boenden. Det är särskilt viktigt att vårdpersonalen har kompetens och erfarenhet av att vårda personer med demenssjukdom samt har en god kännedom om individen, då en tolkning av uttryck är det kommunikationsmedel som är tillgängligt.

En förutsättning för god palliativ vård är att vårdplan finns och brytpunktsbedömning görs.

(Länk: [Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2016](#)).

(Länk: [Nationellt kunskapsstöd 2013. Palliativ vård.](#)).

Framtagande och godkännande

Framtagen av: Revisionsansvariga: Catarina Hjelm, Öl, Medicinska och geriatriska akutkliniken US, Anna Segernäs Kvitting, Specialist i allmänmedicin PVC

Godkänd av: Rolf Östlund, produktionsenhetschef, NSC och Mara Kosovic, produktionsenhetschef, PVC, 2019-11-24

Vårdprocessprogrammet är förankrat i strategisk styrgrupp LGVO (centrala distriktet), beslut 2019-01-23

Arbetsgruppen som tagit fram vårdprocessprogrammet, ursprungligen publicerat mars 2013:

Anita Källman, sjuksköterska/vårdprocessledare, Minnesmottagningen, f d Geriatriska kliniken, US

Anna Segernäs Kvitting, specialist i allmänmedicin, VC Ekholmen

Barbro Waara, arbetsterapeut, Rörelse och Hälsa

Bertha Ragnarsdottir, kurator, Linköpings kommun

Catarina Hjelm, överläkare, Minnesmottagningen, f d Geriatriska kliniken, US

Jan-Åke Karlsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Åtvidabergs kommun

Margareta Ohlson Ström, distriktssköterska, Kisa vårdcentral

I samband med revidering av programmet 2014 och 2018-2019 deltog ytterligare medarbetare från kommun och region som referenspersoner.

Länkar/hänvisningar

[Vårdprogram för basal demensutredning - Östergötland](#)

[Svenskt demenscentrum](#)

[Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2017](#)

[Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre SoS](#)

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation vid BPSD](#)

[FYSS](#)

[Svenska Demensregistret, SveDem](#)

[Svenskt BPSD-register](#)

[Rekommenderade läkemedel i Östergötland](#)

[Äldrekort, Region Östergötland](#)

Revisionshistorik:

2013-03-01 Första publikation

2013-12-16 Giltighetstiden förlängd

2014-03-10 Reviderad efter hemsjukvårdsreformen

2016-01-19 Förlängt efter godkännande från Henrich Wilander

2016-07-04 Förlängt samt justering av namn under rubriken Godkänd av

2019-11-25 Reviderad enligt reviderade Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (dec 2017). Tydliggörande av process och samverkan kommuner/RÖ efter hemsjukvårdsreformen (2014)