



Rubrik specificerande dokument	Omfattar område/verksamhet/enhet	
<b>RIKTLINJER</b>	<b>Hälso- och sjukvård</b>	Sidan 1 av 23
Upprättad av (arbetsgrupp alt. namn, befattning)	Beslutande organ	Gäller från datum
Arbetsgrupp med representanter från Landstinget och kommunerna i Örebro län Ansvarig: Nils-Olof Hagnelius	Vilgotgruppen	2012-05-11
Ansvarig för revidering (arbetsgrupp alt. namn, befattning)	Version nr	Reviderad datum
Gränssnittsgruppen	1	

## Vård och omsorg vid demenssjukdom i Örebro län

# Innehåll

Vård- och omsorg vid demenssjukdom i Örebro län .....	1
Innehåll .....	2
Inledning .....	3
Inventering - nuläge .....	3
Nationella riktlinjer .....	6
Värdegrund och etik .....	6
Samverkan .....	7
Multiprofessionellt teambaserat arbete .....	8
Tidig social utredning och regelbunden uppföljning .....	9
Omvårdnad och omsorg .....	10
Dagliga aktiviteter .....	12
Medicintekniska produkter/hjälpmedel .....	13
Skydds- och begränsningsåtgärder .....	13
Åtgärder och utredning vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom samt konfusion.....	14
Läkemedelsbehandling för personer med demens .....	15
Utbildning och handledning .....	16
Stöd till anhöriga.....	16
Stöd i hemmet .....	17
Dagverksamhet .....	17
Särskilt boende.....	18
Kvalitetsindikatorer .....	19
Våra rekommenderade kvalitetsindikatorer .....	20
Utvecklingsområden .....	20
Litteratur och länkar.....	21

## Bilaga 1

Exempel på förhållningssätt i omvårdnaden av personer med demenssjukdom

## Inledning

Vårdriktlinjer för utredning, vård och behandling vid demenssjukdom (SPUNK) har funnits i Örebro län sedan många år. Utvecklingen inom detta område har emellertid gått fort och i och med att nya nationella riktlinjer för demenssjukdom publicerats under 2010 finns behov av att revidera de regionala riktlinjerna. De nationella riktlinjerna syftar bl.a. till att ge underlag till beslutsfattare för styrning och ledning av kommunernas och landstingens vård och omsorg, ge stöd till personal vid omsorg om personer med demenssjukdom för att ge en god vård och omsorg samt att ge underlag för lokala och regionala vårdprogram.

Under hösten 2010 har ett landstingsinternt arbete genomförts och ett *"Primärvårdsprogram för basal handläggning av kognitiva symtom"* har tagits fram. Detta program [SPUNK-III LE](#) omfattar landstingets ansvar angående utredning, diagnos och behandling. Programmet innehåller bl.a. en checklista för åtgärder för en komplett utredning, läkemedelsbehandling, uppföljning och utvärdering.

Samhällets kostnader för personer med demenssjukdom<sup>1</sup> bedöms vara ca 50 miljarder kronor och kostnaderna som kan hänföras till enbart demenssjukdomar skattas till 35–38 miljarder kr. För Örebro län innebär det en samhällskostnad på ca 1,6 Mdkr/år. Ett nära samarbete mellan huvudmännen är viktigt för att ge personer med demenssjukdom tillgång till vård och omsorg av god kvalitet.

## Uppdrag

Vilgotgruppen gav enligt beslut 2010-11-12 i uppdrag att uppdatera formerna för samverkan mellan landstinget och kommunerna kring diagnostik, vård och behandling av demenssjuka patienter. Uppdraget innebar att ta fram ett nytt omvårdnadsprogram för demenssjukdom i Örebro län. En arbetsgrupp inrättades under Gränssnittsgruppen med följande personer:

Nils-Olof Hagnelius, Geriatriska kliniken, USÖ, sammankallande

Sven Röstlund, Nora vårdcentral, primärvården, ÖLL

Christina Irdell Evetun, Askersunds kommun

Britten Uhlin, Örebro kommun

Lisa Kihl, Karlskoga kommun

Christina Löf, Demenscentrum, Örebro kommun

Margareta Hansson, Regionförbundet Örebro län

Tidigare omvårdnadsprogram (SPUNK II) har uppdaterats med dessa riktlinjer. Fokus är utifrån de nationella riktlinjerna, ett personcentrerat förhållningssätt och multiprofessionellt teambaserat arbete samt utbildning, praktisk träning, handledning av personalen. Ledarskapet inom omvårdnaden är också en viktig förutsättning för att skapa god vård och omsorg.

## Inventering - nuläge

Som ett underlag för riktlinjerna har en inventering gjorts i Örebro län av befintliga resurser inom kommunal vård och omsorg för demenssjuka samt inom landstinget.

---

<sup>1</sup> Wimo A. (2007) *"Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005"*. Socialstyrelsen.

## **Kommunerna**

Särskilda boenden finns i alla kommuner och dagverksamhet/dagvård riktad till personer med demenssjukdom i alla utom en. Formerna för dagvården och utifrån vilket lagrum man beviljar varierar.

Hälften av länets kommuner har ingen differentierad inriktning. För den andra hälften varierar det med särskilda enheter för t.ex. yngre med demenssjukdom och BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom).

Olika nivåer på boendena finns för lättare och måttlig demens. Vissa kommuner har personal med spetskompetens som stöttar i olika individärenden. Det ser också olika ut hur information sker till boende/anhöriga angående byte av bostadsform, allt från skriftliga kontrakt till muntlig information.

Fyra kommuner saknar demensteam. Sammansättningen i de team som finns ser olika ut. I teamen ingår oftast sjuksköterska och ibland arbetsterapeut, undersköterskor finns i några och biståndshandläggare och enhetschef ingår i några team. Sjukgymnasten har en konsultativ roll i några kommuner, men oftast har de en liten eller ingen roll i vården av de demenssjuka.

När det gäller användandet av någon specifik behandlingsteknik för omvårdnad av personer med demenssjukdom, så har de flesta ett jagstödande/personcentrerat förhållningssätt genom att använda validationsmetoden, reminiscensmetoden eller vårdarsång. Även realitetsorientering och taktil stimulering används (se bilaga1).

Fem kommuner uppger att det inte finns några utbildningsplaner för personalen. För övriga kommuner handlar det om att ge nyanställda introduktionsutbildning om demenssjukdomar, förhållningssätt och bemötande, samt enstaka utbildningsinsatser. Sex kommuner uppger att de ger kontinuerlig handledning till personalen.

De kommuner som har någon form av demensteam upplever att samverkan med primärvården fungerar bra genom t.ex. tillgänglighet och kontakt med läkare. Gällande slutenvården sker samarbetet främst via vårdplaneringsmöten samt Meddix (Internetbaserad tjänst för registrering, utbyte och arkivering av medicinska meddelanden) eller minnesmottagning där sådan finns. I södra länsdelen hålls regelbundna möten mellan kommunens demenssköterska, arbetsterapeut och geriatriska mottagningen, USÖ. Några kommuner tycker att den interna samverkan i stort sett fungerar bra men att förbättringsområden finns som t.ex. kontinuerliga träffar med biståndshandläggare, ökad samsyn/helhetssyn och teamarbete.

## **Landstinget**

### **Resurser för demenssjuka på länets tre sjukhus**

Team för utredning finns men i olika utformning. Läkarkompetens finns på samtliga sjukhus men andelen varierar. Övriga yrkeskategorier är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och kuratorer. Psykolog enbart i Örebro. USÖ och Karlskoga lasarett har sjukgymnast knuten till teamen.

Det finns inget formerat team för BPSD-problem i slutenvård och/eller öppen vård och det saknas ett formaliserat samarbete med psykiatri.

Gemensamma ”ronder” eller annan samverkan med kommunens personal finns i form av en ”Demensgrupp syd” där sjuksköterskor och arbetsterapeuter från kommunerna Kumla, Hallsberg, Lekeberg och Askersund träffar geriatriken på USÖ 2 ggr/termin. I västra länsdelen träffas teamen i kommunerna Degerfors, Karlskoga och Laxå och Karlskoga lasarett terminsvis. I övrigt sker kontakterna per telefon.

I Karlskoga finns formaliserat anhörigstöd genom kuratorskontakt och anhörigstödgrupper i teamet samt samarbete med kommunens anhörigstöd. I Lindesberg sker anhörigstödet via kurator och sjuksköterska. USÖ har anhörigutbildning i cirkelform och samverkar med Anhörigcentrum i Örebro kommun. Anhörigstöd finns också på individnivå i form av stödsamtal med kurator och psykolog och ett särskilt stöd för unga patienter. Karlskoga har formaliserat patientstöd genom kuratorskontakter och patientgrupper i teamet. Lindesberg i form av rutiner i samband med utredning.

### **Primärvården**

I primärvården görs i flertalet fall den primära utredningen enl [SPUNK-III LE](#), och det fortsatta medicinska ansvaret ligger också i de flesta fall här.

### **Sammanfattning**

Sammanfattningsvis konstateras att det i dagsläget finns få gemensamma former för hur samverkan ska ske förutom vårdplaneringarna i slutenvården. Det varierar mycket mellan kommunerna vilken differentierad inriktning på boende och dagvård som finns, vilken personalsammansättning man har, delaktighet i utredningar, omvårdnadsmetoder, utbildningsplaner och samverkan inom och utom kommunen. Den genomförda inventeringen visar också att det finns förbättringsområden när det gäller former för samverkan mellan kommunerna och landstinget. Ett sådant område är att utveckla former för ett multiprofessionellt teambaserat arbete. Samverkan kan även ske inom andra områden som utbildning, differentierad inriktning på boende och dagvård.

## Nationella riktlinjer

I dag finns väl genomarbetade nationella riktlinjer som är grunden i vården och omsorgen. I dessa regionala riktlinjer har vi belyst samverkansområden och särskilda områden som vi anser är viktiga för att skapa en god vård och omsorg för personer med demenssjukdom i Örebro län samt områden som kan utvecklas ytterligare. Nationella riktlinjerna använder [prioriteringsstegen](#): bör, kan samt kan i enstaka fall, icke göra och FoU.

Länk till de nationella riktlinjerna på socialstyrelsens hemsida:

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

## Värdegrund och etik

En värdegrund har till uppgift att vägleda vårdarna i det dagliga arbetet och i etiskt svåra situationer.

*Enligt de nationella riktlinjerna behövs i landstinget och kommunerna riktlinjer och rutiner som säkerställer att personer med demenssjukdom:*

- ska få sin integritet, sina rättigheter och sitt självbestämmande respekterat
- ska få tillgång till insatser på jämlika villkor, inte diskrimineras och att insatserna är lättillgängliga
- ska kunna känna sig trygga

I vården av personer med demenssjukdom i landsting och kommuner behövs en ständigt pågående diskussion på alla nivåer med utgångspunkt i värdegrund och etiska dilemman.

Etik är en del av värdegrunden och handlar om vad som är gott eller rätt i en situation. Vårdaren har ett etiskt ansvar som innebär att bedöma och fatta olika beslut med stor ödmjukhet och förståelse samt att vara medveten om den makt som ligger i en yrkesutövning, där personen med demenssjukdom kan vara helt utlämnad till vårdaren.

Om personen på grund av demenssjukdom inte själv klarar av att ta tillvara sina intressen och det inte finns någon annan som kan göra detta, ska socialnämnden ta initiativ till att involvera god man, förvaltare eller annan ställföreträdare för den enskilde.

[\(Socialtjänstförordning 2001:937\)](#)

### **Våra rekommendationer:**

En gemensam värdegrund med tydligt budskap gällande människosyn, värderingar och etiskt förhållningssätt ska finnas på varje arbetsplats. Värdegrunden ska vara förankrad hos personalen och ska genomsyra det dagliga arbetet.

I kommunernas och landstingets verksamheter behövs rutiner och arbetsmetoder där personen med demenssjukdom ses i sitt sammanhang och som en unik person. Som hjälp till detta bör följande beaktas i omvårdnaden:

**Samtalet** - att bli tillfrågad och lyssnad till. Att få berätta och uttrycka sina önskemål, hur man är van och vem man är och få stöd att få ihop fragment av minnen.

**Anhöriga är en viktig resurs** - att ta tillvara det som kan komplettera personens egen berättelse.

**Kontaktmannaskap** - ger möjlighet att bygga upp en relation och ger förutsättningar till samtal och tillit.

**Meningsfulla aktiviteter** - är olika för varje person och är starkt kopplat till den egna identiteten.

**I dokumentationen och i individuella genomförandeplaner/vårdplaner** - ska personens identitet, egna önskemål och vad som är meningsfullt och ger livskvalitet för just denna person tydliggöras.

Länk till socialstyrelsens etiksida:

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

## Samverkan

*Av de nationella riktlinjerna framgår att "all vård, omvårdnad och omsorg för personer med demenssjukdom bör bygga på ett personcentrerat förhållningssätt och multiprofessionellt teambaserat arbete".*

I Örebro län pågår sedan lång tid ett omfattande samarbete mellan landstinget och kommunerna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Syftet med samverkan är att bedriva en god vård och omsorg med god kvalitet och ett effektivt resursutnyttjande till gagn för de länsinvånare som behöver hjälp och stöd. Samarbetet sker i politiker- och tjänstemannagrupper samt genom nätverk av olika verksamhetsföreträdare inom socialtjänsten.

<http://www.regionorebro.se/blameny/socialvalfard/samverkan/samverkankommunlandsting>

En mängd avtal och överenskommelser om gränssnittsfrågor inom vård och omsorg finns upprättade mellan Örebro läns landsting och länets kommuner. Dessa finns samlade på länets gemensamma **samverkansportal** <http://www.orebroll.se/ovkoll>

I januari 2010 infördes i 3f§ HSL och 2 kap. 7§ SoL likalydande bestämmelser om att landsting och kommun tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården som behöver samordnas. Personer med demenssjukdom ingår i målgruppen som avses. I Örebro län saknas överenskommelse för samverkan och samarbete avseende samordnad individuell planering. Under 2012 kommer en arbetsgrupp att utarbeta ett förslag till gemensam överenskommelse.

### **Våra rekommendationer:**

En länsövergripande grupp för demensfrågor bör inrättas med syfte att samverka kring utvecklingsfrågor.

Informationsöverföringen mellan primärvården och kommunerna ska fungera så att inte den enskilde faller mellan stolarna. Tydliga informationsvägar måste upprättas mellan huvudmännen. Efter utredning och diagnos meddelas en mottagare i kommunen om patienten lämnat samtycke.

Samverkan mellan huvudmännen i den direkta vården kring utredning, diagnostik och behandling/omvårdnad ska ske i enlighet med lokala rutiner upprättade för multiprofessionellt teambaserat arbete.

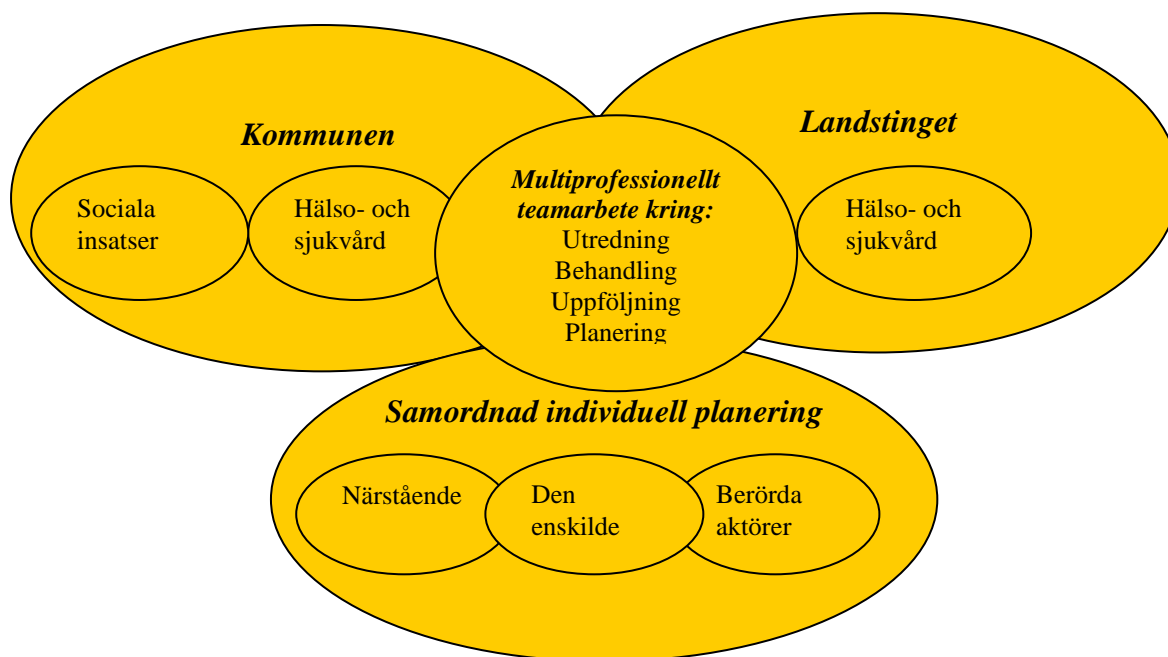


Bild 1. Samverkan mellan huvudmännen kring utredning, behandling, uppföljning och planering

## Multiprofessionellt teambaserat arbete

*Nationella riktlinjer rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör säkerställa ett multiprofessionellt teambaserat arbete inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom. Multiprofessionellt arbete syftar till kontinuitet i vården och omsorgen, att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser.*

Den som har en demenssjukdom kan vara beroende av stöd från många olika yrkesprofessioner. Det behövs samverkan mellan olika yrkesgrupper och över organisationsgränserna.

Demensutredning, diagnos och den medicinska uppföljningen ska i enlighet med primärvårdsprogrammet [SPUNK-III LE](#) i första hand ske hos primärvården. Endast i mer komplicerade fall kopplas specialist in. I de flesta fall är det primärvårdens läkare och sjuksköterska som personen först får kontakt med. Kommunens arbetsterapeut, sjuksköterska eller t.ex. demensteam är ofta behjälpliga vid utredning av en demenssjukdom och skapar på så sätt en kontakt med personen och eventuella anhöriga. Arbetsterapeuten kan tidigt bedöma aktivitetsbegränsningar och eventuella behov av kognitivt stöd och hjälpmedel.

Förutom en medicinsk utredning måste det finnas psykosocialt stöd, omvårdnad och en gemensam uppföljning. Allt eftersom sjukdomen fortskrider kan det bli aktuellt med åtgärder från fler professioner såsom biståndshandläggare, sjukgymnast, enhetschef och omvårdnadspersonal.



### **Våra rekommendationer:**

Kontinuitet och helhetssyn är grunden för att det multiprofessionella teambaserade samarbetet ska fungera väl. Det bör finnas lokala överenskommelser för hur samarbetet ska utformas, med ett tydligt uppdrag.

Det multiprofessionella teambaserade arbetet ska organiseras så att professioner från de olika huvudmännen ingår t.ex. arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast, sjuksköterska, enhetschef och biståndshandläggare. En av dessa bör utses till samordnare, alternativt att den som ser behovet kallar samman gruppen. I det multiprofessionella teamet bör lokala demensteam eller annan funktion som t.ex. demenssköterska ingå.

Huvudsaklig uppgift för det multiprofessionella teamet är att samordna stödet för den demenssjuke personen i hela vårdkedjan, mellan landstinget och kommunen.

För att det multiprofessionella teambaserade arbetet ska fungera utifrån personspecifika behov innebär det att man knyter till sig den kompetens som behövs vid den aktuella tidpunkten. Läkarkompetens krävs kontinuerligt under hela vårdförloppet samt tillgång till geriatrisk och psykiatrisk specialistkompetens vid behov.

För samverkan internt i kommunerna bör tydliga rutiner upprättas utifrån lokala förutsättningar, t.ex. lokala demensteam med olika yrkeskategorier (biståndshandläggare, omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och enhetschef) som deltar med sin professionella kunskap genom att t.ex. mötas i omvårdnadsträffar.

Specifik kompetens om demenssjukas behov bör tillföras. Även personal från t.ex. dagvård och hemvård bör delta för att bidra till en helhetsbild av hur den enskilde fungerar sett över hela dygnet. Det lokala demensteamets uppgifter kan vara att: delta i utredning, följa upp insatta åtgärder och behandling medicinskt/socialt, delta i gemensam årlig medicinsk och social uppföljning, stötta patienter och anhöriga samt utbildning, handledning och stöd till personalgrupper.

Se: "Ramavtal om läkarmedverkan" på samverkansportalen.

## **Tidig social utredning och regelbunden uppföljning**

*Nationella riktlinjerna rekommenderar att Socialtjänsten **bör** genomföra en tidig social utredning. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten **bör** minst årligen göra en medicinsk och social uppföljning av läkemedelsbehandling, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser.*

Demenssjukdom leder till att personens kognitiva och funktionella förmåga successivt försämras. En tidig social utredning och regelbunden uppföljning är därför viktig för att upptäcka och följa demenssjukdomens utveckling. Detta ger underlag för att upptäcka behov av insatser och ge lämpligt stöd samt vård och omsorg. Genom riskbedömningar kan man förebygga skador och olika sjukdomstillstånd.

En regelbunden, minst årlig, strukturerad medicinsk och social uppföljning syftar till att bedöma sjukdomen och dess konsekvenser, personens behov av medicinska och sociala insatser samt se till att behoven tillgodoses.

### **Våra rekommendationer:**

En gemensam bedömning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är en förutsättning för att personen får samtliga behov tillgodosedda. Detta förutsätter lokala rutiner utifrån ett fungerande multiprofessionellt teambaserat arbetssätt och utsedda ansvariga personer.

Det ska finnas lokala rutiner för den tidiga sociala utredningen och den årliga medicinska/sociala uppföljningen som ska omfatta:

- Medicinsk bedömning
- Läkemedelsgenomgång
- Bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga
- Stöd/samtal med den demenssjuke/anhörig
- Bedömning av sociala insatser

Se: Regional överenskommelse om ”Rehabilitering av äldre- bedömningsinstrument” på samverkansportalen.

## **Omvårdnad och omsorg**

*Nationella riktlinjer rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten **bör** ge personer med demenssjukdom en personcentrerad omvårdnad.*

### **Personcentrerad vård och omsorg**

Begreppet personcentrerad omvårdnad innebär att *personen och inte demenssjukdomen sätts i fokus* och tar utgångspunkt i den demenssjukes upplevelse av sin verklighet. Personcentrerad omvårdnad syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att förstå beteenden och psykiska symtom ur den demenssjukes perspektiv. Den personcentrerade omvårdnaden utgår från information om den demenssjukes livsmönster, värderingar och preferenser. Den personcentrerade omvårdnaden innebär att personalen inom hälso- och sjukvården och 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 den demenssjuke 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.

## **Våra rekommendationer:**

Kvalitetsregistren Senior alert och Svenska Palliativregistret används i Örebro län.  
[www.senioralert.se/](http://www.senioralert.se/) [www.palliativ.se](http://www.palliativ.se)

Upprättade gemensamma rutiner finns samlade på samverkansportalen.

Områden som är särskilt viktiga att beakta vid omvårdnad av demenssjuka:

### **Måltider och nutrition**

Personer med måttlig till svår demenssjukdom kan behöva hjälp med att äta. De kan ha svårt att tolka matsituationen och förstå vad man ska äta och hur man ska äta. De kan också ha olika symtom från munhålan som gör det svårt att äta. För att förhindra vikt förlust ska näringstillstånd (vikt, BMI) regelbundet bedömas. Vid undernäring ska personens näringsintag ökas genom energiberikning av mat och dryck, extra mellanmål och konsistensanpassning. Åtgärder som kan bidra till ett förbättrat kostintag och skapa en måltidssituation är exempelvis beröring, uppmuntran, ge personen möjlighet att själv ta mat och tillräckligt med tid för att kunna äta i lugn och ro. Kontrasterande färger i dukningen kan vara ett sätt att anpassa den fysiska miljön. Hänsyn ska tas till kulturella och religiösa aspekter. Det är vanligt med ätproblem vid sent skede av demenssjukdomen. Etiskt svåra situationer kan uppstå för anhöriga och vårdare om hur man ska agera. Det är viktigare att tillgodose personens livskvalitet än att förlänga livet i denna situation.

### **Munhälsa**

Dålig tandstatus och muntorrhet hos personer med demenssjukdom kan medföra smärtupplevelser samt svårighet att äta och svälja vilket kan leda till undernäring. Genom att regelbundet göra en strukturerad bedömning av munhälsan kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten förebygga, upptäcka och behandla munhälsa. En el tandborste underlättar vården. Att ge munvård till en person med demenssjukdom kan dock vara förknippat med etiska svårigheter. Om man inte förstår varför vårdaren vill hjälpa till med munvården leder situationen lätt till ett reflexmässigt avvärjande beteende från den demenssjuke personen.

### **Förebygga fall**

Fall bland personer med demenssjukdom är en vanlig orsak till att personer med demenssjukdom läggs in på sjukhus. Risken att falla är större vid nedsatt kognitiv förmåga. Att befinna sig i nya miljöer exempelvis efter flytt till nytt boende eller byte av sjukhusavdelning innebär ofta en ytterligare förhöjd fallrisk. Det är ofta en kombination av individens förutsättningar och miljön som är avgörande. Fler åtgärder i kombination med varandra som bedömning av fallrisk, kartläggning av tidigare fall, översyn av läkemedel, fysisk träning och förändringar i miljön kan minska risken för fall, fallskador och lidande.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Fallskador bland äldre, en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador. Sveriges kommuner och landsting (2009)

## **Trycksår**

Personer med svår demenssjukdom som har svårt att ändra läge i säng eller rullstol löper större risk än andra i samma situation att utveckla trycksår. Det finns ett samband mellan demenssjukdom och ökad förekomst av trycksår. Trycksår är också en orsak till högre dödlighet och är en inskränkning i patientens livskvalitet. En strukturerad bedömning med ett riskbedömningsinstrument kan bidra till att identifiera personer med ökad risk för trycksår.

## **Inkontinens**

Risken att utveckla urininkontinens är större för demenssjuka än för andra i motsvarande ålder. Medicinsk utredning av orsaken görs på samma sätt som för andra. Den demenssjuke kan dock uppleva komplicerade undersökningar och utredningar som skämmande och kränkande vilket gör att man bör ta ställning till om utredningen ska begränsas och vilka andra alternativ som finns. I första hand ska hjälp och stöd ges vid toalettbesök genom att erbjuda toalettassistans i form av vaneträning samt att tillhandahålla individuellt utprovade absorberande produkter.

## **Palliativ vård**

Vid palliativ vård för personer med demenssjukdom gäller samma riktlinjer som för övriga patienter. Det är dock viktigt att man i sjukdomsförloppet är observant när vården övergår till att bli sen palliativ vård/terminalvård. Vid detta tillfälle bör det enligt palliativa riktlinjer hållas ett s.k. brytpunktssamtal och skrivas ett "palliativt vårdavtal.

## **Dagliga aktiviteter**

*Nationella riktlinjerna rekommenderar att socialtjänsten **bör** erbjuda personer med demenssjukdom möjlighet att delta i individuellt anpassade aktiviteter inklusive fysisk aktivitet.*

Dagliga aktiviteter är viktiga under hela sjukdomsförloppet oavsett boendeform. Syftet kan vara att ge dagen struktur och innehåll, skapa en känsla av tillhörighet i tid och rum, erbjuda en personlig sfär, bibehålla självkänsla och identitet. Individuellt anpassade fysiska aktiviteter har visat sig kunna förbättra mentala funktioner, kommunikationsförmåga och funktion i det dagliga livet.

För yngre personer som drabbas av demenssjukdom och för personer i ett tidigt skede av sjukdomen är stöd i dagliga aktiviteter viktigt för att förebygga inaktivitet till följd av sjukskrivning eller sjukpensionering. Aktiviteterna bör anpassas utifrån individuella behov, intressen och önskemål för att upplevas som meningsfulla.

### **Våra rekommendationer:**

Erbjuda individuellt utformade aktiviteter, stöd i dagliga livet och andra aktiviteter som för den enskilde upplevs meningsfulla, t.ex. promenader, gymnastik, hushållssysslor, underhållning och musik.

Aktiviteterna ska planeras utifrån den enskildes önskemål och förmåga. Planeringen ska framgå i genomförandeplanen.

## **Medicintekniska produkter/hjälpmedel**

*Hälso- och sjukvården **kan** erbjuda kognitiva hjälpmedel till personer med mild till måttlig demenssjukdom samt elektroniska trygghetssystem i form av såväl individuella som generella larm. Hälso- och sjukvården **bör** också ge stöd i användningen och följa upp all användning av hjälpmedel.*

För personer med demenssjukdom finns olika tekniska medicintekniska produkter som stöd för att ha ett så aktivt och självständigt liv som möjligt. En del medicintekniska produkter kräver förskrivning och utprovning av t.ex. gång- syn- eller hörselhjälpmedel. Som stöd och kompensation för minnet finns olika kognitiva hjälpmedel.

Beprövad erfarenhet visar att ju tidigare ett tekniskt hjälpmedel förskrivs och provas ut, desto större är förutsättningarna att personen kan använda hjälpmedlet längre varefter sjukdomen utvecklats.

### **Våra rekommendationer:**

Berörd personal ska ha kännedom om vilka medicintekniska produkter som finns och känna till vem som ansvarar för förskrivning och utprovning.

Kontinuerlig uppföljning av förskrivna hjälpmedel och bedömning av nya behov vartefter sjukdomen fortskrider.

Se: ”Ansvarsfördelning för medicintekniska produkter m.m. mellan Örebro läns landsting och kommunerna i Örebro län”, på samverkansportalen.

## **Skydds- och begränsningsåtgärder**

*Nationella riktlinjerna rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten **bör** kontinuerligt observera och utvärdera hur personen upplever den fysiska begränsningsåtgärden samt att erbjuda sin personal utbildning och handledning för att minska användandet av fysiska begränsningsåtgärder.*

En och samma åtgärd kan dels vara en skyddsåtgärd med personens samtycke och dels vara en tvångsåtgärd om den tillhandahålls mot någons vilja eller i syfte att frihetsbegränsa någon. Exempel: Ett bälte kan vara ett hjälpmedel som bidrar till att personen sitter bra och känner sig trygg och säker men en tvångsåtgärd om syftet är att begränsa personen från att röra sig fritt. Bältet kan också vara en tvångsåtgärd om personen visar att han eller hon inte vill vara fastspänd utan upplever det obehagligt. Även omvårdnadsåtgärder, som t.ex. att ge läkemedel

eller hjälp vid hygien, kan vara tvångsåtgärder om personen själv inte ger sitt samtycke alternativt tydligt ogillar åtgärden.

Varken anhöriga, god man eller förvaltare kan samtycka i personens ställe eller kräva att socialtjänsten eller hälso- sjukvården ska använda skydds och begränsningsåtgärder. Men det är nödvändigt att lyssna in med anhörig eller god man vad personen själv skulle ha samtyckt till om han/hon kunde ge sitt samtycke.

### **Våra rekommendationer:**

Alla beslut som tas om skydds- eller begränsningsåtgärd kräver en riskanalys samt upprättande av vårdplan och inhämtande av samtycke. Dokumentation ska ske enligt lokala rutiner och utifrån respektive yrkesfunktion och lagrum i SoL, LSS och HSL.

Se överenskommelsen: ”Skydds och begränsningsåtgärder inom vård och omsorg för personer med kognitiv störning” på samverkansportalen.

## **Åtgärder och utredning vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom samt konfusion**

*Nationella riktlinjer rekommenderar, vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD), att hälso- och sjukvården och socialtjänsten **bör** utreda de bakomliggande orsakerna till symtomen och åtgärda dessa.*

BPSD definieras som symtom på störd perception, stört tankeinhåll, förändrat stämningsläge och förändrat beteende. Beteendesymtom visar sig som till exempel fysisk och verbal aggressivitet, rastlöshet, skrik, agitation, vandring, plockande och sexuellt agerande. De psykiska symtomen omfattar bland annat vanföreställningar, hallucinationer, förändringar i stämningsläge, tvångstankar och ångest<sup>3</sup>.

Någon gång under sjukdomsförloppet uppvisar 9 av 10 personer med demenssjukdom beteendeförändringar och/eller psykiska symtom. BPSD medför ofta lidande för personen själv och kan vara svårhanterliga för anhöriga och vårdgivare. Dessa symtom uppfattas ofta av omgivningen som en större påfrestning än kognitiva och funktionella nedsättningar och är ett vanligt skäl till att personer med demenssjukdom flyttar till särskilt boende. Grunden för behandlingen är en personcentrerad omvårdnad med översyn och anpassning av den fysiska miljön. Om personen med demenssjukdom uppvisar svåra beteendeförändringar eller psykiska symtom eller om andra åtgärder inte visat sig få effekt kan behandling med läkemedel bli aktuell.

Ett kvalitetsregister - BPSD-registret, vars syfte är att minska symtomen genom olika tvärprofessionella åtgärder kan hjälpa till att ge struktur i vårdarbetet.

---

<sup>3</sup> Demenssjukdom, Vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer 2010. Socialstyrelsen.

### **Våra rekommendationer:**

Det finns vid BPSD en risk att vid svårhanterliga situationer gå för snabbt till medicinska åtgärder, utan att den utlösande orsaken är ordentligt utredd och andra åtgärder prövade. Innan åtgärder sätts in måste symtomen identifieras, tolkas och sättas i sitt sammanhang. Fokus ska ligga på omvårdnadsåtgärder och omgivningsfaktorer men läkemedelsordinationerna ska ses över.

Utredning av BPSD genom:

1. En kartläggning och beskrivning av symtom, hur de yttrar sig över dygnet och i vilka situationer eller miljöer de uppstår.
2. En bedömning av personens möjligheter att få sina basala mänskliga behov tillfredställda
3. En bedömning av omgivande miljö och interaktion med personal och närstående
4. En medicinsk utredning inklusive fysisk och psykisk status
5. En genomgång och sanering av läkemedel med ogynnsam effekt

Personer med vandringsbeteende och aggressivitet ska erbjudas fysiska aktiviteter (t.ex. promenader)

BPSD kan ibland leda till svårhanterliga vårdssituationer. Det ställer stora krav på vårdpersonalen som kan behöva stöd, handledning och kompetensutveckling.

Tidigt involvera anhöriga/närstående i vårdförloppet.

En kontinuerlig uppföljning och anpassning av vårdmiljö och vårdform krävs.

En anpassning i vårdmiljön måste i första hand prövas innan byte av vårdform blir aktuell. Ett byte av vårdform ska alltid vara en vinst för personen det gäller.

BPSD-registret införs i vårdarbetet.

[SPUNK-III LE](#)

Läkemedelsverket har tagit fram rekommendationer att följa vid behandling av [BPSD](#).

## **Läkemedelsbehandling för personer med demens**

[SPUNK-III LE](#) tydliggör principerna för behandling med specifika demensläkemedel. Där framgår också hur BPSD-problem ska hanteras från medicinsk synpunkt.

### **Våra rekommendationer:**

Läkemedelsgenomgångar bör ske i enlighet med "Handlingsplan Äldre och läkemedel i Örebro län" antagna av Vilgotgruppen 2011-02-18 och ska göras i samband med den årliga gemensamma sociala och medicinska uppföljningen samt vid behov. Ytterligare rekommendationer finns i "Aktivitetsplan för läkemedelsdokumentation och läkemedelsgenomgång i samverkan mellan kommunerna och landstinget i Örebro län".

Deltagare i läkemedelsgenomgångarna är personer i det multiprofessionella teamet.

## Utbildning och handledning

*Nationella riktlinjer rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten **bör** ge personal, främst vårdbiträden och undersköterskor, som arbetar inom vård, omvårdnad och omsorg om personer med demenssjukdom möjligheter till utbildning som är långsiktig, kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback.*

All personal inom vård- och omsorg om personer med demenssjukdom ska ha en grundutbildning om demenssjukdomar samt delta i fortbildning (SOSFS 2011:12). För att få god effekt på utbildningsinsatserna bör de vara verksamhetsnära, långsiktiga och kombineras med handledning, praktisk träning, samtal och reflektion.

### **Våra rekommendationer:**

Inventering bör med jämna mellanrum göras av gemensamma utbildningsbehov i länet och en kompetensutvecklingsplan upprättas inom området. Utifrån behovet kan gemensamma utbildningar sedan anordnas.

Lokala kompetensutvecklingsplaner bör finnas för kontinuerlig fortbildning.

## Stöd till anhöriga

*Nationella riktlinjer rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten **bör** erbjuda anhöriga möjligheter till utbildningsprogram och psykosociala stödprogram, kombinationsprogram och avlösning.*

Att vara anhängvårdare kan ibland leda till att den anhörige försummar sig själv genom t.ex. minskad fysisk aktivitet, dålig sömn och minskade möjligheter att upprätthålla ett socialt umgänge. Det kan i sin tur leda till att anhängvårdarna riskerar att drabbas av egen ohälsa. Kommunerna har enligt socialtjänstlagen skyldighet att erbjuda anhängstöd. Vilken form av stödsatser som erbjuds bestämmer kommunerna själva. Vad som är anhängstöd är det egentligen bara anhängvårdarna själva som vet svaret på, men generellt kan man beskriva anhängstöd som olika insatser som syftar till att fysiskt, psykiskt och socialt underlätta för den anhörige. De positiva effekterna av stödet tycks kunna förstärkas om det erbjuds tidigt i sjukdomsförloppet, är uthålligt över tid, flexibelt, situationsanpassat, individualiserat samt utformat i dialog med anhöriga.

### **Våra rekommendationer:**

Erbjuda anhöriga individuellt stöd tidigt i sjukdomsförloppet genom:

- Enskilda samtal
- Anhörigcirklar
- Information och utbildning
- Erbjud avlösning

Se:” Riktlinjer för stöd till anhöriga i Örebro län” på samverkansportalen.



## Stöd i hemmet

För att personer med demenssjukdom skall kunna bo kvar hemma så länge som möjligt är vården i hemmet en viktig del i vårdkedjan. Stöd i hemmet syftar till att ge stöd till den demenssjuke men även till anhöriga. Personer med demenssjukdom som bor hemma kan behöva hjälp att orientera sig och skapa en meningsfull tillvaro i hemmet. Personalen behöver oftast ha gott om tid för att skapa en bra relation till personen med demenssjukdom. När en bra relation har skapats och personen känner förtroende för personalen är det oftast inte så stora problem att få ge stöd och hjälp, både praktiskt och socialt.

### **Våra rekommendationer:**

För att skapa en bra relation till den demenssjuke och de anhöriga i ett tidigt skede av sjukdomen och för att personen skall uppleva en meningsfull tillvaro och trygghet i hemmet är följande faktorer viktiga:

- få personer runt personen för god kontinuitet
- skapa tidig kontakt
- ge gott om tid
- ha ett lugnt bemötande
- individuellt anpassat stöd både praktiskt och socialt
- stöd till anhöriga
- spetskompetens i hemtjänstgruppen utifrån lokala förutsättningar

## Dagverksamhet

*Nationella riktlinjerna rekommenderar att Socialtjänsten **bör** erbjuda plats i dagverksamhet som specifikt riktar sig till personer med demenssjukdom samt erbjuda plats i dagverksamhet till yngre personer med demenssjukdom som specifikt riktar sig till denna målgrupp.*

Dagverksamhet för personer med demenssjukdom är en del i en vårdkedja för personer med demenssjukdom. Dagverksamheten kan bidra till social samvaro, struktur och innehåll i dagen, dagliga aktiviteter och sysselsättning samt att avlösa närstående. För personer med demenssjukdom som bor i ordinärt boende är riktad dagverksamhet ett sätt att säkerställa kontinuitet och kvalitet i anpassad miljö, anpassade aktiviteter och bemötande.

### **Våra rekommendationer:**

Dagverksamhet för personer med demenssjukdom bör erbjudas i alla kommuner.

Dagverksamheten ska vara utformad med utgångspunkt i personens behov av kontinuitet utifrån sjukdomsbild, sjukdomsfas och ålder, gällande miljö, tider och aktiviteter enskilt eller i grupp.

Arbetsättet bör utgå från personnära teamarbete, kontaktmannaskap, demenskunskap och erfarenhet.

## Särskilt boende

*Nationella riktlinjer rekommenderar att socialtjänsten **bör** erbjuda småskaligt särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom . En psykosocial miljö som kännetecknas av trygghet och tillgänglighet och där man kan få ett meningsfullt innehåll i dagen.*

Personer som bor i ordinärt boende och där hemvård i kombination med dagverksamhet inte längre är tillräcklig kan vara i behov av särskilt boende.

En flytt till särskilt boende är ett miljöombyte som kan innebära en påfrestning med risk för ångest, känslor av hjälplöshet och övergivenhet för personer som har en demenssjukdom. De kan bli förvirrade, nedstämda samt få fysiska problem som magbesvär, sömnsvårigheter och viktförlust. Det är därför viktigt att såväl den enskilde som personalen är väl förberedda så att de negativa konsekvenserna kan minimeras.

Särskilt boende, specifikt för personer med demenssjukdom bör utformas i mindre grupper. Småskaligheten innebär bättre personkontinuitet - att personen med demenssjukdom träffar färre personer, både brukare och personal, i sitt dagliga liv. Detta kan främja kommunikation och öka samvaron mellan de boende samt mellan de boende och personalen. Det kan skapa förutsättningar för ökad självständighet i dagliga aktiviteter.

Den fysiska miljön är hemlik, färgsatt och utformad för att underlätta möjlighet att orientera sig. De boende har var och en ett eget rum med möjlighet till personliga tillhörigheter samt hygienutrymme. Därutöver finns gemensamma lokaler för samvaro. Boendet har en god psykosocial miljö, fokuserar på det individuella, skapar lugn, utrymme för socialsamvaro och meningsfulla aktiviteter samt en flexibilitet vad gäller rutiner.

När sjukdomstillståndet övergår till behov av mer omfattande omvårdnad än stöd och hjälp i sin dagliga livsföring eller utvecklar beteendemässiga psykiska demenssymtom kan det vara aktuellt med flytt till mer anpassat boende för den specifika målgruppen. Det är dock viktigt att alltid pröva andra åtgärder innan flytt blir aktuell.

Arbete pågår på Socialstyrelsen med att ta fram föreskrifter om regler för kommunernas bemanning i vården av demenssjuka. Dessa beräknas träda i kraft januari 2013.

### **Våra rekommendationer:**

Särskilt boende specifikt för personer med demenssjukdom bör vara småskaliga boenden. Småskalighet innebär att ett mindre antal personer får vård och omsorg i ”gruppen” under mer hemlika förhållanden av en mindre personalgrupp.

Det särskilda boendet ska vara utformat efter de specifika behov personer med demenssjukdom har.

Bemanningen ska utgå ifrån individens behov och vara tillräcklig för att möjliggöra ett meningsfullt innehåll i vardagen.

## Kvalitetsindikatorer

### **Medicinska**

Se [SPUNK-III LE](#).

Med dagens datakällor är andel personer med Alzheimers sjukdom som behandlas med demensläkemedel möjlig att följa upp – sker på länsnivå via datakällor som SveDem, läkemedelsregistret, patientregistret samt befolkningsstudier.

Vidare kan förskrivning av antipsykosläkemedel i särskilt boende följas på samma sätt.

### **Omvårdnad**

#### **Kvalitetsregister/instrument**

Införande av kvalitetsregister pågår i länet gällande Svenska Palliativregistret och Senior alert som omfattar fall, trycksår och undernäring. Regeringen kommer att ge ett fortsatt stöd till införandet av fler kvalitetsregister, BPSD-registret i kommunerna samt SveDem i primärvård och specialistvård. Ett av registrens viktigaste syften är att ge underlag för kvalitetsutveckling. För registrering i kvalitetsregistren krävs information till patienten.

*Svenska Palliativregistret* är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slut. Idag beskrivs den sista veckan i livet genom att personalen som vårdat en just avliden människa besvarar ett trettiotal frågor. Oavsett sjukdom så är målet med detta kvalitetsregister att alla som dör en av sjukvården väntad död skall kunna känna en trygghet i att vara symtomlindrad, få information och inte behöva dö ensam.

*Senior alert* är ett kvalitetsregister där vårdtagare registreras utifrån de risker som finns för att personen i fråga kan komma att falla, få trycksår eller bli undernärd. Det vänder sig till alla som bedriver vård och omsorg och som vill arbeta förebyggande på ett systematiskt sätt. Senior alert stärker det tvärprofessionella arbetssättet och bidrar till utveckling av den vårdpreventiva processen för de äldre.

*SveDem (Svenska demensregistret)* Syftet med registret är att förbättra kvalitén av demensvården i Sverige genom att samla in data för att kunna följa upp förändringar i patientgrupper, diagnoser och behandling vid demenssjukdomar. Målet med registret är en likvärdig, optimerad behandling av patienter med demenssjukdomar.

*BPSD-registret* De flesta personer med demenssjukdom (90 %) får någon gång Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD. Registret syftar till att minska BPSD genom olika tvärprofessionella vårdåtgärder.

*Qualid* är ett instrument för att mäta livskvalitet vid svår och medelsvår demenssjukdom. Instrumentet är testat i stor skala och har hög validitet och reliabilitet<sup>4</sup>. Den som känner personen bäst, oftast kontaktpersonen, gör skattningen som omfattar en bedömning av den demenssjukes beteende den senaste veckan. Skattningen görs utifrån 11 frågor med gradering 1-5, där 11 poäng är högsta grad av livskvalitet och 55 poäng är lägsta grad av livskvalitet.

---

<sup>4</sup> Falk H, Persson L-O, Wijk H. A. Psychometric evaluation of a Swedish version of the Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) SCALE. *International Psychogeriatrics*, 2007 Dec; 19(6):1040-50.Epub 2007.

## Våra rekommenderade kvalitetsindikatorer

- Andel av personer med demenssjukdom som behandlas med demensläkemedel.
- Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som behandlas med antipsykosläkemedel.
- Andel personer med demenssjukdom där årliga läkemedelsgenomgångar genomförts.
- Andel personer med demensdiagnos som genomgått basal demensutredning.
- Andel personer med demenssjukdom där samordnad individuell plan upprättats.
- Andel personer med demenssjukdom som gemensamt följs upp medicinskt och socialt minst en gång per år.
- Andel personer med utförda åtgärder där risk för fall/trycksår/undernäring identifierats enligt Senior alert.
- SveDem registrering genomförs på samtliga utredande enheter i hela länet
- BPSD-registret används i den kommunala vården.
- Qualid-livskvalitetsmätning sker regelbundet på personer med svår demenssjukdom.

## Utvecklingsområden

- Utveckla det multiprofessionella teamarbetet kring samverkan om utredning, diagnostik och behandling.
- Tydliggöra informationsvägar mellan huvudmännen.
- Bilda en länsövergripande grupp för demensfrågor i syfte att samverka i uppföljnings-, utbildnings- och utvecklingsfrågor.
- Genomföra inventering av utbildningsbehovet.
- Införa Qualid - ett verktyg att mäta livskvalitet vid svår och medelsvår demenssjukdom.

## Litteratur och länkar

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen.

Demenssjukdom, Vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer 2010. Socialstyrelsen.

Wimo A. (2007) "*Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005*". Socialstyrelsen

Fallskador bland äldre, en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador. Sveriges Kommuner och Landsting (2009)

Falk H, Persson L-O, Wijk H. A. Psychometric evaluation of a Swedish version of the Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) SCALE. *International Psychogeriatrics*, 2007 Dec; 19(6):1040-50. Epub 2007.

### [SPUNK-III LE](#)

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

<http://www.domstol.se/Familj/God-man-och-forvaltare>

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

<http://www.orebroll.se/ovkoll>

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

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

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

[http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/BPSD-rek\\_webb.pdf](http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/BPSD-rek_webb.pdf)

<http://www.regionorebro.se/blameny/socialvalfard/samverkan/samverkankommunlandsting>

<http://www.regionorebro.se/blameny/socialvalfard/aldre/anhorigstod>

<http://www.orebroll.se/sv/Halsa-och-varld/For-varldgivar/OVK/Vardprogram-riktlinjer/Anhorigstod/>

[http://www.orebroll.se/Files-sv/USO/Kliniker\\_enheter/Geriatriska/SPUNK\\_III/Vardprogram\\_demens\\_Spunk\\_3\\_bilaga\\_Prioritetskl\\_ass\\_enligt\\_SoS.pdf](http://www.orebroll.se/Files-sv/USO/Kliniker_enheter/Geriatriska/SPUNK_III/Vardprogram_demens_Spunk_3_bilaga_Prioritetskl_ass_enligt_SoS.pdf) (Prioriteringsstegen)

## **Exempel på förhållningssätt i omvårdnaden av personer med demenssjukdom**

*Nationella riktlinjerna rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan använda demensspecifika tekniker som realitetsorientering, reminiscence och validation, för personer med mild till måttlig demenssjukdom.*

Det finns förhållningssätt att utveckla inom omvårdnaden för demenssjuka. Dessa är inte vetenskapligt utvärderade men används utifrån beprövad erfarenhet. De utgår ifrån svårigheter man har som demenssjuk att orientera sig, att minnas och att upprätthålla bilden av sig själv och sin livshistoria.

Dessa tekniker har stor betydelse för omvårdnaden där man länge saknat metoder/förhållningssätt/tekniker för att ge en personcentrerad omvårdnad och för att i möjligaste mån undvika eller minska på medicinering. Teknikerna ger personalen ett verktyg i omvårdnaden och ett sätt att förhålla sig i bemötandet med personer med demenssjukdom och en hjälp att göra en individuell bedömning i varje enskilt fall. Enligt beprövad erfarenhet är det ofta som dessa metoder fungerar för att öka välbefinnandet hos den demenssjuke. Det är också viktigt att utbilda personalen innan de används och att ständigt följa upp nyttan.

Några av teknikerna kommenteras i det vetenskapliga underlaget för nationella riktlinjer 2010.

### **Här exempel på några tekniker som används idag i olika utsträckning i Örebro län, i kommunal vård och omsorg:**

**Validationsmetoden** är en personcentrerad metod som är speciellt utarbetad för att kommunicera med mycket gamla desorienterade människor, ofta diagnostiserade Alzheimerliknande demens. I metoden använder sig validationsarbetaren av såväl verbal som ickeverbal kommunikation. Även sinnes- och minnesstimulering, musik och beröring ingår. Ledtrådar fångas upp för att hjälpa personen att kanalisera och uttrycka känslor och behov. Det finns praktisk erfarenhet av metoden som visar fördelar som ökad integritet, självständighet, initiativförmåga för den enskilde samt minskad agitation och minskat behov av antipsykosmedel.

*Enligt socialstyrelsens vetenskapliga underlag för nationella riktlinjer 2011: Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan använda validation (prioritet 8.) Det vetenskapliga underlaget är för svagt för att bedöma effekten (evidensstyrka 4) s.103*

**Reminiscence** betyder erinring och hågkomst, det är en metod där man tänker och reflekterar över livserfarenheter. Metoden bygger på att människor besitter visdom, kompetens och livserfarenhet trots att de har drabbats av en demenssjukdom. I en positiv miljö delar man minnen med andra och talar om det förflutna.

*Enligt socialstyrelsens vetenskapliga underlag för nationella riktlinjer 2011:*

*Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan använda reminiscence (prioritet 8). Det vetenskapliga underlaget är för svagt för att bedöma effekten (evidensstyrka 4) s.102.*

**Realitetsorientering** Vårdaren försöker realitetsorientera personen med demenssjukdom, i det dagliga livet. Syftet är att hjälpa personer med mild till måttlig demenssjukdom som har svårighet att orientera sig till person, tid och rum.

*Enligt socialstyrelsens vetenskapliga underlag för nationella riktlinjer 2011:*

*Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan använda realitetsorientering till personer med mild till måttlig demenssjukdom (prioritet 6).s104.*

***Ej till personer med svår demenssjukdom (har då prioritet ”icke-göra”)***

**Taktil massage** (även **taktil stimulering**) är en svensk massagemetod som består av en mjuk, följsam beröring. Den taktila massagen kan ge smärtlindring, avslappning och välbefinnande.

**Musik, sång och dans som teknik** där Vårdarsång är ett exempel på en metod som är utarbetad av med dr. Eva Götell. Vårdaren sjunger under omvårdnad, t.ex. när man hjälper till med morgontoilet, tandborstning, påklädning och matsituationen. Syftet med vårdarsång är att lugna och väcka såväl minnen som färdigheter till liv. Genom vårdarsången har det visat sig att personer med demenssjukdom förbättrat sitt tal, tanke, rörelseförmåga och förbättrat förmågan att utföra handlingar de tidigare förlorat som t.ex. tvätta ansiktet, kamma håret och knäppa knappar. Sånger som sjungs kan vara t.ex. barnvisor, folkvisor, psalmer eller schlagers.

Referens; akademisk avhandling, Götell E. (2003) *Singing, background music and music-events in the communication between persons with dementia and their caregivers*. Baran bokförlag. Stockholm.

*Enligt socialstyrelsens vetenskapliga underlag för nationella riktlinjer 2011:*

*Rekommendationen är (prioritet 5) för personer med måttlig till svår demenssjukdom. Det vetenskapliga underlaget är inte helt entydigt. De positiva effekterna av musik, sång och dans stärks dock av beprövad erfarenhet. s.100.*