



Program för vård och omsorg vid demenssjukdom 2020

Dokumenttyp:	Program
Dokumentet gäller för, personalkategori:	Samtliga inom VON
Fastställt av, befattning och namn:	Vård- och omsorgsnämnden
Fastställsedatum:	2010-06-20
Eventuellt diarienummer:	Dnr 2018.213.720
Dokumentansvarig, befattning och namn:	Demenssjuksköterska, Per-Olof Åström
Senast uppdaterat:	2019-11-10
Uppdateras nästa gång:	2021-11-10

Innehåll

1	Kommunens målbild för vård och omsorg vid demenssjukdom	4
2	Programmets användningsområde	4
2.1	Programmets utgångspunkter	4
2.2	Målgrupper	5
3	Vad är demenssjukdom?	6
3.1	Symtom vid demens	7
3.2	Hur vanligt är demens?	7
3.3	Är det möjligt att förebygga demens?	8
3.4	Kostnader för demens	9
3.5	Statistik kring demens för Alingsås kommun 2018.....	9
4	Västra Götalandsregionens (VGR) ansvar för personer med demenssjukdom.....	10
4.1	Demensutredning	10
4.2	Samverkan mellan VGR och kommunen	10
5	Kommunens verksamheter för personer med demenssjukdom	11
5.1	Social service.....	11
6	Arbetsgång i Alingsås kommun vid misstanke om demenssjukdom	15
	Värdegrund	19
	Personcentrerad vård och omsorg	19
	Salutogent förhållningssätt	20
	Jag-stödande förhållningssätt.....	21
	BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).....	21
	Senior Alert	21
	Rekommendationer och stöd.....	21
	Fysisk aktivitet.....	23
	Bemötande.....	23
	Reflektionstid i arbetsgruppen	24
	Reminiscens	24
	Genombrottsmetoden.....	25
	Nollvision.....	25
	Inre miljöfaktorer	25
	Yttre miljöfaktorer	26
	Måltider och nutrition	27
	Munhälsa	27
	Fallprevention.....	27

Förstoppning	28
Läkemedelsanvändning	28
Vård i livets slut.....	28
Begränsningsåtgärder	28
Hot och våld	28
Referenser	30

Några av länkarna i dokumentet nås endast av anställda i Alingsås kommun. Vill du komma åt informationen och ej är anställd i kommunen kontakta:

Demenssjuksköterska Per-Olof Åström tel. 0322-616877.

1 Kommunens målbild för vård och omsorg vid demenssjukdom

Vården och omsorgen är personcentrerad och kännetecknas av ett salutogent förhållningssätt. Målet är att vardagen är begriplig, meningsfull och hanterbar. Därtill att det finns möjlighet att delta i individuellt anpassad fysisk aktivitet.

Miljön kännetecknas av trygghet och tillgänglighet, är personligt utformad och hemlik.

2 Programmets användningsområde

Syftet med Alingsås kommuns program för vård och omsorg vid demenssjukdom är att fastställa lokala riktlinjer för arbetet med personer som har en demenssjukdom och för personer som ännu inte fått diagnos därtill för deras anhöriga.

Målet är att chefer ska kunna använda sig av programmet vid styrning och ledning av sin verksamhet. Ytterligare ett mål är att programmet ska kunna användas som informationskälla i det dagliga arbetet av alla yrkesgrupper som arbetar med vård och omsorg av personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

2.1 Programmets utgångspunkter

Programmet för vård och omsorg vid demenssjukdom är en reviderad och uppdaterad version av det demensprogram som vård- och äldreomsorgsförvaltningen tog fram för Alingsås kommun 2010.

2.1.1 Lagar och andra styrdokument

De krav och rekommendationer som gäller enligt lagar, föreskrifter, allmänna råd, riktlinjer och styrdokument för målgruppen ligger till grund för kommunens arbete med personer med demenssjukdom och för personer som ännu inte fått diagnos. Ett viktigt styrdokument är Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom* från 2018. Ytterligare viktiga styrdokument som ligger till grund för programmet är *kommunens kvalitetskrav för hemtjänsten, särskilda boenden och hemsjukvården*. För mer information, se gärna Socialstyrelsens [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom](#).

År 2011 infördes en *nationell värdegrund för äldreomsorgen* i socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Varje kommun har ett ansvar för att omsätta den nationella värdegrundens intentioner i det praktiska arbetet.

2.1.2 Arbetssätt och förhållningssätt

Utöver lagar och styrdokument tar programmet sin utgångspunkt i arbetssätt och förhållningssätt som är centrala i arbetet med personer som har en demenssjukdom och för personer som ännu inte fått diagnos därtill för deras anhöriga.

2.2 Målgrupper

Den primära målgruppen för programmet är chefer för de verksamheter som ger vård och omsorg till personer som har en demenssjukdom och för personer som ännu inte fått diagnos därtill för deras anhöriga, och som i sitt arbete ger förutsättningar och stöd till personal inom demensområdet. En annan primär målgrupp för programmet är de yrkesgrupper som i sitt dagliga arbete ger vård och omsorg till personer som har en demenssjukdom och för personer som ännu inte fått diagnos därtill för deras anhöriga.

Ytterligare målgrupper är:

- Personer med demenssjukdom och deras anhöriga som vill ha information om kommunens verksamheter, insatser och arbetssätt för personer med demenssjukdom. Anhöriga är också en viktig samarbetspartner till personal.
- Politiker i kommunen som fattar beslut om mål, resurser och uppföljning av vård och omsorg.
- Invånare som vill informera sig om vård och omsorg vid demenssjukdom.

3 Vad är demenssjukdom?

Demens är inte *en* sjukdom utan ett samlingsnamn på flera sjukdomar och tillstånd som orsakas av hjärnskador. Den diagnostik som används i svensk sjukvård för att diagnostisera demens är WHO:s diagnostiska system ICD:10. Beroende på vilken del av hjärnan som drabbas, kan symtomen variera från person till person. Ofta kommer symtomen smygande och personen får gradvis svårare med bland annat korttidsminnet, språket och tidsuppfattningen.

Ibland delas demenssjukdomen in i tre stadier, efter hur stort vård- och omsorgsbehov den enskilde har. Socialstyrelsens [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom](#) betecknar mild demenssjukdom ett tidigt skede då personen kan klara sig utan så stora åtgärder från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen då personen behöver hjälp för att klara vardagliga sysslor. Svår demenssjukdom betecknar det skede då personen behöver hjälp med det mesta.

Det finns olika sätt att beskriva både sjukdomstillståndet och olika stadier av sjukdomen. Se gärna [Demenssjukdomar](#) för mer information.

För att gruppera och definiera olika sjukdomar används en diagnostisk manual som kallas DSM. Manualen gäller för hela världen och tas med regelbundna intervall fram av den amerikanska psykiatriföreningen. Sedan 2015 års manual finns inte längre "demens" och "demenssjukdom" med. Istället används begreppen "kognitionssjukdom" och "lindrig kognitiv funktionsnedsättning" i manualen för att beskriva de symptom som kan uppkomma vid olika typer av demenssjukdomar.

Den bakomliggande anledningen till att ersätta demenssjukdom med kognitiv sjukdom eller kognitiv svikt är att tydliggöra att demens är ett samlingsnamn för flera olika sjukdomar med delvis olika orsaker och symtombilder och inte, som det idag ibland uppfattas, en sjukdom i sig själv. Förhoppningen är att samlingsnamnet kognitiv svikt på ett tydligare sätt än demenssjukdom ska beskriva de svårigheter och funktionsnedsättningar som kan uppstå för en person som har någon typ av demenssjukdom. Begreppet kognitiv svikt ska på så sätt också betona behovet av att alltid sträva efter att specificera den bakomliggande sjukdomsorsaken vid diagnosättning, och inom samlingsnamnet kognitiv svikt återfinns därför olika sjukdomstillstånd såsom exempelvis Alzheimers sjukdom eller Frontotemporal demens. Ytterligare en anledning att ersätta demenssjukdom med kognitiv svikt är att ordet demens i historien har haft en negativ klang och omgärdats av okunskap och även fördomar.

Ambitionen med det nya samlingsnamnet för olika typer av demenssjukdomar är att på sikt fasa ut ordet demens och demenssjukdom. Fortfarande används dock ordet demenssjukdom inom både sjukvården och den kommunala vården och omsorgen i Sverige. Vi har i detta program därför valt att fortsatt använda demens som övergripande samlingsbegrepp, men vill ändå uppmärksamma läsaren på de förändringar som skett i diagnosmanualen. Vård- och omsorgsförvaltningen kommer att följa arbetet med att ersätta demens med kognitiv svikt och ser positivt på en sådan förändring.

3.1 Symtom vid demens

Vilka symtom som uppkommer vid demens varierar från person till person. Gemensamt är dock att sjukdomen ofta börjar många år innan symtomen blir märkbara för omgivningen. I boken *Vård och omsorg vid demenssjukdomar* (Skog 2015, s. 23) tecknas denna bild av symtom vid demens:

Kognitiv funktionsnedsättning	Psykologisk funktionsnedsättning
<ul style="list-style-type: none">• Minne, tanke- och inlärningsförmåga• Orienteringsförmåga• Språk och räkneförmåga (anomi, afasi)• Uppmärksamhet• Omdöme och insikt• Nedsatt förmåga att klä sig, äta eller borsta tänderna, trots full rörlighet i övrigt (apraxi)• Svårigheter att känna igen föremål och tolka synintryck, trots god synförmåga (agnosi)	<ul style="list-style-type: none">• Depression• Ångest• Aggressivitet• Förvirring• Vanföreställningar• Hallucinationer
Beteendemässiga symtom	Kroppsliga symtom
<ul style="list-style-type: none">• Vandring• Plockighet• Upprepande beteenden• Rop och skrik	<ul style="list-style-type: none">• Stelhet och Parkinsonism• Inkontinens• Kramper• Kontrakturer

Ibland skiljer man mellan primära och sekundära symtom vid demens. Primära symtom inkluderar sådana som är en direkt konsekvens av hjärnskadan. Det kan röra sig om allt från glömska, försämrad praktisk förmåga till förändrad personlighet och omdömeslöshet. Sekundära symtom kan vara sådana symtom som av andra uppfattas som uttryck för hur personen med demenssjukdom upplever och reagerar på sin situation (och försöker anpassa sig till den). Här är det viktigt att komma ihåg att hur personen reagerar och uttrycker sig hör ihop med hur personen var och vilka erfarenheter personen hade innan sjukdomen började.

Vissa symtom som är vanliga vid demenssjukdom är även vanliga symtom vid andra sjukdomar. Det är därför viktigt att utesluta andra sjukdomar vid utredning och diagnosticering av demens. En demenssjukdom går inte att bota, utan syftet med hälso- och sjukvårdens åtgärder och vård- och omsorgens insatser är att underlätta vardagen och bidra till en så god livskvalitet som möjligt i sjukdomens olika skeden.

3.2 Hur vanligt är demens?

Demens är inte en del av det normala åldrandet och de flesta äldre drabbas inte av en demenssjukdom. Ännu är dock demens en av de vanligaste sjukdomarna för personer över 60 år i Sverige och demenssjukdomar hör till landets högst prioriterade sjukdomar enligt riksdagens beslut om prioriteringsordningen 1997 (prop. 1996/97:60). De allra flesta som insjuknar är äldre, demens är sällsynt före medelåldern. Efter 65 års ålder ökar risken betydligt – var femte person över 80 år är drabbad (Demenscentrum 2016).

Forskning visar att cirka 130 000-150 000 personer har demenssjukdom i Sverige i dag. När det gäller antal nyinsjuknade visar skattningar på att antalet per år som nyinsjuknar är 20 000-25 000 personer. Det finns inget som tyder på att risken för att få en demenssjukdom har ökat på senare år, andelen personer med demenssjukdom beräknas därför inte att öka. Däremot förväntas antalet personer med demenssjukdom att öka, när det stora antalet personer födda på 1940-talet når hög ålder samtidigt som medellivslängden ökar. År 2050 beräknas uppemot 240 000 personer ha en demenssjukdom, vilket ställer stora krav på samhället och utformningen av vård och omsorg för den här målgruppen (Skog 2015, Demenscentrum 2016).

Risken att drabbas av en demenssjukdom ökar kraftigt med ökad ålder. En vanlig beräkning är att mellan 8-10 procent av personer äldre än 65 år har en demenssjukdom. Efter 65 års ålder i stort sett fördubblas risken att drabbas av demens varje fem-årsperiod. Var femte person, eller 20 procent, av personer över 80 år beräknas ha en demenssjukdom (Skog 2015, Demenscentrum 2016).

Även medelålders och yngre personer kan drabbas av en demenssjukdom, även om det är mindre vanligt. (Demenscentrum 2018). I Sverige uppskattas omkring 9000 personer under 65 år leva med en demenssjukdom, de flesta av dessa är mellan 60-65 år gamla. Forskning visar att funktionsnedsättningen Downs syndrom innebär en ökad risk att få en demenssjukdom och den största gruppen av personer under 50 år som lever med en demenssjukdom i Sverige idag har Downs syndrom. Vid 60 års ålder har upp emot hälften av alla personer med Downs syndrom tydliga tecken på demenssjukdom. Personer med Downs syndrom har ofta Alzheimerliknande demens (Socialstyrelsen, 2019).

3.3 Är det möjligt att förebygga demens?

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU 2006) har granskat forskning kring riskfaktorer för att utveckla en demenssjukdom. Resultaten visar att den enskilt största riskfaktorn är hög ålder. Andra riskfaktorer har mer eller mindre vetenskapligt stöd. Idag vet vi att kvinnor drabbas av demenssjukdom i högre utsträckning än män, också om man tar hänsyn till att kvinnor lever längre (Demenscentrum 2016). Det finns även vetenskapligt stöd för att en person som har en eller flera anhöriga med Alzheimers sjukdom har en viss ökad risk att själv drabbas (Demenscentrum 2018). Personer med en eller flera anhöriga med demenssjukdom har 2-4 gånger högre risk att själva bli sjuka jämfört med personer som inte har någon nära anhörig med demenssjukdom (Skog 2014). Ett visst vetenskapligt stöd finns även för att utbildningsnivå har ett samband med risken att utveckla en demenssjukdom, personer med en lägre utbildningsnivå har en viss ökad risk att drabbas av demens (Demenscentrum 2016).

Ju mer kunskap vi får om vad som orsakar demens, desto bättre kunskap får vi också om möjliga sätt att förebygga eller minska risken att drabbas av demenssjukdom. På senare tid har ett antal skyddsfaktorer mot demenssjukdom identifierats, faktorer som i hög utsträckning är kopplade till livsstil, såsom en aktiv fritid med mental stimulering och sociala kontakter. För äldre personer som lever ett aktivt liv, minskar risken att insjukna med 30-40 procent. Viss forskning tyder även på att fysisk aktivitet har en skyddande effekt, även om det enligt SBU ännu inte finns tillräcklig evidens för att stödja ett sådant uttalande (Demenscentrum 2018).

3.4 Kostnader för demens

Samhällets kostnader för demenssjukdomar är höga, ca 50 miljarder om året. Kommunerna bär de största kostnaderna, mellan 80-85 procent, följt av anhöriga 10 procent och landstingen 5 procent.

De särskilda boendeformerna utgör den största delen av kostnaderna cirka 67 procent medan hemtjänst står för cirka 14 procent av kostnaderna.

SBU uppskattar att hälften av personer sjuka i en demenssjukdom har flyttat in till särskilt boende inom 2,5-3 år efter diagnos (SBU 2006). Socialstyrelsen har gjort uppskattningar som visar att ca 45 procent av personer med demenssjukdom bor i särskilt boende, medan strax över hälften bor i eget boende (Socialstyrelsen 2017).

En sammanställning av de rekommendationer Socialstyrelsen beskriver i de Nationella riktlinjerna uppskattar att uppgå till 0,9-1,1 miljarder kronor under första året för hela Sverige. De två största kostnaderna som kunnat beräknas berör rekommendationer om daglig verksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom samt utbildning, träning och handledning av vård- och omsorgspersonal (Socialstyrelsen 2017).

3.5 Statistik kring demens för Alingsås kommun 2018

Som beskrivits i tidigare avsnittet uppskattas 130 000-150 000 personer i Sverige ha en demenssjukdom. För Alingsås kommun skulle detta motsvaras ca 560 personer. Årligen uppskattas ca 90 personer i Alingsås att drabbas av en demenssjukdom.

Alingsås kommun har idag 189 boendeplatser på särskilt boende för personer med demenssjukdom. Uppskattningsvis bor cirka 180 personer med en konstaterad demensdiagnos på ett demensboende, medan ytterligare mellan 20-25 personer som har en konstaterad demensdiagnos bor på serviceboende.

Därutöver bor ytterligare en del personer med demensliknande symtom eller en outhärdad demenssjukdom på gruppboende fys. Utöver boendeplatser på särskilda boenden, bor också personer med demenssjukdom eller demensliknande symtom kvar i ordinärt boende med stöd av hemtjänsten. Ytterligare en del personer bor i ordinärt boende och har stöd av personlig assistent eller bor i en gruppboende LSS eller serviceboende LSS inom vård- och omsorgsförvaltningens område.

4 Västra Götalandsregionens (VGR) ansvar för personer med demenssjukdom

4.1 Demensutredning

Primärvården ansvarar för att genomföra demensutredningar och fastställa diagnos.

4.2 Samverkan mellan VGR och kommunen

Sjukvård till personer som bor i ordinärt boende ansvarar Västra Götalandsregionen för, om behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser är tillfälligt och den enskilde kan ta sig till t.ex. en vårdcentral eller lasarett. Ansvaret för personliga hjälpmedel följer detta ansvar.

Kommunen ansvarar för hemsjukvård upp till sjuksköterskenivå till personer i ordinärt boende som har ett varaktigt behov, oavsett ålder, diagnos/er och funktionsnedsättning av fysisk och/eller psykisk karaktär och som motiverar att vården ges i hemmet. Kommunen har också ansvar för hemsjukvård till personer i särskilda boendeformer. Ansvaret för personliga hjälpmedel följer detta ansvar.

Se gärna [Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsavtal](#) för mer information.

5 Kommunens verksamheter för personer med demenssjukdom

Vård- och omsorgsförvaltningen har hälso- och sjukvårdsansvar för samtliga personer med demenssjukdom som är inskrivna i kommunal hemsjukvård. Vård- och omsorgsförvaltningen har också ansvar för personer med demenssjukdom som har insatser enligt socialtjänstlagen oavsett ålder.

Personer som har en demenssjukdom och för personer som ännu inte fått diagnos som har behov av stöd och hjälp, kan ansöka hos kommunen om stödinsatser enligt socialtjänstlagen, se rubrik 5.2 nedan. Kommunen erbjuder också viss kostnadsfri social service till personer som har en demenssjukdom och för personer som ännu inte fått diagnos därtill för deras anhöriga, se rubrik 5.1 nedan.

5.1 Social service

Kommunen erbjuder viss kostnadsfri service till personer som har en demenssjukdom och för personer som ännu inte fått diagnos därtill för deras anhöriga, se rubrikerna 5.1.1 - 5.1.6 nedan. Denna service kan du få tillgång till utan att skicka in en ansökan till kommunen.

5.1.1 Demensjuksköterska

Kommunens demensjuksköterska arbetar med information, stöd och handledning till anhöriga och personal. Demensjuksköterskan har ett nära samarbete med biståndshandläggare, sjuksköterskor och övrig personal.

Se gärna [Alingsås kommuns demensjuksköterska](#) för mer information.

5.1.2 Stödpersoner (erbjuds vid diagnostiserad demenssjukdom)

I kommunen finns stödpersoner som kan ge stöd till personer som har en diagnostiserad demenssjukdom och till anhöriga. Personen behöver inte vara inskriven i kommunal hemsjukvård för att få tillgång till en stödperson. Stödpersonerna kan ge råd och stöd i sjukdomsförloppet och på ett enkelt sätt ge kunskap om vilka stödinsatser som finns att få. Stödpersonen kan också guida den enskilde och anhöriga till olika samhällsfunktioner.

Stödpersonen är utbildad undersköterska med vidareutbildning i demens och har goda kunskaper om vilken hjälp som finns för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Stödpersonerna kan även göra hembesök.

Se gärna [Alingsås kommun stödperson](#) för mer information.

5.1.3 Anhörigstöd

Anhörigstödet inom vård- och omsorgsförvaltningen vänder sig till dig som hjälper eller stödjer någon äldre som på grund av ålder, funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom inte klarar vardagen på egen hand. Anhöriga kan vara make/maka, barn, annan släkting eller god vän. Det finns olika former av stöd och hjälp att få för som vårdar, till exempel enskilda samtal, föreläsningar, anhörigcirkel samt olika former av avlösning. Se [Anhörigstöd](#) för information.

5.1.4 Träffpunkter

Inom vård- och omsorgsförvaltningen finns fem Träffpunkter som vänder sig till äldre personer som vill delta i olika aktiviteter tillsammans med andra personer. Det viktigaste är social samvaro. Till Träffpunkterna är alla välkomna, både personer som bor i eget boende eller på ett äldreboende.

”Träffpunkterna vänder sig till dig som vill medverka i någon trevlig aktivitet och samtidigt träffa andra seniorer. Det viktigaste är en social samvaro.”

Se gärna [Träffpunkter](#) för mer information.

5.1.5.1 Alzheimers café

Till Alzheimers café kommer personer som känner någon eller själva har drabbats av en demenssjukdom.

”Vi fikar, lyssnar på musik, skrattar och tar till vara på livet. Tillsammans. Lär dig saker som du inte visste om sjukdomen – och dela med dig av det du vet.”

Se gärna [Alzheimers café](#) för mer information.

5.1.6 Fridhem (dagverksamhet)

I kommunen finns en dagverksamhet för personer med demenssjukdom eller liknande symtom. Platserna förmedlas av kommunens demenssjuksköterska.

Personalen på Fridhem arbetar bland annat med att stödja personen med demenssjukdom att behålla minnesfunktioner genom stimulans och aktivitet och ge möjlighet att knyta nya vänskapsband. Fridhems personal ger även stöd till anhöriga.

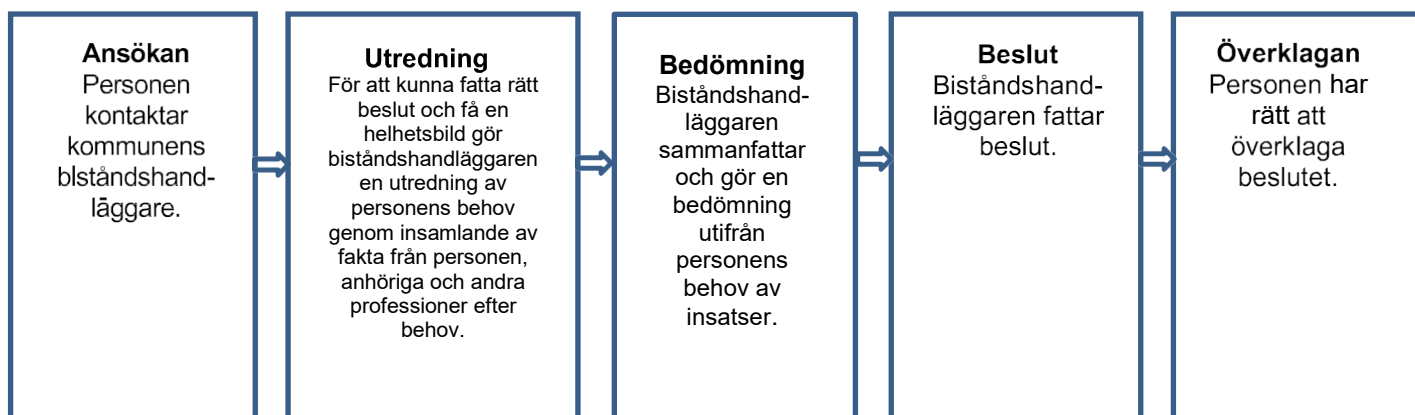
Se gärna [Fridhem](#) för mer information.

5.2 Behovsbedömda insatser

Personer som är i behov av stöd och hjälp i sin vardag har också möjlighet att ansöka om bistånd hos kommunen enligt socialtjänstlagen. Det är en biståndshandläggare hos kommunen som gör bedömningen av vilka behov av hjälp och stöd (bistånd) personen har. Ett beslut om bistånd kan överklagas.

Se gärna [Ansökan om bistånd](#) för mer information.

För att få tillgång till följande stödinsatser behöver en ansökan skickas till kommunen.



5.2.1 Dagverksamhet, Eternellen

Kommunen driver en dagverksamhet för personer med demenssjukdom, Eternellen. Verksamheten vänder sig till personer med en konstaterad demenssjukdom och som bor i eget boende.

Se gärna [Eternellen](#) för mer information.

5.2.2 Hemtjänst

Se gärna [Hemtjänst](#) för mer information.

5.2.3 Korttidsboende SoL och växelvård

Se gärna [Korttidsboende och växelvård](#) för mer information

5.2.4 Särskilt boende

För att få en plats på ett demensboende ska den enskilde ha en diagnostiserad demenssjukdom.

Se gärna [Särskilt boende](#) (äldreboende) för mer information.

5.2.5 Hemsjukvård

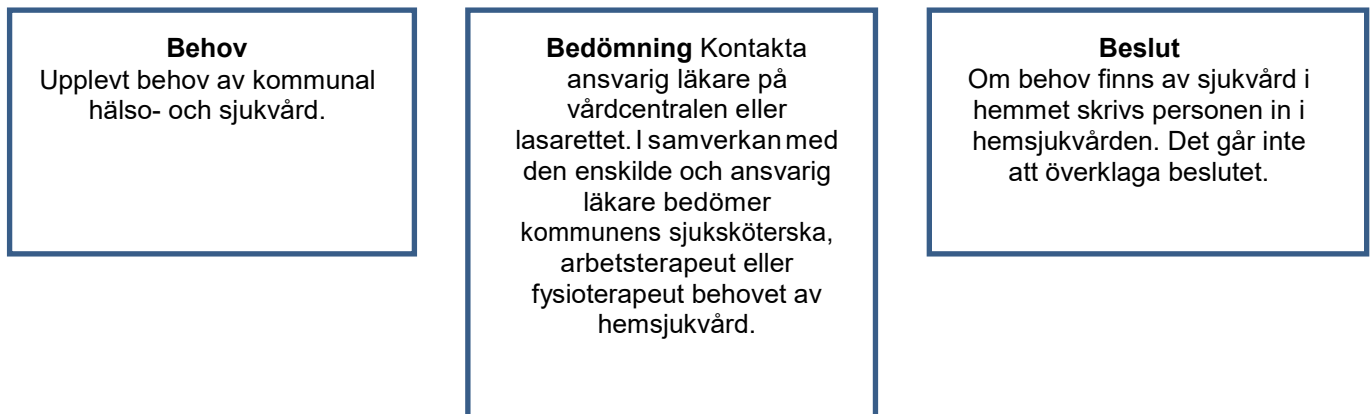
Kommunal hemsjukvård blir aktuellt när den enskilde inte längre kan ta sig till primärvårdens sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut. För att få tillgång till den kommunala hemsjukvården ska den patientansvariga läkaren i primärvården kontaktas.

I kommunens hälso- och sjukvårdsansvar ingår:

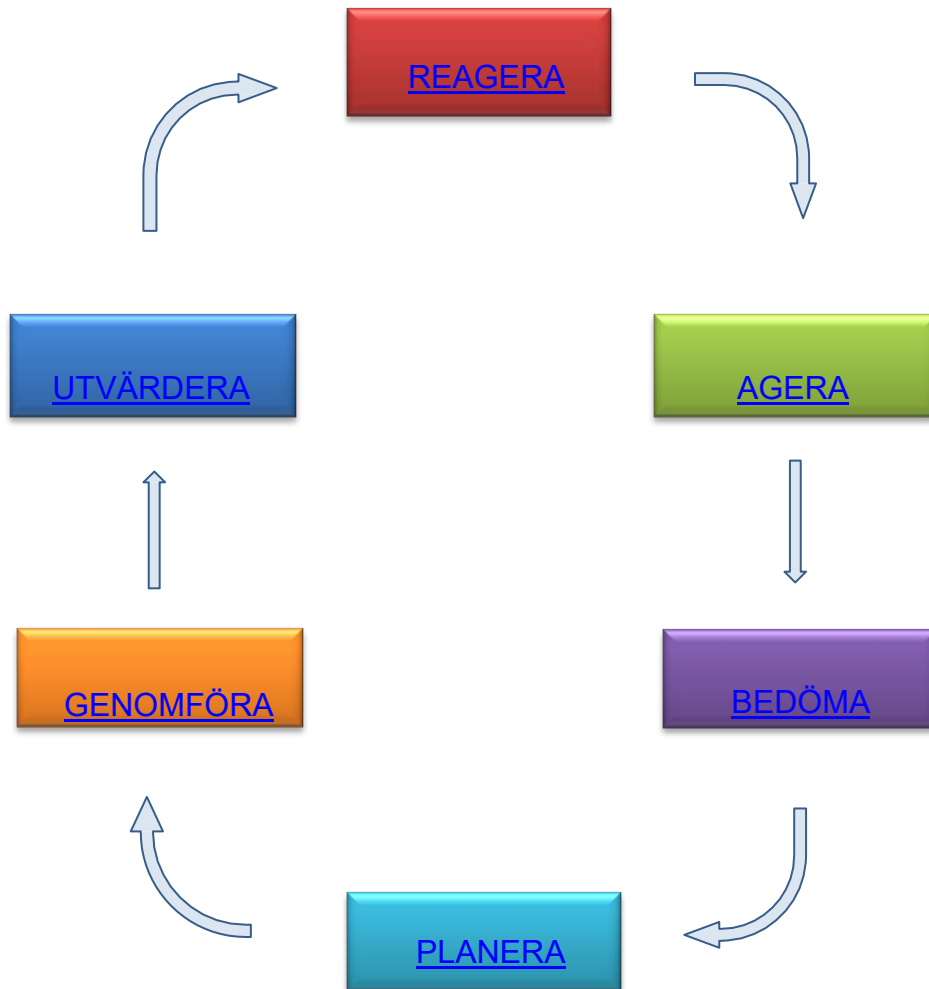
- omvårdnad utifrån sjuksköterskans kompetensområde.
- rehabilitering/habilitering som utgår från det kompetensområde som finns hos arbetsterapeut och fysioterapeut och avser rehabilitering/habilitering på basnivå.
- personliga hjälpmedel.

För mer information, se gärna [Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsavtal](#).

Personer som är i behov av kommunal hälso- och sjukvård går tillväga på följande sätt:



6 Arbetsgång i Alingsås kommun vid misstanke om demenssjukdom



Reagera

För att kunna arbeta förebyggande och ge stödinsatser är det av största vikt att tidigt upptäcka och reagera på om en person får ett förändrat beteende eller andra symtom som inte känns igen. Vänta inte tills det förändrade beteendet har blivit ett stort problem.

Eftersom symtom på en begynnande demenssjukdom, eller förändrade symtom hos en person som har en demensdiagnos, ofta kommer smygande är det viktigt att alltid systematiskt dokumentera det förändrade beteendet eller andra symtom som inte känns igen hos personen. Att kunna gå tillbaka och läsa igenom en dokumentation som har gjorts systematiskt underlättar både då en person får en utredning av demenssjukdom och då det finns behov av olika former av insatser.

Att tidigt få en utredning och en demensdiagnos förbättrar möjligheterna att sätta in

symtomlindrande läkemedel i ett tidigt skede av sjukdomen. Att få symtomen utredda i ett tidigt skede gör det också lättare att utesluta andra behandlingsbara tillstånd såsom konfusion, depression, infektion eller annan sjukdom.

Tidig upptäckt ger också större möjligheter till tidiga sociala insatser som underlättar vardagen för personen och dennes anhöriga. Det innebär till exempel att personen kan bo kvar längre i det egna boendet. Anhörigstöd och anhörigutbildning har också avsevärt större effekt om det kommer igång i ett tidigt skede.

Var observant på följande symtom:

Försämring av minnet (amnesi)

- Ökat behov av att använda minneslappar.
- Svårt att komma ihåg överenskomna tider.
- Dygnsrubbning.
- Svårt att orientera sig i tid och rum.

Försämrad förmåga att hitta i olika miljöer (nedsatt orienteringsförmåga)

- Svårt att hitta i obekanta och bekanta miljöer.
- Försämrad avståndsbedömning (t.ex. svårigheter att sätta sig på en stol).

Försämrad förmåga att utföra praktiska göromål (apraxi)

- Svårt att utföra vardagliga sysslor trots god rörlighet.
- Svårt att använda vardagliga föremål som telefonen eller kaffebryggaren.
- Svårt att sköta sin hygien eller klä på sig trots god rörlighet.
- Svårt att göra inköp, betala samt packa ihop det man köpt.

Svårigheter att uttrycka sig i tal (afasi)

- Tappar ord och har svårt att uttryckasig.
- Upprepar sig ofta vid tal, kan lätt staka sig och kastar om ord och uttryck.
- Avtagande förmåga att läsa och förstå, har svårt att samtala.
- Klarar inte längre av att lyssna på radio eller se på tv.
- Personen har svårt att skriva brev och fylla i blanketter.

Kroppsliga förändringar

- Rör sig långsammare och får plötsliga låsningar i kroppen, får stelare rörelser, är darrhant, kan få kramper.
- Förändrat sätt att gå, går med kortare trippande steg, är mer klumpig i sina rörelser.
- Försämrad balans och faller lättare omkull.

Svårigheter i att planera (minskad exekutiv förmåga)

- Svårt att organisera och genomföra det man kommit överens om.
- Nedsatt ordningssinne (jämfört med tidigare i livet).
- Svårt att planera genomföra och avsluta. Personen har svårt att följa instruktioner.

Svårigheter i tänkandet (kognitiv störning)

- Långsamt tänkande och behöver ibland väldigt lång tid för att svara på frågor.
- Problem att räkna och förstå sin ekonomi och pengars värde.
- Tappar lätt tråden, skiftar plötsligt samtalsämne och tystnar för att man inte vet vad man ska säga.

Förändrad personlighet

- Minskat engagemang eller är likgiltig när det gäller t.ex. hygien, klädsel eller matvanor.
- Fåordig, använder samma uttryck hela tiden.
- Svårt att visa medkänsla och förstå andra människors reaktioner.
- Ökad aktivitet och nya svårhanterliga vanor.
- Snabba humörsvängningar.
- Förändrat sinne för humor och har svårt att förstå skämt.
- För ologiska resonemang.
- Ändrade matvanor och ett försämrat bordsskick.
- Svårt att tolka hunger och mättnadskänslor.

Psykiska symtom

- Nedstämd, grubblande, apatisk eller får en kraftigt ökad entusiasm som gränsar till maniskt beteende.
- Känslig för stress, blir orolig och ängslig i situationer man tidigare klarat av.
- Mycket stark oro som övergår i ångestattacker eller tvångshandlingar.
- Förändrade sovvanor, sover mer eller mindre än tidigare eller vid andra tidpunkter.
- Ökad irritation, har svårt att behärska ilska, kan bli hotfull och våldsam.
- Ökad rastlöshet, svårt att komma till ro och en ökad aktivitet eller vandrande.
- Ökad misstänksamhet, visar obefogad svartsjuka eller har tvångstankar.

Agera

Vid upptäckt av ett förändrat beteende eller symtom som inte känns igen hos personen är det viktigt att du som personal agerar och rapporterar vidare så att personen kan få till exempel en utredning eller olika typer av stödinsatser.

Som personal ska du kontakta patientansvarig sjuksköterska (PAS) eller din närmaste chef om personen har hemsjukvård. I annat fall kontaktar du din närmaste chef. Chefen har ansvar för att det finns lokala rutiner för fortsatt agerande.

De lokala rutinerna ska innehålla:

- Beskrivning av vilka kontakter som ska tas i syfte att i samråd med den enskilde samla information. Kontakt bör tas med:
 - Den enskilde personen
 - Anhöriga
 - Demenssjuksköterska
 - Anhörigstödet
- Beskrivning av vem som ansvarar för att ta ovan nämnda kontakter.
- Beskrivning av hur personen och anhöriga ska informeras om vilka kontakter de eventuellt själva kan ta för vidare hjälp.

Samtycke ska inhämtas från personen.

Bedöma

En bedömning av personens symtom ska göras för att:

- Personen ska få sina symtom utredda av läkare.
- Personen ska få en bedömning av sina behov av sociala insatser.
- Personen ska få en bedömning av sina behov av hemsjukvård.

Planera

Utifrån personens behov ska en planering göras av utförandet av vården och omsorgen. Den enskilde ska vara delaktig i planeringen. Det är därför viktigt att:

- Internt: Samverka mellan hälso- och sjukvårdsavdelningen, kvarboendeavdelningen och äldreboendeavdelningen. I planeringen ska också kontakt tas med demenssjuksköterska.
- Extern: Initiera till en samordnad individuell plan (SIP) vid behov. I planeringen ska kontakt också tas med demenssjuksköterska. Se vidare [Information om SIP](#).

Genomföra

För att kunna ge en god och säker personcentrerad vård och omsorg till personer med demenssjukdom är det viktigt att alla i arbetsgruppen har en gemensam plan för hur vården och omsorgen ska utformas och genomföras. Detta beskrivs i en individuell genomförandeplan. Till hjälp används dokumenten; [Rutin ankomstsamtal till genomförandeplan](#), [Livshistoria Genomförandeplan - manual upprättande av](#), [Samtalsguide för planering av genomförandeplan](#), [Genomförandeplan exempelmall](#), [Genomförandeplan mall](#), [Samtalsguide för uppföljning av genomförandeplan](#)

Omvårdnadsplan: Se Magna Cura

BPSD: [Rutin för arbete med BPSD](#)

Senior Alert: [Rutin Senior Alert](#), [Informationsmaterial Senior Alert](#)

Förhållningssätt och metoder i arbetet med personer med demenssjukdom

Klicka dig vidare för mer information:

[Värdegrund](#)
[Personcentrerad vård och omsorg](#)
[Salutogent förhållningssätt](#)
[Jag-stödande förhållningssätt](#)
[BPSD](#)
[Senior Alert](#)
[Rekommendationer och stöd](#)
[Fysisk aktivitet](#)
[Bemötande](#)
[Reflektionstid i arbetsgruppen](#)
[Reminiscens](#)
[Genombrottsmetoden](#)
[Nollvision](#)
[Inre miljöfaktorer](#)
[Yttre miljöfaktorer](#)

Värdegrund

Äldreomsorgen ska sträva efter att alla personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå det ska äldreomsorgen bland annat värna och respektera den enskilde personens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande och delaktighet. Äldreomsorgen ska stödja den personen att så långt det är möjligt kunna leva sitt liv på det sätt den önskar. Personen ska ha inflytande och ges möjlighet till egna val.

Socialstyrelsens [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom](#) vilar på lagstiftningen om en nationell värdegrund för äldreomsorgen. I kommunens Kvalitetskrav för [Hemtjänst](#), [Särskilt boende](#) och [Hemsjukvård](#) finns flera krav kopplade till den nationella värdegrunden.

Personcentrerad vård och omsorg

Vi ska arbeta personcentrerat, vilket innebär att sätta personen, inte sjukdomen, i centrum. Utgångspunkt i arbetet är den enskilde personens upplevelse av

verkligheten. För att ge vård och omsorg som är personcentrerad är det viktigt att ha kännedom om vilka värderingar personen har, hur personen har levt sitt liv och vad personen tycker om och inte tycker om. Personen bör uppmuntras i att berätta om sig själv och sitt liv, och bli bekräftad i sitt berättande. En personcentrerad vård och omsorg innebär att personal, utifrån den kunskap man har om personen med demenssjukdom, strävar efter att förstå vad som är bäst för personen utifrån dennes perspektiv.

Personen med demenssjukdom ska betraktas som en aktiv samarbetspartner och vi ska värna den enskilde personens självbestämmande och möjlighet till medbestämmande.

Personcentrerad vård och omsorg innebär också att ta hänsyn till en enskild persons behov som har att göra med annan kulturell eller språklig bakgrund. Att ta kulturella hänsyn kan innebära att ge personen med demenssjukdom möjlighet att utöva sin religion, få kulturellt anpassad mat och bevara sina kulturella traditioner.

Att ge personer med demenssjukdom en personcentrerad vård och omsorg ges högsta prioritet i Socialstyrelsens [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom](#). I kommunens Kvalitetskrav för [Hemtjänst](#), [Särskilt boende](#) och [Hemsjukvård](#) tydliggörs också att vården och omsorgen ska vara personcentrerad.

Se gärna [Personcentrerad vård och omsorg](#) för mer information.

Salutogent förhållningssätt

Vården och omsorgen ska kännetecknas av ett salutogent förhållningssätt, vilket innebär att ha det friska i fokus och att arbeta för att skapa en känsla av sammanhang i tillvaron. En känsla av sammanhang kan skapas om livet upplevs vara meningsfullt, begripligt och hanterbart.

Meningsfullhet handlar om att ha en känsla av att tillvaron har en mening, till exempel genom att ingå i en gemenskap, kunna ägna sig åt någonting som intresserar personen samt känna sig delaktig och behövd. Begriplighet handlar om att förstå sig själv, sin omgivning och tillvaro och att vara förstådd. Personer som har en hög begriplighet upplever ofta tillvaron som ordnad, sammanhängande och strukturerad. Personer som har en låg begriplighet kan istället uppleva tillvaron som kaosartad, oordnad och oförutsägbar. Hanterbarhet handlar om en upplevelse av att ha tillräckligt med resurser för att hantera påfrestningar. Att utsättas för alltför stora påfrestningar kan skapa stress, frustration och uppgivenhet. Att inte få använda sina resurser kan å andra sidan skapa passivitet, nedstämdhet och hjälplöshet hos personen.

Jag-stödjande förhållningssätt

Ett jag-stödjande förhållningssätt är en strategi vi ska använda i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom.

Se gärna [Jag-stödjande förhållningssätt](#) för mer information.

BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården och omsorgen av personer med demenssjukdom. Vård- och omsorgsförvaltningen använder BPSD-registret som en metod i arbetet med personer med konstaterad demenssjukdom.

Vid inflytt till demensboende ska en observation av BPSD symtom göras med hjälp av BPSD-registret. Därefter ska BPSD användas systematiskt som metod. Hemtjänsten använder sig också av metodiken som ett verktyg i att ge god omsorg till personer med demenssjukdom. Samtycke ska alltid inhämtas från den enskilde innan registrering i BPSD-registret görs. Se: [Rutin för arbete med BPSD](#)

Se gärna [BPSD](#) för mer information.

Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att förbättra kommuners och landstings förebyggande arbete, registrering av riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att förbättra vården och omsorgen.

Vård- och omsorgsförvaltningen använder Senior Alert i arbetet med personer med demenssjukdom, efter inhämtat samtycke. Se: [Rutin Senior Alert](#), [Informationsmaterial Senior Alert](#).

Se gärna [Senior Alert](#) för mer information.

Rekommendationer och stöd

Vid mild till måttlig demenssjukdom

I början av sjukdomen handlar det ofta om att ge hjälp till självhjälp. Genom att uppmuntra till det som fungerar och vägleda kan funktioner bevaras så länge som möjligt.

- *Ge lagom mycket stöd*
För mycket hjälp kan resultera i ett slags inlärdd hjälplöshet som gör personen med demenssjukdom alltför tidigt beroende av andra och kan framkalla oro hos denne. För lite hjälp kan istället leda till misslyckanden som i sin tur skapar frustration och ilska. T.ex.:
 - Fasta återkommande dagliga göromål ger struktur och rytm åt dagen och stöd åt den sviktande tidsuppfattningen.
 - Tänk på att personen behöver en tydlig och trygg miljö.
 - Försök att hitta en balans mellan vad personen klarar och vad han/hon behöver hjälp med. (För mycket omvårdnad passiviserar - för lite orsakar stress)

- *Ge gott om tid*
Stress och brist på tid påverkar i hög grad våra förmågor. En person med

demenssjukdom behöver mer tid än förut för att kunna utföra vardagliga aktiviteter. T.ex.:

- Var koncentrerad och uppmärksam i umgänget med personen.
- Skifta inte för snabbt mellan olika samtalsämnen. Avsluta det ni förstsamtalat om.

- *Motivera, påminn och vägled*

Initiativförmågan brukar vara påverkad redan tidigt i demenssjukdomen, personen kan ha svårt att komma igång med olika aktiviteter. Det stöd man då börjar med att ge är påminnelser och uppmaningar, att "putta på". Om personen inte förstår eller är osäker på vad denne klarar av kanske han/hon säger nej för säkerhets skull. Då gäller det för den som möter personen att förstå varför personen med demenssjukdom säger nej och att komma på något som skapar intresse och motivation att utföra en aktivitet. T.ex.:

- Ta tillvara personen egna initiativ, uppmuntra och underlätta genomförandet genom att använda rutiner och tillvägagångssätt som han/hon känner igen (vilket kan innebära att du som hjälpare får göra på ett sätt som känns främmande och opraktiskt). Tänk efter för vems skull ni gör det ni gör.
- Använd bilder, kort, skalor etc. som stöd och hjälp i samtal och utförande tillsammans med personen. Ta kontakt med arbetsterapeut för stöd.

- *Uppmuntra*

Alla behöver uppmuntran, men det kan vara en konst att ge det utan att det upplevs som en klapp på huvudet.

- *Var pedagogisk och förklara*

Hjälp personen att förstå det som verkar obehagligt och kanske skrämmande. Man kan behöva förklara att vissa svårigheter är vanliga och beror på sjukdomen.

- *Se resurserna och acceptera begränsningarna*

Den som är i början av sin sjukdom är ofta medveten om sina begränsningar och känner sig otillräckligt och mindervärdig och fokuserar därför lätt på svårigheterna. Då är det viktigt att poängtera att han/hon faktiskt klarar av vissa saker, men kan behöva hjälp med andra. Personen kan behöva stöd att förstå vad som är rimligt och orimligt att klara av. T.ex.:

- Tänk på att en person med demenssjukdom ständigt kan hamna i situationer som han/hon inte behärskar och därmed alltid befinner sig i underläge.

- *Stöd i att fatta rimliga beslut*

Personen kan behöva stöd i att fatta rimliga beslut som ligger i linje med egna intressen och värderingar. T.ex.:

- Undvik att ställa personen inför många och komplicerade val.

- *Ge hjälp att sätta ord på känslor*

Det är för många en krisartad upplevelse att få en demensdiagnos. Svårigheter att hitta ord, att glömma saker och t.ex. inte få köra bil väcker sorg och oro inför framtiden. Det är skrämmande att inte förstå vad som håller på att hända, men att få hjälp att sätta ord på känslorna kan göra dem mer hanterbara.

Vid måttlig till svår demenssjukdom

När personen med demenssjukdom har fått stora nedsättningar i sina funktioner kan mer konkret hjälp behövas i vissa situationer. Att "ta över" och aktivt hjälpa någon kräver lyhördhet av den som ger hjälpen. Det är viktigt att känna till och ta hänsyn till personens livshistoria, levnadsvanor, värderingar och personlighet.

- *Ge praktisk assistans*

När det inte längre räcker med verbal vägledning för att klara av en aktivitet måste man ge mer aktiv hjälp. Man kan visa med kroppen eller hjälpa till att påbörja en rörelse genom guidning. Först i nästa steg ger man fysisk hjälp. Det är viktigt att inte vara för snabb och ta över aktiviteten helt och hållet.

- *Var försiktig med verklighetsorientering*

Om personen är förvirrad och orolig kan förklaringar hjälpa ibland, men om man märker att det inte hjälper måste man försöka möta personen i dennes egen verklighet. Förklaringar kan väcka känslor av att inte bli förstådd, vilket i sin tur kan ge oro och ilska. T.ex.:

- Argumentera inte om personens vanföreställningar. Försök istället att bygga upp en förtroendefull relation. Var ärlig och tydlig. Håll överenskommelser.
- Bekräfta de känslor som väcks av t.ex. hallucinationer och vanföreställningar men inte sakinnehållet.
- Förstärk identiteten genom att ofta använda personens namn i samtalet.
- Anknyt så mycket som möjligt till personens levnadshistoria och försök leva dig in i hur personen upplever sig själv.
- Hjälptill att bevara personligheten i t.ex. klädval och frisyrr.

Se gärna [Jag-stödande förhållningssätt](#) för mer information.

Fysisk aktivitet

Forskning visar att deltagande i fysisk aktivitet kan minska risken att insjukna i demenssjukdom och kan bidra till att personen behåller sina funktioner längre.

Att ge personer möjlighet att delta i individuellt anpassad fysisk aktivitet har hög prioritet i [Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom](#). I kvalitetskraven för [Särskilt boende](#) uttalas vilka krav kommunen ställer på möjligheter till fysisk aktivitet för personer som bor på särskilt boende.

Bemötande

- *Övervaka inte i tid och otid.* Personen kan uppleva det kränkande att vara förföljd eller påpassad. Ingrip bara om personen hamnar i en situation som är uppenbart farlig eller kan upplevas förnedrande.
- *Om det blir tvärstopp i en situation* – börja inte argumentera. Gå därifrån ett tag eller låt någon annan ta över. Det är inget misslyckande. Om du däremot till varje pris ska klara situationen, bara för att andra brukar lyckas: Då har du misslyckats.

- *Förlängd reaktionstid.* Fråga inte slentrianmässigt. Om du inte har tid att vänta på reaktionen, låt då hellre bli att fråga.
- *Aktivera naturligt.* Att delta aktivt i sitt liv gör livet värt att leva. Låt "Anna" diska om hon vill. Kanske blir det inte så rent som du vill ha det men i det här fallet är aktiviteten viktigare än resultatet. (Om det behövs kan du ju diska om senare – när hon inte ser det).
- *Artighet är inte alltid en dygd.* Händer det att det sprider sig en oro på avdelningen när det är personalbyte? Kommentarer som t.ex. "Hej då nu ska jag gå hem!" kan upplevas som en signal till personen med demenssjukdom att det även är dags för denne att gå hem, vilket kan skapa oro.

Reflektionstid i arbetsgruppen

Att arbeta med vård och omsorg om personer med demenssjukdom innebär att ställas inför mer eller mindre svåra beslut, där det inte alltid är lätt att veta vad som är rätt och fel. Samtidigt kanske man som personal har flera olika personer att ta hänsyn till, såsom den enskilde, dennes anhöriga och andra vårdtagare.

Att tillsammans med arbetskollor og chef regelbundet få möjlighet dela med sig av upplevelser från vardagliga situationer i arbetet, är ett sätt att förstå mer om varför man upplever och handlar på ett visst sätt och kanske hitta andra lösningar på problem man ofta ställs inför.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen ska arbetsgrupper som arbetar med personer med demenssjukdom ha reflektionstid tillsammans med chef utifrån behov och förutsättningar. Till exempel demenssjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, anhörigsamordnare eller sjuksköterska kan också delta i reflektionstiden.

Reminiscens

Reminiscens är ett arbetsredskap i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Ordet reminiscens betyder hågkomst eller minne. Metoden bygger också just på personens minnen, till exempel från personens barn- och ungdomsår.

Reminiscens går ut på att minnet kan "komma igång" med hjälp av olika föremål, såsom fotografier, möbler eller musik. Genom att minnet kommer igång kan kommunikation och samvaro med anhöriga och personal underlättas. Personal som arbetar med denna metod bör vara beredda på att hantera svåra känslor som kan uppstå.

Se gärna [Reminiscens](#) för mer information.

Genombrottsmetoden

Genombrottsmetoden ska genomsyra verksamheter i Alingsås kommun och vara ett arbetssätt alla använder sig av.

Genombrottsmetoden är en metod för kontinuerligt förbättringsarbete på arbetsplatsen. Metoden innebär att arbetsgrupper, utifrån ett gemensamt övergripande tema, formulerar syfte och mål att arbeta utifrån för att förbättra vården/omsorgen om vårdtagaren; en användbar modell i den vardagliga verksamhetsutvecklingen. Erfarenheter visar att metoden har positiva effekter för både vårdtagarna, personalen och verksamheten i stort.

Se gärna [Genombrottsmetoden](#) för mer information.

Nollvision

Svenskt Demenscentrum ger ut *Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar*. Nollvision är en lättillgänglig mobilapplikation som vänder sig till chefer, vårdpersonal och anhöriga. I applikationen finns bland annat information om demenssjukdomar och tips och råd om bemötande och förhållningssätt.

Se gärna [Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar](#) för mer information.

Inre miljöfaktorer

Färg och färgkontraster kan underlätta för personer med demenssjukdom att orientera sig inomhus, om det används på rätt sätt. Ett olämpligt val av färger kan å andra sidan göra miljön förvirrande eller ge upphov till aggression och ångest.

- *Använd färger som kontrasterar mot varandra och har skilda ljushetsnivåer.* På så sätt kan man skilja föremål, möbler och dörrar från den omgivning de befinner sig i.
- *Blanka golv kan uppfattas som hala, isiga eller vatten och därmed svåra att gå på. Golvmaterialen bör därför vara matta.*
- *Mörka partier i golv kan försvåra* för en person att tolka sin omgivning. Har man nedsatt syn kan mörka mattor uppfattas som hål i golvet. Det kan vara förklaringen till varför man inte vill gå in på toaletten eller försöker hoppa över mattan med ett stort kliv. Ta bort mattan i så fall.
- *Dörrar som inte behöver dra uppmärksamhet* till sig kan målas i samma färg som den omgivande väggen. Dörren till den egna lägenheten kan med fördel målas i en kontrasterande färg än den omgivande väggen.
- *Dörrhandtag, strömbrytare, ledstänger och toalettring* i kontrast mot bakgrunden kan stödja ett oberoende dagligt liv. *Färgmarkering* kan ske med så enkla medel som tejp och plastfilm.
- *Textilier, tapeter, golv och bänkytor bör vara diskreta eller enfärgade.* Mönster kan uppfattas som att de "rör på sig", eller som till exempel smuts eller konkreta föremål som kan vilja plocka till sig.

Belysning kan stödja ett normalt sömn- och vakenhetsmönster. Om belysningen inte är tillräcklig tror hjärnan att det är natt och man riskerar att känna sig trött.

- I badrum och runt matbordet behövs *god allmänbelysning utan skuggeffekter.*

Ljud som upplevs behagligt och som man förstår vad det är, kan bidra till social gemenskap. Motsatsen kan istället leda till irritation och rastlöshet. Personer med demenssjukdom har ofta en nedsatt koncentrationsförmåga. Därför är det viktigt att undvika eller minimera buller och distraktion i gemensamma lokaler.

Namnskylt på lägenheten på boendet bör vara placerad i höjd med dörrhandtaget. För att förstärka orienteringen kan symboliska identitetssaker användas (t.ex. en krok att hänga kepsen på).

I badrummet. En fast tvål istället för flytande tvål kan underlätta för personen att klara sin hygien. Det är även viktigt att saker som hör ihop står tillsammans, t.ex. raktvål och rakhyvel, tandborste och tandkräm.

Glasade ytor kan störa rumsuppfattningen eftersom personen har svårigheter att uppfatta glas som avgränsning. Möbler, plastfilm eller draperier kan användas för att dölja. Likaså kan speglar väcka förvirring eftersom personen kan uppfatta den egna spegelbilden som en annan person.

Möblera funktionellt i allmänna utrymmen. Möbleringen ska skapa en upplevelse av hemkänsla. Möblerna kan ha former och färger som väcker igenkännande och bidrar till en harmonisk boendemiljö. Det är viktigt att även se att möbler kan användas som stöd vid förflyttningar för personen eftersom denne kan ha svårare att använda hjälpmedel som till exempel rollator. Var försiktig med att möblera om och flytta föremål. Förändringar kan leda till oro.

Se gärna [Myndigheten för delaktighet; Miljöanpassningar som bidrar till ökad delaktighet](#) för mer information.

Yttre miljöfaktorer

Vid utevistelse. För att underlätta orienteringen är det bra om man kan "pränta in" vissa promenadstråk i den omgivande miljön. Att kommentera de saker man passerar gör att en person lättare minns var man ska gå och kan orientera sig. Finns möjlighet kan det vara bra att tänka på vilka saker som kan stimulera personen till aktivitet, t.ex. vattenkannor, krattor och räfsor väl synligt placerade samt planterings- och balkonglådor i lämplig arbetshöjd. Fågelbord och fågelholkar är andra exempel.

Se gärna [Myndigheten för delaktighet. Miljöanpassningar som bidrar till ökad delaktighet](#) för mer information.

Omsorg, vård och behandling

Klicka dig vidare för mer information:

[Måltider och nutrition](#)
[Munhälsa](#)
[Fallprevention](#)
[Förstoppning](#)
[Läkemedelsanvändning](#)
[Vård i livets slut](#)
[Begränsningsåtgärder](#)
[Hot och våld](#)

Måltider och nutrition

Många personer med demenssjukdom upplever problem i samband med måltidssituationen, vilket kan försvåra näringsintaget. Till exempel kan personen ha svårt att hantera bestick och föra mat till munnen, ha svårt att tugga och svälja på grund av symtom från munhålan eller på grund av agnosi ha svårt att känna igen den mat man har i munnen. På grund av sin sjukdom kan en del personer vara rastlösa och vilja resa sig upp från matbordet vid upprepade tillfällen.

Bristande näringsintag och undernäring kan få svåra konsekvenser. Till exempel konfusion, oro och sömnsvårigheter. I [Rutin för maten på äldreboende och korttidsboende](#) ges information om vilka krav som ställs inom måltid och nutrition.

Se gärna [Genombrott mat och hälsa](#) för mer information.

Munhälsa

Problem med munnen och tänderna kan få svåra konsekvenser, som t.ex. undernäring, smärtupplevelser, lunginflammation m.m. Det är enligt Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer därför viktigt att regelbundet göra en bedömning av munhälsan hos personer med demenssjukdom.

I kommunens Kvalitetskrav för [Hemtjänst](#) och [Särskilt boende](#) tydliggörs vilka krav som ställs på munvård. Alingsås kommun har avtal med externa leverantörer av tandvård.

Se gärna [Munhälsa](#) för mer information.

Fallprevention

Miljön på ett äldreboende eller i det egna boendet kan påverka risken att falla. Socialstyrelsen Nationella riktlinjer rekommenderar att flera åtgärder vidtas i kombination med varandra eftersom detta har störst preventiv effekt, såsom bedömning av fallrisk, kartläggning av tidigare fall, översyn av läkemedel, fysisk träning, förändringar i miljön som kan minska risken för fallolyckor.

Vård- och omsorgen i Alingsås kommun använder systematiskt Senior Alert. Se gärna [Rutin Senior Alert](#) och [Informationsmaterial Senior Alert](#) för mer information.

Förstoppning

Förstoppning kan leda till allvarliga sjukdomstillstånd och kan orsaka akuta konfusionstillstånd. För att förebygga förstoppning kan följande icke-farmakologiska åtgärder användas: fiberrik kost, vätska, fysisk aktivitet, individuellt regelbundna toalettvanor. Personer kan ha svårt att ge uttryck för att de är förstoppade. Symtom på behov av att gå på toaletten kan visa sig i ett förändrat beteende.

Läkemedelsanvändning

Enligt Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer bör hälso- och sjukvården endast i undantagsfall, då personcentrerade omvårdnadsinsatser och anpassning av vårdmiljön visat sig otillräckliga och tillståndet orsakar stort lidande för personen, pröva läkemedelsbehandling. Vid användning av läkemedel ska effekterna utvärderas regelbundet.

I Västra Götalandsregionen finns en Läkemedelskommitté som utfärdar medicinska riktlinjer för regionens hälso- och sjukvård. Se gärna följande två riktlinjer från Läkemedelskommittéen: [Demens](#) och [Läkemedel och äldre personer](#).

Vård i livets slut

Alingsås kommun har framtagna kvalitetskrav, där uttalas de krav som ställs på vård i livets slut, se [Rutin gällande beslut av vård i livets slut och beställning av vak vid livets slut](#). Se gärna även Svenskt Demenscentrums webbaserade utbildning [Palliation ABC](#).

Begränsningsåtgärder

För arbetsgång och ansvarsområden, se Alingsås kommuns riktlinjer för [Skydds- och begränsningsåtgärder](#).

Hot och våld

Alingsås kommun har en framtagen riktlinje [Våld och utsatthet i nära relationer](#). Se också vård- och omsorgsförvaltningens lathund för Arbetsmiljöbedömning hos vårdtagare på [äldreboende](#) och inom [i enskild vårdtagares hem](#).

Utvärdera

Demens är en sjukdom som förändras gradvis, vilket gör att effekten av de insatser och läkemedel man har satt in kan förändras över tid. Personens behov kommer också att förändras allt eftersom sjukdomen utvecklas. Det är därför mycket viktigt att göra regelbundna uppföljningar av den vård och omsorg som personen med demenssjukdom får. För omsorgspersonal kan det handla om att följa upp personens förmåga att ta hand om sig själv och sin personliga omvårdnad, för att veta om ytterligare hjälpinsatser behöver sättas in. För hälso- och sjukvårdspersonal är det viktigt att följa upp symtom och besvär som uppkommer relaterat till sjukdomen för att kunna lindra dessa besvär.

I uppföljningarna ska alla yrkesgrupper som arbetar med och därigenom har information om personen med demenssjukdom delta.

Uppföljningar görs enligt följande:

- Genomförandeplan följs upp var tredje månad och vid behov.
- Hemtjänst följs upp en gång per år och vid behov.
- Särskilt boende följs upp en tid efter inflyttning och sedan en gång om året och vid behov.
- BPSD följs upp enligt plan.
- Senior Alert minst en gång per år och vid behov.
- Omvårdnadsplan följs upp enligt plan.
- Läkemedelsgenomgångar följs upp en gång om året och vid behov.

Referenser

Myndigheten för delaktighet (2015). *Miljöanpassningar som bidrar till ökad delaktighet*. Stockholm: MFD.

SBU (2006). *Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU.

SBU (2006). *Vård av personer med demenssjukdom – vad vet vi idag?* Stockholm: SBU.

Skog, M. (2014). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*. Stockholm: Sanoma Utbildning AB.

Socialstyrelsen (2017). Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2018 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svenskt Demenscentrum (2014,2016,2018, 2019).
<http://www.demenscentrum.se/> Avläst: [2019-11-10].

Tre Stiftelser (2014). *Salutogent äldreboende. Om Tre Stiftelsers utvecklingsresa*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

Västkom, Västra Götalandsregionen (2012). *Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland 2012-2016*.

Westlund, P. (2015). *Att vända en verksamhet. Från en patogen till en salutogen äldreomsorg*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

Webbplatser med mer information

Alzheimer Sverige, <http://www.alzheimerforeningen.se/>

Demenscentrum, <http://www.demenscentrum.se/>

Demensförbundet, <http://www.demensforbundet.se/?gclid=CL79jtnN-csCFYTacgodVvQIJA>

Kunskapsguiden, <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Sidor/default.aspx>

Myndigheten för delaktighet, <http://www.mfd.se/>

Nationellt kompetenscentrum anhöriga, <http://www.anhoriga.se/>

Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar,
<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetsatt/Nollvision--for-en-demensvard-utan-tvang-och-begransningar1/> Stöd för unga anhöriga till demenssjuka:

<http://unganhorig.se/>

Vårdguiden 1177, <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Sok/?q=demens&ar=True>

Vårdhandboken, <http://www.vardhandboken.se/>

Äldrecentrum, <http://www.aldrecentrum.se/>