



Vägledning

för de delregionala vårdssamverkansgruppernas
framtagande av lokala tillämpningsanvisningar av
**Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid
demenssjukdom**

2018-01-25

Framtagen inom ramen för RCPH (Regionalt resurscentrum för psykisk hälsa)

1. Bakgrund

1.1 Nya nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Socialstyrelsen utkom i december 2017 med [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom](#), dessa ersätter tidigare riktlinjer från 2010. Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare i landsting och kommuner och ska ge stöd för styrning och ledning inom demensvården. Riktlinjerna innehåller rekommendationer och prioriteringar på gruppnivå med fokus på utvalda områden inom utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödinsatser, läkemedelsbehandling och utbildning. Totalt ingår 73 rekommendationer om åtgärder. Åtgärderna rangordnas enligt en skala 1–10 där 1 har högst angelägenhetsgrad och 10 lägst. Man kan grovt säga att högt rangordnade åtgärder ofta ger stor nytta för patienten och hög kostnadseffektivitet för samhället. Låg rangordning får åtgärder med begränsad effekt för patienten, högre kostnad eller där det vetenskapliga underlaget är ofullständigt eller bristfälligt.

Nationella riktlinjer inom området utkom första gången 2010. Socialstyrelsen har inför revideringen utvärderat demensvården och följsamhet till tidigare riktlinjer. När Socialstyrelsen nu reviderat riktlinjerna koncentreras rekommendationerna kring de områden där vården är ojämlig och som behöver utvecklas. För områden som är mer välfungerande gäller tidigare utfärdade rekommendationer även om riktlinjerna från 2010 upphört att gälla.

1.2 Nationella riktlinjer gemensamma för båda huvudmännen – en vägledning

I riktlinjerna finns rekommendationer som är gemensamma för båda huvudmännen men ger inte konkret och praktisk vägledning för utförare inom 49 kommuner och Västra Götalandsregionen. Patienter/brukare riskerar därför att hamna mellan stolarna eller att huvudmännen dubbelarbetar och resurser inte utnyttjas optimalt.

Syftet med vägledningen och med att ta fram lokala tillämpningsanvisningar är

- att de huvudmän som är närmast personen i fråga tillsammans tydliggör ansvar och samarbete
- för de gemensamma delarna i rekommendationerna
- för att tillsammans säkerställa en god vård och omsorg av den demenssjuke.

Utgångspunkt för denna vägledning är att hälso- och sjukvården och kommunen måste samverka genom ett lokalt samverkansavtal eller att en gemensam tillämpningsanvisning utgör grunden.

Vägledningen består av förslag på områden att utgå ifrån vid framtagning av den lokala tillämpningsanvisningen. Vägledningen innehåller fem centrala rekommendationer som Socialstyrelsen utfärdat och som är gemensamma för hälso- och sjukvården och kommunerna.

Vägledningen är ett första samarbete mellan huvudmännen som sker inom ramen för etableringen av ett regionalt resurscentrum för psykisk hälsa (RCPH), ett arbete gemensamt för Västra Götalandsregionen och VästKom som påbörjades 2017.

1.3 Fakta om demens

Demens är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Demenssjukdomar är progressiva tillstånd som leder till omfattande organisk hjärnskada med successivt tilltagande

funktionsnedsättning som på sikt leder till döden. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara uttalad och sänkt från en tidigare högre kognitiv nivå och så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Det finns idag ca 160 000 personer med demenssjukdom i Sverige. Risken att insjukna i demenssjukdom ökar med stigande ålder. Åtta procent av alla som är 65 år eller äldre, och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre, har en demenssjukdom. Det är ovanligt att demenssjukdom drabbar personer under 65 år. I Sverige uppskattas antalet yngre personer med demenssjukdom till ca 8 000–9 000.

Varje år nyinsjuknar ca 24 000 personer i en demenssjukdom och ungefär lika många med demenssjukdom dör. Det finns inget som tyder på att risken att insjukna i demens ökar, däremot förväntas antalet personer med demenssjukdom att öka kraftigt efter 2020 när det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår hög ålder. I Västra Götaland har ca 21 000 personer en demensdiagnos. Detta är troligen en underdiagnostik.

Diagnosticerad demenssjukdom brukar delas upp i tre stadier: mild, måttlig eller svår. Vid mild demenssjukdom kan personen i fråga klara sig själv utan stora insatser, svår demenssjukdom betecknar det skede när personer behöver hjälp med det mesta.

Demenssjukdom kan ha olika symptom och förlopp beroende vilken demenssjukdom personen lider av. En förutsättning för att kunna ge stöd och god vård och omsorg till personer med demens är att en utredning fastställt diagnos, vilken omfattar både sjukdomstyp och stadium. Vid demenssjukdom kan en rad andra symptom uppträda, s.k. beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Symtomen varierar och beror på olika faktorer men kan leda till ex. hallucinationer, vanföreställningar, konfusion och aggressivitet. BPSD är plågsamt för den drabbade men också för anhöriga.

1.4 Personcentrerat förhållningssätt

Det går inte bota demenssjukdom utan syftet med hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens åtgärder är att underlätta vardagen och bidra till en så god livskvalitet som möjligt under sjukdomens olika skeenden. Åtgärder syftar till att lindra symtom och kompensera för de funktionsnedsättningar som personer drabbas av. Bemötande och insatser måste hela tiden omvärderas med hänsyn till sjukdomens förlopp och den enskildes behov. Vård och omsorg ska ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt – att sätta personen med demenssjukdom i fokus.

Vårdmiljön anpassas och blir personlig, Personal strävar efter att förstå vad som är bäst för personen utifrån hans perspektiv. Det är också viktigt att värna om den enskildes självbestämmande och möjlighet till medbestämmande, liksom att ta kulturell och språklig hänsyn. Det är viktigt med en helhetssyn kring patienten, att vård och omsorg bidrar till kontinuitet. Att även anhöriga ges utbildning och stöd är viktigt för en god vård.

Det är viktigt att patientens autonomi noga beaktas vid en viss åtgärd. Personer med demenssjukdom eller andra typer av kognitiva funktionsnedsättningar kan ha kommunikationssvårigheter men kan genom sina reaktioner visa hur de upplever en viss åtgärd. Även om en person har en demenssjukdom så innebär det inte nödvändigtvis en bristande beslutsförmåga.

1.5 Det finns stöd att hämta i form av avtal, överenskommelser, riktlinjer och verktyg

Här hittar du information om avtal och liknande som gäller i Västra Götaland som styr och påverkar arbetet med personer med demenssjukdom:

[Hälso- och sjukvårdsavtalet](#), [Handlingsplan det goda livet för mest sjuka äldre](#), Överenskommelse om samverkan gällande munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård, [Mobil närvård](#), [Överenskommelse om](#)

[samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk](#) och [riktlinjer för SIP](#).

Här hittar du information om andra nationella riktlinjer och kvalitetsregister:

[Senior Alert](#), [SveDem](#), [BPSD](#), [Palliativregistret](#) och [Nationella riktlinjer till ex palliativ vård](#).

2. Rekommendationer

2.1 Regelbunden och sammanhållen uppföljning

Demenssjukdom leder till att den kognitiva förmågan, att funktions- och aktivitetsförmågan successivt försämras och att behovet av åtgärder och insatser förändras över tid. Uppföljningen syftar till att bedöma demenssjukdomen, dess konsekvenser och personens behov av medicinskt och psykosocialt stöd samt att se till att dessa tillgodoses. För att kunna ha ett helhetsperspektiv på den demenssjukes situation är det viktigt att uppföljningen är sammanhållen. Minst en gång per år behöver uppföljning ske samt vid förändringar av behandling/insatser.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

Erbjuda en regelbunden och sammanhållen uppföljning och utredning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser (prio 1)

Att beakta vid framtagande av tillämpningsanvisning:

- Sammanhållen betyder att flera parter deltar, gör uppföljning av patienten tillsammans med syfte att göra en helhetsbedömning av individens situation
- En specifik demensdiagnos är viktig för behandling och omsorg och ett bra samarbete kring individen
- Funktions- och aktivitetsbedömning bör göras av arbetsterapeut/fysioterapeut
- Helhetsbedömning av individens situation – involvera de personer som träffar individen dagligen ex. hemtjänstpersonal
- SIP är det rekommenderade gemensamma verktyget både för planering och uppföljning
- Registrering i SveDem: för VGR gäller from 2017-09-27 att alla ska dokumentera i SveDem¹. Kommuner kan också använda SveDem.

2.2 Uppföljning och utvärdering av BPSD

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomen beteendemässiga eller psykiska symtom. Det kan handla om depression, irriterabilitet, ångest eller psykotiska symtom med hallucinationer eller vanföreställningar. Utvärdering av insatta åtgärder och läkemedelsgenomgång är viktigt, liksom ett gott bemötande, anpassning av fysisk miljö och stimulans för att lindra symtomen och lidandet för personen i fråga.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

Erbjuda strukturerad uppföljning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och utvärdering av insatta åtgärder (prio 1)

¹ Beslut i HSS 2017-09-27, § 245, dnr HS 2017-00634

Att beakta vid framtagande av tillämpningsanvisning:

- Helhetsbedömning av individens situation - involvera de personer som träffar individen dagligen ex. hemtjänstpersonal
- SIP är det rekommenderade gemensamma verktyget både för planering och uppföljning
- BPSD-registret är det gemensamma verktyget för att bedöma, följa upp, utvärdera insatserna och kan vara ett underlag till SIP
- Registrering i BPSD-registret, gäller främst kommun

2.3 Diagnostik av munhälsa och ätproblem

Risken för att utveckla näringsproblem och risk för undernäring är förhöjd hos personer med demenssjukdom. Redan tidigt i sjukdomsförloppet kan födointaget påverkas negativt genom svårigheter att klara av att laga mat, sväljproblem och att förmågan att sköta sin munhälsa minskar. Även läkemedel påverkar så det är viktigt att göra bedömning av såväl munhåla som kroppsvikt hos personer med demenssjukdom.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

Erbjuda diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument (prio 2)

Att beakta vid framtagande av tillämpningsanvisning:

- Munhälsobedömning och upptäckt av munhälsoproblem är viktigt tidigt i demensförloppet
- Information och kunskap till anhöriga om munhälsoproblem och ätproblem
- Uppmärksamma smärta som konsekvens av dålig munhälsa samt som orsak till ätproblem och beteendestörningar
- Säkerställa informationsöverföring mellan kommun, tandvård och vårdcentral
- Personer i vissa utsatta grupper har rätt att få intyg om nödvändig tandvård och en årlig munhälsobedömning i sin bostad. Info finns på Vårdgivarwebben.
- Personer med stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå behandling inom tandvården på grund av olika diagnoser kan ha rätt till intyg om F-tandvård. Info finns på Vårdgivarwebben.
- SIP är det rekommenderade gemensamma verktyget både för planering och uppföljning
- Uppmärksamma munhälsa vid in- och utskrivning från sjukhus
- Senior Alert och verktyget [ROAG](#) som är ett underlag för att bedöma, följa upp och utvärdera insatserna
- Registrering i Senior Alert
- Palliativregistret används också för registrering av munhälsa, både av kommun och VGR

2.4 Multiprofessionellt arbete

Eftersom vården och omsorgen vid demenssjukdom syftar till att lindra symtom och kompensera för de funktionsnedsättningar som personen drabbas av är ett personcentrerat arbetssätt centralt i vården av demenssjuka. Att bedöma personens behov behöver ske med kontinuitet och utifrån olika perspektiv och

kompetenser. Detta bidrar till ett helhetsperspektiv i den vård och omsorg som erbjuds. Viktigt för organiseringen av det multiprofessionella arbetet är att ingående kompetenser har sin bas i såväl hälso- och sjukvården som den kommunala omsorgen. I de fall en person har behov av både vård- och omsorgsinsatser ska socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillsammans upprätta en SIP, vilken utgör ett viktigt verktyg i samordningen av personens olika insatser.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

Erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt (prio 1)

Att beakta vid framtagande av tillämpningsanvisning:

- Heltäckande arbetssätt som involverar de professioner som behövs för att täcka individens behov
- Ingående kompetenser har sin bas i hälso- och sjukvården och omsorgen (och i förekommande fall tandvården)
- Samverkan mellan alla berörda, säkerställ att de som arbetar närmast patienten deltar
- Viktigt med kontinuitet hos medverkande personal
- SIP är det rekommenderade gemensamma verktyget både för planering och uppföljning
- Personcentrerat arbetssätt för samtliga professioner
- I samverkan fånga vad rekommendationen har för innebörd och för hur det lokala arbetssättet behöver organiseras runt individen

2.5 Stöd till anhöriga

Att en person insjuknar i en demenssjukdom förändrar hela livssituationen för familjen. De anhöriga påverkas t.ex. genom att man ofta försummar sina egna behov, behöver utföra tunga lyft, hjälpa till vid måltider och toalettbesök och att man får störd sömn. I förlängningen kan det medföra att den anhörige upplever att hen ständigt behöver finnas till hands. Yngre personer med demenssjukdom kan dessutom ha minderåriga anhöriga som behöver stöd och kunskap. Syftet med att ge stöd till anhöriga är att minska den psykiska och fysiska belastningen, minska oro och ångslan och ge ökad livskvalitet för anhöriga.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

Erbjuda utbildningsprogram till anhöriga (prio 2)

Erbjuda individuellt anpassat stöd till unga anhöriga (prio 2)

Att beakta vid framtagande av tillämpningsanvisning:

- Anhörigas roll bör uppmärksammas
- Respektive huvudman har ansvar för att utbilda anhöriga – erbjud gärna utbildning i samverkan
- Säkerställ att anhöriga erbjuds utbildningsprogram och kunskap om vart man kan vända sig
- Säkerställ att unga anhöriga erbjuds individuellt anpassat stöd
- Säkerställ regelbundenhet och relevant information, kunskap och stöd i olika stadier

