

Rekommendationerna

Rekommendationerna i riktlinjerna

Tre typer av rekommendationer

I bilaga 1 beskriver Socialstyrelsen samtliga tillstånds- och åtgärds kombinationer. Dessa är rangordnade (1–10), alternativt klassificerade som *icke-göra* eller *FoU* (forskning och utveckling). Metoden för rangordningsprocessen finns beskriven i metodbilagan (bilaga 4, www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/demens). Även det vetenskapliga underlaget för samtliga rekommendationer inom Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom finns på webbplatsen.

Rangordnade åtgärder

Socialstyrelsen redovisar de rangordnade tillstånds- och åtgärds kombinationerna i en skala från 1 till 10. Siffran 1 anger åtgärder med störst angelägenhetsgrad. Siffran 10 anger åtgärder som ger mycket liten nytta alternativt liten nytta i förhållande till alternativa åtgärder eller kostnaden vid de aktuella tillstånden.

Tillstånds- och åtgärds kombinationerna är endast rangordnade i förhållande till varandra inom sjukdomsområdet. Eftersom vi inte rangordnat i förhållande till andra sjukdomsområden är en 3:a i de här riktlinjerna inte direkt jämförbar med en 3:a i Socialstyrelsens övriga nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har dock utgått från samma principer i framtagandet av de olika riktlinjerna, vilket innebär att det ändå finns en stor samstämmighet mellan dem.

Många av rekommendationerna har trots det svaga kunskapsunderlaget fått en hög rangordning. Skälen till detta är flera. Det kan saknas alternativa åtgärder och den åtgärd som föreslås är den enda eller bästa möjliga. Ett annat skäl är att Socialstyrelsen bedömt att det inte är troligt att nya studier kommer att göras inom området eller att det av etiska skäl inte är möjligt att göra randomiserade kontrollerade studier.

Åtgärder som inte bör utföras rutinmässigt

Rekommendationen *icke-göra* ger Socialstyrelsen för åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte bör utföra alls. Det kan bero på att det finns god vetenskaplig dokumentation för att åtgärden inte har någon, eller sämre, effekt än annan behandling. Det kan också bero på att de positiva effekterna inte överväger de negativa effekterna med åt-

gården. Det kan även vara åtgärder som hälso- och sjukvården eller socialtjänsten inte bör utföra rutinmässigt för att det vetenskapliga stödet är ofullständigt eller motstridigt och det samtidigt finns andra alternativ med gott vetenskapligt stöd.

Dålig kostnadseffektivitet är däremot inte i sig tillräckligt skäl för *icke-göra*. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna *icke-göra* stödja ordnad utmönstring av ineffektiva metoder inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

FoU-rekommendationen ger Socialstyrelsen för åtgärder där det saknas ett vetenskapligt underlag eller där underlaget är bristfälligt eller motstridigt och där pågående eller kommande forskning kan tillföra relevant kunskap. *FoU*-rekommendationen syftar till att på ett ordnat sätt föra in nya metoder inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

Se hela listan på www.socialstyrelsen.se

Tillstånds- och åtgärdslistan och det vetenskapliga underlaget som ligger till grund för rekommendationerna går att ladda ner på www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/demens. Där redovisar Socialstyrelsen hela listan med så kallade tillstånds- och åtgärds kombinationer – totalt 157 stycken.

Rekommendationer för beslutsfattare

I det här avsnittet har Socialstyrelsen valt ut de rekommendationer som är de mest centrala för beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, det vill säga för verksamhetschefer, politiker och tjänstemän. Rekommendationerna som presenteras här kan komma att påverka praxis och resursfördelningen inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom. Syftet med rekommendationerna är att ge vägledning för beslut på gruppnivå. Socialstyrelsen förutsätter att rekommendationerna påverkar resursfördelningen hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade tillstånd och åtgärder än till dem som blivit lågt rangordnade. Det kan komma att krävas politiska beslut för att hälso- och sjukvården ska kunna genomföra dessa rekommendationer.

Att förebygga demenssjukdom

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 1–3)

Hög ålder är den största riskfaktorn för demenssjukdom. Personer som bär på genvarianten apolipoprotein $\epsilon 4$ (*APOE4*), personer med Downs syndrom eller personer som har släktingar som drabbats av Alzheimers sjukdom löper också större risk att utveckla en demenssjukdom. Ingen av dessa riskfaktorer går dock att påverka.

Bland de riskfaktorer som går att påverka finns det idag starkast vetenskapligt stöd för att behandling av högt blodtryck i medelåldern kan minska risken för att insjukna i demenssjukdom. Det finns också stöd för att personer som är fysiskt aktiva eller deltar i mentalt och socialt stimulerande aktiviteter på fritiden löper mindre risk att insjukna i demenssjukdom. Det vetenskapliga stödet är för svagt för att kunna dra några säkra slutsatser om andra riskfaktorer som går att påverka.

Fördelar

- Fysisk aktivitet i medelåldern kan minska risken för att insjukna i demenssjukdom.
- Personer som ägnar sig åt mentalt och socialt stimulerande aktiviteter på fritiden minskar risken för att insjukna i demenssjukdom.
- Behandling av högt blodtryck i medelåldern minskar risken för att insjukna i demenssjukdom.

Nackdelar

- Behandling av högt blodtryck kan medföra biverkningar.

Rekommendationer om arbete för att förebygga demenssjukdom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- uppmärksamma att fysisk aktivitet och mentalt och socialt stimulerande aktiviteter kan minska risken för demenssjukdom (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården bör

- uppmärksamma att behandling av högt blodtryck i medelåldern kan minska risken för demenssjukdom (*prioritet 3*).

Utredning

Basal demensutredning

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 6–8, 11–18, 21)

Det finns personer med demenssjukdom som inte blivit medicinskt utredda och där hälso- och sjukvården inte ställt någon demensdiagnos. De utredningar som hälso- och sjukvården gör är inte heller alltid fullständiga. Dessutom sammanblandas symtomen hos yngre personer med kognitiv svikt ofta med andra tillstånd som utmattningssyndrom och depression. Det finns därför ett stort behov av att hälso- och sjukvården förbättrar diagnostiken så att man tidigt kan upptäcka sjukdomen och personen kan få adekvat vård och omsorg.

En person med kognitiv svikt där den bakomliggande orsaken till symtomen inte är känd genomgår vanligtvis en *basal demensutredning*. Denna syftar till att fastställa

- om personen har en demenssjukdom eller annan sjukdom som orsakar symtomen
- vilken typ av demenssjukdom det handlar om
- vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad man kan göra för att minimera eller kompensera för dessa.

Det finns ingen enkel utredningsmetod som kan fastställa om en person har en demenssjukdom. Diagnostiken grundar sig i stället på en sammanvägd bedömning av strukturerad anamnes, intervju med anhöriga, fysiskt och psykiskt tillstånd, kognitiva test (MMT tillsammans med klocktest), strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga, blodprovstagning, provtagning av ryggmärgsvätska (lumbalpunktion) och strukturell hjärnabbildning med datortomografi eller magnetkamera för att upptäcka sjukdomstillstånd som kan förklara eller bidra till kognitiv svikt. Strukturell abbildning av hjärnan görs också för att identifiera personer med Alzheimers sjukdom.

Det finns tillfällen då inte alla delar av utredningen kan göras. Ett sådant tillfälle är då personen är svårt sjuk och utredningens resultat inte skulle tillföra personen ytterligare livskvalitet. Hälso- och sjukvården avväger därför utredningsåtgärderna utifrån personens helhetssituation och behov.

Fördelar

- En basal demensutredning är en förutsättning för att kunna ställa diagnos.
- En diagnos är viktig för ställningstagande om vård och omsorg för personer med demenssjukdom och stöd till deras närstående.
- Abbildning av hjärnan med datortomografi eller magnetkamera kan bidra till att identifiera personer med Alzheimers sjukdom vilket har betydelse vid valet av medicinsk behandling.
- Abbildning av hjärnan med datortomografi och magnetkamera kan bidra till att identifiera andra sjukdomstillstånd i hjärnan som tumörer och hjärnblödningar.
- Datortomografi är en kostnadseffektiv åtgärd för abbildning av hjärnan jämfört med magnetkamera.
- Genom en basal demensutredning kan oftast annan orsak till kognitiv svikt än demenssjukdom identifieras och därmed behandlas.

Nackdelar

- Personen kan uppleva det påfrestande att genomgå många olika undersökningar och tester.
- Undersökning med datortomografi eller magnetkamera kan upplevas skrämmande för personer med svår kognitiv svikt och därmed vara svår att genomföra.

Rekommendationer för utredning av personer med misstänkt demenssjukdom

Hälso- och sjukvården bör göra en basal demensutredning som innehåller

- en strukturerad anamnes (*prioritet 1*)
- intervjuer med anhöriga (*prioritet 1*)
- en bedömning av fysiskt och psykiskt tillstånd (*prioritet 1*)
- kognitiva test (MMT tillsammans med klocktest) (*prioritet 1*)
- en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga (*prioritet 1*)
- strukturell hjärnabbildning med datortomografi (*prioritet 2*)
- blodprovstagning för att utesluta förhöjd nivå av kalcium eller homocystein samt störd sköldkörtelfunktion (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården bör

- vid *klinisk misstanke* ta prover för neuroborrelios, hiv eller neurosyfilis (*prioritet 1*).

Utvidgad demensutredning

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 24–26, 31)

Hälso- och sjukvården genomför en utvidgad utredning då den basala utredningen inte gett tillräckligt med information för att fastställa diagnos. Det handlar ofta om personer med symtom som är svårbedömda eller då det finns en klinisk misstanke om att personens symtom kan bero på en sällsynt demenssjukdom. Det är också vanligt att primärvården remitterar yngre personer med misstänkt demenssjukdom till en utvidgad utredning.

Den utvidgade demensutredningen omfattar vanligtvis neuropsykologiska test som täcker flera kognitiva domäner, strukturell avbildning av hjärnan med magnetkamera, funktionell avbildning av hjärnan med SPECT och prov på ryggmärgsvätska (lumbalpunktion) för analys av infektionsparametrar samt biomarkörer.

Vilka delar som hälso- och sjukvården väljer för den utvidgade utredningen av en enskild individ beror på dels vad som kommit fram i den basala utredningen, dels vad hälso- och sjukvården bedömer som nödvändigt i det enskilda fallet.

Fördelar

- En utvidgad utredning är en förutsättning för att kunna ställa diagnos då den basala utredningen inte varit tillräcklig.
- Den utvidgade utredningen ökar möjligheten att identifiera olika demenssjukdomar vilket har betydelse vid val av medicinsk behandling.
- Annan orsak till kognitiv svikt än demenssjukdom kan identifieras och därmed behandlas.

Nackdelar

- Lumbalpunktion kan ibland orsaka svår huvudvärk och det finns, även om det är mycket sällsynt, risk för infektioner och blödningar i ryggmärg och hjärna.
- På grund av den stora osäkerheten i de hälsoekonomiska beräkningsmodellerna är kostnadseffektiviteten av SPECT svår att bedöma.

Rekommendationer om utredning av personer som genomgått basal utredning där diagnos inte fastställts

Hälso- och sjukvården bör tillhandahålla en utvidgad demensutredning som vid behov innehåller

- neuropsykologiska test (*prioritet 2*)
- strukturell hjärnabbildning med magnetkamera (*prioritet 2*)
- lumbalpunktion för analys av biomarkörer (*prioritet 2*)
- funktionell hjärnabbildning med SPECT (*prioritet 4*).

Personcentrerad omvårdnad

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 36)

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.

En del i den personcentrerade omvårdnaden är att den demenssjuke uppmuntras att berätta om sig själv och sitt liv, bekräftas och accepteras samt att personal eller närstående hjälper en person som så själv önskar att orientera sig till person, tid och rum.

Personcentrerad omvårdnad innebär också att man i vården och omsorgen särskilt beaktar behov relaterade till att personer har annan kulturell eller språklig bakgrund. Att ta kulturella hänsyn handlar exempelvis om att ge personen med demenssjukdom möjlighet till att utöva sin religion, få kulturellt anpassad mat, bevara sina kulturella traditioner och sedvänjor samt att få tillgång till personal som talar samma språk som personen med demenssjukdom.

Rekommendationen avser personer med demenssjukdom i både ordinarie boende och särskilt boende.

Fördelar

- En personcentrerad omvårdnad kan öka integriteten, självständigheten, initiativförmågan samt minska agitation hos personer med demenssjukdom.
- En personcentrerad omvårdnad kan minska förbrukningen av antipsykotiska medel hos personer med demenssjukdom.
- Att bli vårdad av personal som kommunicerar på samma modersmål och har kulturkompetens kan ge personen med demenssjukdom och annan etnisk bakgrund trygghet, ökat välbefinnande och en känsla av hemmastaddhet.

Nackdelar

- Det är inte alltid möjligt för socialtjänsten och hälso- och sjukvården att tillgodose behovet av personal med samma kulturella och språkliga bakgrund som den demenssjuke har.
- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendationer för omvårdnad

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- ge personer med demenssjukdom en personcentrerad omvårdnad (prioritet 1).

Multiprofessionellt teambaserat arbete

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 101)

Multiprofessionellt arbete syftar till kontinuitet i vården och omsorgen, att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser, att finna problem och hitta lösningar samt att personens behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv.

Som regel behövs det bedömningar från och åtgärder av flera yrkesgrupper vid utredningen av om en person har en demenssjukdom och vid bedömningen och utformningen av olika vård- och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom.

Vilka som ska delta i det multiprofessionella arbetet kan variera över tid. Många gånger är läkare och sjuksköterska de första som personen får kontakt med. Men allt eftersom personens behov av vård och omsorg ökar blir det aktuellt med åtgärder från andra professioner. Det kan vara biståndshandläggare, enhetschef inom äldreomsorgen, demenssjuksköterska, vårdbiträde, undersköterska, kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast och neuropsykolog.

Det finns många olika sätt att organisera det multiprofessionella arbetet. Ett exempel är de demensteam som finns i vissa kommuner och landsting.

Rekommendationen avser personer med demenssjukdom i både ordinarie boende och särskilt boende.

Fördelar

Ett multiprofessionellt arbete

- kan förebygga och minska förekomsten av beteendeproblem hos personer med demenssjukdom
- kan minska anhörigas stress.

Nackdelar

- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendation om teamarbete

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- säkerställa ett multiprofessionellt teambaserat arbete inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom (*prioritet 2*).

Utbildning

Utbildning kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 103)

Den allra största delen av åtgärderna inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom utförs av vårdbiträden och undersköterskor – personal som oftast har en kort teoretisk utbildning. Det är de som arbetar närmast de demenssjuka och har den mesta kontakten med dem.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten genomför därför utbildning i olika former som ett redskap för att höja personalens kompetens och därmed förbättra kvaliteten på vården, omvårdnaden och omsorgen.

Fördelar

- Utbildning av personal i vård, omvårdnad och omsorg om personer med demenssjukdom kan bidra till att personalens kunskap ökar och att deras uppträdande mot och attityder till personer med demenssjukdom påverkas positivt.
- Utbildningen kan leda till att antalet beteendemässiga och psykiska symptom hos personer med demenssjukdom minskar och att deras välbefinnande ökar.
- Handledning i kombination med utbildning påverkar personalens upplevelse av sitt arbete positivt (arbetstillfredsställelse, upplevelse av utbrändhet) och har positiv betydelse för omvårdnadens innehåll.
- Utbildning som är kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback som bedrivs långsiktigt tycks ge bäst effekt.

Nackdelar

- Kortare enstaka utbildningar tycks inte ge effekt.
- Det vetenskapliga underlaget är svagt och bygger delvis på kunskap om fortbildning och handledning inom socialt arbete och äldreomsorg.

Rekommendation om utbildning

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 (*prioritet 1*).

Tidig social utredning och regelbunden strukturerad uppföljning

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 34–35)

Demenssjukdom leder till att personens kognitiva och funktionella förmåga successivt försämras och att behovet av de medicinska och sociala åtgärderna ökar och förändras över tid.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan ha svårt att förstå och tolka den demenssjukes behov och samtidigt kan demenssjukdomen i sig medföra att personen inte alltid på ett adekvat sätt kan ge uttryck för sin vilja, sina behov och önskemål. Personen kan också ha svårt för att ta till sig information.

Det finns därför en risk för att hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte upptäcker och tillgodoser behoven av vård och omsorg hos personer med demenssjukdom, särskilt i senare skeden av sjukdomen.

En tidig social utredning syftar till att öka den demenssjukes möjligheter att påverka sin kommande vård och omvårdnad.

En regelbunden, åtminstone årlig, strukturerad medicinsk och social uppföljning av personer med demenssjukdom syftar till att bedöma sjukdomen och dess konsekvenser, personens behov av medicinska och sociala åtgärder samt att se till att dessa tillgodoses.

Hälso- och sjukvårdens uppföljning omfattar vanligtvis en medicinsk undersökning, en läkemedelsgenomgång, en strukturerad bedömning av personens funktions- och aktivitetsförmåga samt ett samtal med närstående. Uppföljningen är särskilt viktig eftersom personer med demenssjukdom oftast är äldre personer som har ökad risk för andra sjukdomar och ofta behandlas med flera läkemedel.

Socialtjänstens uppföljning syftar till att bedöma om personen får sina behov tillgodosedda av socialtjänsten och i vissa fall hemsjukvården och om det är aktuellt att ompröva eller besluta om biståndsinsatser och hemsjukvård. Det förekommer att hälso- och sjukvården och socialtjänsten gör en gemensam bedömning av personens behov och tillsammans planerar för hur behovet ska tillgodoses. En sådan gemensam bedömning är ofta en förutsättning för att personen får samtliga behov tillgodosedda.

Rekommendationerna avser personer med demenssjukdom i både ordinärt boende och särskilt boende.

Fördelar

En tidig social utredning

- kan öka den demenssjukes möjlighet till delaktighet och självbestämmande över framtida insatser
- kan bidra till en individuell utformning av biståndsinsatser.
- En regelbunden och strukturerad uppföljning
- ger underlag för att utvärdera den demenssjukes behov av vård och omsorg och tillgodose detta
- bidrar till att upptäcka risk för, eller tillstånd som kan orsaka, skada, försämrad hälsa och försämrad livskvalitet för den demenssjuke
- kan förebygga och upptäcka andra sjukdomar hos den demenssjuke
- kan ge underlag för åtgärder för att minimera risken för och behandla skador och olika sjukdomstillstånd.

Nackdelar

- Det saknas vetenskapligt underlag. Rekommendationerna bygger på beprövad erfarenhet.
- De få strukturerade bedömningsinstrument som finns är endast ett komplement till den kliniska bedömningen.

Rekommendationer om uppföljning av personer med demenssjukdom

Socialtjänsten bör

- genomföra en tidig social utredning (*prioritet 1*).

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 (*prioritet 1*).

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling mot kognitiv svikt vid Alzheimers sjukdom och utvärdering av läkemedel

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 105, 107, 123)

Det finns två typer av läkemedel som är godkända för behandling av kognitiva symtom vid Alzheimers sjukdom: kolinesterashämmare (donezepil, galantamin och rivastigmin) och memantin. Kolinesterashämmare är avsedda för behandling vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom och memantin för behandling vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom.

Alzheimers sjukdom går ännu inte att bota. Kolinesterashämmare och memantin kan däremot bidra till att personer med Alzheimer sjukdom under en period upprätthåller sin kognition (intellektuella förmåga) och funktionsförmåga. Kolinesterashämmare kan ge biverkningar.

En regelbunden uppföljning av läkemedlet syftar till att bedöma eventuella biverkningar och om läkemedlet fortfarande har effekt eller om det kan sättas ut.

Rekommendationerna avser personer med demenssjukdom i både ordinarie boende och särskilt boende.

Fördelar

- Kolinesterashämmare kan bidra till att minska de kognitiva symtomen och att upprätthålla den globala funktionsförmågan (allmäntillstånd, beteende, kognition och ADL-förmåga) hos personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom under en period. Ungefär två tredjedelar av dem som behandlas med kolinesterashämmare uppvisar mätbar positiv effekt av behandlingen.
- Behandling med kolinesterashämmare för personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom kan vara kostnadseffektiv.
- Memantin kan bidra till att minska de kognitiva symtomen och att upprätthålla den globala funktionsförmågan (allmäntillstånd, beteende, kognition och ADL-förmåga) hos person med måttlig till svår Alzheimers sjukdom under en period.
- Memantin orsakar inte fler biverkningar än behandling med placebo.
- Behandling med memantin vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom kan vara kostnadseffektiv.

- En upprepad bedömning av patientens välbefinnande och funktioner ger information om behandlingseffektens varaktighet, biverkningar och underlag för att bedöma om behandlingen ska fortgå eller inte. Uppföljning efter en utsättning av ett läkemedel kan ge underlag om läkemedlet bör sättas in igen.

Nackdelar

- Kolinesterashämmare kan ge biverkningar främst i form av illamående, kräkningar och diarré vilket förekommer i 10 till 15 procent av fallen.
- Kolinesterashämmare ger inte alltid märkbar effekt på kognition och allmäntillstånd och eventuellt uppnådd effekt kan variera från person till person.
- Långtidseffekten av behandlingen med kolinesterashämmare kan inte bedömas.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av behandling med kolinesterashämmare vid svår Alzheimers sjukdom.
- Skillnaden i effekt mellan placebo och kolinesterashämmare är liten.
- Memantin ger inte alltid effekt på kognition och allmäntillstånd och eventuell uppnådd effekt kan variera från person till person.
- Långtidseffekten av behandlingen med memantin kan inte bedömas.
- Skillnaden i effekt mellan placebo och memantin är liten.

Rekommendationer om läkemedelsbehandling mot kognitiv svikt vid Alzheimers sjukdom

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda behandling med kolinesterashämmare (donezepil, galantamin och rivastigmin) mot kognitiva symtom till personer med *mild till måttlig* Alzheimers sjukdom (*prioritet 2*)
- erbjuda behandling med memantin mot kognitiva symtom till personer med *måttlig till svår* Alzheimers sjukdom (*prioritet 3*)
- följa upp behandlingen i samband med inställning av dosen och därefter regelbundet, minst en gång per år samt i samband med eventuell utsättning (*prioritet 1*).

Läkemedelsbehandling mot lindrig kognitiv störning, vaskulär demens och frontotemporal demens

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 110, 113, 118)

Kolinesterashämmare har inga säkra positiva effekter på kognitiva funktioner vid lindriga kognitiva symtom (degenerativ MCI) och minskar inte heller insjuknandet i Alzheimers sjukdom över tid.

Behandling med kolinesterashämmare och memantin kan ge en viss förbättring av kognitiv funktion vid vaskulär demens, men utan att signifikant påverka ADL-förmåga eller kognitiv förmåga. Det finns inga vetenskapliga studier som gör det möjligt att bedöma kolinesterashämmare och memantin för behandling av frontotemporal demens.

Rekommendationer om läkemedelsbehandling mot kognitiv svikt vid lindrig kognitiv störning, vaskulär demens och frontotemporal demens

Hälso- och sjukvården bör inte

- erbjuda kolinesterashämmare för behandling av lindrig kognitiv störning (*icke-göra*)
- erbjuda kolinesterashämmare eller memantin för behandling av vaskulär demens (*icke-göra*).

Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för vetenskapliga studier

- erbjuda kolinesterashämmare eller memantin för behandling av frontotemporal demens (*FoU*).

Aktiviteter, fysisk träning och hjälpmedel

Rekommendationerna avser personer med demenssjukdom i både ordinarie boende och särskilt boende om inte annat anges.

Dagliga aktiviteter

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 74, 82, 85)

Demenssjukdomen leder till att personens förmåga att utföra olika aktiviteter i det dagliga livet successivt försämras. Personen får svårt att ta initiativ och kan bli passiv.

Detta kan motverkas genom att ge personen möjlighet att delta i individuellt anpassade aktiviteter som till exempel hushållssysslor, utomhusvistelse, underhållning, musik och dans.

Syftet kan vara att ge dagen struktur och innehåll, skapa en känsla av tillhörighet i tid och rum, erbjuda en personlig sfär och stödja upplevelsen

av vem man är samt möjliggöra upplevelsen av att kunna bidra till något för andra.

I ett senare skede av demenssjukdomen kan det vara svårt att engagera personen i olika typer av vardagliga aktiviteter. Det förekommer därför att socialtjänsten försöker stimulera den demenssjukes sinnen genom exempelvis massage, aromaterapi eller genom särskilda miljöer anpassade för att stimulera sinnena och skapa välbefinnande (så kallade snoezelenrum).

Demenssjukdom medför förutom nedsatt kognitiv förmåga även en successivt försämrad fysisk funktionsförmåga och att personen blir fysiskt inaktiv. Behovet av fysisk aktivitet skiljer sig inte från den övriga befolkningen, men personer med demenssjukdom kan ha svårt att tillgodose sitt behov på egen hand.

Fördelar

- Individuellt anpassade aktiviteter kan motverka passivitet och stärka självkänslan, stimulera sinnena, ge dagen en struktur och innehåll och ge möjlighet till avkoppling och välbefinnande.

Nackdelar

- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendationer om dagliga aktiviteter för personer med demenssjukdom som har svårigheter att klara det dagliga livets aktiviteter

Socialtjänsten bör

- erbjuda personer med demenssjukdom möjlighet att delta i individuellt anpassade aktiviteter inklusive fysisk aktivitet (*prioritet 1*).

Socialtjänsten kan

- erbjuda massage och aromaterapi (*prioritet 6*) samt snoezelen (*prioritet 8*) till personer med svår demenssjukdom.

Fysisk träning

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 80–81)

Utöver den dagliga fysiska aktiviteten är det möjligt att involvera personer med demenssjukdom i fysisk träning och genomföra träning bland personer boende i särskilda boenden. Fysisk träning kan utföras i form av regelbunden funktionell träning med vikter och med medelhög till hög intensitet och som är kombinerad (exempelvis gång-, balans- och rörlighetsträning)

och individuellt utformad. Träningens syfte är att förbättra balans, gångförmåga, benstyrka och funktionell förmåga. Fysisk träning kan också ges i form av regelbundna individanpassade träningspromenader.

Fördelar

- Kombinerad träning som är individanpassad, funktionell med medelhög till hög intensitet kan förbättra förmågan att utföra aktiviteter i dagligt liv (ADL), balans, benstyrka, gångförmåga och funktionell förmåga.
- Regelbundna individanpassade träningspromenader kan förbättra den demenssjukes gångförmåga.

Nackdelar

- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendationer om fysisk träning för personer med demenssjukdom i särskilt boende

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan utöver den dagliga fysiska aktiviteten även

- erbjuda kombinerad träning som är individuell, funktionell och med medelhög till hög intensitet (*prioritet 5*)
- erbjuda möjlighet till fysisk träning i form av individanpassade träningspromenader (*prioritet 7*).

Hjälpmedel och teknologi

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 75–78)

Det finns olika kognitiva hjälpmedel vars syfte är att ge personer med demenssjukdom stöd för minnet, öka eller behålla personens självständighet och aktivitetsförmåga. Kognitiva hjälpmedel är till exempel hjälpmedel för att orientera sig i tid, spisvakter, påminnare för medicinering och hjälpmedel som kan identifiera föremål som tappats bort.

En del av dessa hjälpmedel kan personer med demenssjukdom använda även i senare skeden av sjukdomen, särskilt de hjälpmedel de har vana att använda. Beprövad erfarenhet visar att det blir allt svårare att introducera nya hjälpmedel ju längre sjukdomen utvecklats.

Personer med måttlig till svår demenssjukdom kan ha svårt att orientera sig i sin omgivning och hitta hem. Det finns både enklare och mer

avancerade elektroniska trygghetssystem (GPS-sändare) som används för att lokalisera var personen befinner sig om de gått vilse. Det finns både generella larm som passagelarm vid ytterdörren till ett särskilt boende och individuella larm som larmmattor och säng- och rörelsevakter.

Personer med demenssjukdom kan också behöva andra tekniska hjälpmedel som gång-, syn- och hörselhjälpmedel.

Personer som använder hjälpmedel behöver ofta stöd för att kunna använda dem och kan i ett senare skede av sjukdomen förlora förmågan att använda hjälpmedlen.

Fördelar

Kognitiva och andra tekniska hjälpmedel

- kan främja den demenssjukes aktivitetsförmåga och självständighet
- kan öka tryggheten för såväl den demenssjuke som för närstående och minska risken för skada
- kan bidra till ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom
- kan minska personens behov av hjälp.
- Stöd av personal för att kunna använda ett hjälpmedel och uppföljning av insatta hjälpmedel kan
- öka personens förmåga att använda ett hjälpmedel
- bidra till att bedöma personens behov och förmåga att använda ett hjälpmedel och att hjälpmedel som personen inte längre kan använda sätts ut.

Nackdelar

- Det vetenskapliga underlaget är svagt.
- Det finns en risk för att tekniska hjälpmedel minskar eller ersätter mänsklig kontakt.
- Larm för övervakning och lokalisering kan minska integritet och självständighet.
- Förmågan att använda ett kognitivt hjälpmedel avtar i takt med att demenssjukdomen utvecklas.

Rekommendationer om hjälpmedel

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda kognitiva hjälpmedel till personer med *mild till måttlig demenssjukdom (prioritet 4)*
- erbjuda elektroniska trygghetssystem i form av såväl individuella (*prioritet 4*) som generella larm (*prioritet 5*).

Hälso- och sjukvården bör

- ge stöd i användningen och följa upp all användning av hjälpmedel (*prioritet 2*).

Reminiscense, validation och realitetsorientering

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 86–88)

Reminiscense, validation och realitetsorientering är behandlingstekniker som utgår från de svårigheter man har som demenssjuk, det vill säga svårigheter att orientera sig, att minnas och att upprätthålla bilden av sig själv och sin livshistoria.

Fördelar

- Studier av betydelsen av reminiscense för personal visar att man kan lära känna den demenssjuke bättre och få en ökad förståelse för dennes livssituation.
- Inga skadliga effekter av reminiscense finns redovisade.
- Validation kan bidra till att personalen blir mer öppen, lyhörd och förstående för den demenssjuke och bättre på att hantera beteendeproblem bland de demenssjuka.
- Realitetsorientering som teknik kan ha viss effekt på kognition, beteende och verbal förmåga hos personer med mild till måttlig demenssjukdom. Effekten tycks dock vara kortvarig.

Nackdelar

- Det vetenskapliga underlaget för effekten av reminiscense, validation och realitetsorientering som särskilda behandlingstekniker för personer med demenssjukdom är motsägelsefullt.
- Realitetsorientering kan upplevas kränkande om den utförs mekaniskt och utan respekt för den demenssjukes integritet.
- Realitetsorientering är inte lämpligt för personer med svår demenssjukdom.

Rekommendationer om demensspecifika tekniker för personer med mild till måttlig demenssjukdom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- använda realitetsorientering (*prioritet 6*)
- använda reminiscence och validation (*prioritet 8*).

Beteendemässiga och psykiska symtom samt konfusion vid demenssjukdom

Rekommendationerna avser personer med demenssjukdom i både ordinarie boende och särskilt boende.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 124, 131–133, 136–140)

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet någon form av beteendemässiga eller psykiska symtom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) omfattar en rad olika symtom som har två saker gemensamt – de orsakar stort lidande för personen med demenssjukdom och är ofta särskilt svåra att möta för närstående och vårdpersonal. Det kan handla om beteendemässiga symtom som aggressivitet, skrik, vandrings, plockande eller störd dygnsrytm och psykiska symtom som hallucinationer, vanföreställningar, ångest eller depression.

En utredning av beteendemässiga och psykiska symtom syftar till att bedöma och åtgärda de bakomliggande orsakerna till symtomen. Utredningen omfattar vanligtvis

- en kartläggning och beskrivning av vilka symtom som personen uppvisar, hur de yttrar sig över dygnet och i vilka situationer eller miljöer de uppstår
- en bedömning av personens möjlighet att få sina basala behov tillfredsställda
- en bedömning av omgivande miljö och interaktion med personal och närstående
- en medicinsk utredning inklusive bedömning av fysisk och psykisk status
- en genomgång av läkemedel och utsättning av läkemedel med ogynnsam effekt.

De olika beteendemässiga och psykiska symtom som kan uppträda vid demenssjukdom kan inte alla behandlas på ett och samma sätt. Behandlingen inriktas istället på att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symtomen. Det kan vara behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem och svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön. Det kan också vara orealistiska eller för stora krav på den demenssjuke, brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög läkemedelsdos eller olämpliga läkemedel. Symtomen kan också bero på personens hjärnskada.

Grunden för behandlingen är en personcentrerad omvårdnad och en översyn och anpassning av den fysiska miljön.

Om personen med demenssjukdom uppvisar svåra beteendemässiga eller psykiska symtom eller om andra åtgärder inte visat sig få effekt kan behandling med läkemedel bli aktuell. Antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) används ofta vid depression och det händer att preparaten används vid irritabilitet, agitation och oro. Det händer också att memantin används vid främst agitation och aggressivitet.

Det händer att hälso- och sjukvården vid psykotiska symtom och aggressivitet, som orsakar lidande eller potentiell fara för personen själv eller andra, behandlar med bensodiazepiner, antipsykosmedel (risperidon, haloperidol eller olanzapin). Ett annat läkemedel som används i detta sammanhang är klometiazol som ges som dämpande (sederande) nattetid. Hälso- och sjukvården har också i enstaka fall behandlat med antipsykospreparatet quetiapin eller anti epileptika (karbamazepin, valproat, topiramet).

Fördelar

- En utredning kan identifiera och ligga till grund för behandling av de bakomliggande orsakerna till symtomen.
- En anpassning av den fysiska miljön kan minska den demenssjukes beteendemässiga och psykiska symtom.
- Utbildning och handledning av personal kring beteendemässiga och psykiska symtom kan minska den demenssjukes beteendemässiga symtom.
- Fysisk aktivitet kan minska symtomen hos personer med vandringsbeteende.
- När omvårdnadsinsatser visat sig otillräckliga kan läkemedel bidra till att personer med beteendemässiga och psykiska symtom förbättras.

Nackdelar

- Det går inte alltid att finna den bakomliggande orsaken till ett beteendemässigt och psykiskt symtom.
- Det vetenskapliga underlaget är svagt och bygger främst på beprövad erfarenhet.
- SSRI-preparat och memantin har ofta otillräcklig effekt vid svåra beteendemässiga symtom.
- Bensodiazepiner kan försämra personens kognitiva förmågor och leda till allvarliga biverkningar.
- Antipsykosmedel kan orsaka stroke och ökad dödlighet samt försämra personens livskvalitet.
- Klometiazol kan orsaka överdriven sedering med snabbt tillslag och risk för fall.
- Det saknas vetenskapligt underlag för effekten av behandling med quetiapin och läkemedlet kan ge svåra biverkningar.
- Det saknas vetenskapligt underlag för behandling med antiepileptika (karbamazepin, valproat, topiramid) och läkemedlen kan ge mycket svåra biverkningar.

Rekommendationer vid beteendemässiga och psykiska symtom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- utreda de bakomliggande orsakerna till symtomen och åtgärda dessa (*prioritet 1*)
- erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel (SSRI) vid samtidig depression (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården kan då omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön visat sig otillräckliga pröva

- memantin vid Alzheimers sjukdom (*prioritet 6*)
- kortverkande bensodiazepiner vid oro och ångest (*prioritet 6*)
- antipsykosmedlen risperidon (*prioritet 7*) eller haloperidol (*prioritet 8*)
- klometiazol under natten (*prioritet 8*)
- antipsykosmedel (quetiapin), och då till personer med vanföreställningar och hallucinationer vid måttlig till svår Lewybodydemens och Parkinsondemens (*prioritet 9*).

Fortsättning rekommendationer

Behandling med bensodiazepiner, antipsykosmedel och klometiazol förutsätter en kort behandlingstid och utvärdering av effekten efter två veckor samt regelbundet ställningstagande till utsättning eller dosminskning.

Hälso- och sjukvården bör inte

- behandla med antiepileptika (karbamazepin, valproat, topiramot) (*icke-göra*).

Konfusion vid demenssjukdom

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 142–143, 145)

Konfusion är ett förvirrings- och stresstillstånd som alltid har en bakomliggande orsak och som medför stora risker för medicinska komplikationer och ökad dödlighet om det inte behandlas.

Konfusion kan orsakas av till synes obetydliga påfrestningar som trötthet, infektion, smärta, läkemedel eller stressen av ett miljöbyte. Det kan även orsakas av mer allvarliga sjukdomstillstånd, till exempel hjärtinfarkt, övergående cirkulationsstörning i hjärnan, blodpropp i lungan eller blödning i hjärnhinnan efter en lättare fallskada.

En utredning av konfusion syftar liksom vid utredning av beteendemässiga och psykiska symtom till att bedöma och åtgärda de bakomliggande orsakerna till symtomen. Utredningen omfattar vanligtvis

- en noggrann anamnes med kartläggning av vilka symtom som personen uppvisar, vilken tid på dygnet de uppstår och vad de utlösts av
- en medicinsk bedömning inklusive fysisk och psykisk status
- en analys och bedömning av möjligheten för personen att få sina basala mänskliga behov tillfredsställda
- en bedömning av omgivande miljö och interaktion med personal och närstående
- en genomgång av läkemedel och sanering av läkemedel med ogynnsam effekt.

Behandlingen inriktar sig på de utlösande faktorerna och på att minska stress och oro hos individen. Grunden för behandlingen är en personcentrerad omvårdnad. Om psykiska symtom som hallucinationer och agitation är besvärande prövar hälso- och sjukvården ibland behandling med en låg dos av risperidon. Vid störd dygnsrytm prövas ofta fysisk aktivering dagtid och vid behov dämpande läkemedel (klometiazol) nattetid.

Fördelar

- En utredning kan identifiera och ligga till grund för behandling av de bakomliggande orsakerna till symtomen så att konfusionen hävs.

Nackdelar

- Det vetenskapliga underlaget för handläggning och behandling av konfusion är svagt och bygger till stor del på beprövad erfarenhet.
- Behandling med risperidon och klometiazol kan medföra att konfusionsymtomen döljs och att personen försämras ytterligare.
- Antipsykosmedel kan orsaka stroke och ökad dödlighet samt försämra individens livskvalitet.
- Behandling med klometiazol kan orsaka överdriven sedering med snabbt tillslag och risk för falltillbud.

Rekommendationer vid konfusion

Hälso- och sjukvården bör

- utreda och behandla de bakomliggande orsakerna till konfusionsymtomen (*prioritet 1*).

Hälso- och sjukvården kan då omvårdnadsinsatser visat sig otillräckliga

- pröva behandling med antipsykosmedel (risperidon, haloperidol) (*prioritet 8*)
- pröva aktivering dagtid med tillägg av klometiazol nattetid (*prioritet 8*).

Behandling med antipsykosmedel och klometiazol förutsätter en kort behandlingstid och utvärdering av effekten efter två veckor samt att man regelbundet tar ställning till utsättning eller dosminskning.

Palliativ vård i livets slutskede

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 71–72)

Personer med demenssjukdom har samma behov av palliativ vård i livets slutskede som andra. Den palliativa vården syftar, enligt Världshälsoorganisationens (WHO) definition, till att

- lindra smärta och andra plågsamma symtom
- bekräfta livet och betrakta döendet som en normal process
- inte påskynda eller fördröja döden
- integrera de psykosociala och andliga aspekterna av patientvården
- stödja patienten i att leva så aktivt som möjligt fram till döden

- stödja de närstående under patientens sjukdom och i deras sorgearbete
- genom ett tvärprofessionellt förhållningssätt inrikta sig på patientens och de närståendes behov
- främja livskvalitet och även påverka sjukdomsförloppet i positiv bemärkelse
- vara tillämplig i ett tidigt sjukdomsskede, tillsammans med andra terapier som syftar till att förlänga livet, såsom kemoterapi och strålning, samt även de undersökningar som behövs för att bättre förstå och ta hand om plågsamma komplikationer.

Smärta, lunginflammation, ångest och andnöd är vanliga tillstånd i livets slut. Det är viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten identifierar, behandlar och lindrar dessa tillstånd. Behandlingen av symtom och smärta skiljer sig inte från behandlingen av andra personer i livets slut.

Många personer med demenssjukdom i livets slutskede har svårigheter att äta och svälja. Näringsbehovet riskerar att bli otillräckligt och det kan vara svårt att tillgodose behovet av vätska. Det händer att sondmatning används för att ge vätska och näring, men det saknas vetenskapligt underlag som visar att sondmatning i livets slutskede förbättrar nutritionsstatus, ger ökad livslängd eller livskvalitet.

Rekommendationerna avser personer med demenssjukdom i både ordinärt boende och särskilt boende.

Fördelar

- Palliativ vård som ges enligt Världshälsoorganisationens rekommendationer minskar antalet medicinska undersökningar och behandlingar, och minskar lidandet.

Nackdelar

- Sondmatning medför fler risker än fördelar vid behandling av personer med svår demenssjukdom i livets slut.
- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendationer för vård och omsorg om personer med demenssjukdom i livets slutskede

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- ge palliativ vård enligt Världshälsoorganisationens rekommendationer (*prioritet 1*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan i undantagsfall

- erbjuda sondmatning (*prioritet 10*).

Dagverksamhet och särskilt boende

Dagverksamhet

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 91–92)

Syftet med dagverksamhet är att ge vård och omsorg till personer med demenssjukdom och att samtidigt erbjuda närstående och ibland även personal i hemtjänsten en tillfällig avlösning.

Det finns ingen vedertagen benämning för dagverksamhet som enbart vänder sig till personer med demenssjukdom eller för dagverksamhet som vänder sig till både personer med demenssjukdom och personer utan demenssjukdom. Socialstyrelsen har därför valt att tala om

- *blandad dagverksamhet* då vi menar verksamhet som *både* vänder sig till personer med demenssjukdom och andra äldre
- *dagverksamhet som specifikt är anpassat för personer med demenssjukdom* då vi menar verksamheter som *enbart* vänder sig till och utformats för personer med demenssjukdom.

Fördelar

- Dagverksamhet för personer med demenssjukdom kan bidra till att ge personer med demenssjukdom möjlighet till social samvaro, struktur och innehåll i dagen, dagliga aktiviteter och sysselsättning och att avlösa närstående.
- Dagverksamhet som är specifikt anpassad för personer med demenssjukdom har bedömts vara kostnadseffektiv jämfört med blandad dagverksamhet.
- Dagverksamhet som enbart vänder sig till yngre personer med demenssjukdom har bedömts vara kostnadseffektiv i jämförelse med att yngre personer deltar i dagverksamhet för demenssjuka äldre personer.
- Kostnaden för en dag i dagverksamhet motsvarar kostnaden för 1–2 timmar hemtjänst.

Nackdelar

- Det vetenskapliga underlaget är svagt och baserar sig på konsensus.

Rekommendationer för personer med demenssjukdom som beviljats dagverksamhet enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Socialtjänsten bör

- erbjuda plats i dagverksamhet som specifikt riktar sig till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*).

Fortsättning rekommendationer

Socialtjänsten bör till yngre personer med demenssjukdom

- erbjuda plats i dagverksamhet som specifikt riktar sig till denna målgrupp (prioritet 3).

Flytt

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 93)

I samband med flytt från eget boende till särskilt boende eller mellan boenden kan personer få ångest och känslor av hjälplöshet, hopplöshet och övergivenhet. De kan bli förvirrade, nedstämda och socialt isolerade samt få fysiska problem som magbesvär, sömnsvårigheter och viktförlust. Flytten kan också påverka dödligheten och de fysiska funktionsförmågorna.

Det är möjligt att minska de negativa konsekvenserna av en flytt genom att förbereda flytten väl, ge information i god tid, engagera närstående samt att personen får besöka eller får se en bild av det nya boendet.

Det är också viktigt att personalen som ska ta emot är väl förberedd och har träffat personen och närstående samt fått information om personens livshistoria och behov av vård och omsorg.

Fördelar

- En väl förberedd flytt till eller mellan särskilt boende kan minska flyttens negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom.

Nackdelar

- Väl förberedda flyttar kan innebära att platser i särskilda boenden står tomma i avvaktan på att personen kan flytta in.

Rekommendation om förberedelse av personer med demenssjukdom som ska flytta

Socialtjänsten bör

- förbereda flytten genom att i god tid ge information och om möjligt engagera närstående, ge möjlighet till platsbesök samt ta del av personernas sjuk- och livshistoria (prioritet 2).

Särskilt boende

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 94)

Särskilt boende är ett individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Vid särskilt boende kan omfattande vård och omsorg ges dygnet runt. De särskilda boendena har många olika beteckningar (äldreboende, sjukhem, omsorgsboende, demensboende, gruppboende med mera) och beteckningarna varierar från kommun till kommun. Det finns ingen enhetlig terminologi som tydligt anger vilken form av särskilt boende det handlar om. Vi har därför valt att tala om

- *blandat boende* då vi menar särskilda boenden där personer med demenssjukdom bor tillsammans med andra äldre
- *särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom* då vi menar ett boende för personer med demenssjukdom som består av ett begränsat antal boenderum eller lägenheter, fysiskt avgränsade, med vissa gemensamma utrymmen samt gemensam personal hela eller delar av dygnet. Fler sådana boenden kan finnas i samma fastighet.

Det finns få studier som jämför *särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom* med *blandat boende*. Studierna har sällan kunnat redovisa någon skillnad i effekter på kognitiv och fysisk funktionsförmåga. Däremot så har en del studier kunnat redovisa effekter i form av förbättrad livskvalitet för personer med demenssjukdom som bor i sådana boenden.

Småskaligt boende innebär att ett mindre antal personer får vård och omsorg under hemlika förhållanden av en mindre grupp vårdare. Syftet är att kontinuiteten ska öka genom att personen med demens träffar färre personer i sitt dagliga liv. Det har länge diskuterats hur många personer som kan bo i ett gruppboende för personer med demenssjukdom innan kvaliteten på vården och omsorgen försämras. Variationen mellan kommunerna är stor och det finns inga vetenskapliga studier som tydligt försökt beskriva och utvärdera effekter av antalet boende per enhet. De vetenskapliga studierna anger flera olika antal (6–13 platser per enhet) men praktisk erfarenhet talar för att antalet platser är lägre än tretton. I Socialstyrelsens konsensusenkät svarade samtliga 31 personer att en enhet inte bör ha fler än 10 platser om man ser till den demenssjukes perspektiv. Av de svarande ansåg 25 personer att sex till åtta platser var att föredra (se appendix till vetenskapligt underlag).

Fördelar

- *Särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom* bidrar till bättre livskvalitet för personer med måttlig till svår demenssjukdom i jämförelse med blandat boende.

- Småskaligt *särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom* kan förbättra kommunikation och öka samvaron mellan de boende och mellan dem och personalen samt öka självständigheten i dagliga aktiviteter för de boende.
- *Särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom* bedöms vara kostnadseffektiva i jämförelse med blandat boende.

Nackdelar

- Små kommuner kan ha svårt att erbjuda *särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom* på grund av bristande befolkningsunderlag.
- Det vetenskapliga underlaget är svagt.
- Det är inte möjligt att ange hur många platser ett *särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom* bör ha för att definieras som småskaligt. De vetenskapliga studierna anger flera olika antal.
- Det har inte varit möjligt att beräkna kostnadseffektiviteten för olika gruppstorlekar då underlaget för beräkningarna är svagt.

Rekommendation om särskilt boende

Socialtjänsten bör

- erbjuda småskaligt *särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom (prioritet 3)*.

Den fysiska miljön i det särskilda boendet

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 95–97, 99)

Det finns ett samband mellan det särskilda boendets utformning och de boendes beteende och livskvalitet.

Exempel på faktorer av betydelse i den fysiska miljön är småskalighet, enkelrum med möjlighet till privatliv, egna möbler och personliga tillhörigheter samt lokaler för gemenskap.

Fördelar

- Egna rum eller lägenheter med egna möbler och personliga tillhörigheter samt gemensamma lokaler bidrar till ökad samvaro mellan personer med demenssjukdom och personalen och att personerna mer sällan blir agiterade, oroliga och visar psykotiska symtom.
- En hemlik, anpassad och berikad fysisk miljö kan bidra till underlättad orientering, ökad interaktion, minskad oro och agitation samt ökat välbefinnande.

- En lugn ljudmiljö kan minska agitation, oro och aggressivitet hos personer med demenssjukdom.
- Färgkontraster och färgkodning i den omgivande miljön kan underlätta för personen med demenssjukdom med nedsatt orienteringsförmåga att orientera sig i sin omgivning. Genom att undvika färgkontraster i golvmaterial kan feltolkningar undvikas.
- Rum och lägenheter som är placerade kring en central, gemensam yta samt tydligt skyltade gångvägar kan minska oro och agitation.
- Att få möjlighet till att vistas utomhus kan bidra till att normalisera dygnsrytmen, minska aggressivt beteende och öka välbefinnande för personer med demenssjukdom.

Nackdelar

- Institutionslika miljöer kan orsaka beteendemässiga symtom hos personer med demenssjukdom.
- Det vetenskapliga stödet för åtgärderna är svagt och bygger på visst vetenskapligt underlag och beprövad erfarenhet.

Rekommendationer om särskilt boende för personer med demenssjukdom

Socialtjänsten bör

- tillhandahålla en fysisk miljö som är personligt utformad, berikad och hemlik (*prioritet 1*)
- säkerställa en lugn ljudmiljö (*prioritet 2*)
- erbjuda möjlighet till utomhusvistelse (*prioritet 2*)
- färgsätta och utforma den fysiska miljön så att den underlättar möjligheterna att orientera sig (*prioritet 4*).

Den psykosociala miljön i det särskilda boendet

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 100)

Med psykosocial miljö menas sociala faktorer i den fysiska miljön och faktorernas påverkan på personers beteende och sinnesstämning. Inom ett särskilt boende handlar det om att skapa en atmosfär (den psykosociala miljön) som är till gagn för den demenssjuke.

En god psykosocial miljö fokuserar ofta på det personliga och individuella, tid och utrymme för meningsfulla aktiviteter och social samvaro, en generositet hos personalen att bjuda på sig själv och ge det lilla extra och en flexibilitet vad gäller rutiner.

Sådana miljöer kan också kännetecknas av att personalen bekräftar den demenssjukes upplevelse av tillvaron och främjar en känsla av att vara välkommen, ett övergripande lugn där tempot i vårdarbetet tar utgångspunkt i den demenssjukes personliga rytm, en miljö som är bekant för personen med demenssjukdom samt understödjer dennes personlighet.

Fördelar

- En god psykosocial miljö kan bidra till välbefinnande och trygghet hos personer med demenssjukdom.
- En god psykosocial miljö kan ge ett meningsfullt innehåll i vardagen för personer med demenssjukdom.
- En god psykosocial miljö kan minska de beteendemässiga och psykiska symtomen hos personer med demenssjukdom.

Nackdelar

- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendationer om särskilt boende för personer med demenssjukdom

Socialtjänsten bör

- erbjuda en psykosocial miljö som kännetecknas av trygghet och tillgänglighet och där man kan få ett meningsfullt innehåll i dagen (*prioritet 1*).

Stöd till anhöriga

Att en person insjuknar i en demenssjukdom påverkar de anhöriga och andra närstående. Invanda mönster och maktförhållanden förändras. Det kan innebära att den anhöriga försummar sina egna behov och drabbas av utmattning samt fysisk och psykisk ohälsa. Vårdsituationen kan också kännas påfrestande för att den medför svårigheter att upprätthålla ett socialt umgänge.

Anhöriga kan också få göra tunga lyft, hjälpa till vid måltider och toalettbesök och ständigt behöva finnas till hands, övervaka och hjälpa personen med demenssjukdom. Men tillvaron tillsammans kan också trots svårigheterna ge många positiva upplevelser.

Rekommendationerna avser anhöriga till personer med demenssjukdom i både ordinärt boende och särskilt boende.

Avlösning, utbildning och psykosocialt stöd

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 151–156)

En form av stöd är *avlösning* som kan ske genom att den demenssjuke vistas en tid tillfälligt på ett särskilt boende eller deltar i dagverksamhet. Avlösning kan vara att personen med demens stannar hemma och att den anhörige ”ersätts” med personal som gör det möjligt för den anhörige att lämna hemmet för några timmar.

Det finns också *utbildningsprogram* som ofta sker i grupp och som består av strukturerad information och utbildning om demenssjukdomen, dess symtom, orsaker och förväntad utveckling. Ofta innehåller programmet utbildning i att möta beteendeproblem hos personen med demenssjukdom. I programmet ingår också information om möjliga behandlings- och stödinsatser från samhället.

En annan typ av stödprogram är *kombinationsprogram* som innebär flera olika typer av åtgärder som till exempel avlösning i form av dagverksamhet, utbildnings- och träningsprogram samt hemtjänst. Kombinationsprogram kännetecknas av att de ofta inkluderar olika typer av service direkt och indirekt som stöd till anhöriga, liksom att stödet ges både individuellt och i grupp.

Anhöriga kan också få så kallat *psykosocialt stödprogram* vilket kan ges individuellt, i par, familj eller i form av ledarledda gruppsammankomster, där de tillsammans delar med sig av sin situation och sina känslor som anhängvårdare. Fokus ligger mer på relationen, kommunikationen och att förmedla erfarenheter av hur man kan bemästra demenssjukdomen och dess yttringar, och är inte en regelrätt utbildning. De positiva effekterna av anhängstödet kan förstärkas om det

- erbjuds tidigt i sjukdomsförloppet
- ges under längre tid
- är flexibelt, situationsanpassat, individualiserat samt utformat i dialog med närstående.

Fördelar

- Psykosocialt stöd samt utbildningsprogram kan minska depression och stress hos anhöriga och öka deras förmåga att hantera beteendemässiga problem.
- Kombinationsprogram har visat sig kunna förebygga ohälsa och öka livskvaliteten hos anhöriga till personer med demenssjukdom.
- Kombinationsprogram ger möjligheter till individualisering och flexibilitet.

- Olika former av avlösning ger anhöriga en möjlighet till fysisk avlastning.

Nackdelar

- Kortsiktiga åtgärder ger sämre effekt än långsiktiga.

Rekommendationer för stöd till anhöriga till personer med demenssjukdom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda utbildningsprogram och psykosociala stödprogram (*prioritet 2*)
- erbjuda olika former av avlösning (*prioritet 2*)
- erbjuda kombinationsprogram (*prioritet 3*)
- erbjuda specifikt anpassat stöd och individuellt anpassad avlösning till anhöriga till yngre personer med demenssjukdom (*prioritet 3*).

Rekommendationer för professionen

Rekommendationerna i detta avsnitt vänder sig främst till personer som är verksamma inom omvårdnaden och omsorgen av personer med demenssjukdom. Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna inte medför ökade kostnader för kommuner och landsting.

Motivet till att ta med dessa rekommendationer är att Socialstyrelsen har bedömt att de har stor betydelse för omvårdnadens och omsorgens kvalitet och därmed den demenssjukes livskvalitet och hälsa.

Rekommendationerna avser personer med demenssjukdom i både ordinärt boende och särskilt boende om inte annat anges.

Måltider och nutrition

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 37–38, 40–41, 44–46)

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.

Personens förmåga att äta kan bedömas med ett standardiserat instrument. Risk för undernäring kan bedömas genom regelbunden kontroll av vikt, BMI (*body mass index*), viktförlust och vikthistoria.

Det är inte möjligt att peka ut en enskild åtgärd som grund för att förbättra den demenssjukes förmåga att äta. Det handlar istället om olika

åtgärder som tillsammans kan bidra till ett förbättrat kostintag, men det handlar också om att skapa en måltidssituation där den demenssjuke känner sig trygg och säker och kan uppleva välbefinnande. De åtgärder som kan vara aktuella är individuellt anpassat stöd vid måltiden (beröring, uppmuntran, att visa hur man gör, mimik, initiering med mera), ge personen möjlighet att själv ta mat och tillräckligt med tid för att kunna äta i lugn och ro, anpassa den fysiska miljön (kontrasterande färger i dukningen), ta hänsyn till kulturella och religiösa aspekter och att vid undernäring öka näringsintaget genom exempelvis energiberikning av mat och dryck, extra mellanmål och konsistensanpassning. Näringsintaget kan också ökas genom intag av näringsdrycker.

Inom dagverksamhet och särskilt boende kan det också vara av betydelse att måltidsmiljön upplevs som hemlik och att måltiderna intas i små grupper.

Fördelar

- Strukturerade bedömningar av förmågan att äta samt risk för undernäring, individuellt anpassat stöd vid måltiden, tillräckligt med tid för att kunna äta i lugn och ro, anpassning av den fysiska miljön, hänsyn till kulturella och religiösa aspekter och att vid undernäring öka näringsintaget kan bidra till förbättrad livskvalitet, minskad risk för vikt-förlust, lågt näringsintag, undernäring och därmed sammanhängande sjukdomstillstånd.

Rekommendationer om stöd vid måltiden för personer med demenssjukdom som behöver stöd med att äta

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- diagnostisera ätproblem med hjälp av ett strukturerat bedömningsinstrument (*prioritet 2*)
- ge ett individuellt anpassat stöd vid måltiden (*prioritet 2*).
- Socialtjänsten bör inom dagverksamhet och särskilda boenden
- anpassa måltidsmiljön (*prioritet 2*).

Rekommendation för personer med demenssjukdom och vikt-förlust eller misstänkt undernäring

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- regelbundet bedöma näringstillstånd (vikt, BMI, vikt-förlust och vikt-historia) (*prioritet 1*).

Fortsättning rekommendationer

Rekommendationer vid undernäring hos personer med demenssjukdom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- öka personens näringsintag genom energiberikning av mat och dryck, extra mellanmål och konsistensanpassning (*prioritet 1*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- öka personens näringsintag genom näringsdrycker (*prioritet 5*).

Munvård

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 47)

Dålig tandstatus hos personer med demenssjukdom kan medföra undernäring, smärtupplevelser, lunginflammation och frätsår i munnen. Muntorrhet som medför svårighet att äta och svälja liksom dålig tuggförmåga på grund av få tuggkontakter är riskfaktorer för undernäring.

Upplevelser av smärta från munhålan är särskilt problematiskt när det gäller personer med demenssjukdom då de kan ha svårt att lokalisera smärtan och också svårt att kommunicera sin smärtupplevelse. Ibland kan ett icke adekvat beteende som till exempel aggressivitet eller vägran att ta emot mat vara uttryck för smärtor i munnen. Genom att regelbundet göra en strukturerad bedömning av munhälsan kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten förebygga, upptäcka och behandla munohälsa.

När det gäller att förebygga och behandla ohälsa i munnen anses de metoder som är effektiva för friska, vuxna personer vara effektiva även för äldre personer, med eller utan demenssjukdom. Att ge munvård till en person med demenssjukdom kan dock vara förknippat med etiska svårigheter. Vid munvård får vårdaren tillträde till en mycket privat del av kroppen som i sig förutsätter att den som ska ta emot hjälpen förstår varför handlingen genomförs och ger tyst eller uttalat samtycke till detta. Om man inte förstår varför vårdaren vill hjälpa till med munvården leder situationen lätt till ett reflexmässigt avvärijande beteende från den demenssjuke personen.

Fördelar

- En strukturerad bedömning av munhälsan kan öka möjligheten att bedöma och diagnostisera munproblem hos personer med demenssjukdom.

Nackdelar

- Kan upplevas hotfullt om personen med demenssjukdom inte förstår syftet med åtgärden.

Rekommendation om munvård för personer med demenssjukdom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- regelbundet göra en strukturerad bedömning av munhälsan (*prioritet 1*).

Urininkontinens

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 48–54)

Personer med demenssjukdom har större risk att utveckla urininkontinens än andra i motsvarande ålder. Risken ökar med demenssjukdomens svårighetsgrad. En medicinsk utredning av inkontinensen syftar till att finna och behandla de bakomliggande orsakerna till personens inkontinens.

En utredning av orsakerna till urininkontinens för personer med demenssjukdom skiljer sig inte från utredning av inkontinens i allmänhet. Personer med demenssjukdom kan däremot uppleva komplicerade utredningar och undersökningar som kränkande, skrämmande och förvirrande vilket kan ligga till grund för beslut om att begränsa utredningens omfattning.

Det finns flera metoder för behandling av urininkontinens, som vaneträning, uppmärksamhetsträning, blåsträning och bäckenbottenträning. Ingen av metoderna är specifikt utprovade för personer med demenssjukdom. Det är också relativt vanligt att absorberande produkter används under kortare eller längre tid. Det händer även att kateter används.

Rekommendationerna nedan förutsätter att personalen i första hand ger hjälp och stöd vid toalettbesök.

Fördelar

- Vaneträning, schemalagda toalettbesök i kombination med andra åtgärder och individuellt utprovade absorberande produkter minskar urinläckaget hos personer med demenssjukdom och bidrar till att den demenssjuke upprätthåller sin integritet och livskvalitet.
- Absorberande produkter bedöms vara mer kostnadseffektiva än kvarliggande kateterbehandling.

Nackdelar

- Det vetenskapliga underlaget är svagt.
- Det är tveksamt om personer med måttlig till svår demenssjukdom kan tillgodogöra sig blåsträning och bäckenbottenträning på grund av nedsatt funktionell och kognitiv förmåga.
- Personer med demenssjukdom kan uppleva uppmärksamhetsträning som kränkande.
- Långvarig kateteranvändning ökar risken för medicinska komplikationer.

Rekommendationer vid urininkontinens hos personer med måttlig till svår demenssjukdom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- tillhandahålla individuellt utprovade absorberande produkter (*prioritet 1*)
- erbjuda toalettassistans i form av vaneträning (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda schemalagda toalettbesök i kombination med andra interventioner (*prioritet 5*).

Hälso- och sjukvården bör inte

- erbjuda uppmärksamhetsträning (*icke-göra*)
- erbjuda blåsträning (*icke-göra*)
- erbjuda bäckenbottenträning till kvinnor (*icke-göra*)
- långvarigt behandla med kateter (*icke-göra*).

Förebygga och behandla förstoppning – icke-farmakologisk behandling

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 55–56, 58, 60)

Risken att drabbas av förstoppning är högre för personer med demenssjukdom än för genomsnittsbefolkningen. Cirka 60 procent drabbas jämfört med 15 procent i den övriga befolkningen.

Åtgärder för att förebygga förstoppning hos personer med demenssjukdom är fiberrik kost, vätska, fysisk aktivitet och individuellt regelbundna toalettvanor.

Magmassage är också en icke-farmakologisk behandling vid förstoppning.

Fördelar

- Fiberrik kost, tillförsel av vätska, fysisk aktivitet och regelbundna toalettvanor kan förebygga förstoppning, minska lidande och öka livskvaliteten.
- Magmassage kan bidra till att lindra förstoppningen.

Nackdelar

- Ökat fiberintag kan orsaka förstoppning om inte vätskeintaget samtidigt ökas.
- Det vetenskapliga underlaget om icke-farmakologisk behandling är svagt.

Rekommendationer för att förebygga eller behandla förstoppning hos personer med demenssjukdom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- säkerställa regelbundna toalettvanor som förebyggande och behandlande åtgärd (*prioritet 1*)
- säkerställa en fiberrik kost och ett adekvat vätskeintag samt erbjuda fysisk aktivitet som förebyggande åtgärder (*prioritet 1*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda magmassage för att behandla förstoppning (*prioritet 8*).

Att förebygga fall

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 61–64)

Risken att falla är ungefär dubbelt så hög för personer med demenssjukdom som för äldre utan kognitiv nedsättning. Nio av tio personer med demenssjukdom som läggs in på sjukhus på grund av skada har skadats genom ett fall.

De vanligaste preventiva åtgärderna mot fall är att bedöma personens fallrisk, personalutbildning, förändringar i miljön, höftskyddsbyxa, fysisk träning och översyn av läkemedel. Individuellt anpassad tillsyn och åtgärder för att uppmärksamma och förebygga ohälsotillstånd som ökar risken för fall finns också. Ofta genomförs dessa åtgärder i kombination med varandra (multifaktoriell intervention).

Fördelar

- Flera åtgärder i kombination med varandra som bedömning av fallrisk, kartläggning av tidigare fall, översyn av läkemedel, fysisk träning, förändringar i miljön kan minska risken för fallskador och lidande.

Nackdelar

- Det saknas idag kunskap om vilka personer som har nytta av höftskyddsbyxor.
- Höftskyddsbyxor kan öka risken för fall och skador för personer som har svårigheter att själva ta på och av byxan och som inte har insikt att be om hjälp med detta.

Rekommendationer för att minska risken för fall hos personer med demenssjukdom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- regelbundet bedöma fallrisken genom kartläggning av tidigare fall och kontinuerlig skattning av fallrisk (*prioritet 1*).

Rekommendationer vid förhöjd fallrisk hos personer med demenssjukdom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- genomföra flera samtidiga åtgärder (multifaktoriell intervention), till exempel översyn av läkemedel, fysisk träning och förändringar av boendemiljön (*prioritet 1*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda höftskyddsbyxa (*prioritet 8*).

Att förebygga och behandla trycksår

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 66–67)

Personer med svår demenssjukdom som har svårt att förflytta sig löper större risk än andra i samma situation att utveckla trycksår. Trycksår ger upphov till stort lidande, främst i form av smärta. Dessutom ökar risken för medicinska komplikationer och förtida död.

En strukturerad bedömning med ett riskbedömningsinstrument kan bidra till att identifiera personer med ökad risk för trycksår.

Förebyggande åtgärder mot trycksår är lägesändring, tryckavlastning, samt behandling av infektioner och nutritionsstörningar. Dessa åtgärder används även vid behandling av trycksår. Därtill behandlas de tillstånd som orsakat trycksåret, till exempel infektioner eller nutritionsstörningar.

Fördelar

- Riskbedömning och lägesändring, tryckavlastning och tryckminskning kan
- förebygga risken för trycksår
- identifiera personer med förhöjd risk
- minska lidande
- förbättra hälsotillståndet.

Nackdelar

- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendationer för att förebygga eller behandla trycksår hos personer med demenssjukdom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- bedöma risken för trycksår med hjälp av klinisk bedömning och strukturerade bedömningsinstrument (*prioritet 1*)
- förebygga och behandla trycksår genom lägesändring, tryckavlastning och tryckminskning samt behandla de bakomliggande orsakerna (*prioritet 1*).

Fysiska begränsningsåtgärder

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 68–69)

Det är vanligt att fysiska begränsningsåtgärder används för att förebygga skador och olyckor bland personer med demenssjukdom. En av fyra personer inom särskilt boende bedöms vara utsatt för en begränsningsåtgärd.

Fysiska begränsningsåtgärder definieras som en mekanisk anordning som inskränker rörelsefriheten. Exempel är bälten, selar, brickbord och sänggrindar. De används för personer med nedsatt rörelse- och balansförmåga för att förhindra fall, undvika permanent sängläge, men också för att erbjuda en bra sittställning vid måltiden eller för att ge personen med demenssjukdom stimulans och möjlighet till social interaktion.

I betänkandet *Regler för skydd och rättsäkerhet inom demensvården* lägger en statlig utredning fram förslag till en ny lagstiftning för tvångs- och begränsningsåtgärder. Förslaget är remissbehandlat och bereds inom socialdepartementet under 2010 [1].

Kontinuerliga observationer och utvärderingar av en persons upplevelse av begränsningsåtgärden syftar till att ge underlag för att kunna vidta al-

alternativa åtgärder om personen uttrycker illabefinnande men också för att undvika att den fysiska begränsningsåtgärden orsakar skador och kvävning.

Utbildning och handledning för vårdpersonal om begränsningsåtgärder och effekten av dessa syftar till att minska förekomsten av fysiska begränsningsåtgärder.

Fördelar

- En fysisk begränsningsåtgärd kan förhindra fall, minska risken för permanent sängläge, vara en nödvändig förutsättning vid viss typ av rehabilitering och öka möjligheten till social samvaro.
- Regelbunden tillsyn och utvärdering av begränsningsåtgärden kan minska risken för skador och lidande.
- Utbildning och handledning av personal kan minska användandet av begränsningsåtgärder.

Nackdelar

- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

En fysisk begränsningsåtgärd kan

- orsaka sårskador, blåmärken, kvävning samt indirekt orsaka trycksår, fall, inkontinens, försämrad mobilitet och oroligt beteende
- försämra kognition och minska möjligheten till social interaktion
- ge skador och uppfattas som en tvångsåtgärd och ge ångest och oro.

Rekommendationer om fysiska begränsningsåtgärder för personer med demenssjukdom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- kontinuerligt observera och utvärdera hur personen upplever den fysiska begränsningsåtgärden (*prioritet 1*)
- erbjuda sin personal utbildning och handledning för att minska användandet av fysiska begränsningsåtgärder (*prioritet 1*).

Att förhindra vanvård

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 70)

Personer med demenssjukdom har ungefär dubbelt så stor risk än andra äldre att utsättas för vanvård.

Det kan vara svårt att upptäcka vanvård och ibland uppfattas tecken på vanvård som uttryck för normalt åldrande eller symtom på sjukdomar.

Utbildning är en av de åtgärder som används inom socialtjänsten för att ge personalen möjlighet att upptäcka och förhindra vanvård.

Fördelar

- Utbildning av personal kan bidra till att tidigt upptäcka att en person utsätts för vanvård och därmed kan man göra det möjligt att sätta in åtgärder för att förhindra fortsatt vanvård.

Nackdelar

- Det vetenskapliga underlaget är svagt.

Rekommendation för att minska risken för vanvård

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personal sådan utbildning att de ökar sin kompetens att identifiera, dokumentera och rapportera vanvård i vården av personer med demenssjukdom (*prioritet 1*).