

En skvätt grädde kan motverka undernäring

För att en person med demenssjukdom ska få i sig mer energi och näring kan man energiberika mat och dryck. Det finns speciella pulver och andra produkter att köpa för energiberikning. Att tillsätta en skvätt grädde eller lite flytande margarin i maten är ett annat sätt. Stöd vid måltiden kan också ha effekt mot undernäring.

Många personer med demenssjukdom har dålig aptit och kan inte äta stora portioner. Då kan det vara ett bra knep att erbjuda extra mellanmål. Om personen har tugg- och sväljproblem kan gelékost eller annan konsistensanpassning vara en möjlighet. Näringsdrycker har en positiv effekt på näringstillståndet och kan användas som ett komplement till maten. Munhälsan är viktig för att personer med demenssjukdom ska kunna äta tillräckligt. Att förebygga förstoppning är också viktigt för god aptit, liksom att leva ett så aktivt liv som möjligt.

Reflektera och diskutera

- 1 Om du skulle få svårt att klara din mathållning på egen hand, vilka maträtter skulle då vara särskilt viktiga att få äta ibland?
- 2 Vad gör ni för att måltiderna ska bli stunder att se fram emot? Kan ni göra mer?
- 3 Vad gör ni för att i tid upptäcka risk för undernäring? Fungerar det bra?

Kapitel 7 Trygg vård och omsorg

Undersköterskan Mia har kommit hem till Johan, 82 år, som har både diabetes och en vaskulär demenssjukdom. Hon ska sköta om ett svårläkt bensår som han har haft i flera månader. När hon kommer sitter Johan vid köksbordet och tittar ut genom köksfönstret på fågelbordets alla hungriga gäster. Mia slår sig ned och ber Johan berätta namnen på de olika fåglarna. Hon vet att han minns dem lika bra som förr eftersom han alltid varit en passionerad fågelskådare. Johan börjar berätta om intressanta och ovanliga fåglar. Mia lyssnar och frågar och tittar samtidigt till såret.

Det här kapitlet handlar om några av de praktiska delar av vården och omsorgen som tas upp i Socialstyrelsens riktlinjer. Det handlar om åtgärder som kan ha stor betydelse för personer med demenssjukdom. Glöm inte bort att samtidigt bemöta de sjuka med respekt, lyhördhet och intresse. På så sätt kan den praktiska hjälpen upplevas på ett helt annat sätt än om du enbart fokuserar på de enskilda åtgärderna.

Demenssjukdom fördubblar fallrisken

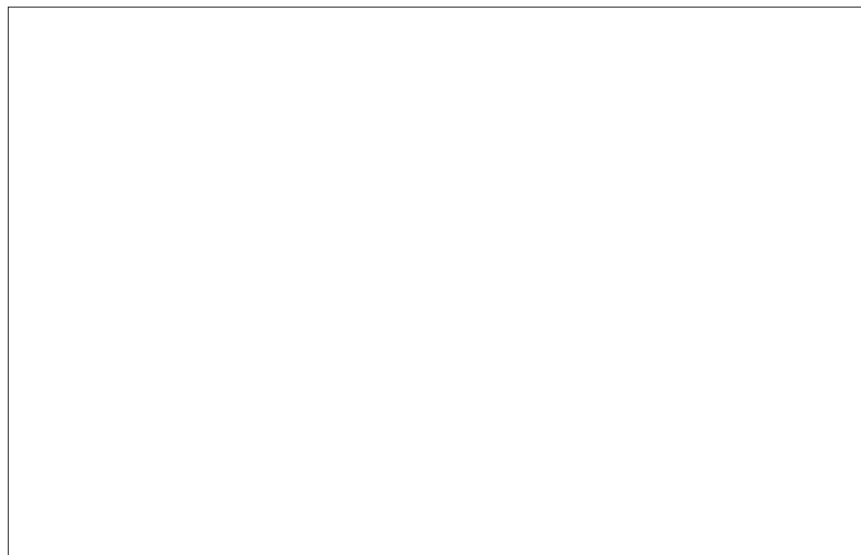
Det finns alla skäl att vara extra uppmärksam på risken för fall och falloolyckor i vården och omsorgen. Personer med demenssjukdom har dubbelt så stor risk att falla som äldre utan kognitiv nedsättning. Något som kan öka fallrisken är att byta miljö, till exempel att flytta från sitt hem till särskilt boende.

Rekommendationer för att minska fallrisken

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

- regelbundet bedöma fallrisken genom kartläggning av tidigare fall och kontinuerlig skattning av fallrisk. Prioritet 1.
- genomföra flera samtidiga åtgärder (multifaktoriell intervention), till exempel översyn av läkemedel, fysisk träning och förändringar av boendemiljön. Prioritet 1.

Nio av tio personer med demenssjukdom som läggs in på sjukhus på grund av skada har skadats genom fall. Ofta handlar det om en höftfraktur som orsakar mycket lidande. Många av dem som drabbas återfår aldrig samma



Genom att i tid uppmärksamma och sätta in åtgärder mot ökad fallrisk kan fall förebyggas.

funktionsförmåga som tidigare. Men även fall som inte leder till allvarlig skada kan påverka livskvaliteten negativt. Man kan bli rädd att ramla igen och osäkerheten kan göra att man blir mindre fysiskt aktiv och kanske isolerar sig.

Att i tid uppmärksamma och sätta in åtgärder mot ökad fallrisk är viktigt för att förebygga fall. Det gäller även att regelbundet följa upp hur fallrisken utvecklas genom återkommande bedömningar.

Samtidiga åtgärder kan förebygga fall

Ett arbetssätt som i forskningsstudier gett positiva resultat är att flera fall-förebyggande åtgärder sätts in samtidigt (multifaktoriell intervention). Detta arbetssätt har studerats både på sjukhus och i särskilda boenden. Olika kombinationer av åtgärder har prövats. Utbildning om fallrisker för personal och hur de kan förebyggas är en viktig faktor. Andra åtgärder som ingått är fysisk träning, hjälpmedel, individuellt anpassad tillsyn och förändringar av boendemiljön. Även genomgångar av läkemedel, i syfte att minska användningen av mediciner som kan orsaka yrsel och öka fallrisken, kan ha betydelse.

Höftskyddsbyxor är specialgjorda byxor som är förstärkta vid höften för att minska risken för frakturer vid fall. Hur effektivt de kan förebygga frak-

turer är ännu svårt att veta eftersom forskningsresultaten är motsägelsefulla. För personer som har svårt att ta av och på höftskyddsbyxan kan risken att falla istället öka. I riktlinjerna ges höftskyddsbyxa prioritet 8.

Tvångs- och begränsningsåtgärder kräver samtycke

Exempel på fysiska begränsningsåtgärder är bälte, sele, brickbord och sänggrind. Ett annat exempel är att låsa ytterdörren till ett särskilt boende så att de boende inte själva kan ta sig ut.

I dagsläget gäller att åtgärder som larm, sänggrindar och bälten endast får användas som skydd eller hjälpmedel när den enskilde samtycker till åtgärden.

Personer med demenssjukdom saknar ofta förmåga att uttrycka sitt samtycke men deras reaktioner kan många gånger visa hur de upplever en viss åtgärd. Detta får i sådana fall vara vägledande för ställningstagandet om samtycke föreligger eller inte. Frågan är komplicerad eftersom generella beslut om att ta bort till exempel larm och sänggrindar, utan individuella bedömningar av behov och samtycke, kan strida mot hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

Personal kan i undantagsfall hänvisa till nödrätten för att handgripligen ingripa, till exempel om en person är på väg ut i nattlinnet i 20 graders kyla. Nödrätten kan enbart användas i akuta situationer när det finns allvarlig fara för den enskildes liv och hälsa.

Svenskt Demenscentrum har på regeringens uppdrag utrett tvångs- och begränsningsåtgärder vid demenssjukdom. Två rapporter har publicerats: För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården (2010) och Tvingande skyddsåtgärder i Norge, England och Holland (2013).

Munbesvär kan få allvarliga följder

Att munnen mår bra är viktigt för vår livskvalitet. Tandvärk eller andra munbesvär påverkar välbefinnandet, inte minst lusten att äta. Det gäller förstås även den som har en demenssjukdom.

Forskning visar att dålig tandhälsa hos personer med demenssjukdom kan medföra inte bara smärta utan också frätsår i munnen, lunginflammation och undernäring. Muntorrhet och att endast ha ett fåtal tänder att tugga med ökar risken för undernäring.

Det finns speciella problem med dålig munhälsa vid demenssjukdom. Det kan bland annat vara svårt för den drabbade att förstå exakt var smärtorna kommer ifrån. Personen kan också ha svårt att förmedla att det gör ont och var värken sitter. Ibland kan sådana problem utlösa ett aggressivt beteende.

I det vetenskapliga underlaget till Socialstyrelsens nationella riktlinjer framhålls att det är viktigt att vårdare är uppmärksamma på munhälsan hos

Rekommendation om munvård

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör regelbundet göra en strukturerad bedömning av munhälsan. Prioritet 1.

personer med demenssjukdom. Därför är det betydelsefullt att göra regelbundna och strukturerade bedömningar av munhälsan.

Svår etisk balansgång

Att hjälpa en person med demenssjukdom att sköta sin munhygien innebär ofta en svår etisk balansgång. Att låta någon annan borsta mina tänder eller torka ur munnen är att ge tillträde till mitt privata område. För att det ska kännas bra behöver jag lita på den som hjälper mig och förstå vad det är som händer. Då kan jag ge mitt samtycke.

Ibland förstår personer med demenssjukdom inte vad vårdaren vill göra eller varför. Kanske känner personen inte heller igen tandborsten. Det kan också vara så att hon inte klarar att viljemässigt öppna munnen.

För att du som vårdare ska kunna ge hjälp med munvård på ett värdigt sätt behöver du få personen att känna sig lugn och trygg. Du måste också vara beredd att på olika sätt anpassa hjälpen.

Att hålla fast någon för att ge munvård är ett övergrepp. Att inte ge någon munvård alls är också ett övergrepp.

Flera orsaker till urininkontinens

Urininkontinens är ett samlingsbegrepp för alla former av ofrivilligt urinläckage. Vid ansträngningsinkontinens läcker man urin när man till exempel skrattar, hostar eller lyfter tungt. Trängningsinkontinens är när man plötsligt känner sig kissnödig och inte kan hålla sig. Det kan också vara så att en irriterad urinblåsa gör att man ofta känner sig kissnödig, men det kommer bara en liten skvätt varje gång. Ofta förekommer olika typer av inkontinens samtidigt.

Urininkontinens är ett vanligt problem hos äldre och en demenssjukdom ökar risken för detta ytterligare. Ju svårare demenssjukdom, desto större risk för inkontinens.

Många olika orsaker kan ligga bakom inkontinens, till exempel urinvägsinfektion, diabetes, förvirringstillstånd, svår förstoppning och läkemedel. Hos en person med demenssjukdom tillkommer ytterligare faktorer, bland annat svårigheter att hitta till toaletten och att förstå vad en toalett är.

Inkontinens är ett funktionshinder som påtagligt kan försämra livskvalite-

ten och därför är det angeläget att de drabbade får hjälp. Ett första steg är en medicinsk utredning för att försöka hitta orsakerna.

Om enklare undersökningar ger ofullständiga svar får man noga överväga innan man går vidare med mer komplicerade undersökningar av urinvägarna och deras funktioner. Hur kommer dessa undersökningar att upplevas? Står den möjliga nyttan i proportion till risken för att personen ska bli skrämmd eller känna sig kränkt? Går det att behandla inkontinensen även utan dessa undersökningar?

Demenssjukdomen kan göra det svårt att hitta till toaletten och även att förstå vad en toalett är.

Rekommendationer vid urininkontinens

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 (åtgärder). Prioritet 5.

Olika hjälpmedel vid inkontinens

Den vanligaste åtgärden när äldre har problem med inkontinens är att erbjuda säng- och inkontinensskydd. Beprövad erfarenhet visar att det är bra att använda absorberande produkter i kombination med andra åtgärder, till exempel toalettassistans. De absorberande produkterna ska utprovas individuellt och anpassas efter storleken på urinläckaget. Tänk på att det kan vara obekvämt även med för stora inkontinensskydd.

Vaneträning är schemalagda toalettbesök där tidpunkterna baseras på registreringar av personens blåsfunktion (toalettvanor kan skilja mycket från person till person).

Socialstyrelsen avråder från blåsträning och bäckenbottenträning för personer med demenssjukdom. Anledningen är att det kan vara svårt att förstå och få någon nytta av träningen. Socialstyrelsen avråder även från så kallad uppmärksamhetsträning eftersom träningen kan upplevas som kränkande.

Kateter bör inte användas långvarigt eftersom det ökar risken för olika medicinska komplikationer. I akuta lägen och i livets slut kan kateter dock vara motiverat.

Vätska och fiberrik mat mot förstoppning

Personer med demenssjukdom har högre risk för förstoppning. När magen inte sköter sig som den ska påverkas hela personen. Man får sämre aptit, kan må illa och känna sig ur form. Det finns läkemedel mot förstoppning men ofta kan man både förebygga och avhjälpa besvären på annat sätt. Några exempel är fiberrik mat, tillräckligt med vätska, fysisk aktivitet och regelbundna toalettvanor. Magmassage är en annan icke-farmakologisk behandling som dock ges svagare rekommendation i riktlinjerna (prioritet 8). Tänk också på att det finns läkemedel och vissa sjukdomar som kan leda till förstoppning.

Rekommendationer mot förstoppning

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

- säkerställa regelbundna toalettvanor som förebyggande eller behandlande åtgärd. Prioritet 1.
- säkerställa fiberrik kost och ett adekvat vätskeintag samt erbjuda fysisk aktivitet som förebyggande åtgärd. Prioritet 1.

Förebygga och behandla trycksår

Trycksår orsakar stort lidande, främst i form av smärta. De kan också ge medicinska komplikationer och leda till förtida död. Riktlinjerna anser att det är högsta prioritet att förebygga och behandla trycksår.

Rekommendationer mot trycksår

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.

Vanvård och övergrepp ska rapporteras

Personer med demenssjukdom är ofta beroende av andra för att klara sitt dagliga liv. De har ofta nedsatt förmåga att kommunicera och deras beteende kan ibland vara påfrestande. Allt detta bidrar till att personer med demenssjukdom är i ett utsatt läge med ökad risk att utsättas för vanvård.

I Torontodeklarationen finns en internationellt accepterad definition av vanvård av äldre. Definitionen är bred och omfattar både handlingar och försummelser som orsakar skada eller smärta hos en äldre person. Den gäller alla relationer där den äldre kan förvänta sig att kunna lita på den andra, alltså såväl inom familjen som i professionell vård och omsorg. Handlingarna eller försummelserna kan vara fysiska, psykologiska eller finansiella. Vanvård kan alltså vara allt ifrån att ta för hårt i någon till elaka och hånfulla kommentarer – eller att vänta för länge med att byta någons blöja.

Studier visar att vanvård av äldre förekommer i Sverige, såväl när äldre vårdas hemma som på institution.

Enligt lag – lex Maria och lex Sarah – är den som arbetar med vård eller omsorg för äldre och funktionshindrade skyldig att anmäla om hon upptäcker övergrepp eller brister. Det gäller både om man hjälper personen i dennes hem och om man arbetar på sjukhus eller i särskilt boende. Utbildning av personal om vanvård har visat sig kunna förbättra förmågan att upptäcka och rapportera övergrepp mot äldre.

Båda lagarna är till för att påvisa brister i vård och omsorg. Brister ska rapporteras och diskuteras så att man kan göra något åt dem. Det viktiga är att förebygga att samma misstag upprepas. De två lagarna gäller inom varsitt

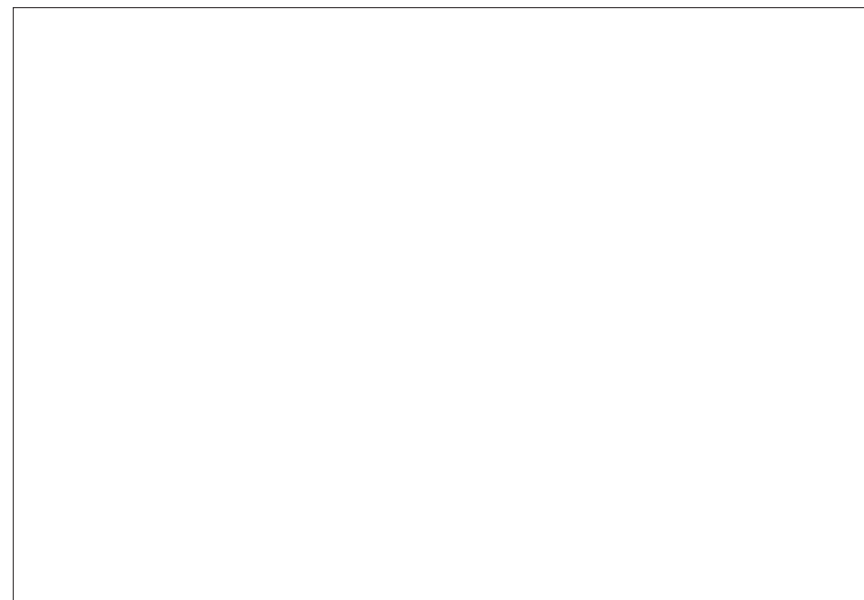
Rekommendation vid vanvård

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda personal sådan utbildning att de ökar sin kompetens att identifiera, dokumentera och rapportera vanvård av personer med demenssjukdom. Prioritet 1.

område. Lex Sarah gäller omsorg om äldre personer eller personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen. Lex Maria gäller inom verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen.

Undersköterska gav namn åt lex Sarah

Lex Sarah kallas den del av socialtjänstlagen (14 kap, 2 §) som fått sitt namn av undersköterskan Sarah Wägnert. År 1997 gick hon offentligt ut och avslöjade vanvård vid boendet där hon arbetade. Lex Sarah säger att den som är anställd inom service och omsorg av äldre och funktionshindrade är skyldig att anmäla övergrepp, vanvård och liknande missförhållanden till socialnämnden.



Enligt lex Sarah är den som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande skyldig att genast anmäla detta till socialnämnden.

Oavsett om äldreomsorgen bedrivs i kommunens regi eller av ett privat företag ska det finnas rutiner för hur en anmälan ska gå till. Det ska finnas skriftliga instruktioner som visar vem som tar emot en anmälan, hur anmälan ska registreras och vem som ansvarar för att utreda missförhållandena.

Lex Maria gäller i hälso- och sjukvården

Lex Maria är det vardagliga namnet på 6 kap. 4 § i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Lagen har fått sitt namn efter en händelse på Maria sjukhus i Stockholm på 1930-talet. Fyra patienter avled efter att ha fått injektion med desinfektionsmedel istället för bedövningsmedel.

När det gäller lex Maria är det vårdgivaren, till exempel en vårdcentral, som är skyldig att rapportera. Vårdgivaren ska ha ett system för rapportering av allvarligare misstag och olyckshändelser i vården. All hälso- och sjukvårdspersonal ska veta hur sådana händelser ska rapporteras och vårdgivaren ska ha utsett en person som är ansvarig för att skicka in anmälningar enligt lex Maria till Socialstyrelsen.

I livets slutskede

Idag avlider många personer med demenssjukdom efter ett utdraget sjukdomsförlopp utan att ha fått tillräckligt med stöd och symtomlindring. Detta är något som bör förändras. Vi behöver bli bättre på att uppmärksamma när livets slut närmar sig och då erbjuda god palliativ vård i enlighet med världs hälsoorganisationen WHO:s definition.

Rekommendation vid livets slut

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör ge palliativ vård enligt WHO:s rekommendationer. Prioritet 1.

Rätt till palliativ vård

Palliativ vård är, enligt WHO:s beskrivning, inriktad på att ge den sjuka personen och dennes anhöriga så god livskvalitet som möjligt fram till döden. Döden ska varken fördröjas eller påskyndas utan betraktas som en normal process. Palliativ vård ska ha en livsbejakande grundinställning och stödja personen i att leva så aktivt som möjligt. Smärta och andra plågsamma symptom ska lindras. Psykosociala och andliga aspekter ska finnas med som en naturlig del av vården. De närstående ska få stöd under sjukdomstiden och i

sitt sorgearbete. Palliativ vård ska vara tvärprofessionell och sätta personens och de anhörigas behov i främsta rummet.

Smärta, lunginflammation, andnöd och ångest är vanliga tillstånd i livets slutskede. Givetvis måste även personer med demenssjukdom få lindring av sådana symtom.

Sondmatning bör undvikas

Det är vanligt att personer med demenssjukdom äter och dricker dåligt under livets sista tid. De kan bland annat ha svårt att svälja. Anhöriga och personal kan bli orolig över att personen får i sig för lite näring och vätska. I sådana lägen förekommer det att sondmatning sätts in.

Socialstyrelsen anser dock att sondmatning ska erbjudas endast i undantagsfall (prioritet 10). Det saknas vetenskapligt underlag som visar att det förbättrar näringstillståndet, ökar livslängden eller höjer livskvaliteten. Metoden anses medföra fler risker än fördelar.

Reflektera och diskutera

- 1 *Hur arbetar ni inom din verksamhet idag med de praktiska delar av vården och omsorgen som tas upp i detta kapitel? Stämmer detta med Socialstyrelsens riktlinjer? Om inte, hur kan ni förändra ert arbetssätt?*
- 2 *Känner du till vilka rutiner som finns för anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria på din arbetsplats?*

Kapitel 8 Förstå och bemöta beteendeförändringar

– Mamma! (tystnad)

– Mammaaaaa!

Förtvivlade, ödsliga rop hörs från Elsas rum. Ibland är det bara skrik utan ord, ibland ropar hon efter sin mamma. Timmarna går och ropen fortsätter. Vårdare försöker få kontakt och få henne intresserad av annat, men de når inte fram. Hon verkar inte medveten om sin omgivning. Det är som om hon är någon helt annanstans.

Nio av tio personer med demenssjukdom får någon gång under sjukdomsförloppet beteendemässiga eller psykiska symtom. Dessa leder till stora påfrestringar både för den som är drabbad och för omgivningen. Närstående tycker ofta att aggressivitet, rastlöshet och andra beteendeförändringar är svårare att acceptera och hantera än till exempel minnesproblem och svårigheter att klara praktiska göromål. Även för professionella vårdare är dessa symtom en utmaning. Beteendeförändringar och psykiska symtom är den vanligaste orsaken till att personer med demenssjukdom flyttar till särskilt boende.