



Demensföreningen  
Sunnerbo

# Vårdprogram för demenssjukdomar i Kronobergs län.

**Ett samarbete mellan länets  
kommuner, Landstinget  
Kronoberg och anhörigföre-  
ningar.**

**Pappersversionen är reviderad 2011.  
Webbversionen uppdateras kontinuerligt  
och finns på Landstingets interna och ex-  
terna hemsidor**

## Innehållsförteckning

<b>1. Förord.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Medverkande i arbetsgruppen.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Syfte och målgrupp .....</b>	<b>6</b>
<b>4. Demenssjukdomar.....</b>	<b>7</b>
<b>De vanligaste demenssjukdomarna .....</b>	<b>7</b>
Demenssjukdom.....	7
Alzheimers sjukdom.....	7
Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada .....	7
Frontotemporal demens.....	7
Kognitiv svikt.....	8
Nedsättning av intellektuella funktioner från en tidigare högre nivå. Avser exempelvis minne, orienteringsförmåga, språk, exekutiv förmåga, igenkänning, praktisk förmåga samt räkneförmåga. ....	8
Lewybodydemens.....	8
Lindrig kognitiv störning (MCI) .....	8
Vaskulär demens .....	8
Mindre vanliga (primärdegenerativa) orsaker till demens .....	9
• Huntingtons sjukdom .....	9
• Parkinsons sjukdom.....	9
Övriga orsaker till demenssjukdom.....	9
Differentialdiagnoser.....	9
<b>5. Demensutredning .....</b>	<b>10</b>
Mål med utredningen .....	10
Ställa diagnos .....	10
Funktionsbedömning.....	10
Besluta om åtgärder.....	10
<b>6. Basal demensutredning i primärvården .....</b>	<b>11</b>
Påbörja utredning .....	11
Utredning.....	11
Efter utredningen:.....	12
Remittera .....	12
<b>7. Utredning på specialistnivå .....</b>	<b>13</b>
Utvidgad utredning på specialistnivå .....	13
Utredningens upplägg .....	13
Utvidgad demensutredning kan innehålla: .....	14
Bedömning av samtidigt förekommande psykiska symtom: .....	14
Diagnostisk slutbedömning .....	14
Utvecklingsrelaterad störning, i synnerhet Downs syndrom .....	14
<b>8. Efter utredning och diagnos .....</b>	<b>15</b>
Körkort och bilkörning.....	15
Vapen .....	15
God man/förvaltare .....	15
Utredningsresultat och information.....	15
<b>9. Behandling och uppföljning .....</b>	<b>16</b>
Behandling av demenssymtom .....	16
Behandling av BPSD ( Beteendemässiga psykiska symtom vid demens).....	17
<b>10. Sjukhusvård.....</b>	<b>18</b>

<b>11. Samordnad vårdplanering .....</b>	<b>19</b>
<b>12. Mottagning .....</b>	<b>19</b>
<b>13. Stöd till närstående.....</b>	<b>20</b>
<b>14. Personer med demenssjukdom med speciella behov .....</b>	<b>21</b>
Invandrare med demenssjukdom.....	21
Yngre med demenssjukdom .....	21
Utvecklingsstörda med demenssjukdom.....	22
<b>15. Kommunal vård och omsorg.....</b>	<b>22</b>
Vård och omsorg .....	22
Etik i omsorgsarbetet.....	23
Bemötande.....	24
Levnadsberättelse .....	24
Sinnesstimulering .....	25
Sinnesrum.....	25
Musik.....	25
Taktil stimulering .....	26
Att skydda från skada.....	26
Nutrition .....	27
Tandvård/munvård .....	27
Dagverksamhet.....	28
Olika boendeformer.....	28
Korttidsvård.....	28
Särskilt boende .....	29
Miljö .....	29
Vård i livets slut .....	29
Demensjuksköterska .....	30
Arbets terapeut .....	30
Utbildning/handledning.....	31
<b>16. Litteratur/Länktips .....</b>	<b>31</b>
Böcker och broschyrer .....	31
Länktips.....	32
<b>17. Bilagor .....</b>	<b>32</b>

## 1. Förord

Vårdprogrammet för demenssjukdomar i Kronobergs län har utarbetats för att kunna erbjuda utredning och behandling av patienter med misstänkta eller diagnostiserade demenstillstånd på ett adekvat och samstämmigt sätt över hela länet. En grupp ser för närvarande över programmet för att anpassa det till socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010.

Programmet ger också en beskrivning över de vanligaste demenssjukdomarna.

För att vårdprocessen för patienten ska löpa så obehindrat som möjligt beskrivs även uppföljningen efter utredning och diagnos samt vilka insatser som länets kommuner kan stå för.

Vårdprogrammet antogs och undertecknades i juni 2004 av planeringsdirektör Ove Löfqvist för landstinget och förvaltningschef Agneta Jansmyr för länets kommuner.

Det reviderades i juni 2007 och i mars 2009.

## 2. Medverkande i arbetsgruppen

### **Vårdprogrammet har utarbetats av:**

Boris Jonsson, planeringschef Landstinget Kronoberg  
Britt Svensson, sjuksköterska Äldrepsyk Ljungby  
Andrea Christoffersson, överläkare Äldrepsyk Ljungby  
Mats Henriksson, distriktsläkare VC Teleborg  
Ingvar Högvall, distriktsläkare VC Lammhult  
Ann-Sofie Signér, överläkare Geropsyk Växjö  
Anne-Maj Karlsson, sjuksköterska Akutgeriatriken CLV  
Lilian Persson, demenssjuksköterska Växjö kommun  
Elisabeth Malmehag, demenssjuksköterska Markaryds kommun  
Linda Gunnarsson, demenssjuksköterska Ljungby kommun  
Maria Kaukinen, sjuksköterska avd 52 geropsyk  
Ewa Eidenskog, sjuksköterska avd 52 geropsyk  
Olle Kjellin, överläkare geropsyk Växjö  
Gunnel Svensson, MAS Alvesta kommun  
Carina Yngvesson, MAS Lessebo kommun  
Siw Ewers, bitr chefläk, samordn ÄU Landstinget Kronoberg

*Vårdprogram för demenssjukdomar i Kronobergs län. Juni 2004, reviderat juni 2007, mars 2009 och 2010/2011.*

Susanne Ek-Lundh, utvärderare FoU

Per Andersson, Demensföreningen Sunnerbo

Ann-Marie Johansson, demenssjuksköterska Alvesta

Lena Johansson, vårdprocessansvarig geropsyk Växjö

Dietmar Heinrich, demensföreningen Varend har varit med och granskat materialet.

### **Revideringsarbetet 2009 är genomfört av:**

Andrea Christoffersson, överläkare Vuxenpsykiatri Kronoberg

Ulla Hamberg, överläkare Vuxenpsykiatri Kronoberg

Ingvar Högvall, distriktsläkare Vårdcentralen Dalbo

Barbara Kowalska Schramm, specialistläkare i allmänmedicin Vårdcentralen Kungshögen

Linda Gunnarsson, demenssjuksköterska Ljungby kommun

Lis-Marie Heggzell, demenssjuksköterska Uppvidinge kommun

Elaine Karlsson, MAS Älmhults kommun

### **Revideringsarbete 2010/1011 är genomfört av:**

Andrea Christoffersson, överläkare Vuxenpsykiatri Kronoberg

Ingvar Högvall, distriktsläkare Vårdcentralen Dalbo

Linda Gunnarsson, demenssjuksköterska Ljungby kommun

Lis-Marie Heggzell, demenssjuksköterska Uppvidinge kommun

Elaine Karlsson, MAS Älmhults kommun

Eva Löthgren, Psykiatri- och sjuksköterska Äldrepsykiatriska enheten. Vuxenpsykiatri Kronoberg

Ann-Charlotte Johansson demenssjuksköterska Tingdryds kommun

### 3. Syfte och målgrupp

- Vårdprogrammet ska ge kunskap om orsaker till demens och erbjuda riktlinjer för medicinsk och social utredning, ge kunskap om de demenssjukas behov av sjukvård, social omsorg och olika vårdformer.
- Vårdprogrammet ska beskriva olika vårdgivares ansvarsområde och möjligheterna att samordna och utveckla vårdresurserna.
- Vårdprogrammet syftar till kvalitetssäkring avseende vård, diagnostik och omvårdnad av demenssjuka personer.
- Vårdprogrammet vänder sig till dem som i sitt arbete kommer i kontakt med personer som drabbats eller misstänks ha drabbats av demenssjukdom, samt till patienter och deras närstående.

## **4. Demenssjukdomar**

### **De vanligaste demenssjukdomarna**

#### **Demenssjukdom**

Sjukdomar som framför allt drabbar högre hjärnfunktioner såsom kognitionen (förmågan att lära, tänka och bearbeta information) och personligheten. Dessa sjukdomar utvecklas oftast långsamt och är långvariga. En rad olika tillstånd kan leda till intellektuell svikt, den vanligaste är Alzheimers sjukdom. Symtomen beror på var i hjärnan sjukdomsskadorna sitter.

#### **Alzheimers sjukdom**

Svarar för ungefär två tredjedelar av alla fall av demenssjukdom. Sjukdomen hör till de så kallade demenssjukdomarna, vilka leder till att nervceller i hjärnan förtvinar och dör. Vid Alzheimers sjukdom sker detta framför allt i hjärnans tinning och hjässlober. Tidiga symtom är oftast försämrat närminne, koncentrationssvårigheter, svårigheter att orientera sig och språkstörningar som sedan övergår i ett demenstillstånd där symtomen är mer uttalade och personen inte längre klarar av dagliga livets funktioner. Det finns ärftliga former av Alzheimers sjukdom men i de flesta fall vet man inte varför en person drabbas.

#### **Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada**

Alzheimers sjukdom kan förekomma samtidigt med kärlsjukdom i hjärnan. Båda tillstånden bedöms bidra till kognitiva symtom. Denna blandform av demens är särskilt vanlig hos äldre personer.

#### **Frontotemporal demens**

En degenerativ demenssjukdom som drabbar hjärnans främre del. Förändringar av personligheten, bristande omdöme eller nedsatt språklig förmåga är tidiga tecken, medan exempelvis minnet ofta fungerar bra i början av sjukdomen.

## **Kognitiv svikt**

Nedsättning av intellektuella funktioner från en tidigare högre nivå. Avser exempelvis minne, orienteringsförmåga, språk, exekutiv förmåga, igenkänning, praktisk förmåga samt räkneförmåga.

## **Lewybodydemens**

Ett tillstånd som har likheter både med Alzheimers sjukdom och med Parkinsons sjukdom. Vid denna demenssjukdom är uppmärksamheten nedsatt tidigt i förloppet, istället för att minnesstörningen är det andra symtom som dominerar sjukdomsbilden. Parkinsonliknande symtom som nedsatt mimik, långsamt och stelt rörelsemönster är också vanliga, liksom synhallucinationer och falltendens. Personer med Lewybodydemens har en kraftigt ökad risk för biverkningar av läkemedel mot psykos (antipsykosmedel)

## **Lindrig kognitiv störning (MCI)**

*Mild cognitive impairment*, är benämningen på en nedsättning i kognitiva funktioner som bedöms vara större än väntat vid en persons ålder, men inte så markant att den nämnvärt stör personens dagliga liv. Ibland är tillståndet reversibelt. Orsaken är heterogen och flera sjukdomar leder till MCI. En vanlig orsak är mycket tidig Alzheimers sjukdom.

## **Vaskulär demens**

Den näst vanligaste demenssjukdomen som beror på att områden i hjärnan som har betydelse för intellektuella funktioner, blivit skadade på grund av bristande blodtillförsel. Vanliga orsaker är stroke, förträngningar i små blodkärl och långvarigt högt blodtryck. Hur sjukdomen påverkar en person beror på vilka delar av hjärnan som skadas. Skador i pannloberna ger personlighetsförändringar, skador i hjässloben försämrar förmågan att analysera, tolka och förstå. Om tinningloberna skadas försämras ofta minnet. Cirkulationsstörningar i djupa delarna av hjärnan, under hjärnbarken och den så kallade vita substansen runt hjärnans vätskefyllda hålrum, ger i första hand försämrat kognitivt tempo samt reducerad reaktionsförmåga, initiativförmåga och psykisk energi

## **Mindre vanliga (primärdegenerativa) orsaker till demens**

- Huntingtons sjukdom
- Parkinsons sjukdom

## **Övriga orsaker till demenssjukdom**

- Normaltryckshydrocefalus
- Ämnesomsättningsrubbningar
- Bristsjukdomar
- Substansskador (alkohol, lösningsmedel, narkotika mm)
- Skalltrauma
- Infektion (polio, borrelia, lues, Creutzfeldt-Jacobs sjukdom, HIV)
- Hjärntumör
- Downs syndrom

## **Differentialdiagnoser**

- Normalt åldrande
- Depression
- Ångest, oro, stress
- Isolerad minnesstörning
- Förvirringstillstånd (konfusion)
- Annan kroppslig sjukdom

## 5. Demensutredning

- Alla patienter som uppvisar demenssymtom ska bedömas.
- Utredningen ska individualiseras så att den är medicinskt och etiskt rimlig.
- Varje läkare som misstänker demenssjukdom ska initiera en utredning. Vanligen utreds demenssjukdomar inom primärvården.
- Patient och närstående kan ta kontakt med demenssjuksköterska eller läkare som kan initiera demensutredning.

### Mål med utredningen

#### Ställa diagnos

- Med differentialdiagnostik utesluta eller åtgärda botbara tillstånd eller associerade symtom (till exempel depression). Identifiera andra bidragande orsaker till symtomen (till exempel sociala förhållanden).
- Vid demensdiagnostik fastställa vilken demenssjukdom det handlar om. Beskriva individuella kliniska karaktäristika och hjärnskadesymtom.

#### Funktionsbedömning

- Konsekvenserna av hjärnskadorna.
- Ställningstagande till omsorgsbehov.
- Bedömning av förmågan att köra bil och inneha vapen.

#### Besluta om åtgärder

- Behandling av grundsjukdomen och associerade symtom.
- Vårdplanering:
  - Bedöma och planera omsorgsbehoven.
  - Klarlägga den fortsatta medicinska uppföljningen.
  - Samplanering med andra vårdgivare.

## 6. Basal demensutredning i primärvården

Primärvården utreder i normalfallet misstänkta demenssjukdomar. Vid tveksamhet och/eller osäkerhet bör specialist i äldrepsykiatri konsulteras.

### Påbörja utredning

Om något/några av dessa symtom finns:

- **Minnesstörning**
- **Spatiala** (rumsliga) **svårigheter**
- **Dysfasi** (talrubbning)
- **Dyspraxi** (svårighet att utföra målinriktade rörelser)
- **Ataxi** (oförmåga att samordna rörelser)
- **Dysgnosi** (försämrade igenkänningsförmåga)
- **Exekutiva svårigheter** (dvs. planera, organisera, ordna, abstrahera)
- **Personlighetsförändring** t ex omdömeslöshet, blödighet, känslomässig avflackning, aggressivitet, förändrat mat/ätbeteende eller bristande sjukdomsinsikt.

### Utredning

För att fastställa om demens föreligger eller om det rör sig om annan sjukdom t ex depression, endokrina rubbningar, hjärntumör, elektrolytrubbningar, hydrocefalus, missbruk med mera.

- **Egenanamnes** (inklusive bland annat utbildning, yrke, intresse, exposition för lösningsmedel, alkohol, tobak, skalltrauma, bilkörning)
- **Närståendeanamnes**
- **Ev. hembesök av sjuksköterska med kunskap om demenssjukdomar**
- **Tidigare sjukdomar inkl psykiska**
- **Nuvarande sjukdomar**
- **Aktuell medicin**
- **Hereditet**
- **Somatisk status:** (inklusive neurologi och hjärta/kärl)

- **Kognitiv status:** MMS, klocktest och eventuellt annan minnesscreening
- **Psykisk status:** tecken till depression, psykos eller konfusion med mera
- **Lab-undersökningar:** Blodstatus, P-glukos, elektrolyter, leverstatus, TSH + T4 fritt, Kobalamin, Folat, SR
- **DT hjärna:** för att utesluta annan genes (blödning, tumör med mera) samt för att se eventuell atrofi, vitsubstansskada eller infarkt.
- **Ekg**
- **Eventuellt ytterligare undersökningar:** Koncentrationsbestämning av läkemedel, syfilis, borrelia, HIV-serologi, EEG och urinprov
- Tänk på att anlita **kvalificerad tolk** om patienten har ett annat språk som modersmål.

### **Efter utredningen:**

- **Behandla** eventuell depression och/eller annan behandlingsbar sjukdom.
- **Om** utredningen leder till diagnosen Alzheimers sjukdom, överväg behandling med acetylkolinesterashämmare eventuellt efter samråd med äldrepsykiater.

### **Remittera**

vid behov till specialist efter denna utredningsgång, se: "Utredning på specialistnivå" Redogör då för alla svar och utredningar som redan är gjorda.

## 7. Utredning på specialistnivå

Endast remiss till specialistnivå efter att basal utredning i primärvård har utförts.

### Utvidgad utredning på specialistnivå

Om något/några av dessa symtom finns:

- Tidig sjukdomsdebut - patient under 65 år
- Oklar symtombild
- Mild symtomatologi, försvårad differentialdiagnostik
- Snabb progress
- Svåra beteendestörningar
- Patient med Downs syndrom remitteras direkt till specialist
- Patient med misstänkt Lewy body-demens

### Utredningens upplägg

- **Värdera** och vid behov komplettera remissdata
- **Hembesök** av äldrepsykiatrisk sjuksköterska för strukturerad anamnestagning enligt särskild mall. Då görs också MMSE (minnesscreening). Skattningsskalor används för funktionsbedömning och depressionsbedömning. Under besöket inhämtas också patientens/närståendes samtycke till att inhämta journalkopior från andra enheter.
- Vid **läkarbesöket** senare kompletteras anamnesen och görs somatiskt och psykiskt status. Då beslutas också om ev. ytterligare utredning.
- Tänk på att anlita **kvalificerad tolk** om patienten har ett annat språk som modersmål.

### **Utvidgad demensutredning kan innehålla:**

- **Testning av neuropsykolog**
- **Arbetsterapeut** för bedömning av funktionsnivån
- **EEG**
- **Blodflödesmätning:** Detta är en undersökning med många felkällor och svårtolkade resultat.
- **Likvorundersökning:** Infektionsparametrar, barriärskada, demensmarkörer
- **MRT**
- **DAT-SCAN**

### **Bedömning av samtidigt förekommande psykiska symtom:**

- **Depression**
- **Ångest**
- **Psykos**
- **Sömnstörning**
- **Konfusion**
- **Beteendestörning**

### **Diagnostisk slutbedömning**

Den samlade informationen från utredningen ligger till grund för diagnos och eventuell behandling.

### **Utvecklingsrelaterad störning, i synnerhet Downs syndrom**

Demensutredning görs i samråd med vuxenhabiliteringen, eftersom kunskap om de flesta patienter med denna funktionsnedsättning finns där. Efter remiss görs ett hembesök av äldrepsykiatrisk sjuksköterska hos patienten och kontakt tas med vuxenhabiliteringen. Det är lämpligt för kompetensen och erfarenheten att utredningen sköts av ett fåtal läkare och sjuksköterskor.

## 8. Efter utredning och diagnos

### Körkort och bilkörning

Personer med måttlig till svår demens **ska inte köra bil**. Läkare, psykolog eller arbetsterapeut utför körkortsbedömningar. Enligt körkortslagen ska läkare anmäla till **transportstyrelsen** om en person bedöms vara olämplig att köra bil. Läkaren och patienten kan också komma överens om att patienten inte längre ska köra bil. ([Läkares anmälan](#))

Läkare kan även skriva en remiss för körkortsbedömning till arbetsterapeut på CLV. I denna bedömning ingår en teoretisk del med utvalda bedömningsinstrument samt en praktisk del där personen tillsammans med trafiklärare och arbetsterapeut kör en viss slinga i verklig trafik under en timme. ([Landstinget Kronoberg - Körkortsbedömning av arbetsterapeut](#))

### Vapen

Läkare är skyldig att anmäla vapeninnehav till **polisen** om patienten är olämplig att inneha vapen. (Se [SOSFS 2008:21](#)).

### God man/förvaltare

Läkare utfärdar intyg om [god manskap/förvaltarskap](#) om den demenssjuke får svårigheter sköta sin ekonomi, bevaka sin rätt och/eller förvalta sin egendom.

### Utredningsresultat och information

Den demenssjuke och närstående har rätt till information om diagnos, prognos och behandlingsmöjligheter. Den utredande läkaren ansvarar för att patienten och närstående får del av utredningsresultatet. Efter samtycke ska läkaren skicka sammanfattning av utredningsresultatet och funktionsnedsättningar per brev till demenssjuksköterska och/eller distriktssköterska, kommunens biståndshandläggare. Kommunen ska stämma av behovet av närståendestöd, förmedla kontakt till ansvarig för närståendestöd i kommunen och till närståendeföreningar. Det är viktigt med närståendebildning i ett tidigt skede efter ställd diagnos. Informationen till de drabbade bör vara både muntlig och skriftlig.

I de fall patienten varit inskriven på vårdavdelning skickas omvårdnadsepikris till berörd sjuksköterska i kommunen som ska vidarebefordra informationen till den enskildes övriga omvårdnadspersonal. Detta är viktiga instrument för omvårdnaden.

## 9. Behandling och uppföljning

### Behandling av demenssymtom

De tre förstahandspreparaten är kolinesterashämmare.

Indikationen för dessa medel är lindrig till måttlig demenssjukdom av Alzheimerstyp. Ett flertal studier pågår för att utvidga indikationen till svårare Alzheimerstillstånd och blandformer med även vaskulära orsaker.

Behandlingen botar inte sjukdomen men kan påverka dess förlopp så att viktiga funktioner förbättras och bibehålls längre. Läkaren bör dock informera om att behandlingen inte alltid ger önskad effekt och i sådant fall bör avbrytas.

Kontraindikationer är allvarliga atrioventrikulära ledningsrubbningar samt svår astma/KOL.

Dessa preparat är tillgängliga idag:

- *Donepezil* ([aricept](#)).
- *Rivastigmin* ([exelon](#)).
- *Galantamin* ([reminyl](#)).
- *Memantin* ([ebixa](#)). Preparatet har registrerats på indikationen medelsvår till svår Alzheimerdemens för att förbättra ADL-funktioner och verkar via glutamatreceptorerna.

Vid **uppföljning av den medicinska behandlingen** är det angeläget att efterfråga eventuella bieffekter såsom illamående, buksmärtor, sömnrubbning, trötthet, avmagring, ortostatism av kolinesterashämmarna och eventuellt ökad hallucinos vid memantinbehandling efter cirka en månad. Närståendes/vårdares information är mycket viktig.

På utredande läkares initiativ görs uppföljning efter 3 - 4 månader med bl.a. skattningsskalor och vid behov ytterligare tillfälle.

Efter ca 6 och 12 månader, kallas patienten åter till läkarbesök för genomgång av behandlingsresultat med kontroll av somatiskt status och EKG. Därefter sker ställningstagande till fortsatt medicinering.

**Vid utebliven effekt ska medicineringen sättas ut.** Med utebliven effekt menas fortsatt försämring både med objektiva och subjektiva mått (tidigare använda skattningsskalor respektive patient- och närståendeintervju). Efter 2-3 veckor följs utsättningen av kolinesterashämmare upp. Vid förlorade funktioner snabb återinsättning av kolinesterashämmare. Vid uppehåll längre än 3 veckor riskerar patienten en bestående funktionsnedsättning.

### **Behandling av BPSD ( Beteendemässiga psykiska symtom vid demens)**

Vid eventuellt förekommande psykiska besvär som depression, ångest, sömnstörning, psykotiska symtom, konfusion och beteendestörningar ska man i första hand identifiera bakomliggande somatiska, psykosociala och miljöfaktorer. Därefter kan behov av psykofarmakologisk behandling bedömas.

**Depressionsbehandling** med i första hand SSRI-preparat som [citalopram](#), [sertralin](#). Vid utebliven effekt kan tillägg av [mianserin](#) eller byte till [mirtazapin](#) eller [venlafaxin](#) prövas.

- Mot **ångest** låga doser av [oxazepam](#). Vid panikångest SSRI-preparat. Vid tillfälligt nattlig ångest rekommenderas [klometiazol](#)
- Vid **sömnproblem** är det viktigt att registrera patientens sömnmönster. Efter sömnbefrämjande åtgärder som exempelvis fysisk aktivitet, utevistelse på dagtid och nattmåltid kan intermittent behandling med i första hand [oxazepam](#), [zopiklon](#), [zolpidem](#), [klometiazol](#) prövas. Om dessa inte har avsedd effekt kan [propiomazin](#) eller [alimemazin](#) försöksvis sättas in.
- Mot **psykotiska symtom** låga doser av [risperidon](#). Behandlingseffekten bör överväga risken för cerebrovaskulär biverkan.

- Vid **konfusion** tas särskilt hänsyn till bakomliggande somatiska faktorer samt den psykosociala situationen. God omvårdnad. Om det är möjligt sätt ut konfusionsframkallande läkemedel. Vid behov av läkemedelsbehandling vid svår oro och/eller sömnsvårigheter ges kortvarigt låga doser av [klometiazol](#), [haloperidol](#).
- Benzodiazepiner kan prövas men dessa kan ge excitation och förvärra tillståndet.
- Vid **beteendestörningar** se till att optimera vårdmiljön. Åtgärda somatiska problem. Vid affektiva symtom - SSRI. Beteenden med rop och bankande kan vara svårbehandlade men behandlingsförsök kan göras med låga doser av [oxazepam](#).
- Vid **temporallobsepilepsi** prövas [karbamazepin](#)
- Se över patientens **övriga läkemedel**. I synnerhet de med antikolinerg effekt som försämrar kognitiv funktion och analgetika med central verkan.
- Se även [läkemedelskommitténs rekommendationer](#).

**All typ av medicinering ska följas upp och utvärderas.**

Hos äldre kan behandling med antidepressiva läkemedel kräva längre behandlingstid innan det ger effekt.

## 10. Sjukhusvård

Länsövergripande resurser för att behandla patienter med svåra beteendestörningar och/eller konfusion finns på äldrepsykiatriska enheten.

Före inläggning bör patienten bedömas av äldrepsykiatrisk läkare eller sjuksköterska från äldrepsykiatri, för att bedöma behovet av ytterligare medicinska/omvårdnadsåtgärder i syfte att låta patienten, om möjligt, vara kvar i sitt ordinarie boende.

Under vårdtiden görs en optimering av medicinering, funktionsbedömning, somatisk och psykiatrisk bedömning samt ev. komplettering av utredning. Bemötandet av den demenssjuke är mycket viktigt. Under vårdtiden görs också vårdplanering tillsammans med patient, närstående och personal från kommunen. Omvårdnadsepikris skickas till patientens hemkommun.

Efter utskrivning sköter oftast primärvården uppföljningen. I vissa fall, efter överenskommelse, följs patienten upp av äldrepsykiater.

## 11. Samordnad vårdplanering

Slutenvården kallar kommunens representanter vilka kan vara biståndshandläggare, sjuksköterska i hemsjukvård, arbetsterapeut och sjukgymnast. Även primärvården informeras. Information skickas endast efter patientens samtycke.

Om det föreligger behov av stöd- och omvårdnads-/omsorgsinsatser från kommunen och/eller primärvården/närsjukvården, bör en vårdplanering hållas. Till denna kallas patient, gärna närstående och berörda representanter från kommun och primärvård/närsjukvård.

Vårdplaneringen ska ske där parterna kan samtala ostört.

Vårdplaneringen sker alltid med utgångspunkt ifrån den enskildes behov av insatser. När det gäller personer med demenssjukdom ska det göras en bedömning om patienten själv kan delta. Om den enskilde själv inte förstår vad som diskuteras, kan deltagande vid vårdplaneringen leda till stor oro, och därmed göra mer skada än nytta. Närstående eller annan företrädare för patienten ska efter samtycke från denne, kallas till vårdplanering. När patienten har kommit så långt i sin demenssjukdom att samtycke inte längre kan ges, ska närstående och/eller juridiskt utsett ombud ändå kallas.

Grundläggande för all vård och omsorg är att den sker i samråd med patienten och att den enskildes autonomi och integritet respekteras.

Det är viktigt att alltid kontrollera att patient/närstående är delaktiga och förstår vad som överenskommit.

## 12. Mottagning

Äldrepsykiatriska enheten i Växjö och Ljungby arbetar, förutom med demensutredningar, också med vägledning till personal och närstående i de fall patienten tidigare varit i kontakt med mottagningen, samt allmän information om demenssjukdomar och äldrepsykiatri.

Mottagningarna har även konsultverksamhet till läkare. Man tar också emot patienter med annan form av äldrepsykiatriska problem än demenssjukdom.

### 13. Stöd till närstående

I den nationella handlingsplanen betonas vikten av stöd till närstående. Enligt socialtjänstlagen (SoL) har närstående rätt till tydlig information från socialtjänsten och rätt att vara delaktiga vid planering, genomförande och utvärdering av olika insatser samt att få information för att öka kunskapen och förståelsen för demenssjukdomen.

En angelägen uppgift för social-/omsorgsnämnder är att identifiera närstående som behöver stöd och hjälp i sin omsorgsuppgift. Stöd till närstående ska erbjudas i form av information och kunskap om sjukdomen och dess konsekvenser. Enskilda samtal kan erbjudas, stöd i det egna hemmet och mötesplatser för närstående. Omsorgs- och vårdinsatser som närstående inte själva anser sig kunna utföra kan genomföras helt eller delvis med stöd av hemtjänstens personal eller hemsjukvården. Dagverksamhet, korttidsvård eller växelvård kan vara en form av avlastning.

Närstående bör kunna erbjudas grundläggande demensutbildning. I några kommuner samarbetar landsting och kommun med demensutbildning för närstående.

Varje närståendesituation är unik. Det är mycket viktigt att visa respekt för de närståendes kunskaper och erfarenheter samt att ge stöd och uppmuntran för att de ska klara sin situation.

Här nedan finns länkar till patient- och närståendeföreningar samt till ytterligare information om demenssjukdomar.

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

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

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

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

## **14. Personer med demenssjukdom med speciella behov**

### **Invandrare med demenssjukdom**

För äldre invandrare kan deras upplevelser av livet ha aspekter som kan påverka relationen och samspelet i vårdsituationen, speciellt om denne drabbas av demenssjukdom. Isolering och svårigheter att bli bekräftad ökar risken för att drabbas av identitetsförvirring vid en demenssjukdom.

Invandrare som drabbas av demenssjukdom får mer problem med att hålla isär språken och återgår ofta till sitt modersmål. Att kunna ge vård och omsorg på det egna modersmålet är ett önskemål. För att kunna stödja närstående behövs en ökad kulturkompetens. Invandrarföreningar och religiösa sammanslutningar kan vara ett gott stöd i omsorgen.

### **Yngre med demenssjukdom**

Enligt preliminära bedömningar har ungefär 9 500 personer i Sverige under 65 år någon form av demenssjukdom.

Ofta drabbas den sjuke av en längre tids svårigheter med demenssymtom innan utredning och diagnos. Det kan vara svårt att sätta diagnos i tidigt skede. Yngre har en annan familjesituation. Många är fortfarande aktiva i yrkeslivet och ibland finns hemmaboende barn.

Det är synnerligen viktigt att vårdkedjan mellan sjukvård och socialtjänst fungerar och att förslag på stödåtgärder kommer in i ett så tidigt skede som möjligt.

Yngre personer med demens och deras anhöriga har behov av att dela erfarenheter med andra i liknande situation. Information om sjukdomen skall erbjudas till hela familjen.

Barn till den sjuke kan ha behov av att träffa barn i samma åldrar. Här kan demenssjuksköterskan vara den sammanhållande länken.

Det är viktigt att ta hänsyn till denna grupps speciella behov angående vård och boende, då den drabbade oftast har god fysisk rörlighet och andra behov och intressen. Yngre med demenssjukdom kan ha svårighet med att finna sig till rätta i dagvård och gruppboende tillsammans med äldre personer.

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade ([LSS, SFS 1993:387](#)) omfattar även de vars demenssjukdom debuterar före 65 års ålder. Lagen förutsätter att den drabbade skall ha stora funktionshinder, betydande svårigheter i daglig livsföring och därmed omfattande stödbehov.

LSS- insatser kan bestå av personlig assistent, daglig verksamhet och/eller avlösarservice.

Gruppen yngre personer med demenssjukdom är en liten grupp och därför krävs samarbete över kommungränserna

Information hämtat ur [”Yngre personer med demenssjukdom och närstående till dessa personer-En kunskapssammanställning” Skovdahl m fl, Socialstyrelsen 2007.](#)

## Utvecklingsstörda med demenssjukdom

Personer med utvecklingsstörning har behov av ett kontinuerligt stöd av andra för sitt dagliga liv, sin utbildning och för sin försörjning. Personer med Downs syndrom löper en betydande risk för att drabbas av demenssjukdom i medelåldern. Personen med utvecklingsstörning mår oftast bäst av att få bo kvar i sin invanda hemmiljö. För att kunna ge en god omvårdnad krävs kunskap om personens livshistoria, en personbeskrivning och dessutom kunskap om demenssjukdomar.

# 15. Kommunal vård och omsorg

## Vård och omsorg

Ansökan om bistånd enligt SoL i form av exempelvis hemtjänst, avlösning eller särskilt boende görs av den enskilde/företrädare. Biståndshandläggare från kommunen tar ställning till och beslutar om omvårdnadsinsatser.

Omsorg/omvårdnad av person med demenssjukdom i kommunen innebär att tillgodose allmänmänskliga och personliga behov och därvid tillvarata den enskildes egna resurser för att bevara eller återvinna optimal hälsa, liksom att tillgodose behov i livets slutskede.

Omsorgen baseras på närvaro, trygghet, kontinuitet och respekt för individen. Bedömningen av individens omsorgs/omvårdnadsbehov bör vara mångsidig som uttryck för dialog mellan den sjuke, de närstående och andra vårdgivare.

Omvårdnaden har dels en sakaspekt (det vi ska göra tillsammans), dels en relationsaspekt (sättet vi gör det på och möter patienterna) och i omvårdnaden måste man vara inriktad på båda dessa aspekter (Edberg 2002). För att stärka dessa krävs god kunskap om den enskilde individen - se levnadsberättelsen. Utifrån denna kunskap ska omvårdnaden "skraddarsys" och dokumenteras i särskild omvårdnadsplan som ska vara tillgänglig för all berörd vårdpersonal. Demenssjuksköterskan kan vara behjälplig vid upprättandet av omvårdnadsplanen. Planen ska regelbundet utvärderas.

## **Etik i omsorgsarbetet**

Omsorgen/omvårdnaden av person med demenssjukdom syftar ytterst till att skapa ett livsrum där han/hon kan känna mening och sammanhang. När omvärlden uppfattas som splittrad ställs krav på ett professionellt förhållningssätt från omgivningen. Egenskaper som förmåga att känna empati, att ha tålamod, fantasi och flexibilitet är nödvändigt hos personal som har omsorg om personer med demenssjukdom. En god utgångspunkt i omsorgen är att:

- omsorgen och omvårdnaden ska utgå från människans specifika behov i fysiskt, psykiskt, socialt och andligt avseende
- möta varje människa som den unika individ hon är
- bevara integritet och självkänsla
- bibehålla så hög grad av självständighet som möjligt.
- ge stöd i att skapa mening och sammanhang
- medverka till att skapa trygghet och inge tillit

## Bemötande

En demenssjukdom innebär bland annat att man får allt svårare att förstå sin omgivning. Tidsbegreppen sviktar och känslan av kontroll och sammanhang går förlorad. Självkänslan och initiativförmågan avtar.

Närstående och personal behöver anpassa sitt sätt att bemöta och förhålla sig till varje enskild individ, men också till den demenssjukdom som den sjuke har. Vid störningar i bakre delen av hjärnan, såsom vid Alzheimers sjukdom, är behovet av praktiskt stöd, trygghet och förståelse stort. Vid frontallobsdemens, då främre hjärnan är drabbad, kan den sjuke vara i starkt behov av hjälp att planera och starta aktiviteter. Demenstillstånd som beror på vaskulära hjärnskador, kan ge olika symtom beroende på var i hjärnan skadan sitter. Behovet av praktiskt och psykologiskt stöd varierar därefter. Specifik funktionsträning och stödjande hållning är mycket viktigt.

- Man måste medvetet skapa en yttre och inre miljö som kan ge trygghet och självrespekt. Liksom alla andra behöver den sjuke uppmuntran, förståelse och bekräftelse. Den sjuke behöver hjälp att bära känslor av sorg, glädje, ilska, skam och skuld som lätt uppstår. Det finns en metod som personal kan använda sig av, validationsmetoden (se litteraturlistan; ”Feil”) som bygger på att bekräfta den sjukas känslor och att hjälpa denne att bearbeta dem så att det inte uppstår oro, konflikt eller en krisreaktion.

Omvårdnaden måste få ta tid. Det är viktigt att personalen känner stöd från ledningen i att det är tillåtet att sitta ned med patienterna för att skapa en trygg atmosfär.

## Levnadsberättelse

För att kunna ge en god omvårdnad till personen med demenssjukdom krävs en bakgrund om personen, en s.k. levnadsberättelse. Denna levnadsberättelse syftar till att ge vårdpersonalen kunskap om sådant som varit viktigt i livet och påverkat personen på olika sätt.

Det finns ett formulär där levnadsberättelsen kan fyllas i av närstående och/eller personen med demenssjukdom. Därefter går man igenom den tillsammans med kontaktpersonen. Levnadsberättelsen är en grund för den fortsatta vårdplaneringen och bör användas såväl i ordinarie boende som i särskilt boende. (Se bilaga)

## **Sinnesstimulering**

Ett sätt att stimulera, träna och hålla förmågor levande är att utgå från den demenssjuke personens lust att göra något speciellt, "fånga stunden". Personalen ska skapa och erbjuda vardagssysslor som personen själv aktivt väljer att delta i. För att känna välbefinnande är det viktigt att lyckas med det han/hon företar sig. Även om den enskilde snart glömmer vad som sagts eller gjorts, stannar känslan av välbehag eller obehag kvar länge. Den upprättade levnadsberättelsen är här en mycket god hjälp för personalen.

En metod som kallas reminiscensmetoden, hjälper på ett positivt sätt den sjuke att väcka minnen som kan leda till goda och meningsfulla samtal i samvaro med andra. Gamla möbler och föremål från förr stimulerar och väcker minnen som ger lust att prata om gamla tider när man var kapabel och hade kontroll över sitt liv. Detta stärker självkänslan.

Det finns många studier som visar vilken positiv effekt kontakten med husdjur har för vissa personer med demenssjukdom. Det är lugnande och de flesta blir på gott humör.

## **Sinnesrum**

Ett sinnesrum kan ha olika funktioner. Det finns aktiva rum och vilorum. I demensvården använder man oftast vilorummet. Ett vitt rum som används för "aktiv vila". Det är inrett med säng/fåtölj, ett fåtal ljuspunkter t.ex. bubbelrör med ljus samt avslappnande musik. Tanken är att personen ska få vila från osorterade sinnesintryck och därigenom få en harmonisk upplevelse. Personen kan koncentrera sig på ett litet utbud av sinnesintryck i rummet. Känslan av lugn stannar kvar även när man har kommit ut från sinnesrummet och effekten kan därför bli långvarig.

## **Musik**

Vi vet att musiken påverkar oss fysiologiskt, psykologiskt och socialt. Den motiverar till rörelseaktivitet, mer än uppmaningar med ord. Den avleder vid ångestladdade situationer varför man som personal bör ha sången som ett instrument/verktyg i sitt arbete.

Musik kan användas som minnesstimulans ev. i kombination med bilder. Musik förbättrar koncentrationsförmågan vilken kan vara nedsatt vid demenssjukdom.

www.vardalinstitutet.net [\*Ragneskog- Musik som ett verktyg i vården\*](#)

## **Taktil stimulering**

Taktil stimulering är en behandling som innebär omsorgsfull och medveten beröring av huden. Den ges antingen som behandling av hela kroppen eller händer och fötter. Metoden används i första hand i syfte att skapa närkontakt med personen med demenssjukdom och för att skapa trygghet. I vissa fall är metoden lämplig att använda i smärtstillande syfte och kan därmed minska behovet av smärtstillande läkemedel. Taktil stimulering kan erbjudas som ett komplement till övrig omvårdnad.

## **Att skydda från skada**

Personen med demenssjukdom ska skyddas från skada men inte utsättas för någon form av tvingande åtgärd. I varje kommun ska finnas lokala anvisningar som är en vägledning för vårdpersonalen i arbetet med att skydda den enskilde från skada.

Miljön ska vara sådan att det inte finns anledning att lämna bostaden på grund av oro, ångest eller rastlöshet. Omsorg/omvårdnad ska bedrivas så att tvång normalt inte behövs.

Den goda vården vid demenssjukdom betonar värden som bevarandet av individualitet, respekt, rättvisa, trygghet, trovärdighet och gemenskap. För att undvika konflikter i omvårdnadssituationen är det nödvändigt med ett individuellt omhändertagande som bygger på ett intresse för och god kännedom om den enskilde. I vissa fall kan exempelvis en sänggrind upplevas som en trygghet och är då motiverat. Skyddsutrustning får inte användas som ersättning för personal.

## **Nutrition**

Personer med demenssjukdom har oftare problem med att få i sig tillräckligt med mat och näring. Vid Alzheimers sjukdom kan ämnesomsättningen vara förändrad vilket leder till ett ökat energibehov. Detta kan resultera i viktnedgång. Orsaken kan också vara nedsatt aptit, motivation och, om den enskilde själv fortfarande lagar sin mat, att det blir svårare att planera för hur maten ska tillagas. Smak- och luktsinne är ofta försämrade. Lämpliga och näringsriktiga maträtter ska ingå i en god vård.

För att stimulera aptiten och bidra till en god matsituation är det viktigt att matplatsen är lugn. Bordet dukas vackert och hänsyn tas till ändrat färgseende. Vita nyanser är svåra att uppfatta och därför måste andra färger bryta av. Personalen måste känna till tidigare vanor och värderingar vad gäller mat och dryck. Små måltider oftare, stimulerar aptiten.

Det bör finnas utrymme för pedagogiska måltider.

Vid slutstadiet av demenssjukdomen kan man ha svårt att svälja eller dricka. Måltiden som då oftast ges av omvårdnadspersonal måste få ta god tid. Man kan behöva råd av dietist. [Näring och ätande](#)

## **Tandvård/munvård**

En god munhälsa betyder mycket för välbefinnandet. I samband med sjukdom och funktionshinder ökar risken för skador i munnen.

Det krävs en noggrann daglig rengöring av tänderna och tandköttet för att det inte ska uppstå karies i tänderna eller tandköttinflammationer med tandlossning som följd. Skador på tänderna och i munhålan kan utvecklas mycket snabbt. Det kan leda till svåra smärtor och till att det blir svårt att äta och tala på ett riktigt sätt. Livskvaliteten kan försämrats. Vid demenssjukdom finns ett känt samband med begär efter sötsaker vilket ställer särskilda krav på god munvård.

Råd och vård på webb och telefon – 1177 (tidigare Sjukvårdsupplysningen)

Det kan vara svårt för en demenssjuk person att samarbeta vid tandläkarbesök. Det är därför viktigt att så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet kontrollera tandstatus och sätta in förebyggande åtgärder.

Genom det ekonomiska stödet för *Tandvård i samband med sjukdom och funktionshinder* vill man förbättra munhälsan hos äldre, sjuka och funktionshindrade som inte själva kan söka tandvård.

### Ätande, mat och måltid.

## **Dagverksamhet**

Det finns dagverksamhet för personer med demenssjukdom i de flesta kommuner på vardagar. Verksamheten utgår från varje besökares individuella behov och förmåga. Dagverksamheten erbjuder en hemlik och trygg miljö som stimulerar och aktiverar personen såväl fysiskt som psykiskt i syfte att:

- ge en meningsfull dag.
- hjälpa den enskilde att kunna bo kvar hemma så länge som möjligt
- stödja och avlasta närstående.

Det som erbjuds är i huvudsak en trevlig och meningsfull dag med social gemenskap.

## **Olika boendeformer**

En person som fått diagnosen demenssjukdom mår oftast allra bäst av att få bo kvar i sin in-vanda hemmiljö så länge som möjligt. Det ställer stora krav på närstående och det är nödvändigt att de får stöd och hjälp. Demenssjuksköterskan kan ge råd och stöd i hemmet.

## **Korttidsvård**

Korttidsboende är ett tillfälligt boende, för att närstående ska kunna få avlastning. Det finns även möjlighet att komma till korttidsboende vid hastigt uppkomna behov. Om behov av avlastning eller omvårdnad återkommer med viss regelbundenhet, kan man beviljas växelvård.

## Särskilt boende

När hemsituationen sviktar har den demenssjuke behov av ett permanent boende, så kallat särskilt boende, i kommunen. Det finns även i vissa kommuner särskilda boenden, anpassade för personer med demenssjukdom med BPSD-problematik (**B**eteende och **P**sykiska **S**ymtom vid **D**emenssjukdom). Ansökan görs genom kommunens biståndshandläggare.

## Miljö

Den fysiska miljön är en viktig aspekt för personer med demenssjukdom. Behovet av trygghet, att kunna förstå och tolka den omgivande miljön och få kontakt med andra människor är viktiga faktorer för vårt psykiska välbefinnande. Färgval, storlek på avdelning, antal personer, möbler att känna igen etc.

## Vård i livets slut

Vård i livets slut innebär en fortsatt god omvårdnad med kroppsvård, hygien, lindring av smärta, ångest samt att lindra törst och hunger. Den handlar också om omtanke om själen med möjlighet till kommunikation. Närhet, trygghet och tillgänglighet är av stor vikt. Livets sista tid ska vara väl planerad, dokumenterad och ha en hög omvårdnadskvalitet. Närståendes delaktighet i vården vid livets slutskede är viktig.

[Livets sista tid](#)

[Att förlora sin livspartner på äldre dar](#)

[Handbok för hälso- och sjukvård- Palliativ vård](#)

## **Demenssjuksköterska**

I varje kommun finns demenssjuksköterska. Demenssjuksköterskan ger råd, stöd och information till närstående och allmänhet både före och efter diagnos. Hon/han fungerar ofta som spindeln i nätet och kan hänvisa till rätt yrkeskategori beroende på patientens och närståendes behov. Demenssjuksköterskan arbetar även med utbildning och handledning till omsorgspersonal, och är konsult åt sjuksköterskan i kommunal vård och omsorg. Demenssjuksköterskan samarbetar med distriktsläkare och andra specialitläkare. Beskrivning av arbetsuppgifterna finns i varje kommun.

## **Arbetsterapeut**

Arbetsterapeuten kan ingå i demensutredningen och utföra funktionsbedömning, körkortsbedomning och skriva ut kognitiva och tekniska hjälpmedel.

### **Kognitiva och Tekniska hjälpmedel**

Information om kognitiva/tekniska hjälpmedel ges med fördel i tidigt skede av sjukdomen. Bedömning och beslut om kognitiva och/eller tekniska hjälpmedel i hemmet ska ske i samråd med patient och närstående. Arbetsterapeuten förskriver dessa hjälpmedel. Hjälpmedlen ska anpassas efter de symtom och svårigheter som just denna person har. Ett hjälpmedel ska ge en känsla av framgång. Hjälpmedel finns bl. a. som minnesstöd, varningshjälpmedel, övervakningshjälpmedel. Hjälpmedlen ska utvärderas regelbundet. En handikappanpassad miljö med möblering och ljus som underlättar, tydlig klocka och skyltar är också hjälpande. Det kan vara svårt att ordinera hjälpmedel till den demenssjuke personen om han/hon inte förstår instruktionerna för hur hjälpmedlet ska användas. Ibland är det så att vi måste acceptera att det inte finns något hjälpmedel som passar, utan att det istället är en ökad tillsyn/hjälp som behövs.

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

## Utbildning/handledning

Det är viktigt att ha grundläggande kunskaper om demenssjukdomar, vård och bemötande. Förutom kunskap om demenssjukdomar ska personalen känna till personens livshistoria, erfarenheter och personliga läggning. För att bibehålla sina kunskaper krävs även fortbildning inom området demens.

Det är viktigt att som personal få stöd och kunna samtala om de olika svårigheter som kan uppstå pga. demenshandikappet. Ett sätt att förmedla detta stöd är att erbjuda handledning till personal som arbetar med demenssjuka. Handledning kan erbjudas till enskild eller grupp av personal. Oftast avses omvårdnadshandledning.

## 16. Litteratur/Länktips

### Böcker och broschyrer

Aremyr Gun *"Varför vägrar Asta duscha?"* Liber förlag, 1997

Andersson B, I-B Jungeström 2003 *"Den spröda tonen bortom glömskan"* Jungeström, 2003

Basun m.fl. *"Om demens"* Hagmansförlag, 1999

Berglöw A *"Glömma ihåg"* Demensförbundet, 2001

Cars Jane, Zander Birgitta *"Samvaro med dementa"* Socialstyrelsen, Förlagshuset Gothia, 1998

Dahlenborg I *"Trädgård - en möjlighet i all vård"* Demensförbundet, 2003

Demensförbundet *"Närståendeboken"* (flera språk)

Demensförbundet *"Glömska - kan vara en sjukdom"* (information på flera olika språk, 2001

Edberg Anna-Karin *"Att möta personer med demens"*, Studentlitteratur, 2002

Eriksson Håkan *"Neuropsykologi"*, Liber Förlag

Eriksson S m.fl. *"BPSD i ett nordiskt perspektiv"* Janssen-Cilag, 2000

Feil Naomi *"Validation - Feilmotoden"* Studentlitteratur, 1994

Franch Gerd *"Smärta och demens"* Uddevallaprojektets smärtmanual, (G Franch Torgg. 7, 451 30 Uddevalla) 2002

*"Mat och kostbehandling för äldre"* Livsmedelsverket, 2001

Fastbom Johan *"Äldre och läkemedel"* Liber 2000

Gynnerstedt Kerstin m.fl. *"Reminiscensmetoden"* Studentlitteratur 2000

Vårdprogram för demenssjukdomar i Kronobergs län. Juni 2004, reviderat juni 2007, mars 2009 och 2010/2011.

Götell Eva *"Singing, background music and music-events in the communication between persons with dementia and their caregivers"* Baran bokförlag Stockholm, 2003

Kilander Lena m.fl. *"Gammal och vis eller gammal och glömsk"* Pfizer

Lundström Kerstin *"När Asta blir arg"* Liber förlag, 2000

Marcusson Jan m.fl. *"Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar"* Liber förlag, 2003

Markeby Larsson L & Lundström K *"Att åldras som utvecklingsstörd"* Octopus, 2001

Melin E och Bang Olsen R *"Handbok i demens"*, Kommentus, 1999

Mäki, Topo, Rauhala & Jylhä 2001 *"Teknik för människor med demens - Etiska perspektiv på beslutsfattandet"* Stakes Helsingfors, 2001

Projektredovisning från Socialstyrelsen, *"Minnen från igår - omtanke idag"* artikel nr 2002-124-22

Qizilbach, Schneider, Chui, Tariot, Brodaty, Kaye & Erkinjuntii *"Evidence-based Dementia Practise"* Oxford: Blackwell, 2003. 893 sidor

Regionalt vårdprogram för patienter i alla åldrar i södra sjukvårdsregionen *"Palliativ vård"* 2003

Socialstyrelsen 2010 *"Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010"*

Landsbiblioteket i Växjö har en broschyr: *"Litteratur om demenssjukdomar"* med fler boktips.

## Länktips

På dessa hemsidor finns litteraturtips, videofilmer etc för den intresserade.

<http://www.alzheimerforeningen.se>

<http://www.demenscentrum.se>

<http://www.demensforbundet.se>

<http://www.klockargardsfonden.se>

<http://www.fks.nu>

<http://www.hjalpmedel.kronoberg.se>

<http://www.hi.se>

## 17. Bilagor

- [Information från kommunerna](#)
- [Läkares anmälan](#) till vägverket

- **MMSE** (MiniMental State Examination, även kallad MMS och MMT) inklusive fem-hörningarna efter Folstein:
  - [Blankett för ett testtillfälle \(pdf-fil\)](#)
- **Klocktest**
  - Klocktest görs på tomt vitt papper.
- **Testbeteende:**
  - [Blankett för testbeteende \(pdf-fil\)](#)
- [GDS \(Geriatric Depression Scale\) \(pdf-fil\)](#)
- [GBS \(Gottfries-Bråne-Steen scale\) \(pdf-fil\)](#)
- [Blankett för Katz' index \(pdf-fil\)](#)
- [Blankett för demensstadium enligt Berger \(pdf-fil\)](#)
- [Levnadsberättelse](#)
- [Bidrag för tandbehandling enligt tandvårdslagen \(pdf-fil\)](#)
- [Schema för differentialdiagnostik mellan Alzheimers sjukdom \(AD\), frontotemporal-lobsdemens \(FTD\) och vaskulär demens \(VaD\).](#)
- [Orosschema - en blankett för att logga patienters orosgrad och våra åtgärder för att lindra oron.](#)
- [Åstrands symtomenkät](#)