



APRIL 2013

Vårdprogram

# Demenssjukdom

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen



LANDSTINGET BLEKINGE

Upplaga : 1a upplagan / 04 2013 / 100 ex  
Författare : Elizabeth Aller, överläkare  
Grafisk form : Text & Bild / [www.text-o-bild.com](http://www.text-o-bild.com)

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Inledning</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Symtom</b>  | <b>5</b>  |
| <b>Om demens</b>   | <b>5</b>  |
| Typer av demenssjukdomar   | 5         |
| Primärdegenerativa sjukdomar   | 5         |
| Diagnostik   | 9         |
| Sjukdomsstadier  | 10        |
| <b>Utredning</b>   | <b>11</b> |
| <b>Basal utredning</b>   | <b>11</b> |
| <b>Utvidgad demensutredning</b>  | <b>12</b> |
| Vilka patienter ska remitteras till minnesmottagningen?  | 12        |
| Remissens innehåll   | 12        |
| Undersökningsmetoder vid utvidgad utredning  | 12        |
| Behandling   | 14        |
| <b>Läkemedelsbehandling mot kognitiv svikt vid Alzheimers sjukdom och utvärdering av läkemedel</b> | <b>15</b> |
| Så här gör vi i Blekinge – Läkemedelsbehandling  | 16        |
| <b>Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) samt konfusion</b>                 | <b>18</b> |
| Behandling av BPSD   | 19        |
| Vårdmiljö och bemötande  | 19        |
| Farmakologisk behandling   | 19        |
| Så här gör vi i Blekinge – Åtgärder vid BPSD   | 19        |
| <b>Kvalitetsindikatorer</b>  | <b>22</b> |
| <b>Bilagor</b>   |           |
| <b>Bilaga 1</b> Vägledning vid demensdiagnostik  | 25        |
| <b>Bilaga 2</b> ADL skattning  | 29        |
| <b>Bilaga 3</b> Körkortslagen  | 31        |
| <b>Bilaga 4</b> Vapenlagen   | 35        |
| <b>Bilaga 5</b> Fysiska begränsningsåtgärder   | 37        |



## Inledning

Demens är ett samlingsbegrepp för olika sjukdomar där hjärnans högre funktioner sviktar vilket leder till nedsatt funktionsförmåga för individen. I Sverige nyinsjuknar årligen cirka 24 000 personer i demenssjukdom. Antalet personer med demenssjukdom kommer att öka kraftigt de kommande åren då fler lever längre och risken för demens ökar med stigande ålder.

## Symtom

Vid demenssjukdom är det vanligt att symtomen smyger sig på för att så småningom bli alltmer påtagliga. Initialt kan det vara svårt att särskilja från andra tillstånd, exempelvis depression. Vid demens försämras minne, språk och andra förmågor kopplade till vårt intellekt, även kallat kognitiva förmågor. Vid sidan av försämring av minnet och andra kognitiva förmågor kan även psykiatriska symtom förekomma. Alla demenssjuka drabbas inte men förvirring, ångest och aggressivitet är inte ovanligt. Neurologiska och psykotiska symtom eller personlighetsförändringar tidigt i sjukdomsförloppet talar för demens av annan genes än Alzheimers sjukdom. Senare i sjukdomsförloppet är beteendemässiga symtom vanliga, som exempelvis ändlösa vandringar fram och tillbaka i rummet eller flytta runt saker så att man sedan inte hittar dem. Kroppsliga symtom blir vanligare i takt med att demenssjukdomen framskrider, exempelvis urininkontinens, stelhet och parkinsonliknande symtom. I svår demensfas kan krampstillstånd och ofrivilliga muskelryckningar uppstå som följd av den skadade hjärnvävnaden.

## Om demens

Demens tillhör folksjukdomarna och är vanlig i högre åldrar men tillhör inte det normala åldrandet. Störningen ska vara förvärvad i vuxen ålder och den innebär en långdragen och omfattande försämring av hjärnfunktioner. Detta leder till en betydande och successiv nedgång i kognitiv, känslomässig, social och praktisk förmåga jämfört med hur personen fungerat tidigare i livet.

Enligt prioriteringsutredningen tillhör demenssjukdomarna prioriteringsgrupp 1b - det vill säga gruppen närmast efter akut livshotande sjukdom. Alla med kognitiv svikt, som misstänks bero på demens, ska utredas så tidigt som möjligt. En demenssjukdom är kronisk och innebär stora påfrestningar både för patient och anhöriga/närstående. Patienten kan leva tiotals år med sin sjukdom men sjukdomen blir efter hand alltmer handikappande. Ökad kunskap om demenssjukdomar medför att demenssymtom uppmärksammas i ett tidigare skede och att utredning, behandling och stöd därmed kan bli bättre.

Demens är inte en sjukdom utan en diagnos för en rad symtom som kan bero på olika sjukdomar och skador i hjärnan. Begreppet demens är ett samlingsnamn för tillstånd där de intellektuella, sociala, känslomässiga och praktiska funktionerna försämras i onormal omfattning. Detta kan yttra sig på olika sätt beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. Språk, tidsuppfattning och orienteringsförmåga är andra så kallade kognitiva förmågor som påverkas negativt. Även oro, nedstämdhet och beteendeförändringar kan tillhöra sjukdomsbilden. Symtomen leder till att personer med demens har svårt att klara sin tillvaro utan stöd från andra.

## Typer av demenssjukdomar

### Primärdegenerativa sjukdomar

ORSAKAR DEMENSUTVECKLING genom att hjärnceller börjar förtvina och dö i onormal omfattning. Typiskt för dessa sjukdomar är att de kommer smygande. Tillståndet försämras gradvis i takt med att

hjärnskadan sprider sig. Förloppet går inte att hejda men symtomen kan i vissa fall lindras. Symtomen varierar, bland annat beroende på vilken del av hjärnan som skadas. Därför brukar de primärdegenerativa sjukdomarna delas in i olika undergrupper.

- Alzheimers sjukdom (hjäss- och tinningsloberna skadas)
- Frontotemporal demens (pann- och tinningsloberna skadas)
- Lewybody demens (skada i hjärnans vita substans)
- Parkinsons sjukdom (skada i hjärnans vita substans)
- Huntingtons sjukdom
- Multipel systematrofi
- Progressiv supranukleär paralys
- Kortikobasal degeneration

De vanligaste av dessa beskrivs kortfattat nedan:

### **Alzheimers sjukdom**

Alzheimers sjukdom utgör cirka 60 % av alla fall av demenssjukdomar. Sjukdomen gör att hjärnvävnaden gradvis förstörs då nervceller börjar förtvina och dö i onormal omfattning. Det sker en nervcellsförlust framför allt i hjärnans tinnings- och hjässlober men hela hjärnan drabbas. Sjukdomen kommer smygande. Tidiga symtom är tilltagande glömska och svårigheter att planera och utföra vardagliga sysslor. Efterhand försämras språk, tidsuppfattning, koncentration och orienteringsförmåga. Oro och ångest är vanliga symtom. Även hallucinationer, vanföreställningar och beteende förändringar tillhör sjukdomsbilden. Alzheimers sjukdom har ett utdraget förlopp under flera års tid och den drabbade får allt svårare att klara sin dagliga livsföring när en allt större del av hjärnan skadas.

Symtomen kan även skilja sig åt beroende på när sjukdomen debuterar och man talar därför om två former av Alzheimers sjukdom:

**Alzheimers sjukdom med sen debut** (senil demens av alzheimertyp), debuterar efter 65 år och är den vanligaste formen.

**Alzheimers sjukdom med tidig debut** (presenil alzheimers sjukdom), debuterar före 65 år.

Minnesstörning är det tidigaste tecknet och är så påtaglig att den upplevs påverka den drabbade och närstående. Försämrade språkliga funktioner ses också tidigt samt att den intellektuella förmågan begränsas i stressituationer. Depressiva symtom kan föregå de intellektuella (kognitiva) symtomen. Personen drar sig tillbaka socialt och får allt svårare att klara sig själv. Successiv försämring sker med tilltagande kognitiva symtom och personen får svårigheter att lösa problem, planera, läsa, skriva, se på TV, orientera sig och förstå komplexa resonemang. I senare stadier svårigheter att klara sin hygien, svårigheter med på- och avklädning samt svårigheter med att äta själv.

Vid neuropatologisk undersökning av hjärnan ses en hjärnatrofi med vida fåror i cortex, vidgad fissura sylvii samt vidgade ventriklar. Vid mikroskopisk undersökning ses senila plack och neurofibriller. Atrofin består av en förlust av nervcellskott, axoner/synapser och dendriter samt en minskning av antalet nervceller. Senila plack är belägna extracellulärt och består av en central kärna av betaamyloid. Neurofibriller är lokaliserade intracellulärt i nervcellernas cytoplasma och består av trådformade prote-inaggregat.

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

Kallas ofta för blanddemens. Det är vanligt att personer har mer än en demenssjukdom. Ibland kan det vara svårt att avgöra om det är primärdegenerativa eller vaskulära orsaker som ligger bakom demenssymtomen och gränsdragningen mellan diagnoserna kan vara svår. Alzheimers sjukdom kan förekomma samtidigt med kärlsjukdom i hjärnan och båda tillstånden bedöms bidra till kognitiva

symtom. Cerebrovaskulära skador är vanligt förekommande hos äldre patienter med Alzheimers sjukdom och denna blandform av demens är vanlig i de högre åldersgrupperna.

### Frontotemporal demens

Även kallad frontallobsdemens eller pannlobsdemens. Frontotemporala demenser tillhör de primärdegenerativa demenssjukdomarna och utgör ett komplex av neurodegenerativa sjukdomar.

Vid frontotemporal demens förtvinar nervceller, framför allt i hjärnans pannlob och främre delen av tinningsloberna. Sjukdomen har samma smygande förlopp som är typiskt även för Alzheimers sjukdom men symtom skiljer sig en del. Glömska är inget tidigt symtom. Till skillnad mot andra demenssjukdomar drabbar den framför allt personer i yrkesverksam ålder. Vanligen debuterar sjukdomen vid 50 – 60 års ålder, i vissa fall redan vid 40. Det är ovanligt att insjukna efter 70 år.

#### Olika former av frontotemporal demens är

- Frontallobsdegeneration av icke-Alzheimer typ (vanligaste formen)
- Pick's sjukdom
- Semantisk demens
- Progressiv icke-flytande afasi (drabbar först språket)
- Motorneuronsjukdom med demens (Amyotrofisk lateralskleros, AL)

Frontotemporal demens karaktäriseras av personlighetsförändringar, förändrat beteende, utarmning av språket och bristande omdöme. Den drabbade blir rastlös, självupptagen och känslomässigt avtrubbad, får ett ohämmat och impulsivt beteende samt bristande planeringsförmåga. Även plötsliga vredesutbrott och överkonsumtion av alkohol kan förekomma. Språkförändringarna kan så småningom leda till mutism (stumhet). I början av förloppet ses ofta hyperaktivitet. Personligheten kännetecknas av känslomässig avflackning, ohämmat beteende, bristande sjukdomsinsikt, omdömeslöshet och så småningom apati. Sjukdomen kan vara svår att diagnostisera i tidiga stadier och kan förväxlas med depression, psykos eller andra psykiatriska diagnoser. Det finns olika undergrupper där några är Pick's sjukdom, semantisk demens, progressiv icke-flytande afasi och motorneuronsjukdom med demens.

### Lewybody demens

Lewybody demens har likheter med både Alzheimers sjukdom och Parkinsons sjukdom. Lewybodydemens är sannolikt gravt underdiagnostiserat, många har sjukdomen utan att ha fått diagnosen. I nervceller spridda både i hjärnbarken och hjärnstammen finns små proteinsamlingar. Dessa finns även vid Parkinsons sjukdom men inte med samma spridning. Typiska symtom vid lewybodydemens är nedsatt uppmärksamheten tidigt i förloppet med påtaglig trötthet och mental förlångsamning samt synhallucinationer. Symtomen fluktuerar och kan variera från lindriga till starka under samma dag. Minnesstörningar förekommer, framför allt senare i sjukdomsförloppet, men är inte lika framträdande som vid Alzheimers sjukdom. Sjukdomen börjar ofta med störd drömsömn flera år före andra symtom visar sig, personen ropar och fåktar nattetid och mardrömmar är vanliga. Parkinsonliknande symtom med nedsatt mimik, långsamma hasande rörelser (hypokinesi) och stelt rörelsemönster (rigiditet) är vanliga. Sådana motoriska symtom är typiska även vid Parkinsons sjukdom men är då i regel mer uttalade. De motoriska symtomen vid Lewybody demens visar sig tidsmässigt i relativt snar anslutning till de kognitiva symtomen, medan det vid Parkinsons sjukdom med demens ofta är många år mellan debuten av de motoriska och debuten av de kognitiva symtomen.

Andra vanliga symtom är konfusionsepisoder, ortostatism med falltendens och syncope. Två av de tre huvudkriterierna parkinsonism, synhallucinationer och fluktuationer ska finnas. Personer med Lewybody demens har en ökad känslighet med risk för uttalade biverkningar av vissa läkemedel bör undvikas.

### Parkinsons sjukdom med demens

Risken att utveckla demens vid Parkinsons sjukdom är fördubblad jämfört med den för friska personer. Två olika demenssyndrom förekommer: ett subkortikalt och ett kortikalt. Den subkortikala

demenstypen är vanligast och man ser då en mental förlångsamning, försämrad uppmärksamhet, nedsatt initiativförmåga och andra exekutiva svårigheter. Vidare finns en minnesstörning och nedsatt förmåga till abstrakt tänkande samt visuospatiala svårigheter. Förmågan att tolka information från sinnesorganen är dock bibehållen. Vid den kortikala demenstypen ses ett syndrom som liknar det vid Alzheimers sjukdom. Här ses en nedsatt förmåga att tolka och känna igen föremål (agnosi), en praktisk oförmåga (apraxi), språksvårigheter av impressiv typ, visuospatiala svårigheter samt minnesstörning. Även nedsatt förmåga att tänka abstrakt föreligger. Svårigheter att tolka information från sinnesorganen är karaktäristiskt för en temporoparietal demensbild.

### Vaskulära demenssjukdomar

Kallas ibland blodkärlsdemens. Det finns flera typer av vaskulär demens. Orsakas av cerebrovaskulära sjukdomar, blodproppar eller blödningar och beror på att områden i hjärnan som har betydelse för intellektuella funktioner blir skadade av bristande blodtillförsel. Vanliga orsaker är lakunära hjärninfarkter, multiinfarkter och strategiska infarkter samt subkortikal ischemi eller vitsubstansskador (så kallad småkärlsjuka) och långvarigt högt blodtryck. Vid småkärlsdemens minskar blodtillförseln och den vita substansen tunnas ut och det påverkar olika nervbanor som fungerar sämre eller inte alls. Även intrakraniella blödningar kan ge upphov till avancerade hjärnskador. Cerebrovaskulära tillstånd hittas också i stor utsträckning hos normala äldre i synnerhet i hög ålder. Till skillnad mot de primärdegenerativa sjukdomarna kommer demenssymtomen ofta plötsligt och märkbart, till exempel efter en stroke. Tillståndet kan sedan vara stabilt en period för att sedan åter försämrats. Sjukdomen utvecklas stegvis snarare än gradvis som vid Alzheimers sjukdom. Ibland går det inte att avgöra, om alzheimerförändringar eller vaskulära förändringar dominerar. I de fallen talar man om Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada (blanddemens, eng. mixed dementia).

Vaskulär demens är den näst vanligaste demenssjukdomen och står för 25-30 procent av samtliga fall av demenser. Hur sjukdomen påverkar en person, både förlopp och symtom, beror på vilka delar av hjärnan, som skadas. Skador i pannloberna ger personlighetsförändringar med mera, skador i hjässloberna försämrar förmågan att analysera, tolka och förstå. Om tinningloberna skadas, försämrats ofta minnet. Cirkulationsstörningar i de djupa delarna av hjärnan i den så kallade vita substansen ger i första hand ett förlångsamt mentalt tempo samt reducerad reaktionsförmåga, initiativförmåga och psykisk energi. Vanliga symtom är nedsatt initiativförmåga, svårigheter att planera och genomföra saker, personlighetsförändringar och gångsvårigheter.

### Sekundära sjukdomar/differentialdiagnoser

Sjukdomar och skador som kan men inte behöver leda till demens men där demensliknande symtom kan förekomma. Könssjukdomar som syfilis och HIV tillhör denna grupp liksom alkoholmissbruk. Även långvarig exponering för vissa lösningsmedel kan framkalla demens.

En del tillstånd är behandlingsbara och kan förbättras.

Några exempel:

- Normaltryckshydrocephalus
- Vitaminbrist
- Metabola och endokrina störningar
- Skalltrauma
- Toxisk påverkan
- Hjärntumörer
- Infektioner
- Psykiska sjukdomar

### Lindrig kognitiv störning (MCI)

Lindrig kognitiv störning kallas kognitiv svikt eller MCI (eng. Mild Cognitive Impairment). Detta är



ett tillstånd som behöver uppmärksammas i demensutredningssammanhang. Förekomsten bland personer över 65 år anses uppgå till cirka 15 %. Begreppet är inte klart avgränsat, olika definitioner finns men som regel innebär det att man vid en objektivt konstaterad lindrig kognitiv störning har en påvisad nedsättning av episodiskt minne, men i övrigt har intakta kognitiva och sociala förmågor. Den sviktande kognitionen kan bero på andra orsaker än en begynnande demenssjukdom som exempelvis kroppslig sjukdom, depression, posttraumatiskt stressyndrom, utmattningssyndrom, läkemedel, missbruk eller en pressad livssituation. För att ställa diagnosen krävs en neuropsykologisk utredning utöver övriga undersökningar. Gruppen är heterogen och en del kommer att utveckla Alzheimers sjukdom. Det finns inga helt säkra metoder i dag för att urskilja vilka personer som är i riskzonen för att utveckla en demenssjukdom men denna grupp behöver tas om hand och ges möjlighet till kvalificerad utredning. En del behöver dessutom följas och kontrolleras under flera års tid.

## Diagnostik

DIAGNOSEN STÄLLS genom att sammanväga en lång rad fakta som uppgifter i anamnesen, kliniska tecken samt resultat från flera olika undersökningar.

- Ett syndrom som beror på hjärnsjukdom av kronisk eller progredierande art.
- De högre kortikala funktionerna, inkluderande minne, tänkande, orientering, förståelse, räkneförmåga, inlärningskapacitet, språk och omdöme är störda.
- Medvetandet är inte grumlat.
- Försämringen av kognitiva funktioner åtföljs ofta, och är ibland föregången av, försämring av emotionell kontroll, socialt beteende eller motivation.

Minnesnedsättning, som är tydligast när det gäller nyinlärning men som i svårare fall kan omfatta hågkomst av tidigare inlärdd information. Nedsättningen gäller både verbal och icke-verbal information. Den måste objektivt styrkas av en tillförlitlig berättelse eller annan vårdgivare och om möjligt också av resultatet av en neuropsykologisk utredning eller kvantifierade kognitiva skattningar.

Reducering av andra kognitiva förmågor, vilka visar sig som exempelvis försämrat omdöme och försämrad tankeverksamhet till exempel vid planering och organisering och som försämrad allmän informationsbearbetning. Helst skall belägg för denna reduktion fås från en anhörig eller annan vårdgivare och om möjligt också av resultat av en neuropsykologisk utredning eller kvantifierade objektiva skattningar. Det måste också kunna påvisas att det är frågan om en sänkning från en tidigare prestationsnivå.

Medvetandet om omgivningen är bevarat under tillräckligt lång tid för att symtomen ska manifesteras sig på ett otvetydigt sätt.

När konfusionstillstånd är pålagrade skall diagnostiseringen av demens uppskjutas.

Försämring av emotionell kontroll, socialt beteende eller motivation som kommer till uttryck via följande symtom:

- emotionell labilitet
- irriterabilitet
- apati
- empatibrist

Svårighetsgraden ska vara sådan att demenssymtomen påverkar personens arbete och/eller sociala liv och innebära en klar sänkning från tidigare prestationsnivå.

Symtomdurationen ska vara minst sex månader. Om tiden med tydliga symtom är kortare, kan diagnosen bara bli preliminär.

Ytterligare vägledning vid diagnostik, se Bilaga 1.

## Sjukdomsstadier

DET FINNS OLIKA SÄTT ATT BESKRIVA demenssjukdomars svårighetsgrad och sjukdomsstadier. Demenssjukdom brukar innebära en gradvis förlust av förmågor. Symtomen är få och knappt märkbara i början, men blir efterhand allt fler och starkare.

En vanlig indelning är:

### Mild demens

Minnesproblemen har blivit tydliga funktionshinder. Inbokade möten och namn på nära anhöriga kan glömmas bort. Vissa samtal kan vara svåra att följa med i. Orden kommer inte lika automatiskt som tidigare och det kan vara svårare att formulera sig.

Även förmågan att orientera sig kan märkbart ha försämrats.

För närstående har symtomen blivit tydliga. De kan höra samma fråga upprepas gång på gång. Oro och skamkänslor hos den drabbade kan leda till att socialt umgänge och svåra situationer undviks. Irritation kan uppstå över att inte klara av tidigare enkla uppgifter.

### Medelsvår demens

Symtomen blir fler och starkare. Minnesproblemen tilltar. Språket påverkas så att det ofta blir svårt att kommunicera. Bristande tidsuppfattning och förmåga att koncentrera sig gör vardagen mer komplicerad. Många vänder på dygnet och kan börja vandra på nätterna. Klä på sig, tvätta sig och andra sysslor kan vara omöjliga att göra på egen hand.

Sjukdomsinsikten börjar avta. Den sjuke blir oföretagsam och inbunden. Andra kan börja vandra och få svårt att komma till ro. Olika psykiatriska tillstånd blir vanliga, ex vis förvirring, hallucinationer och vanföreställningar.

Regelbundna insatser från samhällets vård och omsorg blir nödvändiga.

### Svår demens

I denna fas är stora delar av hjärnan skadad. Tidigare symptom förvärras ytterligare. Det är ofta svårt med orientering till plats, rum och tid. Talet försvinner ofta helt eller inskränker sig endast till enstaka ord som ofta upprepas gång på gång.

Vid svår demens börjar det fysiska välbefinnandet påverkas. Det blir besvärligare att klä på sig, sköta hygien och att äta. Ofta försvinner gångförmågan. Ständig tillsyn är nödvändig och behov av särskilt boende.

Den sista tiden i livet är den sjuke helt beroende av vård och omsorg.

## Utredning

Det finns ett stort behov av utredning och diagnostik för att förbättra förutsättningarna för en god vård vid demenssjukdom. Basal utredning är oftast tillräcklig för att ställa diagnos och bedöma behovet av stöd och behandling. Syftet med tidig diagnostik är även att fånga upp andra behandlingsbara tillstånd med demensliknande symtom som till exempel depression, läkemedelsbiverkningar och andra sjukdomstillstånd.

### Basal demensutredning på primärvårdsnivå

EN PERSON MED KOGNITIV SVIKT där den bakomliggande orsaken till symtomen inte är känd ska erbjudas en basal demensutredning. Den basala utredningen genomförs i första hand gemensamt av primärvårdsläkare och demenssjuksköterska. Utredningen syftar till att klargöra om personen har en demenssjukdom eller annan sjukdom som kan orsaka symtomen som till exempel hypo- eller hyperparathyreoidism, B12-vitaminbrist, folatbrist, undernäring, hypothyreoidism, hjärntumör, kroniskt subduralhematom, normaltryckshydrocefalus, Wernicke-Korsakows syndrom. Utredningen ska även svara på vilken typ av demenssjukdom det handlar om, vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad man kan göra för att minimera eller kompensera för dessa.

Demenssjuksköterskan är en viktig resurs i den basala demensutredningen och ska vara delaktig i samband med utredning och därefter fortlöpande under fortsatt behandling, vård och omsorgsplanering samt uppföljning. Information avseende funktionsförmåga erhålls vanligen vid ett hembesök av demenssjuksköterskan. Om diagnostiska svårigheter föreligger efter genomförd basal utredning kan patienten remitteras till minnesmottagningen för en utvidgad demensutredning.

## Basal utredning

### Steg 1

Demenssjuksköterska genomför sin bedömning, vanligen i form av ett hembesök:

- Genomgång av patientens aktuella häsohistoria och nuvarande situation.
- Anhörigintervju (alternativt närstående).
- MMT, Klocktest (kognitiva test).
- ADL-aktivitetsbedömning.
- Demenssjuksköterska tar ställning till eventuell utvidgad ADL-utredning av arbetsterapeut och/eller bedömning av sjukgymnast.

### Steg 2

Vid ett eller flera läkarbesök genomförs en fortsatt utredning:

- Strukturerad medicinsk anamnes inklusive neurologstatus, fysiskt och psykiskt tillstånd.
- Basal blodprovstagning, utesluta förhöjd nivå av kalcium eller homocystein samt störd sköldkörtelfunktion. Vid klinisk misstanke tas prover för neuroborrelios, hiv eller neurosyfilis.
- Översyn av aktuella läkemedel.
- EKG
- Datortomografi (DT)
- Körkort/Vapen (Ställningstagande till lämplighet att innehava)
- Diagnos och ställningstagande till farmakologisk behandling.
- Återkoppling till demenssjuksköterska.
- Eventuell remiss till utvidgad demensutredning.

## Utvidgad demensutredning

En utvidgad utredning genomförs då den basala utredningen inte gett tillräckligt med information för att fastställa diagnos eller då behov av så kallad second opinion föreligger. Det gäller ofta personer med symtom som är svårbedömda eller då det finns en klinisk misstanke om att symtomen beror på en sällsynt demenssjukdom. Det kan också handla om differentialdiagnostik vid misstänkt MCI, Alzheimers sjukdom, olika former av vaskulär demens samt blandformer.

Specialistbedömning kan även bli aktuell vid Parkinsons sjukdom med demens och vid så kallad sekundära demenssjukdomar.

Hos personer yngre än 65 år ska alltid ställningstagande till utvidgad demensutredning göras.

Minnesmottagningen ansvarar för utredning av demenssjukdomar på specialistnivå och är en länsgemensam resurs för hela Blekinge. Specialistenheten är också rådgivande till primärvården i fråga om diagnostik och behandling av personer med demens. Inkoppling av kurator bör övervägas vid behov rörande sociala frågeställningar som LSS, god man och förvaltare samt vid vårdplaneringar.

### Vilka patienter ska remitteras till minnesmottagningen?

- Misstänkta demenstillstånd hos relativt unga, i regel < 65 år. Åldersgränsen kan vara flytande. I denna grupp finns en del ovanliga demensdiagnoser.
- Mycket tidiga tecken på nedsatt minne, det vill säga personer med lindrig kognitiv störning (mild cognitive impairment MCI). En del av dessa kan senare utveckla en demenssjukdom och det krävs en utredning på specialistnivå för att utesluta eller fastställa detta.
- Svårdiagnostiserade tillstånd med minnesstörning, personlighetsförändring etc. Det kan vara en ovanlig symtombild eller finnas en komplicerande somatisk eller psykiatrisk sjukdom, som kräver differentialdiagnostiska överväganden.
- Atypiska/ovanliga demenstillstånd.
- Personer tillhörande familjer med ärftliga demenstillstånd.
- Personer med snabba demensförlopp.
- Second opinion.

### Remissens innehåll

Information om undersökningsresultat från datortomografi (DT), blodprovstagning och kognitiva screeningtester, såsom MMT och Klocktest. Remissen ska i övrigt innehålla all information som krävs för att man ska kunna göra en god klinisk bedömning av huruvida symtombilden kräver handläggning av specialist eller ej. När remiss skickas från primärvården till minnesmottagningen ska den basala utredningen vara genomförd.

### Undersökningsmetoder vid utvidgad utredning

#### Neuropsykologisk utredning

En neuropsykologisk utredning utförs av specialiserad psykolog med kompetens i neuropsykologi med hjälp av olika standardiserade psykologiska tester eller testbatterier, vilka syftar till en noggrann kartläggning av patientens kognitiva funktioner och eventuella störningar i dessa.

Följande kognitiva domäner bedöms:

- Språkliga funktioner
- Syn perception
- Visuospatiala funktioner
- Minne (episodiskt minne, semantiskt minne, korttids- och arbetsminne)

- Psykomotorisk hastighet
- Uppmärksamhet
- Exekutiva funktioner

Dessutom görs oftast en personlighetsbedömning i syfte att avgöra om förändringar i olika personlighetsdrag har skett.

En neuropsykologisk utredning är särskilt viktig vid tidiga tecken på kognitiv svikt hos personer yngre än 65-70 år och vid differentialdiagnostiska överväganden. En sådan utredning ger också information om personens reaktion på sina symtom, insikt om dessa och om eventuella personlighetsförändringar. Utredningen är tidskrävande och kräver en viss grundläggande motivation och förståelse av syftet från patientens sida. Alla personer kan inte eller behöver inte genomgå en fördjupad neuropsykologisk utredning. En mer begränsad neuropsykologisk bedömning som anpassas efter individen kan vara ett alternativ. En tumregel är också att personer med MMT-poäng på cirka 22 eller lägre som regel inte behöver genomgå en neuropsykologisk utredning.

## MRT

Magnetresonanstomografi (MRT). Bildupplösningen med MRT är betydligt bättre än med dator-tomografi (DT) och millimeterstora förändringar i hjärnan kan studeras. MRT är överlägset bäst på att identifiera små, subkortikala, lakunära infarkter. Magnetkameran har därför fått en ökande roll vid demensutredningar och bör aktualiseras vid riktade frågeställningar. Metoden används också för att påvisa vitsubstansskador, som ger ökade signaler i den vita substansen, ofta tillsammans med enstaka, avgränsade lakuner.

## SPECT

Regionalt cerebralt blodflöde (rCBF) med single photon emission computerized tomography (SPECT) ger en funktionell bild av hjärnans kortikala och subkortikala blodflöde, vilket avspeglar nervcellernas aktivitetsgrad och därmed funktion. Vid en demenssjukdom minskar blodflödet inom de kortikala hjärnregioner som är mest påverkade. Emellertid påverkas blodflödet även av andra mekanismer till exempel ångest, depression eller vissa läkemedel. Blodflödesmätningar måste tolkas med stor försiktighet och den ger inte tillräcklig information för att diagnostisera en demenssjukdom. Den ska därför användas som komplettering i en demensutredning vid vissa frågeställningar. Vid Alzheimers sjukdom är blodflödet nedsatt bilateralt framför allt i temporoparietala områden och i senare faser även frontalt. Vid vaskulära demenssjukdomar ses spridda flödesreduktioner, framför allt inom det kortikala hjärnområdet. Vidare påvisas ofta en flödesreduktion subkortikalt vid vitsubstansskador.

## EEG

På EEG finner man en förlångsammad grundrytm (alfavågor) samt ökat inslag av långsam aktivitet (delta- och thetavågor). Dessa EEG-fynd ses vid de flesta demenssjukdomar och ger inte mycket information rent differentialdiagnostiskt men kan vara av värde för att skilja Alzheimers sjukdom från normal åldersglömska och depressiv pseudodemens. Vid EEG stöds diagnosen av cerebrovaskulär sjukdom av att det topografiska mönstret visar fokal distribution av förlångsammad elektrisk aktivitet.

## Likvoranalys

Mätning av blod-hjärnbarriären (bestämning av kvoten mellan albumin i likvor och serum) kan visa tecken på ökad genomsläpplighet (det vill säga albuminkvoten är förhöjd) vid vaskulär demens. Tecken på blödning vid akut stroke kan upptäckas vid likvorundersökning. En ökad koncentration av totalt och hyperfosforylerat tau och en minskning av beta-amyloid (A42) talar för en Alzheimersjukdom. Vid subkortikal ischemisk vaskulär demens ses normala koncentrationer av totalt och hyperfosforylerat tau, medan neurofilament är förhöjt.

Likvoranalys ska inte göras rutinmässigt utan används vid mer riktade frågeställningar.

## Olika undersökningars diagnostiska värde vid demensutredning

I SBU-rapporten om demenssjukdomar diskuterar man i vilken utsträckning olika undersökningsmetoder bidrar till den diagnostiska säkerheten vid utredning av demenssyndrom. Man använder sig här av begreppet Likelihood-kvot (LR), som är en sammanvägning av sensitivitet och specificitet.

Metoder som i **hög grad** ökar den diagnostiska säkerheten:

- Neuropsykologiska utredningar (avser Alzheimers sjukdom och demenssjukdom)
- Klocktest (avser Alzheimers sjukdom).
- Analys av total-tau och betaamyloid i likvor (avser Alzheimers sjukdom).

Metoder som i **måttlig grad** ökar den diagnostiska säkerheten:

- Analys av P-tau i likvor (avser Alzheimers sjukdom).
- MRT/DT särskilt atrofi av tinningloben med hippocampus och omgivande strukturer (avser Alzheimers sjukdom).
- Intervju av närstående.

Metoder som i **begränsad omfattning** ökar den diagnostiska säkerheten:

- SPECT/PET (avser Alzheimers sjukdom).
- EEG (avser Alzheimers sjukdom).

Metoder som **inte bidrar** till den diagnostiska säkerheten:

- ApoE-genotypning (avser Alzheimers sjukdom).

## Behandling

Behandling med demensläkemedel är en symptomatisk behandling och förhindrar inte sjukdomens progress. Demenssymtomen kan dock lindras i början av förloppet. Som positiv behandlingseffekt räknas även oförändrad/stabil funktionsnivå. Farmakologisk behandling med demensläkemedel ska ske parallellt med omvårdnadsinsatser. Ibland behöver även associerade depressiva symtom behandlas då depression är vanligt hos personer med demenssjukdom, i första hand väljs ett SSRI-preparat.

Många patienter med Lewybodydemens svarar bra på behandling med så kallade kolinesterashämmare (alzheimerläkemedel). Låga doser av L-dopa (läkemedel vid Parkinsons sjukdom) kan användas om de motoriska symtomen blir för besvärande.

Neuroleptika bör undvikas eftersom Lewybodydemens leder till en markant ökad känslighet mot just sådana läkemedel.

För frontotemporal demens finns inga läkemedel att tillgå. Symtom som ångest och svår rastlöshet kan behandlas med läkemedel som SSRI. Neuroleptika bör dock användas med stor försiktighet eftersom personer med frontotemporal demens tycks vara extra känsliga.

Det finns inga läkemedel som kan dämpa symtomen vid vaskulär demens. Behandlingen handlar istället om att förebygga ytterligare skador i kärlen. Symtom som ångest och nedstämdhet kan behandlas med SSRI läkemedel.

## Läkemedelsbehandling mot kognitiv svikt vid Alzheimers sjukdom och utvärdering av läkemedel

Efter utredning och bedömning kan diagnos fastläggas och ställningstagande till behandling med demensläkemedel då göras. Enligt modellkalkyler och kliniska prövningar som undersökt de hälsoekonomiska effekterna av behandling med kolinesterashämmare (Aricept/Donepezil, Exelon/Rivastigmin och Reminyl/Galantamin) eller memantin (Ebixa) kan man förvänta sig att läkemedelsbehandling leder till mindre behov av informell vård (till exempel av anhöriga), och möjligen även att flytt till särskilt boende senareläggs. Kostnader och belastning för anhöriga och kommunen minskar medan livskvaliteten för personer med demenssjukdom förbättras.

En ökad utredningskvalitet kan förväntas bidra till ett mer adekvat omhändertagande och ett minskat behov av akuta åtgärder, till exempel sjukhusinläggningar, och därmed lägre totalkostnader.

Behandling vid fastställd diagnos Alzheimers sjukdom sker med någon kolinesterashämmare om inte kontraindikationer föreligger. Syftet är att bibehålla en så hög funktionsnivå som möjligt så länge som möjligt och därmed uppnå en god livskvalitet under en längre tid samt att senarelägga behovet av särskilt boende. Även subtila vinster som att patienten klarar av påklädning och toalettbesök själv är värdefulla. Behandling med kolinesterashämmare är förstahandsval vid BPSD-problematik (Beteende- och Psykiska symtom vid Demens) samt bedöms även förhindra utveckling av dessa. Nyinsatt behandling bör följas upp avseende biverkningar samt EKG-kontroll efter 1-2 månader. Utvärdering av effekt kan göras tidigast efter 6 månader. En förnyad bedömning kan göras 12 månader efter påbörjad behandling med hjälp av MMT och anhörigintervju avseende funktionen i vardagen. Oförändrat resultat på MMT 1 år efter insatt behandling bedöms vanligen som att en behandlingseffekt erhållits då MMT i genomsnitt minskar med 2-3 poäng per år vid obehandlad sjukdom. Fortlöpande uppföljningar med utvärdering av insatt behandling avseende såväl effekt som biverkningar ska därefter göras fortlöpande, minst en gång per år.

Nyare rekommendationer förordar tillägg med memantin vid MMT 20 eller mindre. Behandling med memantin fortgår sedan efter att kolinesterashämmare utsatts på grund av utebliven effekt.

Oro och depression är vanligt förekommande vid begynnande demenssjukdom och ibland behöver dessa associerade symtom behandlas. Ett adekvat psykosocialt omhändertagande är viktigt i första hand men behöver ibland kombineras med farmakologisk behandling. Vid symtomgivande depressioner, oro- och ångestbesvär bör farmakologisk behandling övervägas och i första hand användes då något SSRI-preparat. En obehandlad depression ger i sig en kognitiv påverkan som adderas till den kognitiva svikten som orsakas av demenssjukdomen.

Även andra psykiatriska symtom som hallucinationer, vanföreställningar, paranoida idéer samt agitation och aggressivitet kan ibland behöva behandlas farmakologiskt. I avsaknad av väl fungerande farmakologiska behandlingsmetoder så bör strategier i form av en väl anpassad omvårdnad vara det som i första hand väljs för att hjälpa personer med dessa symtom. Om patienten inte behandlas med någon kolinesterashämmare bör behandling påbörjas för att uppnå symtomlindring. Vid svårare demenstillstånd och vid BPSD-problematik är behandling med memantin ett förstahandsval. I vissa fall behöver behandling med neuroleptika ske och då endast under en begränsad period.

Depression hos äldre kan ofta ha en annan symtombild, där ett sänkt stämningsläge inte alltid visas utan det är andra symtom som dominerar. Ett till synes normalt stämningsläge utesluter därför inte diagnosen depression. Även om det sänkta stämningsläget inte visas utåt, finns det på djupet en dysterhet och i ensamhet, utan yttre stimuli, visas ofta det sänkta stämningsläget. Äldre med depression presenterar ofta ångest och oro och detta dominerar många gånger den kliniska bilden. Nydebuterad ångest i hög ålder talar starkt för en underliggande depression. Hypokondriska tankar är vanliga. Här finns stora diagnostiska svårigheter eftersom en somatisk sjukdom ofta är associerad med depres-

sion. Befintlig smärta och andra kroppsliga symtom förvärras av en depression. Vid svår depression hos äldre finns ofta depressivt färgade psykotiska vanföreställningar. Ibland är depression i hög ålder förenade med mer uttalade psykotiska symtom som vid ett vanföreställningssyndrom. Suicidfrekvensen ökar med stigande ålder och den högsta suicidfrekvensen finner man hos män i åldern 80-85 år. Depression är den viktigaste faktorn bakom suicid i hög ålder.

Översyn av annan läkemedelsbehandling bör göras, framförallt med inriktning på antikolinerga läkemedel samt läkemedel som ger ökad risk för konfusion. Förändringar i hjärnan och samtidig kroppslig sjukdom medför att läkemedelsbehandling av äldre blir annorlunda. Samtidig somatisk sjukdom och hög ålder ökar känsligheten för farmakologisk behandling och därmed ökar risken för konfusion.

## Så här gör vi i Blekinge – Läkemedelsbehandling

EFTER UTREDNING OCH BEDÖMNING bör erbjudande och ställningstagande till behandling med kolinesterashämmare ske vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom och även memantin vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom.

- Planering och påbörjande av farmakologisk behandling ska ske i en dialog mellan patient och dennes anhöriga och information om läkemedlen och dess möjliga effekter och bieffekter måste göras tydlig.
- Nyinsatt behandling bör följas upp avseende biverkningar samt EKG-kontroll efter 1-2 månader.
- Utvärdering av effekt kan göras tidigast efter 6 månader. En förnyad bedömning kan göras 12 månader efter påbörjad behandling med hjälp av MMT och anhöriginformation avseende funktionen i vardagen.

**Vid symptomgivande depressioner och ångestbesvär** bör farmakologisk behandling övervägas och i första hand användas något SSRI-preparat.

**Vid psykiatriska symtom som hallucinationer, vanföreställningar, paranoida idéer samt agitation och aggressivitet** bör strategier i form av en väl anpassad omvårdnad vara det som i första hand väljs.

**Vid svårare demenstillstånd och vid BPSD** är behandling med memantin ett förstahands val. I vissa fall behöver behandling med neuroleptika ske och då endast under en begränsad period.

## Kolinesterashämmare

Det finns tre kolinesterashämmare, alla med likartad klinisk effekt. Dessa är Aricept (donepezil), Exelon (rivastigmin) och Reminyl (galantamin) (ej i reklistan). Patenten för preparaten har gått ut varför endast de generiska namnen används förutom för depotplåster Exelon. Läkemedlen skiljer sig åt avseende beredningsform och farmakokinetik vilket kan ha betydelse vid val av preparat på individnivå. Vid biverkningar av ett preparat kan ett av de andra prövas.

Vid mild eller medelsvår Alzheimers sjukdom, med eller utan vaskulärt inslag, samt vid Lewybody demens bör kolinesterashämmare erbjudas. Positiva mätbara effekter av behandlingen kan vara förbättring av uppmärksamhet, koncentrationsförmåga, initiativförmåga och social funktion. Detta kan leda till positiva effekter på ADL-funktion. Minnesfunktionen påverkas i mindre utsträckning av behandlingen. Ungefär två tredjedelar av dem som behandlas med kolinesterashämmare uppvisar positiv effekt av behandling.

För att minska risken för biverkningar av kolinesterashämmare bör behandlingen inledas med lägsta dos och trappas upp successivt. Gastrointestinala biverkningar är vanliga (10–15 % av fallen), men ofta övergående. Allvarliga biverkningar är bradykardi och kardiella överledningsrubbningar (EKG kontroll efter en tids behandling och efter dosökningar bör göras), epileptiska anfall och försämring vid obstruktiv lungsjukdom. För att kolinesterashämmarna ska ha effekt krävs att acetylkolin finns tillgängligt. Då patienten gradvis försämras i sin sjukdom kan mängden acetylkolin till slut bli så låg att acetylkolinesterashämmare inte längre har någon effekt.

**Donepezil** (Aricept) är ett av de rekommenderade preparaten som finns i två olika beredningsformer,



tablett och munsönderfallande tablett. Rekommenderad startdos är 5 mg/dag och dosökning bör ske först efter 4 veckor till 10 mg.

**Rivastigmin/Exelon** finns i tre olika beredningsformer, kapsel, oral lösning och depotplåster (Exelon) och har indikation för behandling av Alzheimers sjukdom samt demens vid parkinsons sjukdom. Bör även initieras vid Lewy Body demens. Rekommenderad startdos är 1,5 mg två gånger dagligen med en dosökning efter 2 – 4 veckor. Måldos är upp till 6 mg två gånger dagligen. Depotplåster finns i två olika styrkor och byts en gång per dygn och rekommenderas enbart till de som inte kan ta kapsel eller lösning pga gastrointestinala biverkningar. Initialt används den lägre styrkan 4,6 mg/24h och om dosen tolereras väl bör ökning ske till 9,5 mg/24h.

Hos patienter med en kroppsvikt under 50 kg bör inte behandlas med högre doser än 4,6 mg/24h.

## Memantin

**Ebixa** (memantin) har indikationen medelsvår till svår demens av alzheimerstyp. Doseringen trappas upp via startförpackning och kan läggas till tidigare insatt kolinesterashämmare eller ges i monoterapi. Måldos är 20 mg en gång dagligen. Läkemedlet kan bidra till att upprätthålla den globala funktionsförmågan (allmäntillstånd, beteende, kognition) och minskar symtom som agitation och aggressivitet. Vid Lewy Body demens ses även ofta en god effekt med minskning av synhallucinationer. Generella positiva effekter vid demenssjukdom kan vara humörstabilisering och/eller förbättring av ADL. Biverkningarna är få. Behandling med memantin minskar risken för uppkomst av BPSD. Vid etablerad BPSD problematik ska enligt läkemedelsverkets rekommendationer behandling med memantin initieras.

## Utvärdering

Regelbunden utvärdering ska göras efter insatt behandling. Första utvärdering av effekt ska ske efter 6 månader, därefter minst en gång per år. Utvärdering avseende försämring görs i samband med utsättning. Kontinuerlig dialog med patient och anhöriga är viktig under behandlingen. Utvärdering kan kompletteras med MMT/MMSE, klocktest samt andra skattningssinstrument vid behov.

Behandlingen bör pågå så länge patienten bedöms ha nytta av den. Vid utebliven effekt ska läkemedlet sättas ut. Utsättningsförsök av kolinesterashämmare görs vid svår demens då produktionen av acetylcholin minskat markant. Rekommendationen är att halvera dosen kolinesterashämmare och göra en utvärdering efter två-tre veckor. Försämring talar för att effekt av läkemedlet fortsatt finns och återgång till behandlingsdos görs. Om ingen försämring påvisas sätts läkemedlet ut helt med utvärdering efter ytterligare två-tre veckor. Undvik utsättning i anslutning till förändring som exempelvis byte av boende. Vid återinsättning ska läkemedlet trappas in enligt för substansen gällande schema.

Utsättningsbesvär kan förekomma vid abrupt avslut av läkemedelsbehandlingen.

## Behandling av BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom)

Omfattar olika symtom som beteendemässiga i form av aggressivitet, skrik, vandringsbeteende, plockande eller störd dygnsrytm och psykiska symtom som hallucinationer, vanföreställningar, ångest eller depression. Behandling sker i första hand med ett SSRI-preparat och därefter kan behandlingsförsök med memantin göras. Behandling med antipsykotiska läkemedel (neuroleptika) bör undvikas på grund av ökad risk för stroke och ökad dödlighet samt försämrad livskvalitet. Om behandling bedöms nödvändig bör den endast ske under en kortare period. Vid Lewybodydemens måste preparat med liten risk för EPS användas. Klometiazol kan övervägas till natten men bör undvikas dagtid på grund av överdriven sedering med snabbt tillslag och risk för fall. Behandling med antiepileptika saknar vetenskapligt underlag och läkemedlen kan ge svåra biverkningar. Läkemedel med antikolinerg påverkan bör i så stor utsträckning som möjligt undvikas.

## Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) samt konfusion

Begreppet BPSD (eng. Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia) är ett samlingsnamn för ett antal icke-kognitiva symtom vid demenssjukdom. BPSD beskrivs dels som förändrade beteenden, som är belastande för individen och personer i dennes omgivning, dels som psykiska symtom av sådant slag, som också kan uppträda hos personer utan demens, såsom ångest och hallucinationer. BPSD-begreppet är en sammanfogning av olika symtom med olika svårighetsgrad vid olika demensdiagnoser.

### Beteendemässiga symtom

#### Vandra

En del patienter kommer inte till ro utan bara går och går. Att stoppa vandraren är oftast omöjligt och heller inte nödvändigt. Det är bra för musklerna och cirkulationen att röra sig, så länge man beaktar säkerhetsaspekterna. Risken att gå vilse eller att falla ökar. Vandraren, som gör av med mycket kalorier, behöver få i sig tillräckligt med mat under dagen. Flera mindre mål och mellanmål rekommenderas.

#### Plocka

En del personer med demenssjukdom börjar plocka saker och tar med dem för att sedan glömma dem någonstans. Detta kan väcka både den sjukes och omgivningens irritation eftersom saker ideligen kommer bort. Det finns sätt att få utlopp för plockigheten som inte ställer till det genom att ge patienten något att plocka med.

#### Upprepa

Vissa personer upprepar vissa beteenden gång på gång. En del öppnar och stänger dörrar om och om igen. Om den demenssjuke tycks finna en mening i detta kan man ljudskydda dörren med mjuka lister. Tillrättavisningar fungerar sällan. Om ett beteende bör brytas så gäller det att hitta på något som mildt kan avleda.

#### Ropa och skrika

Ett av de svåraste symtom att komma tillrätta med är rop- och skrikbeteenden. Här krävs att man snabbt försöker förstå de bakomliggande orsakerna. Har den sjuka ont eller ångest? Känner hon/han sig övergiven eller är det något i miljön som inte är bra? Ibland kan rop och skrik bero på mindre epileptiska anfall som triggats igång av hjärnskadorna. Vårdpersonalen bör lägga upp en plan, ofta får man pröva olika typer av omvårdnadsstrategier och läkemedel.

### Psykiska symtom

Symtomen kan delas in i fyra olika kluster/områden:

- Affektiva symtom – depression, mani/hypomani, ångest/oro, irritabilitet.
- Psykossymtom – hallucinationer, vanföreställningar, felaktig identifiering.
- Hyperaktivitet – psykomotorisk agitation (både verbal och fysisk, aggressiv och icke-aggressiv, vandringsbeteende, ropbeteende), sömnstörning.
- Apati – initiativlöshet, tillbakadragenhet, förlust av intressen.

Konfusion (delirium) är en vanlig orsak till BPSD-symtom vid demenssjukdom men kan även uppkomma hos äldre personer utan demenssjukdom. Symtom vid konfusion utgörs av olika BPSD-symtom med varierande intensitet. Förloppet vid konfusion är dock typiskt med snabbt påkommande symtombild, som växlar under dagen och mellan dagar. Läkemedel, kroppslig sjukdom eller miljöfaktorer kan vara utlösande. Behandling av konfusion är specifik och bör riktas mot de identifierade utlösande faktorerna.

## Behandling av BPSD

DET FINNS ETT STARKT VETENSKAPLIGT STÖD för att de initiala interventionerna vid BPSD bör vara av icke-farmakologisk art. Generellt innebär detta, att de första åtgärderna bör omfatta en anpassning av omgivande miljö och bemötande. Därför är kunskap om olika demensdiagnoser och deras uttryck samt kunskap om vikten av ett nyanserat och medmänskligt förhållningssätt grundläggande i vården av personer med demenssjukdom och BPSD.

Bedömning och hantering av olika BPSD-symtom kan ske enligt följande stegvisa förfarande. Inledningsvis görs en utredning/kartläggning av symtom, tänkbara orsaker och utlösande moment samt eventuella pålagrade psykiska eller kroppsliga sjukdomar. En översyn av farmakologisk behandling är viktig. Utsättande av läkemedel med potentiellt negativ effekt på centrala nervsystemet ska övervägas och insättande av behandling för förbättring av den kognitiva förmågan. Tidigt insatt läkemedelsbehandling vid demenssjukdom kan minska risken för utveckling av BPSD.

### Vårdmiljö och bemötande

Ta ställning till optimerad vårdmiljö och bemötande:

- Tillfredsställande av individens basala behov, såsom mat, dryck, sömn, trygghet, aktivitet och stimulans samt skötsel av basala kroppsliga behov.
- För patienter i eget boende: utbildning/information till patient, anhöriga respektive andra vårdgivare som hemtjänst. Här har demenssjuksköterskan en central roll. Stöd för anpassning till situation för patient och anhöriga. Avlastning för anhängigvårdare.
- För patienter i särskilt boende: utbildning/information/patientrelaterad handledning till personalen. Speciellt viktigt är en god miljö, tillräcklig personaltäthet och anhörigas medverkan.

### Farmakologisk behandling

Vid otillräcklig effekt av ovanstående åtgärder, tas ställning till farmakologisk behandling:

- Vid depressiva symtom är SSRI-preparat förstahandsval.
- Vid irritabilitet, agitation och oro kan SSRI-preparat prövas.
- Memantin kan ha effekt vid främst agitation och aggressivitet.
- Vid psykotiska symtom och aggressivitet, som orsakar lidande för patienten och/eller potentiell fara för patienten eller andra kan risperidon i dos upp till 1,5 mg/dag prövas. Preparatet skall användas mycket restriktivt på grund av ökad risk för allvarliga biverkningar, bland annat stroke, liksom en ökad dödlighet.
- Vid behov av akut sedation kan oxazepam prövas under kort tid och med adekvat övervakning av patienten.
- Om dämpande läkemedel som neuroleptika eller anxiolytika sätts in, planeras i första hand en kort behandlingstid med utvärdering av effekt och eventuella bieffekter inom två veckor. Ställningstagande till utsättning/dosminskning skall göras regelbundet.

## Så här gör vi i Blekinge – Åtgärder vid BPSD

### Utredning/kartläggning

**Patientansvarig sjuksköterska** initierar utredning som bör inkludera arbetsgruppen och eventuellt andra yrkesgrupper exempelvis kontaktpersonal och en sådan utredning bör innehålla:

- 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 mänskliga behov tillfredställda.

- en bedömning av omgivande miljö och interaktion med personal och anhöriga.
- en medicinsk utredning inklusive fysisk och psykisk status.
- en genomgång av läkemedel och sanering av läkemedel med ogynnsam effekt.

**Demenssjuksköterska** kan kontaktas vid behov i den utredning som ska göras av bakomliggande orsakerna till symtomen vid BPSD och konfusion och vid behov kopplas läkare in i utredningen.

### Optimerad vårdmiljö och bemötande

I första hand ska anpassade omvårdnadsåtgärder och anpassning av vårdmiljön vidtas. Till exempel tillfredsställande av individens basala behov, såsom mat, dryck, sömn, trygghet, aktivitet och stimulans samt skötsel av basala kroppsliga behov. Dokumentera löpande åtgärder som prövas samt deras effekter.

- För patienter i eget boende: utbildning/information till patient, anhöriga respektive andra vårdgivare som hemtjänst. Här har demenssjuksköterskan en central roll. Stöd för anpassning till situation för patient och anhöriga. Avlastning för anhörigvårdare.
- För patienter i särskilt boende: utbildning/information/patientrelaterad handledning till personalen. Speciellt viktigt är en god miljö, tillräcklig personaltäthet och anhörigas medverkan.

### Ställningstagande till farmakologisk behandling

Hälsa- och sjukvården kan då omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön efter utvärdering visat sig otillräckliga pröva farmakologiska insatser.

- Vid depressiva symtom är SSRI-preparat förstahandsval.
- Vid irritabilitet, agitation och oro kan SSRI-preparat prövas.
- Memantin kan ha effekt vid främst agitation och aggressivitet.
- Vid psykotiska symtom och aggressivitet, som orsakar lidande för patienten och/eller potentiell fara för patienten eller andra kan risperidon i dos upp till 1,5 mg/dag prövas. Preparatet skall användas mycket restriktivt på grund av ökad risk för allvarliga biverkningar, bland annat stroke, liksom en ökad dödlighet.
- Vid behov av akut sedation kan oxazepam prövas under kort tid och med adekvat övervakning av patienten.
- Om dämpande läkemedel som neuroleptika eller anxiolytika sätts in, planeras i första hand en kort behandlingstid med utvärdering av effekt och eventuella bieffekter inom två veckor. Ställningstagande till utsättning/dosminskning skall göras regelbundet.

### Sömnstörning

#### **Imovane** *zopiklon*

I första hand ska icke-farmakologiska åtgärder (se mer under kapitlet sömn) vidtas innan farmakologisk behandling ordineras och eventuell bakomliggande orsak ska behandlas optimalt. Farmakologisk behandling ska ordineras under kortast möjliga period och intermitterande dosering är önskvärd. Preparat med lång eller extremt kort halveringstid bör undvikas till äldre varför zopiklon (Imovane) kan vara ett lämpligt alternativ. Även oxazepam (Sobril) kan vara ett alternativ till äldre och bör ges 1 timme innan sänggående då det absorberas långsamt. Observera den ökade risken för fall.

Propiomazin (Propavan) är ett sämre alternativ till äldre på grund av risken för antikolinerga biverkningar.

Vid extrem agitation och aggressivitet kan klometiazol (Heminevrin) vara ett alternativ under en kortare behandlingsperiod. Observera risken för tolerans och beroende.

## Tillfällig oro

### Sobril *oxazepam*

Vid tillfällig oro hos äldre rekommenderas oxazepam (Sobril) då varken hydroxizin (Atarax) eller alimemazin (Theralen) är lämpliga på grund av sina biverkningsprofiler. Oxazepam har kort halveringstid, renal utsöndring och inga aktiva metaboliter. Observera den ökade risken för fall. Kort behandlingstid, lägsta möjliga dos och intermitterande dosering är att eftersträva.

Oro hos äldre är ofta relaterat till en depression, vilken ska behandlas. Övrig läkemedelsbehandling bör ses över då flera läkemedel kan bidra till konfusion.

## Oro med depressiva inslag

### Citalopram *citalopram*

Hos äldre är det vanligt med en kombination av ångest och depression och behandlingen bör fokusera på båda tillstånden. Lägre startdos av den antidepressiva behandlingen bör övervägas. (Se mer information nedan under depression samt under rubriken "Depression").

Även sertralin har god effekt. Vid otillräcklig effekt kan kombination med mirtazapin ske. Byte av citalopram till cipralex (escitalopram) kan övervägas.

## Oro med psykotiska inslag

### Risperidon (Risperdal) *risperidon*

Behandling av äldre med neuroleptika bör ske försiktigt och användningen bör begränsas till allvarliga tillstånd där behandling med SSRI-läkemedel och icke-farmakologisk behandling inte har varit tillräcklig.

Viktigt är att försöka identifiera den troliga orsaken till eventuella beteendeproblem. Om patienten drabbats av konfusion bör den inte behandlas med antipsykotiska läkemedel initialt. Enligt FASS ska risperidon doseras två gånger per dag.

Vid BPSD, beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, kan risperidon (Risperdal) användas om otillräcklig effekt uppnåtts av insatt icke farmakologisk behandling/åtgärd samt behandling med ett SSRI-läkemedel och/eller memantin. Dosen bör sällan överskrida 1,5 mg. Viktigt är att börja med låg dos och noga utvärdera effekt och biverkningar. Behandlingen bör inte pågå mer än sex veckor (se indikation risperidon i FASS).

Vid Lewybodydemens bör quetiapin eller klozapin väljas.

Vid behandling av äldre personer med samtidig demenssjukdom har i studier setts en ökad risk för kardiovaskulära och cerebrovaskulära händelser (till exempel stroke och TIA), konfusion, postural hypotension med fallrisk samt förtida död.

## Depression

### Citalopram *citalopram*

Vid behandling av äldre med depression bör en noggrann somatisk utredning genomföras och övrig läkemedelsbehandling bör beaktas då flera läkemedel kan bidra till att utlösa depression (till exempel betablockerare, kortikosteroider, L-dopa).

Observera att depression hos äldre ofta har en annorlunda symtombild där ångest och somatiska symtom överväger snarare än symtom på nedstämdhet. Vid behandling av äldre bör en lägre startdos av selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) övervägas. Vid nedsatt njur- och leverfunktion kan dosen behöva anpassas. Det kan ta längre tid innan effekt av behandlingen ses (8-12 veckor).

I cirka 25 % av fallen utvecklas en kronisk depression, framför allt då vaskulära faktorer bidrar.

Då återfall av depression inte är ovanligt hos äldre kan det vara aktuellt med livslång behandling och lägsta profylaktiska dos ska då eftersträvas.

Vid behandling observera den ökade risken för blödning, gastrointestinala besvär samt risken för hyponatremi.

## **Kvalitetsindikatorer**

Inför varje nytt år ska två kvalitetsindikatorer fastställas för uppföljning kommande år.

## Bilagor

|          |                                 |    |
|----------|---------------------------------|----|
| Bilaga 1 | Vägledning vid demensdiagnostik | 25 |
| Bilaga 2 | ADL skattning                   | 29 |
| Bilaga 3 | Körkortslagen                   | 31 |
| Bilaga 4 | Vapenlagen                      | 35 |
| Bilaga 5 | Fysiska begränsningsåtgärder    | 37 |





## Vägledning vid demensdiagnostik

### Frontalt hjärnskadesyndrom

- Nedsatt motivation (nedsatt initiativförmåga)
- Emotionell avtrubbning (minskad känslomässig variationsförmåga)
- Bristande emotionell kontroll (ökade känsloutlösningar)
- Nedsatt omdöme
- Bristande insikt
- Torftigt språk
- Perseveration (upprepning)
- Förändrat oralt och sexuellt beteende (vid avancerad sjukdom)

### Parietalt hjärnskadesyndrom

- Sensorisk afasi (osammanhängande tal, svårigheter att förstå eget och andras tal)
- Visuell agnosi ("hjärnblindhet", svårigheter att tolka synintryck)
- Apraxi (oförmåga att utföra ändamålsenliga rörelser och att använda redskap)
- Bristande kroppsmedvetande (oförmåga att orientera kroppen i rummet)

### Subkortikalt hjärnskadesyndrom

- Psykisk förlångsamning (nedsatt tempo)
- Extrapyramidala bortfall (rigiditet, hypokinesi)
- Bilaterala pyramidala bortfall (positiv Babinski, subklonus, gång med korta steg)
- Pseudobulbära bortfall (dysartri, dysfagi, positiv masseterreflex)

### Globalt hjärnskadesyndrom

- Minnesstörning
- Desorientering (tid, rum)
- Nedsatt abstraktionsförmåga
- Anomi (benämningssvårigheter)
- Visuospacial störning (nedsatt förmåga att uppfatta rumsliga förhållanden)

### Konfusionssyndrom

- Plötslig debut
- Fluktuerande förlopp
- Bristande uppmärksamhet och koncentrationsförmåga
- Feltolkningar av sinnesintryck
- Fragmenterat tänkande
- Psykomotorisk hypo- eller hyperaktivitet
- Hallucinos
- Paranoida föreställningar
- Psykisk oro
- Bristande emotionell kontakt
- Desorientering
- Minnesstörning
- Sömn-/vakenhetsstörning

**Depressions- och/eller ångestsyndrom**

- Sänkt stämningsläge
- Minskad självkänsla, suicidtankar
- Ångest
- Skuldkänslor
- Depressivt färgade vanföreställningar
- Hypokondriska symtom

**Beskrivning och klassificering enligt ICD-10 av sjukdomstillstånd inom området kognitiva störningar****F00.0 \*G30.0 Alzheimers sjukdom med tidig debut**

Utmärks av smygande debut och långsamt progredierande försämring av kognitiva funktioner. Det vanligast tidiga symtomet är minnesstörning. Andra temporoparietala symtom som dyspraxi, språkstörning, rumslig desorientering och försämrad igenkänning är typiska. Även andra högre mentala funktioner som abstrakt tänkande och problemlösningsförmåga drabbas. Depressiva symtom kan förekomma inte minst initialt. Beteendestörning är vanligt i senare skede. Symtomdebut före 65-års ålder.

**F00.1 \*G30.1 Alzheimers sjukdom med sen debut**

Symtombilden liknar den vid tidig debut. Den kliniska bilden är ofta mindre fokal som ett uttryck för mer omfattande skadeutbredning. Debut efter 65 års ålder. Åldersgränsen baseras på internationell överenskommelse.

**F00.2 \*G30.8 Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad**

En demensbild som talar för Alzheimers sjukdom, men där den kliniska bilden och utredningen ger belägg för samtidig symtomgivande cerebrovaskulär skada.

**F00.9 \*G30.9 Alzheimers sjukdom, ospecificerad****F01.9 Vaskulär demens****F01.1 Multiinfarkt demens, F01.2 Subkortikal vaskulär demens, F01.3 Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens**

Vid vaskulär demens finns demenssyndrom med försämring av minne och andra kognitiva funktioner som bedöms vara orsakade av cerebrovaskulär skada. Symtomen, som kan vara fluktuerande, debuterar ibland relativt plötsligt och förloppet beskrivs ofta som trappstegsliknande. Många gånger är dock sjukdomsprogressen mer kontinuerlig. Utöver de kognitiva symtomen är andra neurologiska bortfallssymtom vanliga. Hjärnabbildande undersökningsresultat som tyder på avgränsade cirkulationsskador stöder diagnosen.

**F02.0 \*G31.0 Frontotemporal demens**

En progredierande demens med långsam debut vanligen före 70-års ålder, karaktäriserad av tilltagande förändringar av personlighet, känsloliv och expressiva språkliga funktioner och senare mutism. Personlighetsförändringen karaktäriseras av emotionell avflackning, hämningsbortfall, bristande sjukdomsinsikt, omdömeslöshet samt tilltagande apati. Minne och praktisk förmåga är ofta relativt välbevarade i tidiga stadier. Innefattar varianter med primärt temporal symptomatologi: Semantisk demens (SD) och Primär progressiv icke-flytande afasi (PNFA).

**F02.8 \* G31.8A Lewybodydemens**

Den kliniska bilden utgörs av fluktuerande kognitiva symtom med minnesproblem, orienteringssvårigheter och nedsatt tankeförmåga. Andra symtom är syn- och hörselhallucinationer, neurologiska symtom i form av extra pyramidala störningar, fall och medvetandeförluster samt REM-sömnstörning. Sjukdomen är progredierande även när den fluktuerar. Symtomen förvärras ofta av neuroleptika.

**F02.3 \*G20.9 Demens vid Parkinsons sjukdom**

Diagnostiken bygger på att Parkinsons sjukdom föreligger och att demens i form av nedsatt minne och andra kognitiva störningar har konstaterats. Demensbilden får inte förväxlas med kognitiv störning som kan uppkomma på grund av antiparkinsonmedicinering.

**F10.7A \*G31.2 Alkoholdemens**

En demensbild som föreligger hos en person med långvarigt alkoholmissbruk där ingen annan specifik förklaring (direktpåverkan av alkohol, hjärnskador efter trauma, subduralhematom) till demensen föreligger. Bokstaven A i 5:e positionen utgör en precisering av att det rör sig om en demens.

**F03.9 Ospecificerad demens**

Diagnosen bygger på att en kognitiv störning med demens föreligger och att undersökningar som vidtagits utesluter övriga specifika demensdiagnoser, alternativt att man inte efter genomförd utredning kan avgöra vilken etiologi som föreligger. Diagnosen skall inte användas på sekundära demenstillstånd eller när multifaktoriell genes föreligger.

**F32.9 Depressiv episod**

Insjuknandet kan vara både smygande och hastigt. Det kan finnas anamnes på depression någon gång tidigare i livet eller vara förstagsinsjuknande. Utlösande faktor finns ibland, till exempel somatisk sjukdom eller förlust av närstående. Intresse och koncentration försämras och minnet påverkas ofta. Trötthet, avmagering, smärta och andra somatiska symtom är vanliga liksom ångest, irritabilitet och aggressivitet. En typiskt depressiv dygnsrytm föreligger inte alltid men den kan visa sig i fluktuerande somatiska symtom. Förloppet är oftast reversibelt spontant eller vid antidepressiv behandling.

**F05.0 Delirium utan underliggande demenssjukdom**

Konfusion utlöses ofta av akut somatisk sjukdom, läkemedel eller psykosocial stress. Tillståndet karakteriseras av störningar av uppmärksamhet, uppfattningsförmåga, tänkande, orientering, psykomotorik, sömn/vakenhet samt av en rubbad dygnsrytm. Vanliga symtom är agitation, aggressivitet, hallucinationer och vanföreställningar. Syndromets varaktighet växlar och svårighetsgraden varierar från mild till mycket uttalad. Tillståndet är reversibelt.

**F05.1 Delirium med underliggande demenssjukdom**

Detta tillstånd uppfyller ovanstående kriterier men förekommer samtidigt som demenssjukdom.

**F07.8 Andra specificerade organiska personlighets- och beteendestörningar orsakade av hjärnsjukdom, hjärnskada eller cerebral dysfunktion**

BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) är en övergripande benämning för komplexa beteendemässiga och psykiska symtom som är associerade till en känd demenssjukdom, särskilt vid måttlig - svår sjuksgrad.

**F06.7 Lindrig kognitiv störning, objektiv**

Tillståndet karakteriseras av försämrade minnesfunktioner, inlärningssvårigheter samt koncentrationssvårigheter. Det finns ofta en känsla av uttalad psykisk uttrötthet, och nyinlärning upplevs subjektivt som svår. Objektivt föreligger hållpunkter för kognitiv störning, men inga av dessa symtom är så uttalade att demensdiagnos kan sättas.

**Z03.2A Observation för misstänkt kognitiv störning**

Medicinsk observation/utredning av misstänkt kognitiv störning. Patienten kan uppvisa en del symtom eller tecken på kognitiv störning, men har efter undersökning inte behov av behandling eller medicinsk vård.



## ADL skattning (enligt Lawton och Brody 1969)

Utgångspunkt för placering av kryss är vad patienten faktiskt utför i vardagen och inte vad han/hon kan klara eller har förmåga att utföra.

Patient: ..... P-nr: .....

Testansvarig: ..... Datum: ..... / ..... 20.....

### Instrumentella aktiviteter i dagliga livet (I-ADL)

| A | Hantera den egna ekonomin                                       |
|---|---|
| 1 | Använder telefon på eget initiativ, slår upp nummer och ringer. |
| 2 | Ringer några få välkända nummer.                                |
| 3 | Svarar själv i telefon men ringer inte själv.                   |
| 4 | Använder inte telefon.  |

| B | Inköp                                    |
|---|--|
| 1 | Tar hand om inköp själv.                 |
| 2 | Gör mindre inköp på egen hand.           |
| 3 | Behöver hjälp vid varje inköpstillfälle. |
| 4 | Är oförmögen att göra några inköp.       |

| C | Matlagning  |
|---|---|
| 1 | Planerar, förbereder och serverar måltider på egen hand.                      |
| 2 | Lagar måltider om alla tillbehör finns till hands.                            |
| 3 | Värmer upp och serverar färdiglagade måltider men klarar inte kosthållningen. |
| 4 | Behöver måltider färdiglagade och serverade.                                  |

| D | Hushåll  |
|---|--|
| 1 | Klarar hushållsarbete själv eller har hjälp till större uppgifter någon gång ibland. |
| 2 | Gör lättare uppgifter som att diska eller rätta till i sängen.                       |
| 3 | Gör lättare uppgifter men förmår inte att hålla rent helt på egen hand               |
| 4 | Behöver hjälp med alla hushållsuppgifter.  |
| 5 | Deltar inte i några hushållsuppgifter.   |

| E | Tvätt av kläder                               |
|---|---|
| 1 | Tvättar alla kläder själv.                    |
| 2 | Tvättar mindre plagg, strumpor och liknande.  |
| 3 | All tvätt av kläder behöver utföras av andra. |

| F | Transport   |
|---|---|
| 1 | Färdas själv med kollektivtrafik eller kör egen bil.              |
| 2 | Färdas på egen hand med taxi men använder inte andra färdmedel.   |
| 3 | Färdas med kollektivtrafik med hjälp av annan person.             |
| 3 | Färdas i begränsad omfattning med taxi med hjälp av annan person. |
| 5 | Reser inte alls.  |

| G | Ansvar för egna mediciner   |
|---|---|
| 0 | Inte aktuellt.  |
| 1 | Klarar att ta sina mediciner i rätt dos vid rätt tid.               |
| 2 | Klarar att ta sina mediciner om de på förhand är uppdelade i doser. |
| 3 | Klarar inte att själv ta sina mediciner.                            |

| H | Hantera den egna ekonomin  |
|---|--|
| 1 | Sköter ekonomi självständigt (betalar räkningar och använder bank/post/nätbank). |
| 2 | Hanterar dagliga inköp men behöver hjälp med bankaffärer, stora inköp etc.       |
| 3 | Kan inte hantera någon del av sin ekonomi.                                       |

Total poäng I-ADL: .....

## Personliga aktiviteter i dagliga livet (P-ADL)

| A | Toalett  |
|---|--|
| 1 | Klarar sig själv på toaletten.   |
| 2 | Behöver påminnelse och/eller hjälp med att tvätta sig. Enstaka olyckshändelser kan inträffa (max en gång i veckan) |
| 3 | Är inkontinent (urin eller avföring) under sömn minst en gång/vecka.   |
| 4 | Är inkontinent (urin eller avföring) dagtid minst en gång/vecka.   |
| 5 | Saknar helt kontroll över urin eller avföring.   |
| B | Måltider/Födointag   |
| 1 | Äter utan hjälp.   |
| 2 | Behöver lite hjälp under måltid, eller behöver särskilt tillredd kost eller annan hjälp under måltid.              |
| 3 | Äter med viss hjälp och spiller.   |
| 4 | Behöver mycket hjälp vid alla måltider.  |
| 5 | Äter inte själv, och motsätter sig att matas av andra.   |
| C | Påklädning   |
| 1 | Klär av och på sig själv, väljer ut kläder från egen garderob  |
| 2 | Klär av och på sig själv med lite hjälp.   |
| 3 | Behöver mer hjälp vid påklädsel och/eller val av kläder.   |
| 4 | Behöver mycket hjälp med klädsel men samarbetar med den som hjälper.   |
| 5 | Oförmögen att klä sig själv och motsätter sig andras hjälp.  |
| D | Personlig vård (Hår, naglar, händer, ansikte och kläder)   |
| 1 | Sköter sin personliga vård tillfredställande utan hjälp.   |
| 2 | Sköter sig själv men behöver t.ex. hjälp med rakning.  |
| 3 | Behöver viss och regelbunden hjälp eller vägledning av annan för att sköta sin personliga vård.                    |
| 4 | Behöver hjälp med all personlig vård men håller sig ren och snygg med hjälp av andra.                              |
| 5 | Motsätter sig aktivt andras hjälp till personlig vård.   |

| E | Fysisk aktivitet   |
|---|--|
| 1 | Promenerar utomhus på jämnt och ojämnt underlag.   |
| 2 | Promenerar i närmiljön.  |
| 3 | Kan förflytta sig själv med hjälp av:<br>(kryssa en av rutorna A - E2)                         |
|   | A. Annan person.   |
|   | B. Ledstång.   |
|   | C. Käpp.   |
|   | D. Rollator eller gåbord.  |
|   | E1. Rullstol (förflyttar sig i och ur på egen hand).   |
|   | E2. Rullstol (behöver hjälp att komma i och ur).   |
| 4 | Kan inte gå, men sitter upprätt utan stöd i stol eller rullstol. Kan inte resa sig utan hjälp. |
| 5 | Sängliggande mer än halva tiden.   |
| F | Badning  |
| 1 | Badar själv utan hjälp (badkar, dusch).  |
| 2 | Badar själv men behöver hjälp i och ur badkar eller dusch.                                     |
| 3 | Tvättar endast ansikte och händer och kan inte bada/tvätta resten av kroppen.                  |
| 4 | Tvättar sig inte själv men är samarbetsvillig när andra hjälper.                               |
| 5 | Tvättar sig inte själv och gör motstånd när andra gör försök att hjälpa.                       |

Total poäng P-ADL: .....

## Körkortslagen

Körkortslagen (1998:488) ändrades fr.o.m. 1 september 2010 (SFS 2010:799), bl.a. gällande medicinska krav för innehav av körkort.

### Utdrag ur körkortslagen § 2, 10 kap:

*Om en läkare vid undersökning av en körkortshavare finner att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig ska läkaren anmäla det till Transportstyrelsen. Innan anmälan ska läkaren underrätta körkortshavaren. Anmälan behöver inte göras, om det finns anledning att anta att körkortshavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra körkortspliktigt fordon.*

*Om en läkare vid undersökning finner det sannolikt att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha körkort och körkortshavaren motsätter sig fortsatt undersökning eller utredning, får läkaren anmäla förhållandet till Transportstyrelsen.*

*Bestämmelserna i första och andra styckena gäller även den som har körkortstillstånd eller traktorkort.*

Tidigare krävdes att körkortshavaren var uppenbart olämplig att inneha körkort av medicinska skäl. Dessutom har införts en möjlighet att anmäla den patient som motsätter sig utredning.

### Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

I Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. (TSFS 2010:125) behandlas demens och andra kognitiva störningar i kap. 10.

### För innehav av behörigheterna AM, A1, A2, A, B, BE, C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE, traktorkort eller taxiförarlegitimation

1 § Allvarlig kognitiv störning utgör hinder för innehav. Vid bedömning av om störningen ska anses som allvarlig, ska särskild hänsyn tas till nedsättning av uppmärksamhet, omdöme och förmågan att ta in och bearbeta synintryck samt nedsättning av mental flexibilitet, minne, exekutiva funktioner och psykomotoriskt tempo. Dessutom ska känslomässig labilitet och ökad uttrötthet beaktas. Apraxi och neglekt ska särskilt uppmärksammas.

2 § För innehav av behörigheterna C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE eller taxiförarlegitimation ska den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med sådant innehav beaktas. (TSFS 2013:2)

### Innehav vid demens

3 § Demens utgör hinder för innehav. Vid lindrig demens kan dock innehav av behörigheterna AM, A1, A2, A, B, BE eller traktorkort medges. (TSFS 2013:2).

### Allmänna råd

*Demens bör anses som lindrig om patienten, trots påtagligt försämrad förmåga till aktivt yrkesarbete och sociala aktiviteter ändå har förmågan att föra ett självständigt liv med ett förhållandevis intakt omdöme.*

4 § Demens anses föreligga om sådan diagnos har ställts utifrån vedertagen medicinsk praxis eller om det utifrån tillgänglig information kan bedömas att kriterierna för sådan diagnos är uppfyllda. Med kriterier avses de som anges i ett kriteriebaserat system för diagnosklassifikation, t.ex. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) eller ICD-10 (International Classification of Diseases). (TSFS 2013:2).

### Innehav vid förvärvade hjärnskador

5 § Hjärnskada som förvärvats efter exempelvis stroke, infektion, syrebrist (anoxi), förgiftning eller tumör samt traumatiskt förvärvad hjärnskada, ska bedömas enligt 1 och 2 §§. (TSFS 2013:2).

### Villkor om läkarintyg

6 § Vid lindrig demens ska villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning av frågan om fortsatt innehav göras med intervall som bedöms lämpligt i varje enskilt fall.

Vid övriga förhållanden som regleras i detta kapitel får villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning av frågan om fortsatt innehav göras med intervall som bedöms lämpligt i varje enskilt fall.

## Allmänna råd

*Vid tillstånd med minnesstörning, där demensutveckling kan misstänkas, bör villkor om läkarintyg föreskrivas och prövning av frågan om fortsatt innehav göras minst en gång om året.*

## Läkarundersökning m.m.

7 § Undersökningen ska omfatta en bedömning av sökandens kognitiva funktioner. Läkarens bedömning kan grundas på neuropsykologisk undersökning utförd av neuropsykolog, annan legitimerad psykolog eller legitimerad arbetsterapeut med god kunskap inom området.

## Allmänna råd

- *Vid hjärnskada och vid misstanke om kognitiva störningar bör ett enkelt test, t.ex. Folsteins Mini Mental Test, utföras.*
- *Vid misstanke eller kännedom om minnesstörning bör kompletterande uppgifter om möjligt inhämtas från anhöriga.*
- *Vid misstanke om störningar i uppmärksamhet bör sökandens förmåga till delad uppmärksamhet och till uppmärksamhet över tid samt effekter av tidspress prövas.*
- *Vid omdömesdefekter bör läkaren försöka bedöma i vad mån dessa har betydelse för trafiksäkerheten.*

8 § Bedömningen ska i första hand göras utifrån en medicinsk undersökning. Endast där bedömningen av den medicinska undersökningen ger ett resultat i ett svårbedömt gränsområde bör ett körprov enligt 3 kap. 4 § körkortslagen (1988:488) eller annat slag av körtest göras. Oavsett resultatet av sådant körprov eller körtest ska en helhetsbedömning av utredningsresultaten göras.

## Om praktiskt körprov

Transportstyrelsen har uttalat sig om **betydelsen av godkänt körprov vid diagnosen demens** (nyhetsbrev Trafikmedicin nr 19, november 2009). Man säger följande:

*”Ett körprov eller körtest ska inte användas i syfte att upphäva ett för den enskilde negativt resultat av den medicinska utredningen. Ett godkänt körprov eller ett normalt körtest utesluter inte förekomsten av sådan allvarlig kognitiv störning som avses i 10 kap. 1 §. Anledningen till detta är att ett körprov eller körtest aldrig kan vara annat än ett stickprov och är ett trubbigt instrument utan större specificitet med avseende på körkortslämplighet vid kognitiva störningar. Bedömningen av lämpligheten att framföra fordon ska relateras till de normer som baseras på forskningsresultat inom området. Däremot ska praktiskt prov eller test inte uteslutas i svåra gränsfall som ett komplement till den medicinska utredningen.*

*Enligt Transportstyrelsen kan ett körprov således ge ett kompletterande underlag till beslut i körkortsfrågor i enskilda fall då den medicinska utredningen inte kan belysa trafiksäkerhetsrisken tillräckligt väl.”*

## Rekommendationer

Körkortslagen ger läkaren möjlighet att muntligt överenskomma med patienten om att denna ska avhålla sig från bilkörning. Denna överenskommelse ska i princip endast användas vid kortvariga tillstånd (upp till sex månader) där körförmågan förväntas bli återställd eller under utredning av en sjukdom. Körförbudet ska också vara ovillkorligt. Muntliga överenskommelser med patienter, som har en minnesstörning, är inte att rekommendera. Använd i stället ett formulär med patientens underskrift där denne får en kopia med sig hem. Om tveksamhet finns rörande följsamheten till förbudet, är det lämpligare att anmäla till Transportstyrelsen för en återkallelse av medicinska skäl. Dokumentera körförbudet i patientjournalen. Om läkaren gett patienten körförbud, så ska förbudet också följas upp. Det räcker då inte att enbart fråga patienten utan man ska inhämta information från andra tillförlitliga källor. Anhörigas synpunkter inhämtas bäst vid ett enskilt samtal. Det är då viktigt att värdera anhörigas tillförlitlighet. En äldre maka utan eget körkort har kanske svårt att bedöma sin makes lämplighet att köra bil.

När en patient får demensdiagnos, ska även körkortsfrågan behandlas. Även om det inte omedelbart är aktuellt med körförbud eller med anmälan till Transportstyrelsen om återkallande, är det lämpligt att informera om lagen och att denna fråga kommer att bedömas vid uppföljande besök. Klargör för patient och närstående att det inte handlar om det tekniska handhavandet av bilen, eftersom detta är automatiserade och överinlärda förmågor, utan att det viktiga är hur man som bilförare klarar av en komplex trafiksituation, när man har nedsatta kognitiva förmågor.



Om anmälan görs till Transportstyrelsen, informera om att patienten bör skaffa sig ny legitimation, om detta inte finns.

Var uppmärksam på ev. krisreaktion, suicidhot och depression hos patienten som en reaktion på en körkortsåterkallelse.

### Trafikmedicinska rådet

Rådet består av läkare, jurister och handläggare och uttalar sig i enskilda fall om den medicinska lämpligheten att inneha körkort, traktorkort eller taxiförarlegitimation. Läkare och myndigheter kan ta direktkontakt med rådet för diskussion om principiella frågor och enskilda ärenden på telefon 0771-503 503.

### Informationsmaterial

Nedanstående broschyrer kan beställas gratis från Transportstyrelsen:

- *Äldre och bilkörning. Information och vägledning för närstående.*
- *De medicinska kraven i trafiken. Information om trafikmedicin.*

### Litteratur

Nedanstående litteratur kan beställas från Transportstyrelsen:

- Skriften *Körkortsmedicinsk bedömning efter hjärnskada. Kognitiva faktorerers betydelse för körförmåga.*
- Boken *Trafikmedicin* utgiven av Vägverket 2001. Demens och kognitiva störningar behandlas där i kap. 10. Rekommenderas för fördjupad läsning.

### Läkares anmälningsskyldighet

Bestämmelser om läkares anmälningsskyldighet avseende den som har körkort, körkortstillstånd, traktorkort eller taxiförarlegitimation finns i 10 kap. 2§ i körkortslagen samt 3 kap. 5§ taxitrafiklagen (2012:211).

### Begreppet läkare

Begreppet läkare innefattar AT-läkare, ST-läkare och specialistläkare. Detta innebär att alla dessa läkarkompetenser omfattas av läkares anmälningsskyldighet enligt körkortslagen och taxitrafiklagen.

### Anmälan vid olämplighet att ha körkort mm.

Läkares anmälningsplikt ändrades den 1 september 2010 så att läkare nu är skyldiga att anmäla körkortshavare som är medicinskt olämpliga att ha körkort. Tidigare gällde att personen skulle vara uppenbart olämplig att ha körkort.

### Anmälan när en körkortshavare motsätter sig fortsatt undersökning eller utredning

Om läkare vid undersökning eller genomgång av journalhandlingar finner det sannolikt att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha körkort och om personen motsätter sig fortsatt undersökning eller utredning ska läkaren anmäla detta till Transportstyrelsen (s.k. "utredningsanmälan").

Att läkaren nu har en skyldighet att göra en anmälan i dessa fall infördes genom en ändring i körkortslagen som trädde i kraft den 1 februari 2012.

Vid s.k. "utredningsanmälan" finns det inte något krav om att underrätta körkortshavaren innan en sådan anmälan görs.

### När behöver en anmälan inte göras?

Om läkaren anser att det finns anledning att anta att körkortshavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra ett körkortspliktigt fordon behöver en anmälan till Transportstyrelsen inte göras. Läkaren tar då på sig ett stort ansvar, inte minst för uppföljningen av att tillsägelsen följs. Transportstyrelsen anser att det krävs en journalanteckning om tillsägelsen och att en uppföljning sker vid återbesöket så att läkaren kan vara säker på att personen inte fortsätter att köra.

Tillsägelse att avstå från att köra ett körkortspliktigt fordon är inte något förbud i juridisk mening, eftersom personen fortfarande har behörigheten kvar. Körkortshavaren har inte någon möjlighet att överklaga läkarens tillsägelse.



## Vapenlagen

I vapenlagens (1996:67) 6 kap. behandlas läkares anmälningsskyldighet, återkallelse av tillstånd samt omhändertagande av vapen och ammunition.

Utdrag ur vapenlagen § 6, kap. 6 rörande anmälningsskyldighet:

*En läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen skall omedelbart anmäla detta till polismyndigheten i den ort där patienten är folkbokförd. Anmälan behöver inte göras om det med hänsyn till omständigheterna står klart för läkaren att patienten inte har tillstånd för skjutvapen.*

### **Socialstyrelsens föreskrifter om anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen (SOSFS 2008:21 M)**

Socialstyrelsen föreskriver med stöd av 13 kap. 2 § vapenförordningen (1996:70) samt 2 § 1 och 4 och 4 § 2 förordningen (1985:796):

### **Tillämpningsområde**

1 § Dessa föreskrifter ska tillämpas vid vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Föreskrifterna gäller för både slutet och öppen hälso- och sjukvård.

2 § De skjutvapen som föreskrifterna gäller för är de vapen, enligt 1 kap. 2 och 3 §§ vapenlagen (1996:67), som enskilda personer inte får inneha utan tillstånd enligt bestämmelserna i 2 kap. 1 och 2 §§ samma lag.

### **Ansvar och rutiner**

3 § Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det ledningssystem som enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska finnas i verksamheten innehåller rutiner för anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen.

4 § Vårdgivaren får uppdra åt en eller flera verksamhetschefer att fastställa rutiner för anmälan enligt dessa föreskrifter.

I den kommunala hälso- och sjukvården får vårdgivaren uppdra åt en eller flera verksamhetschefer alternativt medicinskt ansvariga sjuksköterskor att fastställa rutiner för överföring av information om en patient till dennes behandlande läkare för att läkaren ska kunna ta ställning till, om det finns ett behov av att göra en anmälan. Rutinerna för anmälan och överföring av informationen ska dokumenteras.

### **Skäl för anmälan**

5 § Om en läkare vet eller misstänker att en patient innehar skjutvapen och bedömer att patienten är olämplig att inneha skjutvapen av medicinska skäl, t.ex. psykisk störning, missbruk, demenssjukdom, synrubbing, neurologisk sjukdom eller hjärnskada, och därigenom

1. riskerar att skada sig själv eller någon annan genom sin vapenhantering, eller
2. inte förmår iakttä de regler som gäller för förvaring av vapen, ska en anmälan omedelbart göras till polismyndigheten.

Anmälan ska göras utan en närmare prövning, om patienten har tillstånd att inneha skjutvapen eller inte.

### **Anmälningsförfarande och patientinformation**

6 § Anmälan till polismyndigheten ska göras på blanketten SoSB 42401.

Den läkare som gör en anmälan ska svara för att den patient som berörs utan dröjsmål blir informerad, om det i det enskilda fallet inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

### **Dokumentation**

7 § Då en anmälan görs, ska läkaren göra en anteckning om detta i patientens journal. Läkaren ska dessutom dokumentera skälen för anmälan.

**8 §** Av patientjournalen ska det framgå, om patienten har underrättats om anmälan. Om patienten inte har underrättats, ska skälen till detta framgå.

### **Uppföljning och egenkontroll**

**9 §** Verksamhetschefen ska regelbundet följa upp

1. fastställda rutiner för anmälan, och
2. anmälningspliktens fullgörande.

I den kommunala hälso- och sjukvården ska verksamhetschefen alternativt den medicinskt ansvariga sjuksköterskan regelbundet följa upp rutinerna i 4 § andra stycket.

### **Anmälningsblankett**

Finns på Socialstyrelsens hemsida.

## Fysiska begränsningsåtgärder

På Socialstyrelsens hemsida finns att läsa om upphävda föreskrifter om tvångs- och skyddsåtgärder (SOSFS 1980:87 och SOSFS 1992:17) (<http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/foreskrifteromtvangs-ochskydds-2012-12-13>)

### Vilka föreskrifter och allmänna råd är upphävda?

- Socialstyrelsens kungörelse (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Det innebär att även ändringsföreskriften SOSFS 1997:16 är upphävd.

### Ska alla skyddsåtgärder tas bort?

Åtgärder som larm, sänggrindar och bälten får inte användas i syfte att frihetsberöva en person men däremot som skydd eller hjälpmedel när den enskilde samtycker till åtgärden. Personer med demenssjukdom har inte alltid förmåga att uttrycka sitt samtycke utan visar genom sina reaktioner hur de upplever en viss åtgärd. Detta får i sådana fall vara vägledande för ställningstagandet om huruvida samtycke föreligger eller inte. Bedömningen måste göras i varje enskilt fall.

Att fatta generella beslut om att ta bort åtgärder som exempelvis larm, sänggrindar och bälten utan individuella bedömningar av behov och samtycke kan strida mot hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. Till exempel kan ett grenbälte vara ett hjälpmedel om det bidrar till att den enskilde känner sig trygg och säker men en tvångsåtgärd om den enskilde visar att han eller hon inte vill vara fastspänd utan upplever det som obehagligt. Användandet av sänggrindar kan vara ett hjälpmedel om det bidrar till att den enskilde känner sig trygg och säker men en tvångsåtgärd om den enskilde visar att han eller hon inte vill ha sänggrinden uppfälld utan upplever det som obehagligt.

### Kan man vidta åtgärder inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten mot den enskildes vilja?

Hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bygger på frivillighet, och innebär att man inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Det innebär att den enskildes säkerhet måste tillgodoses utifrån de bestämmelser som gäller för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Hälso- och sjukvården ska bl.a. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Verksamheten inom socialtjänsten ska bl.a. bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne.

Det är vårdgivaren och socialnämnden respektive huvudmannen för en enskild verksamhet som är ansvarig för att insatserna har en god kvalitet och att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren och socialnämnden respektive huvudmannen för en enskild verksamhet ska bl.a. att se till att verksamheten har tillräcklig bemanning, att personalen har rätt kompetens för de arbetsuppgifter de ska utföra och att verksamheten bedrivs i lämpliga lokaler för att leva upp till de krav som ställs i hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen.

### Vad händer med rutiner som har fastställts med stöd av de upphävda föreskrifterna?

Rutiner som gäller inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten måste ha stöd i gällande författningar (lagar, förordningar och föreskrifter). Det är verksamhetschefen inom hälso- och sjukvården och socialnämnden respektive huvudmannen för en enskild verksamhet som ansvarar för att de rutiner som finns har sådant författningsstöd.

Beslutet att upphäva SOSFS 1980:87 och SOSFS 1992:17 innebär att rutiner som kommuner och enskilda verksamheter har fastställt med dessa föreskrifter och allmänna råd som grund inte längre kommer att ha det stödet.

## Vad händer med individuella beslut som fattats med stöd av de upphävda föreskrifterna?

Alla beslut som fattats inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten måste ha stöd i gällande författningar (lagar, förordningar och föreskrifter). Beslut som innebär tvång eller frihetsinskränkningar som saknar stöd i lag strider mot regeringsformen. Det är verksamhetschefen inom hälso- och sjukvården och socialnämnden respektive huvudmannen för en enskild verksamhet som har ansvar för att det inte fattas och tillämpas beslut i verksamheten som inte har stöd i gällande författningar.

Beslutet att upphäva SOSFS 1980:87 och SOSFS 1992:17 innebär att individuella beslut, i den mån dessa har fattats med stöd av nu nämnda föreskrifter och allmänna råd och fortfarande tillämpas, inte kommer ha det stödet. Beskrivningen av nödrätten i SOSFS 1992:17 har fortfarande aktualitet och finns därför återgiven på s.4–5 i Socialstyrelsens meddelandeblad Upphävda föreskrifter om tvångs- och skyddsåtgärder nr 2/2010.

## När kan nödrätten åberopas?

För beskrivning av nödrätten se s. 4–5 i Socialstyrelsens meddelandeblad Upphävda föreskrifter om tvångs- och skyddsåtgärder nr 2/2010.

I vård och omsorg kan det uppstå en ”akut” situation där en anställd vidtar åtgärder som inrymmer någon form av våld eller tvång för att avvärja fara för liv och hälsa. Nödrätten ska endast tillämpas i undantagsfall (prop. 1993/94:130 s. 35).

## Får man låsa in en person i hans eller hennes bostad?

Den enskilde är enligt regeringsformen skyddad mot frihetsberövande om det inte finns lagstöd. Med frihetsberövande avses enligt förarbeten till regeringsformen bl.a. fall då någon faktiskt är förhindrad att förflytta sig utanför ett rum eller annat relativt starkt begränsat område (prop. 1975/76:209 s. 52). Personen kan t.ex. vara förhindrad att lämna vissa lokaler, genom att han eller hon saknar nyckel till dörrarnas låsordningar eller inte behärskar den – kanske i och för sig okomplicerade – teknik som krävs för att öppna dörren. Detsamma torde gälla det fall där nyckeln förvaras på en plats som är åtkomlig, men som den enskilde inte informeras om eller förväntas glömma bort. Avgörande är alltså om den enskilde faktiskt är förhindrad att avlägsna sig från området i fråga (Rynning s.111). Skyddet mot frihetsberövande gäller i både ordinärt och särskilt boende.

Enligt JO ”måste med inlåsning förstås vidtagande av sådan särskild åtgärd som syftar till att den äldre på grund av sitt handikapp inte själv ska kunna öppna dörren. Det kan således enligt min mening inte anses tillåtet att använda skyddskåpan på ett sådant sätt att den äldre därigenom fräntas varje möjlighet att öppna dörren och lämna sin bostad.” (JO 1989/90 s. 212)

Om man låser dörren till den enskildes bostad med hans eller hennes samtycke och han eller hon har svårigheter att ta sig ut själv måste det finnas en planering för hur den enskilde ska kunna få hjälp med att ta sig ut dels i normala situationer, dels i en situation som kräver utrymning vid t.ex. brand. Vidare behöver det finnas en planering för hur personal som ska utföra hälso- och sjukvård eller insatser enligt socialtjänstlagen ska kunna komma in.

## Får man ha ytterdörren låst i en särskild boendeform för äldre?

### Kan man använda kodlås på ytterdörren utan att den enskilde anses inlåst?

Ytterdörren till en särskild boendeform kan vara låst, så som det är brukligt i de flesta människors hem. Detsamma gäller dörrar till avdelningar och enheter. Låset måste vara konstruerat så att den enskilde själv kan låsa upp. Att använda alltför komplicerade lås som förhindrar den enskilde att öppna dörren är att betrakta som inlåsning. Däremot kan dörren ha ett lås som det tar en viss tid att öppna. Larm på ytterdörren kan användas för att informera personalen om att en person är på väg att lämna boendet. Personalen kan då ta hand om den enskilde och ibland genom någon lämplig åtgärd avleda personen. Om den enskilde av något skäl inte kan öppna dörren själv måste han eller hon utan dröjsmål kunna få hjälp av personalen med att öppna den.

Ett kodlås är i praktiken det samma som en låst dörr för de flesta personer med måttlig eller svår demenssjukdom. Att koden finns angiven i närheten av dörren saknar betydelse eftersom den enskilde inte har förmåga att utnyttja den för att öppna. (SOU 2006:110 s.284-285). Avgörande är alltså om den enskilde faktiskt är förhindrad att avlägsna sig från området i fråga.

Om ytterdörren är låst måste det finnas en planering för hur en utrymning vid t.ex. en brand eller annan liknande fara ska genomföras. Se vidare lagen (2003:778) om skydd mot olyckor och förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor.

### **Vilka former av lås är tillåtna respektive förbjudna på ytterdörren till ett särskilt boende?**

Det är inte möjligt att generellt ange att särskilda former av lås, t.ex. kodlås eller lås med tvåhandsfattning, är tillåtna eller förbjudna. Det är om den enskilde själv klarar av att öppna ett lås (och/eller en dörr) eller om den enskilde utan dröjsmål kan få hjälp med låset och dörren som avgör om han eller hon är inlåst eller inte.

Det är den som ansvarar för en verksamhet som måste ta ställning till vilken form av lås man ska ha i de aktuella lokalerna. Vilka som bor eller vistas i lokalerna, bemanning, arbetssätt och lokalernas utformning är några viktiga faktorer att ha med vid ett sådant ställningstagande. Det är också viktigt att ha kontakt med räddningstjänsten för att försäkra sig om att den lösning man väljer fungerar även vid situationer som kräver utrymning.

### **Kan dörren vara låst till den enskildes bostad och enbart gå att öppna inifrån för att förhindra att obehöriga tar sig in?**

Dörren till den enskildes bostad kan vara låst med hans eller hennes samtycke och ha ett sådant lås (s.k. hotellås) som enbart går att öppna inifrån. Om den enskilde av något skäl har svårigheter att öppna dörren måste det finnas en planering för hur den enskilde ska kunna få hjälp med att ta sig ut dels i normala situationer, dels i en situation som kräver utrymning t.ex. vid brand. Vidare behöver det finnas en planering för hur personal som ska utföra hälso- och sjukvård eller insatser enligt socialtjänstlagen ska kunna komma in.

### **Får man ha staket kring trädgården till ett demensboende med en grind som är ”svåröppnad”?**

Man kan ha en grind som är svåröppnad för att fördröja så att personalen hinner i kapp den enskilde. Grinden m.m. får dock inte vara konstruerad så att den enskilde inte själv kan öppna den och lämna området (SOU 2006:110 s. 204). Avgörande är alltså om den enskilde faktiskt är förhindrad att avlägsna sig från området i fråga (Rynning s.111).

Om den enskilde av något skäl inte kan öppna grinden själv måste han eller hon utan dröjsmål kunna få hjälp av personalen med att öppna den.

### **Får man använda larm med den enskildes samtycke?**

Man kan använda larm med den enskildes samtycke. Det kan dels vara larm där den enskilde själv larmar, dels larm där andra kan söka efter den enskilde om han eller hon har försvunnit.

### **Får man använda larm mot den enskildes vilja?**

Det finns inte något stöd i socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen för att sätta ett larm på den enskilde mot hans eller hennes vilja.

### **Får man använda s.k. larmmattor eller rörelsedetektorer med den enskildes samtycke?**

Man kan använda tekniska lösningar som s.k. larmmattor eller rörelsedetektorer i den enskildes bostad med hans eller hennes samtycke. Innan en sådan lösning används behöver det klarläggas vilket problem som ska lösas med t.ex. larmmattan. Om avsikten är att en enskild som av fysiska eller intellektuella skäl har svårt att påkalla hjälp ska kunna informera personalen kan det vara en bra lösning. Är syftet att på grund av bristande bemanning övervaka den enskilde är det tveksamt om det är en bra lösning.

### **Får man använda s.k. larmmattor och rörelsedetektorer mot den enskildes vilja?**

Det finns inte något stöd i socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen för att använda tekniska lösningar som s.k. larmmattor och rörelsedetektorer mot den enskildes vilja.

### **Får man använda mikrofoner eller videokameror för övervakning av den enskilde i hans eller hennes bostad?**

Det finns inte något stöd i lagstiftningen för att använda mikrofoner eller videokameror för övervakning av den enskilde i hans eller hennes bostad. I slutbetänkandet Regler för skydd och rättsäkerhet inom demensvården (SOU 2006:110 s. 278) redovisade utredaren att han inte heller vill att det ska lagregleras och vara tillåtet ”att använda mikrofoner eller videokameror för övervakning eftersom det skulle innebära en alltför stor inskränkning i den enskildes integritetsskydd.”

### **Får man använda bälte med den enskildes samtycke?**

Bälte kan bara användas med den enskildes samtycke och under förutsättning att syftet är att det ska vara en hjälp för den enskilde. Om syftet således är att den enskilde ska kunna sitta upp vid t.ex. måltider och aktiviteter kan det vara en bra lösning.

Är syftet däremot att hålla fast en orolig person eller av annat skäl begränsa den enskildes rörlighet får man inte använda bälte även om den enskilde samtycker.

Bälten kan vara av olika slag. Många bälten förskrivs som medicintekniska produkter och då ska Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården tillämpas.

Av 4 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården följer att det ska finnas rutiner för riskhantering i verksamheten. Av SOSFS 2008:1 3 kap. 8 § framgår bl.a. att hälso- och sjukvårdspersonal som använder och hanterar medicintekniska produkter ska ha kunskap om riskerna vid användning av produkterna. Enligt SOSFS 2008:1 3 kap. 9 § ska den som förskriver eller lämnar ut en medicinteknisk produkt bl.a. bedöma behovet av anpassning av patientens hemmiljö för att produkterna ska fungera tillsammans på ett säkert sätt, informera användaren om hur produkten ska användas och de åtgärder som ska vidtas i enlighet med tillverkarens säkerhetsföreskrifter.

### **Får man använda bälten mot den enskildes vilja?**

Det finns inte något stöd i socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen för att använda bälten mot den enskildes vilja.

### **Får man använda brickbord med den enskildes samtycke?**

Man kan använda brickbord med den enskildes samtycke. Innan en sådan lösning används behöver det klargöras vad syftet med brickbordet är. Om syftet är att möjliggöra aktivering kan det vara en bra lösning. Om syftet är att på grund av bristande bemanning begränsa den enskildes rörlighet är det tveksamt om det är en bra lösning även om den enskilde samtycker.

Av 4 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården följer att det ska finnas rutiner för riskhantering i verksamheten.

### **Får man använda brickbord mot den enskildes vilja?**

Det finns inte något stöd i socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen för att använda brickbord mot den enskildes vilja.

### **Får man använda sänggrindar med den enskildes samtycke?**

Man kan använda sänggrindar med den enskildes samtycke.

Av 4 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården följer att det ska finnas rutiner för riskhantering i verksamheten.

### **Får man använda sänggrindar mot den enskildes vilja?**

Det finns inte något stöd i socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen för att använda sänggrindar mot den enskildes vilja.

### **Får ett förskrivet hjälpmedel användas mot den enskildes vilja?**

Det finns inte något stöd i socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen för att använda ett förskrivet hjälpmedel mot den enskildes vilja.



**Vad har samtycket för betydelse?**

En åtgärd som får vidtas med den enskildes samtycke kan vara en tvångsåtgärd om den vidtas mot den enskildes vilja. T.ex. kan ett bälte vara ett hjälpmedel som bidrar till att den enskilde sitter bra och känner sig trygg och säker. Bältet kan också vara en tvångsåtgärd om den enskilde visar att han eller hon inte vill vara fastspänd utan upplever det obehagligt.

Kraven på samtyckets art (Se s.6–7 i Socialstyrelsens meddelandeblad Upphävda föreskrifter om tvångs- och skyddsåtgärder nr 2/2010) bör ställas högre om åtgärderna är av särskilt ingripande natur. Exempel på sådana åtgärder är fastspänning i bälte och inlåsning (SOU 1984:64 s. 179). Sådana exempel på åtgärder av särskilt ingripande natur torde därför inte vara möjliga att genomföra med stöd av presumerat samtycke eller hypotetiskt samtycke.

**Vad händer om den enskilde motsätter sig en åtgärd som han eller hon tidigare har samtyckt till?**

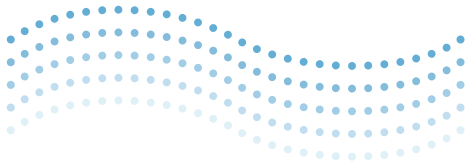
Den enskilde har rätt att när som helst återkalla sitt samtycke. Om den enskilde motsätter sig en åtgärd som han eller hon tidigare har samtyckt till så får åtgärden således inte fortsätta eller vidtas.

**Kan anhöriga, god man eller förvaltare samtycka till användning av en tvångsåtgärd?**

Då användning av tvångsåtgärder kräver lagstöd kan inte anhöriga, god man eller förvaltare samtycka eller kräva att socialtjänsten eller hälso- och sjukvården ska använda tvångsåtgärder.







## LANDSTINGET BLEKINGE

PSYKIATRI- OCH HABILITERINGSFÖRVALTNINGEN

371 81 KARLSKRONA • TEL 0455 - 73 10 00  
FAX 0455 - 802 50 • E-POST [landstinget.blekinge@ltblekinge.se](mailto:landstinget.blekinge@ltblekinge.se)