

070312

RUTINER FÖR SAMARBETE OCH KARTLÄGGNING VID MISSTÄNKT DEMENS HOS PERSONER MED UTVECKLINGSSTÖRNING

Sammanställd av:

Kersti Engström samordnare Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm,
Danderyds Sjukhus

Paul Olsson psykolog Handikapp & Habilitering

Referensgrupp:

Ingrid Alm medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Skarpnäck SDF

Margarethe Bergqvist medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Katarina-Sofia SDF

Marianne Braman Eriksson arbetsterapeut Handikapp & Habilitering

Maud Gottberg-Hall distriktssjuksköterska Hässelby-Vällingby SDF

Inger Näslund överläkare Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm,
Danderyds Sjukhus

Anna Sjöberg Söderström kurator Handikapp & Habilitering

Berit Stenberg LSS-handläggare Maria-Gamla stan SDF

Anne Thinesen Grönmark psykolog Handikapp & Habilitering

Hans Thorén psykolog Handikapp & Habilitering



 **Stockholms läns landsting**

Detta material har tillkommit för att förenkla och vara ett stöd för alla aktörer som kommer i kontakt med utvecklingsstörda personer med misstänkt demens.

Materialet får användas helt eller delvis och inget är ett måste.

Använd materialet utifrån ditt eget behov.

Innehållsförteckning

Förord

I Stockholms läns landstings publikation ”Regionalt vårdprogram demens” skriver man:

Demenssjukdomarna är långvariga sjukdomar, där patienten vid tidpunkten för diagnos endast har en förväntad återstående livslängd som är hälften mot den genomsnittliga i motsvarande åldersgrupp. Under sjukdomsförloppet förlorar den sjuke gradvis sin autonomi. Målet för demenssjukvården i Stockholms läns landsting är ett effektivt omhändertagande med tidig utredning och insättande av adekvata insatser för att befrämja patienters och närståendes förmåga till ett värdigt och hanterbart liv.

Detta görs genom:

1. En effektiv vårdprocess med samverkande vårdorganisationer och hög medicinsk/klinisk kvalitet tillgänglig i hela länet.
2. Tidig upptäckt och snabb utredning. Primärvårdens roll betonas eftersom det ofta är där man fångar upp patienter med minnesstörning. Geriatriken har huvudansvar för fullständig utredning vid specialistenhet.
3. Fler utredningar bör göras, som regel i öppen vård.
4. Behandling med adekvata farmakologiska och icke farmakologiska metoder.
5. Samverkan med kommunens aktörer i en sammanhållen vårdkedja.
6. Stöd till närstående.

Målet för demensvården i kommunerna är att skapa förutsättningar för ett gott liv i gemenskap med anhöriga och vänner så långt och länge det är möjligt. Genom att arbeta mot samma mål med medicinsk utredning och behandling och omvårdnadsinsatser kan förutsättningar skapas för att den demenssjuke på ett positivt sätt ska kunna stanna kvar i sin hemmiljö. När särskild boendeform blir nödvändig ska den vara av hög kvalitet.

I Stockholms läns landstings Focusrapport ”**Habilitering i utveckling**” skriver man under slutsatser och strategi, medicinskt programarbete: **Kunskaper behöver utvecklas om funktionsnedsättningar och åldrande.**

Samverkan över huvudmannaskapsgränser, strukturerad samverkan mellan kommunerna i Stockholms läns landsting, motsvarande BUS-samverkan (Barn och ungdomar som behöver särskilt stöd från såväl kommunen som landstinget), behöver utvecklas även för vuxna med livslånga funktionshinder.

Medellivslängden för utvecklingsstörda har ökat och utvecklingsstörda drabbas liksom andra människor av åldersrelaterade sjukdomar. Många personer med Downs syndrom utvecklar tidigare och snabbare demens av alzheimertyp.

Inom Handikapp & Habilitering och Vuxenhabiliteringen har vi under senare år fått många förfrågningar runt personer med åldersrelaterade symtom.

Med anledning av detta är vårt mål **att skapa ett samverkansdokument där alla inblandade aktörer vet sin uppgift så att patienten/brukaren kan få bästa möjliga insatser utifrån samhällets samverkande resurser.**

Vi behöver dokumentera vad som skall göras, vem som skall göra vad och var det skall ske.

Vi skapar också typmallar för insatser så att det skall vara lätt att veta vad som behöver göras.

Som underlag till vårt material ligger SLL:s ”Regionalt vårdprogram demens 2006”.

Vi följer det så nära vi kan, med inriktning mot **personer med utvecklingsstörning** och konkretiserar insatserna så att de skall bli lätta att använda i vardagsarbetet.

Definition av demens

Demenssjukdomar hör till gruppen folksjukdomar och är förhållandevis vanliga i de högre åldrarna men tillhör inte det normala åldrandet. Demenssjukdomar förekommer även hos yngre personer.

I demensbegreppet ingår att störningen skall vara bestående och förvärvad, det vill säga att den utgör en nedgång i intellektuell, känslomässig och praktisk kapacitet **jämfört med hur personer varit tidigare.**

För att få diagnosen demens krävs att vissa kriterier uppfylls.

Demensdiagnosen är en sammanvägningsdiagnos och bygger på en rad fakta om patienten, levnadshistoria, personbeskrivning, checklista nätverk, ev checklista habilitering, prover, undersökningar, utredningar, tester måste samlas in och sammanvägas.

För att klara ovanstående krävs att alla aktörer runt patienten/brukaren vet vad de skall göra, gör det och sedan tillsammans med patienten/brukaren och hans/hennes nätverk sammanväger vad de kommit fram till.

Demens - Tidiga tecken hos personer med utvecklingsstörning

- Försämrat minne, närminnesstörning, trötthet, svårigheter att uttrycka sig och förstå vad andra säger, sömnsvårigheter, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter och ångest.
- Svårt att klara sig själv och svårt att orientera sig till tid och rum.
- Passiv, bristande intresse för omgivningen, svårkontaktad. Visst behov av hjälp med hygien, mat, påklädning etc. Förvirring och infektioner.
- Nydebuterad epilepsi.
- Muskelstelhet.

Aktiviteter vid misstanke om demens hos brukaren/patienten

1. Beställ tid hos primärvården.
2. Brukaren/patienten eller dennes företrädare informeras om möjligheten att söka råd och stöd på habiliteringscenter inom Handikapp & Rehabilitering. Ansökan görs av brukare eller dennes företrädare. Se sid 27
3. Se till att du har levnadsberättelse och personbeskrivning. Se sid 9 och 11
4. Fyll i checklista nätverk, en för gruppboenden och en för dagliga verksamheten i veckan före besöket på primärvården. Se sid 30.
5. Ta med levnadsberättelse, personbeskrivning och checklistorna till besöken vid primärvården och Handikapp & Rehabilitering.

Mall för ärendegång

1. Levnadsberättelse fylls i av gruppboende och anhöriga. Se sid 9.
2. Personbeskrivning fylls i av gruppboenden och anhöriga. Se sid 11.
3. Checklista nätverk fylls i av gruppboende. Se sid 30.
4. Checklista nätverk fylls i av dagligverksamhet. Se sid 30.
5. Primärvårdsutredning, undersökning. Se sid 15.
6. Ansökan till Handikapp & Habilitering skrivs efter kontakt med god man. Se sid 27.
7. Rehabmedicinska Universitetskliniken Stockholm kan vid behov konsulteras av primärvården.
8. Handikapp & Habilitering bedömer kognitiva funktioner och adaptiv förmåga som kompletterar den medicinska utredningen. Se sid 32.
9. Diagnoskonferens, för ev fastställande av diagnos. Bestämna vem/vilka (primärvård, Rehabmedicinska Universitetskliniken Stockholm, Handikapp & Habilitering) som informerar patienten, anhöriga, boendepersonal och personal på daglig verksamhet. Se sid 17.
10. Information om diagnosen till patient/brukare, anhöriga, god man, boendepersonal och personal på daglig verksamhet. Se sid 17.
11. Samordnad plan primärvård, Rehabmedicinska Universitetskliniken Stockholm (vid behov), god man, LSS-handläggare, Handikapp & Habilitering, anhöriga, boende, daglig verksamhet samt ev andra inblandade aktörer. Se sid 19.
12. LSS-handläggare utreder boende, daglig verksamhet. Se sid 20.
13. Vid behov gör arbetsterapeut vid Handikapp & Habilitering aktivitetsbedömning samt utreder behov av hjälpmedel. Se sid 21.
14. Handikapp & Habiliterings personal utreder behovet av kunskap till nätverket. Se sid 46.
15. Handikapp & Habiliterings personal ger konsultation ut till boende, anhöriga, daglig verksamhet.
16. Bemötandeplan arbetas fram av boendepersonal och anhöriga tillsammans med personal från Handikapp & Habilitering. Se sid 36 och 40.
17. Bemötandeplanen prövas under en tid och utvärderas.

Fortsatt konsultation utifrån behov.

Levnadsberättelse

(ska skrivas av den som känner personen bäst)

Upprättat datum:

Namn

Ex nuvarande namn, tidigare namn, smeknamn

Familjeförhållande

Ex egen familj, mor/far och ev syskon

Vänner/Socialt nätverk

Barndom (upp till 20 år)

VuxenTid (från 20 år)

Utbildning

Yrkesliv/arbete

Ex praktikplats, yrke, arbetsplatser, viktiga arbetskamrater

Intressen

Ex sport, kultur, natur, djur etc

Traditioner

Livshändelser som präglat livet

Hälso- sjukdomshistoria

Uppgiftslämnare

- Lämnat av den enskilde:
- Lämnat av annan:

Dokumenterat av:

Datum:

Personbeskrivning

Bedömningen utföres av någon som är väl förtrogen med personen

Namn personnummer
Gruppbostad daglig verksamhet
Bedömningen utförd av bedömarnas arbetsplats
Datum

Beskriv så detaljrikt som möjligt vad personen klarar själv och hur det går till. Beskriv vilken hjälp och tillsyn personen behöver

Hygien	
Tvätta sig	
Duschar	
Borstar tänderna	
Sköter håret	
Rakar sig	
Bryr sig om sitt utseende	
Går på toaletten	
Inkontinens	
Klä sig	
Klär på sig	
Klär av sig	
Väljer kläder efter väderlek	
Matsituationen	
Äter själv	
Sätt att äta	
Matas	
Sväljer	
Aptit	
Vikt	

Hushåll	
Håller ordning på saker	
Handlar	
Lagar mat	
Dukar	
Diskar	
Tvätta	
Städar	
Sköter sin ekonomi	
Motorik	
Går	
Cyklar	
Sätter sig	
Reser sig	
Muskelstelhet	
Skakningar	
Darrningar	
Ryckningar	
Plockighet	
Stereotypier	
Orientering	
Kan uppge eget namn, ålder, födelsedag, bostadsadress, vet var han/hon är nu	
Uppmärksamhet	
Koncentration	
Uthållighet	
Förmåga att hålla tråden	

Minne	
Närminne	
Långtidsminne	
Arbetsminne	
Framplockningsförmåga vid stöd	
Synminne	
Ansiktsminne	
Språk	
Talar	
Läser	
Skriver	
Ordförståelse	
Benämningsförmåga	
Talflyt	
Ljud	
Bilder	
Tecken	
Kroppsspråk	
Annat sätt att kommunicera	
Spatial förmåga	
Hittar i invand miljö	
Sinnesstämning	
Gadlynt, lugn, orolig, rädd, misstänksam, ilsken, arg, irriterad, aggressiv, deprimerad, gråtmild, ångestfylld, ointresserad, avskärmad	

Samvaro med andra	
Sällskaplig	
Pratsam	
Opassande beteende	
Distanslös	
Tystlåten	
Drar sig undan	
Exekutiva funktioner	
Motivation, initiativ/igångsättning, koncentration, skifte av fokus, överblick/sammanhang, problemlösning, planering och simultankapacitet, analys, abstraktionsförmåga, övervakning av egen aktivitet, kontroll av resultat	
Andra iakttagelser	

Datum för uppföljning:

Primärvårdsutredning – undersökning

Utvecklingsstörning och demens

Information till primärvården, anpassad till steg I-utredning enl. regionalt vårdprogram.

Gruppbestadspersonalen söker oftast läkarhjälp med frågeställning demens när en äldre person med utvecklingsstörning uppvisar beteendeproblem.

Problemen kan dock ha andra orsaker, antingen miljöbetingade (felaktig kravnivå i förhållande till begåvningshandikappet) eller annan psykiatrisk/psykologisk (odiagnosticerad autism, depression) eller somatisk orsak. Tänk på synnedsättning (katarakt), hörselnedsättning (vaxproppar), värk/smärta, artros, sköldkörteldysfunktion, infektioner, mag-tarmproblem, anemi, hjärtfel, hjärntumör, diabetes m m. Tänk på att vissa mediciner kan ge konfusion och kognitiva problem.

Personer med Downs syndrom drabbas ofta av Alzheimer-liknande demens (50 % av 50-åringarna).

Vid första mottagningsbesöket ska gruppbestadspersonal/anhöriga ha med en levnadsberättelse (tidigare funktionsnivå), personbeskrivning samt ifylld checklista nätverk (nuvarande funktionsnivå).

Symtom

- Minnesstörning (obligat)
- Försämrad språklig förmåga
- Försämrad rumsuppfattning, går vilse
- Försämrad tidsuppfattning
- Muskelstelhet pga subcortikala förändringar, försämrad gångförmåga, balansrubbing
- Nydebuterad epilepsi
- Motorik och tankeförmåga går långsammare
- Försämrad initiativförmåga, förlust av intresse för omgivningen, trötthet, depression
- Tillkomst av inkontinens
- Tillkomst av sömnstörning
- Försämrad ADL-förmåga pga apraxi (vet inte hur man gör) och agnosi (förmår ej tolka syn-hörsel-känslintryck. Känner inte igen bruksföremål eller vad de ska användas till)
- Personlighetsstörning, beteendestörning

Utredning

Anamnes:

Vilka symtom finns, när började symtomen, hur har de utvecklats?

Somatiskt status (mycket viktigt, se ovan) inkl. syn, hörsel, neurologi, motorik.

Psykiskt status.

Kognitivt status (neuropsykologisk testning vid habiliteringscenter. Jfr tidigare testningar)

Sedvanliga demensprover inkl TSH.

EEG-undersökning med frågeställning demens och jämförelse med ev tidigare EEG.

CT eller MRT hjärna med demensfrågeställning.

Kalla till diagnoskonferens. Om diagnos ej kan ställas kan utredningen göras om efter 6-12 månader. Ev remiss för steg II-utredning vid minnesmottagning.

Kalla till informationskonferens om diagnosen.

Behandling

Sanera medicinlistan.

Bromsmedicin enl. vad som gäller för alla patienter med demens.

Beteendeproblem motverkas bäst genom god omvårdnad. SSRI-prep. kan provas. Undvik neuroleptika, bensodiazepiner, tricykliska antidepressiva samt mediciner med antikolinerg effekt. Zopiklon eller zolpidem kan provas mot sömnstörning.

Diagnoskonferens (nr 1)

Primärvården kallar

Deltagare:

Primärvård, Handikapp & Habilitering, gruppbostad, daglig verksamhet och vid behov Rehabmedicinska Universitetskliniken Stockholm.

Dagordning:

- Ordförande och sekreterare utses.
- Vad har vi kommit fram till?
- Primärvården berättar vad de kommit fram till.
- Handikapp & Habilitering berättar vad de kommit fram till.
- Ev Rehabmedicinska Universitetskliniken Stockholm berättar vad de kommit fram till.
- Gemensam dialog om diagnos. Primärvårdsläkaren ställer diagnosen.
- Bestäm vem, vilka som informerar patienten/brukare om diagnosen observera så få som möjligt när patienten/brukaren är med. Primärvården kallar.
- Bestäm vem som håller i och kallar till samordnad plan och vilka som skall vara med. Försök få med alla aktörer runt den funktionshindrade, primärvård, gruppbostad, anhöriga, god man, daglig verksamhet, LSS-handläggare, Handikapp & Habilitering, Rehabmedicinska Universitetskliniken Stockholm.
- Bestäm vem som skriver samordnad plan.

Om diagnosen inte är fastställd trots ovanstående utredning bör man vid konferensen ändå göra en planering för vad olika aktörer ska göra.

Förslagsvis gör man en ny bedömning 6-12 månader senare då en tydlig funktionsförsämring ska kunna påvisas för att demensdiagnosen ska kunna ställas.

Därefter hålls diagnoskonferens nr 2.

Om diagnoskonferensen kommer fram till annan diagnos (ex depression, beteendestörning) bör förslag till vidare handläggning presenteras.

Information om diagnosen

(även om diagnos ej är ställd) Primärvården kallar

Kallade:

patient/brukare, person som står nära brukaren,
läkare, person från Handikapp & Habilitering

Personen från Handikapp & Habilitering är med för att med sin kunskap om personer med utvecklingsstörning översätta läkarens ord så att orden om möjligt kan bli begripliga för patienten/brukaren.

1. Vad visade undersökningen.
2. Vad betyder det för patienten/brukaren när det gäller medicin, praktiskt stöd osv.

Samordnad plan

Kallade:

LSS-handläggare, anhöriga, gruppbostad, daglig verksamhet, god man, primärvård,
Rehabmedicinska Universitetskliniken Stockholm, Handikapp & Habilitering
(patienten/brukaren ej med)

Dagordning:

- Ordförande och sekreterare bestämda i förväg.
- Konstaterande av diagnos.
- Primärvårdens fortsatta insatser.
- Nuläge
- Behövs speciellt demensboende?
- Skall brukaren/patienten fortsätta sin dagliga verksamhet?
- Aktivitetsbedömning, behov av hjälpmedel
- Behov av kunskap till nätverket

- Bemötandeplan boende, daglig verksamhet?
- Vad behövs mer för kunskaper, hur får vi dem?

- Vård i livets slutskede, hur förbereder vi oss?
- Uppföljning

Ansvarig:

Primärvård
Primärvård
Alla
LSS-handläggare
LSS-handläggare
Handikapp & Habilitering
Handikapp & Habilitering
Chef gruppbostad
Chef daglig verksamhet
Handikapp & Habilitering
Chef gruppbostad
Chef daglig verksamhet
Chef gruppbostad
Chef gruppbostad

LSS-handläggare

Utred det som är LSS-handläggarens uppgifter utifrån vårdplanen.

Kan t ex vara:

- Hur påverkar diagnosen patientens/brukarens boende?
- Hur påverkar diagnosen patientens/brukarens tid på den dagliga verksamheten?
- Behövs ändrad omvårdnadsnivå?

Aktivetsbedömning

Görs av arbetsterapeut från Handikapp & Rehabilitering om det finns behov.

Hembesök för observation.

Konsultationsplan

Handikapp & Habilitering (t ex arbetsterapeut och psykolog) skickar ut frågor till gruppbostad, anhöriga, daglig verksamhet och god man. Sammanställer svaren och utifrån dem ger konsultation till berörda.

Frågorna kan se ut så här: Se sid 46

Utifrån konsultationen tas en bemötandeplan fram. Se sid 36 och 40.
Tidsplan bestäms och fortsatt konsultation ges utifrån behov.

Bemötande

Demens är en obotlig sjukdom. Det är mycket betydelsefullt att den sjuke får adekvat vård för att behålla sin livskvalitet så långt det är möjligt.

Jane Cars & Birgitta Zander skriver:

Att bemöta en dement person på ett personligt sätt innebär att vara känslomässigt närvarande i mötet med den andra och att verkligen försöka se den människan med hennes alldeles egna livshistoria, personlighet och behov. Vi möter i första hand en unik människa och inte en dement person. Det avgörande i samvaron är förmågan att vara en medmänniska, som är närvarande och tillgänglig. Ett verkligt möte präglas av ömsesidighet, respekt och lyhördhet.

Några råd

Ställ inga frågor där personen måste komma ihåg!

Fråga inte: "Har du druckit kaffe?". Fråga: "Är du kaffesugen?".

Ge inga långa invecklade förklaringar.

Tala sakta, gör paus, vänta.

Stressa aldrig.

Använd aldrig mörka mattor, mörka möbler, de kan uppfattas som en grop. Lägg en ljus handduk över en mörk soffa.

Dessa och många andra råd finner du i Jane Cars och Birgitta Zanders utmärkta bok "Samvaro med dementa". Se litteraturlistan sid 26.

Hur påverkar arbetet oss som personal

Att arbeta med personer med utvecklingsstörning och demens är svårt och kräver tålamod, lyhördhet och empatisk förmåga.

Att se en människa successivt tappa förmågor som hon/han haft är svårt att hantera. Som personal behöver vi olika forum för att ta upp och hantera det vi möter i vardagen.

Kontinuitet i personalen, regelbunden handledning och utbildning är något man måste eftersträva.

Men ett absolut måste är tid till reflektion så att man varje dag har ork att sätta sig in i och förstå en annan människas tankevärd.

Man måste också försöka förstå de känslor den dementa utvecklingsstörda personen väcker hos oss. Känslorna måste kunna behållas inom oss och användas som ett medel att förstå patienten/brukaren.

Litteraturlista - Demens

Parallellt med individarbetet bör även uppdatering av kunskaper kring åldrande-demens och döden ske.

Detta kan göras t ex i form av studiecirkel, litteratursirkel, föreläsningar, filmer.

”Regionalt Vårdprogram Demens 2006”, SLL 2006

M. Hafström, I. Persson, ”Demens och Utvecklingsstörning”, Landskrona Kommun, 2001

Anne Thienesen-Grönmark, ”Håller Anna på att bli dement?”, SLL H&H 2006

Ulf Isaksson, ”Demenshandboken”, 2000

J Cars, B Zander, ”Att handleda inom demensomsorgen”, Demensförbundet 2002

J Cars, B Zander, ”Samvaro med dementa”, Gothia 2006

M Björkman, L Molander, ”När utvecklingsstörda åldras”, Stockholm, Liber Utbildning, Omsorgsmedicinska Institutet i Stockholm 1995

Marianne Mossheden, ”Måtte vi behålla hälsan bara ingen av oss blir dement”, Jönköping, Institutet för gerontologi 2002

Rigmor Norman Carlsson & Monica Rosendahl, ”Med relationen som grund och miljön som stöd - Att möta människor med demens”, Sfh:s monografiserie nr 34, Nordstedts 1991

Birgitta Andersson, ”I slutet av minnet finns en annan verklighet”, Libris 2006, (finns att köpa från Demensförbundet)

Ansökan om habiliteringsinsatser inom Handikapp & Habilitering för vuxna från 18 år

Ansökan avser

Namn		Personnummer
Adress		
Postnummer	Postadress	
Telefon bostad	Telefon arbetet	Mobiltelefon:
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk	
Tidigare kontakt med habiliteringen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilken enhet	

Boende

<input type="checkbox"/> Egen bostad	<input type="checkbox"/> Föräldrahem	<input type="checkbox"/> Gruppboende	<input type="checkbox"/> Annat
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

Arbetsplats/daglig verksamhet eller skola

--

Funktionsnedsättning/diagnos

--

Problem/behov:

Råd och stöd angående åldrande och demens

Journalkopior/utredning bifogas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
MRSA provtagning gjord	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Jag tillåter att handlingar som behövs i habiliteringsarbetet får inhämtas från:

Kommun/Socialtjänst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Handlingar:
Sjukvård/Husläkare	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Handlingar:
Försäkringskassa	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Handlingar:
Andra myndigheter:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Handlingar:
<input type="checkbox"/> Jag är införstådd med att jag när som helst har rätt att ta tillbaka detta medgivande.			

God man

Namn		
Adress		
Postnr	Postadress	
Telefon bostad	Telefon arbete	Mobiltelefon

Ansökan insänd av

<input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Annan:	Namn	
Adress		
Postnummer	Postadress	
Telefonnummer bostad	Telefonnummer arbete	Mobiltelefon

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

I och med att ansökan om insatser inkommer sker registrering i Handikapp & Habiliterings ADB-baserade sekretessbelagda journalsystem.

Checklista vid demensbedömning för nätverket

Bedömningen utföres av person/er som känner den undersökte väl.

Den undersöktes namn

Gruppbostad

Bedömningen utförd av

personnummer

daglig verksamhet

bedömarens relation till den undersökte

Datum för bedömningen

Hygien	oförändrat	förändrat	Om förändrat HUR? / Sedan när?
Tvätta sig			
Duschar			
Borstar tänderna			
Rakar sig			
Sköter håret			
Byr sig om sitt utseende			
Går på toaletten			
Inkontinens			
Klä sig	oförändrat	förändrat	Om förändrat HUR? / Sedan när?
Klär på sig			
Klär av sig			
Väljer kläder efter väderlek			

Matsituationen	oförändrat	förändrat	Om förändrat HUR? / Sedan när?
Äter själv			
Sätt att äta			
Tycker om viss mat			
Matas			
Sväljer			
Aptit			
Vikt			
Hushållsgöromål	oförändrat	förändrat	Om förändrat HUR? / Sedan när?
Håller ordning på saker			
Handlar			
Lagar mat			
Dukar			
Diskar			
Tvätta			
Städar			
Sköter sin ekonomi			

Checklista vid demensbedömning för habiliteringen

Bedömningen utföres av psykolog och arbetsterapeut vid habiliteringen

Den undersöktes namn

personnummer

Bedömningen utförd av

bedömarnas arbetsplats

Datum för bedömningen

Motorik	oförändrat	förändrat	Om förändrat HUR? / Sedan när?
Finmotorik			
Grovmotorik			
Går			
Springer			
Cyklar			
Sätter sig			
Reser sig			
Muskelstelhet			
Skakningar			
Darrningar			
Ryckningar			
Plockighet			

Stereotypier			
Orientering	oförändrat	förändrat	Om förändrat HUR? / Sedan när?
Kan uppge eget namn, ålder, födelsedag, bostadsadress, vet var han/hon är nu			
Tidsuppfattning	oförändrat	förändrat	Om förändrat HUR? / Sedan när?
Kan avläsa klockan Kan avläsa kalender eller planeringsbok Vet hur lång tid saker tar att utföra Vet datum Veckodag Månad År Årstid			
Uppmärksamhet	oförändrat	förändrat	Om förändrat HUR? / Sedan när?
Koncentration			
Uthållighet			
Förmåga att "hålla tråden"			
Minne	oförändrat	förändrat	Om förändrat HUR? / Sedan när?
Närminne			
Långtidsminne			
Arbetsminne			

Framplökningsförmåga vid stöd			
Synminne			
Ansiktsminne			
Språk	oförändrat	förändrat	Om förändrat HUR? / Sedan när?
Talar Språkets utvecklingsnivå			
Läser			
Skriver			
Ordförståelse			
Benämningsförmåga			
Talflyt			
Ljud			
Bilder			
Tecken			
Kroppsspråk			
Annat sätt att kommunicera			
Spatial förmåga	oförändrat	förändrat	Om förändrat HUR? / Sedan när?
Hittar i invand miljö Inne Ute			

Sinnesstämning	oförändrat	förändrat	Om förändrat HUR? / Sedan när?
Gadlynt, lugn, orolig, rädd, misstänksam, ilsken, arg, irriterad, aggressiv, deprimerad, gråtmild, ångestfylld, ointresserad, avskärmad			
Samvaro med andra	oförändrat	förändrat	Om förändrat HUR? / Sedan när?
Sällskaplig			
Pratsam			
Opassande beteende			
Distanslös			
Tystlåten			
Drar sig undan			
Andra iakttagelser			

Datum och plats för uppföljning:

BEMÖTANDEPLAN FÖR KALLE (exempel)

2006

Planen utvecklas av personalen vid boendet och dagverksamheten
tillsammans med arbetsterapeut och psykolog

Allmänna problem vid utveckling av alzheimerdemens

BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Försämrad kapacitet att bearbeta intryck. Förmågan upphör så småningom nästan helt.	Det kan vara skrämmande om man kommer bakifrån och tar på Kalle eller börjar tala när han inte ser personen.	Stå alltid framför Kalle innan du berör honom eller pratar med honom. Närma dig alltid Kalle långsamt. Tala om vad du ska göra, gör ingenting för snabbt. Var försiktig med beröring – Kalle gillar det inte alltid.
BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Inlärningsförmågan minskar så småningom tills den helt upphör.	Frun tjarar på Kalle för att han ska komma ihåg.	Det är ingen idé att träna saker/förmågor som fallit i glömska. Påminn frun att inte tjata. Att tjata på Kalle kan göra honom kränkt och då blir han arg eller ledsen. Be inte Kalle göra saker han har svårt med. Det kan upplevas förnedrande att inte klara saker. Hjälp Kalle med det han inte klarar. Ge honom tydliga signaler för vad han ska göra - se nästa ruta här under !
BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Glömskan för ord ökar tills förmågan att använda och förstå ord helt upphör.	Ordglömska. Utvecklingen har redan börjat hos Kalle.	Visa på saker. Visa hur man gör saker. Tala långsamt, använd inte så många ord.
BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Förmågan att hitta inne och ute och att känna igen saker minskar för att slutligen helt upphöra.	Svårighet att hitta och att känna igen saker.	Ledsagning. Bildstöd kan fungera en tid, dock inte i längden.

BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Förmågan att känna igen andra minskar för att så småningom helt upphöra.	Svårighet att känna igen andra.	Säg aldrig: "Vet du vem jag är / minns du vem jag är" ? Tala om vad du heter. Om det inte hjälper: - säg att du är personal - säg att du är här för att hjälpa Kalle
BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Minnet för sociala spelregler slås ut. Den demente kan börja säga fula ord, bli påträngande mot andra, bete sig avvikande.	Socialt avvikande beteende	Försök avleda sådana beteenden. Det är ingen idé att tjata eller förebrå.
BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Fortlöpande försämring av procedurminnet dvs minnet för hur man utför saker. Minnet upphör så småningom helt (apraxi).	Ökad passivitet.	Fortsätt att aktivera och uppmuntra Kalle att göra det han klarar av. Ibland klarar han inte pga växlingar i dagsform. Kalle har nu svårt att duka: förslag är att köpa in en dukningsmall till Kalle.
ORSAK	PROBLEM	ÅTGÄRD
Cerebral skada Inkontinensutveckling	Inkontinens	Toalettbesök på regelbundna tider. Blöja vid behov.

Specifika problem för Kalle

ORSAK	PROBLEM	ÅTGÄRD
Det är möjligt att Kalle inte förstår vad han ska göra, när och hur han ska göra det. Detta sammanhänger med att sjukdomen skadar ordminne, tidsuppfattning och procedurminne.	Kalle kan ha svårt att förstå varför han ska ta av sig pyjamasen och ta på sig kläderna.	Frun tar med Kalle till toaletten på morgonen. Han sitter kvar där. Hon ringer personalen, som kommer och hjälper honom med att ta av pyjamasen inne på toaletten. Det går lättare när han sitter på toastolen - risken att tappa balansen är liten. Lägg fram dagens kläder, när han är på toaletten.

ORSAK	PROBLEM	ÅTGÄRD
<p>Förmågan att koncentrera sig på flera saker (arbetsminnet) eller personer samtidigt minskar vid demens. Personer, som kommer in i rummet kan orsaka att Kalle glömmer bort vad han håller på med.</p> <p>Det är möjligt, att Kalle inte förstår vad han göra. Detta sammanhänger med försämring av procedurminnet och ordminnet. Detta kan leda till oro och aggressivitet. Förmågan att förstå minskar vid demens. Då är det bättre att visa vad som ska göras. Musikminnet är bland de minnen som håller längst mot försämring. Musik kan därför skapa trygghet, när man inte minns och inte känner igen sig</p>	<p>Problem vid duschning, hårtvätt, intvålning.</p>	<p>En personal hjälper Kalle. Frun deltar ej. Gör en sak i taget.</p> <p>Lägg på Elvismusik. Ta Kalle till toaletten för att kissa. Sätt på duschen svagt. Kalle tar av sig kläderna, när han sitter på toaletten - då går det lättare för honom och risken att tappa balansen är liten. Ge duschen till Kalle. Du kan visa på Dig själv hur han ska tvätta sig. Kalle sitter på toa och duschar.* Ge honom handduken, så att han förstår att han ska torka sig. Hjälp honom bara med det han inte kan. Pyjamas och morgonrock ska finnas inne på toaletten. Kalle sitter på toaletten, när han tar på sig dem - det är lättare för honom då. Personal som går på kvällspasset väntar utanför tills Kalle är klar ..</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prova duschstol !
ORSAK	PROBLEM	ÅTGÄRD
<p>Fortlöpande försämring av motoriken och balansen. Den motoriska förmågan upphör så småningom helt.</p>	<p>Rörelse- och balansproblem Soffan är låg och svår för Kalle att komma ur. Kalle har svårt att komma upp ur sängen. Kalle har behov av att stödja sig, när han går utomhus.</p>	<p>Förhöjningklossar kan hjälpa. Det skulle vara bättre för Kalle att sitta vid ett riktigt matbord.</p> <p>Sjukgymnast från HC provar med rollator.</p>

ORSAK	PROBLEM	ÅTGÄRD
Kalle vilar för lite.	Kalle är trött när han kommer hem från DV. A-C vill gärna hålla honom vaken och ha sällskap.	<p>Schemalägg en stund för vila, vid den tid då Kalle kommer hem från DV. Frun är intresserad av schemaläggning, så det är lämpligt att göra det tillsammans med henne. Sätt en bestämd tid för, när han vilat färdigt. När han vilar ska det vara tyst. Han kan t ex sitta i fåtöljen och frun kan ha hörlurar kopplade till TV-n.</p> <p>Kan tidshjälpmedel underlätta för frun att veta när de ska gå och lägga sig resp. stiga upp ?</p>

BEMÖTANDEPLAN

2007

Planen utvecklas av personalen vid boendet och dagliga verksamheten
tillsammans med t ex arbetsterapeut och psykolog

Vanliga problem vid utveckling av demens

BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Försämrad kapacitet att bearbeta intryck.		
BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Inlärningsförmågan minskar.		
BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Glömskan för ord ökar.		
BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Förmågan att hitta inne och ute och att känna igen saker minskar.		

BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Förmågan att känna igen andra minskar för att så småningom helt upphöra.		
BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Minnet för sociala spelregler slås ut. Den demente kan börja säga fula ord, bli påträngande mot andra, bete sig avvikande.		
BAKOMLIGGANDE SKADA	PROBLEM	ÅTGÄRD
Fortlöpande försämring av procedurminnet dvs minnet för hur man utför saker.		
ORSAK	PROBLEM	ÅTGÄRD
Cerebral skada Inkontinensutveckling		
ORSAK	PROBLEM	ÅTGÄRD

ORSAK	PROBLEM	ÅTGÄRD
ORSAK	PROBLEM	ÅTGÄRD
ORSAK	PROBLEM	ÅTGÄRD

Problem för personal / anhörig / god man

ORSAK	PROBLEM	ÅTGÄRD

Stockholm 2007

Habiliteringscenter HH

NN, leg. xxx

Tel:

Adress

Fax:

Postnr och ort

Hej !

Vi har fått in en ansökan från och om hjälp med att

Vi har redan fått information från och, om hur de ser på saken.

Nu vill vi gärna ha Er syn på problemen.

Vi sänder Er en problemregistreringsblankett, som vi ber någon eller några av er som känner väl, att fylla i och returnera till oss före

Sedan kommer vi att vilja träffa er och och diskutera gemensamma sätt att hantera problemen med förhoppning att de på så vis kan minskas eller undvikas.

Med vänlig hälsning !

N.N leg. xxx

PROBLEMREGISTRERING OCH ANALYS

Brukarens namn:.....(endast initialer)

Antecknat av.....

SITUATION

Beskriv följande: var Ni är, vilka som är inblandade, vilka andra som finns i närheten, vad som ska ske (aktivitet eller annat), vid vilken tidpunkt; beskriv vad som händer/vad som sägs just innan problemet uppstår.

BRUKARENS BETEENDE

Beskriv vad brukaren gör och säger. Använd *göra-ord* och inte ord, som innebär en värdering av beteendet. Beskriv t ex att han eller hon sparkar och inte att han eller hon är aggressiv. Hur länge pågår beteendet?

SE ÄVEN NÄSTA SIDA !

ANDRAS BETEENDE OCH REAKTION

Beskriv vad personalen gör och hur personalen reagerar/känner. Gör olika personal på olika sätt?
Beskriv vad andra inblandade gör och hur de reagerar/känner.

UTFALL

Hur löses situationen? Hur försöker Ni lösa situationen?
Har Ni diskuterat problemet i personalgruppen? Vad kom Ni fram till?

LÖSNINGSFÖRSLAG

Har Ni några förslag eller tankar kring hur problemet skulle kunna lösas?

SE ÄVEN NÄSTA SIDA !

SAMMANHANG

När uppstod det beskrivna problemet första gången?

Har något särskilt inträffat, t ex förändringar i personalgruppen, är någon sjuk/ledig, förändringar i gruppen av arbetstagare eller, gruppen av boende, byte av aktiviteter, förändrat sätt att bemöta brukaren, eventuell dagsform hos brukaren (förkylning, mens etc), förändring i andra yttre omständigheter som bussen, chauffören eller liknande, förändring i brukarens familj eller hos andra viktiga personer.

PROBLEMETS VIKT

Är en förändring av beteendet verkligen nödvändig? Påverkar det personens lärande, utveckling och välbefinnande? Hur mycket stress skapar det och för vem? Är det farligt för personen själv eller för andra? Hur viktigt tycker föräldrar och andra det är att beteendet förändras?

SE ÄVEN NÄSTA SIDA !

ÖVRIGT AV VIKT, SOM NI VILL TILLÄGGA
