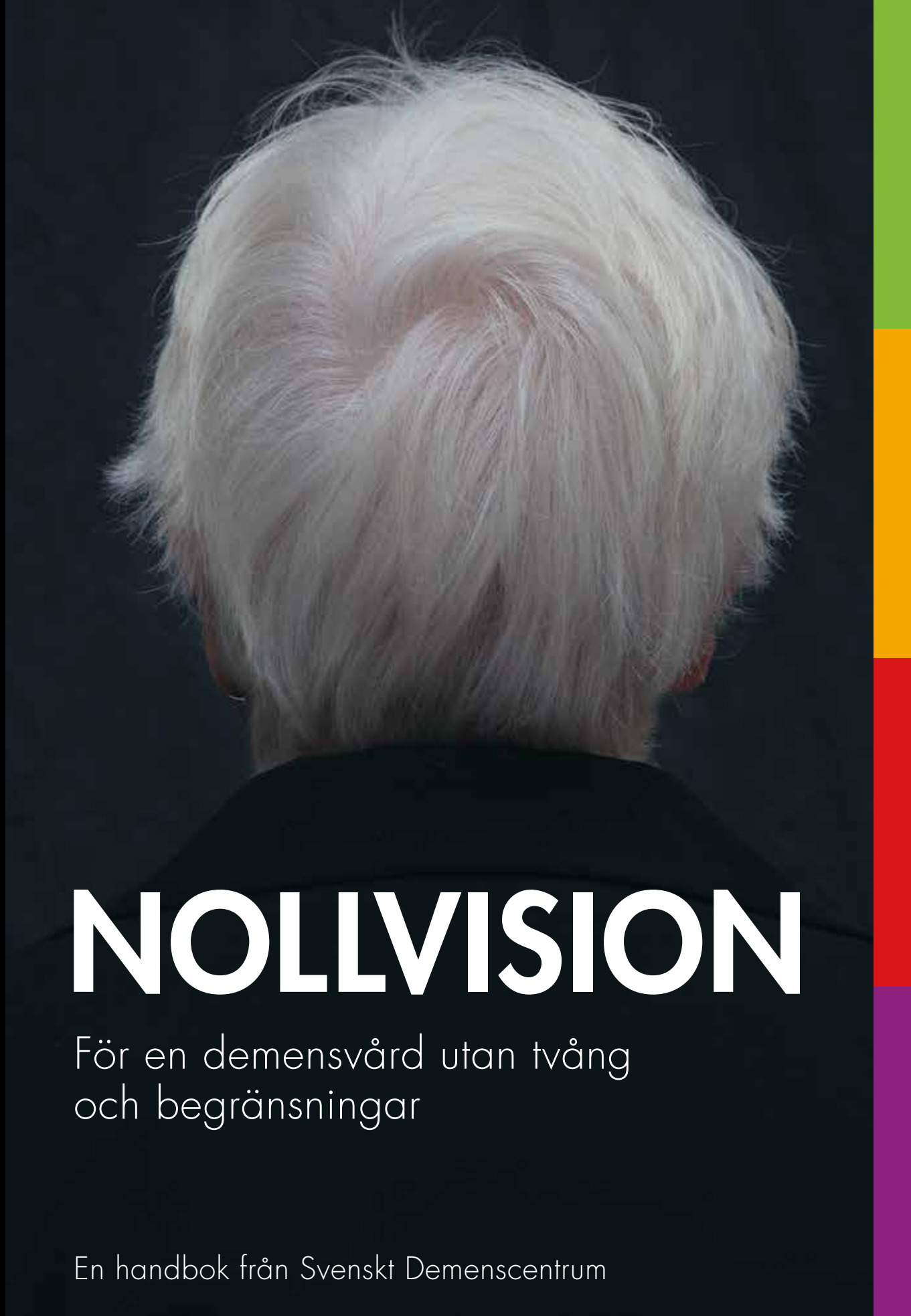


A photograph showing the back of a person's head with short, white, slightly messy hair. The person is wearing a dark, possibly black, garment. The background is dark. On the right side of the image, there is a vertical bar with four colored segments: green at the top, followed by orange, red, and purple at the bottom.

# NOLLVISION

För en demensvård utan tvång  
och begränsningar

En handbok från Svenskt Demenscentrum

## Kapitel 1. Att arbeta utan tvång och begränsningar

Vad innebär nollvisionen? Vilka åtgärder räknas som tvingande eller begränsande? Vilka negativa följder kan de få och hur ser alternativen ut?

## Kapitel 2. Förebyggande åtgärder

Levnadsberättelsen är central i kartläggningen av svåra situationer. Vad bör mer ingå? Hur kan förebyggande åtgärder se ut?

## Kapitel 3. Bemötandestrategier

Vilka omsorgsåtgärder kan fungera när en person får svåra symptom vid demenssjukdom? Ett beslutsschema visar hur personal kan agera.

## Kapitel 4. Ledarskapet

Chefen kan skapa förutsättningar för att förverkliga nollvisionen, bland annat genom teamarbete och utbildning. Förslag på en arbetspolicy presenteras.



Svenskt Demenscentrum  
Sveavägen 155  
113 46 Stockholm  
Tel: 08-690 58 00  
[www.demenscentrum.se/Nollvision](http://www.demenscentrum.se/Nollvision)  
epost: [info@demenscentrum.se](mailto:info@demenscentrum.se)

Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar  
© 2015 Svenskt Demenscentrum  
Andra upplagan  
Illustrationer och grafisk form: Johanna Klefbeck  
Omslagsfoto: Yanan Li  
ISBN: 978-91-981084-5-3  
Tryck: Åtta.45 Tryckeri, Stockholm 2021

# NOLLVISION

För en demensvård utan tvång  
och begränsningar

# Tack till

Ett stort tack till projektledaren Lars Sonde som tillsammans med Tove Ahner ledde arbetet med att ta fram utbildningspaketet Nollvision. Ett särskilt tack även till Gun Aremyr, *arbetsterapeut*, Sigrid Kulneff, Jenny Bengtsson och Eva Granvik, *BPSD-registret*, Dag Salaj, *Capio Geriatrik*, Laila Becker och Ann-Kristin Bergström, *Huddinge kommun*, Raymond Dahlberg, *Myndigheten för Delaktighet*, Magdalena Hansson och Torun Eliasson, *Ovanåkers kommun*, Lotta Roupé och Kajsa Båkman, *Silviahemmet*, Kristina Nilsson-Lindström och Tua Hultgren, *Skara kommun*, Kristina Nähri och Lotta Kalmdal, *Stockholms kommun*, Sayran Khayati, *Socialstyrelsen*, Barbro Sahlin och Jessica Stenberg, *Söderhamns kommun*, Sven Erik Wånell, *Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum*.

# Förord

Denna handbok ingår i utbildningspaketet *Nollvision*. Det syftar till att förstärka det personcentrerade arbetssättet för att minska användningen av tvingande och begränsande åtgärder inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Bakgrunden är ett uppdrag från Socialdepartementet och ett samarbete med Myndigheten för delaktighet, Inspektionen för vård och omsorg och Socialstyrelsen som parallellt har arbetat med frågan. Under år 2015 presenterades deras slutrapporter samtidigt som Svenskt Demenscentrum lanserade *Nollvision*.

Sedan starten har fler än 500 Nollvisionsambassadörer runt om i landet utbildats för att på sina arbetsplatser och orter kunna arbeta vidare för en demensvård utan tvång och begränsningar. På många håll i landet arbetar man nu mer medvetet och långsiktigt med att utveckla strategier för att bemöta svåra beteenden utan tvång och begränsningar. Både BPSD-registret och *Nollvision* är viktiga redskap. Genom samarbete med SveDem kan vi följa utvecklingen och genom våra enkäter rapporteras ökad medvetenhet och minskad användning av begränsningsåtgärder. Även om mycket arbete kvarstår så ser utvecklingen ut att gå åt rätt håll. Nollvisionsambassadörerna spelar en viktig roll i detta arbete och genom ytterligare stöd från Socialdepartementet kan nu fler utbildas.

Efterfrågan på de olika delarna i utbildningspaketet *Nollvision* har varit stor. Närmare 10 000 personer har i maj 2017 genomfört den avgiftsfria webbutbildningen. Många har laddat ned apparna för personal och anhöriga och vår webbshop har gått för högtryck för att kunna leverera den avgiftsfria anhörigskriften. Även beställningarna av handboken kan räknas i tusental.

Detta är den andra upplagan av handboken. Ett nytt avsnitt om framtidsfullmakter har tillkommit, i övrigt handlar det om smärre förändringar från den första upplagan. Vår förhoppning är att handboken ska stödja och hjälpa chefer och medarbetare att fortsätta utveckla det personcentrerade arbetssättet som är grunden för att bemöta och bemästra svåra beteenden utan tvång och begränsningar.

Stockholm den 4 augusti 2017



Wilhelmina Hoffman,  
chef för Svenskt Demenscentrum

# Innehåll

|                |   |
|----------------|---|
| Inledning..... | 8 |
|----------------|---|

## 1. Att arbeta utan tvång och begränsningar ..... 11

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| För en nollvision.....                                           | 11 |
| Handboken ett verktyg .....                                      | 11 |
| Vad är tvång och begränsningar?.....                             | 12 |
| Vad är skillnaden mellan tvång och skydd? .....                  | 13 |
| Varför används tvång eller begränsningar? .....                  | 13 |
| Negativa följder.....                                            | 13 |
| Personcentrerad vård och omsorg.....                             | 14 |
| Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom (BPSD) .. | 15 |

## 2. Förebyggande åtgärder ..... 19

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| Inledning .....                        | 19 |
| Levnadsberättelsen .....               | 19 |
| Kartläggning av svåra situationer..... | 21 |
| Förebyggande åtgärder.....             | 30 |
| Dokumentera och planera .....          | 37 |
| Två användbara redskap .....           | 38 |

## 3. Bemötandestrategier..... 41

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| Bemöta svåra beteenden.....                          | 41 |
| Rutiner vid allvarliga situationer.....              | 45 |
| Beslutsschema vid allvarliga situationer .....       | 46 |
| Läkemedelsbehandling vid allvarliga situationer..... | 50 |
| Fallbeskrivningar.....                               | 51 |

## 4. Ledarskapet ..... 67

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| Inledning .....                        | 67 |
| Arbeta med nollvisionen .....          | 67 |
| Personcentrerad vård och omsorg.....   | 68 |
| Levnadsberättelsen – ett verktyg ..... | 68 |
| Kartläggningen – ett teamarbete .....  | 70 |



|                                               |        |
|-----------------------------------------------|--------|
| Förebyggande åtgärder .....                   | 71     |
| Agera i allvarliga situationer .....          | 71     |
| Om tvång och begränsningar används .....      | 72     |
| Utbildning stärker kompetensen .....          | 73     |
| Reflektion utvecklar dina medarbetare .....   | 73     |
| Ta fram en arbetspolicy .....                 | 74     |
| Följ utvecklingen med SveDem .....            | 76     |
| Till sist.....                                | 76     |
| <br>Verktygslåda .....                        | <br>79 |
| Lagar som berör tvång och begränsningar ..... | 79     |
| Fullmakt / God man / Förvaltare .....         | 84     |
| Läkemedelsrekommendationer vid BPSD.....      | 87     |
| Informationsblad till anhöriga .....          | 95     |
| Förslag på frågor till internutbildning ..... | 96     |
| <br>Läs mer .....                             | <br>97 |

# Inledning

På äldreboendet hålls dörren låst för att den demenssjuke mannen inte ska bege sig ut och gå vilse. Ett brickbord monteras på den alzheimersjuka kvinnans rullstol för att förhindra att hon reser sig upp och faller. Det är ett par exempel på tvång och begränsningar inom vård och omsorg. Även om syftet är gott, att skydda den demenssjuke, hör sådana åtgärder inte hemma inom demensvården. Användningen är inte förenlig med svensk grundlag.

Men är en demensvård utan tvång och begränsningar verkligen möjlig? De som svarar nej på den frågan menar att det då och då uppstår situationer när en låst dörr eller ett brickbord på rullstolen är ofrånkomligt, som en sista utväg när alla icke-begränsande åtgärder prövats. Andra hävdar att tvång och begränsningar inte alls är nödvändiga och arbetar konsekvent med att utveckla alternativa arbetsätt. Det handlar bland annat om att förebygga hotfulla situationer och svåra beteendeförändringar som kan skapa oro och leda till att tvång och begränsningar ses som ”enda utvägen”.

I denna bok vill vi inspirera och lyfta fram arbetssätt och metoder för att både förebygga svåra situationer och hantera dem när de uppstår. Målet är en demensvård utan tvång och begränsningar, en nollvision. Boken vänder sig främst till dig som arbetar inom särskilt boende men även till dig som arbetar inom hemtjänst och på sjukhus.

I bokens **första kapitel** förklaras vad vi menar med en nollvision. I det **andra kapitlet** tar vi upp hur den kan förverkligas. A och O är att arbeta förebyggande och förhindra att det uppstår situationer som skapar oro, ilska eller fara för personen själv eller omgivningen. Den personcentrerade omvårdnaden är förutsättningen. Levnadsberättelsen, kartläggningen, diskussionen och dokumentationen är verktygen.

Det **tredje kapitlet** tar upp beteendemässiga och psykiska symptom och hur sådana kan bemötas. Ett förslag på beslutsschema presenteras som kan användas om allvarliga situationer uppstår. Här beskrivs även en strategi för vad som kan göras när tvång ses som enda utväg. Kapitlet avslutas med några fallbeskrivningar.

Ledarskapet står i fokus i det **fjärde kapitlet**. Chefer inom äldre-  
vård och omsorg har en avgörande roll i det långsiktiga förbättrings-  
arbetet för att förverkliga nollvisionen. Hur arbetet kan bedrivas på  
den enskilda enheten och hur anhöriga kan involveras är frågor som  
berörs.

I slutet av boken finns Verktygslådan med bland annat aktuell lag-  
stiftning och informationsblad till anhöriga. En verktygslåda finns  
även på webbplatsen [www.demenscentrum.se/Nollvision](http://www.demenscentrum.se/Nollvision). Där kan  
du ladda ned och skriva ut olika dokument och formulär. I Svenskt  
Demenscentrums utbildningspaket för en nollvision ingår även en an-  
hörigskrift, en avgiftsfri webbutbildning och en mobilapp. Både hand-  
bok och mobilappar finns på engelska.



Till sist. Handboken förutsätter att du har grundläggande kunskap om  
demenssjukdomar, deras symptom och förlopp. Saknar du eller vill re-  
petera detta rekommenderar vi exempelvis Svenskt Demenscentrums  
bokserie Om demenssjukdom eller vår webbplats:  
[www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se).



# 1. Att arbeta utan tvång och begränsningar

## För en nollvision



Vårdpersonal och anhöriga ställs ibland inför svåra val. Ska tvång eller begränsningar användas för att skydda personen eller ska åtgärderna undvikas för att inte kränka personens integritet och värdighet?

Juridisk sett är svaret enkelt. Idag finns inget lagligt stöd för att använda tvång eller begränsningar inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Grunden för arbetet med en nollvision måste därför vara att så långt som möjligt undvika tvång och begränsningar.

Men för att göra det möjligt behövs kunskap, arbetsmetoder och redskap. Det är väl känt att personcentrerad vård och omsorg ökar välbefinnandet hos personer med demenssjukdom. Att arbeta personcentrerat gör också att många svåra situationer kan undvikas.

## Handboken ett verktyg

En förutsättning för att nå nollvisionen är alltså kunskap inom området på alla nivåer, från ledning och medarbetare till anhöriga. Mycket tyder på att tvång och begränsande åtgärder sällan eller aldrig behöver användas när ansvaret är tydligt inom arbetslaget, när personalen är trygg med rutiner och arbetssätt och när det finns tid till regelbunden reflektion.

Därför är en klar policy med tydliga rutiner från ledningen en viktig hörnsten för att förverkliga nollvisionen. När medarbetare handlar efter denna policy ska de känna stöd från chefer och arbetskamrater. Tydliga riktlinjer för arbetet behövs där bland annat olika förebyggande åtgärder ingår som en självklar del.

## Vad är tvång och begränsningar?

Tvång och begränsningar definieras som alla handlingar, anordningar eller åtgärder som görs mot någons vilja. Inom demensvården kan det vara tvingande eller begränsande att kontrollera ett beteende med hjälp av:

- En annan persons händer eller kropp, om de används för att begränsa rörelsefriheten.
- Begränsning av rörelseutrymmet, eller att hindra personen att gå dit hon vill, till exempel genom att låsa dörren.
- Sänggrindar, sittbälten, bord framför rullstol eller fåtölj.
- Medicinering för att behandla ett beteende, till exempel antipsykotiska eller lugnande läkemedel.



Även videoövervakning och GPS kan vara tvingande eller begränsande *om de används mot någons vilja*. Det gäller även passiva larm, till exempel elektroniska ljudövervakare eller elektroniska tryckdynor (under madrasser eller mattor) som aktiveras när personen rör sig.

## Vad är skillnaden mellan tvång och skydd?

Att använda sänggrind eller videoövervakning räknas som skyddsåtgärder endast om personen i fråga har gett sitt godkännande. Utan ett medgivande betraktas de som tvång eller begränsning, även om syftet är gott och åtgärderna används för att skydda personen. Samtycke är alltså nödvändigt för att få begränsa en persons rörelsefrihet eller att ge läkemedel mot olika symptom. Mer om samtycke, sidan 82.

## Varför används tvång eller begränsningar?

Det kan finnas många skäl till att tvång eller begränsningar uppfattas som nödvändiga. Ibland ses de som skyddsåtgärder för att minska risken att personer faller och skadar sig. Ibland vill personalen förhindra att personer stör sina medboenden på olika sätt. Andra gånger kan det vara ett sätt att möta aggressivitet, sexuellt utagerande eller andra symptom som upplevs utmanande och som skapar oro för personen själv eller omgivningen (se BPSD, sidan 15).

Tvång eller begränsningar motiveras ibland med att det är underbemanning eller för att det finns önskemål om lugn och ro. De förekommer även vid känsliga omvårdnadssituationer som vid dusch eller byte av inkontinensskydd. Det finns också exempel där användningen sker "av gammal vana". På en del håll används sänggrindar rutinmässigt utan att det dokumenteras. I vissa fall är anhöriga pådrivande för att tvångs- eller begränsningsåtgärder ska användas.

## Negativa följder

Att bli tvingad eller begränsad kan påverka en person på olika sätt. Ofta upplevs det kränkande och har en negativ inverkan på personens värdighet och självkänsla. I förlängningen påverkas även självbild och identitet. Hos den som har en demenssjukdom är självkänslan dessutom redan bräcklig.

Tvingande eller begränsande åtgärder kan även ha en rad andra negativa konsekvenser:

## **Medicinska och fysiska**

Om personen tvingas sitta eller ligga under lång tid påverkas funktionsförmågan beroende på försämrad muskelstyrka och balans. Det minskar i sin tur rörligheten vilket ökar fall- och skaderisken.

Användning av bälten eller andra fysiska begränsningar kan ge blåmärken. Den ytliga (perifera) cirkulationen kan försämras. Risken ökar för blås- och tarminkontinens, förstoppning, kontrakturer, muskelförtvining, trycksår och infektioner. Bälten kan i olyckliga situationer leda till kvävning eller strypning. Även svår stress och till och med hjärtstillestånd har kopplats till tvång eller begränsningar.

## **Sociala och psykologiska**

Tvång kan skapa aggressivitet men också förvärra ett aggressivt beteende. Personen kan regrediera och fungera sämre socialt.

Att tvingas eller begränsas kan påminna en person om tidigare obehagliga händelser i livet. Det kan även leda till kognitiv försämring, apati, ångest och depression.

## **Personcentrerad vård och omsorg**

Nollvisionen förutsätter att vården och omsorgen är personcentrerad. Det handlar om att kunna läsa av varje person och bemöta, hjälpa och stödja i det som är viktigast för stunden. Det innebär att vara lyhörd för vilket humör personen är på, att visa hänsyn om någon vill vara ifred eller att mötas i en pratstund, om det är vad personen önskar.

Forskning visar att personcentrerad vård och omsorg medför att personer med demenssjukdom får ökad tillit till omgivningen och känner sig tryggare. Även initiativförmågan och känslan av självständighet stärks.

Personcentrerad vård och omsorg handlar konkret om att skapa en god relation mellan den som vårdar och den som har en demenssjukdom. Bemötandet utgår från och anpassas efter den enskilda personen och vilka behov hon har i olika situationer.

För att detta ska vara möjligt behöver den som vårdar kunskap om personen hon möter. Här är levnadsberättelsen ett viktigt verktyg. Läs mer om detta i nästa kapitel.



## Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom (BPSD)

Användningen av tvång och begränsningar i vård och omsorg har ofta sin grund i BPSD, det vill säga beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom. Det kan handla om skrik, vandring, vanföreställningar eller ångest. Symptomen kan orsaka stort lidande för personen med demenssjukdom och är ofta svåra att bemöta för anhöriga, vårdpersonal och medboende.

Det saknas en enhetlig definition av BPSD. En del väljer att göra en uppdelning i aggressiva symptom (exempelvis sparkar, skrik, sexuella övergrepp och självskadebeteende) och icke-aggressiva symptom (exempelvis överaktivitet, vandringsbeteende och olämplig exponering av kroppen). Läs mer om BPSD i Verktygslådan på sidan 88.



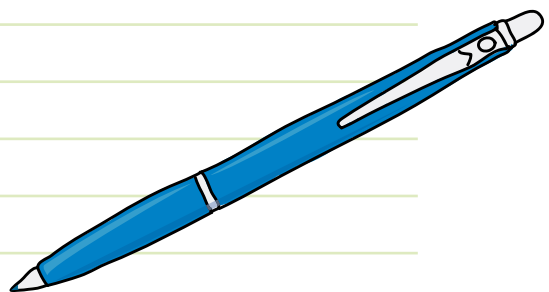
I BPSD-registret, som presenteras på sidan 38, används NPI-skalan (*Neuro Psychiatric Inventory*) som beskriver tolv olika symptom. För varje symptom görs en skattning av hur ofta det förekommer och hur det påverkar personen.

**De tolv symptomen i NPI-skalan:**

1. Vanföreställningar
2. Hallucinationer
3. Agitation/upprördhet
4. Depression/nedstämdhet
5. Ångest
6. Upprymdhet/eufori
7. Apati/likgiltighet
8. Hämningslöshet
9. Lättretlighet/labilitet
10. Motorisk rastlöshet
11. Sömnstörningar
12. Matlust/ätstörningar

Beteendemässiga och psykiska symptom skapar många gånger stor oro även för omgivningen. BPSD gör att den som vårdar, ställs inför besvärligasituationer där svåra avväganden måste göras. För att förverkliga nollvisionen måste därför arbetet med att förebygga uppkomsten av svåra situationer stå i fokus. Personcentrerad vård och omsorg är en förutsättning för att lyckas med detta.

## This image shows a blank sheet of white paper with horizontal green lines. A blue pen is positioned diagonally in the bottom right corner, pointing towards the top left. The pen has a silver-colored clip and a small silver band near the tip. The rest of the page is empty except for the lines.





## 2. Förebyggande åtgärder

### Inledning

För att kunna förebygga svåra situationer krävs i ett första steg att försöka ta reda på vad det är som gör att ett visst symptom uppstår. Denna kartläggning blir sedan utgångspunkt när förebyggande arbetssätt och strategier formuleras.

I det här kapitlet går vi igenom vad som bör ingå i en kartläggning och vilka förebyggande åtgärder som kan genomföras. Vi ger även förslag på hur kartläggningens resultat kan dokumenteras och användas i det fortsatta vård- och omsorgsarbetet. Det gäller att ta fram arbetssätt och strategier som alla kan arbeta efter. Vi börjar med att lära känna personen. Verktyet heter levnadsberättelsen.

### Levnadsberättelsen

#### ***Skrivs i samråd***

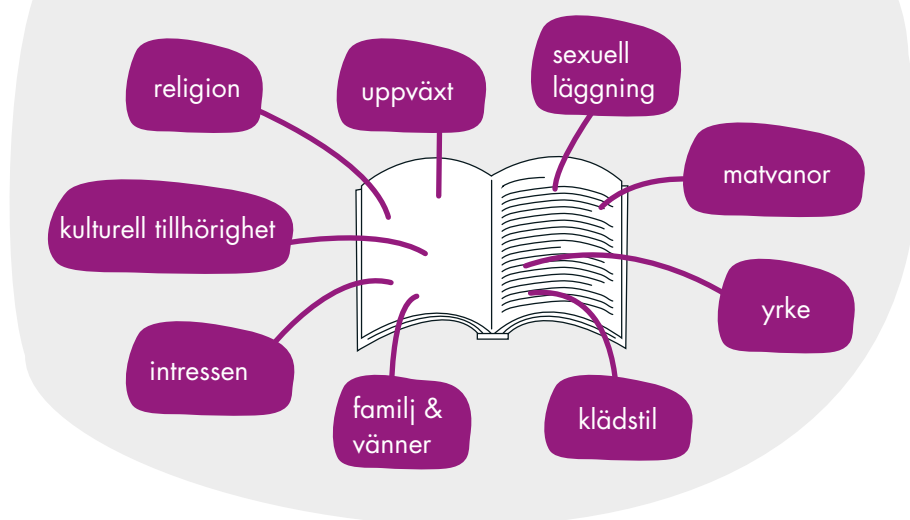
Den personcentrerade omvårdnaden ska enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom utgå från personens livsmönster, värderingar och preferenser. Levnadsberättelsen bidrar till att skapa en bättre bild av människan bakom demenssjukdomen. Den är ett verktyg för att lära känna och förstå en person genom information om vad som är eller har varit betydelsefullt.

Levnadsberättelsen bör skrivas i samråd med personen med demenssjukdom och anhöriga, gärna så tidigt som möjligt efter att sjukdomen diagnostiserats. En levnadsberättelse kan se ut på olika sätt och innehålla olika uppgifter. Grunden är att den ska handla om viktiga händelser och personer i barndomen, vuxenlivet och ålderdomen.

Den kan också ta upp personliga egenskaper och vanor, sådant som skänkt glädje och välbefinnande men också saker som framkallat sorg och smärta. Att skriva ner både positiva och negativa upplevelser är viktigt för helhetsbilden och för att bättre kunna förstå och bemöta personen. Levnadsberättelsen kan efterhand kompletteras med fler händelser och även fotografier.

Genom att känna till innehållet i levnadsberättelsen kan du bättre ge stöd och tröst när minnet sviker och vardagen inte längre fungerar. Ett professionellt bemötande handlar om att kunna bekräfta de minnen personen upplever, istället för att tillrättavisa och påpeka felaktigheter. Med god kännedom om personen bakom sjukdomen kan man ofta, genom att lyssna och prata om det som varit, lotsa den demenssjuke genom minnena.

### Exempel på innehåll i en levnadsberättelse



### ***Ibland saknas anhöriga***

Ibland kan det vara svårt att få anhöriga att berätta, ibland finns inga anhöriga att fråga. Det är inte heller självklart att man som barn vet vad mamma eller pappa varit med om eller hur de tänker och vill ha sina liv. Som personal blir det då särskilt viktigt att dokumentera information kring händelser som på olika sätt påverkar personen, både positivt och negativt.

Observera att levnadsberättelsen är frivillig. En del vill inte berätta, speciellt inte om det handlar om känsliga uppgifter. Alla som arbetar inom vården och omsorgen kring den demenssjuke har tystnadsplikt och den omfattar även levnadsberättelsen.

## Kartläggning av svåra situationer

### **Hitta utlösande faktorer**

Ett viktigt steg för att undvika beteenden som skapar svåra situationer är att kartlägga utlösande faktorer. De kan ha sitt ursprung i kroppsliga orsaker, läkemedelsbiverkningar, feltolkningar, ljud, lukter eller vara en reaktion på boendemiljön. Men utlösande faktorer kan också vara handlingar eller händelser runt personen, till exempel hur vårdpersonalen agerar. Även relationen till anhöriga och medboende kan vara en utlösande faktor för symptom eller beteenden som kan leda till svåra situationer.

Kom ihåg att samma beteende kan utlösas av olika faktorer och att nya kan uppstå efterhand.

### **Teamet i samarbete med anhöriga**

Kartläggningen görs bäst på den plats där symptomen förekommer, det kan vara i hemmet eller på äldreboende men även på dagverksamheten. Det gäller att försöka identifiera alla behov hos personen och få information och råd från anhöriga.

Kartläggningen behöver göras systematiskt av teamet i samarbete med personen (om möjligt) och anhöriga. Anhöriga kan ge viktig information om vad som kan oroa den närstående, vad som bör undvikas och vad som kan göras för att avleda ett visst beteende.

Det finns sex olika bedömningar som bör finnas med i kartläggningsarbetet av utlösande faktorer: medicinsk, funktionell, psykosocial, kognitiv och psykologisk samt bedömning av den fysiska miljön.

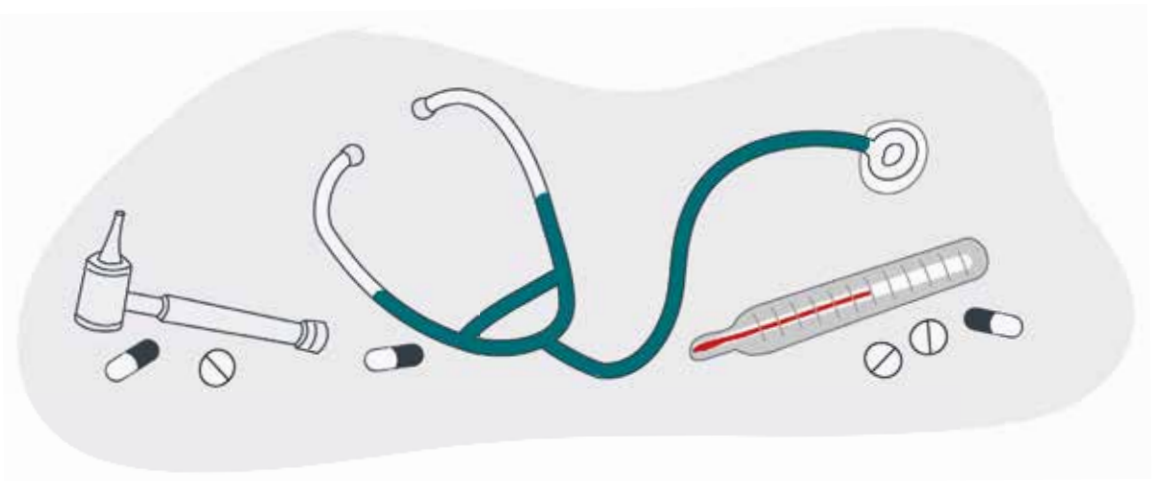
**Tänk på  
att...**

... ni inte behöver göra allt från grunden vid en kartläggning. Använd befintlig dokumentation från till exempel kvalitetsregister och övriga bedömningar.

## 1 Medicinsk bedömning

Den medicinska bedömningen består av två delar. Den ena är en omvårdnadsbedömning som görs av sjuksköterska. Den brukar vara en bra grund för diskussioner med teamet när man försöker hitta vad som är utlösande faktorer till svåra beteenden. Följande frågor bör ställas:

- Är blodtryck, puls, temperatur och andning normal?
- Kan den utlösande faktorn vara smärta? Behöver en smärtskattning göras?
- Finns problem med mun och tänder?
- Är huden torr, blek, rödflammig eller varm? Förekommer sår, svamp, utslag och klåda?
- Magen - förstoppning, diarré, gaser? Problem med att kissa?
- Färg och lukt på urin och avföring?
- Illamående?
- Äter och dricker personen tillräckligt? Finns risk för uttorkning?
- Oförklarlig viktnedgång? Behövs kostregistrering?
- Trötthet och slöhet? Infektion?
- Skavsår från skor eller obehag kläder?
- Hörsel eller synnedsättning? Vaxpropp? Behövs glasögon eller hörapparat?
- Behövs specifika kontroller av andra sjukdomar, till exempel av blodsockervärdet?





Läkaren ansvarar för den andra delen av den medicinska bedömningen. Psykisk och fysisk status kontrolleras för att utesluta kroppsliga orsaker till beteendeförändringar.

- Sinnesstämning, kontaktbarhet och förvirring.
- Blodtryck, hjärtfrekvens och temperatur.
- Bukstatus, till exempel urinstämning, inflammation i tarmfickor (divertikulit) eller förstoppning.
- Munstatus, till exempel infektion, svamp och sår.
- Neurologisk status, till exempel nervsmärta efter bältros, ansiktssmärta (trigeminusneuralgi) och bortfallssymptom.
- Eventuella skelettskador, till exempel kotkompression, andra benbrott, stöt- och krosskada (kontusion).
- Eventuella infektioner, till exempel urinvägs-, hud-, sår- och tandinfektion eller lunginflammation.
- Öronstatus, till exempel öron- hörselgångsinflammation eller vaxpropp.

Läkaren ordinerar sedan de prover och undersökningar som behövs för att säkerställa diagnosen och sätter in eventuell behandling.

### Inför kroppsundersökningen

En demenssjuk person kan ha svårt att förstå vad som sägs, följa uppmaningar, uttrycka sig verbalt eller visa på kroppen var det gör ont. För att underlätta undersökningen är det bra att även sjuksköterska, undersköterska eller någon annan som personen känner sig trygg med är närvarande.

Ta reda på hur personen vill bli bemött. Hur är språkförmågan? Är det något annat man bör tänka på inför mötet?

Stressa inte. Sitt gärna ner en stund tillsammans med personen före undersökningen. Ställ en fråga i taget och ge personen god tid att svara. Tala med lugn röst. Försök skapa en trygg atmosfär. Tänk på att ha varma händer.

## 2 Funktionell bedömning

Olika fysiska funktionsnedsättningar kan öka risken för beteendeförändringar.

- Har personen hörsel- eller synnedsättning? Är personen ljudöverkänslig?
- Har rörelseförmågan förändrats? Kan personen gå på toaletten själv? Kan hon ändra ställning i sängen eller stolen?
- Är det svårt att delta i sociala aktiviteter på grund av begränsad rörelseförmåga?

## 3 Psykosocial bedömning

Med psykosocial miljö menas sociala faktorer i den fysiska miljön och deras påverkan på personens beteende och sinnesstämning. Det handlar om att ta reda på personens nuvarande relationer och kontakter med personal, anhöriga och vänner.

- Ger vi personen möjlighet till stimulans och meningsfulla aktiviteter?
- På vilket sätt involveras personen i samtal och aktiviteter? När är personen glad, nöjd och lugn, när blir hon ledsen, missnöjd och orolig?
- Hur kommunicerar vi med personen? Är kommunikationen nedlåtande, kränkande, för barnlig eller för svår?
- Hur visar vi personen respekt, värme och acceptans?
- Tar vi personens bekymmer på allvar och tas de om hand?
- Har förhållanden nyligen förändrats? Till exempel flytten till boendet eller dödsfall i familjen.

## 4 Kognitiv bedömning

Plötsliga förändringar av det mentala tillståndet eller den kognitiva funktionen kan ha många orsaker.

- Har orienteringsförmågan plötsligt försämrats?
- Är personen stressad och irriterad? Humörsvägningar?
- Är personen rädd eller nedstämd? Se punkt 4a: Depression.
- Har personen vanföreställningar eller är hon överdrivet misstänksam?
- Har demenssjukdomen försämrats?
- Har personen ökad ångest?
- Verkar personen ha hallucinationer (ljud, syn, känsel)?
- Sker förändringarna vid bestämda tidpunkter på dygnet? Vad kan i så fall vara orsaken?
- Kan agerandet vara en biverkan av mediciner?
- Misstänks förvirring? Se punkt 4b: Konfusion.

#### 4a Depression

Depression kan vara en allvarlig sjukdom. Tidig upptäckt och behandling kan förhindra svårt lidande och att sjukdomen utvecklas. Det finns många orsaker till depression:

- fysiska tillstånd, till exempel hjärtsjukdom, Parkinsons sjukdom eller stroke
- obehandlade smärttillstånd
- biverkningar av medicin
- personliga förluster, minskat oberoende, sänkt självkänsla eller nedsatt rörlighet
- social isolering
- särskilda belysningsskador och minnen som de väcker

#### 4b Konfusion (förvirring)

Konfusion är ett akut sjukdomstillstånd som yttrar sig som en hastig förändring i tänkande och beteende. Förändringen sker vanligtvis inom några timmar. De viktigaste tecknen är att tillståndet utvecklas snabbt, att symptomen fluktuerar och att personen får nedsatt uppmärksamhet och grumlat medvetande. Vanliga riskfaktorer är:

- många eller olämpliga läkemedel
- missbruk
- uttorkning och undernäring
- smärta
- nedsatt lever- och njurfunktion
- rubbningar i saltbalansen (elektrolytstörningar)
- sömnproblem
- hjärt- lungsjukdom
- infektion
- urinstas eller svår förstoppning
- nedsatt rörelseförmåga

## 5 **Psykologisk bedömning**

Hur en person med demenssjukdom hanterar känslor, tankar och funderingar kan fångas i en psykologisk bedömning. Den kan identifiera problemområden som behöver åtgärdas eller situationer som kan leda till konflikter och spänningar. Bedömningen kan också peka på vad personen mår bra av och i vilka situationer.



Levnadsberättelsen är central när en psykologisk bedömning görs. Man behöver känna till och förstå personens vanor och kulturella traditioner.

- Hur har personen hanterat stress tidigare?
- Vilka vanor har personen kring sömn och aktivitet? Hur kopplar hon av?
- Vilka vanor och intressen har personen idag? Hur såg de ut tidigare (skiftarbetare, föreningsmännska etc)?
- Hur stort är behovet av sociala kontakter? Finns behov av enskildhet?
- Vilka kulturella och andliga behov finns?
- Vilken sexuell läggning har personen?
- Har personen annat modersmål än svenska?
- Tidigare traumatiska upplevelser?

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) kan ge beteendestörningar som aggressivitet, oro, vanföreställningar, hallucinationer och sömnsvårigheter. I utredningen bör det undersökas om personen har haft trauma-

tiska upplevelser tidigare i livet. Samtidigt bör försiktighet vidtas när man frågar en person om tidigare trauma eftersom frågan i sig kan fungera som en utlösande faktor. Ibland kan det vara bättre att fråga anhöriga.

**Tänk på  
att...**

...personer med demenssjukdom som har utländsk bakgrund ofta förlorar förmågan att förstå och tala svenska, det vill säga det sist inlärd språket. I dessa fall är det särskilt viktigt att involvera anhöriga i eller någon annan som talar samma språk.

## **6 Bedömning av den fysiska miljön**

Även i den fysiska miljön kan det finnas utlösande faktorer. Identifiera rum och platser där svåra situationer kan uppstå men också platser som ger möjligheter till social aktivitet eller lugn och ro:

- Är miljön hemlik? Vad är en hemlik miljö för personen? Finns personliga tillhörigheter i den egna lägenheten?
- Underlättar möbleringen att hitta och röra sig?
- Finns säkra områden för vandrare? Finns möjlighet att gå ut?
- Finns handtag, ledstänger och höj- och sänkbara sängar?
- Hur är badrummet utformat? Är det lättillgängligt?
- Hur är belysningen? Finns stark och bländfri allmänbelysning? Finns gardiner eller annat som kan dras för? Små riktade ljuskällor för punkt- och arbetsbelysning?
- Finns blanka golv som kan uppfattas som vattenspeglar? Finns golv och mattor som kan uppfattas som hål eller gropar?
- Finns skyltar eller andra igenkänningstecken?
- Är TV och radio inställda på kanaler som personen kan ha glädje av?
- Finns tysta utrymmen?
- Hur är temperaturen i rummet? För varmt eller för kallt?
- Finns gång- eller förflyttningshjälpmedel (till exempel rullstol, rollator och käpp) som kan användas vid behov.
- Finns informationstavlor som visar vad som händer under veckan?

## **Dokumentation av kartläggningen**

Kartläggningen ska vara personcentrerad med målet att ta fram bästa möjliga information. Då kan den bli ett bra underlag för att ta fram förebyggande åtgärder och bemötandestrategier. Det är viktigt att kartläggningen dokumenteras. Nedan ges ett förslag på hur en dokumentation kan se ut. Den bygger på fallbeskrivning av Ebba, sidan 51.

**Namn:** Ebba Jonsson

**Datum:** 4 februari 2015

### **A. Beskriv tillfällen när personen är tillfreds och mår bra**

*Tycker om att lyssna på musik och sjunga, pratar gärna om sitt tidigare arbete. Gillar promenader.*

### **B. Beskriv tillfällen när personen är orolig och mår dåligt**

*Blir ibland orolig när anhöriga går hem. Kan ibland bli orolig på eftermiddagen före middagen. Går då rastlöst omkring. Tycker inte om när medboende är för högljudda.*

### **C. Aktuell situation**

*Under tisdagen arbetade endast vikarier. På kvällen blev Ebba plötsligt väldigt orolig och ville gå "hem". Skrek, försökte slå den som kom för nära. Sjuksköterska tillkallades, lugnande medicin gavs (se journal). Ebba var tillsammans med en personal på sitt rum tills hon lugnade ner sig.*

### **D. Vilka bedömningar har gjorts för att hitta utlösande faktorer?**

**1. Medicinsk:** ☒ Ja ☐ Nej, varför inte:  
(t.ex. smärta, infektioner och uttorkning)

**RESULTAT:** *Inga kroppsliga symptom som kan förklara oron/beteendet.*

**2. Funktionell:** ☒ Ja ☐ Nej, varför inte:  
(t.ex. syn och hörsel och förflyttningsförmåga)

**RESULTAT:** *Hör dåligt på vänster öra och har svårt att följa med i samtal.*

**3. Psykosocial:** ☒ Ja ☐ Nej, varför inte:  
(t.ex. samspel, relationer med personal, anhöriga och medboende)

**RESULTAT:** *Blir orolig när rutiner ändras eller om det är ny personal.*

**4. Kognitiv:** ☒ Ja ☐ Nej, varför inte:  
(t.ex. förändrad kognition på grund av depression, förvirring eller försämring i demenssjukdomen.)

**RESULTAT:** *Har varit nedstämd senaste veckorna. Har tidigare i livet behandlats för depression.*

**5. Psykologisk:** ☒ Ja ☐ Nej, varför inte:  
(t.ex. stress, ändrade förhållanden)

**RESULTAT:** *Blir orolig när hon inte vet vad som ska hända.*

**6. Fysisk miljö:** ☒ Ja ☐ Nej, varför inte:  
(t.ex. ljudnivå, belysning och möjlighet att gå ut)

**RESULTAT:** *Svårt för Ebba att komma ut då det varit många vikarier på senaste tiden.*

**E. Registreras personens symptom i BPSD-registret?**

☐ Ja ☒ Nej, varför inte:  
*Ingen på avdelningen har ännu gått utbildningen.*

**F. Har personens anhöriga varit delaktiga i kartläggningen?**

☒ Ja ☐ Nej, varför inte:

**G. Sammanvägd bedömning av utlösande faktorer**

**RESULTAT:** *Ebba är känslig när vikarier arbetar, framför allt om rutinerna ändras och hon inte förstår vad som ska hända. Förmodligen kände vikarierna inte till att hon hör dåligt och att hon behöver vara ute och gå för att känna sig lugn.*

Utifrån kartläggningen av Ebba Jonsson planerar personalen en rad förebyggande åtgärder. Mer om detta på följande sidor.

Mallen för dokumentation finns för utskrift i Verkttyglådan på webben:  
[www.demenscentrum.se/Nollvision](http://www.demenscentrum.se/Nollvision)



## Förebyggande åtgärder

När kartläggningen är genomförd och möjliga utlösande faktorer har identifierats finns ett underlag för att försöka förebygga svåra situationer. I detta arbete kan både en förändrad läkemedelsbehandling och olika omsorgsåtgärder vara nödvändiga. I följande avsnitt beskriver vi läkemedelsgenomgång och ger förslag på omsorgsåtgärder.

### Läkemedelsgenomgång

Läkemedel kan både behandla och förebygga sjukdom. De kan öka livslängd och livskvalitet men samtidigt finns risk för biverkningar. Olämplig eller felaktig läkemedelsanvändning kan försämra hälsan och samtidigt öka risken för fall och förvirring. Även BPSD-symptom kan vara en följd av läkemedelsbehandling. En viktig del i det förebyggande arbetet är därför att regelbundet genomföra läkemedelsgenomgångar.

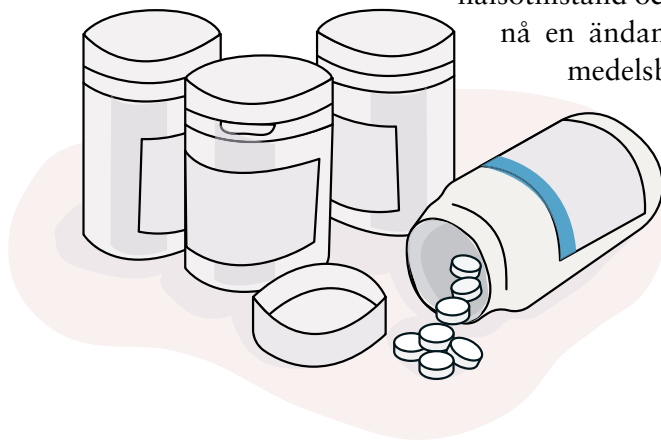
I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9) delas läkemedelsgenomgångarna in i *enkla* respektive *fördjupade* genomgångar.

Vid en *enkel* läkemedelsgenomgång kartläggs patientens samtliga ordinerade och använda läkemedel och kontrolleras mot aktuell läkemedelslista. Bedömning görs om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker. Eventuella läkemedelsrelaterade problem som konstateras vid den enkla läkemedelsgenomgången, och som går att lösa direkt, ska åtgärdas.

En *fördjupad* läkemedelsgenomgång ska erbjudas patienter som efter den enkla läkemedelsgenomgången har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller då det finns en misstanke om sådana problem. En fördjupad läkemedelsgenomgång är en systematisk bedömning och omprövning av varje ordinerat läkemedel utifrån patientens

hälsotillstånd och behov. Syftet är att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling.

En läkare ska ansvara för såväl den enkla som den fördjupade läkemedelsgenomgången och ska vid behov samarbeta med andra läkare, apotekare, sjuksköterskor och annan hälso-





och sjukvårdspersonal. Om patienten inte själv kan lämna uppgifter vid läkemedelsgenomgången bör den om möjligt ske i samråd med anhöriga.

## **Omsorgsåtgärder**

### **I det dagliga arbetet**

Använd kartläggningen som ett underlag för att se över arbetet. Se kontinuerligt över omsorgsarbetet eftersom en persons beteende kan påverkas av hur vård, omsorg och dagliga aktiviteter är utformade.

- Finns personal närvarande i gemensamma rum?
- Behöver vårdpersonalen initiera olika aktiviteter eller samtalsämnen som intresserar personen?
- Behöver arbetet anpassas till individuella behov och önskemål?
- Behöver bemanningsgraden ses över på grund av ändrade behov?

### **Morgon**

Att få vakna i sin egen takt är viktigt. En smoothie eller näringsdryck, tillsammans med eventuell medicin, före uppstigning kan vara en bra start för att orka med morgonrutinerna.

Hjälp till vid hygien och påklädning i ett lugnt tempo, korta instruktioner fungerar ofta bäst. Visa med kroppen. Om det är möjligt, låt endast *en* personal hjälpa till. Om ni är två personer, bestäm i förväg vem som ska kommunicera med personen. Den andre är då tyst (eller finns tillgänglig i närheten). Undvik att tala sinsemellan under morgonrutinerna. När någon får hjälp med personlig hygien i sängen, tänk på att täcka kroppen så mycket som möjligt, för att undvika kyla och utsatthet.

**Tänk på  
att...**

...alltid förbereda personen innan ett moment påbörjas. Förklara tydligt vad som ska göras, även om personen tappat sitt språk. Försök att vara aktivt närvarande. Tänk på ditt kroppsspråk. Använd lugna rörelser och dra ned på tempot. Ett vänligt ansikte skapar ofta trygghet. Anpassa ögonkontakt, ansiktsuttryck och beröring efter vem personen är.

## Dusch

Försök att skapa en förtroendefull relation – respektera personens integritet. Ta reda på vilken tid som passar bäst för personen att duscha. Sätt på vattnet i god tid så att badrummet är varmt. Många har känslig hud och kan reagera på duschstrålen. Ett tips är att ta bort duschmunstycket för att få en mjukare stråle. Hitta individuella lösningar som fungerar och delge varandra i arbetsgruppen när ni lyckas hitta en bra lösning. Det kan till exempel vara att tvätta håret separat, att börja med ett fotbad eller att använda musik och sång. Tänk även på ljudnivån i badrummet. Höga ljud kan väcka rädsla och ångest.

*Det är viktigt att bygga en relation. Det kan handla om att man måste ägna lite extra tid åt att skapa trygghet med den person som ska hjälpas. Det gäller att skapa en bubbla – hon och jag. Det har alltid fungerat när jag gör så.*

Lotta Kalmdal, undersköterska

## Måltid

Vid måltiden är det viktigt att tänka på ljudmiljön. Undvik slammer med kantiner eller prat sinsemellan i arbetslaget om annat än det som gäller det aktuella arbetet. En påslagen radio, TV eller spring i korridoren kan störa matron. Däremot kan viss musik, eller fågelkvitter, på låg volym ge ökad matro och aptit.

Fundera över hur de boende sitter vid borden. Är det trevligt att sätta sig vid bordet? Hur ser dukningen ut? För att lättare se maten och tallriken kan underlägg och porslin som kontrasterar mot maten användas, till exempel vit filmjolk på blått porslin. Undvik starkt mönstrade dukar och underlägg som kan göra det svårt att urskilja maten. En person som har svårt att äta kan behöva ha någon att härma. Andra behöver få hjälp, till exempel med att hålla en gaffel för att komma igång. Personal som inte behövs vid matbordet kan gå undan för att inte störa de som äter.

Man kan aldrig ta för givet att alla vill äta i det gemensamma matrummet. Vissa kanske inte mår bra av att sitta vid ett gemensamt bord. Flera små bord kan vara en bra idé. Personer med vandrings-

beteende behöver mycket energi. Ställ gärna fram skålar med exempelvis frukt, kex, chips eller ostbågar som de kan fylla på sina depåer med.

Istället för smörgås till mellanmål kan extra näringsdryck eller glass användas. Vid kvällsmålet kan det vara bra att ge näringsdryck inför natten. Smörgås är bättre än fikabröd och någon kanske vill ha gröt.



## Kväll

Mörklägg sovrummet och se till att det är tyst och svalt. Det är bra att ha samma rutiner varje kväll. Använd levnadsberättelsen eller prata med anhöriga för att få tips om individuella rutiner. Kanske kan personen må bra av att använda ett tungt täcke som gör det lättare att känna sina kroppskonturer och ge en trygg känsla.

Om personen vaknar på natten kan man ge något att äta och dricka och hjälpa personen till toaletten.

## Aktiviteter

Demenssjukdomen leder till att personens förmåga att utföra olika aktiviteter successivt försämras och det blir allt svårare att ta egna initiativ. Genom att erbjuda anpassade aktiviteter, allt ifrån trädgårdsarbete till att sköta sin hygien med lite hjälp, kan personen fortsätta vara aktiv och så självständig som möjligt.

Aktiviteterna planeras utifrån varje individ. De kan sedan genomföras i grupp eller individuellt och variera från några minuter till en timme eller mer. Personer som inte kan delta direkt kan ha glädje av att bara vara närvarande.

Nedan presenteras förslag på aktiviteter. Listan kan givetvis utökas med många andra, beroende på personens intresse, förmåga och behov.

- Personlig hygien, exempelvis tvätt, dusch, påklädning, förflyttningar och måltider.
- Damma, vattna blommor, stryka och vika tvätt.
- Matlagning: skala potatis, duka, diska och baka.
- Samtal, tidningsläsning, diskussioner utifrån minneslådor med olika teman, högläsning, måla, lägga pussel, lyssna på musik, titta på film och bläddra i fotoalbum.

- Existentiella aktiviteter, till exempel besöka en kyrka, moské eller synagoga, samtal med en diakon, präst eller kurator.
- Promenera, trädgårdsarbete, följa med och handla.
- Anpassad träning i grupp eller individuellt.
- Dans och sångstunder.
- Aktivitetslådor: tvätt att vika, mjukdjur, väskor och plånböcker.
- Beröring och massage.
- Vårdhund.
- Plockförkläde till personer som är rastlösa och oroliga.

**Tänk på  
att...**

...många inte orkar med långa pass utan kanske bara klarar av några minuter. Även om personen varken deltar aktivt eller kommer ihåg vad han gjort kan känslan av välmående ofta sitta kvar länge.

Levnadsberättelsen kan utgöra en grund för individuella och grupaktiviteter utifrån personens intresse. Anpassa aktiviteten efter varje persons förmåga så att kraven inte blir för stora. Utvärdera sedan hur personen klarar av att delta i aktiviteterna och om de uppskattas.

## Hjälpmedel

Hjälpmedel kan ibland behövas för att underlätta aktiviteter och möjligheten att vara delaktig och så självständig som möjligt. Vissa av dem stödjer kommunikation och beslutsfattande. Andra kan underlätta förmågan att strukturera vardagen, stödja tidsorientering, minska risken för fall och bidra till bättre sömn. En del hjälpmedel förskrivs av arbetsterapeut, fysioterapeut eller biståndshandläggare. Andra kan köpas i hjälpmedelsbutiker, via postorder eller internet.

## Förslag på hjälpmedel

- Digital almanacka och klocka för att underlätta tidsorienteringen.
- "Whiteboard" där personal eller anhöriga kan skriva dagens händelser.
- Veckoschema som visar planerade aktiviteter och händelser.
- Surfplatta kan underlätta olika val, ge stöd till minnet och stimulera till aktivitet.

- Säng som går att sänka till golvnivå för att slippa grindar vid fallrisk.
- Tyngdtäcke (med bollar eller kedjor i) vid sömnsvårigheter orsakade av psykisk eller motorisk oro.
- Låstagg för att t ex kunna bestämma vilka dörrar en person kan öppna. En person kan exempelvis komma in i sin lägenhet och gemensamma utrymmen men inte in till sina grannar.
- Trygghets- och GPS-larm för att personen ska kunna vistas ute på ett säkert vis. Kräver personens samtycke.
- Tillsyn på natten via en webbkamera för den som inte vill ha tillsyn av personal på nätterna eller som ett komplement till personlig tillsyn. Kräver personens samtycke.
- Elektroniska påminnelser som ljudsignal eller talade meddelanden, till exempel när det är dags att ta sin medicin.



I Verktysglådan på webben finns mer information om hjälpmedel.  
Se [www.demenscentrum.se/Nollvision](http://www.demenscentrum.se/Nollvision)



## Förändringar i boendemiljön

Mycket kan göras i boendemiljön för att öka trivseln och förebygga oroligt beteende. Enligt de nationella riktlinjerna kan en inkluderande miljö öka personens självständighet och minska risken för BPSD. Miljön ska underlätta rumslig orientering och understödja den sjukes personlighet. I en inkluderande boendemiljö känner man sig välkommen i dagliga aktiviteter. Här är exempel på förebyggande åtgärder:

- Förbättra belysningen.
- Möblera för aktivitet, till exempel att kunna sitta tillsammans och samtala.
- Säkra halkfria golv.
- Öka framkomligheten.
- Ordna säkra korridorer för vandrare, inklusive aktivitetsplatser i slutet på varje korridor, till exempel lådor med innehåll att plocka med, tvätt att vika, mjukdjur, väskor eller teknikprylar.
- Sätt upp lämpliga förflyttningshjälpmedel, till exempel handtag och räcken, gärna i kontrastfärg.
- Sätt upp skyltar och bilder eller använd färger för att underlätta orienteringen.
- Underlätta morgontoaletten med toalettsaker i kontrastfärger.
- Använd stolar som passar individuella behov.
- Skapa en god ljudmiljö, undvik höga ljud
- Inred med saker från personens tidigare hem som möbler och foton.
- Inrätta aktivitetsrum: kafé, tysta rum, bibliotek eller spa.



## Larm

Dörrar kan förses med olika former av larm som signalerar när någon är på väg ut. Larm kan också varna om personer går in i medboendes lägenheter eller uppmärksamma ”vandrare” och personer som riskerar att falla ur sin säng. Alla larm kräver samtycke, se sidan 82.

**Tänk på  
att...**

... olika larm ljud i sig kan vara obehagliga och vara en utlösande faktor till svåra beteenden.

## Dokumentera och planera

I SoL- och HSL-journalen dokumenteras dels de förebyggande åtgärderna, dels de strategier som ska användas om svåra situationer inträffar (se nästa kapitel om Bemötandestrategier). Här är ett exempel på hur en dokumentation kan se ut efter kartläggning och genomgång av läkemedel och möjliga omsorgsåtgärder. Dokumentationen utgår från fallbeskrivningen Ebba Jonsson på sidan 51.

### Förebyggande åtgärder

**LÄKEMEDEL:** Vid läkemedelsgenomgången togs ett läkemedel bort som inte bedömdes finnas behov av längre (se journal).

**OMSORG:** Informera alltid Ebba om vad som ska hända eller göras. Ge kort, tydlig information och vänta in hennes reaktion. Se till att hon alltid har sin hörapparat i vänster öra.

**PERSONLIG OMVÅRDNAD:** Endast en personal vid all personlig hygien, om möjligt den kontaktansvarige. Ebba är ofta orolig med två personal samtidigt. Tycker om att ligga kvar en stund i sängen på morgonen. Vill helst äta frukost i sin morgonrock i matrummet. Tycker om att bläddra i tidningen. Särskilt noga med sitt hår, särskilda rutiner vid dusch (se genomförandeplan).

**AKTIVITETER:** Sitter gärna med i köket när personalen lagar mat, dukar, städar eller pysslar. Har svårt att delta en längre stund. Tycker om att sjunga, titta på djurprogram, musikprogram och underhållning på TV. Undvik nyheterna, då hon kan bli orolig. Tycker om promenader, gärna i trädgården. Somnar lättare med ett tyngdtäcke.

### Bemötandestrategier vid svåra situationer

Ebba kan bli orolig på eftermiddagarna och tidiga kvällar. Vill då hem till barnen eller till arbetet. Viktigt att vi bekräftar hennes oro innan vi föreslår något. Håll med och säg att vi ska hjälpa henne. Föreslå att vi går ut tillsammans eller gör något praktiskt som att slänga sopor, vattna blommor. Ibland hjälper det att hon får lyssna på musik i hörlurar.

## Två användbara redskap

### **BPSD-registret**

BPSD är en förkortning för beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom. BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom med fokus på att minska BPSD-problematik genom olika tvärprofessionella vårdåtgärder. Registret kan användas för att ta fram en bemötandeplan.

För att minska BPSD stöder registret en process i fyra steg: Observation, Analys, Åtgärder och Utvärdering.

Vid observationen används skattningsskalan NPI (*Neuro Psychiatric Inventory*) som mäter tolv symptom. I skalan registreras vilka symptom som förekommer och hur personen påverkas. NPI-skattningen läggs in i BPSD-registret och resultatet av inmatningen presenteras i ett diagram med olika staplar vars höjd beskriver allvarlighetsgraden för de skattade symptomen.

Utöver skattningen registreras även aktuella läkemedel och tänkbara orsaker till personens symptom. Efter skattningen görs en analys och en bemötandeplan utformas. Efter att de föreslagna åtgärderna prövats kan sedan en utvärdering göras med hjälp av en ny skattning. Läs mer på [www.bpsd.se](http://www.bpsd.se)

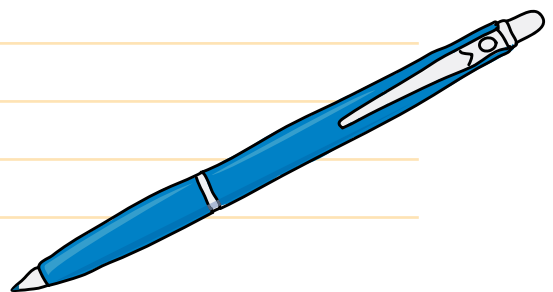
### **Checklista demens**

Checklista demens är ett verktyg för att utveckla det personcentrerade arbetssättet på arbetsplatsen. Det består av ett frågeformulär som finns i två varianter: särskilt boende och hemtjänst. Formuläret är uppdelat på nio avsnitt, bland annat Diagnos och uppföljning, Läkemedel, Måltid och nutrition, Personcentrerad omvårdnad och BPSD. Genom att besvara frågorna i arbetsgruppen får man en bild av personen och den vård och omsorg som faktiskt ges. Slutligen dokumenteras planerade åtgärder som kan förbättra vården och när uppföljning ska göras. Checklistan kan användas i sin helhet eller endast utvalda avsnitt.



Checklista demens kan laddas ned från Verktyslådan på webben:  
[www.demenscentrum.se/Checklistademens](http://www.demenscentrum.se/Checklistademens)







### 3. Bemötandestrategier

#### Bemöta svåra beteenden

Det kan vara svårt att helt och hållet förhindra oro och svåra situationer, trots noggrann kartläggning av utlösande faktorer och förebyggande arbete. Så vad gör vi i dessa fall? Hur ska vårdpersonal bemöta en demenssjuk person som plötsligt blir aggressiv, drabbas av vanföreställningar eller svår ångest? På följande sidor presenteras förslag på möjliga omsorgsåtgärder vid beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD). Gemensamt för samtliga förslag är att de inte innebär någon form av tvång eller begränsning.

Symptomen i listan följer BPSD-registrets indelning och förslagen bygger på beprövad erfarenhet från vårdpersonal på demensboenden runt om i landet. Eftersom vården och omsorgen ska vara personcentrerad kan de föreslagna åtgärderna ibland uppfattas som motsägelsefulla, till exempel kan en person behöva bekräftas samtidigt som en annan behöver avledas. Listan är långtifrån heltäckande utan ska i första hand ses som en hjälp att pröva olika omvårdnadsåtgärder. Den kartläggning ni har gjort kanske utmynnar i förslag på helt andra åtgärder.

**Tänk på  
att...**

... alltid utgå från levnadsberättelsen när ni prövar aktiviteter, förhållningssätt och andra åtgärder för att bemöta personer med beteendemässiga och psykiska symptom.

## Vanföreställningar

**TÄNKBARA ÅTGÄRDER:** Växla vårdare, låt personen få en stund för sig själv, avled, backa tillbaka, bekräfta känslan. Använd ett tydligt kroppsspråk, var närvarande, ta bort det som stör. Låt personen få äta före de andra. Lägg upp maten så att personen ser det och ät tillsammans med henne. Dra ner persienner eller dra för gardiner så att det inte blir speglingar i fönstret. Ta bort speglar. Försök att utstråla lugn, följ med personen, skapa tillit genom att personalen svarar samstämmigt på frågor.

## Hallucinationer

**TÄNKBARA ÅTGÄRDER:** Bekräfta personens känsla. Hjälプ personen att ordna upp situationen. "Ta med dig" hallucinationen när du går. Acceptera positiva hallucinationer. Ge synlig hjälp för att få bort det obehagliga. Avled genom att till exempel bjuda på något gott. Var medveten om att delar av närminnet kan finnas kvar och att osanningar kan orsaka både oro och ilska. Fundera på miljön och fråga dig om det är något i den som orsakar hallucinationen.

## Upprördhet (agitation)

**TÄNKBARA ÅTGÄRDER:** Försök att skapa en meningsfull dag. Genomför aktiviteter som bidrar till naturlig trötthet. Möjliggör promenader, fysisk aktivitet men även enskildhet. Håll med och argumentera inte. Ta bort det som stör (tavla, spegel etc) och saker som kan skada. Planera, avlös varandra och se till att ligga steget före.

Ge ensamtid med personal. Skapa fasta rutiner, anpassa miljön, bekräfta känslan, gå ifrån och kom sedan in igen. Lyssna och försök tolka vad personen vill uttrycka. Håll personer som inte kommer överens åtskilda. Låt personen i möjligaste mån få göra saker på sitt eget vis, för att kunna känna



frihet. Iaktta för att se samband och mönster, ta hjälp av anhöriga för att förstå orsaken. Inge lugn och låt personen vara delaktig.

### ***Depression och nedstämdhet***

**TÄNKBARA ÅTGÄRDER:** Försök att skapa en meningsfull dag. Ge tid för samtal och gemenskap. Ordna aktiviteter, gå på promenader, ge beröring som bekräftar att personen är sedd. Servera favoriträtter, gör maten mer aptitlig, kanske mindre portioner. Vid sömnproblem, prova ge varm mjölk med honung eller ge taktil massage. Skapa fasta rutiner. Se till att all personal arbetar efter samma strategier. Avled genom att nynna. Titta i fotoalbum. Säg bara positiva saker som du menar. Pyssla om händer och hår.

### ***Ångest***

**TÄNKBARA ÅTGÄRDER:** Aktivera utifrån personens levnadsberättelse, kanske lyssna på musik, promenader, hårvård, följ med och handla blommor. Ge massage och beröring och prata om emotionella saker. Låt personen få vara för sig själv. Möjliggör kravlös medverkan och närhet. Om personen hyperventilerar, "andas ihop" och byt ställning (från sitta till ligga och sitta igen). Stimulera plockande med garnnystan, skaffa ett plockförkläde. Spela bingo och kort eller titta i minneslådor. Lugna och lyssna på vad personen vill förmedla. Gemensamma måltider. Servera maten synligt för att undvika oro och misstänksamhet. Erbjud att sitta i skön fåtölj.

### ***Upprymdhet (eufori)***

**TÄNKBARA ÅTGÄRDER:** Bekräfta. Lugnt bemötande. Fysisk aktivitet, promenader och hjälp att vila korta stunder. Ta hjälp av anhöriga för att hitta lämpliga aktiviteter. Erbjud lugn avskild miljö och prata med lägre röst. Kroppskontakt, sång, dans, möjlighet att sortera och plocka med saker. Låt vandrare vandra men se till att de har bra skor och anpassa kosten. Undvik överstimulering från TV och radio. Avled med samtal, utevistelse och aktiviteter, kanske korsord. Undvik förändringar.

### ***Likgiltighet (apati)***

**TÄNKBARA ÅTGÄRDER:** Anpassa aktiviteter, använd humor, ge beröm. Ta hjälp av anhöriga för att hitta lämpliga aktiviteter. Skaffa docka eller tygdjur. Berör, bekräfta och visa att du bryr dig. Gör saker tillsammans. Servera godsaker eller önskekost. Frisk luft, upplevelser

och musik. Tillåt att personen får vara ifred, föreslå aktiviteter men undvik för många frågor och valmöjligheter. Anpassa miljön efter behov. Ge taktil stimulering och handmassage. Uppmuntra självbestämmande genom frågor. Respektera individens önskan.

### **Hämningslöshet**

TÄNKBARA ÅTGÄRDER: Skapa utrymme för enskildhet, tillsammans med personal. Avled med något som är starkare än känslan. Samtala om livssituationen. Försök att avleda "icke-passande" samtal utan att kränka individen. Visa respekt, till exempel genom att knacka innan du går in i personens lägenhet. Ignorera situationen om det inte stör andra. Minska tillsägningarna och fundera över dina egna fördomar. Uppmuntra positiva situationer.

### **Lättretlighet (labilitet)**

TÄNKBARA ÅTGÄRDER: Promenader och miljöombyte. Ge massage. Försök att tyda kroppsspråket och var observant på ditt eget. Bekräfta känslan och visa att du verkligen vill förstå. Ge utrymme för avskildhet och se till att du kravlost finns till hands. Var ödmjuk och tänk på kroppsspråket. Minska stimuli. Gå inte in i konflikter, rätta inte personen. Byt vårdare vid irritation. Övrraska inte eller närma dig inte så att personen uppfattar det som skrämmande. Bjud armen istället för att greppa tag. Tolka vad personen menar. Ha gemensamma strategier så att alla gör lika. Avled genom sång, musik och samtal om gamla minnen.

### **Motorisk rastlöshet**

TÄNKBARA ÅTGÄRDER: Promenader och utevistelse. Uteslut behovet av toabesök. Skapa goda samtal, ge massage eller spabehandling. Försök att avleda. Se över miljön och erbjud olika aktiviteter, till exempel en verktygslåda eller ett syskrin. Skaffa aktivitetskudde, förkläde eller mjukdjur. Låt personen vara ifred. Ha stolar strategiskt utplacerade. Erbjud extra mat och dryck, ljudbok, musik och fika.

### **Sömnstörningar**

TÄNKBARA ÅTGÄRDER: Observera först och åtgärda sedan. Ge extra nattmat. "Ta över" det som oroar. Försök att avleda. Gå tills personen blir trött. Ge massage och var samtidigt tyst. Utevistelse, frisk luft och motion under dagen. Erbjud personen att få sova i en fåtölj, där det finns andra människor – om hon vill. Använd bolltäck, docka eller

mjuka djur. Erbjud sänggrind om personen är rädd för att falla ur sängen. Erbjud låst dörr för trygghetskänsla. Sitt ned och prata. Sjung eller nynna. Tänd en lampa på toaletten. Lyssna på musik och titta på TV.

### **Nedsatt matlust och ätstörningar**

**TÄNKBARA ÅTGÄRDER:** Gör en munvårdsbedömning. Anpassa kosten, skapa stödjande måltider och lägg upp maten aptitligt. Lägg gärna något rött på tallriken och börja måltiden med något sött. Ordna lugn och ro varvat med möjligheter till motion. Skapa fasta tider för mat. Erbjud mellanmål, energität mat och näringsdryck. Ordna regelbundna toabesök. Undvik tjat.

**Tänk på  
att...**

... det krävs kunskap, engagemang och samarbete inom personalgruppen för att kunna bemöta beteendemässiga och psykiska symptom. Genom att prova sig fram och utvärdera hur olika åtgärder fungerar kan det personcentrerade arbetet utvecklas. På sikt lär man sig se fler möjliga omvårdnadsalternativ och lösningar för att undvika tvingande och begränsande åtgärder.

### **Rutiner vid allvarliga situationer**

Det är inte ovanligt att personer med demenssjukdom får beteendemässiga och psykiska symptom som kan få särskilt allvarliga följder. När det finns risk att personen skadar sig själv eller någon i omgivningen (medboende och personal) bör det finnas rutiner på arbetsplatsen för hur personalen ska agera. På följande sidor finns ett förslag på hur ett beslutsschema kan se ut.

## Beslutsschema vid allvarliga situationer

### Känt beteende:

När en allvarlig situation inträffar och personens beteende eller symptom är känt sedan tidigare:

#### **SE ÖVER SÄKERHETEN**

Börja med att se över säkerheten för de inblandade, de vill säga personen själv, medboende, besökare och personal. Se till att ingen kommer till skada eller far illa.

#### **FÖLJ BESLUTAD STRATEGI**

Om arbetsledning och personal känner till beteendet ska det finnas en strategi för hur de ska agera och hur personen i fråga ska bemötas. Följ de åtgärder som har stöd i dokumentationen (SoL- och HSL-journal). Åtgärderna får inte vara förenade med tvång eller begränsningar.

#### **OM ÅTGÄRDERNA FUNKERAR:**

#### **OM ÅTGÄRDERNA INTE FUNGERAR**

#### **DISKUTERA OCH DOKUMENTERA**

Om åtgärderna fungerar bör händelsen ändå följas upp. Fungerade bemötandet? Kan vi agera på något annat sätt nästa gång? Diskutera inom personalgruppen, med anhöriga och, om möjligt, personen själv. Dokumentera och uppdatera SoL- och HSL-journalen vid behov.



## Okänt beteende:

När en allvarlig situation inträffar och personens beteende eller symptom inte är känt sedan tidigare:

### **SE ÖVER SÄKERHETEN**

Börja med att se över säkerheten för de inblandade, de vill säga personen själv, medboende, besökare och personal. Se till att ingen kommer till skada och far illa.

### **FLYTTA OCH LUGNA PERSONEN**

Försök därefter att avleda och lugna personen. Använd ett tydligt kroppsspråk och försök att ta bort det som framkallar oron. Agera utan att använda tvingande och begränsande åtgärder.

#### **OM ÅTGÄRDERNA FUNKERAR:**

#### **OM ÅTGÄRDERNA INTE FUNGERAR**

### **TILLSYN OCH OBSERVATION**

Gör upp ett schema så att personen i fråga får regelbunden tillsyn och uppmärksamhet. Reagera snabbt om hon vill ha hjälp. Skriv ned observationer. När inträffade händelsen? Vilka var närvarande? Hur reagerade personen i fråga, hur reagerade omgivningen? Meddela arbetsledning, ansvarig läkare, övrig personal och anhöriga vad som hänt.

### **KARTLÄGG UTLÖSANDE FAKTORER**

Vad kan ha lett fram till händelsen? Diskutera inom personalgruppen och även med anhöriga och, om möjligt, personen ifråga. Försök att hitta troliga orsaker och vad som kan vara utlösande faktorer. Fundera över hur beteendet kan förebyggas.

### **DOKUMENTERA OCH TA FRAM BEMÖTANDESTRATEGIER**

Dokumentera händelsen och ta fram bemötandestrategier som kan användas om situationen upprepas. Revidera Sol- och HSL-journalen vid behov så att alla arbetar likadant.

#### **BETEENDET KAN INTE HANTERAS UTAN TVINGANDE ELLER BEGRÄNSANDE ÅTGÄRDER**

## Beteendet kan inte hanteras utan tvingande eller begränsande åtgärder:

Tvång och begränsningar har inget lagligt stöd. Ibland uppfattas de ändå som den sista utvägen, när inga andra åtgärder hjälper och som en tillfällig lösning på en allvarlig akut situation. När så är fallet måste ambitionen vara att upphöra med de tvingande åtgärderna så snart som möjligt.



### **BEMANNING OCH TILLSYN**

Förstärk om möjligt bemanningen, tillfälligt eller permanent. Ge fortsatt regelbunden tillsyn och uppmärksamhet. Var förberedd på att reagera snabbt.

### **UPPHÖR MED TVÅNG OCH BEGRÄNSNINGAR**

Bedöm eventuella risker för personen, medboende, besökare och personal. Upphör med tvingande och begränsande åtgärder så snart som möjligt.

### **KARTLÄGG UTLÖSANDE FAKTORER**

Vad kan ha lett fram till händelsen? Diskutera inom personalgruppen och även med anhöriga och, om möjligt, personen ifråga. Försök att hitta troliga orsaker och vad som kan vara utlösande faktorer. Fundera över hur beteendet kan förebyggas. Läs mer i kapitel 2.

### **DOKUMENTERA OCH TA FRAM BEMÖTANDESTRATEGIER**

Dokumentera händelsen och ta fram bemötandestrategier som kan användas om situationen upprepas. Revidera SoL- och HSL-journalen vid behov så att alla arbetar likadant.

### **ANMÄL MISSFÖRHÅLLANDEN ELLER VÅRDSKADA**

Eftersom tvång eller begränsning använts mot någons vilja är personalen skyldiga att rapportera händelsen som ett missförhållande, enligt lex Sarah eller lex Maria. Hela händelseförloppet ska beskrivas och motiven anges till varför tvingande åtgärder har ansetts nödvändiga. Om nödrätten åberopas, beskriv i rapporten på vilket sätt (läs mer om nödrätt på sid 80).

Den som bedriver verksamheten är skyldig att omedelbart undanröja och sedan utreda, dokumentera och avhjälpa tvingande och begränsande åtgärder. Om händelsen är allvarlig ska en anmälan göras till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Anmälan görs på särskild blankett som finns på deras hemsida, [www.ivo.se](http://www.ivo.se)



## Lex Sarah och lex Maria

Socialtjänsten (äldreboende, hemtjänst etc) och hälso- och sjukvården är skyldiga att rapportera missförhållanden respektive vårdskada, till exempel efter att en tvångs- eller begränsningsåtgärd använts. Skyldigheten regleras i socialtjänstlagen (lex Sarah) respektive patientsäkerhetslagen (lex Maria).

### **Lex Sarah**

Skyldigheten för den som bedriver socialtjänst att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2010:429).

### **Lex Maria**

Skyldigheten för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada finns i 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

**Kom  
ihåg att..**

...syftet med att rapportera användningen av tvång och begränsande åtgärder som missförhållande är först och främst att hitta strategier för hur den uppkomna situationen ska kunna förhindras i framtiden.

## Läkemedelsbehandling vid allvarliga situationer

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att läkemedelsbehandling inte ska vara en första åtgärd vid BPSD-symptom. Men när anpassning av omgivande miljö och strategier för hur personen ska bemötas inte räcker till kan läkemedelsbehandling bli nödvändigt.

I Läkemedelsverkets riktlinjer för läkemedelsbehandling av personer med demenssjukdom och beteendemässiga och psykiska symptom (BPSD) finns praktiska riktlinjer för den behandlande läkaren. Följande läkemedelsbehandlingar kan övervägas:

- Vid depressiva symptom är SSRI-preparat förstahandsval.
- Vid irritabilitet, agitation och oro kan SSRI-preparat provas.
- Memantin kan ha effekt vid främst agitation och aggressivitet vid Alzheimers sjukdom.
- Vid psykotiska symptom och aggressivitet som orsakar lidande för patienten och/eller potentiell fara för patient eller andra kan risperidon provas. Men preparatet skall användas mycket restriktivt på grund av en ökad risk för allvarliga biverkningar, bland annat stroke, liksom en ökad dödlighet.
- Vid behov av akut sedation (lugnande) kan oxazepam provas under kort tid och med adekvat övervakning av patienten.

Om dämpande läkemedel som neuroleptika (vid psykos) eller anxiolytika (ångestdämpande/lugnande) 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.

En mer omfattande beskrivning av Läkemedelsverkets riktlinjer för läkemedelsbehandling av personer med demenssjukdom finns i Verktöglådan på sidan 87.



## Fallbeskrivningar

Det här avsnittet beskriver hur personal i praktiken kan verka för en nollvision genom en personcentrerad vård. I fyra fallbeskrivningar drabbas personer med demenssjukdom av beteenden och symptom som ger upphov till svåra situationer, i vissa fall med fara för personen själv och omgivningen.

Fallbeskrivningarna belyser vikten av att hela personalgruppen har kunskap om personens bakgrund, intressen och behov. De understryker också betydelsen av att en kartläggning görs och att arbetslaget vet hur de ska bemöta varje person för att kunna hitta andra och bättre alternativ än tvingande och begränsande åtgärder.

### Ebba, 88 år



Ebba fick diagnosen Alzheimers sjukdom när hon var 82 år. I drygt två år har hon bott på Gävlegatans äldreboende. Hon är änka, har två söner och tre barnbarn som ofta hälsar på henne.

I samband med flytten till äldreboendet blev Ebba orolig och stressad och fick starka BPSD-symptom. Hon kunde skälla ut både

personal och medboende och slå efter dem med sin handväska. Det utagerande beteendet varvades med apatiska perioder.

Idag känner personalen Ebba bättre och vet oftast hur de ska bemöta henne. Fasta rutiner är väldigt viktigt för Ebba som fortfarande kan bli utagerande om hon möts av ny personal eller om något annat oväntat sker. Hon kan lätt bli ledsen och nedstämd, till exempel om hon tittar på nyheterna eller om en medboende verkar må dåligt.

### SITUATION 1: Ebba i duschen

Eftersom Ebba i hela sitt vuxna liv ätit frukost iklädd sin morgonrock har hon fortsatt med det även på äldreboendet. Hon är ofta morgonpigg och tycker om att sitta vid frukostbordet med sina grannar. Hon vill gärna ha en tidning framför sig att bläddra i. Hon brukar kommentera bilderna.

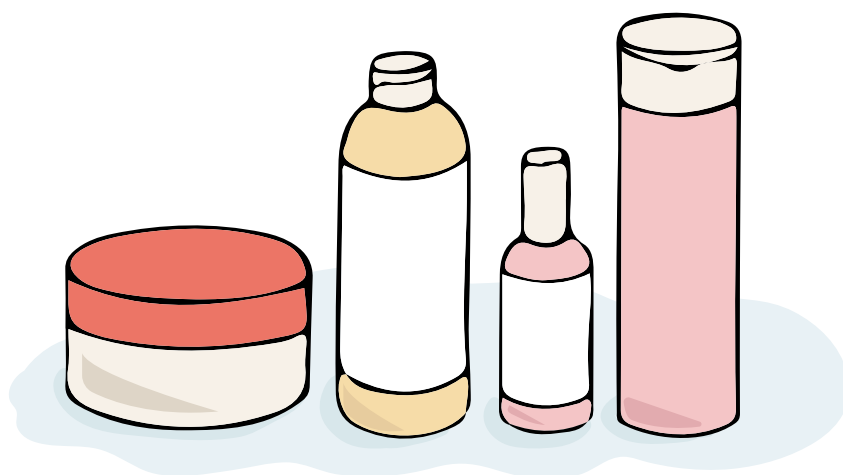
De dagar hon ska duscha brukar Jessica som är kontaktansvarig vänta tills hon är helt klar med frukosten. När hon ser att Ebba tittat klart i tidningen går hon fram och erbjuder sällskap till lägenheten. På

vägen dit berömmar Jessica hennes hår som alltid varit Ebbas stolthet, en gång i tiden brunt men nu vackert grått.

Ebba brukar alltid stanna till och känna på håret och fråga om det verkligen är fint idag. Jessica svarar då att det är fint men att det kanske är dags för en hårtvätt, ”för det var nog några dagar sedan”. Sedan frågar Jessica hur hon brukar sköta sitt hår, om hon använder balsam och rullar upp det efter tvätt. När de gått in i hennes lägenhet brukar Jessica ta fram schampo och balsam, visa upp och fråga om de är Ebbas.

På det här sättet skapar Jessica en slags bubbla som hon och Ebba befinner sig i. I det här skedet är det mycket viktigt att ingen annan kommer fram och pratar eller stör. Då kan ”bubblan” försvinna och Ebba ändra sinnesstämning.

När allting är förberett och diskuterat kring hårtvätten brukar Jessica fråga om Ebba även vill passa på att duscha. Oftast brukar hon säga ja. Om hon säger nej respekterar Jessica hennes svar och får då sitt hår tvättat i handfatet. Skulle hon fortsätta att fråga om dusch kan Ebba bli irriterad och då kanske inte ens håret blir tvättat. Jessica brukar istället fråga henne nästa gång hon arbetar kväll efter-som Ebba tycker om att duscha innan hon lägger sig.



### FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

I genomförandeplan och levnadsberättelse beskrivs hur Ebba ska bemötas och vad som är viktigt för henne. Det står att hon alltid varit mycket mån om sitt hår och skött det noggrant. Utifrån den informationen har Jessica hittat en infallsvinkel som hon använder i samband med dusch.

### INVOLVERA ANHÖRIG

Anhöriga har varit behjälpliga med levnadsberättelsen. En kväll blev Ebba arg när Jessica började duscha hennes hår. Hon kontaktade sönerna som berättade att mamman aldrig tvättat sitt hår på kvällen av rädsla att förstöra frisyren om hon måste sova med nytvättat hår. Däremot har hon gärna duschat på kvällen.

### BEMÖTANDE- STRATEGIER

Med hjälp av levnadsberättelsen och anhöriga har teamet kommit fram till hur Ebba ska bemötas. Ett viktigt steg är att bygga upp en förtroendefull stämning. Om något stör i detta skede kan Ebba bli irriterad eller arg och vägra att göra saker som personalen föreslår.

### PERSONALEN

Alla i teamet behöver arbeta likadant och ha tillgång till aktuell information. När genomförandeplan och annan dokumentation uppdateras är det viktigt att alla läser och tar till sig det som står.

### LEDARSKAPET

Eftersom det finns rutiner som alla följer så fungerar duschningen bra. Jessica och hennes kollegor vet vad som fungerar och hur de ska göra om Ebba inte vill duscha. När ny medarbetare introduceras är det viktigt att de tar del av dokumentationen.

## SITUATION 2: Ebba vill gå hem

Det är kväll och dagpersonalen har gått hem. På grund av planeringsdag fick tre vikarier ersätta den ordinarie personalen under dagen. Två av dem hade arbetat på äldreboendet tidigare, den tredje var helt ny.

Ebba har varit orolig till och från hela dagen. Nu har hon tagit på sig kappan och går fram och tillbaka i korridoren. När hon ser någon försvinna bakom draperiet som döljer ytterdörren går hon dit. Eva, som jobbar kväll, börjar prata med henne. Ebba är mycket orolig och säger att hon vill hem till sina barn. Eva säger att hon förstår oron och ställer frågor om barnen. Men idag fungerar inte hennes bemötande. Ebba blir istället ännu mer övertygad om att hon ska hem till sina barn. Hon föser bort Eva demonstrativt.

Det bästa för Ebba vore en kort promenad tillsammans, tänker Eva. Problemet är att hon och kollegan Mats redan är sena med kvällsbestyren. Eva är också orolig för att Ebba inte kommer att lugna ner sig och att det kan bli problem när de ska gå tillbaka.

Eva och Mats kommer överens om att hon ändå ska följa med Ebba ut. ”Jag ska hjälpa dig men först behöver jag hjälp med att köra bort en matvagn och slänga sopor”, säger Eva. Hon frågar Ingvar, som också bor på äldreboendet och gärna pratar med Ebba, om han vill följa med. Mats är redo att ringa en kollega på avdelningen bredvid, om han skulle behöva lämna för att hjälpa Eva.

Den här gången går det bra. När Eva, Ebba och Ingvar slänger soporna får de syn på några vitsippor utanför huset. Eva föreslår att de plockar några blommor till middagsbordet. Ebba sätter genast igång att plocka. Sedan går alla tre tillbaka.







### FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Beskrivningen är ett exempel på hur viktig kartläggning av orosskapande situationer är. I det här fallet saknades planering utifrån att vikarier skulle arbeta under dagen. Personalen känner till att Ebba blir orolig med ny personal. Kanske kunde flera olika aktiviteter ha genomförts: taktill massage, lyssna på favoritmusik eller göra något annat som de vet att hon tycker om.



### INVOLVERA ANHÖRIGA

Anhöriga blev inte informerade om planeringsdagen. Kanske hade de haft möjlighet att hälsa på Ebba under dagen.



### BEMÖTANDE- STRATEGIER

Eva prövade det bemötande som brukar få Ebba att bli lugn. Idag fungerade det inte, förmodligen för att oron redan byggts upp under dagen. Det fanns ingen beredskap för att bemöta Ebba i mer akuta situationer. När Eva erbjöd henne hjälp var det ett försök att avleda Ebba, vilket också lyckades. Mats var också redo att lämna avdelningen för att hjälpa Eva.



### PERSONALEN

Eva vet hur hon ska bemöta Ebba när hon vill gå hem till sina barn. Men idag fungerade det inte och för att undvika liknande situationer bör händelsen tas upp i personalgruppen. Genomförandeplanen behöver uppdateras med nya bemötandestrategier. Att det lyckades den här gången är ingen garanti att det går lika bra nästa gång.



### LEDARSKAPET

Chefen kan planera så att det inte blir dagar när all ordinarie personal är borta samtidigt. Chefen har också ansvaret för att se till att uppdateringar sker om personalen kommer fram till förändringar i genomförandeplanen. Det är även chefens ansvar att se till att samtlig personal tar till sig dokumentationen.

## Jussi, 75 år



Jussi fick diagnosen blanddemens (Alzheimers sjukdom och vaskulär demens) för tre år sedan. Numera bor han i en lägenhet på Gävlegatans äldreboende. Hans leder är slitna och gör till och från väldigt ont efter ett tungt arbetsliv. På grund av sin demenssjukdom har han svårare att uttrycka sig och talar allt oftare endast finska som är hans modersmål.

Personalen vet inte så mycket om Jussis tidigare liv. Han har varken barn eller annan släkt i Sverige och saknar även andra anhöriga som kan berätta. Hemtjänstpersonalen och hans förvaltare har lämnat viss information om honom.

För att ändå kunna arbeta personcentrerat är personalen extra uppmärksam på både vad han tycker om och vad han inte tycker om. Han gillar att titta på idrott på TV och dricker gärna kaffe tillsammans med några få andra. I större sällskap kan han bli orolig. Jussi tycker om mjuk beröring av händer och fötter, liksom att sitta på uteplatsen och få komma ut på promenad i sin rullstol.



### **SITUATION 3: Jussi får en otäck hallucination**

Jussi besvärar sig av synhallucinationer som gör honom både arg och rädd. Hallucinationerna kommer oftast på kvällen när han är trött. Personalen märker det genom att han pekar och pratar om något som ingen annan kan se. Han visar med sitt kroppsspråk att situationen är obehaglig. En medicinsk bedömning och en läkemedelsgenomgång har gjorts men någon direkt orsak till hallucinationerna har inte hittats.

Personalen provar sig fram och har dokumenterat olika åtgärder som ibland fungerar när hallucinationerna uppträder. De försöker

också arbeta förebyggande genom att erbjuda Jussi aktiviteter som de vet att han tycker om. De vet att det är viktigt att Jussi får vila mitt på dagen.

En kväll får Jussi otäcka hallucinationer som plågar honom svårt. Joursköterskan tillkallas och han får medicin som dämpar symptomen men som gör honom dåsig och trött. Dagen efter är han svår att få kontakt med. Vid nästa reflektionsmöte vill Johan, kontaktansvarig för Jussi, att de pratar igenom situationen och vad som hände den dagen.



### FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Under reflektionen går Johan igenom vilka förebyggande åtgärder som brukar fungera bra. Han poängterar vikten av att alla läser genomförandeplanen och levnadsberättelsen för att veta hur de ska göra för att Jussi ska få en bra dag – varje dag. Vid reflektionstillfället kommer teamet fram till att de alltid ska erbjuda vila en timme före lunch och efter eftermiddagsfikat. De tycker sig ha märkt att han mår bättre då. Dessutom sitter Jussi gärna uppe sent på kvällarna och ser på TV.



### INVOLVERA ANHÖRIGA

I Jussis fall saknas anhöriga att kommunicera med. Personalen använder informationen som hemtjänst och förvaltare har bidragit med. När förvaltaren kommer på besök brukar Johan berätta vad som hänt den senaste tiden och då sitter Jussi alltid med.



### BEMÖTANDE- STRATEGIER

Det har tagit tid men nu har personalen hittat några bemötandestrategier som får Jussi att må bättre när får sina hallucinationer. Personalen upplever att de fortfarande provar sig fram. Strategier som ofta fungerar är att en person följer Jussi till lägenheten. Personen sätter sig i ögonhöjd med honom och försöker få kontakt. Han får även mjuk massage på händerna och kan då ibland slappna av och blunda. När personalen märker att Jussi mår bättre försöker de göra något praktiskt, titta i ett fotoalbum eller på en fotbollsmatch på TV.



Vid reflektionstillfället bestäms att personalen ska läsa Jussis genomförandeplan och levnadsberättelse. Det är även viktigt att alla dokumenterar vad Jussi tycker om och vad han inte tycker om, alltifrån händelser och tv-program till ljud och lukter. Personalen ser det som att de lägger ett pussel. Johan, som är kontaktansvarig, får uppgiften att uppdatera rutinerna kring hur Jussi ska bemötas och gå igenom dem på nästa teammöte. Några uppger att de vill ha kunskap om hallucinationer och psykiska symptom som kan förekomma vid demenssjukdom. Johan ska lyfta frågan med chefen och sjuksköterskan.



Då personalen efterfrågar mer kunskap beslutar chefen om en utbildning i ämnet. All personal, vikarier och nyanställda måste känna till hur det förebyggande arbetet ska gå till och vilka bemötandestrategier som gäller för Jussi när han får hallucinationer. Chefen är ytterst ansvarig för att personalen läser och tar till sig informationen.

## Eva, 65 år



Eva fick sin alzheimerdiagnos när hon var 62 år och sjukdomsutvecklingen har gått snabbt. Sedan ett år tillbaka bor hon på Gävlegatans äldreboende. Hon vägrade länge att flytta dit, till makens och barnens förtvivlan.

När Eva väl flyttade in var hon bitter på alla i familjen. Hon var säker på att maken Leif hade en ny kvinna och anklagade döttrarna för att spela med. Som nyinflyttad blev hon ofta arg och utagerande. Eftersom hon själv, boende, personal och anhöriga riskerade att bli skadade erbjöds hon lugnande medicin. När hon inte ville ta medicinen blev det svårt för personalen att bemöta henne. De kunde inte annat än att vänta ut hennes utbrott.

I samband med utbrotten kontaktade de alltid hennes anhöriga som ibland hade möjlighet att snabbt komma och lugna henne. Med tiden avtog utbrotten. Läkaren tog beslut i samråd med Eva och hennes anhöriga att inte längre erbjuda lugnande medicin eftersom hon blev trött och orkeslös av den.

Personalen har tillsammans med Evas familj lagt ner mycket arbete på att ta reda på hur de ska bemöta henne. Samira, kontaktansvarig för Eva, har med hjälp av familjen skrivit en levnadsberättelse och utifrån den planerat aktiviteter.

Eva erbjuds en kortare promenad varje dag och en längre promenad ett par gånger i veckan tillsammans med andra boende. I övrigt tycker hon om att lyssna på musik och få hjälp med manikyr och pedikyr. Eva har tidigare arbetat med kläder och mode. Hon umgås gärna med personalen men verkar inte trivas med sina medboende – ”dom är gamla”, säger hon.



#### **SITUATION 4: Eva får ett raseriutbrott**

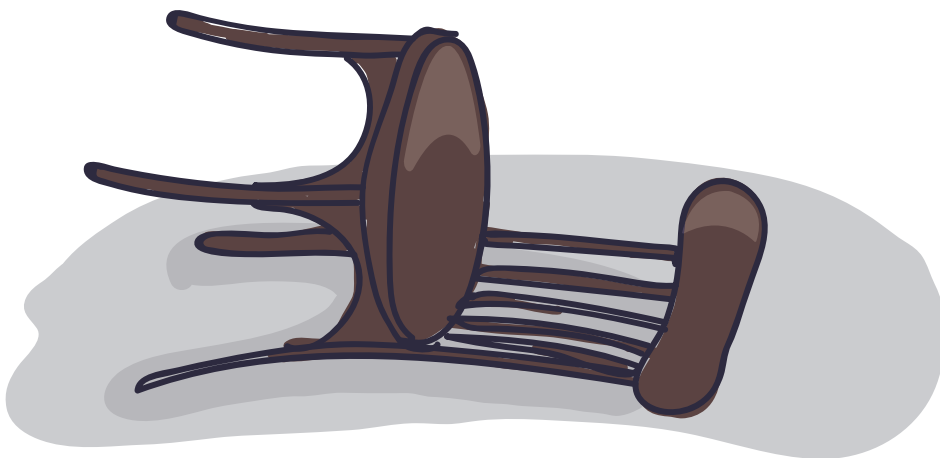
Det är kvällsmat i det gemensamma utrymmet. Eva sitter vid ett bord tillsammans med tre andra boende. Plötsligt hostar Sven till och spottar ut maten på tallriken. Eva far hastigt upp från stolen och blir rasande. Maria och Samira, som arbetar på kvällen, försöker hjälpa både Sven, som satt maten i fel strupe, och Eva. Samira försöker få kontakt med henne och föreslår att de ska gå till hennes lägenhet. Eva blir ännu argare: "Jag bor inte på det här j-a stället! Här kan man ju inte vara, folk betar sig som idioter!"

Samira försöker bekräfta hennes känsla genom att säga att hon förstår att det är jobbigt. Men Eva fortsätter att skrika och blänga på alla. Samira vet inte hur hon ska bete sig och blir rädd. Hon tittar på Maria och tecknar att de ska försöka byta. Samira hjälper Sven medan Maria försöker få kontakt med Eva.

De andra har slutat att äta och sitter och tittar på Eva. En av dem reser sig upp från bordet och vandrar oroligt omkring. Maria tar ett djupt andetag, går fram till Eva och ställer sig så nära hon vågar. Maria söker ögonkontakt och när hon väl får det säger hon med lugn och fast stämma: "Eva, jag ser att du är upprörd. Jag vill hjälpa dig. Om du följer med mig så sätter vi oss och pratar".

Maria börjar gå och Eva följer med viss tvekan med. Efter några meter stannar Maria och väntar in henne. Hon öppnar hennes dörr och säger: "Vi sätter oss inne hos dig så vi får vara ifred. Kom Eva!"

Eva lugnar ner sig efter ett tag. Maria hämtar ny mat som Eva äter i sin lägenhet. Den kvällen vågar de inte lämna henne ensam några längre stunder. Maria och Samira pratar efteråt om att de måste ta upp det här med chefen, både Evas situation och hur de som personal ska agera.





### FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Personalen har tillsammans med Evas anhöriga diskuterat och arbetat fram hur Eva kan få en bra dag, vad hon tycker om och inte tycker om. Eva har dock blivit sämre i sin sjukdom. Det märks genom att hon inte längre kan göra och ta till sig sådant hon tidigare tyckte om. Därför planerar teamet en ny kartläggning av hennes behov.



### INVOLVERA ANHÖRIGA

Evas anhöriga behöver informeras om det inträffade och tillfrågas om de kan vara behjälpliga för att arbeta fram nya förebyggande åtgärder.



### BEMÖTANDE- STRATEGIER

Samira och Maria lyckades få Eva lugn genom sitt bemötande. När Samira inte fick kontakt försökte i stället Maria. Hon skapade en bubbla där hon och Eva kunde befinna sig i. Väl inne i lägenheten kunde övriga boende åter få en lugn måltidsmiljö.



### PERSONALEN

Evas utagerande beteende överraskade Samira och Maria. Det var länge sedan hon blev så arg och när det nu hände blev de rädda. Händelsen behöver tas upp i hela personalgruppen. De behöver komma fram till hur de ska agera i liknande akuta situationer. Kanske behöver personalen få lära sig hur de kan ta sig ur olika grepp och undvika slag.



### LEDARSKAPET

Ansvarig chef behöver få vetskap om händelsen för att vara delaktig när de förebyggande och bemötande strategierna ska arbetas fram. Chefen ansvarar också för att se till att allt nytt dokumenteras och att all personal får adekvat utbildning.

## Henry, 85 år



Henry bor i villa i en medelstor stad. Han är änkeman och fick diagnosen Alzheimers sjukdom för två år sedan. Henry är en mycket bestämd man som vet vad han vill – och inte vill. Efter lång övertalning från hans dotter Elisabet gick han till slut med på att ta emot städ- och tvätthjälp. Han har även accepterat matlådor som kombine-

ras med daglig tillsyn. Kommunens hemtjänstgrupp med inriktning på personer med demenssjukdom hjälper honom.

Det senaste halvåret har Henry börjat gå ut på nätterna. Ibland har en granne eller hemtjänstens nattpatrull fått hjälpa honom hem. Elisabet ser med fasa på den kommande vintern. Hon har lyft frågan om att flytta till ett äldreboende men Henry har då bara blivit upprörd. Dottern är också medveten om att en flytt från villan förmodligen skulle innebära att hans psykiska hälsa försämras. Frågan är vad som kan göras för att han inte ska råka illa ut?

### **SITUATION 5: Henry går ut på natten**

Ett möte ordnas hemma hos Henry där biståndshandläggaren deltar. Dottern Elisabet berättar att hon är orolig för att Henry går ut på nätterna. Biståndshandläggaren frågar honom om hur han upplever sin situation. "Det fungerar bra, jag har inga problem med att hitta hem", svarar Henry.

Dagen därpå ringer biståndshandläggaren till Elisabet. Hon har ett förslag på en teknisk lösning. En webbkamera i sovrummet skulle innebära att nattpersonalen kan göra tillsyn utan att Henry behöver få personligt besök – han vill ju inte ha besök på nätterna. Tillsynen görs vid vissa klockslag som man kommer överens om. Kameran är igång en kort stund, en halv till en minut, vilket räcker för personalen att kunna se om Henry är i sin säng och hur han verkar må.

Elisabet tycker förslaget låter intressant. Eftersom Henry är pensionerad ingenjör och teknikintresserad så tror hon att han kan komma att tycka att webbkameran är en bra idé. Men det gäller att presentera den på rätt sätt och vid rätt tillfälle.

Under en middag berättar Elisabet om webbkameran. Henry lyss-



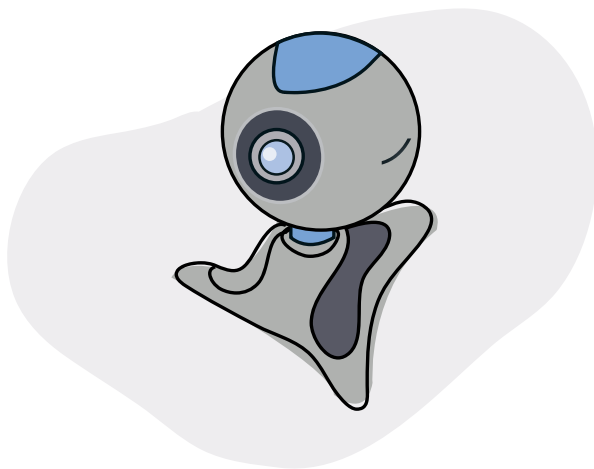
nar nyfiket och frågar en del. Han tvekar först men efter ett tag, när de pratat mer om saken, säger han att webbkameran kanske ändå är bättre än att få besök av olika personer under natten.

Vid installationstillfället bestäms att tillsyn ska göras tre gånger per natt. Om Henry inte är i sin säng görs en ny kameratillsyn fem minuter senare. Är han fortfarande inte i sin säng då så ringer hemtjänsten honom. Svarar han inte i telefonen åker de hem till honom. Är Henry inte hemma ska de kontakta Elisabet. Henry går med på detta.

Webbkameran installeras och kameratillsynen fungerar bra. Henry verkar inte tänka på den längre. En tidig morgon i september väcks Elisabet av att nattpersonalen ringer och säger att Henry inte är hemma. Hon klär sig hastigt och beger sig iväg till hans hus. Personal från hemtjänsten möter upp. De letar igenom hela huset och trädgården, därefter ringer Elisabet polisen. På polisstationen finns en förvirrad man som uppger att han heter Henry. Ett tidningsbud hade hittat honom.

När Elisabet kör hem Henry från polisen funderar hon på hur man kan förhindra att Henry går ut på nätterna. Räcker det verkligen att öka antalet tillsynstillfällen? Hon funderar på om Henry skulle kunna tänka sig att använda GPS-larm som hon har läst om. Hon tar upp frågan, att han behöver någon mer säkerhetslösning, när de sitter och dricker kaffe i Henrys kök. Till hennes förvåning håller Henry med. Han verkar omskakad av morgonens händelser och av att han inte minns att han gick ut.

Elisabeth planerar att ringa biståndshandläggaren så fort hon kan för att höra vad som kan göras för att inte Henry ska riskera att råka illa ut.





### FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Eftersom Henry har stark integritet har det varit en utmaning för dottern, biståndshandläggaren och hemtjänstpersonalen att arbeta förebyggande. De har försökt få honom att acceptera hemtjänstinsatser i små portioner. Nu får Henry hjälp av en hemtjänstgrupp som är specialiserad på personer med demenssjukdom.



### INVOLVERA ANHÖRIGA

I Henrys fall har anhöriga tagit initiativ till hemtjänst från början. När han börjar gå ut om nätterna men fortfarande säger nej till tillsyn samarbetar biståndshandläggaren med Henrys dotter för att få honom att prova en ny teknisk lösning.



### BEMÖTANDE- STRATEGIER

Elisabet vet hur viktigt det är att läsa av Henry och att inte säga saker i onödan som kan göra honom upprörd. Genom att utgå från Henrys perspektiv och välja tillfällen när han är på gott humör så lyckas hon få honom att acceptera förändringar.



### PERSONALEN

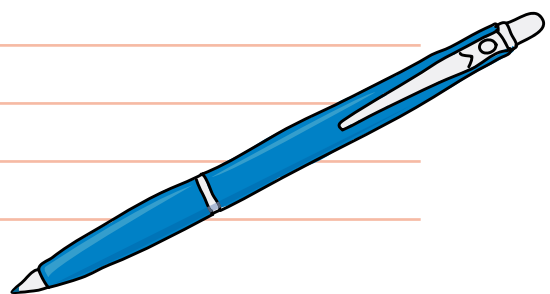
Den specialiserade hemtjänstgruppen bidrar troligtvis till att Henry kan bo kvar längre i sitt hus. All personal har kompetens inom demensområdet och de ser till att det är samma personer som hjälper honom. Personalen i hemtjänstgruppen får regelbunden reflektion och handledning.



### LEDARSKAPET

I det här fallet var det biståndshandläggaren som initierade webbkameran som alternativ till personlig tillsyn. Det är viktigt att det finns en gemensam hållning och att alla vet vad som gäller. Efter den senaste händelsen med polisen är det ännu viktigare att hemtjänstchef och biståndshandläggare arbetar tillsammans med anhöriga för att hitta en fungerande lösning.

## This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue lines. A single vertical red line runs down the right side of the page, creating a margin. In the bottom right corner, there is a drawing of a yellow pencil with a pink eraser and a sharpened lead tip. The entire page is set against a black background.





## 4. Ledarskapet

### Inledning

Som chef kan du bidra till att skapa de rätta förutsättningarna för att förverkliga nollvisionen – en demensvård utan tvång och begränsningar. Genom att tala om och visa vad som är viktigt, uppmuntra och själv föregå med gott exempel kan du bana väg för ett fruktbart förändringsarbete.

För att lyckas behöver du stöd från din egen organisation. Innehållet i detta kapitel vänder sig därför även till ansvariga inom förvaltningar och nämnder, liksom ägare och ledamöter i styrelser för privata vårdföretag som verkar inom demensvården.

I slutet av boken finns Verktygslådan med bland annat aktuella lagar och förklaringar av begreppen samtycke, fullmakt, god man och förvaltare.

### Arbeta med nollvisionen

Att använda tvång eller begränsningar – oavsett anledning – påverkar inte bara en persons värdighet och självaktning. Det kan också kränka mänskliga fri- och rättigheter. Åtgärderna kan i vissa fall även leda till fysisk eller psykisk skada (se sidan 13). Till detta kommer den legala aspekten: det finns idag inget lagstöd för att använda tvingande och begränsande åtgärder i demensvården. Därför behöver arbetet inriktas på att förebygga situationer så att tvingande eller begränsande åtgärder inte ses som enda utvägen.

För att kunna förverkliga nollvisionen behöver såväl chefer och personal som anhöriga vara delaktiga. Genom ett systematiskt arbete kan behovet av tvingande eller begränsande åtgärder minska eller upphöra helt. Det handlar om att kartlägga och anpassa vården och omsorgen samt att ta fram förebyggande åtgärder utifrån varje persons situation.

## Personcentrerad vård och omsorg

En förutsättning för att förverkliga nollvisionen är en personcentrerad vård och omsorg. Målet är att personen ska uppleva sin tillvaro så trygg och meningsfull som möjligt. Detta kräver medarbetare som har förståelse för hur varje enskild person upplever sin tillvaro. Viktigt är också kunskap om personens bakgrund. Vården, omsorgen och bemötandet behöver alltså anpassas efter varje enskild person.

Det gäller att man verkligen bestämmer sig för att sätta de äldre i centrum. Jag tänker att vi kan lära oss av serviceyrkena. Att man så att säga har som affärsmodell att sprida en känsla av gästfrihet. Ja, jag tror att vi kan höja ribban och ställa högre krav på oss själva. Det duger inte att vara sur och vresig på jobbet! Det är en del i de omvårdande yrkena att skapa trygghet, glädje och välkomnande runt patienter och boende.

David Edvardsson, lektor och docent i omvårdnad,  
tidningen Ä, nr 1/2014

## Levnadsberättelsen – ett verktyg

Enligt de nationella demensriktlinjerna ska den personcentrerade omvårdnaden utgå från den information som finns om varje persons livsmönster, värderingar och preferenser. I levnadsberättelsen (se sidan 19) kan viktig information om personen dokumenteras. Levnadsberättelsen är ett verktyg för att lära känna och förstå en person. En del kan dock uppleva det som för privat att berätta om sitt liv eller att låta en anhörig göra det. Personalen behöver därför informera om syftet med levnadsberättelsen och visa ödmjukhet inför det som kommer fram.

Informera anhöriga om att levnadsberättelsen bidrar till en personcentrerad vård och omsorg. God kunskap om personen kan innebära att situationer undviks där personalen ställs inför dilemmat; att värna personens självbestämmande och integritet eller att använda tvång eller begränsningar för att skydda henne.

## **Tänk på att:**

- Personen och anhöriga alltid informeras om att det är frivilligt att dokumentera en levnadsberättelse.
- Om personen inte vill förmedla sin levnadsberättelse ska det respekteras och dokumenteras i journalen.
- Uppdatera levnadsberättelsen efterhand om ny information kommer fram.
- Förvara levnadsberättelsen inlåst så endast berörda medarbetare kan läsa den.

## **Involvera anhöriga**

Det är viktigt att anhöriga involveras i arbetet med nollvisionen. De behöver få veta vad lagen säger samt vilka metoder och arbetssätt som verksamheten använder, för att undvika tvång eller begränsningar.

Genom att ge tydlig och konkret information och finnas tillgänglig för frågor kan missförstånd undvikas. Ankomstsamtalet är ett tillfälle då mycket information ges – det måste därför få ta tid. För en del anhöriga blir det för mycket att ta till sig allt på en och samma gång. Dela därför gärna upp informationen och ge den vid olika tillfällen.

Muntlig information kan med fördel kompletteras med skriftlig. Svenskt Demenscentrum har tagit fram en anhörigskrift om nollvisionen. Se [www.demenscentrum.se/Nollvision](http://www.demenscentrum.se/Nollvision)

Nollvisionen kan vara ett lämpligt tema vid en anhörigträff. Då kan man ta upp nollvisionen som förhållningssätt, vanliga missförstånd kring användandet av tvingande eller begränsande åtgärder och hur sådana åtgärder kan undvikas.

I Verktygslådan finns ett informationsblad om nollvisionen som kan delas ut till anhöriga. Det kan laddas ned och skrivas ut från [www.demenscentrum.se/Nollvision](http://www.demenscentrum.se/Nollvision)



## **Diskutera nollvisionen på arbetsplatsen**

En viktig förberedelse i förändringsarbetet är att diskutera med personalen om vad nollvisionen kommer att innebära för just er. Här är några frågor som kan tas upp:

- Vad innebär den lagstiftning vi har idag?
- Hur kan en person påverkas av tvång eller begränsande åtgärder?
- Hur ser det ut i vår verksamhet? Hur arbetar vi idag?
- Hur vill vi att det ska se ut? Hur ska vi arbeta?
- Vad är viktigast att börja med?

## **Kartläggningen – ett teamarbete**

Som chef är det viktigt att befrämja ett bra teamarbete. Att genomföra en kartläggning (se sidan 21) kräver att olika yrkesgrupper samarbetar. Omsorgspersonalen följer personen under större delen av dygnet och brukar veta bäst hur personen fungerar och mår. Sjuksköterskan och läkaren ansvarar för de medicinska och kognitiva bedömningarna och för läkemedelsgenomgången. Arbetsterapeuten och fysioterapeuten bedömer funktionsförmågan. De kan tillsammans med omsorgspersonalen se över den fysiska och psykosociala miljön.

Som chef kan du skapa tid för möten och underlätta för övrig kommunikation. Efterfråga resultat och genomför uppföljningar för att hålla dig uppdaterad.

Kartläggningen görs för att få ett underlag så att svåra beteenden och symptom kan förebyggas. Den syftar till att identifiera utlösande faktorer som gör att personen till exempel blir orolig och aggressiv eller drabbas av vanföreställningar. Kartläggningen görs av teamet i samarbete med anhöriga och, om möjligt, med personen ifråga. Anhöriga kan ge viktig information om och tips på vad som kan oroa den närstående och hur ett beteende kan avledas.

En kartläggning bör alltid göras när det sker förändringar i personens funktion, beteende eller situation och som en del i en återkommande uppföljning. Resultatet används sedan för att ta fram förebyggande åtgärder och bemötandestrategier.



## Förebyggande åtgärder

När kartläggningen är genomförd kan förebyggande åtgärder planeras. De ska innehålla konkreta råd och tips på vad personalen bör tänka på i arbetet med varje person. Åtgärderna ska stödja och stärka personens självkänsla och förhindra allvarliga situationer. De bör diskuteras och ändras vid behov.

Det är viktigt att det finns dokumentation som beskriver hur en person bäst bör bemötas och att alla i personalgruppen vet var informationen finns.

Med en tydlig arbetsgång och regelbundna uppföljningar kan behovet av tvång eller begränsningar minska eller upphöra helt.

BPSD-registret kan vara ett värdefullt verktyg i det förebyggande arbetet. Det är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. Registret har fokus på att minska BPSD-symptom (Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens) genom olika åtgärder. Även Checklista demens kan vara användbar i det förebyggande arbetet. Läs mer om BPSD-registret och Checklista demens på sidan 38.

## Agera i allvarliga situationer

Trots en noggrann kartläggning och förebyggande åtgärder kan allvarliga situationer ändå uppstå. Personen kan då riskera att skada sig själv eller sin omgivning. I sådana lägen är det viktigt att all personal känner till hur de ska agera:

- Se över säkerheten för alla inblandade.
- Om beteendet är känt sedan tidigare, använd de bemötandestrategier som tagits fram.
- Sträva efter att undvika tvång eller begränsningar.

Kom ihåg att analysera den uppkomna händelsen. Utred möjliga orsaker, vad som hände, hur personalen försökte lösa situationen och vad som behöver förändras i arbetet framöver. Uppdatera bemötandestrategier och dokumentera i SoL- och HSL-journaler. Se även besluts-schemat på sidan 46.

## Om tvång och begränsningar används

Personalen måste ha kunskap om att användandet av tvingande åtgärder saknar stöd i lagen. Men de behöver också känna till undantagen, att åtgärderna kan vara nödvändiga som tillfälliga lösningar på beteenden som orsakar akut fara för personen själv eller omgivningen.

Alla beslut om att använda tvång innebär svåra etiska och juridiska problem. Ska personalen ta till tvång eller begränsningar för att skydda personen och omgivningen? Eller ska de undvika sådana åtgärder för att inte kränka personens integritet och värdighet? Om en tvingande åtgärd bedöms som enda utväg måste personalen vara medvetna om de konsekvenser som kan följa av att den används.

Om tvång eller begränsningar används:

- Se över säkerheten för alla inblandade.
- Observera och övervaka personen. Återgå till tvångsfria åtgärder så snart som möjligt.
- Se över hur personalens arbete och struktur kan anpassas till situationen. Kanske behövs extrapersonal?
- Upprätthåll personens bekvämlighet och säkerhet (möjliggör toabesök, servera mat etc).
- Skriv en rapport om missförhållanden. Vid allvarliga händelser görs en lex Sarah- eller lex Maria-anmälan (se sidan 49).
- Använd rapporten om missförhållanden för att ta fram strategier så att liknande situationer undviks i framtiden.

Den nämnd som ansvarar för en verksamhet inom socialtjänsten ska fastställa rutiner för hur missförhållanden och risker för missförhållanden ska rapporteras, utredas och avhjälpas. Det ska även finnas rutiner för hur allvarliga missförhållanden anmäls. Läs mer om lex Maria och lex Sarah i Verktygslådan på sidan 81.

## Utbildning stärker kompetensen

Grunden för personalens arbete är kunskap om demenssjukdomar och vilka funktionsnedsättningar de kan leda till. Svenskt Demenscentrums avgiftsfria webbutbildningar *Demens ABC* och *Demens ABC plus Särskilt boende* respektive *Hemtjänst* kan öka kompetensen hos dina medarbetare.

I utbildningspaketet *Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar* ingår, förutom denna bok, en webbutbildning och en mobil för vård- och omsorgspersonal samt en mobilapp och en skrift för anhöriga. Dessutom finns en film för dig som är chef. Detta kan fungera som startskott för att utveckla nollvisionen på din arbetsplats.

Vill du fördjupa diskussionen kring tvång och begränsningar kan du ta hjälp av frågeställningarna i Verktygslådan, se sidan 96.

## Reflektion utvecklar dina medarbetare

I arbetet med människor händer då och då oförutsedda saker. En personalgrupp som ska klara av att fatta nya och kloka beslut i svåra situationer behöver ges möjligheter till utvecklingsinriktat lärande. Som chef kan du skapa förutsättningar för det genom regelbunden reflektion i arbetet.

Reflektionsmöten kan öka förståelsen för arbetet och bidra till att utveckla dina medarbetares kompetens:

- Utse en reflektionsledare, gärna en utbildad sådan.
- Avsätt tid för reflektion, helst schemalagda möten, se till att det finns vikarier och en lokal där mötet kan hållas ostört.
- Skapa en tydlig ansvarsfördelning mellan dig, reflektionsledaren och arbetslaget.
- Se till att du har en stödjande och coachande roll till reflektionsledaren och arbetslaget.
- Ha beredskap för det som kan komma upp under reflektionstillfället, till exempel att införskaffa olika hjälpmedel, kompetensutveckling för medarbetarna eller möjligheter till handledning om reflektion inte räcker till.

Vid strukturerade reflektionsmöten kommer alla till tals. Det gör att individen och gruppen stärks och utvecklas. Se de regelbundna reflektionsmötena som en investering, något som bidrar till att utveckla den personcentrerade vården och omsorgen. Här är några frågor som kan användas för att ge struktur åt reflektionsmötena. De är hämtade från Gibbs reflektionscykel (se referens, sid 97):

- Beskrivning: Vad hände?
- Känslor: Vad tänkte du? Vad kände du?
- Värdering: Vad var positivt? Vad var negativt?
- Analys: Vad kan du lära dig av detta?
- Slutsats: Kunde du ha gjort något annat?
- Handlingsplan: Om det händer igen, vad skulle du göra då?

Allt hänger ihop. De äldres trivsel och personalens trivsel. Det visar också vår forskning. Det är väldigt viktigt att det finns möjlighet att återkommande granska sitt arbete och reflektera över vad som kan göras annorlunda.

David Edvardsson, lektor och docent, tidningen Ä, nr 1/2014

## Ta fram en arbetspolicy

En policy på arbetsplatsen är ett bra verktyg för att förverkliga nollvisionen. Policyn beskriver hur enheten kan arbeta för att skapa en vård utan tvång och begränsningar. Observera att policyn inte kan formuleras förrän arbetet har kommit en bit på väg och rutiner är framtagna och förankrade.

## Så här kan en arbetspolicy se ut

Arbetspolicy på: (enhetens namn) \_\_\_\_\_

### ***Så här arbetar vi med information:***

- Nollvisionen tas upp på varje APT.
- Nyanställda får information om nollvisionen och vad den innebär.
- Anhöriga får regelbunden information via ankomstsamtal, samtal med den kontaktansvarige för personen samt vid gemensamma anhörigmöten två gånger per år.

### ***Så här arbetar vi med personcentrerad vård och omsorg:***

- En levnadsberättelse tas fram för samtliga personer som gett sitt samtycke.
- Utifrån kunskap om varje person planeras individuella aktiviteter för varje person på boendet. Aktiviteterna ska dokumenteras så att alla vet hur de ska genomföras.
- Uppföljning av Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg vid demens görs för varje person genom att använda Checklista demens regelbundet.

### ***Så här arbetar vi förebyggande:***

- Rutiner är framtagna för varje profession; vem som gör vad i kartläggningen och hur informationen sprids och dokumenteras.
- Rutiner är framtagna för vilka som ansvarar för regelbundna bedömningar av den fysiska och psykosociala miljön.
- Samtliga förebyggande åtgärder är dokumenterade och finns lättillgängligt förvarade.
- Åtgärderna följs upp regelbundet.

### ***Så här arbetar vi med bemötandestrategier:***

- Under varje teammöte diskuterar vi de boendes behov utifrån genomförda kartläggningar och framtagna bemötandestrategier.
- Vid reflektionsmöten diskuteras situationer och händelser där vi ser ett behov av att utveckla arbetet.
- Rutiner är framtagna för vad som gäller i en akut situation, dvs. en situation som inte kunnat förutses och inte kunnat hindras.
- Bemötandestrategierna följs upp regelbundet.

### ***Så här arbetar vi med kompetensutveckling:***

- Vi har regelbundna reflektionsmöten för all personal.
- Vi har regelbundna tider för utbildning eller annan kompetenshöjande insats.
- Vid allvarliga situationer skriver vi en rapport om missförhållanden eller anmäler vårdskada. Rapporten används sedan som grund för diskussioner i arbetsgruppen om hur situationerna kan undvikas i framtiden.

### **Följ utvecklingen med SveDem**

Svenska Demensregistret (SveDem) är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med SveDem är att få kunskap för att kunna skapa en likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom i Sverige. Det är även användbart lokalt, bland annat för att följa utvecklingen och analysera användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder på den enskilda arbetsplatsen.

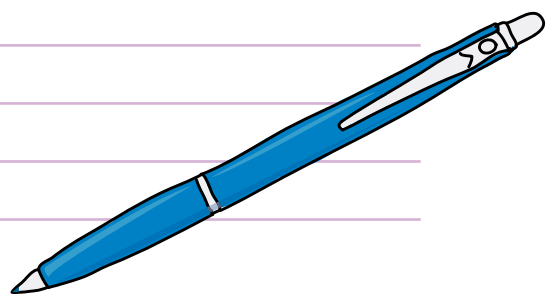
Det är mest specialistkliniker och vårdcentraler som använder SveDem. Men efter att en så kallad SÄBO-modul lanserades härom året har särskilda boenden nu börjat ansluta sig. De får på så sätt tillgång till rapporter som bland annat kan visa om ett förändringsarbete leder till förbättringar. En hemtjänstmodul, liknande den som finns för särskilt boende, är planerad till 2018.

### **Till sist...**

I handboken har vi beskrivit arbetet med att kartlägga utlösande faktorer, planera förebyggande åtgärder och ta fram bemötandestrategier. Handboken beskriver också hur viktigt det är att dokumentera resultaten av kartläggningen och de förändringar som görs.

Ett väl fungerande förbättringsarbete är en ständigt pågående process. Att förverkliga nollvisionen är därför ett långsiktigt arbete.

## This image shows a blank sheet of white paper with horizontal purple lines. A blue pen is positioned at the bottom right corner, pointing towards the center of the page. The pen has a silver-colored clip and a small silver ring near the tip. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page.









## Lagar som berör tvång och begränsningar

Detta avsnitt är baserad på följande källor: Socialstyrelsens meddelandeblad. Tvångs och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna, nr 12/2013; Lagen om psykiatrisk tvångsvård, 1991:1128; Socialstyrelsens handbok för tillämpning av bestämmelserna om lex Sarah (2014); Socialstyrelsens föreskrifter om lex Maria, SOSFS 2005:28.

### **Regeringsformen**

Den enskildes rätt till integritet och att inte utsättas för tvingande eller begränsande ingrepp från samhället slås fast i *regeringsformen* som är en grundlag. Enligt *regeringsformen* 2 kap. 20-24 §§ krävs stöd i lag för att begränsande åtgärder ska få genomföras. I socialtjänsten finns sådana begränsningar genom *lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga* (LVU) och i *lagen om vård av missbrukare i vissa fall* (LVM). I hälso- och sjukvården finns motsvarande reglering i *lagen om psykiatrisk tvångsvård* (LPT).

### **Tvångsvård vid allvarlig psykisk störning**

Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) kan komma ifråga när patienten själv inte kan eller inte vill medverka. Det krävs dock att patienten lider av en allvarlig psykisk störning, till exempel psykos, depression med suicidrisk eller svår personlighetsstörning med impulsgenombrott av psykotisk karaktär. På grund av det psykiska tillståndet och personliga förhållandet skall det finnas ett nödvändigt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom inläggning

Patienten skall motsätta sig frivillig vård eller inte själv kunna ta ställning till detta. I LPT sägs bland annat att tvångsvård får ges endast om (samtliga kriterier nedan måste vara uppfyllda):

- patienten lider av en allvarlig psykisk störning,
- patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård, och

- patienten motsätter sig sådan vård som sägs (ovan) eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke.

Som allvarlig psykisk störning räknas alltid tillstånd av psykotisk svårighetsgrad, oavsett etiologi, det vill säga. tillstånd med störd verklighetsuppfattning och något av symptomen: förvirring, tankestörningar, hallucinationer eller vanföreställningar. Tvångsvård enligt LPT kräver vårdintyg som endast får utfärdas av läkare särskild undersökning.

### ***Tvång som inte regleras i särskild lag***

I socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) finns inga bestämmelser om tvång eller begränsningar när det gäller personer med demenssjukdom. Det innebär att regeringsformen gäller fullt ut, det vill säga sådana åtgärder är inte tillåtna. I akuta fall kan dock den så kallade nödrätten åberopas.

### ***Nödrätten***

I Brottsbalken finns bestämmelser om ansvarsfrihet för handlingar vid nödvärn och nöd. Bestämmelserna innebär att en person kan gå fri från ansvar för gärningar som är straffbara under andra förhållanden. Socialstyrelsen har försökt förtydliga vad som gäller inom vård och omsorg när det gäller nödrätten specifikt:

Bestämmelsen om nödrätt innebär att en person är fri från ansvar om han eller hon handlar i nöd för att avvärja fara för liv, hälsa, egendom eller något annat som är av rättsordningen skyddat intresse. I det här sammanhanget (vård och omsorg) gäller det främst fara som hotar liv och hälsa. Handlingen måste dock vara försvarlig med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt, vilket innebär att handlingen måste stå i proportion till den fara som föreligger.

För att en nödhandling ska vara försvarlig krävs i princip att det någon gör i nöd ska skydda något av betydligt större vikt än det som offras, och normalt också att handlingen har varit behövlig. Det ska inte gå att lösa situationen på något annat sätt.

Nödbestämmelsen ska endast tillämpas i undantagsfall. Nödrätten får inte ligga till grund för rutinmässiga ingripanden, utan ska användas vid en enstaka händelse. Därför torde det inte gå att vidta åtgärder inom vård och omsorg under en längre tid med motiveringen att det är fråga om en pågående nödsituation. Denna begränsning är särskilt betydelsefull när det gäller vård och omsorg om vuxna personer med

varaktigt nedsatt beslutsförmåga, till exempel vissa personer med demenssjukdom eller utvecklingsstörning.

### **Lex Sarah**

Om till exempel en anställd har använt våld eller tvång i en akut situation kan det vara ett missförhållande enligt bestämmelserna om lex Sarah, om handlingen medför hot eller konsekvenser för en enskilds liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Då spelar det ingen roll om det kan anses vara en nödsituation eller inte. Definitionen av missförhållande skiljer inte på varför någon gör eller inte gör något, och därför kan även något någon gör i nöd för att avvärja hot mot liv och hälsa vara ett missförhållande.

I och med att ett missförhållande rapporteras kommer sådana händelser också att ingå i det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetens mål måste vara att försöka undvika situationer där det kan bli aktuellt att avvärja fara för liv och hälsa med våld eller tvång. Därför är det viktigt att ansvariga för verksamheten följer upp varje tillfälle när en sådan situation har inträffat. På så sätt kan verksamheten se om det finns något gemensamt för de situationer där det uppstår fara för liv och hälsa.

Bestämmelserna om lex Sarah syftar inte till att hindra att handlingar i nöd vidtas för att avvärja fara för till exempel en enskilds hälsa, men väl till att försöka undvika situationer där det kan bli aktuellt.

Rapporten och dokumentationen av lex Sarah-utredningen innehåller information om den situation då våld eller tvång har använts mot en enskild i en nödsituation. Det kan också vara något som ska dokumenteras i den enskildes personakt enligt 11 kap. 5 § SoL respektive 21a § LSS.

Dokumentationen om den enskilde ska bland annat beskriva åtgärder i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Att våld eller tvång använts i en situation torde både vara en faktisk omständighet och en händelse av betydelse och omfattas därmed av dessa bestämmelser.

### **Lex Maria**

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. I detta syfte ska hälso- och sjukvårdspersonalen, enligt lex Maria, rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. När vårdgivaren tar emot en rapport om en händelse

som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska det rapporterade utredas. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

## **Samtycke**

I vård- och omsorgsarbetet ställs personalen många gånger inför frågan om en persons möjlighet och förmåga att samtycka till en åtgärd. Ibland ställs personalen också inför anhöriga som hävdar att de för personens talan och kräver att tvingande åtgärder används för att skydda den närstående.

Nedan finns ett längre stycke om vad som är samtycke och hur och när det gäller. Texten kommer från Socialstyrelsens meddelandeblad nr 12/2013: Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna.

Begreppet samtycke innebär i generell mening accepterande eller godtagande av föreslagna villkor. Inom hälso- och sjukvård och socialtjänst avses dock oftast en något begränsad form av överenskomst, vilken skulle kunna karaktäriseras som ett tillåtande av den andra partens agerande snarare än som ett avtal mellan två jämbördiga parter. Förutsättningar för ett samtyckes rättsliga giltighet är att:

- det har lämnats av någon som är *behörig* att förfoga över det aktuella intresset (dvs. av personen själv)
- den samtyckande är kapabel att förstå innebörden av samtycket
- vederbörande har haft full insikt om relevanta omständigheter
- samtycket har lämnats frivilligt
- samtycket är allvarligt menat

Att ett samtycke uppfyller alla förutsättningar för giltighet vid tidpunkten för dess avgivande betyder inte att det gäller för all framtid. En person kan när som helst återkalla sitt samtycke. Även om samtycket inte återkallas kan det också av andra skäl upphöra att gälla. För att ett samtycke till en viss åtgärd ska tillerkännas rättslig relevans måste det föreligga vid tidpunkten för åtgärdens genomförande.

### **Samtycke från den enskilde**

Insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bygger på frivillighet och förutsätter den enskildes samtycke.

- Ett samtycke kan vara uttryckligt. Med ett sådant samtycke avses att man aktivt antingen skriftligen eller muntligen eller genom t.ex. en jakande nick ger sitt samtycke till en viss åtgärd.
- Ett samtycke kan också vara konkludent. Ett sådant samtycke består i att den enskilde agerar på ett sätt som underförstått visar att han eller hon samtycker, t.ex. genom att underlätta åtgärdens genomförande.
- En annan typ av samtycke är det presumerade samtycket. Ett sådant samtycke bygger på att den som ska vidta åtgärden förutsätter att den är förenlig med den enskildes vilja utan att samtycket har kommit till uttryck.
- Med ett inre samtycke avses situationer då den enskilde är fullt medveten om vad som planeras och faktiskt samtycker till åtgärden i fråga, men inte på något sätt låter detta samtycke komma till uttryck. Det går i denna situation endast att anta eller presumera att den enskilde samtycker. Ett sådant antagande måste bygga på att den berörde har informerats om den planerade åtgärden och då inte har gett uttryck för någon motvilja mot att den genomförs.

Kraven på samtyckets art bör ställas högre om åtgärderna är av särskilt ingripande natur. Exempel på sådana åtgärder är fastspänning i bälte och inlåsning.

### **Samtycke från god man och förvaltare**

Att ge vård och omsorg mot en vuxen persons vilja eller att använda tvångsåtgärder kräver stöd i lag. Därmed följer att en god man eller förvaltare inte kan samtycka till vård och omsorg mot den enskildes vilja eller till användning av tvångsåtgärder.

### **Samtycke från anhörig**

Anhöriga och andra närstående har idag inte några rättsliga befogenheter att agera som ställföreträdare för en vuxen person. Att ge vård eller omsorg mot en vuxen persons vilja eller att använda tvångsåtgärder kräver stöd av lag. Därmed följer att anhöriga eller annan närstående inte kan samtycka till vård eller omsorg mot den enskildes vilja eller till användning av tvångsåtgärder.

Anhöriga kan inte heller beordra personal eller ställa krav på att personal ska utföra vård eller omsorg mot en persons vilja eller att använda olika tvångsåtgärder.

## Fullmakt / God man / Förvaltare



I kontakten med anhöriga kan det vara bra att informera om vad man kan och får göra för att hjälpa sin närstående. Det är också bra att påminna om att se till att giltiga ID-handlingar finns i ett tidigt skede av sjukdomen.

### Ställföreträdare

Vuxna personer som inte själva kan tillvarata sina rättigheter kan få hjälp genom fullmakt, god man eller förvaltare i nämnd ordning. Utgångspunkten när en prövning görs (se nedan) är att den minst ingripande åtgärden ska användas för att den hjälpbehövandes självbestämmanderätt ska bevaras i så hög grad som möjligt. Det gör att beslut om förvaltare bara får tas om det inte är tillräckligt med godmanskap. Och innan godmanskap kanske det räcker med en fullmakt (generalfullmakt).

### Generalfullmakt

I början av demenssjukdomen är det bra att skriva en generalfullmakt. Den innebär att *fullmäktigen* (som tar emot fullmakten) har rätt att sköta *fullmaktsgivarens* (som utfärdar fullmakten) ekonomiska angelägenheter och praktiska ärenden samt bevaka personens intressen.

Det finns inga regler för hur en fullmakt ska vara skriven, förutom att det ska framgå vad den omfattar och vem som är fullmaktsgivare och fullmäktigen. Dokumentet behöver inte bevittnas men det är bra om vittnen intygar att innehållet ger uttryck för fullmaktsgivarens vilja.

Det är viktigt att både fullmäktigen och fullmaktsgivaren har klart för sig att fullmakten endast gäller så länge personen har beslutsförmåga, det vill säga kan ta in och förstå information och meddela egna beslut.

### Framtidsfullmakt

Om en demensjuk person vill försäkra sig om att en nära anhörig, eller annan person, ska kunna fatta beslut åt henne även senare i sjukdomsförloppet, när hon förlorat beslutsförmågan, måste en framtidsfullmakt upprättas. Framtidsfullmakt, som infördes i lagstiftningen

den 1 juli 2017, förutsätter att fullmaktsgivaren är minst 18 år och beslutskapabel när den upprättas. Till skillnad mot en generalfullmakt måste den bevitnas av två samtidigt närvarande personer när den undertecknas.

En framtidsfullmakt kan omfatta både ekonomiska och personliga angelägenheter, till exempel att ansöka om särskilt boende, med undantag för sjukvård och tandvård. Besluten får inte leda till tvång eller begränsningar av personen.

Framtidsfullmakten kan när som helst återkallas, så länge som fullmaktsgivaren har beslutsförmåga. Om ingen framtidsfullmakt har upprättats och beslutsförmåga saknas behöver den demenssjuke personen en god man eller förvaltare. Ansökan kan göras av anhöriga och överförmyndare men även vårdpersonal, om de ser att personen har sådana behov.

I Verktygslådan på webben finns ett exempel på fullmakt för nedladdning: [www.demenscentrum.se/Nollvision](http://www.demenscentrum.se/Nollvision)



## **God man**

En person som på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande har svårt att sköta sin ekonomi, bevaka sina rättigheter i samhället eller ta hand om sina personliga angelägenheter, kan få en god man. En god man fungerar som personens förlängda arm och röst i samhället. Han eller hon kan ge hjälp och stöd i olika situationer och beslut.

Ansökan (eller anmälan från personalen) går till tingsrätten som kan begära yttranden från huvudmannen, make eller sambo, barn, andra närstående, överförmyndaren, vårdinrättning eller socialtjänsten. Om personen inte kan föra sin egen talan krävs även läkarintyg vid ansökan.

Den person som behöver hjälpen bestämmer själv om han eller hon vill ha en god man och kan när som helst säga upp godmanskapet. God man och personen ska vara överens om hur och vad god man ska hjälpa till med. Om det ingår i uppdraget att sköta ekonomin, måste god man alltid betala räkningar och skulder.

Huvudmannen kan fortfarande fatta egna beslut. Men då god man ska ge råd och stöd är det viktigt att diskutera saker med personen, innan beslut fattas.

## **Förvaltare**

Förvaltare hjälper till med i stort samma saker som god man. Men att ha en förvaltare är inte alltid frivilligt. Tingsrätten kan utse en förvaltare för personer som behöver skyddas mot någon annan eller mot sig själva. Det kan finnas någon i omgivningen som försöker utnyttja huvudmannen ekonomiskt eller så kanske huvudmannen själv har svårt att förstå och se till sitt eget bästa. En förvaltare kan ensam bestämma över huvudmannens ekonomi. Att ha förvaltare innebär också att huvudmannen inte kan teckna kontrakt eller köpa saker på avbetalning.

### **God man eller förvaltare kan:**

**FÖRVALTA EGENDOM:** Det innebär att god man hjälper personen med hans eller hennes ekonomi, det vill säga lägger upp budget, betalar räkningar och skulder. Om personen har en fastighet, aktier eller andra värdepapper, kan god man hjälpa honom eller henne att se till att dessa sköts väl och att pengarna är väl placerade.

**BEVAKA RÄTT:** Det innebär att god man hjälper personen att bevaka att dennes rättigheter i samhället respekteras och att personen får den hjälp han eller hon behöver och har rätt till. God man kan söka olika former av bidrag och hjälpinsatser, överklaga beslut och företräda personen i olika situationer, exempelvis på ett vårdplaneringsmöte.

**SÖRJA FÖR PERSON:** Det innebär att god man hjälper personen och ser till att han/hon får den dagliga vård och omsorg som behövs, och att personen har ett bra boende och fungerande sysselsättning. God man kan också hjälpa till med att ansöka om kontaktperson som kan följa med ut för att handla kläder, gå på bio eller fika, eller en ledsagare som kan följa med till tandläkare, läkare eller frisör.

### **Vad skiljer god man och förvaltare?**

När det gäller förvaltarskap ska alla förutsättningar för god man vara uppfyllda. Men förvaltaren behöver inte personens samtycke, till skillnad mot god man. Om det finns fara för skadliga rättshandlingar kan förvaltaren gå in. Den enskilde tappar sin rättshandlingsförmåga i de delar där förvaltaren har behörighet. Läkarintyg krävs alltid men en förvaltare kan, liksom god man och anhöriga, *inte* ta beslut i socialtjänst- eller sjukvårdsfrågor.



## Läkemedelsrekommendationer vid BPSD

Utdrag ur *Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom – BPSD*. Läkemedelsverket, 5:2008:(19)5

### **Sammanfattande praktiska rekommendationer**

1. Utredning/kartläggning av symtom, tänkbara orsaker och utlösande moment samt eventuella pålagrade psykiska eller kroppsliga sjukdomar.

2. Översyn av farmakologisk behandling: Överväg utsättande av läkemedel med potentiellt negativ effekt på centrala nervsystemet och insättande av behandling för förbättring av den kognitiva förmågan. Tidigt insatt grundbehandling mot Alzheimers sjukdom kan minska risken för utveckling av BPSD.

3. 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 såsom hemtjänst där demenssköterska/motsvarande spelar en central roll. Coping-stöd för både patient och anhöriga. Avlastning för anhängvårdare.
- För patienter i särskilt boende: Utbildning/information/patientrelaterad handledning till personalen.
- Speciellt viktigt är en god miljö, tillräcklig personaltäthet och anhörigas medverkan.

4. Vid otillräcklig effekt ställningstagande 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 patient eller andra kan risperidon i dos

upp till 1,5 mg/dag prövas. Preparatet skall användas mycket restriktivt på grund av en 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.

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att de initiala interventionerna vid BPSD bör vara av icke-farmakologisk art. Generellt innebär det 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 mänskligt förhållningssätt grundläggande i vården av personer med demenssjukdom och BPSD.

## **Definition**

Begreppet BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia) myntades 1996 som ett samlingsnamn för ett antal vanliga, icke-kognitiva symtom vid demenssjukdom. BPSD beskrivs dels som förändrade beteenden som är belastande för personen och andra människor, dels som psykiska symtom av sådant slag som också kan uppträda hos personer utan demens såsom ångest och hallucinationer. BPSD-begreppet är ifrågasatt. Det saknas en enhetlig definition av fenomenet som är en sammanfogning av olika symtom med olika svårighetsgrad vid olika demensdiagnoser.

I dagsläget saknas även ingående kunskap om naturalförlopp hos olika typer av beteendemässiga och psykiska symtom för olika diagnoser. Ett försök till en mer specifik beskrivning finns i en nyligen publicerad europeisk studie på 2 800 patienter med demens. Man kunde med faktoranalys identifiera fyra olika symtomkluster – affektiva symtom, psykotiska symtom, hyperaktivitet och apati, som alla uppträdde oavsett typ av demens, kön och ålder.

Konfusion (delirium) är en vanlig orsak till BPSD-symtom vid 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 och mellan dagar. Läkemedel, kroppslig sjukdom eller miljö kan vara utlösande.

Behandling av konfusion är specifik och bör riktas mot de identifierade utlösande faktorerna.

Det är av största vikt att i varje enskilt fall analysera patientens symtomkonstellation för att kunna optimera behandlingen. BPSD-begreppet som sådant är alltför heterogent för att låta sig behandlas som en enhet. Nedanstående rekommendationer har som ambition att specificera för vilka symtom en viss behandling kan vara effektiv. Att BPSD-begreppet trots detta förekommer i dessa behandlingsrekommendationer betingas dels av att termen ändå används frekvent och dels av att många av de studier som ligger till grund för rekommendationerna inte närmare specificerar symtomen.

AD kan här tjäna som exempel på demensform med gradvis sviktande funktioner. Nedan beskrivs ett typiskt förlopp över tid.

**MILD DEMENS:** Nedgång i IADL-funktioner (Instrumentell ADL [Activity of Daily Living], till exempel att handla, städa, tvätta), inaktivitet/ nedstämdhet, ångest/oro, irritabilitet/likgiltighet/ glättighet. Egen insikt finns oftast. Störning i episodiskt närminne, vissa svårigheter att hitta ord, nedsatt simultanförmåga.

**MILD-MÅTTLIG DEMENS:** Fortsatt nedgång i IADL-funktioner. I övrigt som ovan fast egen insikt kan både finnas och saknas. Dessutom tydliga närminnesstörningar, bristande orientering till aktuella förhållanden, nedsatt problemlösning, begynnande problem med att uttrycka sig och förstå och att hitta.

**MÅTTLIG-SVÅR DEMENS:** Nedgång i PADL-funktioner (Personlig ADL, det vill säga personlig omvårdnad, hygien, att äta och klä sig). I övrigt som ovan fast egen insikt saknas. Nedsatt när- och fjärrminne, svårigheter att uttrycka sig och förstå, hitta, läsa, skriva, räkna, rita tänka abstrakt, störd varseblivning.

**SVÅR DEMENS:** Fortsatt nedgång i PADL-funktioner inklusive gångförmåga. Inaktivitet, ångest/oro, aggressivitet, skrikbeteende, vanföreställningar/ hallucinationer. Egen insikt saknas. Uttalade när och fjärrminnesstörningar, mycket begränsad förmåga att tala och att förstå, att hitta och att känna igen.

## **Utredning**

En förutsättning för den fortsatta vården är en adekvat demensutredning med specifik diagnostik och insättande av medicinska åtgärder eller omvårdnadsåtgärder. Om möjligt skall behandling av demenssjukdomen påbörjas. Detta innebär att den demenssjuke, närstående och vårdpersonal också får information om sjukdomen och dess konsekvenser.

Utredning av BPSD bör omfatta noggrann anamnes med kartläggning av vilka symtom som föreligger. Närstående och/eller vårdpersonal bör intervjuas om symtomdebut, frekvens, tid under dygnet, i vilket sammanhang som symtomet uppstår och relation till omgivningen, till exempel om symtomen provocerats fram. Därtill skall en analys av individens möjlighet att få sina basala mänskliga behov tillfredsställda ingå. Det kan röra sig om närhet, fysisk kontakt, meningsfull syssla, rörlighet/aktivitet, mag-tarmfunktion, vikt, nutrition, vattenkastning och sömn. Även bedömning av omgivande miljö och interaktion med personal skall göras. En grundlig medicinsk bedömning inklusive fysisk och psykisk status, sanering av läkemedel med ogynnsam effekt och vid behov mer riktad undersökning (laboratorieprover, datortomografi och neuropsykologiska bedömningar) bör ingå.

En gedigen utredning är således en förutsättning för adekvata åtgärder. Dessa kan vara alltifrån stöd och kompetensinsatser för närstående och vårdpersonal till behandling av smärta. Som regel kan ett sådant multifaktoriellt omhändertagande påtagligt reducera och förebygga BPSD samtidigt som den sjukes oberoende kan upprätthållas så långt det är möjligt. Detta kan möjliggöra mindre oro, högre livskvalitet för individen och en förbättrad arbetsmiljö för närstående och personal.

## **Farmakologisk behandling**

Studier av läkemedelsbehandling vid BPSD är sparsamma och för flera läkemedel saknas underlag för att kunna bedöma möjliga effekter. Samtidigt finns inom området BPSD en stor klinisk erfarenhet av läkemedelsanvändning och många gånger ett starkt kliniskt behov att använda läkemedel. Mot detta skall ställas en risk för överanvändning av läkemedel med potentiellt allvarliga biverkningar på oklara indikationer, ofta under långa perioder.

Nedanstående rekommendationer grundar sig på den evidens som finns att tillgå i kontrollerade studier. Enskilda patienters svar på behandling kan avvika från de presenterade gruppresultaten. Det kan också ibland föreligga behov av läkemedelsanvändning vid tillstånd

där vetenskaplig dokumentation för effekt idag saknas. Mot bakgrund av ovanstående är kravet på en systematisk handläggning (observation, analys, åtgärd, utvärdering) och tydlig dokumentation särskilt viktigt vid handläggning av BPSD.

## ***Antipsykotiska läkemedel***

### **Bakgrund**

Det var tidigare vedertagen praxis inom såväl somatisk som psykiatrisk långtidsvård att behandla olika icke-kognitiva symtom vid demens med antipsykotiska läkemedel. Många patienter behandlades under åtskilliga år, ofta med en kombination av hög- och lågdospreparat, som levomepromazin och haloperidol. Bakgrunden till detta var preparatens väldokumenterade effekt mot psykotiska symtom, agitation och aggressivitet vid schizofreni. Inom demensvården kom emellertid antipsykotiska läkemedel även att användas mot ospecifika symtom som oro, ångest, vandrande och ropbeteende. Utvärderingen av effekter skedde dock inte från ett helhetsperspektiv. Minskning av beteendesymtom åstadkoms oftast till priset av försämrade kognitiva och motoriska funktioner.

Gemensamt för de antipsykotiska läkemedlen är en varierande grad av antidopaminerg effekt. Preparaten har även inverkan på serotoninerga, histaminerga och kolinerga mekanismer. Den första generationens preparat av högdostyp hade en uttalad, dosberoende sederande effekt och antikolinerga biverkningar, medan lågdospreparaten framför allt gav extrapyramidala biverkningar. Efter introduktionen av andra generationens antipsykotiska läkemedel (ofta benämnda atypiska neuroleptika) kom risperidon alltmer att ersätta haloperidol i klinisk praxis, främst på grund av lägre risk för parkinsonism och andra extrapyramidala biverkningar. För haloperidol anges i godkänd produktresumé fortfarande indikationen ”konfusionstillstånd hos äldre”, men inte specificerat för demenssjukdom. Vetenskaplig dokumentation för denna indikation saknas.

### ***Slutsatser antipsykosläkemedel – effekt***

Det finns en liten, statistiskt signifikant positiv effekt på aggressivitet respektive vanföreställningar/hallucinationer för risperidon jämfört med placebo. För olanzapin finns inte lika stark evidens för effekt. För quetiapin saknas stöd för effekt. Haloperidol har denna effekt i högre doser men användningen begränsas av biverkningar.

I de aktuella prövningarna ses genomgående en hög placeboeffekt.

En möjlig orsak till detta kan vara att deltagandet i studien i sig ger positiva effekter på patienter och/eller anhöriga/andra vårdgivare. En annan förklaring är att symtomen är fluktuerande och går i regress spontant.

## ***Farmakologisk behandling – övriga läkemedel***

### **Acetylkolinesterashämmare**

Utöver effekt på kognition och global funktion har acetylkolinesterashämmare även bedömts avseende effekter på BPSD. Ett fåtal studier belyser behandling av BPSD med acetylkolinesterashämmare. Flertalet studier har dock inte haft BPSD-behandling som primärt utfallsmått. Sammanfattningsvis har endast några enstaka studier visat en begränsad effekt på BPSD (Evidensstyrka 2b).

Acetylkolinesterashämmare kan påverka kognitiv förmåga men det saknas kunskap om effekt på BPSD. De rekommenderas därför inte som rutinbehandling av BPSD men kan i det enskilda fallet ha positiv effekt.

### **Memantin**

Memantin har en begränsad positiv effekt på kognition och global funktion vid behandling av måttlig till svår demenssjukdom orsakad av Alzheimers sjukdom. Memantin har studerats vid svår demens där BPSD är vanligt. Det finns enstaka originalstudier som primärt inriktat sig på effekten av memantin på BPSD. Däremot finns det flera efteranalyser av effekt på BPSD gjorda på studier som haft andra primära utfallsmått. Det finns även metaanalyser som särskilt belyst effekten av memantin på BPSD. Några studier har prövat kombinationen acetylkolinesterashämmare med tillägg av memantin.

I tillgängliga data noteras dels att memantin ger en måttlig men signifikant reduktion av symtom som agitation och aggressivitet (Evidensstyrka 2a), dels att memantin minskar risken för uppkomst av BPSD. Memantin har som regel få biverkningar. Mot den bakgrunden kan memantin prövas för behandling av BPSD om icke-farmakologisk behandling givit otillräcklig effekt (Rekommendationsgrad B).

### **Antidepressiva läkemedel**

Depressiva symtom, agitation och irritabilitet är vanliga symtom vid demenssjukdom. Symtomen kan vara en del i demenssjukdomen eller en samtidigt föreliggande depressionssjukdom.

Personer med demenssjukdom som uppfyller kriterierna för depression bör behandlas enligt gängse rekommendationer (se Läkemedelsverkets rekommendation ”Farmakoterapi vid unipolär depression hos vuxna och äldre”). Förstahandsval är SSRI-preparat. Tricykliska antidepressiva läkemedel har påtagliga antikolinerga biverkningar och skall därför inte användas vid samtidig demenssjukdom.

Patienterna kan även ha depressiva symtom liksom agitation och irritabilitet som delsymtom på själva demenssjukdomen. Det finns ett fåtal studier som utvärderar effekten av SSRI (citalopram och sertralin) och SNRI (venlafaxin) på dessa symtom. Det saknas studier på andra antidepressiva läkemedel.

Antidepressiva läkemedel har även studerats vid AD utan tecken till depression. Positiva effekter har noterats på symtom såsom agitation och irritabilitet. Tillägg av sertralin till patienter med AD som behandlats med donepezil har visat minskade BPSD-symtom.

Citalopram och sertralin kan därför prövas vid framför allt irritabilitet och aggressivitet om ickefarmakologisk behandling inte gett tillräcklig effekt (Rekommendationsgrad B). Det är dock viktigt att framhålla att såväl irritabilitet som aggressivitet kan vara symtom på mani/hypomani där antidepressiva läkemedel kan förvärra bilden.

### **Anxiolytika**

Bensodiazepiner har studerats vid BPSD i endast en placebokontrollerad studie av korttidseffekter. Lorazepam skiljde sig då från placebo (Evidensstyrka 2b). Biverkningar är påtagliga med ökad risk för fall och påverkan på kognitiva funktioner och ibland paradoxala reaktioner såsom ökad agitation. Vid uttalad ångest och orostillstånd visar den kliniska erfarenheten att kortverkande bensodiazepiner kan användas (Rekommendationsgrad D). Inga hållpunkter finns dock för positiva effekter vid regelbunden användning.

Många äldre har haft en långtidsbehandling och kan förväntas ha utvecklat ett beroende. Utsättning av bensodiazepiner kan i sådana fall leda till utsättningsreaktioner med svår oro/ångestsymtom och i dessa fall kan det vara svårt att helt sätta ut behandlingen. Nyinsättning av regelbunden bensodiazepinbehandling kan således inte rekommenderas vid BPSD.

### **Klometiazol**

Klometiazol är godkänt för behandling av sömnstörning och agitations- och förvirringstillstånd inom geriatriken.

Denna registrering skedde i slutet av 1960- talet och baserar sig mer på beprövad erfarenhet än på välgjorda kontrollerade studier.

Även idag saknas kliniska studier av klometiazols effekter på BPSD. Preparatet har också potentiellt allvarliga biverkningar och det föreligger en påtaglig risk för beroende. Inom slutenvård och under strikt kontroll kan klometiazol provas i akuta situationer (Rekommendationsgrad D).

### **Pregabalin**

Det saknas studier på pregabalin vid behandling av BPSD. Pregabalin har frekventa och ibland allvarliga biverkningar och rekommenderas inte vid behandling av BPSD (Rekommendationsgrad D).

### **Antiepileptika**

Karbamazepin visade viss effekt på BPSD i några små studier av pilotkaraktär (Evidensstyrka 2b). Karbamazepin har frekventa, ibland allvarliga biverkningar och interagerar med många läkemedel. Karbamazepin rekommenderas inte vid behandling av BPSD (Rekommendationsgrad B).

Valproat har prövats i ett fåtal studier på BPSD där effekten inte skilde sig från placebo (Evidensstyrka 3a). Valproat har frekventa och ibland allvarliga biverkningar och rekommenderas inte vid behandling av BPSD (Rekommendationsgrad B).

Topiramat har prövats i en retrospektiv öppen studie på BPSD (Evidensstyrka 4). Topiramat rekommenderas inte för behandling av BPSD (Rekommendationsgrad C). För information om biverkningar av ovan nämnda preparat hänvisas till respektive läkemedels produktresumé samt till bakgrundsmanus till denna behandlingsrekommendation.

### ***Slutsatser – övriga läkemedel***

SSRI-preparat är förstahandsval vid depressiva symtom och kan provas vid irritabilitet, agitation och oro. Klometiazol eller oxazepam kan provas under kort tid vid behov av akut sedation och med adekvat övervakning av patienten. Memantin kan ha effekt vid främst agitation och aggressivitet.

SSRI-läkemedel kräver ofta flera veckors behandlingstid för effekt. Om övriga läkemedel 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.



## Informationsblad till anhöriga

# NOLLVISION

### Informationsblad till anhöriga

Den här informationen har tagits fram för att uppmuntra dig som anhörig att diskutera hur vården och omsorgen av din närstående kan bli trygg och säker utan tvång eller begränsningar. Vi arbetar för en nollvision när det gäller användning av tvång eller begränsningar. Då menar vi alla handlingar, anordningar eller åtgärder som hindrar din närståendes rörelsefrihet eller att själv bestämma.

#### Varför har vi en nollvision?

Vi vet att användningen av tvingande eller begränsande åtgärder kan kränka en individs integritet, värdighet, självaktning och stolthet och åsidosätta mänskliga rättigheter. I vissa fall kan åtgärderna medföra både fysiska och psykiska skador.

#### Vad innebär nollvisionen konkret?

Nollvisionen innebär att ledning och personal inte stödjer handlingar eller användandet av anordningar som din närstående inte samtycker till. Det kan handla om:

- Mekaniska åtgärder som sänggrindar eller bälten.
- Låsta dörrar, om det inte är nödvändigt i akuta situationer.
- Elektroniska larm eller övervakningsutrustning.

#### Hur arbetar vi för att undvika tvång eller begränsningar?

En vård och omsorg utan tvång eller begränsningar innebär att personal och chefer alltid ser till att din närståendes personliga integritet och mänskliga rättigheter beaktas. Det gäller särskilt om din närstående får ett förändrat beteende på grund av sin demenssjukdom.

#### Vanliga missförstånd kring användandet av tvång eller begränsningar:

**ANTAGANDE:** Tvång och begränsningar minskar risken för fall och förhindrar skador.

**FAKTA:** Forskning har visat att det är tvärtom. Risken för fall och skador minskar om sådana åtgärder undviks.

**ANTAGANDE:** Användandet av tvång eller begränsningar är för den boendes bästa.

**FAKTA:** Om rörelsefriheten begränsas kan det resultera i förstoppning, inkontinens, trycksår, förlust av ben- och muskelmassa eller gångsvårigheter. Åtgärderna kan också ge panikkänsla och ökad rädsla, tristess och förlorad värdighet.

**ANTAGANDE:** Tvång och begränsningar gör vården mer effektiv.

**FAKTA:** Även om åtgärderna kan ses som en lösning på kort sikt, skapar de ett ökat beroende och begränsar både personalens förmåga till kreativa lösningar och den personcentrerade vården och omsorgen, som vi vet är viktig.

Vi kommer att arbeta tillsammans med dig för att ta reda på och möta din närståendes behov. Vi kallar det för en personcentrerad vård och omsorg.

Vi vet att det förebyggande arbetet är nyckeln till en miljö utan tvång eller begränsningar och samarbetet med dig är viktigt.

#### Men...

Trots att det inte finns något stöd i lagen för att få använda tvång och begränsningar kan åtgärderna ändå bli nödvändiga i akuta situationer, om din närstående riskerar att skada sig själv eller andra. Om det inträffar kommer vi utreda varför det hände och arbeta för att det inte ska ske igen.

För oss är det viktigaste att se till att allvarliga situationer inte uppstår. I det arbetet är du som anhörig en viktig person.

I Verktygslådan på webben kan du ladda ned informationsbladet till anhöriga: [www.demenscentrum.se/Nollvision](http://www.demenscentrum.se/Nollvision)



## Förslag på frågor till internutbildning

# NOLLVISION

Hur kan vi agera när den personcentrerade vården och omsorgen inte räcker till?

- Vilka situationer kan uppstå där det förebyggande arbetet med bemötandestrategier inte räcker till?

# NOLLVISION

### Förslag på frågor till internutbildning

Följande delar är förslag på innehåll som kan finnas med i ett utbildningsprogram för att förankra nollvisionen i verksamheten:

#### Om tvingande åtgärder

- Vad säger lagen om och vad räknas som tvingande och begränsande åtgärder?
- Diskutera de negativa följderna: Tvingande åtgärder minskar inte risken för fall eller skador, är inte alltid för den boendes bästa och gör inte vården mer effektiv.

#### Nollvisionen som förhållningssätt

- Vad innebär nollvisionen på vår arbetsplats?
- Hur ser vi på innebörden av begreppet?
- Finns det några hinder för att förverkliga nollvisionen?
- Vad är det värsta som skulle kunna hända, om inte tvingande åtgärder används?
- Vilka hinder finns med en nollvision?

#### Metoder och bemötandestrategier för att utveckla det personcentrerade arbetet

- Hur arbetar vi idag?
- Behövs mer kunskap om bemötande, sjukdomar och arbetsmetoder?
- Arbetar vi alla likadant? Hur kan olika bemötande påverka personen?
- Känner vi alla personer på boendet? Hur kan vi arbeta för att få känna dem bättre och utveckla det personcentrerade arbetet?

#### Metoder och rutiner för att utveckla det förebyggande arbetet

- Hur kan vi utforma rutiner och ansvarsområden så att varje person får en kroppslig, funktionell, psykologisk, kognitiv, psykosocial bedömning?
- Vem bedömer den fysiska boendevillan?
- Hur kan vi utveckla vårt multiprofessionella arbete?
- Behövs fler möten och hur kan vi säkerställa att alla tar till sig och läser dokumentationen?

#### Samarbete och kommunikationen med anhöriga

- Vilken information får anhöriga om nollvisionen och i vilken form?
- Hur vet vi att informationen är tydlig och når fram?
- Vilket ansvar har chafen för informationen och vilket ansvar har respektive kontaktperson?
- Behöver vi skapa ny information, tex. i skrift eller ska vi anordna möten?

1 / 2

Svenskt Demenscentrum • [www.demenscentrum.se/nollvision](http://www.demenscentrum.se/nollvision) • 08-690 50 00 • [info@demenscentrum.se](mailto:info@demenscentrum.se)



I Verktygslådan på webben kan du ladda ned frågorna i dokumentet ovan: [www.demenscentrum.se/Nollvision](http://www.demenscentrum.se/Nollvision)

## Läs mer

Alzheimer Europe. The ethical issues linked to restrictions of freedom of people with dementia. Luxembourg (2012).

Aremyr G, Wijk H. Miljöanpassningar som stödjer aktivitets- och delaktighetsförmåga för personer med demens. Myndigheten för Delaktighet. (2014).

BPSD-registret, [www.bpsd.se](http://www.bpsd.se)

Cummings et al. Neuropsychiatric Inventory Scale. NPI-skalan (1994).

Decision making tool: Supporting a restraint free environment in residential aged care. Department of Health and Ageing. Australia (2011).

Decision making tool: Supporting a restraint free environment in community aged care. Department of Health and Ageing. Australia (2011).

Gibbs G. 1988. Learning by doing: a guide to teaching methods. (En reflektionsmodell). Further education Unit, Oxford, Polytechnic, Oxford (1988).

Inspektionen för vård och omsorg (IVO), [www.ivo.se](http://www.ivo.se)

James I. Lie therapy: person centre care. DSIDC Autumn Conference, Dublin (2012).

Kulneff S. Resultatet av grupparbeten kring symtom, orsaker och åtgärder. BPSD-registret (2013).

Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom – BPSD (5:2008).

Nationalt videnscenter for demens. Bedre behandling og pleje af mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Danmark (2011).

Patientsäkerhetslagen: Skyldigheten för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. 3 kap. 3 § (2010:659).

Ragnarsdottir B. Här är ditt liv, Greta Pettersson. Gothia Fortbildning, (2011).

Socialstyrelsen. Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9).

Socialstyrelsen. Lex Sarah. Handbok för tillämpning av bestämmelserna om lex Sarah (2013).

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (uppdaterad upplaga publiceras 2017).

Socialstyrelsen. Tvågs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna. Meddelandeblad nr 12/2013.

Socialtjänstlagen: Skyldigheten för den som bedriver socialtjänst att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande. 14 kap. 6 § (2001:453).

SOU – Statens offentliga utredningar. Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården. SOU 2006:110.

Svenskt Demenscentrum. Checklista demens. Laddas ner från: [www.demenscentrum.se/Checklistademens](http://www.demenscentrum.se/Checklistademens)

Svenskt Demenscentrum. För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården (2010).

Svenskt Demenscentrum. Vad kan Sverige lära? Tvingande skyddsåtgärder i Norge, England och Holland (2013).

## Läs även våra böcker *Om demenssjukdom*



## **NOLLVISION – för en demensvård utan tvång och begränsningar**

### ***Ett utbildningspaket från Svenskt Demenscentrum***

I utbildningspaketet Nollvision ingår, förutom denna handbok, en webb-utbildning för vård- och omsorgspersonal samt en film för dig som arbetar som chef. En mobilapplikation tas fram till både personal och anhöriga. Utbildningspaketet innehåller även en skrift till anhöriga.

Läs mer på [www.demenscentrum.se/Nollvision](http://www.demenscentrum.se/Nollvision)





## **Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar**

Du som möter personer med demenssjukdom i ditt arbete ställs ibland inför besvärliga situationer. En del symptom och beteenden är svåra att bemöta och kan leda till att personer riskerar att komma till skada. Låsa dörren, sätta brickbord på rullstolen eller andra tvångsåtgärder kan då uppfattas som något nödvändigt ont. Men det finns ofta alternativ som är bättre och dessutom förenliga med svensk lagstiftning.

Denna bok från Svenskt Demenscentrum vill både inspirera och ge verktyg för att utveckla det personcentrerade arbetssättet. En personcentrerad vård och omsorg är nyckeln till att kunna förebygga svåra situationer och utveckla strategier för att bemöta dem, om de ändå uppstår. Bokens titel är också vår förhoppning och ett mål att sträva mot: Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar.



**Svenskt Demenscentrum**

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



Svenskt Demenscentrum