

Arbetsterapiprogram Demens

Inledning

I Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom betonar man vikten av samverkan mellan olika professioner för att se personen ur ett personcentrerat perspektiv (1). Arbetet med personer som har demenssjukdom är ett teamarbete som gäller hela vårdkedjan.

Syfte

Syftet är att ge vägledning till hur arbetsterapeuter i region och kommuner arbetar för att följa de nationella riktlinjerna för personer med demenssjukdom. Programmet tydliggör de olika arbetsterapeutiska insatserna på de olika vårdnivåerna.

Mål

- Att alla personer som får eller redan har diagnosen demens ska få likvärdiga arbetsterapeutiska insatser på de olika vårdnivåerna.
- Alla arbetsterapeuter, som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom ska ha kunskap om demenssjukdomar. <http://www.demenscentrum.se/Utbildning/>
- Arbetsterapeuten ska vara en del i teamet och medverka i vårdkedjan på och mellan de olika vårdnivåerna.

Metod

Programmet är baserat på Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 Socialstyrelsen (1).

Enligt de nationella riktlinjerna rekommenderas åtgärder enligt prioriteringsordning 1-10 där 1 har högst prioritet (1).

Den arbetsterapeutiska modellen vi utgått från är Occupational Therapy Intervention Process Model, OTIPM (9). Med OTIPM som utgångspunkt beskrivs fas för utredning och målformulering, intervention och utvärdering (bil 1).

Värdegrund och mål

Personer med demenssjukdom ska:

Behålla sin integritet och sitt självbestämmande

Ha tillgång till insatser på jämlika villkor och att insatserna är lättillgängliga

Bemötas med respekt

Känna sig trygga

Erbjudas säker och likvärdig vård oavsett kön, etnicitet, ålder, diagnos eller bostadsort (2).

Målet är högsta möjliga livskvalité för personer med demenssjukdom och deras anhöriga, att minska lidande och att hjälpa människor att leva ett så aktivt och normalt liv som möjligt, oavsett vilken grad av demenssjukdom personen befinner sig i. Vården ska vara personcentrerad vilket innebär att varje person möts utifrån sin aktuella situation och där den enskilde personens förmågor tas tillvara (1-2). FSA:s etiska kod menar att arbetsterapiens unika fokus är meningsfulla aktiviteter och att målet för arbetsterapi är att stödja personens förmåga till aktivitet och delaktighet på ett sätt som främjar möjligheterna att leva ett så gott liv som möjligt. Detta ska ske med utgångspunkt från personens syn på sin situation och sina behov, samt med hänsyn till möjligheter och hinder i omgivningen (10).

Vad är demens?

Demens kan yttra sig på olika sätt beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas. Vanligen

försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. Språk, tidsuppfattning och orienteringsförmåga är andra kognitiva förmågor som påverkas negativt. Även oro, nedstämdhet och beteendeförändringar kan tillhöra sjukdomsbilden. Symtomen leder till att personer med demens har svårt att klara sin tillvaro utan stöd från närstående. Demens är inte en följd av naturligt åldrande (11).

Demens • DSM-IV-kriterierna

För att ställa diagnosen demens behöver vi idag använda oss av de internationella kriteriematerialerna. I Sverige används vanligen DSM IV (11). En nedsättning av flera kognitiva funktioner som varat i minst 6 månader.

Nedsättningen visar sig genom:

1. nedsatt minnesfunktion (bristande förmåga att lära in något nytt och att minnas vad som tidigare lärts in)

2. minst en typ av följande störningar:

- afasi (språkstörning)
- apraxi (oförmåga att utföra ändamålsenliga rörelser trots intakta motoriska funktioner)
- agnosi (bristande förmåga att känna igen eller identifiera föremål trots intakt sensorisk funktion)
- störning av exekutiva funktioner (d v s planera, organisera, rangordna, tänka abstrakt)

Den kognitiva funktionsnedsättningen förorsakar en betydande försämring av aktivitetsförmågan. Det påverkar även sociala och/eller yrkesmässiga funktioner och representerar en betydande sänkning från en tidigare funktionsnivå. Den kognitiva funktionsnedsättningen förekommer inte enbart i samband med konfusionstillstånd (11).

Vårdkedja

En grundläggande förutsättning för en god demensvård är ett nära samarbete mellan arbetsterapeuter/team i kommun, primärvård och specialistvård. Arbetsterapeuter träffar personer i olika nivåer i vårdkedjan. I primärvården vid basal demensutredning och i specialistvården vid utvidgad demensutredning. I kommunen träffar arbetsterapeuten personer med demenssjukdom i både ordinärt boende och särskilt boende.

Förslag på kvalitetsindikatorer vid bedömning.

Typ av problem i utförande

- Fysisk ansträngning
- Tids- och rumsineffektiv, organisation av aktivitet
- Säkerhetsrisk
- Behov av assistans
- Socialt acceptabelt
- Verbalisering att personen inte är nöjd med sitt utförande av uppgifter, upplever smärta under utförandet osv.

Grad av problem

Tid

- Duration
- Frekvens

Nivå

- Ingen
- Lätt
- Måttlig
- Stor
- Total

När arbetsterapeuten observerat och bedömt personens aktivitetsutförande måste hon/han beskriva kvaliteten i de handlingar som utfördes (9).

Ansvarsområden inom Demensutredningen

I de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom rekommendation att personer som söker för demensutredning i första hand ska få en basal utredning. Detta ska göras av ett multiprofessionellt team då det behövs bedömningar och åtgärder av flera yrkesgrupper vid utredning av demenssjukdom. Detta har enligt socialstyrelsen prioritet 2 (1). I de fall då detta ej är tillräckligt för att fastställa diagnos så bör en utvidgad utredning ske. Utredningen sker genom intervju med person och anhörig/närstående samt även av observation och analys av utförande i aktivitet. Identifiering av självskattade styrkor och svagheter med utförandet av meningsfulla uppgifter, aktiviteter för personen. Vid behov tar arbetsterapeuten del av befintlig dokumentation från annan vårdgivare/arbetsterapeut eller annan instans. Den arbetsterapeutiska bedömningen förutsätter kunskaper i neuropsykologi.

Primärvård, basal utredning

Enligt nationella riktlinjer bör basal utredning göras i först hand. Den ska innehålla en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga som ska göras av arbetsterapeut, prioritet 1 (1). Inkommande ärenden, skriftlig eller muntlig remiss från vårdcentral, läkare eller sjuksköterska. Följande åtgärder och instrument rekommenderas för utredning:

- Intervju med anhörig - Anhörigintervjun av Åstrand (13).
- Intervju med personen - Intervjuguiden vid demensutredning, Luleå/Boden (4), och/eller ADL-taxonomi Törnquist och Sonn (14).
- Aktivitetsbedömning som görs i hemmet med stöd av Kognitiv checklista vid arbetsterapeutisk bedömning av ADL-förmåga (15).
- Test som genomförs med personen – MMSE-SR, (16). Klocktest (17).

Vid behov av fortsatta insatser överrapporteras detta till berörd vårdgivare efter samtycke från person.

Specialistvård, utvidgad utredning

Utvidgad utredning kan ske när osäkerhet om diagnos föreligger. För utvidgad utredning krävs att den basala utredningen fullföljts (1), se FAKTA.

Kommunens arbetsterapi inom vård och omsorg

Arbetsterapeuter möter personer med demenssjukdom inom ordinärt boende (personen kan ha stöd av hemtjänst eller demenssteam) och inom kommunala särskilda boenden i form av korttidsboende, växelvård, demensboenden, gruppboende, daglig verksamhet och LSS-boenden.

Personcentrerad vård och omsorg

Att arbeta personcentrerat är en av grundförutsättningarna för en god vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Det är den demenssjuke personen som ska sättas i fokus med sin personlighet och upplevelse av verkligheten och inte enbart demenssjukdomen. Detta ska genomsyra arbetsätt och bemötande. Enligt Nationella riktlinjerna prioritet 1.

Teamarbete

Multiprofessionella team ska enligt de Nationella riktlinjerna finnas i vård och omsorg med den demenssjuke, detta har prioritet 2 (1). Arbetsterapeuten är en del i teamet. För att få en bra grund för teamsamverkan kan man använda sig av vård- och omsorgsplaneringar, genomförandeplaner, nationella kvalitetsregister som Senior Alert (25) och skattning av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD), (8, 26). Närstående är en viktig samarbetspartner tillsammans med den demenssjuke.

Utbildning

I Nationella riktlinjerna prioriteras utbildning och handledning högt, detta har prioritet 1 (1, 24). Arbetsterapeuten kan medverka till att ge kunskap, utbildning och handledning till personer med demenssjukdom, närstående, hemtjänst och personal i särskilt boende (8). Alla i det multiprofessionella teamet behöver kompetensutveckling.

Aktiviteter för en meningsfull vardag

I nationella riktlinjerna är ”Deltagande i individuellt anpassade aktiviteter inklusive fysisk aktivitet” prioritet 1 (1,24). Arbetsterapeuten kan göra aktivitetsbedömning för att tydliggöra vad personen kan och vad personen behöver stöd med i aktivitetsutförandet. Exempelvis kan man göra vardagen mer begriplig och hanterbar genom att använda strategier till att få en struktur som passar individen. Arbetsterapeuten kan även ge råd och stöd till närstående och personal i närmiljön och där igenom främja ett bemötande som kan möjliggöra förmåga till aktivitet och delaktighet hos den demenssjuke.

Förslag på bedömningsinstrument och checklistor:

- ADL-taxonomin (14)
- Kognitiv checklista vid arbetsterapeutisk bedömning av ADL-förmåga (15)
- Intervjuguide vid demensutredning
- Intervjuguide vid demensutredning, ändrad ordningsföljd (6)
- PRPP (20)
- Aktivitetsbedömning, stöd för analys (28, sid 74-78)
- Checklista för demens och utvecklingsstörning (29)
- Tidiga tecken – kartläggningssverktyg utvecklingsstörning (30)

Fysisk miljö

En anpassad och personcentrerad miljö utifrån den demenssjuke kan ge stöd i att bevara aktivitetsförmåga och ge trygghet (31, 32). Arbetsterapeutiska åtgärder för att anpassa den fysiska miljön kan t.ex. gälla framkomlighet, kontraster, färgmarkeringar och bildstöd. Arbetsterapeuten gör bedömning om behov angående bostadsanpassning och skriver Bostadsanpassningsintyg, exempelvis spisvakt. Den fysiska miljön på särskilda boenden ska vara personligt utformad och hemlik. Detta har prioritet 1 enligt nationella riktlinjer (1).

Använda hjälpmedel

Arbetsterapeut bedömer behov och förskriver hjälpmedel. Behovet varierar utifrån vilket skede av sjukdomen personen befinner sig och eventuella andra sjukdomar/funktionsnedsättningar. Hjälpmedel kan behövas i ett tidigt skede för att möjliggöra inläring. Det är viktigt att hjälpmedlen tränas in och följs upp då behovet förändras under sjukdomens gång. De personer som finns nära den demenssjuke får ofta en viktig roll i att kunna använda och träna in kognitiva hjälpmedel (28). Erbjudandet av kognitiva hjälpmedel prioritet 4 (1). Ge stöd och följ upp kognitiva hjälpmedel har

prioritet 2 (1).

Trygg vård och omsorg – ett teamarbete

Fallrisk

Vid demenssjukdom fördubblas fallrisken (24). Arbetsterapeuten kan vara delaktig i bedömningar gällande fallrisk. Viktigt att man utreder orsak till fall (33). En multifaktoriell intervention har enligt Nationella riktlinjer prioritet 1 (1). Det innebär att flera fallförebyggande åtgärder sätts in samtidigt, multifaktoriell interventionen. Det kan vara utbildning om fallrisk, fysisk träning, hjälpmedel, individuellt anpassad tillsyn, förändring av boendemiljö och medicinöversyn (24).

Undernäring

Ätbeteende och ät-förmåga kan påverkas av demenssjukdom vilket kan leda till undernäring. En bedömning av måltidssituation kan göras av arbetsterapeut för att ta fram åtgärder och strategier och eventuella hjälpmedel (25).

Prioriteringen enligt Nationella riktlinjerna (1) är: vid vikt förlust är det prioritet 1 att utreda ätproblemen samt vid undernäring så ska nutrition intervention göras, prioritet 1. För personer med måttlig till svår demenssjukdom, där sjukdomen har gått så långt att personen i fråga behöver stöd för att äta, så ska ätproblemen diagnostiseras med strukturerat bedömningsinstrument prioritet 2. Att ge individuellt anpassat stöd vid måltiden är prioritet 2 (24).

Munhälsa

Nedsatt munhälsa kan bidra till sår i munnen, smärta och undernäring vilket i sin tur kan leda till nedsatt aptit/matvägran eller aggressivitet (25). Uppmärksamma behov av förebyggande åtgärder, exempelvis klarar/kommer personen ihåg att borsta tänderna självständigt? (2)

Trycksår

Trycksår är en risk relaterat till nedsatt rörlighet och nedsatt ät-förmåga och arbetsterapeut kan medverka i att förebygga och behandla trycksår (25). Enligt Nationella riktlinjer prioritet 1 (1).

Passivitet

Demenssjukdomen leder till att personens förmåga att utföra olika aktiviteter i det dagliga livet successivt försämras. Personen får svårt att ta initiativ och kan bli passiv. Detta kan motverkas genom att ge personen möjlighet att delta i individuellt anpassade aktiviteter som till exempel hushållssysslor, utomhusvistelse, underhållning, musik och dans, prioritet 1 (24). Arbetsterapeuten kan göra bedömning av aktivitetsförmåga, ge råd och stöd, förskriva hjälpmedel och anpassa den fysiska miljön.

Skyddsåtgärder

Skyddsåtgärder kan ibland vara nödvändiga då personens handlande riskerar att utsätta sig själv eller andra för fara. Exempel på skyddsåtgärder kan vara rullstolsbord, rullstolsbälte, larm och sänggrindar och arbetsterapeuten är ofta förskrivare. Socialstyrelsens trycker på att individuell bedömning måste göras i varje enskilt fall och i varje situation och varje gång. Man bör överväga om andra åtgärder kan sättas in istället för skyddsåtgärd. Personen själv ska samtycka eller om det är svårt måste man försöka avläsa hur personen upplever en viss åtgärd, s.k. konkluderande samtycke. Val av åtgärd ska fattas vid gemensamma vårdplaneringar och regelbundet följas upp (34,35).

BPSD, Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demenssjukdom

BPSD (26) omfattar en rad olika symtom som orsakar ett stort lidande för personen med demenssjukdom men även för närstående. Nittio procent av alla personer med demenssjukdom drabbas någon gång av BPSD-symtom som exempelvis; aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. Symtomen måste identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder sätts in. Att arbeta med BPSD-registret i teamsamverkan gör att man får ett verktyg för detta och struktur i vårdarbetet, Arbetet utmynnar i framtagande av bemötandeplaner och vårdåtgärder för att komma till rätta problemen och minska symtomen, samt att vården blir personcentrerad.

Arbetsterapeuten är en viktig del i teamet (8, 26). Att utreda bakomliggande orsaker till BPSD-symtomen och åtgärda dessa är prioritet 1 enligt Nationella riktlinjerna (24). Samverkan mellan vårdnivåer Många kommuner har egna lokala samverkansprogram utifrån de regionala riktlinjerna. Det finns många utvecklingsmöjligheter för kommuner och landsting med stöd utifrån de nationella riktlinjerna.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, stöd för styrning och ledning 2010, (art.nr 2010-5-1) Socialstyrelsen, ISBN 987-91-86585-18-1
2. Vårdprogram för personer med demenssjukdom i Dalarna, Region Dalarna, 2013-03-22 3. Arbetsterapiprogram Generellt, Landstinget Dalarna, Tvärgruppen i arbetsterapi 2008, Landstinget Dalarna/vårdverktyg
4. Falck, A et al, Arbetsterapiprogram för personer med demenssjukdom inom primärvården Boden Luleå, 2005 annika.falck@nll.se
5. Andersson, S et al Arbetsterapiprogram Demens, Region Skåne Susanne Andersson, Psykiatrikliniken USiL, https://www.skane.se/Upload/Webbplatser/ERAS/Dokument/Evidensarbeten/Demens%20arbetsterapiprogram_120119_3.pdf
6. Arbetsterapi i primärvård vid demens och demensliknande tillstånd, Landstinget Gävleborg http://www.regiongavleborg.se/Global/Jobba_med_oss/vardgivarportalen/halsoval/dokument_och_rutiner/Vardprogram/Arbetsterapi_i_primarvard_vid_demens_och_demensliknande_tillstand.pdf
7. Demens i utredningsfasen - arbetsterapiprogram Arbetsterapiprogram Värmland
9. Fischer, A. G (2009) A model for planning and implementing top-down, client-centered and occupation-based interventions. For Collins, CO: Tree Star Press.
10. FSA's etiska kod, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2012 <http://www.arbetsterapeuterna.se/Min-profession/Kompetensutveckling/Forbundetsforlag/Etisk-kod-for-arbetsterapeuter-FSA-2012/>
11. Svenskt demenscentrum <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/>
12. Ergoterapi og hjerneskade, I-L Kristiansen, Egmont Nielsen 2011
14. Törnquist, K, & Sonn, U. (2001) ADL-taxonomi, en bedömning av aktivitetsförmåga 11 15. Kognitiv checklista, Region förbundet Örebro, mars 2012 <https://www.regionorebrolan.se/Files/sv/%C3%96rebro%20%C3%A4ns%20landsting/Regional%20utveckling/V%C3%A4rd%20och%20folk%C3%A4lsa/OVK%20nya/Rehabilitering/Rehabilitering/Kognitiv%20checklista%20ADL-bed%C3%B6mning%20mars%202012.pdf>
16. Folstein, et al Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of persons for the clinician. Journal of Psychiatric research, 1975;12: 189-198
17. Klocktest, Shulman et al. The challenge of time. Clock drawing and cognitive function in the elderly. Int J Geriatric Psychiatry 1986; 1: 135-140
19. PRPP (Perceive, Recall, Plan, Perform) utgår från Occupational Performance Model (Australia) <http://www.occupationalperformance.com>
20. AMPS, Fisher, A. Assessment of Motor and Process Skills. Volume 1-Development, Standardization and Administration Manual. Fifth edition. Colorado: Tree Star Press
21. KSB, Kognitiva Screeningbatteriet, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, institutionen för neurovetenskap, Pfizer AB, 191 90 Sollentuna, projektledare Roger Lydén
22. Wilson, B, Cockburn J, Baddeley, A Rivermead behavioral test, Thames Valley Test Company, 1991 Psykologiförlaget AB
23. Häger, I-B, Hamlin, A-M. (1999). Arbetsterapeutisk bedömning av Djupa, bakre, främre kognitiva funktioner. Jönköpings läns landsting, Värnamo sjukhus, Samrehab

24. Guiden till Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom", Svenskt demenscentrum 2013 andra upplagan
25. Senior Alert www.kunskapsguiden.se/aldre/Kunskapsunderlag/nationella kvalitetsregister
26. BPSD - Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, www.bpsd.se/
27. Regionala demensriktlinjer 2010-2011 - Landstinget Blekinge ADL-skattning enligt Lawton och Brody 1969
28. Hjälpmedelsinstitutet 2008. "Resultat och erfarenheter från resursenheterna i Teknik och demensprojektet" rapport HI-2008-08335-pdf sid 74-78, Att tänka på vid aktivitetsbedömning. <http://www.hi.se/publikationer/rapporter/resultat-och-erfarenheter-fran-resursenheterna-i-teknik-och-demensprojektet/> 12
29. Checklista vid demens och utvecklingsstörning https://www.skane.se/Upload/Webbplatser/CSK/for_vardgivare/vardprogram/medicin/minnesmott/lvp_demens_utvecklingsstornig.pdf 30. Tidiga tecken – Försämrade funktioner och sjukdom. Uppföljning av åldrande personer med kognitiv funktionsnedsättning eller utvecklingsstörning http://tidigatecken.se/Tidiga_tecken_samlad_ifylld_www.pdf
31. Miljöanpassningar som bidrar till ökad delaktighet - stöd för att underlätta aktivitet och delaktighet för personer med demenssjukdom. Myndigheten för delaktighet. 2015 <http://www.mfd.se/globalassets/dokument/publikationer/2015/2015-3- miljoanpassningar-som-bidrar-till-okad-delaktighet.pdf>
32. Checklista – Miljöanpassningar som bidrar till ökad delaktighet – stöd för att underlätta aktivitet och delaktighet för personer med demenssjukdom. Myndigheten för delaktighet. 2015 <http://www.mfd.se/globalassets/dokument/publikationer/2015/2015-7-checklista-miljoanpassningar-som-bidrar-till-okad-delaktighet.pdf> 33. Checklista som utredningshjälp - vid ökad fallrisk http://www.demenscentrum.se/Documents/20100610_Checklista_utredningshj%c3%a4lp%20.pdf
34. Socialstyrelsen, Meddelandeblad Nr 12/2013 <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19309/2013-12-34.pdf>
35. Kunskapsguiden, tvång och begränsningar <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Tvang-och-begransningar/Sidor/default.aspx>