

UTE-veileder

Utrekning, Tiltak og Evaluering ved APSD –
Atferdsmessige og Psykologiske Symptomer ved Demens



- En veileder for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten -

Vedlegg til UTE-veileder er basert på TID-modellen, Nasjonal faglig retningslinje om demens og Veiviser demens

Vedlegg

Bakgrunn og formål:

UTE-veilederen skal støtte helsepersonell i spesialist- og kommunehelsetjenesten med systematisk kartlegging og personsentrert tilnærming til pasienter med atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD).

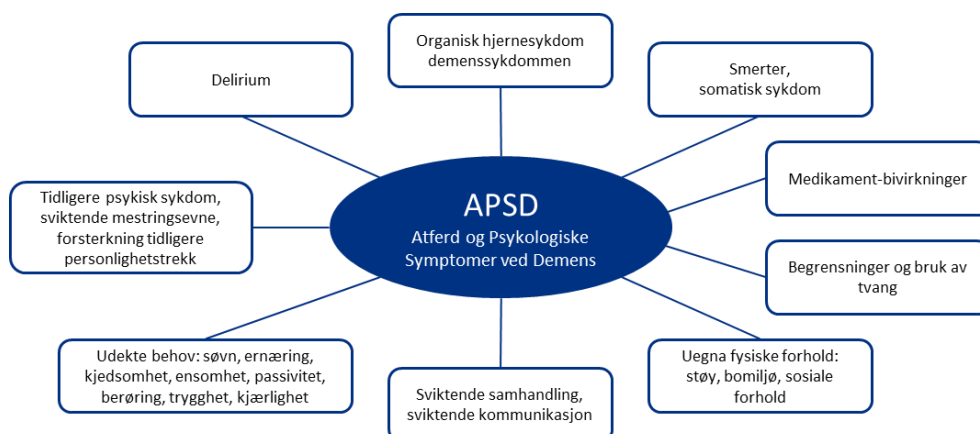
Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som handler om å ta hensyn til hvordan en person opplever sin situasjon og verden rundt seg. Omsorgen skal tilrettelegges slik at personens perspektiv på situasjonen blir ivaretatt. Hvordan en person opplever sin situasjon er preget av personlighet, livshistorie, fysisk helse, demenssymptomer og sosialt miljø.

Personsentrert omsorg er ikke en form for behandling, men et grunnleggende prinsipp. Det handler om å ta utgangspunkt i den enkelte person med demens og utforme behandlingen etter det.

Innholdet i UTE-veileder og vedlegg, er en systematisering av eksisterende kunnskap, nasjonale føringer og verktøy, basert på Nasjonal faglig retningslinje om demens, TID-modellen og Veiviser demens.

Mulige årsaker og tolkninger av APSD:

Pasienter med alvorlig grad av APSD kan oppleves som de mest utfordrende pasientene i demensomsorgen. APSD kan både være knyttet til bestemte situasjoner og være tidsavgrensede eller opptre på tvers av situasjoner og bli kroniske. Alvorlighetsgrad av APSD vil kunne variere fra kun å være til lett ubehag for pasient og/eller omgivelser, til å oppleves som svært belastende og kunne sette pasient/omgivelser i alvorlig fare. APSD er vanlig og omfatter mange ulike symptomer med ulike årsaker og som derfor krever ulike behandlingstilnærming.



B. Lichtwarck, A. Væringstad og K-A.Hoel, TID-Manual 2019

Symptomer

APSD er en samlebetegnelse som favner ulike symptomer, som hallusinasjoner, vrangforestillinger, aggresjon, uro, manglende hemninger, depresjon, angst, apati, oppstemthet og endringer i appetitt og søvn. Slike symptomer henger ofte nært sammen med udekkede behov og kan være en måte slike behov blir kommunisert på.

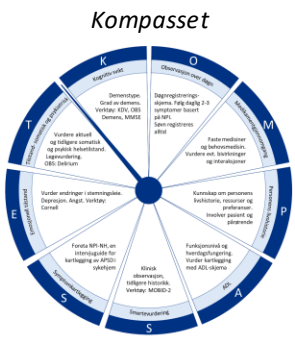
Symptomene kan debutere både tidlig og sent i demenssykdommen og variere i intensitet og varighet. APSD kan både være knyttet til bestemte situasjoner og være tidsavgrensede, eller opptre på tvers av situasjoner og bli kroniske.

APSD-symptomer	
Psykologiske symptomer	Vrangforestillinger
	Hallusinasjoner
	Angst
	Depresjon
	Apati
Atferdssymptomer	Aggresjon (verbale trusler, slag, spark, biting, spytting, kasting av gjenstander)
	Manglende hemninger (seksuelle tilnærmelser)
	Motorisk og vokal uro (roping, plukking, hamstring, vandring)

U Utredning

Behandling av APSD krever en systematisk tilnærming, det vil si at personalet analyserer atferden for å finne personsentrert miljøbehandling. Det bør utelukkes somatiske årsaker og undersøkes om faktorer i miljøet kan være utløsende årsaker. Atferden bør utredes grundig for å identifisere bakenforliggende årsaker, som danner grunnlag for målrettede tiltak.

KOMPASSET er et klinisk verktøy som gir støtte til bred og systematisk kartlegging ved APSD. Det brukes som et navigerings-hjelpemiddel, der rekkefølgen og omfanget tilpasses ut fra faglig vurdering og aktuell situasjon



K – Kognitiv svikt	Sørge for tilstrekkelig kunnskap om grad av kognitiv svikt og type demenssykdom for å kunne tilpasse kommunikasjon, samhandling, krav og forventninger m.m. Ved manglende kunnskap, kan ulike kartlegginger utføres etter behov. Klinisk demensvurdering (KDV) vurderer kognitiv svikt og mulig demens samt eventuell grad av demens. OBS-demens gir et bilde av personens ressurser og på hvilke områder det er behov for miljøtiltak. MMSE er en kartlegging av kognitive funksjoner, og kan i noen situasjoner være hensiktsmessig å gjennomføre ved utredning av APSD.
O – Observasjon over døgn	Døgnregistreringsskjema kan benyttes for å kartlegge ulike typer atferd/symptomer gjennom døgnet. Symptomer som skal registreres velges ut fra gjennomført NPI (anbefalt 2-3 symptomer). Definer innholdet i det enkelte symptom, for at ansatte skal ha en felles forståelse av hva som skal registreres. I tillegg registreres alltid søvn. Ved behovsmedisinering anbefales det at dette registreres i skjemaet. Registreringer kan belyse hvor ofte symptomene inntreffer, hvor lenge de varer, hvilke situasjoner de oppstår i, når på døgnet de eventuelt endres og om symptomer kan ses i sammenheng med gitt behovsmedisin. Døgnregistreringsskjema kan gi ett bilde på om det er miljømessige faktorer som påvirker situasjonen.
M – Medikamentgjennomgang	Alle pasientens medisiner, inkludert behovsmedisin, bør gjennomgås systematisk. Bivirkninger og interaksjoner må alltid vurderes. Kritisk vurdere om noe kan seponeres. Vurder dokumentert effekt og nytte, samt tidligere erfaringer med medisiner (effekt og bivirkninger). Definer målsymptomer og vurder om aktuell behandling kan forventes å påvirke disse.
P – Personens livshistorie	Har vi kunnskap om personens livshistorie, ressurser og preferanser. Har vi oppdatert kunnskap om pasientens interesser og behov. Samtale med personen med demens og pårørende, bruk av kartleggingsverktøy og daglig observasjon, kan gi nyttig kunnskap.

A – ADL	Sørge for tilstrekkelig kunnskap om pasientens funksjon i dagliglivet. Ved manglende kunnskap kan ADL-skjema benyttes. Skjemaet kartlegger mestring av dagliglivets aktiviteter for å kunne tilpasse hjelpen (kreve for mye/hjelpe for mye kan bidra til økt uro og irritasjon).
S – Smertevurdering	MOBID-2. For å avdekke om smerter kan være en årsak til symptomene, benyttes skåringsverktøy for smerte hos personer med demens.
S – Symptomkartlegging	NPI-NH (sykehjemversjonen). Kartlegger de 12 vanligste atferdsmessige og psykologiske symptomene ved demens. Beskriver symptomenes hyppighet, intensitet og belastning for omsorgsgiver.
E – Emosjonell tilstand	Vurdering av endringer i stemningsleie. Cornell skala benyttes for vurdering av depressive symptomer.
T – Tilstand – somatisk og psykiatrisk	Vurdere aktuell og tidligere somatisk og psykisk helsetilstand. Legeundersøkelse. Observasjon og undersøkelse, for å utelukke at det er en somatisk tilstand som er årsak til symptomene. OBS:Delirium Delirium er en akutt forvirringstilstand. Delirium er en tilstand som starter brått, og som kjennetegnes ved forstyrrelser av bevissthet, oppmerksomhet og tankevirksomhet. Delirium kan være et symptom på underliggende sykdom, eller utløses av underliggende sykdom som f.eks. en infeksjon. Tilstanden kan gå helt tilbake når den utløsende årsaken behandles.

T

Tiltak

Miljømessige og psykososiale tiltak som behandling, er førstevalg ved forekomst av APSD.

Funn fra utredningen danner grunnlaget for tverrfaglig refleksjon som gjennomføres i ett møte, der flere fra personalgruppen er til stede. Refleksjonen har som formål å utelukke somatiske årsaker, og å identifisere mulige miljømessige faktorer som kan bidra til eller utløse de observerte symptomene. Funn fra døgnregistreringsskjemaet kan være til stor hjelp for å reflektere over mulige faktorer i miljøet som kan påvirke situasjonen.

Refleksjonen danner grunnlaget for utarbeidelse av tiltak.

Refleksjonen skal sikre at personalgruppen har en felles forståelse for hvorfor tiltakene utformes som de gjør. Tiltak dokumenteres i en tiltaksplan i pasientjournalen. Tiltakene beskrives så klart at hele personalgruppen kan gjennomføre dem på samme måte og ivareta hensikten med tiltaket. Det settes dato for evaluering av tiltak.

Først når miljørettede tiltak har vært forsøkt og ikke ført frem kan legemiddelbehandling vurderes, men alltid i kombinasjon med miljørettede tiltak.

E

Evaluering

Evaluering handler om å vurdere om tiltakene er gjennomført som planlagt, hvilken effekt de har hatt, og om de har medført bivirkninger.

En systematisk gjennomføring og dokumentasjon av tiltakene og deres effekt er nødvendig for å kunne evaluere. Det anbefales videreføring av døgnregistreringsskjema for å vurdere effekt av igangsatte tiltak.

Evalueringen danner grunnlaget for beslutning om tiltakene skal videreføres, justeres eller avsluttes, og det settes en ny evalueringsdato.

Kilder og nyttige lenker

UTE-veileder finnes på nettsiden vår:

[Etablering av ambulerende APSD-team - Helse Midt-Norge RHF](#)

Kartlegging

<https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>

[Skalaer og tester - Nasjonalt senter for aldring og helse](#)

Kilder:

Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017 [Demens - Helsedirektoratet](#)

TID Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens, 2019 [TID-modell · En tverrfaglig utredning– og refleksjonsmodell](#)

Veiviser demens, 2021 [Veiviser demens - Veiviser demens](#)