

Kommunikationsmodell SBAR- Demens



Säker muntlig kommunikation mellan vårdbiträden och distriktssköterskor för god vård av patienter med kognitiv nedsättning eller demenssjukdom

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Kommunikationsmodell SBAR- Demens	1
SBAR en effektiv modell för säker kommunikation	2
De vanligaste demenssjukdomarna	3
Primärdegenerativa demenssjukdomar	4
Vaskulär demens	5
Sekundära sjukdomar	6
Blanddemens	6
Stadieindelning vid demenssjukdom	7
Minnet, bemötande, depression	8
Tecken på kognitiv nedsättning/demenssjukdom	9
Referenslista.....	10

Kommunikationsmodell SBAR –demens

Förord

För god och säker vård av personer med kognitiv nedsättning/demenssjukdom i hemsjukvården krävs en effektiv kommunikation mellan berörda parter. Vårdbiträdet träffar vanligen dessa personer oftare än distriktssköterskan och deras observationer är viktiga. Distriktssköterskan behöver snabbt få veta förändringar i en patients/persons hälsosituation och förhållanden för att kunna planera vården och vidta nödvändiga omvårdnadsåtgärder. Likaså är feedback från distriktssköterskan till vårdbiträdet betydelsefullt t ex efter att hon eller han genomfört hembesök och gjort en egen bedömning.

För att öka strukturerad och effektiv kommunikation i det dagliga vårdarbetet har en modell tagits fram som kan bidra till att säkra att varje enskilt vårdbiträde som har kontakt med patienter/personer med kognitiv nedsättning/demenssjukdom har en miniminivå av demenskunskap och att förändringar i en patients hälsosituation och förhållanden snabbt och effektivt kommuniceras till dig. Detta kan minska riskerna för att viktig information försenas, glöms bort eller missuppfattas.

SBAR - en effektiv modell för säker kommunikation

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet och mycket information om patienter överförs mellan olika individer, yrkeskategorier och verksamheter. Att kunna kommunicera på ett säkert sätt är en grundläggande förutsättning för en god och säker vård. Brister som förekommer är bl. a att ofullständig information ges, att den innehåller faktafel, att den missuppfattas eller att speciella problem inte uppmärksammas. Om informationsöverföring sker på ett strukturerat sätt så kan sådana brister motverkas. Den blir också snabbare och mer effektiv. SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) är en strukturerad kommunikationsmodell framtagen för informationsutbyte mellan olika personalkategorier i vården (se nedan) (www.skl.se). SBAR kan användas vid akuta och icke akuta situationer och omfattar följande:

S – Situation. Presentation av situationen/problemet som har föranlett kontakten. Oro för säkerheten är alltid anledning till kontakt och ska uttryckas tydligt.

B – Bakgrund. Saklig bakgrundsinformation som är relevant för situationen och som förklarar omständigheterna vilka lett till situationen. Ger lyssnaren/läsaren möjlighet att sätta problemet i ett sammanhang.

A – Aktuellt tillstånd. Sammanfattning av de viktigaste fakta i den rådande situationen tillsammans med ett försök till en rimlig tolkning av informationen.

R – Rekommendation. Rekommendation till lyssnaren om vilka åtgärder han/hon bör vidta, eventuellt en hel plan. Ett förslag från avsändaren på vad som skulle kunna rätta till problemet.

SBAR har i denna studie anpassats för kommunikation mellan distriktssköterskan och vårdbiträdet samt inriktats på gemensamma patienter med kognitiv nedsättning/demens. Se nedan förslag på vad vårdbiträdet behöver tänka på då hon eller han kommunicerar med distriktssköterskan.

SBAR –demens kommunikationsmodell

Kommunikation enligt SBAR med inriktning på gemensamma patienter/vårdtagare med kognitiv nedsättning/demenssjukdom

S-Situation

Berätta kort om kontaktorsak, vad är problemet. Exempelvis om vårdtagaren/patienten inte vill ta sin medicin. Uppge ditt namn, titel, arbetsplats, vårdtagarens/patientens namn gärna personnummer.

B-Bakgrund

Berätta kort om vårdtagarens/patientens förhållanden och hälsosituation före aktuell kontakt. Informera så gott du vet om tidigare och nuvarande sjukdomar, social situation, hjälpinsatser, närstående/anhöriga (gäller ej tidigare känd patient).

A- Aktuellt tillstånd

Kort om vårdtagarens/patientens aktuella tillstånd och förhållanden exempelvis om förvirring och aptitlöshet.

R-Rekommendation

Diskutera tillsammans med distriktssköterskan, vilka åtgärder som är viktiga att vidta. Kom överens med distriktssköterskan när ni återkopplar till varandra.

De vanligaste demenssjukdomarna

Så fungerar hjärnan

Den grå hjärnbarken

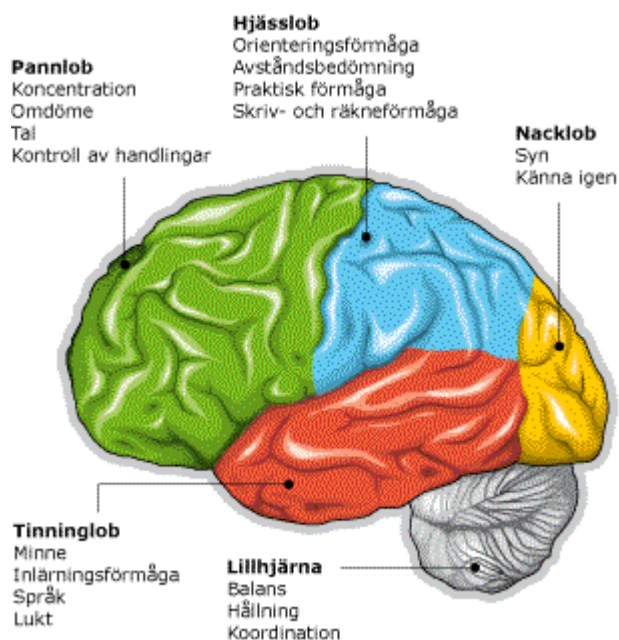
Hjärnans yttre yta kallas hjärnbarken eller den grå substansen. Den innehåller flera miljarder nervceller som länkas samman via sina synapser. Mellan synapserna skickas impulser, fram och tillbaka i hjärnan, som får oss att reagera, tänka och handla.

Den vita substansen

Innanför den gråa barken, djupare i hjärnan, finns den vita substansen. Färgen är vit för att nervtrådarna som här löper från nervcellerna i barken är skyddade av (vitt) fett som kallas myelin. I den vita substansen finns viktiga hjärnkärnor med olika funktioner.

Olika hjärnskador ger olika symtom

Hjärnan består även av en rad lober som rymmer centra för olika funktioner, t ex minne, inlärning och tal. Olika demenssjukdomar skadar nervcellerna i olika delar av hjärnan vilket gör att symptomen varierar.



Referens: www.demenscentrum.se

Vad är demens

Demens är ett samlingsnamn för nästan 100 olika sjukdomstillstånd som orsakas av skador eller sjukdomar som drabbar hjärnans nervceller. Demens är Sveriges fjärde största folksjukdom. Sjukdomen debuterar vanligen efter 65 år men det finns starkt ärftliga former med tidig debut som kan börja redan vid 50-årsåldern. Symtomen skall ha funnits minst sex månader innan en säker klinisk demensdiagnos kan ställas.

De vanligaste demenssjukdomarna

Demenssjukdomar delas in i olika grupper. *En vanlig indelning är att skilja mellan primärdegenerativa, vaskulära och sekundära demenssjukdomar samt blandformer.* Primärdegenerativa och vaskulära demenssjukdomar utgör ca 90 % av alla demenssjukdomar. Följande är fyra vanliga primärdegenerativa demenssjukdomar:

- Alzheimers sjukdom
- Frontotemporal demens
- Lewykroppsdemens
- Demens vid Parkinsons sjukdom

Vid dessa demenssjukdomar pågår en sjukdomsprocess i hjärnan som gör att nervcellerna förtvinar i mycket snabbare takt än normalt. Symtomen kommer smygande och tillståndet förvärras gradvis i takt med att skadan i hjärnan förvärras.

1. Primärdegenerativa demenssjukdomar:

Alzheimers sjukdom

- Alzheimers sjukdom är den vanligaste av alla demenssjukdomar
- Orsakar ungefär 60-70 % av alla demensfall

Orsak

- Inte känd, debuterar vanligen efter 65 år
- Skadorna i hjärnan orsakas av att äggviteämnet (beta-amyloid) bildar klumpar
- I artärernas inneväggar inlagras fett, nervcellerna skrumprar
- De nervceller som innehåller signalämnet acetylkolin förtvinar först, vilket förklarar minnesstörningen
- Det är framförallt hjärnans hjäss- och tinninglober som skadas

Symtom

- Symtomen kommer smygande
- Glömska och koncentrationssvårigheter tilltar
- Svårt att följa med på TV eller i det man läser
- Svårigheter att hitta ord samt orientera sig i tid och rum
- Svårare att klara vardagliga aktiviteter
- Nedstämd och uppgiven, blir lättare arg eller orolig

Pannlobsdemens eller Frontotemporal demens

- Börjar ofta före 65 års ålder

Orsak

- Nedbrytning av hjärnceller i hjärnans pann- och tinninglob

Symtom

- Smygande förlopp, ser annorlunda ut än Alzheimers sjukdom
- Bristande omdöme
- Förändrad personlighet
- Sämre språklig förmåga
- Känslomässig avtrubning
- Plötsliga vredesutbrott kan förekomma
- Glömska och försämrade orienteringsförmåga kommer senare än vid Alzheimers sjukdom

Lewykroppsdemens

- Lewykroppsdemens liknar både Alzheimers och Parkinsons sjukdom

Orsak

- Mikroskopiska förändringar s.k. Lewykroppar återfinns i hjärnan
- Skadan finns i hjärnans vita substans

Symtom

- Syn- och hörselhallucinationer
- Nedsatt uppmärksamhet och falltendens
- Patienten blir lätt väldigt trött och symtomen kan variera från milda till starka under samma dag
- Kan leda till svårigheter att bedöma avstånd och uppfatta saker tredimensionellt
- Minnesstörningar förekommer senare i sjukdomsförloppet, men är inte lika framträdande som vid Alzheimers sjukdom.

Demens vid Parkinsons sjukdom

- Parkinsonsdemens utgör ca 1-2 % av alla demensfall

Orsak

- Parkinsons sjukdom orsakas av brist på dopamin
- Parkinsons sjukdom kan leda även till demens, om det sker, är det alltid under senare delen av sjukdomsförloppet
- Hjärnskadorna sitter i hjärnans vita substans.

Symtom

- Koncentrationssvårigheter
- Minnesstörningar
- Svårare att planera och ta initiativ
- Beteendestörningar och hallucinationer kan förekomma.

2. Vaskulär demens

- Det finns olika typer av vaskulär demens
- Vanligast i åldrarna över 65 år
- Står för ca 20-30 % av alla demensfall

Orsak

- Störd blodtillförsel till hjärnan pga. blodproppar och/ eller blödningar

Symtom

- Symtomen beroende på vilka områden i hjärnan som skadats
- Kommer ofta mycket mer plötsligt än vid de primärdegenerativa demenssjukdomarna
- Tillståndet kan vara stabilt under en period, sedan kommer en plötslig försämring
- Utvecklingen sker trappstegsvis
- Vanliga symtom är nedsatt initiativförmåga
- Svårigheter att planera, genomföra saker
- Personlighetsförändringar, svårigheter att gå

3. Sekundära sjukdomar

- Sekundära demenssjukdomar orsakas av en mängd olika sjukdomar
- Det handlar om ett sjuttiotal sjukdomar och skador som kan men inte behöver leda till demens
- Exempel på sjukdomar eller skador
 - normaltryckshydrocefalus (störning i hjärnvätskans cirkulation)
 - sköldkörtelsjukdom
 - vitamin B-12-brist
 - könssjukdomar som syfilis och HIV
 - alkoholmissbruk.
 - långvarig exponering för vissa läsningsmedel

4. Blanddemens

Det är vanligt att personer har mer än en demenssjukdom. Ibland kan det till och med vara svårt att avgöra om det är primärdegenerativa eller vaskulära orsaker som ligger bakom demenssymtomen, det gäller särskilt i de högre åldersgrupperna. Studier har visat att en majoritet av personer med diagnosen vaskulär demens haft alzheimersförändringar i hjärnan.

Gemensamma symtom i ovannämnda demenssjukdomar :

- Patientens minne och tankeförmåga försämras
- Svårigheter att orientera sig till tid, rum och person
- Svårigheter att kommunicera,
- Svårigheter att klara vardagliga praktiska saker.
- Symtom på personlighetsförändring kan t.ex. vara aggressivitet, dåligt omdöme, ökad oro, sömnlöshet och hämningslöshet

Vanliga symtom- fyra A:n

- **Anomi**, ordglömska
- **Afasi**, svårt att forma sina tankar i ord
- **Agnosi**, svårt att känna igen föremål och tolka synintryck
- **Apraxi**, svårt att utföra viljemässiga rörelser trots förmåga att röra sig

Stadieindelning vid demenssjukdom; hur sjukdomen påverkar olika funktioner i olika stadier

Mild demens eller stadium I

- Sviktande minne t.ex. glömmer inbokade möten, namn på nära anhöriga
- Svårigheter att uttrycka sig
- Svårigheter att förstå det talade ordet
- Svårigheter att orientera sig t.ex. svårt att hitta hem från bussen eller från mataffären
- Patienten är medveten om sina problem
- Patienten hittar strategier för att hantera situationen t.ex. undviker socialt umgänge
- Klarar ofta vardagen på egen hand
- Detta stadium brukar vara 1-3 år

Medelsvår demens eller stadium II

- Fler och starkare symtom
- Tilltagande minnesproblem och svårigheter att känna igen personer och föremål
- Svårare att kommunicera
- Bristande tidsuppfattning, vänder upp och ned på dygnet, kan vara vaken på nätterna
- Svårare att klä på sig och tvätta sig, behöver daglig hjälp och tillsyn
- Symtom t ex förvirring, hallucinationer och vanföreställningar är vanligare

Svår demens eller stadium III

- Tidigare symtom förvärras ytterligare
- Talet försvinner ofta helt eller inskränker sig endast till enstaka ord som ofta upprepas gång på gång.
- Ofta försvinner gångförmågan helt i denna fas
- Många med demenssjukdom avlider till slut av lunginflammation, hjärtnedsättning eller av någon annan sekundär sjukdom

Minnet

Åldersbetingad glömska innebär svårigheter att minnas detaljer i en händelse men glömska vid demens innebär att man inte alls kommer ihåg händelsen.

Minnessystemen kan delas in i sensoriska minnet, korttidsminnet och långtidsminnet.

Sensoriska minnet

- Lagring av information utan urval och endast i några sekunder. Lagring sker omedvetet och automatiskt i form av bilder och ljud. Informationen skickas vidare till korttidsminnet för fortsatt bearbetning.

Korttidsminnet eller arbetsminnet

- Lagring av det som för tillfället är viktigt t.ex. ett telefonnummer
- Informationen skickas vidare till långtidsminnet

Långtidsminnet Långtidsminnet delas in i följande 3 delar:

- episodiska minnet: händelser som vi upplevt försvinner först t.ex. vad åt jag till frukost, vad jag gjorde igår, skolavslutningen
- semantiska minnet: kunskapsminne, allmänbildning t.ex. siffror, bokstäver, att Oslo är huvudstad i Norge
- procedurminnet: rörelseminne t.ex. simma, cykla och dansa, det har man kvar länge

Bemötande

Viktiga aspekter i bemötandet av patienter med kognitiv nedsättning/demenssjukdom är:

- kunskap om patientens levnadshistoria
- bekräfta och stimulera patienten genom att bemöta denne som en unik individ, kommunicera med istället för att tala om
- trots patientens upprepade frågor är frågan ny varje gång han/ hon ställer den
- tydliga instruktioner eventuellt både praktiskt och muntligt
- kroppskontakt och ögonkontakt underlättar kommunikationen
- lätt stressad och orolig vid olika typer av krav eller andra påfrestningar

Depression

Depression kan lätt förväxlas med demens men demens är också ett vanligt symptom vid demenssjukdom. Äldre drabbas av depression huvudsakligen pga. att hjärnans funktion är störd eller pga. svår psykosocial situation t.ex. förlust av maka/ make, isolering, brist på stimulans eller att drabbas av sjukdom.

Tecken på kognitiv nedsättning/demenssjukdom

Minnet

- Glömmer var saker ligger
 - Svårt med veckodagar, eller tid på dygnet
 - Svårt att planera och passa tider eller överenskommelser
 - Upplever sig själv ha dåligt minne
 - Glömmer gånghjälpmedel, trots att behov finns
 - Skriver minneslappar allt oftare, om allting
-

Mat

- Förändring i matvanor, kan glömma att äta och dricka, viktnedgång
 - Svårt att sköta sina tänder eller tandprotes
 - Dålig matlust
-

Språklig förmåga

- Svårt att hitta ord och uttrycka sig i tal eller skrift
 - Upprepar sig, kan säga samma ord eller mening flera gånger
 - Avtagande intresse för samtal, läsning, radiolyssnande eller TV-tittande
 - Svårt att förstå det man läser, tankeförmågan försämras
 - Börjar tappa det sist inlärd språket, använder mera sitt modersmål
-

Sömn

- Sover sämre eller mer, sover på andra tider än tidigare
-

Smärta, värk

- Svårt att uttrycka smärta och var det onda sitter. Istället kan smärtan yttra sig som aggressivitet, dålig matlust, grimaser, stel kroppshållning, rastlöshet
-

Aktiviteter i det vardagliga livet

- Praktiska problem med vardagssysslor t.ex. att ringa telefonsamtal, använda spisen eller kaffebyggaren, att klä sig, sköta hygien
 - Svårt att t.ex. betala räkningar, fylla i blanketter
 - Svårt att sköta sin medicinering
 - Känner inte igen föremål t.ex. att ta ett glas för att dricka vatten
 - Går annorlunda t.ex. har svårt att lyfta fötter, går med korta steg, släpar med fötterna, går mot dörrposter och möbler, snubblar, ramlar
 - Annorlunda kroppshållning, yrsel, fumlighet
 - Slutar att gå ut
 - Svårt att planera och ta initiativ
-

Personlighetsförändring

- Kan bli nedstämd, orolig, rastlös, aggressiv, förvirrad
 - Brist på insikt om de egna symtomen
 - Förändrad kontakt med anhöriga, vänner och bekanta pga. minskat självförtroende och osäkerhet
 - Svårt att hitta i nya eller välkända miljöer, kan gå vilse
 - Känner inte igen ansikten
 - Vanföreställningar, exempelvis obefogad misstänksamhet
 - Syn- eller hörselvillor, hallucinationer
-

Urinblåsa, tarm

- Problem att hålla urin,
 - Problem med avföring, förstoppning, diarré
-

Referenslista:

Björilin Armanius,G.,Basun,H.,Beck-Friis,B.(2004) *Om demens*. Stockholm: Liber AB.

Demensutredning:Formulär för Anhörigintervju <http://www.viss.nu/>

Edberg, A.-K.(Red.). (2002). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.

Ehnfors, M.,Ehrenberg, A.,Thorell-Ekstrand, I.(1997)*Primärvårds-VIPS*. Stockholm.

Marcusson, J., Blennow,K., Skoog, I., Wallin,A. (2003). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber AB.

SBAR-kommunikationsmodell www.skl.se

Skog, M. (2009)*Vård och omsorg vid DEMENSSJUKDOMAR*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.

Socialstyrelsen(2010) *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010- stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svenskt Demens Centrum: Demens ABC webbutbildning www.demenscentrum.se