

Vård och omsorg vid demenssjukdomar

Lokalt vårdprogram Gotland
2018

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	3
Utredning.....	7
Personcentrerad omvårdnad	11
Multiprofessionellt teambaserat arbete.....	11
Utbildning	13
Tidig utredning och uppföljning	13
Aktiviteter, fysisk träning och hjälpmedel.....	15
Beteendemässiga och psykiska symtom samt konfusion vid demenssjukdom.....	16
Dagverksamhet och särskilt boende	18
Stöd till anhöriga.....	19
Palliativ vård i livets slutskede.....	20
Rekommendationer för professionen.....	20
Aktuella lagar och föreskrifter	21
Äldrepolitiskt program 2010-2025.....	21
Övrigt	21
Tipsruta	22
Länkar.....	23
Flödesschema Primärvårdsnivå demensutredningar	25

FRÅGOR OM VÅRDPROGRAMMET

Minnesmottagningen
0498-26 80 00



Bakgrund

En människa som är beroende av andra har den allra största rätten att bli bemött med respekt och med självklar hänsyn till den egna integriteten. Kontinuitet i handling och i person är avgörande för att skapa trygghet och tillit.

De grundläggande värderingar som uttrycks i lagstiftningen innebär att personer med demenssjukdom:

- ska få sin integritet och sitt självbestämmande respekterat
- ska få tillgång till insatser på jämlika villkor och att insatserna är lättillgängliga
- ska få sina rättigheter respekterade
- ska kunna känna sig trygga
- inte får diskrimineras, till exempel uteslutas från vård och omsorg på grund av kön, etnicitet, ålder eller diagnos

Demens är en sjukdom, en organisk skada i hjärnan. För att kunna bemöta någon med demens krävs kunskap om demenssjukdomar och om varje persons livshistoria, sjukdomsbild, intressen m.m. Det krävs också kunskap om det friska åldrandet.

En förutsättning för god vård och omsorg är en regelbunden reviderad vård- och omsorgsplanering tillsammans med den demenssjuka och anhöriga eller annan närstående. I vård- och omsorgsplaneringen framgår också vilka specialistkunskaper som behövs för att rätt kunna tolka och bemöta den demenssjukes behov.

Det gotländska vårdprogrammet utgår ifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom och bygger på personcentrerat förhållningssätt och multiprofessionellt teamarbete. Begreppet personcentrerat omvårdnad innebär att personen och inte demens- sjukdomen sätts i fokus och tar utgångspunkt i den demenssjukes upplevelse av omvärlden. Multiprofessionellt teamarbete syftar till kontinuitet i vård och omsorg, att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser, att finna problem och hitta lösningar samt att personens behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv. Det är viktigt att anhörigas situation uppmärksammas under hela sjukdomsförloppet.

Invandrare med demenssjukdom och deras anhöriga är en grupp som blir allt vanligare. Vid demens faller man tillbaka till sitt modersmål och behöver vård och hjälp av tolk och personer med kunskap om kulturella skillnader. Även som anhörig kan det vara svårt att beskriva känslor på ett nytt språk.

Det bör också betonas att demenssjukdomar har ett progredierande förlopp som i regel leder till förändrade behov av omsorg och bemötande i olika stadier av sjukdomen.

Mild demenssjukdom betecknar ett tidigt skede då personen kan klara sig utan stora åtgärder från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen då personen behöver hjälp för att klara vardagliga sysslor. Svår demens- sjukdom betecknar det skede då personen behöver hjälp med det mesta.

De insatser som erbjuds personer med demenstillstånd planeras alltid utifrån den enskildes behov och förutsättningar beroende på vilken typ av demenssjukdom som är aktuell, hur långt sjukdomen har avancerat och vilka resurser den egna familjen och andra närstående har.

Stödet till anhöriga är viktigt under hela sjukdomsperioden. Tidig kontakt med anhörigstöd bör prioriteras.

Vård- och omsorgsplaneringen ska dokumenteras skriftligt och innehålla de bakgrundsfaktorer som leder fram till de insatser som planeras, så att alla som arbetar med demenssjuka får den information och kunskap som behövs. Utvärdering skall regelbundet göras och alla insatser och förändringar samt åtgärder ska dokumenteras. En fungerande vårdplanering kräver ett ständigt och nära samarbete mellan de olika delarna av vårdkedjan.

Syfte

Vårdprogrammet

- *vänder sig till alla som i sitt arbete eller av andra skäl kommer i kontakt med personer som drabbas av demenssjukdom*
- *skall ge kunskap om orsaker till demens*
- *skall erbjuda riktlinjer för medicinsk och social utredning.*
- *skall ge kunskap om de demenssjukas behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst.*
- *syftar till kvalitetssäkring avseende vård, diagnostik och omhändertagande av personer med demenssjukdom.*

Organisation

Demensdefinition

Demenssjukdom är ett komplex av symtom bestående av störningar i kognitiva (intellektuella), emotionella (känslomässiga) och centrala varseblivnings- och motoriska funktioner.

Demens är ett samlingsnamn och en diagnos för en rad symtom som orsakas av hjärnskador. Det 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.

Minnesstörningar är ett obligatoriskt symtom. Dessutom fordras minst ett av följande kriterier:

- *nedsatt förmåga att tänka abstrakt*
- *försämrat omdöme*
- *dyspraxi (praktiska svårigheter)*
- *förändringar av personlighetsdrag*

Svårighetsgraden av demenssymtomen skall vara så att det drabbar individens arbete eller sociala liv. Varaktigheten för symtomen minst sex månader.

Demenssjukdomar

På Gotland insjuknar cirka 170 personer per år i en demenssjukdom och antalet insjuknade be- räknas öka under det närmaste decenniet med 30 procent på grund av förändrad åldersstruktur. Omkring 1 100 personer på Gotland har en demenssjukdom och antalet beräknas öka till 1 300 personer år 2020.

Demenssjukdomar indelas i:

- *primärdegenerativa ex. Alzheimers sjukdom, frontallobsdemens, Lewy Body Demens*
- *vaskulär demens ex. multi-infarktdemens.*
- *sekundär demens ex. hjärntumör, borrelia, Parkinsons sjukdom, alkoholdemens*

Den vanligaste demenssjukdomen är Alzheimer som utgör av cirka 60 procent av samtliga demenssjukdomar. Ovanligare demenssjukdomar ex. Aidsdemens, Creutzfeldts-Jakobs sjukdom, Huntington.

Demensliknande tillstånd

Det finns också sjukdomar och funktionsnedsättningar som kan likna demenssjukdom men som har helt andra grunder. De vanligaste är akut kris och depression, men även infektion som kan ge förvirringstillstånd. Hjärntumör, kommunikationssvårigheter av olika slag, understimulering m.m. kan ge symtom som liknar demenssjukdom vid en första anblick. Det är av ytterst vikt att göra en grundlig utredning för att säkerställa diagnos.

Att förebygga demenssjukdom

Friska personer kan förebygga demenssjukdom på olika sätt. Bland annat rekommenderas:

- *mentalt och socialt stimulerande aktiviteter på fritiden*
- *fysiska aktiviteter*
- *behandling av högt blodtryck*

rökstopp

Hos personer med kraftig familjär anhopning av demenssjukdom kan genetisk vägledning genomföras.

Utredning

En person med kognitiv svikt, där den bakomliggande orsaken till symtomen inte är känd, bör genomgå en basal demensutredning. Den basala utredningen genomförs i primärvården, där de bästa förutsättningarna finns för att upptäcka tidiga tecken på demensutveckling. Den basala utredningen syftar till att fastställa:

- om personen har en demenssjukdom eller annan sjukdom som orsakar symtomen
- vilken typ av demenssjukdom det handlar om
- vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför
- vad man kan göra för att minimera eller kompensera dessa.

Möjlighet finns att remittera till Minnesmottagningen för specialistbedömning av geriatriker och/eller neuropsykolog. I vissa fall behövs samarbete med psykiatriska kliniken.

Basal demensutredning - checklista

Den basala utredningen följer de nationella riktlinjerna och checklistan när nedan ger vägledning när utredning är motiverad.

- Debutsymtom, utveckling och förlopp
Kan någon händelse sättas i samband med symtomen?
- Minnesstörning
Har minnet försämrats så att det påverkar funktionsförmågan (ADL)
- Försämrad tankeförmåga
Har personen svårare än tidigare att tänka, resonera, lösa problem, att klara av vardagliga handlingar (t.ex. betala räkningar, laga mat, telefonera)? Är förmågan att planera nedsatt?
- Språkstörning
Har personen svårare än tidigare att uttrycka sig i ord och skrift? Hur är förmågan att läsa?
- Nedsatt spatial förmåga
Har personen svårare än tidigare att hitta i nya miljöer och/eller välkända omgivningar?
- Motorik
Sviktat den motorisk förmåga (apraxi)?
- Förändringar i personligheten
Har humör och känsloliv förändrats, insikt och omdöme blivit nedsatt?
- Beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD)
Har personen svåra beteendemässiga och psykiska symtom?
- Aktuell medicinering
Genomgång av aktuella läkemedel
- Anamnes
Anamnes inhämtas av läkare/distriktssköterska i samband med hembesök eller vid besök på vårdcentral eller särskilt boende och grundar sig på uppgifter från patient och anhörig eller närstående.
- Hereditet
Förekomst av demens eller psykisk sjukdom bland syskon, föräldrar, far- eller morföräldrar.
- Social situation
Hur ser personens sociala situation ut: civilstånd, anhöriga, nätverk, boende, uppväxt, skolgång, yrkesliv, pensionerad, livshistoria, intressen, livsåskådning, hjälpinsatser, rökning, alkohol, körkort, flygcertifikat, vapenlicens med mera.
- Tidigare och aktuella somatiska och psykiska sjukdomar
Negera skalltrauma, infektion/hjärna, stroke, borrelia. Depression? Psykiska sjukdomar. Finns hjärtsjukdom, diabetes, hypo/hyperthyreos?
- Aktuella symtom
Andra symtom att ge akt på: depressivitet, sömnstörning, ångest, oro, aggressivitet/våld, viktnedgång, smärta, cirkulationsstörning, normal rörelse och gångförmåga.
- Insjuknande

Hur har sjukdomen debuterat och hur har förloppet utvecklats. Förekomst av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD)

Skattningar/ strukturerade bedömningar

Distriktsläkare, distriktssköterska och/eller arbetsterapeut gör skattningar och strukturerade bedömningar vid hembesök eller i samband med besök på sjukvårdsmottagning.

Arbetsterapeut vid hembesök eller mottagningsbesök

- *Mini Mental Test (MMSE)*
- *Klocktest*
- *Cognistat*
- *Bedömning av funktions-och aktivitetsförmåga ADL*

Distriktssköterska

- [Neurokognitiv Symtomenkät](#) (Ragnar Åstrand) lämnas till anhöriga.
- Riskbedömning fall, trycksår, nutrition (Downton Fall Risk Index, Mod. Norton, MNA-SF)
- Informera om möjligheten att personen med demenssjukdom eller anhöriga kan ta kontakt med socialtjänsten vid behov av bistånd.

Undersökningar i samband med besök på mottagning

- *Somatisk status inklusive neurologstatus, ställningstagande till CT-hjärna*
- *Psykisk status*
- *EKG*
- *Blodprovstagning för att utesluta hypercalcemi, B12-brist samt hyperthyreos. (Blodstatus, SR/CRP, Na, K, krea, Hyperkalcemi (Ca, albumin), glukos, B12brist (homocystein) och, Hypothyreos (TSH), T4, Asat, Alat, Alp och GT).*
- *Urinsticka (vid misstanke om UVI)*
- *Längd, vikt*
- *Syn, hörsel*
- *Puls, arytmier?*
- *Blodtryck hypotoni/hypertoni? Ortostatism?*
- *Neurologi, fokalneurologi, gångrubbning, dyspraxi (patologisk hälnä/finger-näsa), reflexasymetri, grovkraft.*
- *Vid klinisk misstanke borrelios, lues, HIV.*
- *Smärta*

Munhälsa

Samlad bedömning av utredningsresultat med återkoppling

- *Differentialdiagnostiska överväganden (läkemedelsbiverkan, demensbild som del i annan sjukdom, ex. utmattningsdepression)*
- *Ställningstagande till demensdiagnos (DSM-IV/ICD-10)*
- *Muntlig sjukdomsinformation*
- *Ställningstagande till behandling*
- *Lämplighet som körkorts/vapeninnehavare handlagt, ev ställningstagande omkring god man, förvaltare.*
- *Planerad uppföljning av sjukdomsutveckling och ev. behandling fastställd*

Vårdplanering

Vårdplanering ska genomföras vid behov av

- *hjälpmedel*
- *socialt bistånd*
- *inskrivning i hemsjukvård*

Information om eventuell specialistbedömning

Möjlighet till expertkonsultation och utredning från länsvårdens specialistenhet
Minnesmottagningen finns, inkluderande råd, stöd och specifik information. Alla har rätt att söka råd och stöd utan remiss. Remiss erfordras till geriatriker och/eller neuropsykolog vid utvidgad utredning vid Minnesmottagningen.

Diagnoskriterier för demenssjukdom

Minnesstörning

Minst ett av följande symtom observeras:

1. störning i förmågan att tolka intryck (agnosi)
 2. försämrad praktisk förmåga (apraxi)
 3. försämrad planeringsförmåga
 4. sjukdomen får konsekvenser i det dagliga livet
 5. symtomen har pågått mer än sex månader och kan inte förklaras av annan känd sjukdom
- Om punkterna 1-4 ovan är uppfyllda och tillståndet försämras fortlöpande och ingen annan orsak till demenssymtomen hittas (t.ex. blodpropp i hjärnan verifierad med CT) överväg då diagnosen Alzheimers sjukdom.

Diagnoskoder

Alzheimer sjukdom, tidig debut	F00.0 G30.0
Alzheimer sjukdom, sen debut	F00.1 G30.1
Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulärt skada	F00.2 G30.8
Vaskulär demens	F01.9
Ospecificerad demens	F03.9

Läkarintyg

När demenssjukdom är fastställd är det viktigt att läkaren eller annan legitimerad yrkesutövare informerar personen med demenssjukdom och anhöriga om diagnosen samt de olika delarna i vårdkedjan:

- vårdplanering
- beteendevetare/kurator vid behov
- fortsatt distriktssköterskekontakt
- erbjudande om kontakt med anhörigstödet
- kontakt med biståndshandläggare vid behov
- kontakt med Föreningen Dementia

Utvidgad demensutredning - Minnesmottagning

Utvidgad utredning görs för vissa patienter för att fastställa diagnos och behandling genom remiss till Minnesmottagningen för utredning på specialistnivå. De patienter som i första hand har behov av utvidgad demensutredning är:

- personer med osäker diagnos efter basal utredning
- yngre personer med demenssymptom (< 67 år)
- personer med intellektuell funktionsnedsättning (t.ex. Downs syndrom)
- personer med snabbt progredierande demenssymptom
- personer med tidiga demenssymptom (MCI)
- atypiska fall
- personer med ovanliga demensformer
- personer med svåra beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD)

Vilka undersökningar som ingår i den utvidgade utredningen bedöms utifrån vad som framkommit i den basala utredningen och vad den ansvarige läkaren, alternativt den ansvarige neuropsykologen, bedömer som nödvändigt i det enskilda fallet.

Neuropsykologen är utredningsansvarig företrädesvis för patienter under 70 år och i synnerhet vid trafikmedicinska frågeställningar.

Vanligtvis innefattar den utvidgade utredningen följande:

- *neuropsykologisk utredning*
- *strukturell hjärnavbildning med magnetkamera*
- *lumbalpunktion och analys av biomarkörer*
- *eventuell funktionell hjärnavbildning med SPECT*

Personcentrerad omvårdnad

Målet med en god vård och omsorg om personer med demenssjukdom är att skapa ett livsrum,

i ordinarie boende eller särskilt boende från tidig diagnos till livets slut, där det är lätt att vara demenssjuk och där man har rätt att vara demenssjuk. Personen med demenssjukdom ska kunna leva ett värdigt liv och känna välbefinnande trots sjukdom. Grundläggande är att personen med demenssjukdom får fortsätta att vara en egen person med egna rättigheter och att personen sätts före sjukdomen. För att åstadkomma en individuellt utformad vård och omsorg efter den enskildes behov, där fokus ligger på det friska och där bristerna kompenseras, måste personens kroppsliga, psykologiska, sociala och existentiella behov kartläggas noggrant. Hälsohistorien, levnadsberättelsen, intervjuer med personen själv, dennes anhöriga eller andra yrkesutövare, t.ex. kontaktperson i hemtjänst är viktiga källor.

God vård och omsorg förutsätter inte bara kunskaper om den sjukes förmågor och bristande förmågor utan också kunskap om personens värdegrund och personlighet.

Omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att förstå beteenden och psykiska symtom ur den demenssjukes perspektiv och utgår från information om den demenssjukes livsmönster, värderingar och preferenser.

Omvårdnaden ska innebära att personal inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten

- *bemöter personen med demenssjukdom som en person med upplevelser, självkänsla och rättigheter trots avtagande funktioner*
- *strävar efter att förstå vad som är bäst för den demenssjuke utifrån dennes perspektiv*
- *värnar den demenssjukes självbestämmande och möjlighet till medbestämmande*
- *ser den demenssjuke som en aktiv samarbetspartner*
- *bekräftar den demenssjuke i dennes upplevelse av världen*
- *strävar efter att involvera den demenssjukes sociala nätverk i vården och omsorgen*
- *försöker upprätta en relation till den demenssjuke*

En personcentrerad omvårdnad kan öka integriteten, självständigheten, initiativförmågan samt minska risken för att personen med demenssjukdom blir agiterad. En personcentrerad omvårdnad kan t.ex. minska förbrukningen av antipsykosmedel hos personer med demenssjukdom.

Att bli vårdad av personal som kommunicerar på samma modersmål och har kulturkompetens kan ge personen med demenssjukdom och annan etnisk bakgrund trygghet, ökat välbefinnandet och en känsla av hemmastaddhet.

Vårdplanering

En väl genomförd vårdplanering är en förutsättning för en personcentrerad omvårdnad. I vårdplaneringen är alla berörda yrkesgrupper, personen med demenssjukdom samt anhöriga delaktiga. Vårdplaneringen sker vid ett gemensamt möte där resultatet blir en gemensamt utformad vård- och omsorgsplan som är ett viktigt instrument i den fortsatta vården och omsorgen.

Multiprofessionellt teambaserat arbete

Vid utredning, bedömning och utformning av olika vård- och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom behövs som regel bedömningar från och insatser av flera professioner och yrkesgrupper från såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska sträva efter att ha en organisation som säkerställer ett multiprofessionellt teamarbete.

Vartefter personens behov av vård och omsorg ökar blir det aktuellt med åtgärder från fler professioner inom primärvård och hemsjukvård eller det palliativa teamet. Vilka som ska delta i det multiprofessionella arbetet kan variera över tid. Hälso- och sjukvården bör säkerställa ett multiprofessionellt teambaserat arbete inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom. Ett mobilt demensteam, BPSD, underlättar bedömning och ger förslag på utformning av olika vård- och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom som har psykiska och beteendesvärigheter.

Dietister

Dietisten är specialist i nutrition och kan ge råd för anpassning av intag av energi och näring för personer med demenssjukdom. Dietisten kan förskriva lämpliga kosttillskott, berednings- produkter och/eller förtjockningsmedel.

Tandhygienist

Tandhygienisten utför munhälsobedömning hos de personer som har rätt till nödvändig tandvård.

Logoped

Logopeden bedömer kommunikationsstörning samt ät- och sväljsvårigheter. Ger råd och stöd och information till personer med demenssjukdom, anhöriga/närstående samt vårdpersonal för att underlätta kommunikation. Logopeden är en resurs för en god nutrition och för att förbättra matsituationen.

Arbetssterapeut

Arbetssterapeuten gör kognitiv bedömning och aktivitetsbedömning i samband med basal utredning. Syftet med arbetssterapeutens insatser till personer med demenssjukdom är att den enskilde utifrån sin förmåga ska ha möjlighet att vara fortsatt aktiva i vardagen.

Neuropsykolog

Neuropsykologen på Minnesmottagningen är en specialresurs som vid behov erbjuder fördjupad kognitiv bedömning, rådgivning och information. En neuropsykologisk utredning syftar till att bedöma kognitiva funktioner som minne, språk, uppmärksamhet, exekutiv och spatial förmåga. En neuropsykologisk utredning bidrar till en bättre diagnostisk tillförlitlighet. Neuropsykolog erbjuder också trafikmedicinska utredningar för att bedöma lämplighet för fortsatt körkortsinnehav.

Sjukgymnast/fysioterapeut

Sjukgymnasten är specialist och en resurs i bedömning, information och anpassning av fysisk aktivitet för personer med demenssjukdom. Förskriver förflyttningshjälpmedel.

Distriktssköterska (Dsk)

Distriktssköterskan har en sammanhållande funktion och är vid behov koordinator mellan personen med demenssjukdom, anhöriga och närstående samt berörda yrkesgrupper. Deltar i utbildning/information om demenssjukdomar till anhöriga och närstående. En dsk har på varje VC ansvar för registrering i kvalitetsregistret SweDem och liksom överföring av ansvar till demensansvarig sjuksköterska på SÄBO vid ev flytt.

Demenssjuksköterska

Sjuksköterskan vid Minnesmottagningen är en specialresurs vid utvidgad utredning, vård och behandling. Sammanhållande länk i utredningsarbetet. Ger råd och stöd samt information till anhöriga och närstående både enskilt och i grupp. Följer upp medicinsk behandling.

Kurator

Kuratoren på Minnesmottagningen ger rådgivning, informerar om rättigheter vid sjukdom samt ger vägledning och stöd till patienter och deras anhöriga som är aktuella på Minnesmottagningen. Kuratorn ger kris- och stöd- samtal. Information sker bland annat genom utbildningsprogram till anhöriga i grupp.

Biståndshandläggare

Biståndshandläggaren informerar, utreder och bedömer behov, samt beslutar om insatser efter ansökan från den enskilde eller dennes företrädare, utifrån socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Anhörigkonsulent/anhörigombud

Anhörigkonsulenten och anhörigombuden kan ge information, råd och stöd samt vägledning till anhöriga individuellt och i grupp.

Utbildning

Omvårdnadspersonal ska ges möjlighet till utbildning som är långsiktig, kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback. Silviasysterutbildningen är en specialistutbildning i demensvård för undersköterskor på högskolenivå. Silviasystrar har en spetskompetens som vårdare och handledare inom demensvården och kan utgöra en resurs genom att sprida kunskap.

Utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kontinuerligt genomföra personalutbildning i olika former för att höja personalens kompetens och därmed förbättra kvaliteten på vården.

För personer som arbetar med vård och omsorg av demenssjuka ska det finnas tillgång till handledning där man i grupp tillsammans med kollegor får diskutera och reflektera över situationer man upplevt i sitt arbete. Gruppen ska ledas av en person med handledarkompetens och egen erfarenhet av vård av personer med demenssjukdom.

Tidig utredning och uppföljning

Uppföljning ska ske regelbundet och strukturerat av hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Uppföljningen ska innehålla läkemedelsbehandling, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser.

Biståndshandläggare ska i samband med uppföljning observera tecken på begynnande demenssjukdom. Biståndshandläggare kan då med den enskildes medgivande kontakta hälso- och sjukvården, distriktssköterska, demenssjuksköterska eller teamkoordinator inom hemsjukvården som kan ta kontakt med den enskilde för vidare utredning.

Läkemedelsbehandling

Läkemedel kan lindra och fördröja den försämring som demenssjukdomen successivt medför. Men allmänt för äldre människor – och då särskilt de demenssjuka – gäller att de har större känslighet för läkemedel. Uppföljning genom användning av testinstrument och utvärdering av läkemedelsbehandling ska ske vid behov, dock minst en gång per år. Sjuksköterska på demens- boende kan bistå med bland annat MMT-test.

Acetylcholinesterashämmare

Alzheimers sjukdom av mild till måttlig svårighetsgrad*. Även Alzheimers sjukdom med inslag av cerebrovaskulär sjukdom (blanddemens), Lewy Body demens kan bli föremål för behandling och i vissa fall demens vid Parkinsons sjukdom. (Vid Lewy Body demens och demens vid Parkinsons sjukdom; överväg specialistkonsultation eller specialistremiss.

Det finns för närvarande tillgång till 3 olika acetylcholinesterashämmare:

- *Aricept tablett(donezepil) startdos 5 mg upptrappning efter fyra veckor till måldos 10 mg.*
- *Exelon (rivastigmin) kapslar ges två ggr dagligen. Startdos 1,5 mg x2 och därefter upptrappning med två veckors mellanrum med 1,5-3 mg per dag. Måldos 9 mg vilket brukar vara svår att nå på grund av biverkningar. Finns även som dosplåster som skall bytas dagligen. Två styrkor (4,6 rep 9,5 mg/24 timmar) med upptrappning efter fyra veckor. Mixtur Elexon 2 mg /ml. Doseras med dosspruta två gånger dagligen med upptitrering på samma sätt som tabletterna med två veckors mellanrum.*
- *Reminyl tabletter (galantamin) startdos 8 mg med ökning efter fyra veckor till 16 mg. Reminyl finns även i flytande beredning 4 mg/ml doseras då två gånger dagligen.*

Kontraindikationer, AVblockII, arytmier. Då de kolinerga preparaten är vagotont verkande skall försiktighet iaktas vid överledningsrubbningar och då patienten redan står på hjärtpåverkande mediciner med dämpande effekt på hjärtat (t.ex betablockerare).

NMDA-receptor antagonist, Memantin

Alzheimers sjukdom av medelsvår till svår grad. Flertalet patienter som har Alzheimers sjukdom av medelsvår till svår grad står redan på en acetylcholinesterashämmare.

Tilläggsbehandling med memantin kan vara ett alternativ. För patienter som tidigare är obehandlade kan memantin initieras som monoterapi. Preparatet kan nyinsättas på personer som redan finns i ett särskilt boende, t.ex. i samband med att de uppvisar försämring med beteendeförändringar.

Memantin (Tablett Ebixa). Dositrering enl. FASS.

Depression

Antidepressiv behandling (SSRI) bör provas vid tecken till oro, apati hos patient med vaskulär demens och Alzheimer efter utredning att inte somatiska orsaker ligger bakom.

Uppföljning av läkemedelsbehandling

Läkemedlen trappas upp till måldos om möjligt. Patienten följs med två veckors mellanrum för att utvärdera biverkningar. Utvärdering efter 3+6+12 månaders behandling av tolererad dos. Därefter minst en gång per år.

Utvärdering

Upprepa MMT- tester 1-2 ggr/år. ADL, fråga ut anhöriga och personal om funktionsnivån

Årlig medicinsk uppföljning av läkemedelsbehandling, kognition, funktionsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar. "Uppföljning av behandling vid demenssjukdom" av P-O Sandman. Uppföljning av biståndsinsatser.

Utsättning

Vid biverkningar, även viktnedgång, pröva olika Acetylcholinesterashämmare

Vid kraftig försämring

Vid kraftig försämring (neuron som producerar acetylcholin minskar katastrofalt) byte eller tillägg av Memantin (Ebixa). Observera funktionsnivåer vid utsättningsförsök.

Individuell bedömning

- Inga fastlagda kriterier finns för utsättning.
- Inför utsättning är det viktigt att anhöriga/vårdgivare informeras.
- Observation av kognition och funktion under 2-4 veckor.
- Preparatet bör återinsättas inom två veckor ifall försämring uppträder. Då minskar risken att försämringen blir bestående.



Biståndsbedömning

Biståndshandläggare informerar, utreder och bedömer behov, samt beslutar om insatser efter ansökan av den enskilde eller dennes företrädare, utifrån socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Biståndshandläggaren frågar den enskilde om samtycke för att underlätta kontakter vid behov av samverkan med andra enheter som exempelvis anhörigstöd och hälso- och sjukvård.

Biståndsbedömda insatser kan vara:

- hemtjänst, service och omvårdnadsinsatser.
- trygghetslarm.
- dagverksamhet.
- korttidsplats/växels boende
- avgiftsfri avlösning
- särskilt boende
- ledsagning
- LSS insatser

Hemtjänst

Hemtjänst är en biståndsbedömd insats som utreds och beslutas av biståndshandläggare. Den enskilde eller dess företrädare väljer själv utförare och enhetschefen ansvarar för genomförandet av insatserna. En kontaktman utses och en genomförandeplan upprättas tillsammans med personen med demenssjukdom. I genomförandeplanen ska det framgå när och hur insatserna ska utföras och är en stor betydelse för kvaliteten i insatsen. Genomförandeplanen ska säkra att vård och omsorg är personcentrerad och utgår från den demenssjukes livsmönster och värderingar.

Hemtjänstens insatser planeras för att uppnå personkontinuitet. Hemtjänsten är en viktig funktion som förmedlar länk till dagverksamhet, särskilt boende och hälso- och sjukvården.

Biståndsbedömda insatser i form av trygghetslarm kan den enskilde ansöka om hos bistånds- handläggare.

Aktiviteter, fysisk träning och hjälpmedel

Dagliga aktiviteter

Demenssjukdom leder till att personens förmåga att utföra olika aktiviteter i det dagliga livet successivt försämras. Individuellt anpassade aktiviteter kan ge dagen struktur och innehåll, skapa

en känsla av sammanhang. Lämpliga aktiviteter ska planeras tillsammans med den demenssjuke och dennes anhöriga i form av genomförandeplaner i enlighet med biståndsbedömda insatser.

Fysisk träning

För att förbättra balans, gångförmåga, benstyrka och funktionell förmåga kan den demenssjuke ha nytta av individuellt anpassad träning på medelhög eller hög nivå. Träningspromenader regelbundet kan förbättra den enskildes gångförmåga.

Hjälpmedel och teknologi

Kognitiva hjälpmedel syftar till att ge personer med demenssjukdom stöd för minnet, öka

eller behålla personens självständighet och aktivitetsförmåga. Kognitiva hjälpmedel kan vara minnesstöd, planeringsstöd, hjälp att förstå och hantera tid, miljöanpassningar.

Kartläggning av behov, utprovning och uppföljning av hjälpmedel bör ske i den miljö där personen med demenssjukdom vistas. Det är viktigt att erbjuda hjälpmedel tidigt i sjukdoms- förloppet och att personen med demenssjukdom erbjuds stöd av anhöriga eller personal vid användningen.

Hjälpmedel förskrivs av arbetsterapeut. Hjälpmedel som inte längre används ska återlämnas. Got-IT Resurscenter har en samlad kompetens kring datorbaserade hjälpmedel, kommunikationshjälpmedel och kognitiva hjälpmedel. Got-IT är ett stöd för förskrivare samt förskriver specialhjälpmedel.

Beteendemässiga och psykiska symtom samt konfusion vid demenssjukdom

Demenssjukdomar ger både psykiska och kroppsliga symtom som påverkar den demenssjukes möjlighet att klara sig på egen hand. Den demenssjuke behöver därför olika typer av stöd, behandling och omvårdnad. Dessa insatser skall anpassas till individuella behov, sjukdomens typ och svårighetsgrad. De ska utformas för att stimulera, stödja och bibehålla de funktioner som personen med demenssjukdom har kvar, samt kunna avlösa anhöriga och närstående. Det gäller att förstå och underlätta den demenssjukes situation med respekt för självbestämmande och integritet. I de fall det är möjligt behandlas orsaken och symtomen till demenssjukdomen medicinskt, men för flertalet demenssjukdomar finns ännu ingen verksam behandling

Reminiscence, validation och realitetsorientering

Dessa metoder är förhållningssätt under olika stadier under sjukdomsprocessen. När det gäller realitetsorientering är denna metod enbart tillämpbar under mild och måttlig fas.

Konfusion vid demenssjukdom

Konfusion är ett förvirrings- och stresstillstånd som alltid har en bakomliggande orsak och som medför stora risker för medicinska komplikationer och ökad dödlighet om det inte behandlas. En utredning av konfusion syftar liksom vid utredning av beteendemässiga och psykiska symtom till att bedöma och åtgärda de bakomliggande orsakerna till symtomen. Konfusion

kan orsakas av till synes obetydliga påfrestningar som trötthet, infektion, smärta, läkemedel eller stress till följd av ett miljöbyte. Det kan även orsakas av mer allvarliga sjukdomstillstånd, till exempel hjärtinfarkt, övergående cirkulationsstörning i hjärnan, blodpropp i lungan eller blödning i hjärnhinnan efter en lättare fallskada.

Behandlingen inriktar sig i första hand på de utlösande faktorerna och på att minska stress och oro hos individen. Grunden för behandlingen är en personcentrerad omvårdnad och multiprofessionellt teambaserat arbete.

Läkemedelsverket har utgivit rekommendation om "Behandling och bemötande vid beteende- mässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD"

Handläggning av BPSD
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

1. Utredning för att utesluta kroppsliga orsaker till patientens symtom.
Kartläggning av eventuellt utlösande moment.

2. Genomgång av läkemedelslista. Biverkning fram för allt av läkemedel med CNS-påverkan. Antikolinergt verkande läkemedel.

3. Optimera vårdmiljön och bemötande. Lär av de personer som har ett bra bemötande av patienten. Eventuell hjälp via BPSD-teamet. Utbildning och information till de som vårdar patienten (anhöriga, personal)

- Får patienten möjlighet att tillfredsställa sina basala behov?
- Bedömning av omgivande miljö och interaktion med personal och närstående.

4. Om utredning och förändring i miljön runt patienten ej ger effekt kan man i första hand pröva SSRI vid depressivitet, irritabilitet, agitation och oro.

I sent skede av demenssjukdomen kan Memantin (Ebixa) också provas vilket kan förbättra patientens ADL-funktioner och förståelse i omvårdnadssituationen.

Mot uttalad oro, ångest kortverkande benzodiazepiner ex oxazepam.

Neuroleptika vid uttalade psykotiska symtom som ger lidande för patienten eller potentiell fara för denne och omgivningen. Ges i låg dos upp till 1,5 mg /dag och under kort period med utvärdering med jämna mellanrum (minst var 14 dag).

OBS! Neuroleptika skall ej ges till patienter med Parkinson demens och misstänkt Lewy-body demens.

BPSD-teamet

Ibland drabbas personer som har en demenssjukdom även av svårare beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD). BPSD-teamet inom äldreomsorgen erbjuder hjälp, råd och stöd. Personalen inom BPSD-teamet har lång erfarenhet av demensvård och är specialiserade undersköterskor och demenssjuksköterska.

Dagverksamhet och särskilt boende

Dagverksamhet

Dagverksamhet finns på flera ställen på Gotland och riktar sig enbart till personer med demens- sjukdom. Dagverksamheten är till för att ge personer med demenssjukdom sysselsättning genom att skapa en meningsfull dag med gemenskap och stimulans och är en biståndsbedömd insats. Genom att personer med demenssjukdom vistas på dagverksamhet ges även anhöriga möjlighet till vila och avkoppling. Personalen arbetar utifrån levnadsberättelser och strukturerade anhörigsamtal. Insatserna är personcentrerade och därmed tillgodoses varje individs enskilda behov.

Kvar hemma med svår demens

Personen med svår demenssjukdom som bor kvar i hemmet har behov av personcentrerad omvårdnad av ett multiprofessionellt team. Personens behov av vård och omsorg ska tillgodoses ur ett helhetsperspektiv. Kontinuerlig handledning och utbildning av hemtjänstpersonal ger trygghet för anhöriga och personen med demenssjukdom. Personen med svår demenssjukdom skrivs oftast in i hemsjukvården.

Distriktssköterska ska fortlöpande bedöma behov för att förebygga och lindra symtom samt vara stöd för anhöriga. Kontinuerlig uppföljning av risk för fall, undernäring och trycksår ska ske och kvalitetsregistret Senior Alert bör användas. Senior Alert ger bra förutsättningar att

arbeta systematiskt med förebyggande arbete och stärker det multiprofessionella teamarbetet. Utvärdering av läkemedel ska göras i nära samverkan med behandlande läkare och övriga involverade yrkesgrupper. Vid behov ska hembesök göras av läkare. Vårdplanering ska ske där det multiprofessionella teamet deltar.

Särskilt boende

Särskilt boende är en individuellt biståndsbedömd insats och socialtjänsten bör erbjuda småskaligt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom. Det finns särskilda boenden anpassade för personer med demenssjukdom på flera orter på Gotland. Enheterna inom dessa boenden har som riktmärke cirka tio lägenheter.

I samband med flytt från eget boende till särskilt boende skall förberedelse ske i god tid med samtliga berörda för att undvika negativa konsekvenser för den demenssjuke.

Den fysiska miljön i det särskilda boendet

Socialtjänsten ska tillhandahålla en fysisk miljö som är personligt utformad och hemlik. Agitation, oro och aggressivitet kan minska hos personer med demenssjukdom av en lugn ljudmiljö. Färgsättning och utformning av miljön ska underlätta orienteringen. Utomhusvistelse ska erbjudas.

Den psykosociala miljön i det särskilda boendet

Den psykosociala miljön ska bidra till välbefinnande och trygghet hos personen med demens- sjukdom samt ge meningsfullhet och minska beteendemässiga och psykiska symtom.

Hemsjukvård

När sjukdom eller funktionsnedsättning gör det omöjligt för dig att komma till vårdcentralen kan sjukvård erbjudas i hemmet. Hemsjukvården ska ge en trygg och säker vård dygnet runt. En vårdplanering med utgångspunkt i varje persons individuella behov ligger till grund för vilken vård eller rehabilitering som ges och när.

Som patient i hemsjukvården möter du många yrkesgrupper: sjuksköterskor, distriktssköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjuktymnaster, läkare, hemtjänstpersonal och ibland biståndshandläggare från socialtjänsten. I hemsjukvård formas vårdteam av dessa yrkesgrupper efter dina behov. En nära samverkan där du och dina närstående deltar och har inflytande är en förutsättning för god kvalitet i vården.

Vägen till hemsjukvård

Hemsjukvård omfattar all hälso- och sjukvård som med bibehållen patientsäkerhet kan ges i ditt hem. Villkoret för att få tillgång till hemsjukvård är att du på grund av sjukdom, funktionsnedsättning eller social situation inte kan ta dig från hemmet till vårdcentral eller mottagning på egen hand eller med stöd. Detta kallas tröskelprincipen.

Stöd till anhöriga

När en person insjuknar i en demenssjukdom påverkas de anhöriga på flera sätt. Det är en viktig uppgift för alla yrkesutövare som möter anhöriga att ha ett anhörigperspektiv i sitt bemötande och värdesätta de anhörigas kunskaper som viktiga, samt fråga efter de anhörigas behov. Anhöriga ska därefter erbjudas delaktighet och kontakt med anhörigstödet. *Intresseblankett för anhörigstöd (Länk)*.

I samband med utredning och uppföljning ska den demenssjuke tillsammans med anhöriga informeras om vilket stöd som kan erbjudas såväl muntligt som skriftligt. Broschyrerna *Anhörig- stöd på Gotland* och *När jag inte klarar mitt liv själv – vart vänder jag mig då?* kan lämpligen delas ut. Stöd över tiden ger bättre effekt än kortsiktiga insatser.

Information, råd och stöd

Anhörigkonsumenten och anhörigombud kan kontaktas för information om vilka stödformer som finns och erbjuda råd och stöd individuellt, i grupp och på anhörigcenter.

Avlösning, utbildning och psykosocialt stöd

Utbildningar med syfte att öka kunskapen om demenssjukdom, bemötande och samhällets stödinsatser genomförs av hälso- och sjukvården och socialtjänsten i samverkan.

Anhöriggrupp

Anhöriggrupper samlas med syfte att ge psykosocialt stöd, dela erfarenheter, få information och viss kunskap om demenssjukdom på initiativ av socialtjänsten tillsammans med frivilliga. Deltagande i anhöriggrupp erbjuds under hela sjukdomsförloppet.

Anhörigcenter

Anhörigcenter finns på flera orter och är i första hand till för den anhörige. Ibland är den närstående också välkommen. Syftet är att främja hälsa genom att få ökad kunskap samt att bryta isolering. Aktiviteter och föreläsningar av bland andra demenssjuksköterska förekommer.

Avgiftsfri avlösning

Biståndshandläggare kan bevilja avlösning då en anhörig vårdar en närstående med ett omfattande och varaktigt omvårdnadsbehov. Upp till ett visst antal timmar är avlösningen avgiftsfri. Syftet med avlösningen är att ge den anhörige möjligheten att lämna sitt omvårdnadsansvar för att upprätthålla ett eget socialt liv.

Trygghetsplats

Trygghetsplats är avsedda för personer med demenssjukdom och tänkt som en tillfällig oplanerad avlösning för den anhörige eller närstående i dennes omsorg. Trygghetsplats kan också användas om den anhörige själv blir oväntat sjuk och personen med demenssjukdom inte kan klara sig själv. Trygghetsplatser för personer med demenssjukdom finns i Visby och Roma. Trygghetsplats är en biståndsbedömd avgiftsfri insats. Vistelse på en trygghetsplats kan ges upp till tio dygn.

Palliativ vård i livets slutskede

Personer med demenssjukdom har samma behov av palliativ vård i livets slutskede som andra. Den palliativa vården syftar, enligt Världshälsoorganisationens (WHO) definition till att patienten och dess närstående är informerad om situationen och får stöd. Strävan är att patienten är smärtlindrad och lindrad från övriga symtom samt är ordinerad läkemedel vid behov. Patienten ska erbjudas vård där denne vill dö och ska inte behöva vara ensam. Dödsfall ska registreras i Svenska Palliativregistret.

Rekommendationer för professionen

Måltider och nutrition

Den enskilde ska ges individuellt anpassat stöd vid måltiden. Regelbunden bedömning av nä- ringstillstånd, (vikt), vikt förlust och vikthistoria ska ske. Vid undernäring ökas personens närings- intag genom energiberikning av mat och dryck, extra mellanmål och konsistensanpassning.

Munvård

Allt fler personer med en demenssjukdom bor kvar och vårdas av anhöriga som är vana att pa- tienten skött munvården själv, och kanske inte har riktig kontroll av munvården och vet inte vad som finns i munnen såsom protes, implantat eller fast protetik.

Urininkontinens

Personer med demenssjukdom har större risk att utveckla urininkontinens än andra i motsvarande ålder. Risken ökar med demenssjukdomens svårighetsgrad. För att identifiera och behandla de bakomliggande orsakerna till urininkontinens hos personer med demenssjukdom ska en medicinsk utredning genomföras. Personer med demenssjukdom och urininkontinens i eget och särskilt boende eller i samband med vistelse på sjukhus ska förutom individuellt utprovade absorberande produkter vid behov erbjudas hjälp med toalettbesök.

Förebygga och behandla förstoppning – icke farmakologisk behandling

Åtgärder för att förebygga förstoppning hos personer med demenssjukdom ska främst vara:

- *fiberrik kost*
- *vätska*
- *fysisk aktivitet*
- *individuellt regelbundna toalettvanor*

Att förebygga fall

Regelbundet ska fallrisken bedömas genom kartläggning av tidigare fall och kontinuerlig skattning av fallrisk. Vid förhöjd fallrisk genomförs flera samtidiga åtgärder. Översyn läkemedel, fysisk träning och förändringar av boendemiljön.

Att förebygga och behandla trycksår

Bedömning av risk för trycksår ska göras. Trycksår förebyggas och behandlas genom lägesändring, tryckavlastning och tryckminskning, samt behandling av de bakomliggande orsakerna.

Fysiska begränsningsåtgärder

Kontinuerlig observation och utvärdering ska ske av hur personen upplever den fysiska begränsningsåtgärden. Personal ska erbjudas utbildning och handledning för att minska användandet

av fysiska begränsningsåtgärder. Detta sker i nära samarbete med primärvård och hemsjukvård.

Att förhindra allvarliga missförhållanden

Personal ska erbjudas sådan utbildning att de ökar sin kompetens att identifiera, dokumentera och rapportera allvarliga missförhållanden av personer med demenssjukdom.

Aktuella lagar och föreskrifter

Hälso- och sjukvårdslagen

(HSL) Socialtjänstlagen (SoL)

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

(LSS) Patientsäkerhetslagen

Patientdatalagen

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS)

Äldrepolitiskt program 2010-2025

Vårdprogrammet för demens utgör ett komplement till socialnämndens äldrepolitiska program

Gott att bli gammal på Gotland.

Övrigt

Frivilligorganisationer

Flertal frivilligorganisationer på Gotland ger stöd till anhöriga och deras närstående. På anhörig- center finns frivilliga medhjälpare från Röda korset, pensionärsorganisationerna och anhöriga som själva hjälpt och en närstående vid t.ex. demenssjukdom.

Patientförening

Gotlands demensförening är en anhörig- och intresseförening på Gotland som tillhör den rikstäckande organisationen Demensförbundet. Gotlands demensförening samarbetar med Region Gotlands anhörigstöd, sprider information och ger stöd samt anordnar föreläsningar m m.

Färdtjänst

Färdtjänst söks hos färdtjänsthandläggare på Region Gotlands samhällsbyggnadsförvaltningen. Färdtjänsthandläggaren utreder och bedömer utifrån färdtjänstlagen.

Medverkande vid revidering av vårdprogrammet 2017

Annika Norrehed	demenssjuusköterska
Inga-Lena Wesley	kurator
Agneta Buskas	arbetsterapeut
Gunilla Bogren	Sjuusköterska
Aron Sjöberg	Psykolog
Sven-Erik Pålhagen	Neurolog
Kerstin Lindgren	RO-chef Hab/Rehab
Han Brandström	VO-chef primärvård

Tipsruta

Litteratur

Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer: Vård och omsorg vid demens 2018*

Länkar

Svenskt demenscentrum_
www.demenscentrum.se

Nationellt anhörigcentrum
www.anhoriga.se

Demensförbundet_
www.demensforbundet.se

Här kan du bland annat hitta broschyrer på olika språk.

Dementia Gotland
www.demensforbundet.se/se/lokala_foereningar/gotlands_laen/visby

Alzheimerföreningen_
www.alzheimerforeningen.se

Unga anhöriga
www.unganhorig.se/

Vårdalinstitutet
www.vardalinstitutet.net

Demensbutiken
www.octopus.se

Socialstyrelsen:
Nationella riktlinjer -
målnivåer:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-9-6868.pdf>

Nationella riktlinjer –
indikatorer:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-9-6869.pdf>

Hela broschyren kan även läsas på Gotlands kommuns hemsida
www.gotland.se, där många tips och länkar finns kopplade till broschyren

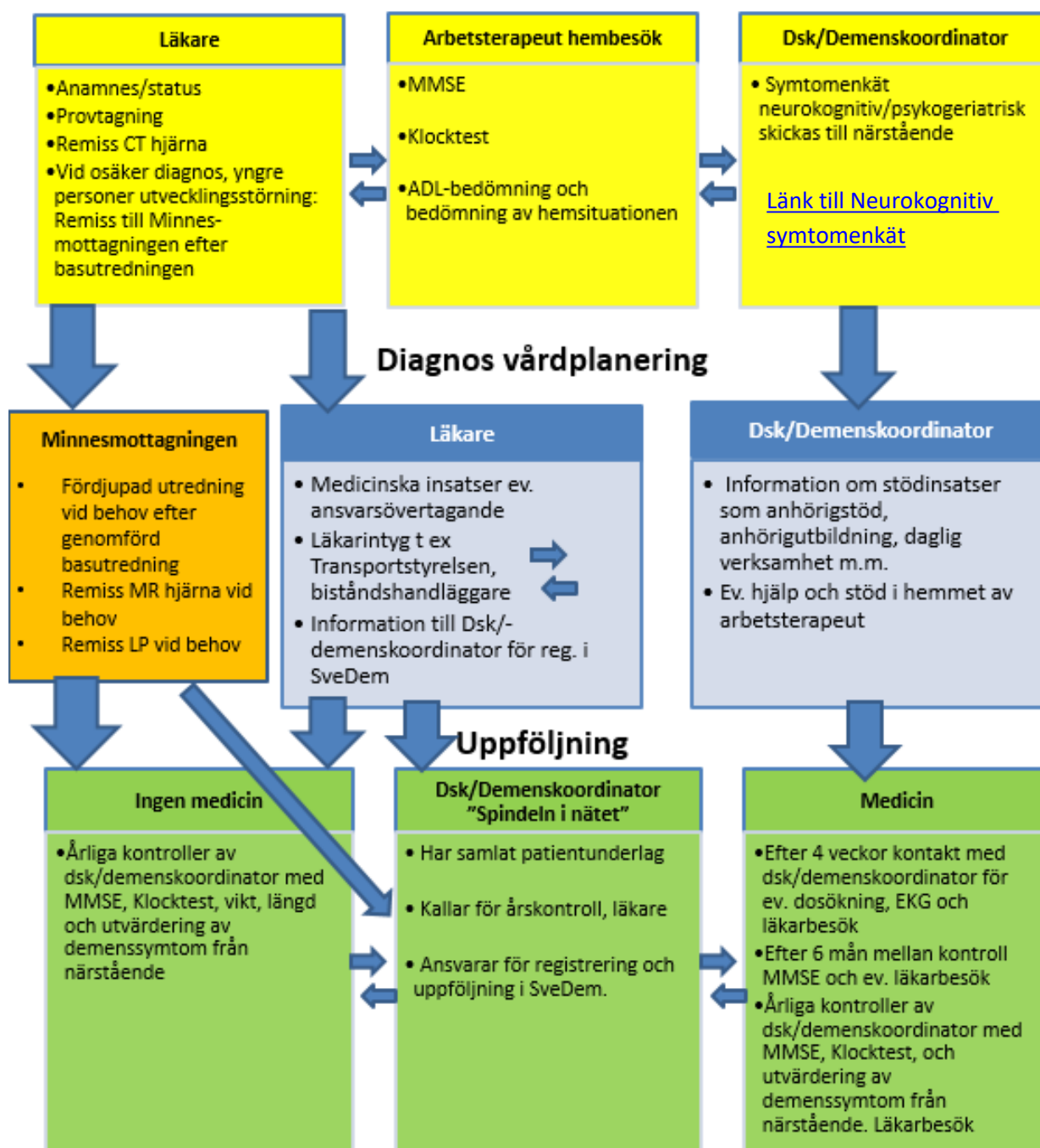


Flödesschema Primärvårdsnivå demensutredningar

Flödesschema primärvårdsnivå demensutredning

Patient med minnessvårigheter och närstående

UTREDNING



Socialförvaltningen

Besöksadress Visborgsallén 19
Postadress SE-621 81 Visby
Telefon 0498-26 90 00 vxl
www.gotland.se/socialtjanst

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Besöksadress S:t Göransgatan 3
Postadress SE-621 84 Visby
Telefon 0498-26 90 00 vxl
www.gotland.se/hsf

Region
Mf Gotland