

Bilaga - Konfusion vid demenssjukdom samt beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD)

Det kan vara svårt att skilja på demens, BPSD och konfusion, men behandlingen skiljer sig så det kan vara av avgörande betydelse att diagnosen blir så rätt det går!

När det gäller BPSD så finns det ett starkt vetenskapligt stöd för att de initiala interventionerna bör vara av icke-farmakologisk art. Vid konfusion däremot är skyndsamma medicinska åtgärder nödvändiga.

Konfusion (även benämnt delirium och förvirringstillstånd)

Konfusion definieras som ett akut, *i regel övergående*, tillstånd av kognitiv svikt. Konfusion är mycket vanligt förekommande både i hemmiljö och inom sjukvård och omsorg. I mer än hälften av fallen (50-70%) förblir konfusionen odiagnostiserad, kanske framför allt i de fall där symptomen inte är kraftfulla nog att ställa till orda i omgivningen. Konfusion ska kunna kännas igen av all sjukvårdskunnig personal.

Konfusion kan utlösas av vad som förefaller vara obetydliga påfrestningar som "banala" infektioner, förstoppning eller stressen av ett rums/miljöombyte, likaväl som av livshotande tillstånd. Risken ökar starkt med stigande ålder. Genesen är oftast multifaktoriell. Vissa beteendesymptom (BPSD/t ex aggressivitet) är i själv verket ofta symptom på konfusion.

Obs! Behandlingen av t.ex. aggressivitet/BPSD och aggressivitet/konfusion är inte densamma! Obehandlad eller felaktig medicinering av konfusion kan leda till döden. Konfusion kan vara maskering av symtom på progress av underliggande sjukdom, svåra fallskador, sväljningssvårigheter med aspirationspneumoni.

Symtom på konfusion är grumlat medvetande och kraftig emotionell upprördhet/agitation eller inaktivitet. Det är karaktäristiskt med snabbt påkommande psykotiska symtom (dramatiska synvillor/hallucinationer och vanföreställningar) och att symptomen växlar mer eller mindre snabbt under dygnet och mellan dagar.

Det är viktigt att komma ihåg att den drabbade befinner sig i ett plågsamt, mardrömsliknande tillstånd. Nutid, förfluten tid, minnen och framtid blandas samman. Tanke- och talförmåga är splittrad och oorganiserad, utan sammanhang eller logik och omöjlig att följa. Det går inte att tala den konfusoriske patienten "till rätta". Uppmärksamheten är defekt med bristande förmåga att orientera sig och att förstå omgivningen och att tolka andras beteende.

Vantolkningar av verkligheten leder till oro, ångest och hallucinationer. Detta kan medföra antingen avskärmning/hypoaktivitet eller rastlöshet/hyperaktivitet, ofta omväxlande med varandra. I svårare fall uppträder hänsyftnings- och förföljelsetidéer (paranoia). Den sjuke förmår inte fokusera tillräckligt eller byta tankegång och blir på en gång både okoncentrerad och persistent/vidhäftande. Sömn och vakenhetsrytmen blir störd med sömnlöshet, omvänd dygnsrytm, tilltagande symtom nattetid eller mardrömmar.

Utredning och åtgärder vid konfusion

1.

Identifiera och åtgärda underliggande/utlösande tillstånd; kroppslig sjukdom, biverkningar inklusive läkemedelseffekter som hypotoni, bradykardi o.s.v. överdosering/förgiftning, abstinens inklusive utsättningssymtom av medicinering. En noggrann läkemedelsanamnes är av allra största vikt! Över eller undermedicinering utgör den vanligaste utlösande faktorn. I de fall där det är praktiskt möjligt bör en läkemedelsgenomgång genomföras. Se länk till [checklista läkemedelsgenomgång](#).

Det krävs en noggrann kartläggning av vad som föregått insjuknandet, av symtomen inklusive vilken tid på dygnet de uppstår, och av vad som utlöser dem. Exempel enligt nedan utgör risk för konfusion

- Allmäntillstånd - svält - dehydrering - sömnbrist
- Anemi
- Arytmi, hjärtinfarkt (EKG, lab)
- CVL (status, DT?)
- Demenssjukdom (anamnes)
- Epilepsi (anamnes, status)
- Förstoppning, urinstämning (anamnes, status, bladderscan)
- Elektrolyter (konfusion av hyponatremi?)
- Glukos, hypo-/hyper (lab)
- Hypoxi (KOL, lungemboli, resp. insuff. , andningsförhållanden m m)
- Hyper-/hypotoni
- Infektion (status, temp, lab, u-sticka)
- Intox (status, anamnes, lab)
- Lever-/njursvikt (anamnes, lab)
- Malignitet
- Post op påverkan/medicinering
- Psykisk sjukdom/mani/agiterad depression
- Smärta - fraktur/magsår/infarkt som inte kan kommuniceras vid demens
- Tandstatus
- Trauma
- Läkemedelsorsak (nyinsatt, över- eller undermedicinering)

2.

Modifiera alla andra faktorer som kan sänka tröskeln för kognitiv svikt. Se över *hela* läkemedelslistan och sätt ut, åtminstone temporärt, alla icke - livsnödvändiga läkemedel som kan tänkas bidra till konfusion. Antikolinerga effekter är vanliga utlösande faktorer vid konfusion, men andra mekanismer är också möjliga. Sanera hela medicinlistan eftersom även doser/preparat man tidigare tålt, tillsammans med någon annan utlösandefaktor, t.ex. en infektion, kan vara det som medför att patienten når över "konfusionströskeln".

Se till att den konfusoriske patienten får tillräckligt med vätska och näring, att naturliga kroppsfunktioner fungerar och att vederbörande får hjälp att kommunicera med syn och hörsel (att glasögonen finns där och hörapparaten fungerar).

3.

Omvårdnadsåtgärder för minskad stress; lugn och realitetsförankrande kontakt, rofylld miljö, tydlig dygnsrytm, lugna enkla förklaringar ”synerna du har fått beror på infektion och kommer att gå över”, lugnande beröring och mänsklig kontakt.

4.

Det finns inga specifika läkemedel som ”botar” konfusion, eftersom de utlösande faktorerna varierar. Antipsykosmedel ska helst undvikas. De sänker medvetandenivån, fördröjer reorientering och förlänger konfusionen. Ytterligare försämring av utlösande faktorer kan maskeras. Effekten är begränsad. Antipsykotisk medicinering i lugnande syfte kan dock behövas när omvårdnadsinsatser visat sig vara otillräckliga och vårdsituationen är ohållbar med potentiell fara för patienten eller andra (hyperaktivitet, aggressivitet, psykotiska symptom som plågsamma hallucinationer och vanföreställningar och/eller svår sömnstörning).

Sömninduktion till natten är/kan vara en viktig åtgärd i kombination med fysisk aktivitet dagtid. **Zopiklon** är förstahandsalternativ. **Klometiazol (Heminevrin)** till natten kan också prövas. Endast i undantagsfall ska klometiazol ges dagtid. **Mirtazapin** till natten är ett annat alternativ. Man bör vara medveten om att överdriven sedering med snabbt tillslag ökar risken för fall och frakturer. **Oxazepam** är ytterligare ett alternativ som kan prövas vid oro och ångest. Behandling med antipsykosläkemedel, **risperidon** eller i andra hand **haloperidol** kan prövas. Antipsykosmedicinering medför risk för parkinsonism (falltrauma), sväljningssvårigheter (aspirationspneumoni).

Behandling med såväl antipsykosmedel som sederande läkemedel förutsätter kort behandlingstid och utvärdering av effekt efter högst två veckor samt att man regelbundet tar ställning till utsättning eller dosminskning.

I de flesta fall avtar konfusionssymtomen inom något eller några dygn efter det att orsaken åtgärdats, men hos en 90 årig patient kan symptomen, åtminstone delvis, kvarstå upp till ett par veckor.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

BPSD (**B**ehavioural and **P**sychological **S**ymtoms in **D**ementia) är ett internationellt vedertaget samlingsnamn för olika symtom som vanligen förknippas med demenssjukdomar. I stort sett alla drabbas i varierande grad någon gång under demenssjukdomens förlopp. Symtomen orsakar stort lidande för personen med demenssjukdom och de är ofta svåra att möta för närstående och vårdpersonal. Arten och graden av BPSD är avgörande för hur länge den demenssjuke personen kan bo kvar i sitt hem.

De vanligast förekommande symtomen utgörs av beteendemässiga symtom som *rop* och *skrik*, *vandring*, *plockande*, *hamstrande*, destruktiv social eller *sexuell interaktion*, *störd* och *fragmenterad dygnsrytm* eller av psykotiska eller psykiska symtom som *hallucinationer*, *vanföreställningar*, *aggressivitet*, *ångest* eller *depression*.

Förutom demenssjukdomens svårighetsgrad och arten av hjärnskadesyndrom (t ex frontal dysfunktion) finns det en rad faktorer som är, eller anses vara, av betydelse för utveckling av BPSD. Miljö och omgivning spelar en stor roll. En annan vanlig orsak är för hög dos av läkemedel, eller läkemedel som ur biverknings- och interaktionssynpunkt är olämpliga. Alla plötsliga förändringar i patientens omgivning, eller kroppsliga sådana inklusive syn- och hörselnedsättning, kan utgöra en bidragande orsak eftersom en person med demenssjukdom redan har svårigheter att orientera sig i en miljö som successivt uppfattas som allt mer obegriplig.

Även kroppsliga förändringar som syn- och hörselnedsättning förvärrar tolkningssvårigheterna och kan på så sätt utgöra en bidragande orsak. Olika symptom kan vara uttryck för behov som inte är tillgodosedda eller för att patienten upplever smärta. Utlösande faktorer kan också vara orealistiska krav på den demenssjuke, eller brist på meningsfulla aktiviteter där BPSD symtomen således är ett uttryck för i sammanhanget naturliga reaktioner. Det går inte alltid att finna någon enskild utlösande orsak. Handläggningen av BPSD symptom bli särskilt svår och komplex på grund av att personen med demenssjukdom, med sjukdomens gång förlorar stora delar av sin kommunikationsförmåga vilket medför att omgivningen måste "tolka".

Tidigt insatt grundbehandling mot Alzheimers sjukdom (kolinesteras- och glutamathämmare) anses kunna bidra till att minska risken för utveckling av BPSD, men det är av absolut avgörande betydelse med en god miljö, för den demenssjuke personen anpassad aktivitet och bemötande, tillräcklig personaltäthet och anhörigas medverkan.

Sammanfattande praktiska rekommendationer

BPSD drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med demenssjukdom. BPSD omfattar en rad olika symptom som medför stort lidande för personen med demenssjukdom och som ofta är svåra att möta för anhöriga och vårdpersonal. Symtomen kan delas in i:

- Affektiva symptom som depression, mani/hypomani, ångest/oro, irritabilitet
- Psykossymtom som hallucinationer, vanföreställningar, felaktig identifiering
- Hyperaktivitet som agitation, vandringsbeteende, ropbeteende, sömnstörning
- Apati som initiativlöshet, tillbakadragenhet, förlust av intresse

Beteendeförändringar kan tolkas som ett uttryck för hjärnskada eller som ett (ur den sjukas perspektiv) försök till meningsfull kommunikation. De kan också tolkas som en respons på anhörigas och vårdarens beteenden, t.ex. orealistiska förväntningar och krav, maktkamper, inte anpassade och motsägande handlingar, förödmjukande reaktioner, okunskap om den enskildes behov, eller utmattning hos vårdaren. De kan också vara uttryck för smärta eller andra somatiska tillstånd. Som vid all annan behandling måste symtomen identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder sätts in.

Korrekt tolkning av symtom- frågor att ställa sig:

- Ångest – beror oftast på depression
- Vanföreställningar - psykos eller demenssymtom?
- Hallucinationer – Är det hallucinationer eller illusioner, det vill säga en perceptionsstörning? – I det senare fallet är det omvårdnadsåtgärder som gäller.
- Apati – somatisk orsak? Biverkan av läkemedel? Långt framskriden demenssjukdom? Brist på meningsfull aktivitet?
- Hämningslöshet – Frontal påverkan – Sällan effekt av läkemedel – Försök Memantin. SSRI kan behöva sättas in eller sättas ut. Eventuellt sätta in behandling med kolinesterashämmare.

Strukturerat arbetssätt vid BPSD – problematik

En tydlig struktur i omvårdnaden bygger på observation av BPSD, analys, omvårdnadsåtgärder samt utvärdering av insatta åtgärder. BPSD-registret ger ett stöd i denna process. I Sörmland ska alla verksamheter i kommunerna som ger vård och omsorg till personer med demenssjukdom ansluta sig och använda registret. Anslutning till registret förutsätter att det finns en ansvarig sjuksköterska för enheten och utbildning av certifierad utbildare. [Läs mer om BPSD registret](#) och/eller www.bpsd.se.

Om patienten/brukaren säger nej till att medverka i registret används registrets struktur för observation, analys och insättning av vårdåtgärder genom att använda registrets ”[pappersversion](#)”(Se även *verktyg och checklistor*)

Förekomst av BPSD innebär en minskad livskvalité och för att nå framgång i behandlingen, krävs det förutom ett gott bemötande och en god omsorg, även en tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demenssjukdomar.

1. **Kartläggning av symtom**, tänkbara orsaker och utlösande moment samt eventuella pålagrade psykiska eller kroppsliga sjukdomar. Utredningen omfattar vanligtvis även fysiskt och psykiskt status och provtagning. Strukturerade observationer görs med hjälp av skattningsverktyget NPI-NH som kompletteras med andra skattningsverktyg som t.ex. Beteende- och Sömnschema, Abby Pain Scale för att skatta smärta och Qualid mm. Läkemedelsgenomgång/översyn av farmakologisk behandling (se [checklista läkemedelsgenomgång](#)).

Att sätta ut olämpliga eller inaktuella läkemedel är ofta den mest adekvata och effektiva farmakologiska interventionen. Använd [PHASE-Proxy](#) som är ett skattningsverktyg för läkemedelsrelaterade symtom, framtagen för personer med kognitiv svikt.

Optimerad vårdmiljö och bemötande; Trygghetsskapande närvaro och anpassad aktivitet kan vara avgörande för symtomkontroll. En multiprofessionell tolkning av symtomen ska göras med medicinskt, omvårdnadsnärligt och socialt perspektiv. Tillfredsställande av individens basala behov såsom mat, dryck, sömn, trygghet, aktivitet och stimulans samt skötsel av basala kroppsliga behov ska ombesörjas.

En vårdplan/bemötandeplan som omfattar medicinska och/eller specifika vårdåtgärder åtgärder ska upprättas. Varje insatt åtgärd ska följas av en fastställd tidpunkt för utvärdering. Vid till exempel vandringsbeteende kan möjligheten till fysisk aktivitet vara av avgörande betydelse för att minska symtomen o.s.v. Vårdåtgärderna ska vara kopplade till de specifika BPSD-symtomen (*Se Verktyg Rekommenderade vårdåtgärder vid BPSD och exempel på bemötandeplan*)

För patienter i eget boende: Ombesörj utbildning/information (copingstöd) till patient, anhöriga och andra vårdgivare såsom hemtjänst. Erbjud avlastning för anhörigvårdare. Demenssjuksköterska eller motsvarande spelar en central roll.

För patient i särskilt boende: Ombesörj utbildning/information/patientrelaterad handledning till personalen. Det har visats att utbildning och handledning av personal kan minska den demenssjukes symtom.

2. **Ställningstagande till farmakologisk behandling vid otillräcklig effekt av vårdåtgärder ovan** Läkemedelsbehandling är ett komplement till adekvata omvårdnadsåtgärder. Varje ordination ska följas av en fastställd tidpunkt för utvärdering. Doseringen bör optimeras. Lämplig tidpunkt ska om möjligt inväntas, för att utvärdera läkemedelsbehandling som eventuellt redan är påbörjad mot de aktuella symtomen, men som ännu inte hunnit få effekt. Man bör undvika att välja preparat som farmakodynamiskt liknar något läkemedel som patienten redan behandlas med, eller tidigare erhållit med tveksam effekt eller fått biverkningar av (till exempel SSRI, bensodiazepiner, antipsykosmedel). Kontraindikationer, interaktionsrisk och njurfunktion/eGFR ska kontrolleras innan ett nytt läkemedel ordinerar

Sammanfattande råd vid farmakologisk behandling vid BPSD

(Se även Tabell Doseringsråd nedan)

- Vid depressiva symtom är SSRI-preparat förstahandsval (*escitalopram, sertraline, mirtazapin* enl. Reklista)
- Vid irriterabilitet, agitation och oro kan SSRI prövas. Effekten är ofta otillräcklig vid svår BPSD
- *Memantin* kan ha effekt vid främst agitation och aggressivitet. Effekten är ofta otillräcklig vid svår BPSD
- Vid psykotiska symtom och aggressivitet som orsakar lidanden eller potentiell fara för patient eller andra, kan *risperidon* prövas. Preparatet (liksom antipsykosmedel i allmänhet) ska användas mycket restriktivt på grund av en ökad risk för allvarliga biverkningar
- Vid akut behov av sedation/ångestdämpning kan *oxazepam* (bensodiazepin med mjukt insättande effekt, medellångverkande) prövas under kort tid, och med adekvat övervakning. Bensodiazepiner kan försämra kognitionen, öka fallrisken och leda till andra biverkningar.
Diazepam (Stesolid) som har snabbt tillslag (ger risk för muskelsvaghet) och kraftigt förlängd halveringstid (leder till ackumulering) bör undvikas/enda användas för akut bruk som enstaka dos.
- *Klometiazol* (Heminevrin) kan orsaka stark sedering med snabbt tillslag och risk för fall. Effektivt vid oro/sömnstörningar p.g.a. nattlig konfusion. Patienten ska ha betryggande tillsyn. Snabb toleransutveckling gör att intermittent eller kortvarig behandling ger säkrast effekt. Rekommenderas inte som dagsedativum.

Tabell Doseringsråd vid farmakologisk behandling vid BPSD

Läkemedel	Startdos	Dosökning efter:	Första dosökning till:	Max. dygnsdos:
<i>Antidepressiva</i>				
- Escitalopram	5 mg 1 gång/d	4 veckor	10 mg	10 mg
- Sertralin	25 mg 1 gång/d	4 veckor	50 mg	100 mg
- Mirtazapin	15 mg ½-1 t. n.	1 vecka	15-30 mg	45 mg
- Venlafaxin	37,5 mg 1 gång/d	2 veckor	75 mg	150 mg
<i>Ångestdämpande</i>				
Oxazepam	5 -10 mg vid behov 1-3 gånger/d			30 mg
<i>Sömnmedel</i>				
- Zopiklon	5 mg vid behov t.n. (alt. 7,5 mg ½ tabl)			7,5 mg
<i>Kraftigt sederande</i>				
- Heminevrin (klometiazol)	300-600mg vid behov t.n. Snabb toleransutv.			600 mg
<i>Glutamathämmare</i>				
- Memantin	5mg 1 gång/d	1 vecka	10mg	20 mg 10 mg vid eGFR < 50 ml/min
<i>Antipsykosmedel</i>				
- Risperidon	0,25 mg 1-2 gång/d	2-7 dagar	0,5 -1mg	1,5 mg
- Haldol	0,5 mg 1 gång/d	2-7 dagar	1,0 mg	2 mg
- *Quetiapin (Seroquel)	12,5-25 mg t.n.	1 vecka	37,5 mg	långsam upptitrering till max 100 mg

*Quetiapin kan prövas vid måttliga till svåra vanföreställningar även hos patienter med Lewybodydemens (som generellt är extremt känsliga för behandling med antipsykotika) och personer med Parkinsondemens.

Utvärdering och uppföljning av läkemedelsbehandling vid BPSD

Den läkare som sätter in läkemedelsbehandling mot BPSD bör informera patientens närstående/vårdare och ansvarig sjuksköterska om vilka behandlingseffekter som eftersträvas och i vilket tidsperspektiv man kan förvänta sig att dessa visar sig. Dessutom

bör de vanligaste/mest allvarliga biverkningar diskuteras så att dessa tidigt kan identifieras och rapporteras.

Planera i första hand en kort behandlingstid, framför allt för antipsykosmedel och anxiolytika, med utvärdering av effekt och eventuella bieffekter inom två veckor. Ställningstagande till dosjustering/utsättning ska göras regelbundet. Trappa ut.

Rutin för utvärdering av behandling med antipsykosläkemedel

Första utvärderingen av effekt och biverkningar görs inom två veckor. Därefter minst var tredje vecka med ställningstagande till dosminskning/utsättning. Har läkemedlen inte kunnat sättas ut inom tre månader fortsätter uppföljningarna på liknande sätt i ytterligare tre månader. Målet är alltid att kunna sätta ut behandlingen. (Se verktyg [Protokoll för behandling med neuroleptika](#))

Biverkningar som ska iakttas vid behandling med antipsykosläkemedel:

- Förändring i rörelsemönster:
 - Stelhet
 - Gång med små steg
 - Framåtlutande kroppshållning
 - Skakningar
- Hypersalivering
- Felsväljning
- Trötthet/slöhet
- Avtrubning
- Ökad fallbenägenhet
- Blodtrycksfall vid uppresning/yrsel

Rekommenderade vårdåtgärder vid behandling av BPSD ur ett omvårdnadsperspektiv (nationella riktlinjer 2010)

<p><u>BPSD-symtom</u> Depression/nedstämdhet Ångest/oro Lättretlighet/irritabilitet Eufori</p> <p><u>Rekommenderade vårdåtgärder</u> Massage Utevistelse</p> <p>Sång/musik/vårdarsång Gungstolsrörelser</p> <p>Reminiscens t.ex. <i>samtal, fotografier, musik</i> Validation (<i>bekräfta personens upplevelser</i>)</p> <p>Tyngdtäcke/väst Läkemedel</p>	<p><u>BPSD-symtom</u> Vanföreställningar Hallucinationer Felaktig identifiering</p> <p><u>Rekommenderade vårdåtgärder</u> Bemötande</p> <p>Optimera syn och hörsel</p> <p>Läkemedel</p>	<p><u>BPSD-symtom</u> Agitation Upprördhet</p> <p><u>Rekommenderade vårdåtgärder</u> Fysisk aktivitet (<i>gymnastik, "sittgympa", dans, promenad</i>)</p> <p>"Sålla bort provokationer" (<i>undvik argumentation, konfrontation, provocerande situationer/personer</i>)</p> <p>Avslappning (Massage, meditativ musik, djurterapi, aromaterapi)</p>	<p><u>BPSD-symtom</u> Motorisk rastlöshet</p> <p><u>Rekommenderade vårdåtgärder</u> Förutsättningar (<i>ytor att "vandra" på, tillåtelse att "plocka" med saker</i>)</p> <p>Fysisk aktivitet</p> <p>Tyngdtäcke/väst</p> <p>Plock-förkläde/kudde och liknande</p>
<p><u>BPSD-symtom</u> Sömnstörningar</p> <p><u>Rekommenderade vårdåtgärder</u> Aktivitet dagtid Utevistelse Minimera ljus/ljud Musik Läkemedel</p>	<p><u>BPSD-symtom</u> Ropbeteende</p> <p><u>Rekommenderade vårdåtgärder</u> Gungstolsrörelser (<i>t.ex. gungfåtölj, rullstolsvagg, hammock</i>) Beröring/massage Ljusterapi Validation</p>	<p><u>BPSD-symtom</u> Apati/likgiltighet</p> <p><u>Rekommenderade vårdåtgärder</u> Anpassade aktiviteter utifrån tidigare intressen</p>	<p><u>BPSD-symtom</u> Matlust/ätstörningar</p> <p><u>Rekommenderade vårdåtgärder</u> Tidigare matvanor Måltidsmiljö Måltidsstöd</p> <p>Munvårdsbedömning Sittställning Medicinska orsaker Utevistelse</p>

En bemötandeplan ska alltid upprättas – i den ska det framgå vad ”jag” som vårdare ska tänka på i mötet med brukaren utifrån följande perspektiv:

Fysisk kommunikation Reagerar brukaren positivt eller negativt på beröring	Muntlig kommunikation tonfall Hur ska jag prata med brukaren? Nedsatt hörsel? Behövs muntliga direktiv? Hur ”ser jag”/bekräftar brukaren?	Kroppsspråk Hur kan jag med mitt kroppsspråk underlätta för brukaren?	Ansiktsuttryck? Något särskilt som oroar/minskar oro? Viktigt att skratta/skoja? Inte skratta/skoja?	Samtalsämnen Finns det något samtalsämne som gör brukaren orolig, ledsen, arg och som vi ska undvika? Finns samtalsämnen som lindrar/avleder vid oro?
--------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Exempel

Fysisk kommunikation

K blir lugn när man lägger en hand på hans arm medan man pratar med honom.

Muntlig kommunikation/ tonfall

Tala nära höger öra. Beskriv kortfattat vad som ska göras innan varje moment, och invänta K. Tala lugnt.

Tala fåordigt med korta ”kommandon”

Säg alltid ”hej K” och ha ögonkontakt när du möter honom i dagrummet/korridoren.

Tycker om när man sjunger i samband med att han kliver ur sängen på morgonen.

Ansiktsuttryck

Viktigt att inte se stressad ut. Ha ögonkontakt med K i alla moment.

K har svårt att uttrycka sig muntligt. Viktigt att du visar att du ”förstår” vad han säger när han pratar, även om du inte hör vad han säger t.ex. genom att nicka och visa intresse för det han säger.

Kroppsspråk

Visa med din kropp hur K ska göra; t.ex. vid tandborstning, hantering av bestick.

K har lättare att gå om du går ”överdrivet” med tydliga, taktfasta steg bredvid.

Samtalsämnen

Tala inte om hundar- blir ledsen och upprörd av detta.

Oroar sig ofta över var hans mamma är- säg att hon jobbar och att hon vet att K är med oss.

Tycker mycket om att prata om Helsingborg, där han bott som barn.