

# INTELLEKTUELL FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Kortfattad handledning för LÄKARE och SJUKSKÖTERS KOR inom

## PRIMÄRVÅRDEN

2023-02-06

Dr Inger Näslund

Specialist i rehabiliteringsmedicin

[naslund.inger@gmail.com](mailto:naslund.inger@gmail.com)

1. Förord
2. Intellektuell funktionsnedsättning, definition samt Hälsa vid IF
3. Autism
4. LSS och LASS
5. Läkarundersökning
6. Downs syndrom
7. Demens
8. 22q11-deletionssyndrom
9. Angelmans syndrom
10. Cornelia de Langes syndrom
11. Fragilt X-syndromet
12. Prader-Willis syndrom
13. Retts syndrom
14. Smith-Magenis syndrom
15. Tuberös skleros
16. Williams syndrom
17. a. Cerebral pares    b. spasticitet
18. Epilepsi
19. Andningsproblem vid flerfunktionshinder
20. Blåsproblem vid flerfunktionshinder
21. Mag/tarmproblem vid flerfunktionshinder
22. Nutritionsproblem vid flerfunktionshinder
23. Smärta vid flerfunktionshinder
24. Intyg. Anvisningar och mallar    a. läkarutlåtande    b. parkeringstillstånd    c. körkortsyntyg

25. Några kliniska exempel
26. Beteendeproblem/beteenden som utmanar
27. Pedagogiska/psykologiska strategier vid ”beteendeproblem”
28. Psykofarmaka. Se även särskilt kapitel i Läkemedelsboken
29. Psykofarmakauppföljning sid a + b

## 1. FÖRORD

Under 1900-talet vårdades patienter med intellektuell funktionsnedsättning (IF) förutom i föräldrahemmet på barnhem, vårdhem, specialsjukhus. Här fanns god tillgång till egna läkare. När landstingen tog över institutionerna inrättades omsorgsöverläkartjänster (psykiatriker, neurologer, barnläkare) med ansvar för all somatisk och psykiatrisk vård. Dessa hade särskilda vårdhemsläkare till sin hjälp. Dessutom fanns i Sverige ett stort antal omsorgssjuksköterskor. Dessa yrkesgrupper samlade med åren på sig en hög kompetens beträffande patientgruppen. I samband med "Nya omsorgslagens" införande 1985 försvann dessa professioner formellt. Nedläggningen av omsorgsläkarsystemet var ett politiskt beslut. Personer med IF skulle få tillgång till samma sjukvård som övriga medborgare enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). 1994 ersattes omsorgslagen med LSS som inte heller ger personer med IF rätt till läkare med specifik kompetens om funktionsnedsättningen.

Primärvården har ansvar för första linjens sjukvård. Det är hit vi alla ska vända oss i första hand med våra olika hälso- och sjukvårdsproblem. Personer med IF har utöver det vanliga sjukvårdspanoramat en högre sjuklighet som konsekvens av funktionsnedsättningen. Detta gäller framför allt de som på grund av sin hjärnskada har rörelsehinder, epilepsi, IF och autism. Diagnosställandet är svårt eftersom det ofta föreligger kommunikationsproblem. En stor andel av personerna med IF utvecklar olika utmanande beteenden som ofta blir ett större funktionshinder än den intellektuella funktionsnedsättningen i sig. Psykofarmakaförbrukningen i gruppen är mycket hög. Många står i långa perioder (år, decennier) på medicinering utan adekvat uppföljning.

Följande handledning/lathund är tänkt att i första hand vara till hjälp för den primärvårdsläkare /sjuksköterska som träffar en person med IF men kan naturligtvis även användas av andra yrkesföreträdare med intresse för gruppen.

Jag har försökt göra ett koncentrat av min egen yrkeserfarenhet. Håll till godo!

2023-02-06

Dr Inger Näslund

Specialist i rehabiliteringsmedicin

## 2. INTELLEKTUELL FUNKTIONSNEDSÄTTNING (definition)

Diagnosgrupperna F 70.x – F 79.x enligt ICD-10.

(utvecklingsstörning, mental retardation, begåvningshandikapp, förståndshandikapp, intellektuell funktionsnedsättning). Siffran efter punkten anger förekomst av beteendestörning.

Diagnosen baseras på både mätning av intelligenskvot (IQ) och problem att klara sin egen vardag t ex sköta sin hälsa, klara sin ekonomi, planera. Enbart låg IQ räcker ej för diagnos. Störningen ska vara medfödd eller uppkomma före 16–18 års ålder.

IQ i en befolkning fördelar sig enligt en normalfördelningskurva runt medelvärdet 100 poäng.

Lindrig IF:	IQ 50-69	(kognitiv ålder 9-12 år)
Medelsvår IF:	IQ 35-50	(kognitiv ålder 6-8 år)
Svår IF:	IQ 20-35	(kognitiv ålder 3-5 år)
Grav IF:	IQ under 20	(kognitiv ålder 0-2 år)

OBS! Åldersangivelserna är MYCKET ungefärliga men kan vara en hjälp för att förstå vilken kognitiv nivå personen befinner sig på. Detta är viktigt att veta när det gäller vilken belastning personen kan klara. Felaktig nivå kan orsaka stor stress och resultera i psykiska och/eller fysiska symtom vilket föranleder kontakt med sjukvården.

Diagnosen lindrig IF är särskilt svår att ställa. För att en person ska få rätt till anpassad skolgång krävs att diagnosen IF är fastställd.

[Intellektuell funktionsnedsättning - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](http://nationelltklinisktkunskapsstod.se)

### HÄLSA vid IF

Fetma är mer än 3 gånger vanligare hos personer med IF. Det kan finnas somatiska orsaker, men inaktivitet och felaktig kost är vanligt. Såväl diabetes som psykisk ohälsa är dubbelt så vanligt vid IF.

Patienter med IF behöver stöd i att göra kloka val gällande sin hälsa. Sträva efter att öka patientens egen kunskap om sin hälsa och sök nå delaktighet kring hälsofrågor när så är möjligt.

Tips:

-Se över kosten. Varierad kost? Tre måltider per dag och mellanmål? De flesta behöver hjälp med planering av mat.

-Daglig fysisk aktivitet är grundläggande, men måste presenteras på ett trevligt och begripligt sätt. Träning behöver oftast göras tillsammans med andra och det är viktigt att ha roligt! Använd gärna FAR (fysisk aktivitet på recept).

-Sömnen kan vara bristfällig och omgivningen bör observera/registrera sömnen.

-Det kan vara lämpligt med en ”hälsodag” per vecka med kontroll av vikt, inspektion av kroppen, fotvård, klippa naglar, någon trevlig aktivitet.

[Hälsan hos personer med funktionsnedsättning — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](http://folkhalsomyndigheten.se)

[Mat och måltider i gruppboheter \(LSS\) \(livsmedelsverket.se\)](http://livsmedelsverket.se)

### 3. AUTISM

Räknas som en ”genomgripande utvecklingsstörning”, diagnoskoder F84.0 - F84.9 (ICD-10).

För diagnos krävs stora problem inom nedanstående två områden:

1. Social interaktion och kommunikation
2. Flexibilitet i beteende, aktiviteter och intressen

Problemen skall ha funnits före tre års ålder. Symtomen måste bedömas i förhållande till personens kognitiva nivå (IQ). IQ är oftast högre än de sociala och kommunikativa förmågorna. Vuxna kan utredas inom den lokala psykiatrin.

Vanliga problem vid autism:

- perceptionsstörningar för hörsel, syn, lukt, smak, känsel
- sömnproblem
- ätstörningar
- IF
- epilepsi

Aspergers syndrom är en form av autism med normal IQ. Begreppet Aspergers syndrom kommer att utgå.

Autism är en svår och långvarig funktionsnedsättning. Orsakerna kan vara genetiska, pre-, peri- eller postnatale. Många genetiska syndrom är förknippade med autism, ex. tuberös skleros, Downs syndrom, Fragilt X-syndrom. Samma hjärnskada kan vara orsak till att personen har autism, IF, epilepsi, CP-skada. Beteendestörningarna vid autism kan vara mycket uttalade och svarar dåligt på farmakabehandling. Patienten bör hänvisas till bedömning av psykologer vid habiliteringen.

Medicinsk behandling av autism saknas. Däremot kan man behandla samtidig depression, sömnstörning, epilepsi med farmaka. Ångest är vanligt och beror ofta på överkrav.

Personer med autism behöver hjälp från primärvården med diverse intyg/utlåtanden.

Vanliga somatiska sjukdomar vid autism kan vara svårdiagnostiserade för primärvårdsläkare pga patientens svårigheter att ge anamnes. Var frikostig med prover, röntgen och ge extra tid på mottagningen.

[Autism med intellektuell funktionsnedsättning - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](http://nationelltklinisktkunskapsstod.se)

#### 4. LSS- lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1994)

Denna lag ersatte omsorgslagen från 1985. LSS är en *pluslag* när individens behov ej faktiskt tillgodoses på annat sätt. Gäller personer med svåra funktionsnedsättningar och omfattande hjälpbehov.

LSS har tre personkretsar:

- 1.personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd
- 2.personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom (demens, psykisk sjukdom och missbruk undantaget)
- 3.personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service. Ex grava syn-hörselskador, diabetes, hjärt-lungsjukdomar, psykiska sjukdomar, neuropsykiatriska funktionshinder, neurologiska sjukdomar mm. Demens och missbruk kan ibland ge LSS-tillhörighet enligt denna personkrets. Ej rätt till daglig verksamhet enligt LSS.

Insatser som kan ges enl LSS är:

- rådgivning och annat personligt stöd (regionens ansvar)
- personlig assistans upp till 20 timmar per vecka (kommunens ansvar)
- ledsagarservice (kommunens ansvar)
- kontaktperson (kommunens ansvar)
- avlösarservice i hemmet (kommunens ansvar)
- korttidsvistelse (kommunens ansvar)
- korttidstillsyn av skolungdom över 12 år (kommunens ansvar)
- boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdom (kommunens ansvar)
- boende med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad (kommunens ansvar)
- daglig verksamhet (gäller endast personkrets 1 och 2, kommunens ansvar)
- individuell plan (kommunens ansvar)

Regionerna har särskilda LSS-handläggare som bedömer rätt till rådgivning och annat personligt stöd. Med det avses allmänna råd av kurator, psykolog, arbetsterapeut, logoped, sjukgymnast m fl (dock ej läkare). Habiliteringsinsatser och sjukvård ges ej genom LSS utan genom HSL.

Kommunerna har särskilda LSS-handläggare eller biståndsbedömare som bedömer ansökningar om övriga insatser. Den enskilde måste själv eller genom företrädare ansöka om en specifik insats. LSS-handläggaren har rätt att begära in utredningar som fastställer diagnos och styrker behovet. Vid avslag kan överklagan göras hos den instans som anges i avslaget.

LASS – lagen om assistansersättning:

Administreras av Försäkringskassan (FK). Upp till 20 veckotimmar betalas av kommunen, över 20 veckotimmar betalas av FK. Läkarutlåtande krävs. Läkaren beskriver funktionsnedsättningen men det är FK som bedömer omfattningen av assistansen. För att få rätt till personlig assistans måste man behöva hjälp med personlig hygien, måltider, av- och påklädning, att kommunicera med andra, förflyttning, andning. Personer med enbart psykisk funktionsnedsättning kan få personlig assistent i vissa fall (ex helt ur stånd att klara hygien eller att få i sig mat).

#### 5. LÄKARUNDERSÖKNING/BEMÖTANDE

## ALLMÄNT:

Avsätt minst 1 timma för besöket. Låt personal eller anhörig (ej för många) följa med. Var lugn och lågmäld, ej påträngande. Tala så lite som möjligt, först till patienten. Inga svåra ord, inga långa meningar. Inga ordbilder, undvik skämt, liknelser eller dubbeltydigheter. Säg exakt vad du menar. Fråga efter namn, ålder (vid en kognitiv nivå på cirka 4 år vet man sin ålder). Vänta på svar. Passa in dina frågor till rätt utvecklingsnivå. Var konkret, peka, visa. Tala ej över huvudet på patienten, använd förnamn, ej han/hon. Fråga om ex personalen får svara på en del frågor. Ibland måste undersökningen delas upp på flera tillfällen.

ANAMNES: Aktuellt: Tecken på smärta? Infektion? Värk? Allergi? Epilepsi? Demenstecken? Kost, kroppsfunktioner? Viktförändring? Sömn? Medicinering? Tidigare sjukdomar? Genomgång av journaler och undersökningsresultat.

## SOMATISKT STATUS:

Undersökningen börjar egentligen redan i väntrummet. Observera rörelsemönster, tecken på smärta. Hur betar sig patienten? Samspel med medföljande? Hjälpmedel? Efter cirka 30 min brukar man få göra somatiskt status (be övertaliga lämna undersökningsrummet men låt eventuellt en personal eller anhörig stanna kvar om patienten vill). Visa stetoskopet och peka på britsen vid undersökning. Ta en sak i taget, vänta mellan varje uppmaning. Notera hur mycket hjälp patienten behöver för att klä av sig. Börja med det som verkar gå bäst, först med patienten sittande på britsen, sätt dig ner i samma höjd framför (att ligga ner med doktors ansikte över sig är skrämmande). Avstå att göra det som inte går.

HJÄRTA: Visa stetoskopet igen, värm det i din hand, fråga om patienten vet var hjärtat sitter, lyssna.

LUNGOR: Sätt dig på britskanten bredvid patienten.

BLODTRYCK: Visa manschetten, visa "klockan". Säg "mäta armen", ej "ta blodtrycket".

NEUROLOGI/MOTORIK: Visa reflexhammaren, slå på dig själv, lägg ett finger emellan när du slår på patienten. Fortsätt neurologstatus när patienten har rest sig från britsen. CP-skador, tics, stereotypier, fin- och grovmotorik, rörelsemönster, balans, tonus, leder. Talsvårigheter?

ÖGON: Visa ficklampan, lys på dig själv och på patienten omväxlande, först på handen. Notera katarakt, keratokonus (vanligt vid Downs syndrom). Synkontroll minst var 4:e år. Frikostighet med remiss till ögonläkare. Fråga efter glasögon.

MUN och SVALG: Tandstatus? Svampinfektion?

LYMFKÖRTLAR, THYROIDEA: palpera noga.

ÖRON: Visa otoskopet, lys på dig själv och på patienten omväxlande, först på handen.

Vaxproppar är vanligt. Hörselundersökning minst var 4:e år.

BUK: (i liggande) Varma händer. Gastrit, ulcus är vanligt liksom förstoppning.

HUD: Se över hudkostymen. Sår? Eksem?

FÖTTER: Sår och sprickor? Svamp? Torra fötter? Naglar?

PER RECTUM, GENITALIA, MAMMAE: brukar gå bra att undersöka mot slutet. Sjukdomar i dessa organ kan gå oupptäckta länge.

ALLMÄNTILLSTÅND: Beskriv noga. Jämför kronologisk ålder. Vikt, längd.

PROVER: Anpassas till situationen. Frikostighet föreslås. Överväg läkemedelskoncentrationer.

ÖVRIGA UNDERSÖKNINGAR: Avgörs från fall till fall. Var frikostig med prover och röntgen eftersom patienten har svårt att beskriva hur det känns. Annars riskerar man att missa maligniteter, artros, diabetes och andra sjukdomar som kan vara orsak till beteendestörning.



## 6. DOWNS SYNDROM (DS)

Historik: 1866 beskrevs syndromet av John Langdon H Down  
1959 kunde kromosomrubningen fastställas med blodprov  
Prevalens: 1:800  
Orsak: 95 % beror på fel vid könscelledningen - trisomi 21 (47 kromosomer)  
5 % translokation varav hälften är ärftlig

DS är ett syndrom med symtom från många olika organsystem. Endast IF är obligat liksom hjärnförändringar vid patologiska undersökningar av obduktionsmaterial.

Nationellt vårdprogram för vuxna med DS (1990) med kontroller vartannat år:

Kontroll av tyreoidfunktion. Vanligt med hypothyreos/hyperthyreos.  
Ögon/synkontroll. Katarakt, keratoconus, blepharit, brytningsfel.  
Öron/hörselkontroll. Ledningshinder, presbyacusic, vaxproppar.  
Ortopedisk bedömning. Höfter, knän, fötter, halsrygg (instabilitet).  
Tandstatus. Kontinuerlig uppföljning/behandling varje år  
Bedömning av behov av preventivmedel åt kvinnor (männen är sterila).  
Kardiell bedömning. Mitralklaffs prolaps, aortaregurgitation, ab-profylax vid op.  
Depressionsbedömning (sömnrubning, gråt, förändrad aptit och vikt, rädsla).  
Demensbedömning om äldre än 40 år. Beskriver ett förlopp. "Tidiga tecken" är ett bra material för demensbedömning.

Dessutom vanligt med hudproblem, mag-tarmproblem, allergier, smärta.

Demens av Alzheimerstyp vid DS:

- tillkomst av minnesstörning
- tillkomst av passivitet
- försämrad ADL-förmåga (klä sig, äta, tvätta sig etc)
- försämrad språklig förmåga
- försämrad förmåga att hitta
- försämrad tidsuppfattning
- försämrad motorik, gångförmåga
- muskelstelhet, ryckningar
- nytillkommen epilepsi
- nytillkommen inkontinens
- personlighetsförändring

Utredning av demens (sammanvägningsdiagnos) hos husläkaren:

Begär in patientens levnadshistoria samt nuvarande funktionsnivå. Vad har försämrats?  
Somatiskt och psykiskt status. Glöm ej hörsel, syn, hypothyreos, depression. Sedvanliga demensprover inkl. EEG (jfr med tidigare) + CT hjärna eller MRT. Normalt EEG utesluter demens. Psykolog /arbetsterapeut vid Habiliteringscenter kan vara behjälpliga i diagnosställandet. Om ingen diagnos kan ställas, gör ny bedömning (och nytt EEG) efter 6-12 mån. Vid demens progredierar EEG-förändringarna (långsam alfarytm, ep-tecken) liksom de kliniska symtomen. Demensmedicin enligt gängse praxis för alla patienter.

Uppföljning:

Barn följs på barnklinik.

Vuxna:

Årliga kontroller av husläkare enligt ovan. Remiss till Habiliteringscenter för stödåtgärder vid behov.

## 7. DEMENS vid IF

Personal söker ofta läkarhjälp med frågeställning demens när en äldre person med IF uppvisar beteendeproblem. Dessa kan dock ha andra orsaker, antingen miljöbetingade (felaktig kravnivå i förhållande till utvecklingsnivån) eller annan psykiatrisk/psykologisk (odiagnosticerad autism, depression, psykos mm) eller somatisk orsak. Tänk på synnedsättning (katarakt), hörselnedsättning (vaxproppar), värk/smärta, artros, hypothyreos, infektioner, mag-tarmproblem inkl reflux, anemi, hjärtfel, hjärntumör, diabetes m.m. Tänk på att vissa mediciner kan ge konfusion och kognitiva problem (ex antipsykotika, antiepileptika).

Personer med Downs syndrom drabbas ofta av Alzheimer-liknande demens.

Vid första mottagningsbesöket skall personal/anhöriga ha med en levnadsberättelse samt ifyllt checklista beträffande nuvarande funktionsnivå.

### SYMPTOM:

- Minnesstörning (obligat).
- Försämrad språklig förmåga
- Försämrad rumsuppfattning, går vilse
- Försämrad tidsuppfattning
- Muskelstelhet pga subkortikala förändringar, försämrad gångförmåga, balansrubning
- Nydebuterad epilepsi
- Förlångsamning av motorik och tankeförmåga
- Försämrad initiativförmåga, förlust av intresse för omgivningen, trötthet, depression
- Tillkomst av inkontinens
- Försämrad ADL-förmåga på grund av apraxi och agnosi
- Personlighetsförändring

### UTREDNING:

Anamnes: Vilka symtom finns, när började symtomen, hur har de utvecklats?

Somatiskt status (mycket viktigt, se ovan) inkl. syn, hörsel, neurologi, motorik.

Psykiskt status. Sedvanliga demensprover.

Kognitivt status. Utvecklingsnivå? Jfr tidigare testningar.

EEG-undersökning med frågeställning demens och jämförelse med ev tidigare EEG.

CT eller MRT hjärna med demensfrågeställning. Demens är en sammanvägningsdiagnos.

Om diagnos ej kan ställas kan utredningen göras om efter 6–12 månader.

### BEHANDLING:

Sanera medicinlistan. Demensmedicin enligt vad som gäller för alla patienter.

Beteendeproblem motverkas bäst genom god omvårdnad. SSRI-preparat kan provas. Undvik antipsykotika, bensodiazepiner, tricykliska antidepressiva samt mediciner med antikolinerg effekt.

## 8. 22q11-deletionssyndromet (Di Georges syndrom, velo-cardio-facialt syndrom, CATCH 22)

Prevalens: 1:4 000

Orsak: Mikrodeletion på långa armen av kromosom 22. Oftast nymutation men kan ibland vara nedärvt från ena föräldern via autosomal dominans.

Diagnos ställs med DNA-analys FISH-teknik

Symtom:

- IF i hälften av fallen, ojämn begåvningsprofil.
- Inlärningsproblem.
- Beteendeproblem.
- Symtom på ADHD, autism.
- Försenad tal- och språkutveckling.
- Psyksiska symtom (ångest, depression, psykos).
- Synnedsättning.
- Hörselnedsättning.
- Motoriska problem (grov- och/eller finmotoriken).
- Kortväxthet.
- Avvikande ansiktsdrag, långsmala fingrar.
- Hjärtfel hos 50%.
- Gomspalt/bristande gomfunktion.
- Immunbrist på grund av underutvecklad thymus. Täta infektioner. Autoimmuna sjukdomar.
- Kalkbrist på grund av underutvecklade parathyreoideakörtlar. Kan förorsaka kramper, skakningar, trötthet, sömnstörningar särskilt vid stress.

Uppföljning:

Barn följs på barnklinik.

Vuxna:

Årliga kontroller hos husläkaren avseende kontroll av PTH (samt övrig provtagning), infektioner, syn, hörsel, psykiskt status

Remittering till kardiolog, psykiater, habiliteringscenter för stödåtgärder vid behov.

[22q11-deletionssyndromet - Socialstyrelsen](#)

[Nationellt vårdprogram för 22q11-deletionssyndromet \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](#)

## 9. ANGELMANS syndrom (Tidigare ”Happy Puppet Syndrome”)

Prevalens: 1:12 000. Underdiagnosticerat hos vuxna med IF.

Orsak: Oftast nymutation på grund av mikrodeletion av den kromosom nr 15 som kommer från modern, men många varianter finns. Kan i vissa fall vara ärftligt.  
Genetisk rådgivning bör erbjudas drabbade familjer.

Diagnos ställs på kliniska kriterier. Ibland svårt att skilja från Retts syndrom. Speciellt EEG-mönster föreligger vid Angelmans syndrom. DNA-analys kan göras men är inte fullt tillförlitlig.

Symtom:

- IF, oftast svår.
- Kraftigt försenad motorisk utveckling, gångsvårigheter, ataxi, försöker hålla balansen genom att lyfta armarna i axelhöjd. Med tiden alltmer framåtlutade, stela, får kontrakturer, spasticitet kan utvecklas. Några lär sig aldrig gå.
- Epilepsi. Anfallssituationen blir bättre med åren.
- Speciellt utseende. Brett, glatt leende med öppen mun. Dregling. Underbett, glesa tänder, litet huvud, platt nacke.
- Litet sömnbehov, sömnstörning.
- Tal- och språkstörning. Förstår dock mer än de kan ge uttryck för. Kan kommunicera med gester.
- Plötsliga skratt och leenden som inte behöver vara uttryck för glädje.
- God synperception, kan lära sig hitta.
- Speciellt beteende: Glada, hyperaktiva, okoncentrerade. Fascinerats av vatten och blanka ytor. Problem med social interaktion. Biter sig i armen.
- Tvängshandlingar och ångest är vanligt.
- Autismdiagnos i vissa fall.

Uppföljning:

Barn följs av barnläkare och vid barnhabilitering. Neuropsykologisk/neuropsykiatrisk utredning är viktigt.

Vuxna:

Årliga hälsokontroller hos husläkare.

Epilepsin kan följas upp i primärvården om anfallssituationen är under kontroll.

Scopodermplåster kan prövas mot dregling, ev. remiss till ÖNH.

Melatonin kan prövas mot sömnstörning.

Remiss till habiliteringscenter för hjälp med sjukgymnastbedömning, kommunikationshjälp, hjälp med bemötandestrategier.

[Angelmans syndrom - Socialstyrelsen](#)

## 10. CORNELIA de LANGES syndrom

Medfött missbildningssyndrom känt sedan 1930-talet

Prevalens: 1:10 000–30 000

Orsak: Nymutation på korta armen kromosom 5.

Typ 1: klassiska symtom, vanligaste och allvarigaste formen som diagnosticeras vid födseln

Typ 2: mildare variant, diagnosticeras oftast vid 2-3 års ålder

Diagnosen ställs på symtombild och kan bekräftas med DNA-analys hos två tredjedelar.

Symtom:

-IF. Förstår dock mer än de kan uttrycka.

-Beteendeproblem. Självdestruktivitet (kan försvinna när gastroesofageal reflux (GER) åtgärdas, se nedan)

-Autistiska drag.

-Microcephalus. Speciella ansiktsdrag.

-Tillväxthämning.

-Hirsutism (rygg, skuldror, armar, ben, hopväxta ögonbryn, lågt hårfäste i pannan).

-Missbildning av händer, fötter, armar, genitalia.

-Missbildning i mag-tarmkanalen. Mycket vanligt med GER som ger smärtsam esofagit och luftvägsinfektioner, frätskador på tänder.

-Hörselnedsättning (ofta förbisedd).

-Ögon- och synproblem.

-Hjärtfel.

-Epilepsi.

-Bettanomalier.

Uppföljning:

Barn följs på barnklinik.

Vuxna:

Årliga hälsokontroller hos husläkare: syn, hörsel, GER.

Remiss till kardiolog, ortoped vid behov.

Fortsatt behov av stöd från Habiliteringscenter.

Beteendeproblem blir bättre när syn, hörsel, GER är åtgärdat.

Begåvningsbedömning.

[Cornelia de Langes syndrom - Socialstyrelsen](#)

## 11. Fragilt X-syndromet (FRAXA-syndromet)

Prevalens: pojkar 1:5 000 (premutation 1:800)

flickor 1:10 000 (premutation 1:260)

Orsak: Ärftligt tillstånd. Mutation (antal repetitioner av baspar i DNA-spiralen) i X-kromosomen som nedärvs enligt ett mönster. Pojkar med fullmutation får fullt utvecklat syndrom, flickor en lindrigare variant. De flesta män med fragilt X har IF och får inga barn. De flesta kvinnor med fragilt X är normalbegåvade och deras barn löper stor risk att få fullt utvecklat syndrom.

Diagnos ställs med DNA-analys. Drabbade familjer skall erbjudas genetisk rådgivning.

Symtom:

- IF.
- ADHD, autism, dyslexi.
- Språk-och talstörning. Snubblande tal.
- Försenad motorisk utveckling. Hypotoni, överrörliga leder.
- Avvikande utseende (stora utstående öron, långsmalt ansikte).
- Kraftigt avvikande blickkontakt (vänder bort huvudet vid hälsning).
- Oro, stereotypier, självdestruktivitet.
- Sömnstörning.
- Epilepsi.
- Ljumsnbräck.
- Förstorade testiklar.
- Klaffel i hjärtat.
- Gastroesofagal reflux
- Synproblem, skelning.
- Öroninflammationer framför allt i barnaåren.
- Bettavvikelser och tandgnissling.

Även vid normal begåvning är det vanligt med ADHD, autism och dyslexi.

Premutation hos män kan efter 50 års ålder ge progressiv cerebellär ataxi, tremor, demens-utveckling.

Uppföljning:

Barn följs av barnläkare.

Viktigt med neuropsykologisk testning och psykiatrisk bedömning.

Vuxna:

Årliga hälsokontroller hos husläkare.

Epilepsin kan följas upp i primärvården om anfallssituationen är under kontroll.

Antibiotikaproylax vid klaffel inför tandsanering.

Remiss till habiliteringscenter för stödåtgärder vid behov.

[Fragilt X-syndromet - Socialstyrelsen](#)

## 12. PRADER WILLIS syndrom (PWS)

Prevalens: 1:15 000–25 000

Orsak: Mikrodeletion av kromosom 15 (15q11-13) eller total avsaknad av den från fadern ärvda kromosom 15, då har i stället barnet 2 st nr 15 från modern. I vissa fall finns obalanserad translokation. Nymutation vanligast. Förmodligen ger denna kromosomrubbning störning i hypo-thalamusfunktionen.

Diagnos ställs genom DNA-analys.

Symtom:

Varierar från person till person och förändras med åren.

- Uppfödningproblem under spädbarnsåret.
- Extrem fetma på grund av extrem aptit fr o m småbarnsåren. Person med PWS har bara 50% av normalt energibehov. Fetman kan förhindras.
- Muskelsvaghet, muskelhypotoni, försenad motorisk utveckling.
- Försämrad reglering av kroppstemperatur.
- Hypogonadism, sterilitet.
- Speciellt utseende: Ljusa, blåögda, smal panna, mandelformade ögon, små händer och fötter. Skelning.
- Kortväxthet, skolios.
- Tandanomalier, högt gomtak, svaghet i ansiktsmuskulatur, vilket kan ge otydligt tal, minskad saliv.
- Låg ämnesomsättning, frusna, trötta.
- IF av varierande grad beroende på vilken typ av kromosom 15-störning som föreligger. Vissa är normalbegåvade i nedre normalzonen.
- Känslomässig labilitet, tvångsmässighet. Aggressionsutbrott. Självdestruktivitet (t ex pillar upp sår).
- Psykosrisk 10 – 60 %.
- Autistiska drag.
- Trötthet, stort sömnbehov.
- Perceptionsstörning för känsel (smärta, kyla, värme), svårigheter att adekvat förmedla smärta.
- Oväntad läkemedelsreaktion framför allt mot psykofarmaka.

Uppföljning:

Barn följs av barnläkare och barnhabilitering samt tandvården. Mycket viktigt med dietistkontakt, kalori restriktioner samt fysisk träning. Neuropsykologisk testning samt psykiatrisk bedömning viktig.

Vuxna:

Årliga hälsokontroller hos husläkare.OBS! Risk för följsjukdomar på grund av övervikt! Dietist bör vara inkopplad. Synkontroll. Epilepsin kan följas upp i primärvården om anfallssituationen är under kontroll.

Remiss till habiliteringscenter för kontakt med psykolog, arbetsterapeut, sjukgymnast vid behov. Personen kommer alltid att behöva stöd, hjälp, struktur.

[Prader-Willis syndrom - Socialstyrelsen](#)

[Nationellt vårdprogram för Prader-Willis syndrom \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](http://nationelltklinisktkunskapsstod.se)

### 13. RETTS SYNDROM (RS)

Sällsynt tillstånd företrädesvis drabbande flickor.

Prevalens 1:10 000 kvinnor.

Orsak: Felaktig utveckling av det dendrito-synaptikogena nätet i hjärna och hjärnstam (ger autonom dysfunktion). Orsakas troligen av (ny)mutation av en gen. 1999 upptäcktes ett samband med MECP2-genen på X-kromosomen men alla flickor/kvinnor med RS uppvisar inte detta fel (som även kan föreligga utan RS).

Diagnosen är klinisk.

*Klassisk RS- nödvändiga kriterier:*

- normal pre- och perinatal period, normal psykomotorisk utveckling de första 6 mån
- normalt huvudomfång vid födelsen
- avtagande huvudomfångskurva postnalt
- förlust av ändamålsenliga handrörelser vid 6-30 mån
- handstereotypier
- kognitiv, social, kommunikativ tillbakagång
- dyspraktiskt rörelsemönster

*Stödjande kriterier:*

- hyperventilation, apné, bloating
- tandgnissling
- stort sömnmönster från spädbarnstid (inkl. skrik-, skrattattacker).
- avvikande muskeltonus och successivt minskande muskelmassa
- perifer cirkulationsstörning
- skolios, kyfos
- tillväxthämning
- små röd-blå kalla svettiga fötter, små tunna händer

*Prognos:*

En till synes normalutvecklad flicka som vid 6–18 mån stannar upp i utvecklingen. Funktioner förloras. Bot saknas. Klassisk RS ger svår/grav IF i kombination med rörelsenedsättning och oftast även epilepsi vars svårighetsgrad avtar med åren varvid antiepileptika ibland kan seponeras. Vacant spells (andningsuppehåll) svåra att skilja från epilepsi. Stort livslångt behov av habilitering föreligger. Från ett närmast autistiskt beteende i småbarnsåren förbättras kontakten. Förstår mer än de kan ge uttryck för. Den intensiva ögonkontakten (gå nära!) kan användas för ögonpekning i kommunikativt syfte. Mycket lång ”svars” latens.

*Varianter av RS:*

Förutom klassisk RS finns varianter som ger lindrigare funktionsnedsättning, där symtom på ADHD och autism dominerar. Antal som diagnostiseras i världen ökar ständigt.

Uppföljning:

Barn följs av barnläkare.

Vuxna:

Årliga hälsokontroller hos husläkare.

Remiss till habiliteringscenter för stödåtgärder vid behov.

[Retts syndrom - Socialstyrelsen](#)



## 14. SMITH-MAGENIS syndrom

Prevalens: 1:25 000 eller vanligare. Lika många pojkar som flickor.

Orsak: Genetiskt syndrom som upptäcktes på 1980-talet, orsakad av deletion på kromosom 17p11.2.

Förmodligen normal livslängd. Som små failure to thrive, stillsamma. Misstolkas ibland som Downs Syndrom i nyföddhetsperioden. Under andra levnadsåret kan sömnstörning och beteendeproblem börja. Speciella ansiktsdrag som med åren blir mer uttalade.

Symtom:

- IF (lindrig till medelsvår).
- Beteendestörning (självd destruktivitet, aggressionsutbrott, stereotypier m.m.).
- Hyperaktivitet, dålig impulskontroll.
- Speciella ansiktsdrag, korta fingrar och tår, breda händer.
- Kortväxthet.
- Sömnstörning av svårartat slag.
- Missbildningar (hjärta, urinvägar, skelett, tänder, hjärna, ögon, öron).
- Hyperlipidemi, hypothyreos.

Bilden domineras av svårhanterliga beteendeavvikelser som dock verkar avta med åren. Många uppfyller diagnoskriterierna för autism men har en bättre social förmåga än vid klassisk autism. Andra får diagnosen ADHD. Depression eller andra psykiska besvär kan förekomma. Vissa beteendedrag är mycket vanliga t ex att rycka ut naglar, stoppa föremål i kroppsöppningar, krama sig själv, slicka på händerna, vända blad i böcker och tidningar. Medicinering mot ADHD kan fungera hos vissa. Ställningstagande till psykofarmakamedicinering skall skötas av specialist.

Uppföljning:

Barn följs av barnläkare.

Vuxna:

Årliga hälsokontroller hos husläkare.

Uppföljning hos övriga specialister efter behov.

Sömnproblemen är viktiga att försöka åtgärda. Prova konventionella sömnmedel, remittera för sömnregistrering till neurolog som kan skicka vidare till sömnlaboratorium. Prova Melatonin.

Remiss till habiliteringscenter för stödåtgärder vid behov.

[Smith-Magenis syndrom - Socialstyrelsen](#)

## 15. TUBERÖS SKLEROS (komplexet) (TSC)

Namnet syftar på de förhårdnader som oftast finns i hjärnan, men flera organ kan vara drabbade.

Prevalens: 1:10 000 har en svår form som ger svår funktionsnedsättning

Orsak: Autosomt dominant ärftlig sjukdom. Mycket lindriga varianter utan funktionsnedsättningar finns. De flesta med TSC har en nymutation. Mosaicism kan förekomma. Två olika gener kan vara muterade, TSC1-genen på kromosom 9 eller TSC2-genen på kromosom 16, möjligen andra gener. Frågeställningar om ärftlighet och DNA-analyser besvaras av genetiker.

Diagnosen ställs av barnläkare på symtom samt olika röntgen-undersökningar.

*Huden:* Pigmentfattiga fläckar (ses bäst med Woods lampa). Angiofibrom i ansiktet. Skrovliga fläckar över ländryggen. Fibrom runt naglarna samt runt tänderna. Vita hårtofsar.

*Hjärnan:* Tuberos skleros i hjärnbarken, migrationsstörningar, subependymala noduli är konstanta. Jättecelsastrocytom sällsynt, kan ge hydrocephalus.

*Ögonen:* Hamartom i retina, pigmentfattiga fläckar i iris eller retina.

*Njurarna:* Angiomyolipom, godartade men kan blöda. I sällsynta fall kan de bli maligna. Multipla cystor kan orsaka högt blodtryck, njursvikt.

*Hjärtat:* Rhabdomyom, minskar med åren.

*Lungorna:* Lymfangiomyomatos (LAM) hos kvinnor efter puberteten, syns på röntgen. Kan ge hosta, sviktande lungfunktion.

*Övriga organ:* Cystor eller missbildningar kan finnas i lever, bukspottkörtel, äggstockar, binjuror, ändtarm.

Epilepsi är vanligt, ofta mycket svårbehandlad. IF i kombination med autism är vanligt.

Hyperaktivitet samt olika beteendestörningar vanligt. Svåra sömnproblem är vanligt.

Patienter med lindrigare former av TSC utan IF kan ha olika psykiatriska problem (t ex ADHD, oro, ångest).

Uppföljning:

Barn följs av barnneurolog och/eller barnhabiliteringsläkare.

Vuxna:

Årliga hälsokontroller hos husläkare. Husläkaren har störst möjlighet att se till helheten och bör vara observant på nytillkomna symtom från hjärna, njurar, lungor, hjärta, ögon samt andra inre organ och remittera frikostigt.

Uppföljning hos berörda specialister i neurologi, njurmedicin, hud, kardiologi, ögon, lungmedicin, psykiatri efter behov.

Remiss till habiliteringscenter för stödåtgärder vid behov.

[Tuberos skleros - Socialstyrelsen](#)

## 16. WILLIAMS syndrom

Prevalens: 1:10 000

Orsak: Mikrodeletion på kromosom nr 7. Nymutation. Elastin-gen (bindväven) inblandad samt förmodligen annan gen som styr hjärnans utveckling.

Diagnos ställs på utseende, beteende, intellektuell funktionsnedsättning, supravulvulär aortastenosis (SVAS), gentest.

Symtom:

- Karakteristiskt utseende hos samtliga ("elfin face", sluttande axlar, kortväxthet, hypertelorism).
- IF (samtliga, lindrig till medelsvår) med karakteristisk ojämn profil. Presterar ofta bättre verbalt.
- Karakteristiskt beteende (pratglädje, kontaktsökande, ängslighet, osäkerhet).
- Hyperaktivitet, koncentrationsproblem.
- Symtom inom autismspektrumet.
- Hyperacusis (ljudöverkänslighet).
- Skelning. Vanligt med brytningsfel.
- Hes, grov röst.
- Hjärtfel (SVAS) föreligger i 50 %.
- Kärlmissbildningar till lungor, njurar.
- Missbildning av thorax, i hjärnan, njur- och urinvägar.
- Ljumsckbräck, navelbräck, tarmdivertiklar.
- Rubbning i kalkbalans, ökad risk för diabetes.
- Muskelstelhet hos vuxna, ledproblem.

Uppföljning:

Barn följs av barnläkare.

Vuxna:

Årliga hälsokontroller hos husläkare.

Hjärta – kärlsystem. Blodtryck mäts i båda armarna och båda benen. Njurfunktion.

Hyperkalcemi? Ledproblem, bräck, tarmproblem. Lungfunktion.

Hjärtspecialist om hjärtfel misstänks eller föreligger.

Uppföljning hos övriga specialister efter behov.

Remiss till habiliteringscenter för stödåtgärder vid behov.

[Williams syndrom - Socialstyrelsen](#)

## 17 a CEREBRAL PARES (CP)

### Definitioner:

Paraplyterm för en grupp av icke-progressiva, men föränderliga, rörelsenedsättningar, orsakade av skada eller utvecklingsrubbing i hjärnan som uppstått under graviditet (vanligast), i samband med förlossning eller under de första levnadsåren. Funktionsnedsättningen yttrar sig olika beroende på tidpunkt, skadeorsak och den drabbade delen av hjärnan. Orsaken kan vara infektion, toxisk påverkan, näringsbrist, blödning, syrebrist m.m.

Prevalens: 2–3 barn per 1 000 levande födda får en CP-skada.

CPUP är ett uppföljningsprogram för barn och vuxna med cp som utförs av habiliteringen. Syftet är att undvika höftluxaton och kontrakturer, tillse god uppföljning och vård samt upptäcka smärta och muskeltrötthet.

### CP-skadornas uppdelning:

- Spastisk CP (unilateral och bilateral).
- Dyskinetisk CP (choreoatetos, tonusväxling)
- Ataktisk CP (balansrubbing, tremor)

### Associerade tillstånd:

- IF (30–40 %)
- Andra kognitiva problem (inlärningsproblem, koncentration, uppmärksamhet)
- Epilepsi (30–40%)
- Synnedsättning och hörselnedsättning
- Perceptionsstörningar rörande syn, hörsel, känsel, lukt, smak
- Kommunikationsstörning
- Neurogena rubbningar beträffande svalg, mag-tarm, blåsa, andning

### Sekundära tillstånd:

- Oesophagit, ulcus, förstoppning, inkontinens, pneumoni, undernäring.
- Smärta (ex. muskelspasticitet som ökar med åren ger ökad smärta)
- Ledproblem (kontrakturer, ledslitage)
- Trötthet, ökad energiåtgång ("fatigue").
- Tandproblem
- Muskelsvaghet
- Benskörhet
- Undervikt/övervikt

### Träningsprogram:

- Vinster – ökad kondition, minskad kontrakturrisk, ökad muskelstyrka, minskad smärta m.m. Individuellt program för att undvika ökat slitage, smärta, felställningar.

Vi har alla en viss reservkapacitet för olika fysiologiska funktioner; denna reservkapacitet avtar efter 25 års ålder (gäller motorik, andning, matsmältning, elimination, sinnesorgan m.m.).

Personer med CP har mindre reservkapacitet (mindre marginaler) än personer utan cp och kurvan sjunker snabbare med stigande ålder. De blir fortare tröttare, behöver fler vilopausar, kanske tappar förmågan att gå. De som kan gå behöver rullstol åtminstone utomhus. Att lägga sin energi på det väsentliga. BALANS i tillvaron viktigt.

## 17 b SPASTICITET

Svår spasticitet kan föreligga vid svåra hjärnskador, progredierande hjärnsjukdomar, cerebral pares (cp) samt vid ryggmärgsskador. Spasticitet orsakar smärtor, muskelförkortningar, kontrakturer, risk för höftledsluxation och skolios. Smärtorna ökar spasticiteten och försvårar ätandet. Kaloriförbrukningen ökar, risk för undernäring uppstår, förvärrad spasticitet. Onda cirklar uppkommer.

Personer med cp-syndrom har ofta perceptionsstörningar för syn, hörsel, känsel, lukt och smak – anpassa omhändertagandet till detta!

Se till att det finns en fungerande kontakt med habiliteringens sjukgymnast.

Spasticitetsförebyggande åtgärder:

- Eliminera utlösande faktorer t ex tyst uvi, smärta, oro, stress.
- Trygg vårdmiljö. Lugn och ro. Anpassad klädsel. Lyhörd personal med varma mjuka händer.
- Anpassad kommunikation.
- Regelbundna lägesändringar.
- Optimal sitt- och liggställning. Axial belastning (stående) reducerar ofta spasticitet.
- Anpassad taktil massage.
- Varma bad eller kall dusch? Testas individuellt.
- Ridning om ej kontraindikation föreligger.
- Lugn musik.
- Kontrakturprofylax.
- Ortoser.

Läkemedel:

Utprövas av specialist i neurologi/rehabiliteringsmedicin

- Baklofen peroralt vid ren spasticitet. Smyges in.
- Bensodiazepin i lågdos vid atetos, tonusväxling. Tillvänjningsrisk.
- Botulinumtoxin im är förstahandsval vid regional spasticitet.
- Baklofen intratekalt via pump (neurokirurgklinik).

[Cerebral pares - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](http://nationelltklinisktkunskapsstod.se)

## 18. EPILEPSI hos vuxna med IF

Anfallstyper:

- Anfall med fokal start. Många olika slags anfallsyttringar, men ofta stereotyp för pat. Kan spridas till båda hemisfärer och ge generaliserade anfall. Patienten kan vara vid medvetande eller ha grumlat medvetande. Vanligt med "aura". Emotionella symtom, automatismer, stereotypa rörelser. är vid medvetande. Symtom beroende på lokalisation i hjärnan.
- Anfall med generaliserad start. Sprids hastigt till båda hemisfärer. Delas upp i
  - a. Tonisk-kloniska anfall (GTK), tidigare kallat grand mal. Medvetandeförlust, generella toniska/kloniska kramper, urinavgång och tungbett förekommer. Muskelvärk är vanligt efter GTK.
  - b. Abscenser. Plötsliga och kortvariga frånvaroattacker utan postiktal påverkan. Patienten ofta omedveten om anfällen.
  - c. Myoklona anfall. Symmetriska eller asymmetriska plötsliga, kortvariga ryckningar, ofta i armarna.

Utredning:

Uteslut andra åkommor t ex hjärtsjukdom, svimning, låg blodsockerhalt. Vid GER (gastroesofagal reflux) kan smärta göra att kroppen vrider sig toniskt så att det misstolkas som ep. Spastiska reflexer kan vara svåra att skilja från myoklonisk ep. Vid autism kan tics och stereotypier likna epilepsiyttringar. Orosutbrott kan ibland feltolkas som epilepsi och tvärtom. Utredning sker via neurolog med bl a EEG, datortomografi el MRT av hjärnan. Neurolog har sedan ansvar för fortsatt uppföljning och behandling första tiden men kan överföra kontrollerna till primärvården när anfallssituationen är stabil.

Behandling:

- Tillräcklig och regelbunden sömn.
- Adekvat näring och dryck.
- Smärtfrihet.
- Undvikande av störande ljus och ljud.
- Läkemedel. Specialistuppgift. Preparat beroende på typ av anfall och biverkningsprofil. Många antiepileptika ger trötthet och sänkt kognition samt psykiska besvär. Vanligt med läkemedelsinteraktioner med t ex antibiotika, p-piller.
- Neurokirurgi. Specialistuppgift. T ex avskärning av spridningsvägar, borttagning av epileptogena fokus eller vagusnervstimulering. Den senare metoden kan ge ökade sväljningssvårigheter.
- Ketogen kost. Specialistuppgift. Extrem fettrik kost med låg halt protein och kolhydrater.

Akutbehandling:

1. Håll dig lugn, lugna andra.
2. Flytta undan vassa, hårda, varma föremål så att patienten ej skadar sig.
3. Lossa tattsittande kläder runt halsen.
4. Stoppa INTE in något i munnen på patienten.
5. Håll INTE fast patienten.
6. Gör INTE konstgjord andning.
7. Ge ev medicin för att bryta anfallet (klysmas Diazepam 10 mg eller munhålelösning Buccolam). Varje patient skall ha individuell behovsordination. De flesta anfall klingar av inom några minuter utan att man behöver ge akutläkemedel. Låt pat. vila i framstupa sidoläge efter anfallet.

## 19. ANDNINGSPROBLEM vid flerfunktionshinder

### Symtom:

Roslig andning (tidigt tecken), sekretstagnation, ökad andningsfrekvens, täta luftvägsinfektioner, trötthet, oro, näsvingspel, forcerad expiration, cyanos, rosighet, svettning, aptitlöshet, sömnstörning, morgonhuvudvärk.

### Orsaker:

Riklig slemproduktion, svag muskulatur, svag hoststöt, aspiration (kan vara tyst) vid ex. gastro-oesophageal reflux, felsväljning, obstruktivitet, skolios, spasticitet, tonsillhypertrofi, hjärnstamsrubbing, hjärtfel, dåligt immunförsvar.

### Utredning:

Anamnes. Somatiskt status.

Saturationsmätning med pulsoxymeter t ex vid måltid och nattetid.

Refluxutredning.

Lungröntgen.

Remiss lungklinik, andningsteam.

### Behandling:

**IN MED LUFT OCH UT MED SLEM! VAR AKTIV!**

Bryt den onda cirkeln slemanshopning-täta luftvägsinfektioner.

Förebygg andningssvikt. Koppla in fysioterapeut.

-täta byten av kroppsställning, rörelseträning, lek, skoj och skratt.

-bra sittställning, anpassad korsett.

-hjälp med djupandning + slemmobilisering x flera. Sugning endast efter noggrann bedömning och instruktion. Ibland livsnödvändigt.

-god näringstillförsel samt vätsketillförsel. Är dietist inkopplad?

-regelbunden tarmtömning, undvik förstoppning.

-inhalationer av bronkvidgare, kortison, NaCl. Var försiktig med slemlösande, kan förvärra.

-olika masker (specialistbedömning)

-syrgas, respirator, tracheostomi (specialistbedömning)

### Behandlingsmål:

Piggare, färre infektioner, normalt sömnmönster, normal syremättnad, ingen koldioxidretention, större andetagsvolym.

[Flerfunktionsnedsättning - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](http://nationelltklinisktkunskapsstod.se)

## 20. URINVÄGSPROBLEM vid flerfunktionshinder

Orsakas av skador på olika nivåer i nervsystemet. Förstoppning kan förorsaka urinretention och ge vesikouretral reflux med risk för njurskada. Risk för residualurin föreligger vid CP.

Symtom på blåstömningsrubbnig:

- Urinläckage.
- Upprepade urinvägsinfektioner.
- Smärtepisoder på grund av utspänd blåsa.
- Njur- eller blåssten.
- Kissar sällan.

Utredning och behandling:

Tömningsproblem vid spasticitet i bäckenbottenmuskulaturen kan motverkas med en låg dos baklofen (Lioresal 10 mg).

Urinvägsinfektion behandlas på sedvanligt sätt.

Upprepade infektioner utreds via urolog, njurmedicin. (residualurin, ultraljud av njurar, cystometri, MUC, U-osmolalitet, S-krea).

Antibiotikaprofylax vid upprepade infektioner.

Ren intermittent kateterisering (RIK) kan behövas för att förebygga njurinsufficiens.

Uteslut förstoppning.

Regelbunden uppföljning.



## 21. MAG/TARMPROBLEM vid flerfunktionshinder

### GASTROESOFAGEAL REFLUX (GER)

Finns hos 75 %, PEG ger ökad risk. Vanligt i kombination med hiatusbråck.

Symtom:

Sura uppstötningar, esofagit, smärta, blödning, kräkning, hosta, feber, ökad andningsfrekvens, aspiration (ofta tyst), pneumoni, ökad dregling, matvägran, sömnstörning, svettning, vrider huvudet, heshet, frätskador på tänderna, opistotonus, irritabilitet.

Utredning via gastroenterologisk klinik med pH-mätning, tryckmätning, gastroscopi, röntgen. Labprov för *Helicobacter pylori*.

Behandling:

- Bra sittställning vid måltid, sitta upprätt 30 min efter måltid.
- Anpassa ev. korsett som ej ska klämma.
- Små, täta måltider. Förtjockningsmedel i dryck kan provas.
- Höjd huvudända på sängen nattetid, 30 graders lutning, ej enbart kudde.
- Protonpumpshämmare.
- Antibiotika vid *Helicobacter pylori*.

### FÖRSTOPPNING

Orsakas av skador på olika nivåer i nervsystemet, för lite fiber- och vätskeintag, immobilitet, mediciner. Uteslut andra sjukdomar t ex hypothyreos, tarmsjukdomar med ex fissurer.

Symtom: Hård avföring, mer sällan än var tredje dag, gör ont, svårt att få ut. Misstänk förstoppning vid matvägran, kräkningar, trötthet, magont, feber, ökad spasticitet samt vid problem med blåsan.

Fekalom = hård avföringsklump.

Sterkoral diarre – avföring rinner runt ett fekalom.

Enkopres skall betraktas som förstoppning tills motsatsen är bevisad.

Förstoppning skall förebyggas, annars kan megakolon utvecklas.

Utredning: Anamnes. Inspektion och palpation. Proktoscopi. Ev coloskopi eller skiktröntgen.

Behandling:

- Regelbundna toalettvanor (efter måltid).
- Bra sittställning på toaletten, uppvärmd sits, avslappnad miljö.
- Vätska och fibrer i kosten.
- Anpassad taktil massage?
- Rörelseträning.
- Laktulos två ggr/dag.
- Movicol.
- Laxoberaldroppar till kvällen.
- Klyx, vattenlavemang, oljelavemang.
- Undvik tarmretande medel.
- Remiss för ställningstagande till stomi i resistent fall.

## 22. NUTRITIONSPROBLEM vid flerfunktionshinder

### UNDERNÄRING

Kan bero på oralmotoriska svårigheter t ex sväljningsproblem, svampinfektion, sårbildning, dåligt tandstatus, överkänslighet i munnen på grund av hjärnskadan. Ökad metabolism på grund av atetos, spasticitet eller ökat andningsarbete kan också ge undernäring. Födoämnesintolerans. Diarré ger stor förlust via tarm. Laktosintolerans? Celiaki? Gastrooesophageal reflux?

#### Symtom:

Låg vikt. Trötthet, gnällighet, apati. Sänkt immunförsvar, dålig sårhäkning. Ökade besvär med spasticitet och kramper.

#### Utredning (tillsammans med dietist):

Allergi? Infektion? Läkemedelsgenomgång (står patienten på läkemedel som hämmar aptit eller ger muntorrhet?). Tillräckligt med kalorier? Vätska? Liten urinmängd indikerar för lågt vätskeintag. Gör kostregistrering. Hur lång tid tar en måltid? (ska ej vara mer än 45 min, överväg gastrostomi).

Ämnesomsättning? Andra somatiska sjukdomar? Tand- och munhålestatus?

Sväljningsproblem (hosta/aspiration vid måltid) ska utredas av logoped/öronläkare

Var frikostig med remiss till specialist.

#### Behandling:

Behandla bakomliggande orsaker.

Tandhygienist, dietist, distriktssköterska, logoped, ÖNH-läkare kopplas in vid behov.

Sittställning vid måltid: Lätt framåtlutad med stöd för armarna. Huvudet får ej böjas bakåt. Ej ligga och äta.

Matens konsistens, temperatur, kryddning är viktigt att se över. Använd förtjockningsmedel i drycker eller tjockare vätska typ nyponsoppa.

Nasogastrisk sond endast i akuta lägen.

Gastrostomi (PEG, knapp) kan bli aktuellt vid svår sväljningsproblematik. Diskutera med ÖNH-specialist. Remiss kirurg/gastroenterolog. Ge ändå liten smakportion i munnen om detta kan göras utan fara för andningen. Befrämjar tarmmotorik. En gastrostomi kan användas för vätsketillförsel även om personen kan äta genom munnen. Om patienten blir överviktig efter att ha fått PEG är kaloritillförseln för hög.

#### ÖVERVIKT:

Kan bero på låg ämnesomsättning, hypothalamusskador, för högt energiintag, muskelhypotoni. Behandla efter grundorsak. Obs! Drycker kan vara en dold energikälla!

### 23. SMÄRTA vid IF/autism/flerfunktionshinder

Denna patientgrupp har stora svårigheter att förmedla till omgivningen att man har ont. Smärta kan i stället yttra sig som oro, aggressivitet, självdestruktivitet, matvägran, sömnstörning eller liknande. Om personen uppvisar FÖRÄNDRAT beteende finns ofta en bakomliggande somatisk orsak. Ofta handlar det om banala åkommor som lätt kan åtgärdas men ibland missas svåra sjukdomar eftersom patienten ej kan ge egen anamnes. Tag därför ett mycket noggrant status och var frikostig med att ordinera prover och röntgen-undersökningar.

Vissa genetiska syndrom går med minskad smärtekänslighet ex. Prader-Willi, Angelman, Lesch-Nyhan, Smith-Mageni, hereditär sensorisk neuropati. Många med IF kan å andra sidan ha ökad smärtekänslighet, hyperestesi. Neurogen smärta ej ovanligt vid hjärnskador eller skador i ryggmärg, perifera nerver.

Orsak till smärta kan vara:

- Gastroesofageal reflux (GER) med esofagit, ulcus.
- Tandvärk, munhåleproblem.
- Skavsår, tryck, felaktigt anpassade kläder eller hjälpmedel.
- Fotvårter.
- Förstoppning, gaser, hemorrojder.
- Överfylld blåsa.
- Artros (spec. Downs syndrom).
- Höftledsluxation.
- Felaktiga sitt-, ligg- eller ståställningar
- Klåda, allergier.
- Infektioner.
- Tumörer.
- Frakturer, fissurer. Osteoporos vanligt.
- Spasticitet, tonusökning, spänningar.
- Andra sjukdomar ex. hjärtinfarkt, njursten, gallsten, tarmvred.
- Mensvärk.
- Främmande kroppar i t ex näsa, öron, tarm, genitalia.
- m.m.

Smärta ska behandlas efter orsak. Adekvat smärtlindring ska ges. I samband med operationer och postoperativt är det mycket viktigt att smärtlindra för att förhindra utveckling av kronisk smärta. Vid CP är det viktigt att förebygga smärta genom god omvårdnad given av kompetent personal.

## 24 a LÄKARUTLÅTANDE /vägledning

Be patientens företrädare att förse dig med tidigare utredningar/utlåtanden.

När och var diagnostiserades IF? Kontakt barnpsykiatri? Finns neuropsykologisk utredning som bekräftar diagnosen? Har patienten även annan diagnos ex autism? Epilepsi?

Vilken skolform har patienten gått /går i? Särskoleklass eller träningsklass? Anpassad skolgång? Betyg från gymnasiet? Har patienten klarat att arbeta på öppna marknaden? Kontakt vuxenpsykiatri? Kontakt vuxenhabilitering? Vilken hjälp har man fått därifrån? Begåvningshjälpmedel? Aktuell läkarkontakt? Aktuell medicinering med ex psykofarmaka/antiepileptika?

Har patienten själv klarat att beställa tid och hitta till mottagningen? Kan hen själv redogöra för sin situation? Är det vid undersökningstillfället någon annan som för patientens talan ex anhörig, personal, assistent? Beskriv vad patienten själv säger och vad någon annan berättar. Finns god man eller förvaltare och vilken är dennes uppgift (bevaka rätt, sörja för person, förvalta egendom)? Bor patienten i gruppboende eller annat särskilt boende? Daglig verksamhet, lönebidrag? Sjukskriven, uppbär sjukersättning eller aktivitetsersättning? Ledsagare, kontaktperson, assistent? Färdtjänst? Aktuell kontakt med habiliteringen (vem, varför)? Begåvningshjälpmedel? Klarar patienten sin hygien, hushållsgöromål, fritid eller vad får hen hjälp med?

**Somatiskt status** enl. gängse rutiner inkl neurologstatus, motorik, syn, hörsel.

**Psyiskt status:** Beskriv hur patienten uppträder i undersökningssituationen. Kan patienten medverka? Ger patienten en god kontakt? Avvikande blickkontakt eller annat avvikande beteende? Läskunnig? Skrivkunnig? Räknekunnig? Ungefär motsvarande vilken utbildningsmässig nivå? (förskola/låg/mellan/högstadiet). Vet patienten sin ålder, sin adress? Kan klockan? Kan beräkna tidsåtgång och passa tider? Förstår pengar och pengars värde? Föreligger psykisk sjukdom? Negera detta annars.

Koncentration, uppmärksamhet, beteendeproblem.

**Exekutiva funktioner:** Att veta vad man ska göra men man får inte till det. ”Vd:n är inte hemma”.

Andra kognitiva problem t ex perceptionsstörningar.

**Funktionsnedsättning:** Begåvningsnivå.

Använd ICD-10 (F70.0 lindrig, F71.0 medelsvår, F72.0 svår, F73.0 grav eller F79.0 om den intellektuella funktionsnedsättningens grad är okänd). Siffran efter kommat anger förekomst av avvikande beteende, se diagnosmanual.

**Aktivitetsbegränsning:** Beskriv hur funktionsnedsättningen påverkar patienten i vardagen.

## 24 b      Läkarintyg till ansökan om Parkeringstillstånd

### Uppgifter om den undersökte

Noteringar

<b>Namn</b> <b>EXEMPEL</b> <i>Bengt Bengtsson</i> <span style="float: right;"><i>19 151515-1515</i></span>
<b>Diagnos</b> <i>Autism samt intellektuell funktionsnedsättning</i>
<b>Utförlig beskrivning av rörelsehindrets karaktär och omfattning med hänsyn till den sökandes möjligheter att gå (Utformas på svenska)</b> <i>Somatisk status: Stor och kraftig, ingen rörelseinskränkning. Tillåter ej närmare kroppsundersökning.</i> <i>Psykiskt status: Grav autism. Talar ej förutom härmar andra och upprepar samma fraser. Vankar oroligt av och an. Dunkar huvudet i väggen. Gör utfall mot medföljande assistent. Intellektuell funktionsnedsättning av okänd grad.</i>
<b>Kännedom om sökanden sedan</b>
<b>Kan den undersökte gå cirka 200 m på plan mark?</b>  <input type="checkbox"/> Ja utan svårighet <input type="checkbox"/> Ja med svårighet <input type="checkbox"/> Nej <i>500 m</i>
<b>Kan den undersökte använda kollektiva transportmedel ?</b>  <input type="checkbox"/> Ja utan svårighet <input type="checkbox"/> Ja med svårighet <input checked="" type="checkbox"/> Nej.
<b>Den undersökte är tvungen använda</b> <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Kryckkäpp <input type="checkbox"/> Bock <input type="checkbox"/> Benprotes  <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Levande stöd <input type="checkbox"/> annat nämligen
<b>Handikappets beräknade varaktighet</b> <input type="checkbox"/> > 6 månader <input type="checkbox"/> 6mån-1år <input type="checkbox"/> 1år-2år      2år-3 år <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bestående
<b>I de fall den sökande ej själv kör fordonet – ange om han/hon regelmässigt måste ha stöd/assistans utanför fordonet</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <i>Anm: Kan mycket lätt bli aggressiv mot personer. Måste övervakas. Kan sätta sig på gatan och vägra resa på sig.</i>
<b>Beskrivning av behovet av hjälp</b> <i>Vänligen se ovan.</i>
<b>Ort</b> <i>Stockholm</i>
<b>Datum</b> <i>2023-</i>
<b>Läkares underskrift</b>
<b>Namnförtydligande</b> <i>Dr Husläkaren</i>

<b>Namn</b> <b>EXEMPEL</b> <i>Bengt Bengtsson</i>	<i>19 151515-1515</i>
Adress: <i>Hälsocentralen</i> <i>Stockholm</i> <i>Tfn 08-</i>	

## 24 c KÖRKORTSTILLSTÅND FÖR PERSONER MED IF.

Lämplig att övningsköra = lämplig som bilförare. Medelsvår intellektuell funktionsnedsättning utgör hinder för körkort. Personen går först till körskola, fyller i hälsodeklaration. Transportstyrelsen (TS) skickar **föreläggande** till de som behöver inkomma med läkarintyg.

### ANAMNES

Tidigare:

- När och var utreddes funktionsnedsättningen? Finns psykologutlåtande?
- Finns även annan diagnos ex. autism/ADHD?
- Stödundervisning, särskola, avslutad gymnasieskola, program, betyg?
- Missbruk, kriminalitet?
- Finns tidigare läkarintyg hos ex. Försäkringskassa, Överförmyndaren, hos patienten?

Nuvarande:

- Aktuell läkarkontakt (husläkare, psykiater)?
- Psykofarmakamedicinering (varför?)
- Missbruk, kriminalitet?
- Kontakt med habiliteringscenter (varför?)
- Begåvningshjälpmedel (vilken typ?)
- Boendeform (gruppboende, LSS-boende, servicelägenhet) (varför?)
- Daglig verksamhet, lönearbete, skyddat arbete (varför?)
- Sjukersättning, aktivitetsersättning (p g a kognitiv nedsättning?)
- Ledsagare, kontaktperson, personlig assistent (varför?)
- God man, förvaltare (åtaganden utöver det ekonomiska?)

### STATUS

Somatiskt status enl gängse rutin. Notera även ev förekomst av epilepsi el rörelsenedsättning. Föreligger perceptionsstörningar för ex ljud, ljus?

Psykiskt status:

- Kommer själv? För sin egen talan? Eller vem gör det?
- Klarat av att själv boka tid och att hitta/ta sig till läkarmottagningen?
- Läskunnig? Skrivkunnig? Räknekunnig? På vilken nivå?
- Skolkunskaper motsvarande förskola, lågstadiet, mellanstadiet, högstadiet?
- Slå i telefonkatalog, busstidtabell el liknande?
- Grad av intellektuell funktionsnedsättning? Går ej att bedöma?
- Kommunikationssätt? Kommunikationsförmåga?
- Tecken på psykisk sjukdom?
- Uppträdande i undersökningssituationen?
- Koncentrationsförmåga? Impulskontrollstörning?
- Empatistörning (kan ej se saker ur annans synvinkel, förstår ej hur medtrafikanter tänker)?

### BEDÖMNING

Ungefär på vilken utvecklingsnivå fungerar patienten jämfört med en normalbegåvad person i samma ålder? Har patienten ett gott omdöme?

Om du inte kan bedöma patientens lämplighet trots noggrann undersökning – undvik att ta ställning. Det är TS som bedömer lämpligheten, inte du.

## **25. Några kliniska exempel där symtomen felaktigt tolkats som ” beteendestörning”.**

Det tog lång tid och många läkarbesök innan rätt diagnos ställdes.

Några av dem fick till slut adekvat hjälp, medan två av dem avled.

Medelålders man med grav IF, epilepsi, aggressivitet. Söker för balansrubbnig sedan 2 mån, vinglig, ramlar, snubblar. Utredds för försämrad ep, hjärntumör, synproblem, öronproblem, anemi, överdosering av psykofarmaka.

Diagnos: Glasskärva i trampdynan under foten.

Tonårig flicka med IF och autism. Söker för att hon sedan flera mån. fått ökande beteendestörningar i form av att hon slår huvudet i väggen eller i hårda dörrkarmar.

Sömnproblem.

Diagnos: Kvarglömd örontamponad i hörselgången.

Pojke 10 år med IF och kommunikationsproblem. Invandrarbakgrund. Söker upprepade ggr på akutmott. för intermittenta magsmärtor sedan ett halvår. Mamman bedöms som överbeskyddande och ängslig.

Diagnos: Ett mynt hade fastnat i rektum.

Man 40 år med IF och autism. Förändrat beteende sedan ett halvår. Mycket glupsk, äter allt utan urskiljning, t ex kola med pappret på, mat direkt ur frysen, letar i papperskorgar och soptunnor. Orolig, rastlös.

Diagnos: Svampinfektion (torsk) i munhålan.

Man 60 år med lindrig IF, egen lägenhet med personalstöd. Tilltagande förvirring, oro, ångest. Utredds för ev. demens, hjärntumör.

Diagnos: Elektrolyttrubbnig på grund av maniskt vattendrickande.

Kvinna 35 år med Downs syndrom och IF. Vill inte längre gå till dagcenter, kräver att få åka taxi. Skriker mellan kl 22.00 – 06.00.

Diagnos: Instabilitet i nacken, dens axis.

Kvinna 40 år med Downs syndrom, 40 år. Vill inte följa med på promenader. Sätter sig på golvet och vägrar resa sig. Sitter mest i skräddarställning.

Diagnos: Höftledsartros.

Man 30 år med medelsvår IF och autism. Stora beteendeproblem sedan många år. Rastlös, utåtagerande. Kontakt med vc + psykiatrin. Sedan flera veckor ökad oro, rastlöshet, maniskt vattendrickande.

Diagnos: Litiumintoxikation.

Man 50 år med IF. Sedan några månader börjat krypa omkring på golvet.

Diagnos: Bilateral katarakt

## 26. BETEENDEPROBLEM

Aggressivitet, oro, självdestruktivitet, utåtagerande beteende, matvägran är exempel på problem som är vanligt förekommande hos personer med IF. Ofta har gruppbostadspersonalen "försökt allt" utan framgång. Problem har ofta förekommit i perioder under många år. I gruppen som också har autism finner man många av dessa personer. Personal har svårt att orka och söker sjukvården med förhoppning att lugnande medicinering ska hjälpa.

Beteendeavvikelse är ofta ett sätt för personen att kommunicera att allt inte står rätt till. Ju sämre kommunikationsförmåga desto större risk för beteendestörning.

Avvikande beteende kan vara ett uttryck för somatisk problematik (även lindrig åkomma) som patienten ej kan berätta om. Somatiskt status är därför viktigt att utföra. Beteendeproblem kan också vara uttryck för psykisk ohälsa eller att personens behov inte är tillgodosedda i det dagliga livet.

**PRIMÄRVÅRDENS** roll:

-Anamnes: Be medföljande personal/anhörig att ta med skriftlig levnadshistoria samt aktuell personbeskrivning.

-Noggrann genomgång av somatiskt status. Särskilt viktigt när det gäller äldre som inte tidigare uppvisat beteendeproblem. Var frikostig med labprover, röntgen-remisser vid misstanke om somatisk orsak. Små "krämpor" t ex skavsår, förstoppning, öronvax, klåda kan ge kraftig beteendestörning. Se till att personen får sin syn (katarakt?) och hörsel bedömd. Frakturer kan missas liksom artros, diabetes, magsår (GER). Demensutveckling? Allmäntillstånd?

-Genomgång av medicinlistan. Vanligt att någon medicin ger en biverkan på beteendet.

Sanera medicinlistan så mycket som möjligt. Kontrollera vilken läkare/mottagning som står som förskrivare. Remittera ev. för att få hjälp med detta.

-Hembesök (om möjligt) tillsammans med sjuksköterska.

-Vid misstanke om psykisk sjukdom - remiss psykiater.

-Om ingen somatisk orsak hittas rekommenderas personen (via god man, personalen) att kontakta habiliteringscenter alternativt utfärdas remiss. Här finns psykolog, arbetsterapeut, pedagog m fl yrken som kan fortsätta utredningen. Det är nämligen vanligt att man har felbedömt personens kognitiva förutsättningar vilket medför att personen får felaktiga krav på sig. Oftast är det verbala personer som överskattas.

-Uppföljning (besök eller telefon) efter tre månader.



## 27. PEDAGOGISKA/PSYKOLOGISKA strategier vid ”beteendeproblem”.

Störande beteende skall i första hand tolkas som ett försök av individen att kommunicera till omgivningen att något inte står rätt till.

Förutsättningar:

- Alla somatiska orsaker till problembeteendet är genomgångna och behandlade. Vissa genetiska syndrom har hög frekvens svåra beteendestörningar.
- Även medicinlistan är noggrant analyserad eftersom psykiska besvär kan vara ett utslag av biverkningar.
- Ev psykiska sjukdomar är diagnosticerade och behandlade. Förekomst av autism eller ADHD har bedömts.
- Personen är testad med avseende på begåvningsnivå.

Vuxen person med IF och problembeteende (t ex aggressionsutbrott, självdestruktivitet, utåtagerande beteende) hänvisas till Habiliteringscenter för utredning och hjälp med bemötandestrategier.

Strategier:

- Noggrann observation och analys av beteendet.
- Genomgång av tidigare journaler, testningar.
- Kartläggning av funktionsnivå. Perceptionsstörningar?
- Nätverksträff. Samordning och ansvarsfördelning kommun/region.
- Upprättande av bemötandeplan.
- Kommunikationshjälpmedel. Visuella eller auditiva ledtrådar.
- Tillrättaläggande av miljön så att den anpassas till personens kognitiva förmåga.
- Struktur beträffande miljö, personal, aktiviteter, schema.
- Reduktion av stressfaktorer.
- Personalen behöver fortlöpande kompetenshöjning, arbetsledning, handledning.
- Alla arbetar tillsammans mot ett gemensamt mål.
- Regelbunden gemensam utvärdering och omprövning av bemötandeplanen.

## 28. PSYKOFARMAKA

Allt sedan 1950-talet har svårbemästrade beteenden hos personer med IF behandlats med farmaka. Idag finns pedagogiska och psykologiska strategier. Fortfarande står dock c:a hälften av alla vuxna med IF på psykofarmaka. 20 % står på antipsykotika, vilket är en betydligt högre siffra än för övrig befolkning (1%), enligt rapport från Socialstyrelsen "Alltjämt ojämnt" 2010.

Att off label använda antipsykotika/antiepileptika/antidepressiva m fl läkemedel mot olika beteendeproblem är ej att betrakta som lege artis. Läkemedlen är till för att användas vid psykisk sjukdom t ex schizofreni, bipolär sjukdom, depression., sömnstörning, ångest, tvångstillstånd, ADHD och andra definierade psykiatriska tillstånd. En psykiater med kompetens om IF bör vara den som ansvarar för denna medicinering.

Ofta händer att barn och ungdomar ställs på psykofarmaka och att dessa läkemedel hänger med över till vuxensidan via apodossystemet utan omprövning.

Många antipsykotika/antiepileptika har förutom de välkända bieffekterna även negativ inverkan på patientens kognitiva förmåga. Detta kan betyda att en patient med lindrig IF fungerar på samma nivå som en person med medelsvår IF.

## PSYKOFARMAKASANERING

Bör handhas av kunnig psykiater. Långsam nedtrappning med täta uppföljningar. Ändra bara ett preparat i taget, annars omöjliggörs utvärdering. Saxa inte in ett nytt preparat samtidigt som man sänker ett annat. En sak i taget! Börja med att sänka ett prep. Kanske behöver man aldrig sätta in något annat. Undvik vidbehovsmedicinering.

## 29 a . PSYKOFARMAKAUPPFÖLJNING (PF) sid 1

Detta dokument finns hos patienten och följer med till och från läkaren som behåller en kopia.

Gällande

Namn: ..... Personnr: .....

Datum: .....

A. Fylles av t ex sjuksköterska, anhörig, god man, personal, boendechef.

Namn:.....

- Grad av IF:  lindrig  medelsvår  svår  vet ej
- Autism  ja  nej  vet ej
- Ungefärligt årtal för första PF-insättning: .....
- Anledning/indikation för första PF-insättning:

(t ex psykisk sjukdom, depression, beteendestörning, aggressivitet, oro, utbrott, självdestruktivitet eller vet ej)

.....  
.....  
.....  
.....

- Indikation för nuvarande PF?

.....  
.....  
.....

- Nuvarande PF medicinering:

Preparatets namn:	Dos:	Ansvarig läkare och tjänsteställe

Patienten uppvisar följande biverkningar:

.....  
.....  
.....

**29 b PSYKOFARMAKAUPPFÖLJNING sid 2**

Ifylles av ansvarig läkare. Namn:.....

Tjänsteställe: .....

.....

Datum: .....

- Nuvarande indikation för psykofarmaka

- schizofreni  manodepressiv psykos  annan psykos  depression
- ångest  tvångssyndrom  impuls kontrollstörning  sömnstörning
- oro, agitation, rastlöshet, utåtagerande
- självdestruktivitet  annan beteendestörning, ange vad:

.....

- vet ej

- förlängning av tidigare läkares ordination utan att ha gjort en egen bedömning

- Patienten uppvisar

- inga biverkningar
- följande biverkningar:

.....

.....

.....

.....

- PF-medicineringen är adekvat:

- ja  nej  kan ej ta ställning
- remiss är skickad för hjälp med bedömning till:

.....

.....

.....

.....

- När är nästa uppföljning? (bör vara inom 3-6 mån)

.....

.....

- Ansvarig för att boka tid för uppföljning är:

.....

.....

.....