

LOKALT VÅRD- OCH OMSORGSPROGRAM

vård och omsorg vid demens-
sjukdom i Tyresö kommun

Om demens

Demens är ett samlingsnamn för ett stort antal sjukdomar som leder till hjärnskador. Beroende på var i hjärnan skador uppkommer får den drabbade olika symtom. Försämrat minne är ett vanligt problem likaså minskad förmåga att planera och genomföra vardagliga sysslor. Språket samt orientering i tid och rum är förmågor som ofta påverkas. Även oro, misstänksamhet, nedstämdhet och beteendeförändringar kan tillhöra sjukdomsbilden. Symtomen leder till att personer med demenssjukdom får svårt att klara sin tillvaro självständigt.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom från år 2010 beskrivs att cirka 24 000 personer i Sverige nyinsjuknar i demenssjukdom varje år. Ungefär 148 000 personer har en demenssjukdom och av dessa är cirka 8 000-9 000 personer under 65 år. För personer med Downs syndrom är riskbilden en annan då många redan i 40-50 årsåldern kan ha en demensutveckling. Den vanligaste demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom som står för cirka två tredjedelar av samtliga fall av demens. Vaskulär demens och frontotemporal demens är andra exempel. För äldre personer är det inte ovanligt med blandformer av demens, som är orsakade av olika sjukdomar och skador.

Risken att drabbas av demenssjukdom ökar med stigande ålder, men demens är inte en del av ett naturligt åldrande. Därför är det viktigt att utreda bakomliggande orsaker till upplevda symtom. Symtomen kan vara orsakade av annan sjukdom och behöver då behandling utifrån detta. Att utreda symtom och få diagnos ger möjlighet till tidiga insatser från vård och omsorg, vilket kan vara en stor lättnad för den enskilde samt anhöriga. Själva demensutredningen sker i samråd mellan patientens läkare och patienten själv, där även anhörigas medverkan är oerhört viktig. För att ge bästa vård och omsorg behöver insatserna för den enskilde och anhörig samordnas mellan hälso- och sjukvård samt kommunens socialtjänst. Gemensam planering tillsammans med vård- och omsorgstagaren skapar förutsättningar för detta.

Innehåll

BAKGRUND	3
PRIMÄRVÅRDEN I TYRESÖ	5
BASAL DEMENSUTREDNING	5
EFTER BASAL DEMENSUTREDNING	9
MINNESMOTTAGNINGEN PÅ HANDENGERIATRIKEN	12
UTVIDGAD DEMENSUTREDNING	13
EFTER UTVIDGAD UTREDNING	14
TYRESÖ KOMMUN	15
STÖD TILL DEN ENSKILDE	16
OMSORGSVERKSAMHETER	18
STÖD OCH METODER I VERKSAMHETERNA	22
AKTIVITETER OCH ARBETSMETODER	22
MULTIPROFESSIONELLT TEAM	22
STÖD VID BETEENDEFÖRÄNDRINGAR VID DEMENSSJUKDOM	23
KOMPETENSUTVECKLING	23
STÖD OCH RÅDGIVNING INOM VÅRD- OCH OMSORGSKEDJAN	23
LÄSTIPS	24
TELEFONNUMMER	25

Tyresö 2012-06-04



Monica Skantze
Verksamhetschef
Bollmora vårdcentral



Kenneth Jacobsson
Verksamhetschef
Aleris TyresöHälsan



Margareta Chestersson
Verksamhetschef
Trollbäckens vårdcentral



Ingrid Boheman Risto
Socialförvaltningschef
Tyresö kommun



Maria Holmberg
Verksamhetschef
Handengeriatriken

Bakgrund

År 2010 presenterades *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Riktlinjerna riktas till beslutsfattare i kommun och landsting, samt chefer och personal inom vård och omsorg. I riktlinjerna beskrivs evidensbaserade behandlingar och metoder för personer med demenssjukdom samt utformning av stöd till anhöriga. Riktlinjerna betonar vikten av samverkan mellan landsting och kommun, den så kallade vård- och omsorgskedjan, och är ett stöd i det dagliga arbetet.

Tyresös demensprogram utgår från riktlinjerna i beskrivningen av den lokala vård- och omsorgskedjan. Programmet riktar sig till allmänheten och personal inom vård- och omsorg, samt syftar till att stärka samverkan mellan primärvården, Minnesmottagningen på Handengeriatriken och kommunens verksamheter för att på så sätt bidra till kvalitetssäkring av vården och omsorgen vid demenssjukdom. Målet är att samtliga aktörer i Tyresös vård- och omsorgskedja använder programmet i mötet med den enskilde och hans eller hennes anhörig.

År 2009 startade *Tyresö demensutvecklingsteam* med representanter från vården och omsorgen. Ett av teamets uppdrag var att ta fram detta program tillsammans med övriga aktörer i Tyresö samt Nestor FoU-center¹. Arbetsgruppen för programmet under 2011-2012 presenteras på nästa sida. Programmet uppdateras vart annat år eller tidigare om behov finns. Tyresö kommuns demenssjuksköterska är sammankallande för arbetsgruppen.

Programmet riktar sig till allmänheten och personal inom vård och omsorg, samt syftar till att stärka samverkan mellan primärvården, Minnesmottagningen på Handengeriatriken och kommunens verksamheter för att på så sätt bidra till kvalitetssäkring av vården och omsorgen vid demenssjukdom.

¹Nestor FoU-center är ett forsknings- och utvecklingscenter som ägs av bland andra Tyresö kommun och Stockholms läns landsting.

Representanter i arbetsgruppen:

Nestor FOU-center

Karin Högstedt, projektledare

Aleris TyresöHälsan

Anita Steinholtz, distriktssköterska

Catarina Dartland, distriktssköterska

Bollmora Vårdcentral

Katrin Randviir, enhetschef

Eva Exhed, distriktssköterska

Trollbäckens Vårdcentral

Margareta Chestersson, verksamhetschef

Annika Eklund-Grönberg, läkare

Minnesmottagningen på Handengeriatriken

Kerstin Brantemark, arbetsterapeut

Johnny Pellas, neuropsykolog

Tyresö kommun

Kajja Partanen, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Ann Persson, biståndshandläggare

Lena Nylund, demenssjuksköterska

Kommunens hemtjänst

Christina Bäverbrant, enhetschef

Björkbackens äldrecentrum

Susanne Sjöberg, enhetschef

Tina Rehnman Larsson, arbetsterapeut

Krusmyntan äldreboende

Selvedina Kuric, undersköterska

Trollängen äldreboende

Katalin Budai, gruppchef

Primärvården i Tyresö

Vid frågor rörande sin hälsa bör man kontakta sin vårdcentral. Alla invånare i Stockholms län kan välja vilken vårdcentral de vill tillhöra. Vårdcentralen ska vara auktoriserad, det vill säga godkänd av Stockholms läns landsting. I Tyresö finns följande auktoriserade vårdcentraler Bollmora vårdcentral, Trollbäckens vårdcentral och Aleris TyresöHälsan. Anhörig som är bekymrad för sin närstående kan kontakta vårdcentralen för att samtala och ställa frågor. Personer som har omsorgsinsatser, exempelvis från hemtjänst, kan få stöd från personal med att kontakta sin vårdcentral om man själv så vill.

Basal demensutredning

Primärvården ansvarar för att genomföra en så kallad basal demensutredning på vårdcentral. Distriktsläkaren är den som beslutar om initiering av utredning, om patienten så medger, bland annat för att upptäcka eventuella behandlingsbara sjukdomar. Distriktssköterskan ansvarar för stöd till patient och anhörig i samverkan med distriktsläkaren och kommunens demenssjuksköterska. Basala demensutredningar för personer som är under 65 år genomförs vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge, som därefter överrapporterar till distriktsläkaren och kommunens demenssjuksköterska efter samtycke från patienten. För personer med Downs syndrom sker basal demensutredning på vårdcentral enligt Vård i Storstockholms rutiner för personer med Downs syndrom (www.viss.nu). För personer med bostad på särskilt boende har Stockholms läns landsting avtal om läkarinsatser på boendet.

Primärvården ansvarar för att genomföra en så kallad basal demensutredning på vårdcentral. Distriktsläkaren är den som beslutar om initiering av utredning, om patienten så medger, bland annat för att upptäcka eventuella behandlingsbara sjukdomar.

Nedan följer de delar som ingår i den basala utredningen. Ibland är det inte möjligt att genomföra alla delarna på grund av personens hälsotillstånd. Då bedömer distriktsläkaren – tillsammans med patient och anhörig – utifrån personens symtom och individuella förutsättningar vad som ska ingå (www.viss.nu).

Strukturerad anamnes där patienten beskriver sin livssituation, hur hälsoproblemen uppstod och vilka symtom som finns. Läkaren kan ställa frågor om tidigare och aktuella sjukdomar, aktuella läkemedel, ärftlighet, socialt stöd, alkohol, rökning, bilkörning, vapeninnehav med mera.

Kroppsundersökning/fysisk status görs med bedömning av allmäntillståndet, kontroll av blodtryck, syn och hörsel, undersökning av hjärta, lungor, buk samt hos män prostata. Även ett neurologstatus görs.

Psykitisk status beskriver om patienten är drabbad av depression eller upplever psykosymtom, som hörsel- och synhallucinationer, vanföreställningar med mera.

Kognitiva test undersöker patientens kognitiva förmågor, såsom minnesfunktioner, koncentrationsförmågor samt orientering i tid och rum.

Undersökning och provtagning görs för att utesluta andra sjukdomstillstånd. Aktuella undersökningar är hjärnröntgen och EKG för hjärta. De prover som tas är blodprov och urinprov.

Anhörigintervju kompletterar patientens egen beskrivning av sin hälsa. Anhörigas upplevelse av symtom och sjukdomsförlopp är en viktig del i utredningen.

Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning visar hur patienten klarar sin vardag. I samband med detta kan även en boendebedömning göras för att se eventuellt behov av anpassning av bostad med exempelvis spisvakt eller borttagning av trösklar. Så kallade kognitiva hjälpmedel, som strukturerar och påminner, kan underlätta vardagen för en del personer. Arbetsterapeuten ansvarar för förskrivning och uppföljning samt instruerar i användandet av dessa hjälpmedel.

I flödesscheman på följande sidor beskrivs vilken yrkeskategori som vanligtvis ansvarar för respektive del, rutinerna kan ändras i enskilda ärenden.

Flödesschema 1. Basal utredning i ordinärt boende.

DEL I UTREDNING/INSATS	ANSVARIG
<p>Beslut om demensutredning, planering av utredningsåtgärder samt remittering vid behov. Strukturerad anamnes, kroppsundersökning, psykisk status, kompletterande undersökning och provtagning.</p>	Distriktsläkare
<p>Kognitiva test och anhörigintervju görs oftast av distriktssköterskan som också ger information om möjligt stöd i kommunen för patient och anhörig.</p>	Distriktssköterska, eventuellt med kommunens demenssjuksköterska
<p>Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning görs efter remiss från läkare.</p> <p>Boendebedömning samt hjälpmedelsförskrivning.</p>	Distriktsarbetsterapeut
<p>Diagnosamtal. Ställningstagande till körkort, färdtjänst och vapeninnehav. Patienten informeras om samtycke till informationsöverföring i vård- och omsorgskedjan.</p>	Distriktsläkare
<p>Vårdplanering. Patient, anhörig och distriktssköterska träffas i patientens hem för planering av kommande vård- och omsorgsinsatser. Vid behov av sociala insatser medverkar biståndshandläggare.</p>	Distriktssköterska
<p>Sociala insatser bedöms av biståndshandläggare. Bedömning sker i samband med hembesök, ofta tillsammans med kommunens demenssjuksköterska.</p>	Biståndshandläggare Kommunens demenssjuksköterska
<p>Uppföljning av medicinska och sociala insatser sker minst en gång om året.</p>	Distriktsläkare Biståndshandläggare

Flödesschema 2. Basal utredning i särskilt boende.

DEL I UTREDNING/INSATS	ANSVARIG
Beslut om demensutredning gör läkaren efter samråd med sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast på boendet. Samråd sker med patient och anhörig om valda delar i utredningen. Läkaren remitterar vid behov.	Läkare
Kognitiva test och anhörigintervju.	Sjuksköterska
Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning görs efter remiss från läkare. Boendebedömning samt hjälpmedelsförskrivning.	Arbetsterapeut
Diagnossamtal. Ställningstagande till färdtjänst. Patienten informeras om samtycke till informationsöverföring i vård- och omsorgskedjan.	Läkare
Vårdplanering. Patient, anhörig, sjuksköterska, biståndshandläggare, kontaktman, arbetsterapeut och sjukgymnast träffas i patientens hem för planering av kommande vård- och omsorgsinsatser.	Sjuksköterska
Biståndshandläggning sker för bedömning av boendeform.	Biståndshandläggare
Uppföljning av medicinska och sociala insatser sker minst en gång om året.	Läkare Biståndshandläggare

Efter basal demensutredning

Efter den basala utredningen samt eventuell fastställande av demensdiagnos sker ett diagnosamtal då läkaren berättar för patient och anhörig om utredningsresultatet och planerade vårdinsatser. Både patient och anhörig kan behöva återkomma med frågor och önskemål. Om diagnos inte går att fastställa efter basal utredning samt telefonkonsultation från Minnesmottagning kan läkaren remittera till Minnesmottagningen på Handengeriatriken för utvidgad utredning om patient så godkänner.

Eventuell läkemedelsbehandling vid demenssjukdom syftar till att lindra olika symtom och är ett komplement till övriga insatser. Läkemedelsförskrivning sker utifrån individens hela sjukdomsbild där för- och nackdelar vägs in och följas upp. Läkemedel finns som för vissa patienter lindrar kognitiva symtom vid Alzheimers sjukdom, dessa är främst verksamma tidigt i sjukdomen. En patient som genomgått en demensutredning kallas minst en gång per år till läkarbesök för uppföljning av läkemedelsbehandling, kognitions-, funktions- och aktivitetsförmåga samt allmäntillstånd.

Demensdiagnoser registreras efter informerat samtycke i det nationella kvalitetsregistret SveDem, Svenska Demensregistret.

Samordning

Distriktsläkaren ansvarar för att, efter samtycke från patient, överrapportera om diagnos till distriktssköterska samt kommunens demenssjuksköterska. Distriktssköterskan ansvarar för att stödja den enskilde utifrån hans eller hennes livssituation i kontakten med vård- och omsorgskedjan. Distriktssköterskan kan ge stöd vid läkemedelshantering samt samarbetar med omsorgspersonal och handleder i olika vårdinsatser. Både den enskilde och anhörig bör så snart som möjligt ges information om vilka sociala insatser som finns i kommunen, därför överrapporterar distriktsläkaren till kommunens biståndshandläggare om patienten givit sitt samtycke till detta. Samordning mellan hälso- och sjukvård samt socialtjänst med gemensam planering ökar förutsättningarna för att insatserna följer patientens aktuella behov. Detta kan ske i en gemensam individuell plan för den enskilde, se faktarutan på nästa sida.

På bland annat vårdcentralen finns häftet *Levnadsberättelse* där patient kan beskriva sina personliga intressen och saker av vikt. Den nedskrivna levnadsberättelsen används därefter av personal inom hemtjänst, dagverksamhet och på särskilt boende för att på bästa sätt anpassa omsorgsinsatserna till den enskilde.

Stöd till anhöriga

Enligt de nationella riktlinjerna bör både hälso- och sjukvården och omsorgen erbjuda stöd till anhörig. Stödet bör vara individanpassat i samverkan med anhörig, erbjudas tidigt och vara uthålligt över tid, samt följa sjukdomsförloppet. Riktlinjerna rekommenderar att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten erbjuder utbildning och psykosociala stödprogram samt olika former av avlösning. Distriktsköterskan erbjuder därför information till anhörig om diagnos och symtom, kontaktuppgifter till kommunen, samt intresseorganisationer, samtalsstöd, hembesök samt förmedlar kontakt för olika hjälpmedel såsom minnesstöd, bostadsanpassning och inkontinens. Distriktsköterskan har fortlöpande kontakt med anhörig.

Samordning av insatser från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten:

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

3 f § När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Lag (2009:979).

Enligt de nationella riktlinjerna bör både hälso- och sjukvården och omsorgen erbjuda stöd till anhörig. Riktlinjerna rekommenderar att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten erbjuder utbildning och psykosociala stödprogram samt olika former av avlösning.



Socialtjänstlag (2001:453)

2 kap. Kommunens ansvar

7 § När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Lag (2009:981).

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

10 § I samband med att en insats enligt denna lag beviljas ska den enskilde erbjudas att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom eller henne. Den som har beviljats en insats ska när som helst kunna begära att en plan upprättas, om det inte redan har skett. I planen ska även åtgärder redovisas som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen ska omprövas fortlöpande och minst en gång om året.

Landstinget och kommunen ska underrätta varandra om upprättade planer. Lag (2010:480).

Minnesmottagningen på Handengeriatriken

Minnesmottagningen är en specialistmottagning som utreder kognitiva störningar av olika slag och i förekommande fall, insätter behandling och rekommenderar åtgärder. På Minnesmottagningen arbetar läkare, sjuksköterska, neuropsykolog och arbetsterapeut, samtliga med specialkompetens inom demensområdet. Minnesmottagningen tar emot patienter över 65 år efter remiss från husläkare eller annan specialistkompetent läkare när den basala utredningen inte kunnat fastställa diagnos. Remisserna bedöms och prioriteras av specialistläkare vid Minnesmottagningen. Personer under 65 år utreds på Minnesmottagningen vid Karolinska sjukhuset i Huddinge.

Sjuksköterska tar inför utredningen kontakt med patient och/eller anhöriga för att muntligt informera om utredningsprocessen och skickar därefter kallelse för inledande läkarbesök.

Minnesmottagningen är en specialistmottagning som utreder kognitiva störningar av olika slag och i förekommande fall, insätter behandling och rekommenderar åtgärder.



Utvidgad demensutredning

Omvårdnadsanamnes genomförs av sjuksköterska. Omvårdnadsanamnesen innefattar frågor angående familj, social situation, eventuellt körkort och vårdkontakter. Vid besöket informeras patienten om sammanhållen journalföring och patienten får ge sitt godkännande för hur journalen får användas.

Inledande besök hos läkare innefattar planering av fortsatt minnesutredning och bland annat omfattande genomgång av socialanamnes och sjukdomsanamnes, samt en utförlig allmänstatus, neurologstatus och psykiatrisk status. Därefter fattas beslut om fortsatt utredning i samråd med patient och i förekommande fall, med anhöriga.

Neuropsykologisk undersökning genomförs av neuropsykolog och har till syfte att kartlägga patientens kognitiva funktioner (såsom minne, språk och rumslig förmåga) och undersöka omfattningen av eventuella nedsättningar. I den neuropsykologiska undersökningen ingår att beakta olika yttre faktorer och inre tillstånd som kan påverka individens kognitiva förmågor, till exempel social situation och psykisk ohälsa. Olika demenssjukdomar ger olika nedsättningar av de kognitiva förmågorna och kartläggningen kan således indikera vilken typ av demenssjukdom patienten eventuellt lider av. Neuropsykologen kan också vara behjälplig med stödsamtal för patienter och anhöriga.

Aktivitets- och funktionsbedömning utförs av arbetsterapeut. Bedömningen innefattar en kartläggning och utredning om förmågan att utföra personlig vård, boendeaktiviteter och fritidsaktiviteter. Vid behov sker utprovning och förskrivning av kognitiva hjälpmedel eller hjälpmedel för personlig vård. Även boendebedömning för exempelvis spisvakt görs vid behov.

Kompletterande provtagningar och undersökningar görs vid behov.

Återbesök hos läkare görs när utredningsresultaten sammanställts och eventuell diagnos ställts. Vid återbesöket fattas beslut om eventuell medicinsk och/eller psykologisk behandling. I samråd med patient och i förekommande fall anhöriga, diskuteras eventuella insatser från kommun och primärvård (såsom hemtjänst, hemsjukvård, färdtjänst och särskilt boende). Vid behov initieras samordnad vårdplanering.

Vid behov informeras anhöriga av sjuksköterskan, angående kommunens anhörigstöd och om intresseföreningar inom området.

Återbesök för utvärdering av behandlingseffekt görs hos läkare i de fall patienten erhållit medicinering.

Under utredningen kan patient och anhörig, utöver de planerade besöken kontakta sjuksköterska för stöd, frågor och synpunkter om utredningen och/eller behandlingen.

Flödesschema 3. Utvidgad demensutredning.

DEL I UTREDNING/INSATS	ANSVARIG
Beslut om demensutredning, planering av utredningsåtgärder samt remittering vid behov. Anamnes, allmänstatus, neurolog- och psykiatrisk status samt kompletterande provtagning och undersökning.	Läkare
Information inför utredningen, omvårdnadsanamnes samt stöd till patient och anhörig under utredningen. Information ges även om möjliga insatser från primärvård, kommun, patient- och anhörigföreningar.	Sjuksköterska
Neuropsykologisk undersökning.	Neuropsykolog
Aktivitets- och funktionsbedömning. Boendebedömning samt hjälpmedelsförskrivning.	Arbetsterapeut
Återbesök hos läkare. Utskrivningssamtal. Ställningstagande till god man, körkort och vapeninnehav. Patienten informeras om samtycke till informationsöverföring i vård- och omsorgskedjan.	Läkare

Efter utvidgad utredning

Svaret från utredningen meddelas husläkare och eventuell annan remitterande läkare. Om patienten bor på särskilt boende eller korttidsboende skickas utredningssvaret till ansvarig läkare.

Besked om diagnos och vårdbehov skickas efter överenskommelse till kommunens biståndshandläggare, demenssjuksköterska och distriktssköterska i primärvården.

Demensdiagnoser registreras efter informerat samtycke i det nationella kvalitetsregistret SveDem, Svenska Demensregistret.

Tyresö kommun

När man fått en demensdiagnos har den enskilde och anhörig ofta många frågor om hur tillvaron kommer att se ut framöver. Stöd finns att ansöka om från kommunen, som exempelvis hemtjänst eller avlösning, och det kan vara bra att tidigt sätta sig in i vilka möjligheter som finns. Biståndshandläggare är de tjänstemän som ger information och beslutar om sociala insatser, så kallade biståndsbeslut. Inför ett beslut samråder ofta biståndshandläggaren med kommunens demenssjuksköterska samt tillsammans med den enskilde och anhörig. Biståndshandläggaren medverkar ofta vid vårdplanering när det finns behov av att samordna insatserna från vård- och omsorgskedjan. I Tyresö kommun ansvarar demenssjuksköterskan för att erbjuda regelbunden kontakt med den enskilde och anhörig före, under och efter en demensutredning. Demenssjuksköterskan samverkar nära primärvårdens distriktssköterskor, kommunens biståndshandläggare och Minnesmottagningen på Handengeriatriken. Demenssjuksköterskan ger konsultativa råd inom vård- och omsorgskedjan samt ansvarar för Tyresös demensutvecklingsteam. På remiss utför demenssjuksköterskan kognitiva test i samband med basal demensutredning, samt medverkar vid hembesök på förfrågan från distriktssköterska eller biståndshandläggare.

Efter demensutredning på vårdcentral, särskilt boende eller minnesmottagning skickas information om diagnos till kommunens demenssjuksköterska om personen har givit sitt samtycke till detta. Likaså informeras biståndshandläggaren om diagnos, funktionsförmåga samt hjälpbehov om personen givit sitt samtycke.

När man fått en demensdiagnos har den enskilde och anhörig ofta många frågor om hur tillvaron kommer att se ut framöver. Stöd finns att ansöka om från kommunen, som exempelvis hemtjänst eller avlösning, och det kan vara bra att tidigt sätta sig in i vilka möjligheter som finns.



Stöd till den enskilde

Alla som vistas i en kommun har enligt Socialtjänstlagen rätt att få stöd till sin försörjning och livsföring i övrigt, om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Beslut om insatser och bistånd utgår från Socialtjänstlagen (SoL) samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Rutin vid demenssjukdom är skyndsamt hembesök för bedömning av aktuellt behov. Bedömningen utgår från den enskildes och anhörigs hela livssituation. Biståndshandläggaren följer upp besluten vid behov samt minst en gång per år. Besluten går att överklaga och biståndshandläggaren har skyldighet att informera om hur överklagan går till. Med tidigt stöd till anhörig ökar möjligheten för den enskilde att bo kvar längre i ordinärt boende, och enligt Socialtjänstlagen ska kommuner erbjuda stöd, se faktarutan nedan.

Stöd till närstående

Socialtjänstlag (2001:453)

5 kap. Särskilda bestämmelser för olika grupper

Personer som vårdar eller stödjer närstående

10 § Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. Lag (2009:549).

Nedan följer förslag på insatser som anpassas utifrån den enskildes behov:

Avlösning i hemmet kan beviljas om den enskilde är i behov av kontinuerlig tillsyn eller omvårdnad och anhörig planerar annan aktivitet i eller utanför bostaden. Avlösning kan beviljas upp till 20 timmar per månad och är avgiftsfritt.

Ledsagning kan beviljas om den enskilde behöver stöd och/eller hjälp i samband med aktivitet, och detta inte kan tillgodoses på annat sätt. Ledsagning kan beviljas upp till 10 timmar per månad och är avgiftsbelagd.

Hemtjänst kan beviljas i form av personlig vård och serviceinsatser efter den enskildes och anhörigs behov. Hemtjänst är avgiftsbelagd.

Dagverksamhet kan beviljas om den enskilde är i behov av stöd till regelbundna aktiviteter och stimulans i vardagen till följd av demenssjukdom, eller om anhörig har behov av avlösning. Demensdiagnos måste finnas för beviljande. Dagverksamhet är avgiftsbelagd.

Avlösningsboende/Växelvård kan beviljas den enskilde i form av vistelse på korttidsplats på särskilt boende, som enstaka insatser eller i regelbundna intervaller. Insatsen beviljas främst för att avlösa anhörig och är avgiftsbelagd.

Omvårdnadsbidrag kan beviljas den som har ett omfattande omvårdnadsbehov som motsvarar minst fem timmar hemtjänst per dygn.

Särskilt boende kan beviljas om omvårdnadsbehovet är så pass omfattande och varaktigt att det inte längre bedöms möjligt eller skäligt att tillgodose detta i ordinärt boendet. Demensdiagnos måste finnas för beviljande av boende med inriktning demens. Särskilt boende är avgiftsbelagd.

I Tyresö är personer som är 67 år och äldre berättigade trygghetslarm utan biståndsbeslut, tjänsten är avgiftsbelagd. Maxtaxa gäller för sociala insatser, vilket betyder att en övre gräns finns för den samlade avgiften oavsett mängd beviljade beslut. För ytterligare information om besluten kontakta kommunen eller se kommunens hemsida, www.tyreso.se. På hemsidan finns även information om god man, som kan vara aktuellt om den enskilde behöver hjälp i att bevaka sina rättigheter, förvalta egendom eller sörja för sin person. Ansökan sker genom Södertörns överförmyndarnämnd.

Omsorgsverksamheter

I Tyresö eftersträvar verksamheterna att arbeta *personcentrerat*. För att arbeta personcentrerat behöver personalen känna till den enskildes situation, såsom tidigare erfarenheter, önskemål, diagnos, aktuella symtom och intressen. Verktyg för detta är *Levnadsberättelse*, *genomförandeplan*³ och *kontaktmannaskap*. I Levnadsberättelsen beskriver den enskilde sina personliga intressen och saker av vikt. Genomförandeplanen beskriver hur de beviljade omsorgsinsatserna ska utformas samt målet med insatserna. Genomförandeplanen skrivs tillsammans med den enskilde och följs upp vid behov samt minst var sjätte månad. Verksamheterna arbetar med kontaktmannaskap där varje person erbjuds en kontaktman från verksamheten. Kontaktmannen ansvarar för att skapa en god relation och underlätta kommunikationen mellan den enskilde och övrig personal. Erbjudandet görs utifrån den enskildes önskemål såsom språk, kultur eller annat. Vid önskemål finns möjlighet att byta kontaktman.

Nedan presenteras de verksamheter som kan beviljas en person med demenssjukdom som är skriven i kommunen. Hemtjänst kan även beviljas personer som under en period vistas i kommunen.

Daglig verksamhet enligt LSS

Syftet med daglig verksamhet är att erbjuda en meningsfull sysselsättning, bidra till personlig utveckling och främja delaktigheten i samhället. Tyresö kommun har ingen dagverksamhet med inriktning demens för personer under 65 år. Vid behov av daglig verksamhet för personer under 65 år som har demensdiagnos söks plats utanför kommunen.

³ I Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2006:5 står att en genomförandeplan ska beskriva hur en beviljad insats praktiskt ska genomföras utifrån målet för insatsen. I genomförandeplanen ska insatsens delar och mål framgå samt på vilket sätt den enskilde haft inflytande över planeringen av insatsen, vilka som deltagit i planeringen samt när planen fastställts och när den ska följas upp.

Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS

Personer som har sin bostad i en gruppboende (bostad med särskild service) har rätt enligt kvarboendepincipen, såsom i ordinärt boende, att bo kvar även om man drabbats av en demenssjukdom om omsorgsbehovet kan tillgodoses.

Dagverksamhet enligt Sol

För att beviljas dagverksamhet med inriktning demens krävs demensdiagnos. All personal på dagverksamheten i Tyresö är undersköterskor med utbildning i demens. Där erbjuds social samvaro, dagliga aktiviteter och sysselsättning för struktur och innehåll i dagen, samt medger avlastning för anhörig. Miljön är hemlik och stödjande för personer med demenssjukdom. Verksamheten eftersträvar individanpassade aktiviteter i mindre grupper och arbetssättet är personcentrerat. Dagsstrukturen på dagverksamheten är gemensam frukost, lunch och mellanmål. Övriga aktiviteter som sker under dagen är bland annat promenad i olika grupper, gemensam tidningsläsning, allsång, frågesport, musik och kultur samt viss skönhetsvård. I samband med beslut om dagverksamhet kan personen tillsammans med anhörig göra besök efter avtalad tid.

Personalen eftersträvar god kommunikation med gästerna och deras anhöriga samt annan omsorgspersonal om personen är beviljad exempelvis hemtjänstinsatser. Vid behov sker återkoppling till biståndshandläggare, eller kontakt med demenssjuksköterska. Vid behov av akuta insatser från distriktssköterska vänder sig personalen till den vårdcentral som har ansvar enligt Tyresös lokala avtal. Därför informeras ansvarig vårdcentral om vilka personer som är inskrivna på dagverksamheten, efter samtycke från den enskilde.

Hemtjänst

Genom kundval väljer den enskilde hemtjänstutförare godkända av kommunen. Dessa strävar efter att arbeta personcentrerat genom att utgå från personens behov och önskemål samt erbjuda kontinuitet. För att omsorgspersonalen ska få information från biståndshandläggare om aktuell diagnos krävs samtycke från den enskilde. På uppdrag från biståndshandläggaren kontaktar utföraren den enskilde inför ett första hembesök. Vid hembesöket beslutar personen tillsammans med anhörig och kontaktman hur insatserna för personlig vård eller serviceinsatser ska utformas. Personens genomförandeplan förvaras hos den enskilde och hemtjänstutföraren samt biståndshandläggaren. Om behovet av insatser förändras återkopplar hemtjänst till biståndshandläggare för ny bedömning. Omsorgspersonalen kan även erbjuda sig att kontakta distriktssköterska i medicinska ärenden.

Tyresö kommun strävar efter att all omsorgspersonal inom hemtjänst, kommunal och privat, ska ha undersköterskeutbildning. Årligen genomförs utbildning i demens med stöd från Tyresös demensutvecklingsteam.

Korttidsplats

Korttidsplatser med inriktning demens finns på särskilt boende. Korttidsplats erbjuds för enstaka avlösningsperioder eller för regelbunden växelvård om anhörig är i behov av avlastning. De övergripande målen för insatserna avlösningsboende och växelvård är att personen ska öka eller bibehålla sina förmågor, samt avlastning för anhörig i syfte att möjliggöra kvarboende i ordinärt boende.

Genom kundval väljer den enskilde hemtjänstutförare godkända av kommunen. Dessa strävar efter att arbeta personcentrerat genom att utgå från personens behov och önskemål samt erbjuda kontinuitet. För att omsorgspersonalen ska få information från biståndshandläggare om aktuell diagnos krävs samtycke från den enskilde.



Om omvårdnadsbehovet är så pass omfattande och varaktigt att det inte längre bedöms möjligt att tillgodose detta i ordinärt boende kan särskilt boende bli aktuellt. För att beviljas plats på särskilt boende med inriktning demens ska det finnas en demensdiagnos.



Särskilt boende

Om omvårdnadsbehovet är så pass omfattande och varaktigt att det inte längre bedöms möjligt att tillgodose detta i ordinärt boende kan särskilt boende bli aktuellt. För att beviljas plats på särskilt boende med inriktning demens ska det finnas en demensdiagnos. På särskilda boenden är miljön hemlik och enheterna utformade för att stötta personer med demenssjukdom. Enheterna är bemannade hela dygnet. Där arbetar undersköterskor med utbildning i demens i team med läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Arbets sättet är personcentrerat med insatser utifrån personens önskemål och behov. På det särskilda boendet ges stöd till social samvaro och enskilda aktiviteter med syfte att skapa en meningsfull vardag. Dagen ges struktur med trevliga måltidsstunder, utevistelse och mindre gruppaktiviteter där även anhöriga är välkomna att delta. Gemensamma lokaler finns för måltider samt andra inne- och uteaktiviteter

Inför beslut om särskilt boende kan den enskilde och anhörig besöka ett särskilt boende efter avtalad tid. När den enskilde tackar ja till bostad i särskilt boende sker planering av inflyttningen. Till den egna lägenheten tar personen med de ägodelar som han eller hon så önskar. Överrapportering från tidigare vård och omsorg sker efter samtycke från den enskilde. För att stödja den enskildes förmågor gör läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast strukturerad bedömning så snart som möjligt och omsorgspersonalen stöttar i den nya miljön. Inom två veckor efter inflyttning samlas teamet med den enskilde och hans eller hennes anhörig för att stämma av hur personen trivs och hur insatserna fungerar. Teamet samråder därefter varje vecka för att anpassa insatserna utifrån personens behov. För att på bästa sätt stödja den enskilde skapar personalen på särskilt boende utrymme för anhörig att delta i aktiviteter och omsorgen i vardagen.

Stöd och metoder i verksamheterna

Aktiviteter och arbetsmetoder

Demenssjukdom leder till en successiv minskad förmåga att utföra vardagliga aktiviteter. När aktiviteterna individanpassas med rätt stöd ges den enskilde förutsättningar till att fortsätta vara aktiv. Bra exempel på dagliga aktiviteter är personlig vård, måltid, hushållssysslor, samtal, utomhusvistelse samt mindre gruppaktiviteter. Med dessa aktiviteter ges struktur och innehåll i vardagen samt möjlighet för den enskilde att bibehålla sina förmågor. Individanpassad träning, musik, dans och sång samt taktill massage är metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Med personcentrerad omvårdnad får den enskilde stöd utifrån sina önskemål, behov och förutsättningar, samt att det är personens upplevelse av omsorgen eller aktiviteten som står i fokus.

Multiprofessionellt team

Att arbeta multiprofessionellt betyder att fler yrkeskategorier samarbetar utifrån sin specifika kompetens för att nå gemensamma mål. Svåra situationer kräver både specifik och olika sorts kunskap utifrån den aktuella situationen, och den enskilde och anhörig är viktiga personer i teamet. I Tyresö strävar samtliga aktörer i vård- och omsorgskedjan att vid behov arbeta multiprofessionellt för att underlätta både för den enskilde så väl som för verksamheterna. Samverkan sker framför allt mellan kommunens demenssjuksköterska, distriktssköterskor, distriktsläkare, omsorgspersonal på dagverksamhet och i hemtjänst samt personal inom särskilt boende. För en god samverkan mellan dessa behöver den enskilde ge sitt samtycke till att information överrapporteras.

Kompetensen inom teamet används för att stödja den enskilde och anhörig genom att rätt insatser sätts in. I vissa situationer kan den enskilde ha behov av skyddsåtgärder, såsom sänggrind eller rullstolsbord, men då måste den enskilde samtycka till åtgärden innan den kan sättas in. Skyddsåtgärder förskrivs av legitimerad personal utifrån teamets samlade kompetens om den enskildes situation. Om den enskilde förskrivits en skyddsåtgärd ska behovet utvärderas kontinuerligt.

Stöd vid beteendeförändringar vid demenssjukdom

I och med att förmågorna vid demenssjukdom förändras, såsom språket, att orientera sig i tid och rum samt att tolka sinnesintryck, så påverkas också personens beteende. Negativa beteenden, såsom rastlöshet, att avskärma sig eller aggressivitet, har visat sig minska när omsorgspersonal fått god utbildning kring bemötande och hur symtom vid demenssjukdom yttrar sig. Därför är utbildning och handledning viktigt för personal men även för anhörig i att möta nya situationer. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, som förkortas BPSD, är relativt vanligt någon gång under sjukdomen. Orsaken till symtomen kan vara bland annat infektion, smärta, inaktivitet eller stressande miljö. För att behandla symtomen behöver de bakomliggande orsakerna utredas.

I Tyresö arbetar verksamheternas team med att kartlägga, bedöma och åtgärda personens situation. Första steget i behandling är just personcentrerad omvårdnad och anpassning av miljön, läkemedelsbehandling bör endast ske om övriga insatser visat sig otillräckliga och tillståndet orsakar stort lidande för personen med demenssjukdom.

Kompetensutveckling

Tyresös demensutvecklingsteam har till uppgift att utveckla vården och omsorgen utifrån den forskning och kunskap som finns i samarbete med övriga aktörer i vård- och omsorgskedjan i Tyresö. Varje år anordnar teamet två utbildningsdagar dit samtliga lokala verksamheter inom vård och omsorgs bjuds in. Demensteamets Silviasystrar utbildar i Jag-stödjande förhållningssätt på uppdrag ute i verksamheterna. Samtlig personal inom vård och omsorg i Tyresö uppmanas till att gå Svenskt Demens Centrums webbutbildning Demens ABC. Syftet med utbildningarna är en god vård och omsorg.

Stöd och rådgivning inom vård- och omsorgskedjan

Minnesmottagningen på Handengeriatriken och kommunens demenssjuksköterska har i uppdrag att ge konsultation och handledning till primärvårdens och kommunens verksamheter. Vid behov av ytterligare handledning vid främst beteendeförändringar kan läkare i primärvård, på geriatrik och i särskilt boende remittera till S:t Görans Öppen-vårdsteam.

Tyresös demensutvecklingsteam har till uppgift att utveckla vården och omsorgen utifrån den forskning och kunskap som finns i samarbete med övriga aktörer i vård- och omsorgskedjan i Tyresö.

Lästips

Demensförbundet	www.demensforbundet.se
Svenskt Demens Centrum	www.demenscentrum.se
Alzheimersföreningen i Sverige	www.alzheimerforeningen.se
Anhörigas Riksförbund	www.ahrisverige.se
Nationellt kompetenscentrum Anhöriga	www.anhoriga.se
Sjukvårdupplysningen	www.1177.se
Vårdguiden	www.vardguiden.se
Vård i Storstockholm	www.viss.nu
Tyresö kommun	www.tyreso.se

Telefonnummer

Aleris TyresöHälsan	08-742 43 00
Bollmora vårdcentral	08-718 72 72
Trollbäckens vårdcentral	08-718 71 20
Minnesmottagningen på Handengeriatriken	08-606 41 14
Tyresö kommun	08-5782 91 00
Södertörns överförmyndarnämnd	08-606 70 20
Tyresös Demensförening	08-712 89 04

