

Dnr 12FNÄ/144

Finansieringsnämnd för äldreomsorg 2012-10-30 § 60

Lokala riktlinjer demens Värmdö

Finansieringsnämnden för äldreomsorgens beslut

Finansieringsnämnden för äldreomsorg godkänner förslaget till Lokala riktlinjer demens Värmdö.

Beslutsnivå

Kommunstyrelsen

Ärendebeskrivning

De lokala riktlinjerna syftar till att tydliggöra vem som gör vad när det gäller utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Riktlinjerna beskriver processen från det att personen med minnesproblem söker vård på sin vårdcentral och hela vägen genom utredning, diagnosbesked och vidare omhändertagande efter diagnosen. Vem som gör vad och hur olika aktörer samverkar beskrivs också i riktlinjerna. De lokala riktlinjerna bygger vidare på de nationella och de regionala riktlinjer gällande demens.

Förändringarna i riktlinjerna jämfört med vårdprogrammet finns främst under kapitel III Värmdö kommun, Allmänt, och berör personalens utbildning samt vikten av personcentrerad vård- och omsorg, dvs. att se personens möjligheter och personliga behov istället för sjukdomen.

Det tidigare lokala vårdprogrammet kommer nu att uppgraderas till politiskt beslutade kommunala riktlinjer och de kommer även att beslutas av respektive verksamhetschef för de aktuella landstingsfinansierade verksamheterna.

De lokala riktlinjerna kommer att presenteras med i stort sett samma layout som det tidigare lokala vårdprogrammet.

Handlingar i ärendet

Tjänsteskrivelse; Lokala riktlinjer demens Värmdö, 2012-10-08.

Lokala riktlinjer demens Värmdö (2012).

Lokalt vårdprogram demens Värmdö (2009)

Sändlista

Kundvals- och finansieringsavdelningen

Socialnämnden

Vård- och omsorgsstyrelsen

Akten

Socialnämnden 2012-10-16 § 93

12SCN/0272

Lokala riktlinjer demens Värmdö

Socialnämndens beslut

Godkänner förslaget till Lokala riktlinjer demens Värmdö.

Beslutsnivå

Kommunstyrelsen

Sammanfattning

Lokala riktlinjer för demens Värmdö har som målsättning att de demenssjuka och deras anhöriga ska uppleva trygghet genom hela sjukdomstiden. Primärvården, Aleris Geriatriska mottagning och kommunen ska verka tillsammans för att ge det stöd som behövs i sjukdomens olika skeden.

Riktlinjerna bygger på Lokalt vårdprogram demens Värmdö från 2009.

Handlingar i ärendet

Tjänsteskrivelse 2012-10-08

Lokalt vårdprogram demens Värmdö (2009)

Lokala riktlinjer demens Värmdö (2012)

Sändlista

Finansieringsnämnden för äldreomsorg

Kommunstyrelsen

Vård- och omsorgsstyrelsen 2012-12-11 § 39 Dnr 12VOS/0068

Lokala riktlinjer demens Värmdö

Vård- och omsorgsstyrelsens beslut

Styrelsen godkänner förslaget till Lokala riktlinjer demens Värmdö.

Beslutsnivå

Kommunstyrelsen

Ärendebeskrivning

De lokala riktlinjerna syftar till att tydliggöra vem som gör vad när det gäller utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Riktlinjerna beskriver processen från det att personen med minnesproblem söker vård på sin vårdcentral och hela vägen genom utredning, diagnosbesked och vidare omhändertagande efter diagnosen. Vem som gör vad och hur olika aktörer samverkar beskrivs också i riktlinjerna.

Förändringarna i riktlinjerna jämfört med vårdprogrammet finns främst under kapitel III Värmdö kommun, Allmänt, och berör personalens utbildning samt vikten av personcentrerad vård- och omsorg, dvs. att se personens möjligheter och personliga behov istället för sjukdomen.

Det tidigare lokala vårdprogrammet kommer nu att uppgraderas till politiskt beslutade kommunala riktlinjer och de kommer även att beslutas av respektive verksamhetschef för de aktuella landstingsfinansierade verksamheterna.

De lokala riktlinjerna kommer att presenteras med i stort sett samma layout som det tidigare lokala vårdprogrammet.

Handlingar i ärendet

Kundvals- och finansieringsavd tjänsteskrivelse 2012-10-08

Lokala riktlinjer demens Värmdö (2012)

Lokalt vårdprogram demens Värmdö (2009)

Sändlista

Ks ✓

Akten



Diarienummer: 12VOS/068
Datum: 2012-10-08
Handläggare: Inger Ekroth
Kundvals- och finansieringsavdelningen

Finansieringsnämnden för äldreomsorg
Socialnämnden
Vård- och omsorgsstyrelsen
Kommunstyrelsen

Lokala riktlinjer demens Värmdö

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsstyrelsen godkänner förslaget till Lokala riktlinjer demens Värmdö

Beslutsnivå

Kommunstyrelsen

Sammanfattning

Lokala riktlinjer för demens Värmdö har som målsättning att de demenssjuka och deras anhöriga ska uppleva trygghet genom hela sjukdomstiden. Primärvården, Aleris Geriatriska mottagning och kommunen ska verka tillsammans för att ge det stöd som behövs i sjukdomens olika skeden.

Riktlinjerna bygger på Lokalt vårdprogram demens Värmdö från 2009.

Bakgrund

År 2006 lämnade primärvårdschefen och dåvarande socialchef i Värmdö ett uppdrag till en arbetsgrupp att utarbeta riktlinjer för vård och omsorg om personer med demenssjukdom. Det fanns ett behov av att förbättra samordning, samsyn och samverkan mellan Värmdö kommun, primärvården i Värmdö och Aleris Geriatriska mottagning samt att höja kompetensen kring vården av personer med demenssjukdom.

Det lokala vårdprogrammet för Värmdö slutfördes 2009 av en arbetsgrupp bestående av representanter från Gustavsbergs vårdcentral, Aleris Geriatriska mottagning och Värmdö kommun. Vårdprogrammet bygger vidare på SLL Regionala Vårdprogram Demens:http://www.webbhotell.sll.se/PageFiles/3123/Regionala_vardprogram/RV_Demens.pdf

När det lokala vårdprogrammet färdigställdes beslutades att revidering skulle ske 2012 och de nya riktlinjerna bygger nu även på de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010) <http://www.socialstyrelsen.se>

I 65-årsåldern har ca 1-2 % en demenssjukdom, i 80-årsåldern 20 % och i 90-95-årsåldern har cirka 40-50 % en demenssjukdom. Till detta kommer även personer under 65 år, bland dessa är det ovanligt med demenssjukdom men vissa former av demens debuterar redan i 50-årsåldern. Årligen nyinsjuknar ca 50 personer inom Värmdö kommun.

Då en person drabbas av demenssjukdom innebär det att livssituationen ändras totalt, både för den sjuka och för de anhöriga. De anhöriga har ett stort ansvar under många år och är i stort behov av anpassat stöd under sjukdomens olika faser.



Ärendebeskrivning

De lokala riktlinjerna syftar till att tydliggöra vem som gör vad när det gäller utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Riktlinjerna beskriver processen från det att personen med minnesproblem söker vård på sin vårdcentral och hela vägen genom utredning, diagnosbesked och vidare omhändertagande efter diagnosen. Vem som gör vad och hur olika aktörer samverkar beskrivs också i riktlinjerna.

Förändringarna i riktlinjerna jämfört med vårdprogrammet finns främst under kapitel III Värmdö kommun, Allmänt, och berör personalens utbildning samt vikten av personcentrerad vård- och omsorg, dvs. att se personens möjligheter och personliga behov istället för sjukdomen.

Det tidigare lokala vårdprogrammet kommer nu att uppgraderas till politiskt beslutade kommunala riktlinjer och de kommer även att beslutas av respektive verksamhetschef för de aktuella landstingsfinansierade verksamheterna.

De lokala riktlinjerna kommer att presenteras med i stort sett samma layout som det tidigare lokala vårdprogrammet.

Konsekvensanalyser

1. Ekonomiska konsekvenser

De utbildningar från Svenskt Demenscentrum som personal som arbetar med demenssjuka personer ska genomgå är webbaserade och kostnadsfria. Dock åtgår ca 5-6 arbetstimmar/person. Många av personalen som arbetar med målgruppen är redan utbildade men det återstår för varje vård- och omsorgsgivare samt för biståndsenheterna att identifiera vilka ytterligare av personalen som ska genomgå utbildning.

2. Konsekvenser för miljön

Förslaget innebär inte några konsekvenser för miljön.

3. Konsekvenser för medborgarna

Lokala riktlinjer för hur samverkan mellan primärvård, specialistvård och kommun ska ske när det gäller utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom och deras anhöriga, bedöms leda till stöd och trygghet för medborgarna genom hela sjukdomstiden.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts av kundvals- och finansieringsavdelning i samverkan med primärvården och Aleris Geriatriska mottagning.

Handlingar i ärendet

Nr	Handling	Bilägges/bilägges ej
1	Lokala riktlinjer demens Värmdö (2012)	Ja
2	Lokalt vårdprogram demens Värmdö (2009)	Ja

Monica Fransson
kundvals- och finansieringschef

Carina Widmark
chef äldreheten

LOKALA RIKTLINJER

DEMENS

VÄRMDÖ

Innehåll

Arbetsgrupp.....	2
Lokala Riktlinjer	3
Bakgrund	3
Mål	3
Övergripande inriktning	3
I. Värmdö primärvård.....	6
Distriktsläkare	6
Distriktssköterska.....	7
Arbetsterapeut	7
II. Aleris Geriatriska mottagning	8
Geriatriker	8
Arbetsterapeut	8
Kurator	8
III. Värmdö kommun	9
Biståndshandläggare	9
Demenssjuksköterska i kommunen.....	9
Allmänt.....	9
Hemtjänst	9
Personlig assistans.....	9
Dagverksamhet.....	9
Avlösarservice i hemmet.....	10
Växelvård/avlösningplats	10
Särskilt boende.....	10

Arbetsgrupp

Arbetet med vårdprogrammet startade 2006 med ett antal seminarier där flera olika yrkesgrupper var representerade. Arbetsgrupper arbetade med olika frågor som anhörigstöd, samverkan och kommunikation, kontinuitet samt utveckling och teknik.

Vårdprogrammet slutfördes år 2009 av en arbetsgrupp bestående av representanter från Gustavsbergs vårdcentral, Aleris Geriatriska mottagning och Värmdö kommun.

Vårdprogrammet ska revideras vart femte år, dvs 2017, eller tidigare om det finns behov av det. Värmdö kommun är sammankallande.

Underskrift chefer: kommunen, primärvården, Aleris Geriatriska mottagning

Lokala Riktlinjer

Bakgrund

År 2006 lämnade primärvårdschefen och socialchefen i Värmdö ett uppdrag till en arbetsgrupp att utarbeta riktlinjer för vård och omsorg om personer med demenssjukdom. Det fanns ett behov av att förbättra samordning, samsyn och samverkan mellan Värmdö kommun, primärvården i Värmdö och Aleris Geriatriska mottagning samt att höja kompetensen kring vården av personer med demenssjukdom.

Det lokala vårdprogrammet för Värmdö revideras år 2012 och bygger vidare på SLL Regionala Vårdprogram.

Demens. http://www.webbhotell.sll.se/PageFiles/3123/Regionala_vardprogram/RV_Demens.pdf och efter revidering 2012 på de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010). <http://www.socialstyrelsen.se>

I Värmdö kommun är ca 11 % av befolkningen över 65 år. I denna åldersgrupp har ca 7 % en demenssjukdom. Till den siffran kommer även personer under 65 år. I 65-årsåldern har ca 1-2 % en demenssjukdom, i 80-årsåldern 20 % och i 90-95-årsåldern har cirka 40-50 % en demenssjukdom.

Årligen nyinsjuknar ca 50 personer inom Värmdö kommun.

Symtomen ska ha funnits i minst sex månader för en säker klinisk diagnos.

I slutfasen av sjukdomen tilltar passivitet och stelhet i muskulaturen. Balanssvårigheter och fall är vanligt. Kommunikationssvårigheterna är påtagliga och komplikationer i form av inkontinens, infektioner, blodtrycksfall och kramper tillstöter.

Då en person drabbas av demenssjukdom innebär det att livssituationen ändras totalt, både för den sjuke och för de anhöriga. De anhöriga har ett stort ansvar under många år och är i stort behov av anpassat stöd under sjukdomens olika faser.

Mål

De demenssjuka och deras anhöriga ska uppleva trygghet genom hela sjukdomstiden. Primärvården, Aleris Geriatriska mottagning och kommunen ska verka tillsammans för att ge det stöd som behövs i sjukdomens olika skeden.

Övergripande inriktning

Vårdprogrammet ska utgöra ett bra underlag för planering av vården och dess resurser genom att beskriva de olika vårdgivarnas ansvarsområden i vårdkedjan. Berörd personal ska ha god kännedom om vårdprogrammet och dess tillämpning.

Personer med misstanke om demenssjukdom ska erbjudas en tidig medicinsk och social utredning för sina problem. I normalfallet ska basutredning ske inom primärvården.

Vid behov av utvidgad utredning remitteras personen till Aleris Geriatriska mottagning, alternativt till Huddinge sjukhus.

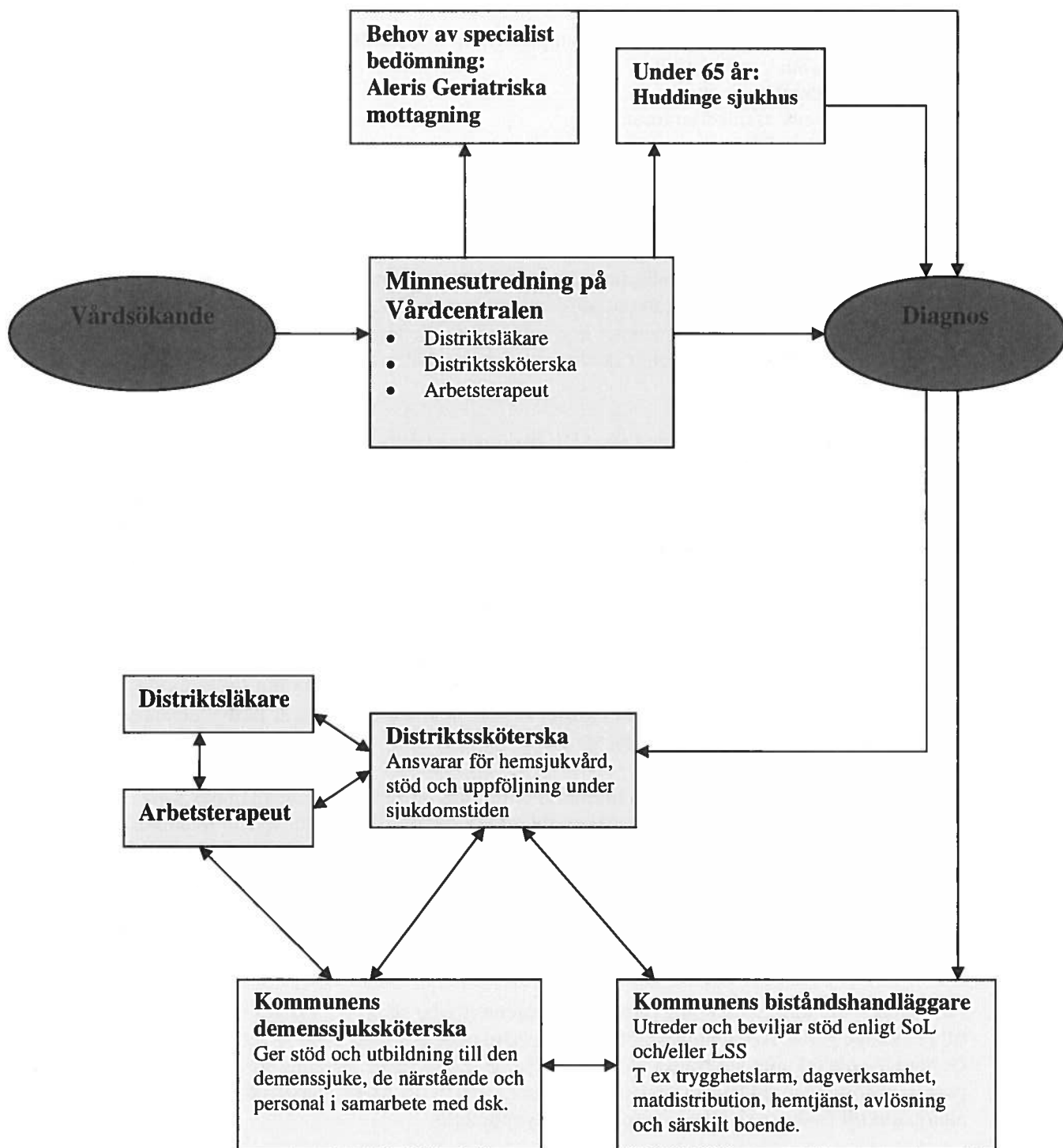
All information skall anpassas efter den demenssjukes och de anhörigas behov och lämnas både muntligt och skriftligt.

Kommunen ska skapa förutsättningar för att den demenssjuke, trots sin sjukdom, ska kunna leva ett gott liv i gemenskap med andra. Stöd och hjälp med service och omvårdnadsinsatser ska erbjudas så att den demenssjuke kan stanna i sin hemmiljö så länge som möjligt. När särskilt boende krävs ska det vara av hög kvalitet. All personal som arbetar med demenssjuka ska ha goda kunskaper i demensvård, lägst Svenskt Demenscentrums utbildning, Demens ABC.

Demensdefinition enligt WHO: Demens är ett syndrom som beror på en progressiv hjärnsjukdom. Demens innebär störning av högre kortikala funktioner som minne, tänkande, orientering, förståelse, räkneförmåga, inlärningskapacitet, språk och omdöme.

Medvetandet är inte grumlat. Försämringen av kognitiva funktioner åtföljs ofta av försämring av emotionell kontroll, socialt beteende eller motivation. Demens medför avsevärd försämring av intellektuella och praktiska funktioner och påverkar dagliga aktiviteter som tvättning, påklädning, ätande och toalettbesök. Symtomen ska ha funnits i minst sex månader för en säker klinisk diagnos.

Vårdkedja vid minnessvårigheter Värmdö kommun



I. Värmdö primärvård

Distriktsläkare

Initiativ till minnesutredning kan komma från patienten själv, anhöriga, personal inom hemtjänst, distriktssköterska med flera.

Det är viktigt att inte vänta för länge med att påbörja en minnesutredning, ju tidigare stöd och behandling kan sättas in desto bättre.

Syftet med utredningen är att:

- 1) bedöma om demenssjukdom föreligger
- 2) ge adekvat behandling
- 3) ge patienten och anhöriga del av samhällets resurser
- 4) ta ställning till vapen och körkortsinnehav
- 5) bedöma behov av stöd i ekonomisk hantering

Utredning hos distriktsläkaren påbörjas enligt VISS (vårdinformation Storstockholm) www.viss.nu med provtagning och DT-hjärna för att utesluta annan sjukdom. MMT (mini mental test) görs vid första besöket. Eftersom heteroanamnes är avgörande för bedömningen är det viktigt att få anamnes från anhöriga. Kontakt tas i ett tidigt skede med distriktssköterskan för att komma överens om vem som gör vad i utredningen.

Remiss skickas till arbetsterapeuten för ADL-bedömning (aktivitetsbedömning).

Läkaren tar ställning till fortsatt vapen- och körkortsinnehav. Intyg utfärdas vid behov till länsstyrelsen. Vid svårighet att bedöma lämplighet att inneha körkort remitteras patienten till Trafikmedicin på Huddinge sjukhus.

Efter avslutad utredning delges patienten och de anhöriga (om patienten ger sitt tillstånd att sekretessen bryts) utredningsresultatet. Distriktsläkaren rekommenderar patienter med diagnoserna demenssjukdom och MCI (mild cognitive impairment) regelbundna besök på vårdcentralen. Distriktssköterskan ansvarar för uppföljning av patientens vård och behandling och ska skriftligt informeras av distriktsläkaren så snart diagnos är klar samt när patienten är färdigbehandlad på Aleris Geriatriska mottagning eller Huddinge sjukhus.

Broschyr med information om de hjälpinsatser som finns att få i kommunen lämnas. Om demenssjukdom föreligger och patient eller anhöriga önskar hjälpinsatser från kommunen (se III) kan läkaren skriva ett intyg till kommunens biståndshandläggare. Vid behov av dagverksamhet för demenssjuka och boende på demensavdelning är intyg om demensdiagnos ett krav från kommunen. I intyget ska framgå att patienten har en demensdiagnos samt MMT-poäng och hjälpbehov. Här ska också framgå om patienten är omdömeslös, insiktslös eller har en benägenhet till lättväckt konfusion. Intyget ska också beskriva den ADL bedömning som gjorts.

I de fall där specialistbedömning önskas av läkaren utfärdas remiss. Patienter under 65 år remitteras till Huddinge geriatrikens minnesmottagning medan patienter över 65 år remitteras till Aleris Geriatriska mottagning vid Nacka närsjukhus (se II). Beträffande patienter med BPSD (beteende och psykiska störningar vid demenssjukdom) remitteras dessa till Aleris Geriatriska mottagning alternativt till psykiatrisk klinik, beroende på symtombild.

Distriktssköterska

Utredning

Distriktssköterskan får information om patientens tillstånd av distriktsläkaren och de kommer överens om vem som gör vad i utredningen. Distriktssköterskan gör ett hembesök och beskriver den sociala situationen och gör eventuell en intervju med anhöriga i hemmet.

Efter diagnos

Distriktssköterskan ansvarar för uppföljning av patientens vård och behandling. Det är speciellt viktigt att aktivt följa upp de patienter som är insatta på demenspreparat samt de som saknar anhöriga. Detta gäller också när utredning och behandling utförts på Aleris Geriatriska mottagning eller Huddinge minnesmottagning och uppföljning av patienten är avslutad där. Distriktssköterskan får brev från distriktsläkaren med information om att patientens behandling avslutats på den geriatriska mottagningen. Distriktssköterskan ska snarast kontakta patienten och de anhöriga och informera om de möjligheter till stöd och hjälp som finns att få av landsting och kommun.

Tillstånd inhämtas av patienten att informera kommunens demenssjuusköterska och bistånds-enhet. I förekommande fall har distriktssköterskan regelbundna möten med hemtjänsten angående omvårdnadsbehoven och återför eventuella medicinska problem till distriktsläkaren.

Arbetsterapeut

Efter remiss från distriktsläkaren gör arbetsterapeuten hembesök hos patienten för aktivitetsbedömning och utredning om eventuell bostadsanpassning. I ett tidigt skede kan det bli aktuellt med hjälpmedelsförskrivning och träning av kognitiva hjälpmedel. AMPS- bedömningar kan göras om behov finns. Ofta förekommer stöd och information till anhöriga och hemtjänst samt information och råd för en stödjande miljö med hjälpmedel i hemmet.

II. Aleris Geriatriska mottagning

Geriatriker

Tar emot patienter, över 65 år, för utredning efter remiss från distriktsläkare som genomfört inledande utredning enligt VISS. Patienten tas emot inom tidsramen för vårdgarantin.

Utredning kan omfatta flera undersökningar och mottagningsbesök innan diagnos kan fastställas. Vid första besöket på minnesmottagningen intervjuas den anhörige.

Arbetsterapeut gör hembesök enligt nedan. Kurator medverkar vid sammanfattning av utredningen. Efter varje mottagningsbesök skickas kopia av anteckning för information till inremitterande enhet.

Efter slutförd utredning skickas sammanfattande mottagningsjournal till vederbörande distriktsläkare/vårdcentral. I denna mottagningsjournal skall klart framgå om primärvård eller geriatrik har ansvar för uppföljning av demenssjukdom/MCI och eventuell läkemedelsförskrivning samt vilken information som lämnats till patient och anhörig.

I utredning av kognitiv sjukdom tar geriatriker ställning till fortsatt körkorts- och vapeninnehav samt behov av stöd med ekonomisk hantering. Fullmakt respektive behov av godman kan diskuteras och i förekommande fall utfärdas godman intyg. Färdtjänstintyg skrivs vid behov.

Broschyr med information om de hjälpinsatser som finns att få i kommunen lämnas. Om demenssjukdom föreligger och patient eller anhöriga önskar hjälpinsatser från kommunen (se III) kan läkaren skriva ett intyg till kommunens biståndshandläggare. Vid behov av demensdagverksamhet och boende på demensavdelning är intyg om demensdiagnos ett krav från kommunen. I intyget ska framgå att patient har en demensdiagnos samt MMT-poäng och hjälpbehov. Här ska också framgå om patient är omdömeslös, insiktslös eller har en benägenhet till lättväckt konfusion. Intyget ska också beskriva den ADL bedömning som gjorts. Vid behov kan vårdplanering ske på minnesmottagningen.

Efter att behandling med demensläkemedel satts in, kallas patienten till geriatriska mottagningen för uppföljning efter 3 månader och vanligtvis efter 1 år. Uppföljning av effekt sker enligt standardiserad modell: Global bedömning, MMT samt anhörigformulär.

Det skall framgå av journal när kontroll och läkemedelsförskrivning övergår till primärvården. Vid demensdiagnos anmäls detta till SveDem (Svenskt demensregister) www.ucr.uu.se/svedem

Arbetsterapeut

Arbetsterapeuten gör hembesök för aktivitetsbedömning och eventuellt bostadsanpassning. AMPS-bedömning kan göras om behov finns. Utifrån den demenssjukes behov förskrivs tekniska hjälpmedel, framförallt kognitiva hjälpmedel. Därefter sker överrapportering till distriktsarbetsterapeut för uppföljning och eventuell träning av hjälpmedel.

Kurator

Kuratorn kan erbjuda hjälp till den demenssjuke och dennes anhöriga att bearbeta en förändrad livssituation i form av ca tre stödjande och vägledande samtal. I kuratorns uppgifter ingår även att informera om samhällets resurser såsom hemtjänst, dagverksamhet, ekonomiskt bistånd, färdtjänst etc.

III. Värmdö kommun

Biståndshandläggare

Kontakt med biståndsenheten kan tas av den demenssjuke själv, de anhöriga, primärvården, Aleris Geriatriska mottagning m fl.

Biståndshandläggaren gör hembesök tillsammans med kommunens demenssjuksköterska och informerar den demenssjuke och de anhöriga om det stöd och den hjälp som finns att få. När den demenssjuke eller anhöriga önskar hjälp utreder och bedömer biståndshandläggaren behoven och fattar beslut om insatser enligt socialtjänstlagen (SOL) och/eller Lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Efter beslut om insatser skickas ett uppdrag/beställning till hemtjänst, dagverksamhet eller särskilt boende.

Biståndshandläggare gör uppföljning av beslutade insatser en gång per år, oftare om behov finns. Vid uppföljningen deltar anhöriga och vid behov kan biståndshandläggaren kalla andra personer till exempel god man, förvaltare, kontaktperson, demenssjuksköterska och distriktssköterska.

Demenssjuksköterska i kommunen

Kommunens demenssjuksköterska gör hembesök tillsammans med biståndshandläggaren och informerar om det stöd som finns att få i kommunen.

Demenssjuksköterskan håller utbildning om demenssjukdomar och lämpligt bemötande av demenssjuka för anhöriga och finns till hands för rådgivning och stödsamtal, enskilt och i grupp. Demenssjuksköterskan handleder och utbildar vårdpersonal om demenssjukdomar och personcentrerad omvårdnad, enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Allmänt

Personal som arbetar med personer med demenssjukdom har god kompetens inom området, minst Svenskt Demenscentrums webbutbildning Demens-ABC eller likvärdig. Vård och omsorgsinsatser utförs enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer. Det finns en namngiven kontaktperson för alla demenssjuka som har insatser enligt socialtjänstlagen (SOL). En genomförandeplan upprättas inom 14 dagar av utföraren tillsammans med den demenssjuke och de anhöriga.

Hemtjänst

Hemtjänst planerar, utför och dokumenterar de beslutade hemtjänstinsatserna. Vid planering och utförande ska särskild hänsyn tas till de demenssjukas speciella behov, t ex behov av motivationsarbete inför insatsens utförande.

Personlig assistans

Personer under 65 år med demenssjukdom kan ansöka om personlig assistans om de har ett mycket omfattande vårdbehov. I dagsläget söker man hos kommunen om behovet av assistans understiger 20 timmar i veckan och hos försäkringskassan om behovet överstiger 20 timmar i veckan.

Dagverksamhet

Dagverksamheten ger stöd och stimulans till den demenssjuke och underlättar för anhöriga genom avlösning på dagtid. Målsättningen är att ge den demenssjuke en social gemenskap och att stimulera till aktivitet för att kunna behålla de fysiska, psykiska och intellektuella funktionerna så länge som

möjligt. Dagverksamhet kan beviljas för en eller flera dagar i veckan och kombineras ofta med hemtjänst.

Under vistelsetiden på dagverksamheten har kommunen hälso- och sjukvårdsansvaret upp till sjukvårdsköterskenivå. Övrig tid av dygnet har landstinget hälso- och sjukvårdsansvar.

Avlösarservice i hemmet

När någon anhörigvårdare är i behov av ledighet, t ex för vila, utträtta ärenden eller någon annan aktivitet kan man få hjälp med avlösning i hemmet. Hemtjänstpersonal tar då över de anhörigas ordinarie uppgifter.

Växelvård/avlösningssplats

Avlösningssplats kan ges i särskilt boende när den anhörige är i behov av avlösning mer än 24 timmar eller när den demenssjuke är i behov av tillfälligt boende utanför det egna hemmet.

Särskilt boende

Särskilt boende är avsett för personer med demenssjukdom som har ett varaktigt och omfattande behov av vård och omsorgsinsatser dygnet runt. Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar upp till sjukvårdsköterskenivå. På särskilt boende finns förutom omsorgspersonal även sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Landstinget har ansvar för läkarinsatserna

Blanketter

1) Blanketter rörande körkortsangelägenheter finns på Trafikmedicins hemsida:

www.trmc.se Man kan skriva och redigera i dem men inte spara i datorn.

2) Blanketter för godmans- och förvaltare finns på Socialstyrelsens hemsida:

www.socialstyrelsen.se vidare under blanketter och sedan övrigt.

3) MMT och anhörigintervju hittar man på www.viss.nu under rubriken äldrevård och demenssjukdomar.

4) Utvärdering av demenssymtom, kan hämtas på Svenskt demenscentrums hemsida www.demenscentrum.se vidare under yrkesfunktion /skalor & instrument.

Lokalt vårdprogram Demens Värmdö



**Ett samarbete mellan
Kommunen, primärvården och Nackageriatriken**

Innehåll

Arbetsgrupp	2	III Värmdö kommun	7
Bakgrund	3	Biståndshandläggare	7
Mål	3	Demenssjuksköterska i kommunen	7
Övergripande inriktning.....	3	Allmänt.....	7
Processkarta	4	Hemtjänst	7
I Värmdö primärvård	5	Personlig assistans.....	7
Distriktsläkare	5	Demensdagvård	7
Distriktssköterska	5	Avlösarservice i hemmet	7
Arbetsterapeut	5	Växelvård/avlösningplats	7
II Nackageriatriken	6	Särskilt boende.....	7
Geriatriker	6	Blanketter	8
Arbetsterapeut	6		
Kurator	6		

Arbetsgrupp

Arbetet med vårdprogrammet startade 2006 med ett antal seminarier där flera olika yrkesgrupper var representerade. Arbetsgrupper arbetade med olika frågor som anhörigstöd, samverkan och kommunikation, kontinuitet samt utveckling och teknik.

Vårdprogrammet har slutförts år 2009 av en arbetsgrupp bestående av representanter från Gustavsbergs vårdcentral, Nackageriatriken och Värmdö kommun.

Vårdprogrammet ska revideras vart tredje år, dvs. våren 2012. Värmdö kommun är sammankallande.

ARBETSGRUPP

Gustavsbergs vårdcentral

Agneta Lindblad, distriktsläkare

Marion Bråding, sjuksköterska

Ann Tiselius-Ekström, distriktssköterska

Mari Johansson, arbetsterapeut

Nackageriatriken

Eva Henell, geriatriker

Värmdö kommun

Carina Widmark, expert äldrefrågor

Inger Ekroth, demenssjuksköterska

Lokala Riktlinjer

Bakgrund

År 2006 lämnade primärvårdschefen och socialchefen i Värmdö ett uppdrag till en arbetsgrupp att utarbeta riktlinjer för vård och omsorg om personer med demenssjukdom. Det fanns ett behov av att förbättra samordning, samsyn och samverkan mellan Värmdö kommun, primärvården i Värmdö och Nackageriatriken AB samt att höja kompetensen kring vården av personer med demenssjukdom

Riktlinjerna bygger vidare på SLL Regionalt Vårdprogram - Demens. http://www.webbhotell.sll.se/PageFiles/3123/Regionala_varldprogram/RV_Demens.pdf

I Värmdö kommun är ca 11 % av befolkningen över 65 år. I denna åldersgrupp har ca 7 % en demenssjukdom. Till den siffran kommer även de under 65 år. I 65-årsåldern är 1-2 % demenssjuka, i 80-årsåldern är 20 % demenssjuka och i 90-95-årsåldern är 40-50 % demenssjuka. Årligen nyinsjuknar ca 50 personer.

Symtomen ska ha funnits i minst sex månader för en säker klinisk diagnos.

I slutfasen av sjukdomen tilltar passivitet och stelhet i muskulaturen. Balanssvårigheter och fall är vanligt. Kommunikationssvårigheterna är påtagliga och komplikationer i form av inkontinens, infektioner, blodtrycksfall och kramper tillstöter.

Då en person drabbas av demenssjukdom innebär det att livssituationen ändras totalt, både för den sjuke och för de anhöriga. De anhöriga har ett stort ansvar under många år och är i stort behov av anpassat stöd under sjukdomens olika faser.

Mål

De demenssjuka och deras anhöriga ska uppleva trygghet genom hela sjukdomstiden. Primärvården, Nackageriatriken och kommunen ska verka tillsammans för att ge det stöd som behövs i sjukdomens olika skeden.

Övergripande inriktning

Vårdprogrammet ska utgöra ett bra underlag för planering av vården och dess resurser genom att beskriva de olika vårdgivarnas ansvarsområden i vårdkedjan. Berörd personal ska ha god kännedom om vårdprogrammet och dess tillämpning.

Personer med misstanke om demenssjukdom ska erbjudas en tidig medicinsk och social utredning för sina problem. I normalfallet ska basutredning ske inom primärvården.

Vid behov av utvidgad utredning remitteras personen till Nackageriatriken, alternativt till Huddinge sjukhus.

All information skall anpassas efter den demenssjukes och de anhörigas behov och lämnas både muntligt och skriftligt.

Kommunen ska skapa förutsättningar för att den demenssjuke, trots sin sjukdom, ska kunna leva ett gott liv i gemenskap med andra. Stöd och hjälp med service och omvårdnadsinsatser ska erbjudas så att den demenssjuke kan stanna i sin hemmiljö så länge som möjligt. När särskilt boende krävs ska det vara av hög kvalitet.

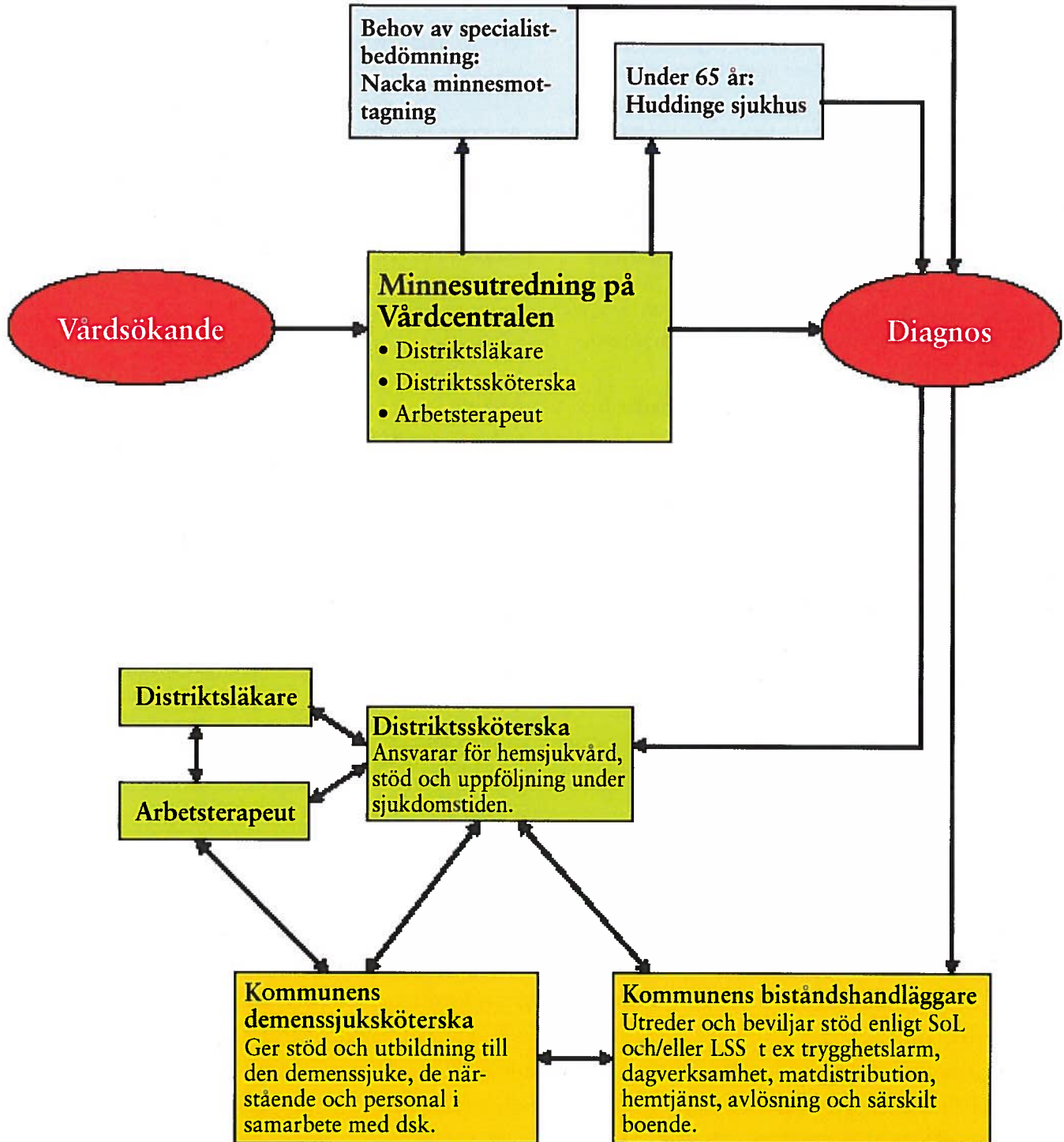
All personal som arbetar med demenssjuka ska ha goda kunskaper i demensvård.

Demensdefinition enligt WHO: Demens är ett syndrom som beror på en progressiv hjärnsjukdom. Demens innebär störning av högre kortikala funktioner som minne, tänkande, orientering, förståelse, räkneförmåga, inlärningskapacitet, språk och omdöme. Medvetandet är inte grumlat. Försämringen av kognitiva funktioner åtföljs ofta av försämring av emotionell kontroll, socialt beteende eller motivation. Demens medför avsevärd försämring av intellektuella funktioner och påverkar dagliga aktiviteter som tvättning, påklädning, ätande och toalettbesök.

Symtomen ska ha funnits i minst sex månader för en säker klinisk diagnos.

Vårdkedja vid minnessvårigheter

Värmdö kommun



I. Värmdö primärvård

Distriktsläkare

Initiativ till minnesutredning kan komma från patienten själv, anhöriga, personal inom hemtjänst, distriktssköterska m fl.

Det är viktigt att inte vänta för länge med att påbörja en minnesutredning, ju tidigare stöd och behandling kan sättas in desto bättre.

Syftet med utredningen är att:

- 1) bedöma om demenssjukdom föreligger
 - 2) ge adekvat behandling
 - 3) ge patienten och anhöriga del av samhällets resurser
 - 4) ta ställning till vapen och körkortsinnehav
 - 5) bedöma behov av stöd i ekonomisk hantering
- Utredning hos distriktsläkaren påbörjas enligt VISS (vårdinformation Storstockholm) www.viss.nu, med provtagning och DT-hjärna för att utesluta annan sjukdom. MMT (mini mental test) görs vid första besöket. Eftersom heteroanamnes är avgörande för bedömningen är det viktigt att få anamnes från anhöriga. Kontakt tas i ett tidigt skede med distriktssköterskan för att komma överens om vem som gör vad i utredningen.

Remiss skickas till arbetsterapeuten för ADL-bedömning (aktivitetsbedömning).

Läkaren tar ställning till fortsatt vapen- och körkortsinnehav. Intyg utfärdas vid behov till länsstyrelsen. Vid svårighet att bedöma lämplighet att inneha körkort remitteras patienten till Trafikmedicin på Huddinge sjukhus.

Efter avslutad utredning delges patienten och de anhöriga (om patienten ger sitt tillstånd att sekretessen bryts) utredningsresultatet. Distriktsläkaren rekommenderar patienter med diagnoserna demenssjukdom och MCI (mild cognitive impairment) regelbundna besök på vårdcentralen. Distriktssköterskan ansvarar för uppföljning av patientens vård och behandling och ska skriftligt informeras av distriktsläkaren så snart diagnos är klar samt när patienten är färdigbehandlad på Nackageriatriken eller Huddinge sjukhus.

Broschyr med information om de hjälpinsatser som finns att få i kommunen lämnas. Om demenssjukdom föreligger och patient eller anhöriga önskar hjälpinsatser från kommunen (se III) kan läkaren skriva ett intyg till kommunens biståndshandläggare. Vid behov av demensdagvård och boende på demensavdelning är intyg om demensdiagnos ett krav från kommunen. I intyget ska framgå att patient har en demensdiagnos samt MMT-poäng och hjälpbehov. Här ska också framgå om patient

är omdömeslös, insiktslös eller har en benägenhet till lättväckt konfusion. Intyget ska också beskriva den ADL bedömning som gjorts.

I de fall där specialistbedömning önskas av läkaren utfärdas remiss. Patienter under 65 år remitteras till Huddinge geriatrikens minnesmottagning medan patienter över 65 år remitteras till Nackageriatriken vid Nacka närsjukhus (se II). Beträffande patienter med BPSD (beteende och psykiska störningar vid demenssjukdom) remitteras dessa till Nackageriatrikens minnesmottagning alternativt till psykiatrisk klinik beroende på symtombild.

Distriktssköterska

Utredning

Distriktssköterskan får information om patientens tillstånd av distriktsläkaren och de kommer överens om vem som gör vad i utredningen. Distriktssköterskan gör ett hembesök och beskriver den sociala situationen och gör en eventuell intervju av närstående i hemmet.

Efter diagnos

Distriktssköterskan ansvarar för uppföljning av patientens vård och behandling. Det är speciellt viktigt att aktivt följa upp de patienter som är insatta på demenspreparat samt de som saknar anhöriga. Detta gäller också när utredning och behandling utförts på Nackas geriatriska klinik eller Huddinge minnesmottagning och uppföljning av patienten är avslutad där. Distriktssköterskan får brev från distriktsläkaren med information om att patientens behandling avslutats på den geriatriska mottagningen. Distriktssköterskan ska snarast kontakta patienten och de anhöriga och informera om de möjligheter till stöd och hjälp som finns att få av landsting och kommun.

Tillstånd inhämtas av patienten att informera kommunens demenssjuksköterska och biståndsenhet. I förekommande fall har distriktssköterskan regelbundna möten med hemtjänsten angående omvårdnadsbehoven och återför eventuella medicinska problem till distriktsläkaren.

Arbetsterapeut

Efter remiss från distriktsläkaren gör arbetsterapeuten hembesök hos patienten för aktivitetsbedömning och utredning om eventuell bostadsanpassning. I ett tidigt skede kan det bli aktuellt med hjälpmedelförskrivning och träning av kognitiva hjälpmedel. AMPS-bedömningar kan göras om behov finns. Ofta förekommer stöd och information till anhöriga och hemtjänst samt information och råd för en stödjande miljö med hjälpmedel i hemmet.

II. Nackageriatriken

Geriatriker

Tar emot patienter, över 65 år, för utredning efter remiss från distriktsläkare som genomfört inledande utredning enligt VISS. Patienten tas emot inom tidsramen för vårdgarantin.

Utredning kan omfatta flera undersökningar och mottagningsbesök innan diagnos kan fastställas. Vid första besöket på minnesmottagningen intervjuas den anhörige.

Arbetsterapeut gör hembesök enligt nedan. Kurator medverkar vid sammanfattning av utredningen. Efter varje mottagningsbesök skickas kopia av anteckning för information till inremitterande enhet.

Efter slutförd utredning skickas sammanfattande mottagningsjournal till vederbörande distriktsläkare/vårdcentral. I denna mottagningsjournal skall klart framgå om primärvård eller geriatrik har ansvar för uppföljning av demenssjukdom/MCI och eventuell läkemedelsförskrivning samt vilken information som lämnats till patient och anhörig.

I utredning av kognitiv sjukdom tar geriatriker ställning till fortsatt körkorts- och vapeninnehav samt behov av stöd med ekonomisk hantering. Fullmakt respektive behov av godman kan diskuteras och i förekommande fall utfärdas godman intyg. Färdtjänstintyg skrivs vid behov.

Broschyr med information om de hjälpinsatser som finns att få i kommunen lämnas. Om demenssjukdom föreligger och patient eller anhöriga önskar hjälpinsatser från kommunen (se III) kan läkaren skriva ett intyg till kommunens biståndshandläggare. Vid behov av demensdagvård och boende på demensavdelning är intyg om demensdiagnos

ett krav från kommunen. I intyget ska framgå att patient har en demensdiagnos samt MMT-poäng och hjälpbehov. Här ska också framgå om patient är omdömeslös, insiktslös eller har en benägenhet till lättväckt konfusion. Intyget ska också beskriva den ADL bedömning som gjorts. Vid behov kan vårdplanering ske på minnesmottagningen.

Efter att behandling med specialistläkemedel satts in, kallas patienten till geriatriska mottagningen för uppföljning efter 3 månader och vanligtvis efter 1 år. Uppföljning av effekt sker enligt standardiserad modell: Global bedömning, MMT samt anhörigformulär.

Det skall framgå av journal när kontroll och läkemedelsförskrivning övergår till primärvården.

Vid demensdiagnos anmäls detta till SveDem (Svenskt demensregister) www.ucr.uu.se/svedem.

Arbetsterapeut

Arbetsterapeuten gör hembesök för aktivitetsbedömning och eventuellt bostadsanpassning. AMPS-bedömning kan göras om behov finns. Utifrån den demenssjukes behov förskrivs tekniska hjälpmedel, framförallt kognitiva hjälpmedel. Därefter sker överrapportering till distriktsarbetsterapeut för uppföljning och eventuell träning av hjälpmedel.

Kurator

Kuratoren kan erbjuda hjälp till den demenssjuke och dennes anhöriga att bearbeta en förändrad livssituation i form av ca tre stödjande och vägledande samtal. I kuratorns uppgifter ingår även att informera om samhällets resurser såsom hemtjänst, dagverksamhet, ekonomiskt bistånd, färdtjänst etc.

III. Värmdö kommun

Biståndshandläggare

Kontakt med biståndsenheten kan tas av den demenssjuke själv, de anhöriga, primärvården, Nackageriatriken m fl.

Biståndshandläggaren gör hembesök tillsammans med kommunens demenssjukköterska och informerar den demenssjuke och de anhöriga om det stöd och den hjälp som finns att få. När den demenssjuke eller anhöriga önskar hjälp utreder och bedömer biståndshandläggaren behoven och fattar beslut om insatser enligt socialtjänstlagen och/eller LSS. Efter beslut om insatser skickas ett uppdrag/beställning till hemtjänst, dagvård eller särskilt boende.

Biståndshandläggare gör uppföljning av beslutade insatser en gång per år, oftare om behov finns. Vid uppföljningen deltar anhöriga och vid behov kan biståndshandläggaren kalla andra personer t ex godman, kontaktperson, demenssjukköterska och distriktssköterska.

Demenssjukköterska i kommunen

Kommunens demenssjukköterska gör hembesök tillsammans med biståndshandläggaren och informerar om det stöd som finns att få i kommunen.

Demenssjukköterskan håller utbildning om demenssjukdomar och lämpligt bemötande av demenssjuka för anhöriga och finns till för rådgivning och stödsamtal, enskilt och i grupp. Demenssjukköterskan handleder och utbildar vårdpersonal i demensvårdsfrågor.

Allmänt

Personal som arbetar med personer med demenssjukdom och andra psykiatriska sjukdomar har god kompetens inom området. Det finns en namngiven kontaktperson för alla demenssjuka som har insatser på uppdrag av biståndshandläggarna. En genomförandeplan upprättas inom 14 dagar av utföraren tillsammans med den demenssjuke och de anhöriga.

Hemtjänst

Hemtjänst planerar, utför och dokumenterar de beslutade hemtjänstinsatserna. Vid planering och utförande tas särskild hänsyn tas till de demenssjukas speciella behov, t ex behov av motivationsarbete inför insatsens utförande.

Personlig assistans

Personer under 65 år med demenssjukdom kan ansöka om personlig assistans om de har ett mycket omfattande vårdbehov. I dagsläget söker man hos kommunen om behovet av assistans understiger 20 timmar i veckan och hos försäkringskassan om behovet överstiger 20 timmar i veckan.

Demensdagvård

Dagvården ger stöd och stimulans till den demenssjuke och underlättar för anhöriga genom avlösning på dagtid. Målsättningen är att ge den demenssjuke en social gemenskap och att stimulera till aktivitet för att kunna behålla de fysiska, psykiska och intellektuella funktionerna så länge som möjligt. Dagvård kan beviljas för en eller flera dagar i veckan och kombineras ofta med hemtjänst.

Under vistelsetiden på dagvården har kommunen hälso- och sjukvårdsansvaret upp t o m sjuksköterskenivå. Övrig tid av dygnet har landstinget ansvaret.

Avlösarservice i hemmet

När någon anhörigvårdare är i behov av ledighet, t ex för vila, uträta ärenden eller någon annan aktivitet kan man få hjälp med avlösning i hemmet. Hemtjänstpersonal tar då över de anhörigas ordinarie uppgifter.

Växelvård/avlösningplats

Avlösningplats kan ges i särskilt boende när den anhörige är i behov av avlösning mer än 24 timmar eller när den demenssjuke är i behov av tillfälligt boende utanför det egna hemmet.

Särskilt boende

Särskilt boende är avsett för demenssjuka som har ett varaktigt och omfattande behov av vård och omsorgsinsatser dygnet runt. Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar upp t o m sjuksköterskenivå. På särskilt boende finns förutom omsorgspersonal även sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Landstinget har ansvar för läkarinsatserna.

Blanketter

1) Blanketter rörande körkortsangelägenheter finns på Trafikmedicins hemsida: www.trmc.se. Man kan skriva och redigera i dem men inte spara i datorn.

2) Blanketter för godmans- och förvaltarskap finns på Socialstyrelsens hemsida: www.socialstyrelsen.se / vidare under blanketter och sedan övrigt.

3) MMT och anhörigintervju hittar man på www.viss.nu under rubriken äldrevård och demenssjukdomar.

4) Utvärdering av demenssymtom, kan beställas från Pfizer telefon 08-55052000 www.pfizer.se

