

Lokal handlingsplan för

Demensvården

inom Svenljunga kommun, Närhälsan Svenljunga vårdcentral och Samrehab



Beslutad i socialnämnden 150128 § 9

Inledning	3
Nationell prioritering och etiska principer.....	3
Syfte.....	4
Mål.....	4
Kvalitetsmål.....	4
Utredning - Diagnos -Uppföljning	5
Basal demensutredning.....	5
Utvidgad demensutredning.....	6
Behandling	7
Läkemedel vid kognitiv svikt vid Alzheimers sjukdom.....	7
Beteendemässiga psykiska symtom vid demens, BPSD	8
Bedömning och åtgärder vid BPSD-symtom.....	8
Läkemedel vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)	9
Multiprofessionellt teambaserat arbete	10
Anhörigstöd	12
Vårdformer	13
Hemtjänst.....	13
Dagvård.....	13
Korttidsboende.....	14
Gruppboende för personer med demenssjukdom.....	14
Vård- och omsorgsboende.....	15
Personcentrerad omvårdnad/omsorg	16
Kost och nutrition	17
Toalettvanor/inkontinens	18
Munhälsa	19
Rehabilitering och hjälpmedel	20
Fallrisk	20
Rättighetsbegränsningar	21
Skydds- och begränsningsåtgärder.....	21
God man.....	22
Förvaltare.....	22
Kompetens	23
Omvårdnadspersonal.....	23
Övrig kompetens kommun.....	24
Kompetens- Närhälsan.....	24
Kompetens Samrehab.....	24
Uppföljning/Utvärdering	25

Inledning

Denna lokala handlingsplan utgår ifrån "Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010". Handlingsplanen är anpassad utifrån Svenljunga kommun, Närhälsan Svenljunga vårdcentral och Samrehab's lokala förutsättningar, erfarenheter och visioner. Handlingsplanen har arbetats fram av en arbetsgrupp med representanter från alla tre vårdgivarna och är en revidering av tidigare fastställd handlingsplan.

En av utgångspunkterna i de nationella riktlinjerna har varit att lyfta fram fungerande evidensbaserade åtgärder så att personer med demenssjukdom över hela landet har tillgång till vård och omsorg av god kvalitet. I nationella riktlinjer finns också analyser av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser som rekommendationerna kan förväntas leda till. Socialstyrelsen förutsätter att rekommendationerna påverkar resursfördelningen inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som fått låg prioritet.

Under 2015 träder Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden (SOSFS 2013:27) i kraft. Den ställer ökade krav på kommunen att säkerställa bemanning, dokumentation, biståndsbedömning, uppföljning av beslut, kompetens för personer med demenssjukdom. Vissa delar har beaktats i denna handlingsplan men kommunen måste inför ikraftträdandet se till att författningens krav kan uppfyllas.

Nationell prioritering och etiska principer

Enligt statliga prioriteringsutredningen *Vårdens svåra val* SOU 1995:5 görs prioriteringar i fem grupper varav demenssjukdomar tillhör prioriteringsnivå 1 som är högst prioriterat.

Prioriteringarna utgår från tre etiska principer:

Människovärdesprincipen; alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

Behovs- eller solidaritetsprincipen; resurserna bör satsas på den människa eller verksamhet som har de största behoven.

Kostnadseffektivitetsprincipen; vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet eftersträvas.

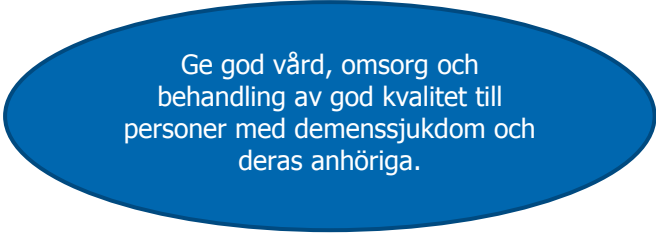
Principerna är rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, och kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de båda övriga principerna.

Den övergripande målsättningen med vård- och omsorgsinsatser, enligt SOU 1995:5, är att skapa förutsättningar för ett gott liv i gemenskap med närstående och vänner så långt och så länge som möjligt. Genom att arbeta mot samma mål med medicinsk behandling, rehabilitering och omvårdnadsinsatser kan förutsättningar skapas för att personer med demenssjukdom kan stanna i sin hemmiljö.

Syfte

Syftet med handlingsplanen är att skapa förutsättningar inom Närhälsan, kommunen och Samrehab att gemensamt och var för sig aktivt jobba för att på bästa sätt bedriva en demensvård av god kvalitet som dessutom är kostnadseffektiv.

Mål



Ge god vård, omsorg och
behandling av god kvalitet till
personer med demenssjukdom och
deras anhöriga.

Kvalitetsmål

I handlingsplanen finns framtagna kvalitetsmål baserade på de nationella riktlinjerna. De anges med samma prioritet som i de nationella riktlinjerna.

PRIO 1 är högst prioriterat i en fallande skala ner till PRIO 10.

Utredning - Diagnos -Uppföljning

Varje person med demenssymtom har rätt till utredning och eventuell diagnos. Det finns ingen enkel utredningsmetod som kan fastställa om en person har en demenssjukdom. En person med kognitiv svikt där den bakomliggande orsaken till symtomen inte är känd kan vanligtvis utredas med en basal demensutredning. Ansvaret åligger Närhälsans läkare.

Kvalitetsmål

Demenssymtom ska utredas (PRIO inom varje delmoment i utredningen)

Ansvar: Läkare/Närhälsan Svenljunga vårdcentral

Basal demensutredning

Enligt nationella riktlinjer grundar sig diagnostiken på en sammanvägd bedömning av

- strukturerad anamnes,
- intervju med anhöriga,
- fysiskt och psykiskt tillstånd,
- kognitiva test,
- strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga,
- blodprover, samt
- strukturell hjärnabbildning med datortomografi.

Vilka delar av utredningen som ska göras avvägs utifrån personens helhetsituation och behov.

Läkaren inom Närhälsan har huvudansvaret för utredningen men äldresköterskan på vårdcentralen och sjuksköterskan i kommunen håller i processen så att utredning startas. I teamsamverkan mellan olika yrkesprofessioner och utifrån hälso- och sjukvårdsansvaret avgörs vem som gör vad i utredningen.

Se även vårdcentralens [Checklista för läkare vid basal demensutredning](#), bilaga1.

Utan diagnos – svårt att hävda
evidensbaserad vård!

Innehåll och ansvar vid Basal demensutredning			
VAD enligt nationella riktlinjer	PRIO	HUR	ANSVAR
Strukturerad anamnes	1	Strukturerad mall	-Läkare -Annan vårdpersonal kan ofta komplettera anamnesen
Intervju av anhöriga	1	Ex. Ragnar Åstrands mall, se demenscentrums hemsida. Ostrukturerad intervju	-Läkare -Sjuksköterska
Bedömning av fysiskt tillstånd	1		-Läkare
Bedömning av psykiskt tillstånd för att upptäcka ev. ångest och depression.	1	Strukturerad bedömningsmetod ex. HAD	-Läkare -Sjuksköterska
MMSE-SR+klocktest	1	Enligt mall	-Läkare -Sjuksköterska
Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga	1	Strukturerade bedömningsinstrument	-Sjukgymnast -Arbetsterapeut
Avbildning av hjärna	2	Datortomografi Remiss	-Läkare
Blodprover	2	Enligt Vårdcentralens riktlinjer	-Läkare

Utvidgad demensutredning

En sådan utredning innehåller mer specifika delar t.ex. neuropsykologiska test, magnetkamera, provtagningar och andra undersökningar av olika slag. Det gäller bl.a. patienter med oväntat förlopp, ovanlig symtombild, yngre personer, frågeställning om ovanliga demenstillstånd/diagnoser och svårigheter att differentiera gentemot annan psykiatrisk sjukdomsbild. Läkare inom Närhälsan remitterar till Neuropsykiatrisk enhet inom regionen.

Äldrepsykiatriska teamet SÄS (Södra Älvsborgs sjukhus)

Är en mobil resurs internt inom SÄS och externt gentemot primärvård och kommuner inom Sjuhärad och Mitten-Älvsborg. Teamet vänder sig i första hand till nyinsjuknade personer (ingen ohälsa som krävt specialistvård de senaste 18 månaderna) över 65 år. Teamet arbetar inte med demensutredningar men kan konsulteras i samband med kognitiv svikt.

➤ Uppföljning - kvalitetsregister

SveDem (Svenska Demensregistret) är ett svenskt nationellt kvalitetsregister för demenssjukdomar. Syftet är att förbättra kvaliteten på demensvården genom att samla in data och följa upp förändringar i patientgrupper, diagnoser och behandling. Vårdcentralen registrerar och använder SveDem.

Behandling

Läkemedel vid kognitiv svikt vid Alzheimers sjukdom

Grundläggande syften med vård- och behandlingsåtgärder vid demens är att söka lindra symtomen under sjukdomsutvecklingen och att hjälpa den demenssjuke till bästa möjliga livskvalitet.

Kvalitetsmål

För personer med demenssjukdom som behandlas av läkare på Närhälsan i Svenljunga ska symtomlindrande behandling eller annan sekundär-profylaktisk behandling alltid övervägas och tas aktiv ställning till.

Personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom – *kolinestrasämmare* (PRIO 2)
Personer med måttlig till svår Alzheimers sjukdom – *memantin* (PRIO 3)

Ansvar: Behandlande läkare

Enligt nationella riktlinjer bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med *kolinestrasämmare* eller *memantin* vid Alzheimers sjukdom men däremot inte vid vaskulär eller frontallobs demens.



➤ Uppföljning och utvärdering

Kvalitetsmål

Följa upp behandlingen i samband med inställning av dosen och därefter regelbundet, minst en gång per år, samt i samband med eventuell utsättning. (PRIO 1)

Ansvar: Läkare, sjuksköterska

Symtomskattningsskala ska användas vid uppföljning av läkemedelsbehandling.

Beteendemässiga psykiska symtom vid demens, BPSD

BPSD-symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. Dessa symtom drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom och orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdom, men även för närstående och vårdpersonal.

Begreppet BPSD ska inte förväxlas med en diagnos. Det finns dock en risk att den används som en sådan och därmed blir en förklaring till olika symtom och beteenden istället för att man letar efter bakomliggande orsaker till olika beteende och inte anstränger sig att förstå vad personen försöker kommunicera.

Bedömning och åtgärder vid BPSD-symtom

Det är absolut nödvändigt att vi ser bakom olika beteenden och symtom och fokuserar på personens upplevelser och behov innan vi diskuterar hur vi ska behandla dem. BPSD kan till exempel vara en fullt naturlig reaktion på en stökig miljö eller på att man har svårt att tolka och förstå olika situationer.

Kvalitetsmål

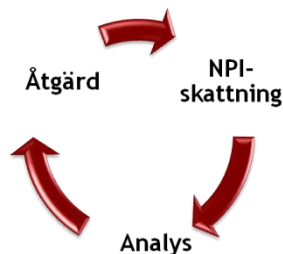
Strukturerad bedömning och åtgärder vid BPSD-symtom (**PRI01**)

Ansvar: Enhetschef, vårdpersonal

Förutom ett gott bemötande och en god omsorg, krävs även en tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demenssjukdomar. BPSD-registret kan vara ett stöd i denna process och ska användas för hjälp med bedömning och åtgärd.

BPSD-registret

Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory, NPI, som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom.



Efter skattningen genomförs en analys av eventuella orsaker med hjälp av en checklista. En vårdplan utformas och när man provat åtgärderna under en bestämd tidsperiod, gör man en utvärdering med hjälp av en ny NPI-skattning.

Utvecklingsbehov:

- Utbilda personal i personcentrerad omvårdnad samt BPSD

Läkemedel vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

Extra försiktighet med läkemedelsbehandling är alltid motiverat vid demenssjukdom. Vissa läkemedel är olämpliga vid demens eftersom de kan förvärra minnesstörningar och ge förvirringstendens. Exempel på sådana läkemedel är psykofarmaka inom de traditionella neuroleptika- och bensodiazepingrupperna. Interaktioner mellan olika läkemedel kan också medföra risker.

Kvalitetsmål

**Undvika onödig behandling med psykofarmaka vid BPSD-symtom
Utreda bakomliggande orsaker till BPSD och behandla dessa (PRIO 1)**

Ansvar: behandlande läkare

I första hand ska man hitta orsakerna till BPSD och vidta åtgärdsplaner. Orsakerna kan vara både fysiska, psykiska och sociala. BPSD-registret är ett utmärkt hjälpmedel. Åtgärderna är i första hand personcentrerad omvårdnad och rätt typ av boende. Viktigt är dock att inte utesluta smärta, andra fysiska symtom och sjukdomar. Se mer avsnitt Persincentrerad omvårdnad.

➤ Uppföljning och utvärdering

- Om psykofarmaka ändå prövas ska utvärdering av effekten göras efter två veckor och därefter regelbundet ställningstagande till om minskning eller utsättning kan göras.
- Symtomskattningsskala ska användas vid uppföljning av läkemedelsbehandling.

Multiprofessionellt teambaserat arbete

För att kunna samordna resurser och arbeta med ett helhetsperspektiv på personer med demenssjukdom krävs organiserad samverkan och teamarbete. Både inom Närhälsan och kommunen men också mellan Närhälsan, kommun och Samrehab.

Som regel behövs det bedömningar och åtgärder från flera yrkesgrupper vid utredning och bedömning av olika vård- och omsorgsinsatser. Varje professions kunskap och erfarenhet är viktig för att säkerställa den bästa vård och omsorg för den demenssjuke personen.

Kvalitetsmål

Säkerställa ett multiprofessionellt teambaserat arbete vid utredning, behandling, vård- och omsorg av personer med demenssjukdom. (PRIO 2)

Ansvar: Närhälsan, Kommun och Samrehab

Multiprofessionellt arbete syftar till;

- att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser,
- att skapa kontinuitet i vården och omsorgen,
- att hitta lösningar på problem,
- att personens behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv.

Närhälsan-Kommun-Samrehab

Regelbundna teammöten där representanter från alla tre vårdgivarna träffas för att diskutera personer med misstänkt eller diagnosticerad demenssjukdom och hur man lämpligast kan arbeta vidare med utredning och åtgärder. Syftet med dessa möten är att på ett tidigt stadium kunna fånga upp dessa personer samt att kunna hitta och erbjuda insatser för den demenssjuke som är individ- och behovsanpassade. I detta tidiga skede har personen oftast ingen kommunal hemsjukvård utan Närhälsans äldresköterska är den sammanhållande länken.

Äldresköterska, arbetsterapeut och anhörigrådgivare utgör stommen i dessa teammöten men kan kalla andra funktioner/personer vid behov.

Viktigt att den som initierar till teammöte inhämtar samtycke eller informerar personen det gäller(om samtycke finns sedan tidigare). Samtycke skall dokumenteras i journal. För skriftligt samtycke finns blankett.

Utvecklingsbehov

Denna form av teammöten har startat upp under föregående handlingsplan och kan utvecklas mer.

Närhälsan

För ett framgångsrikt utrednings- och uppföljningsarbete, avseende både kvalitet och effektivitet är det en förutsättning att Närhälsan har kontroll på flödet av patienter som är i behov av utredning, diagnos och uppföljning, årliga kontroller samt registrering i SveDem.

Utvecklingsbehov

- ta fram fortlöpande statistik över antalet patienter med demensdiagnos samt fortlöpande/årligen ge kommunen information i teamsamverkan.



Kommun-Samrehab

Utvecklingsbehov:

- Demensvårdsutvecklarens och demenssjuksköterskans uppdrag och ansvar måste klargöras. Uppdragsbeskrivningar måste tas fram och resurser fastställas.
- Demensvårdsutvecklare och demenssjuksköterska ska utgöra ett team dit också arbetsterapeut ska knytas.
- Skapa tvärprofessionella resursteam i kommunen.
- Utveckling av vårdtagarmöten till att bli mer teambaserade.

Anhörigstöd

Anhöriga som vårdar demenssjuka närstående gör en stor och viktig samhällsinsats. Tack vare deras insats kan många demenssjuka bo kvar hemma betydligt längre än vad som annars vore möjligt. Att den sjuke ska kunna stanna kvar hemma är ofta vad både personen själv och de anhöriga vill. Det leder även till betydande ekonomiska besparingar för samhället. Att vårda en närstående är många gånger fysiskt och psykiskt påfrestande. Anhöriga behöver stöd för att orka och inte själv drabbas av ohälsa. Det är hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar att ge sådant stöd (Svenskt demenscentrum).

Kvalitetsmål

Anhörig till personer med demenssjukdom ska erbjudas olika former av avlösning, utbildning och psykosocialt stöd (PRIO 2)

Ansvar: Kommunen

Kommunens anhörigrådgivare

- ger anhöriga omsorgsgivare personlig rådgivning och stöd i hemmet samt per telefon,
- är en viktig resurs i anhörigutbildning/anhörigskola,
- informerar om olika stödåtgärder såsom avlösning, korttidsboende, dagvård mm,
- informerar om mötesplatser för anhöriga såsom anhörigcaféer, anhörigträffar mm,
- informerar om enklare hjälpmedel/åtgärder som kan underlätta i vardagen,
- kan efter önskemål från anhörig delta i vårdplanering.

Anhörigskola

Utbildning för anhöriga ska erbjudas i så tidigt skede av sjukdomen som möjligt. Detta görs tillsammans med Närhälsan.

Stimulansbidrag

Stimulansbidrag är ett ekonomiskt bidrag som den närstående kan ansöka om för att kunna ge en symbolisk summa till sin anhörig som tar ett stort ansvar för dennes vård och omsorg. Bidraget är skattefritt och söks via kommunens anhörigrådgivare eller omsorgsutredare.

Avlösning

Anhörig kan ansöka om kostnadsfri avlösning i hemmet 10 timmar/månad. Anhörig kan ansöka om fler timmar avlösning utöver de 10 kostnadsfria timmarna, som är dock förenade med en kostnad. Avlösningen sker av personal från hemtjänsten.

Mötesplatser

Anhörigcafé finns dit den anhörige samt dess närstående kan komma och träffa andra som befinner sig i liknande situationer.

Utvecklingsbehov:

- Larm/teknik/hjälpmiddel som kan underlätta för anhöriga/närstående inom både kommun och primärvård.
- Information och visning av hjälpmedel behöver utvecklas.
- Anhörigcentral.

Vårdformer

Hemtjänst

För personer med demenssjukdom som bor i ordinärt boende ska möjliggöras att Bo kvar i hemmet så länge som möjligt. Det ska göras genom specifikt riktade arbetssätt och metoder.

Kvalitetsmål

Stimulera och bibehålla funktioner hos personer med demenssjukdom som har hemtjänst.

Ansvar: Verksamhetschef

Särskilda hemtjänstgrupper som får utrymme att arbeta med stimulering och bibehållande av funktioner hos personer med demenssjukdom. Beroende på behov kan en hemtjänstgrupp arbeta över flera enheter.

- Vårdpersonalen som arbetar i de särskilda hemtjänstgrupperna ska ges fördjupad kompetens inom demensvårdsområdet,
- Kontinuerlig handledning i vardagsarbetet.

Dagvård

Dagvård kan bidra till att ge personer med demenssjukdom möjlighet till social samvaro, struktur och innehåll i dagen, främja aktivitet och sysselsättning. På så sätt kan aktivitets- och funktionsförmåga bibehållas och möjliggöra att personen med demenssjukdom kan bo kvar längre i det ordinarie boendet.

Kvalitetsmål

Dagvård som specifikt riktar sig till personer med demenssjukdom ska erbjudas och utformas utifrån den demenssjukes behov.

Ansvar: Verksamhetschef

- Dagvård ska erbjudas i ett tidigt skede av demenssjukdomen.
- Personal från dagvården gör hembesök innan dagvård startar upp för att skapa goda relationer och planera dagvården.
- Dagvård ska finnas i norra och södra kommundelen för att resorna inte ska bli för långa.
- Den personal som finns runt den demenssjuke initierar dagvård till denne och dess anhörig.
- Dagvård bör ske i separata lokaler.

Utvecklingsbehov:

- Behovet av dagvård/mötesplats i centrala Svenljunga ska utredas.
- Arbetsresor till dagvård.

Korttidsboende

Korttidsboende ska finnas för att anhöriga ska få möjlighet till egen tid. På så sätt möjliggörs att den demenssjuke kan bo kvar längre i hemmet. Vårdinsatsen på korttidsplatsen ska vara individuellt anpassad till personen med demenssjukdom.

Kvalitetsmål

Korttidsboende som specifikt utformas för att ge stimulans och bibehålla aktivitets- och funktionsförmåga hos den demenssjuke (PRIO 2).

Ansvar: Verksamhetschef

- Korttidsplatser ska finnas i norra och södra kommundelen
- Korttidsplatsen ska vara tidsbegränsad dock max 3 veckor
- Nattavlösning ska kunna tillgodoses
- Korttidsplatserna ska ej beläggas av icke-demenssjuka.
- Korttidsplatser kan utnyttjas under utredningstid.

Gruppboende för personer med demenssjukdom

Socialstyrelsen anser att småskaligt särskilt boende som är småskaligt och specifikt anpassat för personer med demenssjukdom är kostnadseffektivt i jämförelse med blandade boenden. Boendet bör vara personligt och hemligt utformad samt att personer som har behov av utevistelse ska ges möjlighet till detta. Den psykosociala boendemiljön ska kännetecknas av trygghet och tillgänglighet där personer med demenssjukdom kan få ett meningsfullt innehåll i vardagen.

Kvalitetsmål

Personen som beviljas en plats på gruppboende för demenssjuka ska ha genomgått en utredning och demensdiagnos ska finnas.

Ansvar: Omsorgsutredare

Demensdiagnos i sig berättigar inte till plats på gruppboende för demenssjuka utan bedömning ska ske utifrån individens vårdbehov.

Kvalitetsmål

Inflyttning till gruppboende för demenssjuka ska ske inom tre månader efter biståndsbeslut.

Ansvar: Verksamhetschef

Kvalitetsmålet följer bestämmelser i Socialtjänstlagen om ej verkställda beslut.

Kvalitetsmål

Inflyttning till gruppboende för personer med demenssjukdom ska vara väl förberett (PRIO2)

Ansvar: Omsorgsutredare, enhetschef

Omsorgsutredare och enhetschef har ett gemensamt ansvar för att inflyttningen till ett boende planeras utifrån personen med demenssjukdom och anhörigas behov av förberedelser. Personalen på boendet ska i förväg ha fått information om och även träffat personen med demenssjukdom. Arbetsrutin inför inflyttning till demensboende ska följas, se "Checklista för demensvård inom gruppboenden i Svenljunga kommun".

Vård- och omsorgsboende

Idag bor flera demenssjuka på somatiskt vård- och omsorgsboende varav några kan antas ha behov av vård på gruppboende för demenssjuka. För dessa personer bör målsättningen vara att erbjuda omflyttning så att vård på rätt nivå erbjuds.

Kvalitetsmål

Personer på somatiskt vård- och omsorgsboende som utvecklar eller blir sämre i sin demenssjukdom ska ges möjlighet till omprövning av boendeform.

Ansvar: Enhetschef, Omsorgsutredare

Den enhetschef som blir uppmärksam på att en ny behovsbedömning kan vara aktuell initierar detta till omsorgsutredare.

Hyseskontrakten ska vara flexibelt skrivna och det ska tydligt framgå att besittningsrätten av lägenheten/rummet kvarstår så länge det vårdbehov som just det boendet kan erbjuda finns kvar och att flytt till annat boende kan bli aktuellt.

Bemanning på boenden där personer med demenssjukdom vistas eller bor.

Under 2015 träder Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden (SOSFS 2013:27) i kraft. Varje särskilt boende där en person med demenssjukdom bor eller vistas ska vara bemannat dygnet runt. Bemanningen ska säkerställa att personal snabbt kan uppmärksamma om en person med demenssjukdom är i behov av hjälp och utan dröjsmål kan ge honom eller henne sådant stöd och sådan hjälp som är till skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa. Socialförvaltningen ska säkerställa följsamhet till föreskriften.

Personcentrerad omvårdnad/omsorg

Enligt nationella riktlinjer innebär personcentrerad omvårdnad att personen och inte demenssjukdomen sätts i fokus och tar utgångspunkt i den demenssjukes upplevelse av sin verklighet. Personcentrerad omvårdnad syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att förstå beteenden och psykiska symtom ur den demenssjukes perspektiv.

Kvalitetsmål

Ge personer med demenssjukdom en personcentrerad omvårdnad (PRIO 1)

Ansvar: Enhetschef, vårdpersonal

Personcentrerad omvårdnad innebär:

- att bemöta personen med demenssjukdom som en person med upplevelser, självkänsla och rättigheter,
- att sträva efter att förstå vad som är bäst för den demenssjuke utifrån dennes perspektiv,
- att värna den demenssjukes självbestämmande och möjlighet till medbestämmande,
- att se personen med demenssjukdom som en aktiv samarbetspartner,
- att bekräfta personen med demenssjukdom, i dennes upplevelse av världen,
- att sträva efter att involvera den demenssjukes sociala nätverk i vården och omsorgen,
- att försöka upprätta en relation till personen med demenssjukdom.

Vården och omsorgen för personer med demenssjukdom ska genomsyras av ett aktivitets- och funktionsuppehållande synsätt oavsett boendeform.

Personer med demenssjukdom och deras varierande behov av tillsyn, personlig omsorg, omvårdnad, aktivering, stimulans samt social kontakt ska tillgodoses oavsett boendeform och tid på dygnet.

Insatserna skall leda till att personen med demenssjukdom får leva ett så normalt liv som möjligt. Personalen skall stimulera och aktivera den demenssjuke till att delta i olika sysslor och skapa en normal dygnsrytm. Den demenssjuke ska ges möjlighet till utevistelse varje dag.

Levnadsberättelse en väg till personcentrerad omvårdnad

Personen med demenssjukdom uppmuntras att berätta om sig själv och sitt liv.

Genom den demenssjukes levnadsberättelse kan en personcentrerad omvårdnad utformas och ges. Behov relaterade till kulturell och språklig bakgrund ska särskilt beaktas. Anhöriga kan oftast komplettera levnadsberättelsen.

Levnadsberättelsen dokumenteras i den sociala journalen. Levnadsberättelse samt ADL-status ska ligga till grund för den individuella omsorgen och omvårdnaden.

➤ Uppföljning och utvärdering.

Uppföljning av omvårdnad och sociala insatser ska ske minst fyra gånger per år.

Kost och nutrition

Mat och måltidsmiljö är av stort värde och måltiden har en social betydelse samt är en del i den dagliga tillvaron. Med stigande ålder avtar andra vardagsaktiviteter och därmed blir måltidernas betydelse större.

Kvalitetsmål

Lugn, harmonisk och inbjudande måltidsmiljö.

Ansvar: Enhetschef, vårdpersonal

Det är viktigt med en måltidsmiljö som är lätt för ögat att tolka. Dukning med bra kontraster i både underlägg och porslin underlättar för personen med demenssjukdom att bibehålla självständigheten vid måltiden. Uppläggning och servering av mat och dryck ska ske på ett för ögat tilltalande sätt. En portion mat, snyggt upplagd, färgrik och väldoftande kan stimulera aptiten. Måltiderna ska präglas av lugn och ro.

Kvalitetsmål

Individuellt stöd vid måltider ska erbjudas

Ansvar: Enhetschef, vårdpersonal

Personen med demenssjukdom ska ges möjlighet att på egen hand välja och ta till sig mat. Vid behov kan matning, att bara sitta bredvid eller att äta tillsammans vara ett stöd vid måltiden för den som har problem med att äta själv. Det är också viktigt att anpassa portionsstorleken efter den som ska äta. För stora portioner upplevs lätt som oaptitliga, speciellt av människor med dålig aptit. Det är viktigt att tänka på att personer med demenssjukdom kan behöva god tid på sig vid måltiderna och att tillräckligt med tid avsätts för att ge individuellt stöd.

Kvalitetsmål

Säkerställa att demenssjuka personer på gruppboende ges möjlighet till kortare nattfasta än 11 timmar

Ansvar: Enhetschef, vårdpersonal

Det är viktigt att varje äldre individ får möjlighet till ett fullgott näringsintag. Ett led i det är att måltiderna sprids över dygnet. Riskbedömning för undernäring görs enligt kommunens rutiner och nattfastan mäts minst en gång per månad på varje individ. Åtgärder ska vidtas för att möjliggöra så fullgott näringsintag som möjligt.

Toalettvanor/inkontinens

Det är viktigt att personen med demenssjukdom som inte själv kan ge uttryck för sina basala behov som t.ex toalettbesök, ges möjlighet att få dessa tillgodosedda.

Kvalitetsmål

Toalettassistans erbjuds i form av vaneträning. (PRIO 3)

Ansvar: Enhetschef, vårdpersonal

Risken att drabbas av förstoppning är högre för personer med demenssjukdom än för andra. Genom att säkerställa regelbundna toalettvanor, fysisk aktivitet, fiberrik kost och vätska kan detta både förebyggas och behandlas. Miljöanpassning av utrustning och färgkombinationer på toaletter och badrum är en viktig del i att säkerställa den demenssjukes toalettvanor.

Kvalitetsmål

Inkontinenshjälpmedel ordinerar, förskrivs, används och följs upp utifrån varje individs behov. (PRIO 1)

Ansvar: Sjuksköterska, distriktssköterska

Varje person med demenssjukdom som misstänks vara inkontinent ska i möjligaste mån utredas, behandlas och få insatser utifrån Inkontinenscentrums vårdprogram för blås- och tarmfunktionsproblem.



Munhälsa

Munhälsa är en viktig del av välbefinnande och allt fler har egna tänder kvar i munnen än tidigare. Är man då dement så ställs det höga krav på tandvård. Bra munhälsa ger en bra kroppsuppfattning, något som underlättar livet för en demenssjuk person. Tänderna är ett slags känselspröt som hjälper till att analysera och förstå, inte minst mat och dryck.

Demenssjukdom gör att tungans, kindernas och läpparnas muskulatur inte fungerar som tidigare. Munnens självrengörande effekt kan försämrats kraftigt. Ofta har man också en minskad salivproduktion på grund av biverkningar från mediciner. Har man en demenssjukdom är det därför en stor risk att man får karies och problem med tandlossning och blödningar i tandköttet. (Vårdguiden 1177).

Upplevelser av smärta från munhålan kan vara särskilt problematiskt när det gäller personer med demenssjukdom då de kan ha svårt att lokalisera och kommunicera smärta.

Kvalitetsmål

God munhälsa- strukturerad munhälsobedömning

Ansvar: Enhetschef, vårdpersonal

Strukturerad munhälsobedömning

Genom att regelbundet göra en strukturerad bedömning av munhälsan kan munhälsa förebyggas, upptäckas och behandlas. Strukturerad munhälsobedömning, enligt VGR:s riktlinjer, ska erbjudas till de som är berättigade.

Munhälsovård

Vårdpersonalen ska dagligen erbjuda munhälsovård utifrån den enskildes behov.



Rehabilitering och hjälpmedel

Syftet med arbetsterapi och sjukgymnastik är att förebygga och kompensera funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar till följd av skada eller sjukdom.

Kvalitetsmål

Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga. (PRIO 1)
Individuellt anpassad rehabilitering, aktivering och hjälpmedel. (PRIO 1)
Minst årligen göra uppföljning av funktions- och aktivitetsförmåga. (PRIO 1)

Ansvar: Arbetsterapeut, sjukgymnast

Personer med demenssjukdom får av arbetsterapeut och sjukgymnast stöd i att bibehålla aktivitets- och funktionsförmågan och de dagliga aktiviteterna. Detta sker genom individuellt anpassade kompensatoriska strategier och minneshjälpmedel oavsett boendeform.

Fallrisk

Risken att falla är ungefär dubbelt så hög för personer med demenssjukdom som för äldre utan kognitiv nedsättning. Nio av tio personer med demenssjukdom som läggs in på sjukhus på grund av skada har skadats genom ett fall.

Kvalitetsmål

Personer med demenssjukdom SKA erbjudas strukturerad fallriskbedömning (PRIO 1)

Ansvar: Sjuksköterska, enhetschef, sjukgymnast, arbetsterapeut, vårdpersonal

Att systematiskt arbeta med riskbedömning, åtgärder och uppföljning utifrån Senior alert modellen ger ett strukturerat och systematiskt arbetssätt som kan bidra till minskat antal fallskador. Fallriskbedömning ska erbjudas en gång per år samt vid behov.

Demens/ vård och omsorgsboende

Vid inflyttning till demens- eller vård och omsorgsboende erbjuds fallriskbedömning.

Ordinärt boende

I samband med inskrivning i hemsjukvård erbjuds fallriskbedömning.

Vid behov kan primärvården initiera fallriskbedömning via Samrehab.

Anhörigrådgivare kan initiera fallriskbedömning till teamträffarna med Närhälsan, kommun och Samrehab.

Kontaktperson, sjuksköterska, rehab personal och den demenssjuke deltar samt om möjligt anhörig/närstående.

Kvalitetsmål

Om fallrisk konstaterats ska möjliga preventiva åtgärder vidtas (PRIO 1)

Ansvar: Sjuksköterska, enhetschef, sjukgymnast, arbetsterapeut, vårdpersonal

Att jobba med förebyggande åtgärder är en angelägenhet för alla involverade professioner och ska ske både utifrån varje professions ansvar och utifrån teamsamverkan.

Rättighetsbegränsningar

Kvalitetsmål

Att ta hänsyn till personen med demenssjukdoms självbestämmande och integritet vid skydds- och begränsningsåtgärder.

Ansvar: All involverad personal

Skydds- och begränsningsåtgärder

Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om särskilt stöd och service (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) bygger på frivillighet. Det innebär att man inte kan vidta åtgärder mot en persons vilja.

Insatser utifrån Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ska bygga på respekt för den enskildes delaktighet, självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan brukare och personal samt ska tillgodose behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

En insats som tydligt riskerar att ligga på gränsen mellan vad som tycks skyddande, begränsande och ytterst frihetsberövande är en angelägenhet för flera professioner. Den etiska grundständpunkten måste vara att alla åtgärder ska vidtas för personens bästa. Det handlar om att ge den enskilde bästa möjliga livskvalitet. Stor vikt ska därför läggas vid att behovsbedömning, utredning, förskrivning, ordination och uppföljning ska kommuniceras och dokumenteras på så sätt att samtliga yrkesutövare känner till bakgrunden till insatsen och hur den får och ska utföras.

Ingen skyddsåtgärd får vidtas på grund av för låg bemanning, bristande kompetens eller olämpliga lokaler. Låsanordning till demensboende som inte den demenssjuke själv kan öppna är inte tillåtet.

Utvecklingsbehov

- Utbildning i "Särskild rutin för skydds- och begränsningsåtgärder för Svenljunga kommun, Marks kommun samt Samrehab" för all berörd personal.

God man

När personer med demenssjukdom är i behov av hjälp med ekonomi, stöd för sin person eller egendom kan ansökan göras om god man. Anhöriga, sociala myndigheter och vårdpersonal kan ta kontakt med kommunens överförmyndare för att påtala ett behov/ansöka om god man. Kommunens överförmyndare hjälper till med ansökan, tillsätter och har tillsynsansvaret för gode män. Tingsrätten beslutar om god man ska förordas. För god man behövs personens medgivande.

Förvaltare

Kan personen inte medverka eller har insikt om sitt behov av god man, gör patientansvarig distriktsläkaren en bedömning och skriver intyg till tingsrätten om behov av förvaltare. Förvaltare kan efter tingsrättens beslut ansvara för ekonomi, person och egendom. Förvaltare utses utan personens medgivande.

Läkarintyg krävs till båda utredningarna.

Utvecklingsbehov:

- Utbildning för gode män och förvaltare att leva med demenssjukdom.

Kompetens

Personer som arbetar inom människovårdande yrken måste ha tänkt igenom och tagit ställning till sina egna grundläggande värderingar. Att arbeta med personer med demenssjukdom är mycket påfrestande, såväl fysiskt som psykiskt. Personalen arbetar med sig själva som redskap, vilket är känslomässigt uttömmande.

Socialstyrelsen bedömer att ökad kompetens hos personalen inom primärvård samt kommunens vård och omsorg, leder till att man kommer att kunna identifiera risker på ett tidigt stadium. Detta kan förhindra kostsamma åtgärder och förbättra livskvaliteten och minska lidande för personer med demenssjukdom.

Kvalitetsmål

All vårdpersonal som arbetar med demensvård ska ges möjlighet till utbildning som är långsiktig, kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback (PRIO 1)

Ansvar: Socialchef, verksamhetschef

Kvalitetsmål

Personal med fördjupad kunskap inom demensvårdsområdet ska finnas inom både hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

Ansvar: Verksamhetschef

Betydelsen av utbildad personal

En betydelsefull faktor i miljön för personer med demens är att all personal är välmotiverad och välutbildad. Detta bidrar till ökad kvalitet i omvårdnaden och ett professionellt förhållningssätt. Kunskapen om demenssjukdomar ökar ständigt. Studier har visat att personer med demenssjukdom som vårdas av utbildad personal uppvisar minskad ångest, depression och förvirring samt ökad vakenhet, motorisk förmåga liksom biokemiska indikationer på stimulerad hjärnfunktion.

Omvårdnadspersonal

För att det ska vara möjligt att grunda sitt arbete på vetenskap och beprövad erfarenhet behöver all personal som jobbar med demenssjuka personer ha en grundläggande formell utbildning inom vård- och omsorg samt fortlöpande kunna öka sina kunskaper genom regelbundna utbildningsinsatser och handledning. Målet med handledning är att öka förståelsen för hur miljö, bemötande och hjärnskador påverkar personer med demenssjukdomar. Handledning ska vara en stödinsats som ger förbättrad handlingsberedskap i omvårdnadssituationer och inför svåra och ibland oväntade situationer i arbetet.

Grundkompetens:

- Omvårdnadsprogrammet eller motsvarande
- Genomgått Demenscentrums ABC-utbildning med godkänt resultat.

Spetskompetens

- I varje trygghetsgrupp inom hemtjänsten och på varje demensboende ska minst en vårdpersonal ha genomgått specialistutbildning inom demensområdet motsvarande demensundersköterska/högskola.

Utvecklingsbehov:

- Anordna kontinuerlig långsiktig kompetensutbildning för omvårdnadspersonal som arbetar inom demensvård.
- Handledning till omvårdnadspersonal vid specifika omvårdnadssituationer.
- Utbilda handledare/demensundersköterskor.
- Utbildning i kognitiva och sensoriska hjälpmedel.

Övrig kompetens kommun

Utvecklingsbehov inom kommunen:

- Sjuksköterskor med fördjupade kunskap inom bl.a. demensutredning, demenssjukdomar, demensvård, begränsningsåtgärder.
- Omsorgsutredare/anhörigrådgivare med fördjupad kunskap inom demensområdet.
- Enhetschefer inom demenssjukdomar, begränsningsåtgärder.
- Handledarutbildning.

Kompetens- Närhälsan

Utvecklingsbehov inom Närhälsan:

- Sjuksköterska med fördjupad kunskap inom demensutredning.
- Säkerställa läkares kunskaper inom demensutredning och medicinsk behandling.

Kompetens Samrehab

Utvecklingsbehov inom Samrehab:

- Fördjupad kunskap i bedömningsinstrument för kognition.
- Fördjupad kunskap i kognitiva hjälpmedel.
- Handledarutbildning.

Uppföljning/Utvärdering

Handlingsplan och kvalitetsmål ska följas upp årligen.

Ansvar: Verksamhetschefer, Socialchef

Handlingsplanen utvärderas och revideras 2016

Handlingsplanen godkänd

datum

.....

Ing-Mari Larsson

Socialchef

Svenljunga kommun

Maria Olsson

Verksamhetschef

Samrehab Mark-Svenljunga

Olga Högström

Verksamhetschef

Närhälsan Svenljunga VC

Checklista: Vid demensutredning, Närhälsan Svenljunga vårdcentral

- **Hereditet.**
Finns demenssjukdom i släkten.
- **Socialt,**
aktiviteter i vardagen
- **Utbildning**
- **Yrkesexposition**
(Lösningsmedel, insektsgifter mm)
- **Körkort**
Svårt att bedöma i tidigt skede, svårigheter att klara femhörning och klockan, ett observandum
- **Vapen**
- **Tidigare sjukdomar**
Kärlsjukdomar, hypertoni, diabetes, hypothyreos, depression x flera, Parkinsons sjukdom ökar risken för demensutveckling. Upprepade skalltrauma?
- **Kem-lab.**
Hb, sänka, blodsocker, natrium, kalium, kreatinin, calcium, albumin, TSH, homocystein och urinsticka.
Vikt
- **MMSE + KLOCKTEST**
(även pat. med 28-29 poäng kan ha en handikappande demens). MMT används som kvalitativt mått, se på utförandet och tempo, man får ej stirra sig blind på poäng.
Klocktest mycket känsligt i tidigt skede. Får ej ensamt användas som diagnosredskap vid tidiga symtom, utan som screening.
- **Dator Tomografi**
- **Remiss till arbetsterapeut/sjukgymnast**
- för kognitiva bedömningar, aktivitets/ funktionsbedömning som kan vara komplement i

demensdiagnostiken.

- för kognitiva hjälpmedel, bostadsanpassning och råd i vardagen om behov finns.

Anhörig anamnes

Viktigt att man tar anamnes av anhöriga i enrum, förändringarna i personligheten är viktig, många törs ej berätta om svårigheterna hemma, övergrepp med våld.

Använd **Ragnar Åstrand strukturerade Anhörigintervju.**