Riktlinje

2019-09-12

Vård och omsorg för personer med demenssjukdom

Diarienummer: 2019/0729

Riktlinjen har antagits av vård- och omsorgsnämnden 2019-09-12

Dokumentet ersätter ”Riktlinjer för vård- och omsorg för personer med demenssjukdom” som antogs 2015-03-18 och reviderades 2016-05-02 med diarienummer VON 2015/0293.

Den här riktlinjen rör alla vård- och omsorgskontorets verksamheter som möter personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Det är verksamheter som bedrivs enligt Socialtjänstlagen (SoL), Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET

Innehållsförteckning

1. INLEDNING ... 3

1.1 SYFTE ... 3
1.2 DEMENSBEGREPPET – KOGNITIV SVIKT OCH DEMENSSJUKDOM ... 3
1.2.1 Tidiga tecken ... 4
1.3 NATIONELLA RIKTLINJER OCH FÖRESKRIFTER ... 5
1.3.1 Utredning och uppföljning ... 5
1.3.2 Stödinsatser till personer med demenssjukdom och anhöriga ... 5
1.3.3 Utbildning ... 6
1.3.4 Multiprofessionellt teambaserat arbetssätt ... 6

2. PERSONCENTRERAD OMVÅRDNAD ... 7

2.1 LEVNADSBERÄTTELSE ... 7
2.2 AKTIVITETER I DET DAGLIGA LIVET ... 8
2.3 BETEENDEMÄSSIGA OCH PSYKISKA SYMTOM VID DEMENSSJUKDOM - BPSD ... 8
2.3.1 BPSD – Kvalitetsregister ... 8
2.4 ALTERNATIV OCH KOMPLETTERANDE KOMMUNIKATION ... 9
2.5 HJÄLPMEDEL OCH TEKNOLOGI FÖR PERSONER MED DEMENSSJUKDOM ... 9
2.6 VÅRDPREVENTION ... 10
2.6.1 Senior alert – Kvalitetsregister ... 10
2.7 LÄKEMEDELSGENOMGÅNG ... 10
2.8 PALLIATIV VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE ... 10
2.8.1 Svenska Palliativregistret - Kvalitetsregister ... 11
2.9 HEMLIK MILJÖ, KONTINUITET OCH SMÅSKALIGHET ... 11

3. SAMTYCKE, GOD MAN ELLER FÖRVALTARE ... 11

3.1 SAMTYCKE ... 11
3.2 GOD MAN ELLER FÖRVALTARE ... 11
3.3 FRAMTIDSFULLMAKT ... 12

4. VÅLD I NÄRA RELATIONER ... 12

5. FÖRTYDLIGANDE AV ORD OCH BEGREPP ... 13

1. Inledning

Det som beskrivs i riktlinjen är särskilt viktigt för att skapa ett bra stöd för personer med demenssjukdom. Riktlinjen tar inte bara upp det som är specifikt kring personer med demenssjukdom utan hänvisar också till sådant som redan styr nämndens verksamheter.

Vård och omsorg vid demenssjukdom ska följa den värdegrund som finns antagen av kommunfullmäktige i Norrköpings kommun. Förhållningssättet utgår från värdeorden respekt, delaktighet och trovärdighet.

Arbetet med personer med demenssjukdom ska så långt som möjligt utgå från evidensbaserad praktik, vetenskap och beprövad erfarenhet.

1.1 Syfte

Syftet med riktlinjen ”Vård och omsorg för personer med demenssjukdom” är att vägleda och bidra till en rättssäker handläggning, att bidra till en god och säker vård och omsorg till personen med demenssjukdom samt att erbjuda stöd till anhöriga. Riktlinjen ska också vara vägledande till en god samverkan inom kommunens verksamheter och andra aktörer som arbetar med personer med demenssjukdom. Det kan handla om Region Östergötland, inom kommunen mellan nämnder och inom nämndens olika verksamheter[1].

Syftet är också att vård- och omsorgskontorets verksamheter har de förutsättningar som krävs när de utför vård och omsorg till personer med demenssjukdom och ger stöd till deras anhöriga. Detta sker med utgångspunkt i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2017 – stöd för styrning och ledning.

1.2 Demensbegreppet – kognitiv svikt och demenssjukdom

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Kognitiv svikt kan förekomma vid ett antal olika tillstånd och sjukdomar. Även vid hög ålder kan den kognitiva förmågan påverkas av andra mer vanliga sjukdomar där kombinationen hög ålder och multisjuklighet kan leda till påtaglig kognitiv nedsättning.

För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. Svikten måste vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Det finns olika typer av demenssjukdom. Några av de vanligaste är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Lewykroppsdemens och frontotemporal demenssjukdom. Det finns också en så kallad blanddemens som innebär att personen har både Alzheimers sjukdom och vaskulär demens.

---

[1] Region Östergötlands webbsida, startsida, vårdprogram vårdprocessprogram Närsjukvården i östra Östergötland, Demens – Vårdprocessprogram NSÖ

Debuterar demenssjukdomen före 65 års ålder kallas det för demenssjukdom hos yngre eller tidigt debuterande demenssjukdom.
Demenssjukdomen delas in i tre stadier, mild, måttlig och svår demenssjukdom.

Mild demenssjukdom innebär ett tidigt skede när personen kan klara vardagen utan stora insatser från kommunen och Region Östergötland.

Måttlig demenssjukdom innebär ett skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor.

Svår demenssjukdom innebär ett skede när personen behöver ständig tillsyn och hjälp med det mesta.

En förutsättning för att kunna ge stöd och en god vård och omsorg till personer med demenssjukdom är att personen genomgått en utredning för att fastställa en diagnos[2]. Det är av stor vikt att personer tidigt kommer till utredning för att erbjudas rätt stöd och medicinsk behandling. Medarbetare inom kommunen och regionen har ett yrkesansvar för att se och reagera på symtom vid begynnande demenssjukdom och våga ta upp frågan med personen. Fråga om personens samtycke för att gå vidare med ärendet till exempel omvårdnadsansvarig sjuksköterska eller vårdcentralen.

1.2.1 Tidiga tecken

Tidiga tecken är ett kartläggningsinstrument som används för att skapa goda rutiner för tidig upptäckt av tecken på försämrade funktioner och sjukdomar hos vuxna och åldrande personer med utvecklingsstörning, till exempel demenssjukdom.

Tidiga tecken kartlägger funktioner över lång tid och bör starta när personen befinner sig i en stabil fas i vuxenlivet, vanligen mellan 35-40 års ålder. Tidiga tecken genomförs som en årlig rutin av personens kontaktman i boendet. Kommunens arbetsterapeut eller sjuksköterska inom LSS-området ansvarar för att värdera resultatet ur hälso-och sjukvårdsperspektiv.

Om en större förändring sker snabbt eller om en tydlig försämring ses över tid, kontaktas primärvården som gör en utredning på läkarnivå enligt Vårdprogram för basal kognitiv utredning Östergötland för att utesluta annan sjukdom. För denna patientgrupp kontaktas inte kommunens hemsjukvård utan remiss skrivs direkt till Minnesmottagningen Geriatriska kliniken Vrinnevisjukhuset, för fortsatt utredning[3].

---

[2] Vård och omsorg vid demenssjukdom Stöd för styrning och ledning, socialstyrelsen 2017
[3] Region Östergötlands webbsida, startsida, vårdprogram vårdprocessprogram Närsjukvården i östra Östergötland, Demens – Vårdprocessprogram NSÖ

1.3 Nationella riktlinjer och föreskrifter

Socialstyrelsens ”Vård och omsorg vid demenssjukdom - Stöd för styrning och ledning” ger rekommendationer om åtgärder vid vård och omsorg vid demenssjukdom. Övergripande för vård och omsorg vid demenssjukdom är att den ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt vilket syftar till att sätta personen med demenssjukdom i fokus. De nationella riktlinjerna beskriver ett antal centrala rekommendationer som bedöms särskilt viktiga. Både kommunen och Region Östergötland berörs av olika delar av dessa. De centrala rekommendationerna avser följande områden utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödinsatser, läkemedelsbehandling och utbildning. Alla dessa områden finns beskrivna i den här riktlinjen utifrån ett kommunperspektiv.

1.3.1 Utredning och uppföljning

- Basal demensutredning, den utförs av primärsjukvård och hemsjukvård.
- Vid behov utvidgad demensutredning, som genomförs av Minnesmottagningen Geriatriska kliniken Vrinnevisjukhuset.
- Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser.
- Uppföljning och utvärdering av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).

I utredningen, planeringen och utformningen av olika vård- och omsorgsinsatser till personer med demenssjukdom behövs bedömningar och åtgärder från flera yrkesgrupper. Ett multiprofessionellt och teambaserat arbetssätt med regelbundna träffar som innehåller professioner från kommunen och Region Östergötland bidrar tillsammans till ett helhetsperspektiv. Det kan ske vid teamkonferens eller Samordnad individuell plan, SIP.

Demens – vårdprocessprogram

I östra länsdelen finns vårdprocessprogram demens framtaget. Det tar upp vem som ansvarar för vad vid utredning av personer med misstänkt demenssjukdom och vid uppföljning av personer med demenssjukdom. Av vårdprocessprogrammet framgår även hur informationsöverföring ska ske mellan vårdgivarna i de olika stegen av utredningen. Kommunen ansvarar för de delar av utredningen som utförs av sjuksköterska och arbetsterapeut, det vill säga strukturerad intervju med anhörig, MMSE och klocktest eller RUDAS samt bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga genom intervju.

1.3.2 Stödinsatser till personer med demenssjukdom och anhöriga

Vård- och omsorgskontorets myndighetsutövning kan informera och besluta om olika stödinsatser till personer med demenssjukdom.

Individanpassade stödinsatser till personer med demenssjukdom, såsom stöd i hemmet, anpassad måltidsmiljö och möjligheter till utevistelse.

Dagverksamhet som är anpassad till personer med demenssjukdom och dagverksamhet som är anpassad för yngre personer med demenssjukdom.

Särskilt boende ska kännetecknas av en inkluderande boendemiljö som är anpassad till personer med demenssjukdom. Småskalighet i form av ett begränsat antal lägenheter i det särskilda boendet.

Stöd till anhöriga i form av utbildningsprogram, möjlighet till avlösning i hemmet, dagverksamhet eller särskilt boende. Individuellt anpassat stöd till unga anhöriga och relationsbaserat stödprogram. Ett anhörigperspektiv ska genomsyra vård- och omsorgsnämndens alla verksamheter. Det innebär att medarbetare har ett ansvar för att samverka med anhöriga genom ett gott bemötande, god kommunikation och relevant information. Anhörig och kunskapscenter erbjuder stödsamtal enskilt och i grupp[4].

1.3.3 Utbildning

I Norrköpings kommun ska de chefer och medarbetare inom Vård-och omsorgskontoret som kan tänkas komma i kontakt med personer med demenssjukdom ha grundläggande baskunskaper inom demens.
Med grundläggande baskunskaper avses webbutbildningar inom området demens på kunskapsguiden.se och svenskt demenscentrum.se. För närvarande gäller följande utbildningar:

- Demens ABC
- Demens ABC plus
- Nollvision.

Medarbetare som arbetar med personer med demenssjukdom ska uppmuntras till att gå längre påbyggnadsutbildning eller vidareutbildning inom området demens. Medarbetare ska även ges förutsättningar för långsiktig och kontinuerlig reflekterande samtal och handledning i att arbeta personcentrerat.

1.3.4 Multiprofessionellt teambaserat arbetssätt

Myndighetsutövningen och verksamheten ska planera för hur det multiprofessionella teambaserade arbetssättet ska bedrivas på enheten.

Det multiprofessionella arbetssättet ska användas i vardagen och handlar om att ta hjälp av varandra på ett okonventionellt sätt. Arbetssättet gör det möjligt att synliggöra problem och hitta lösningar samt att personens behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv.

Vilka som ska delta i det multiprofessionella teamet kan variera över tid och styrs av vilka behov av vård och omsorg personen med demenssjukdom har. Viktiga personer i teamet är personen med demenssjukdom och dennes anhörig. Detta för att öka möjligheten till självbestämmande och inflytande av stödet som ges, utifrån den enskildes individuella behov och önskemål.

---

[4] Uppdragsbeskrivning för Anhörig- och kunskapscenter, diarienummer: VON 2013/431

I flödesschemat som beskrivs i vårdprocessprogram demens för Närsjukvården i Östra Östergötland (NSÖ) anges kontaktvägar till olika samverkanspartners inom respektive kommun, såsom hemsjukvård, biståndshandläggare, LSS-handläggare, vårdcentral och anhörigstöd.

2. Personcentrerad omvårdnad

Den personcentrerade omvårdnaden kan underlättas om personen med demenssjukdom tillsammans med anhörig vill berätta om sig själv och sitt liv, för att ge ökad förståelse för livsmönster, vanor, önskningar och värderingar. Till exempel vad som gör personen glad, arg eller ledsen.

Den personcentrerade vården och omsorgen innebär att medarbetare inom kommunen och Region Östergötland

- bemöter personen med demenssjukdom som en person med egen självkänsla och egna upplevelser och rättigheter, trots förändrade funktioner
- strävar efter att förstå vad som är bäst för personen med demenssjukdom utifrån dennes perspektiv
- värnar personen med demenssjukdoms självbestämmande och möjlighet till medbestämmande
- ser personen med demenssjukdom som en aktiv samarbetspartner
- deltar tillsammans med anhöriga i den kontinuerliga vård- och omsorgsplaneringen, om personen med demenssjukdom så önskar
- möter personen med demenssjukdom i dennes upplevelse av världen
- strävar efter att involvera personen med demenssjukdoms sociala nätverk i vården och omsorgen
- försöker upprätta och bevara en relation till personen med demenssjukdom.

Bemötandemetoder såsom validation, reminiscens, taktil stimulering, djur i vården, vårdarsång och strukturerade insatser med musik, sång och dans är exempel på redskap att använda i utförandet av personcentrerad omvårdnad.

Personer med annan kulturell eller språklig bakgrund ska ges möjlighet att utöva sin religion, få kulturellt anpassad mat, bevara sina sedvänjor och traditioner, samt få tillgång till personal som talar samma språk som personen själv[5].

I genomförandeplanen dokumenteras hur personen med demenssjukdom och eventuellt den anhöriga önskar få sitt stöd och sin hjälp utförd.

2.1 Levnadsberättelse

Levnadsberättelsen är en hjälp för medarbetare inom vård- och omsorg i bemötandet. Personen med demenssjukdom uppmuntras att skriva sin levnadsberättelse i så tidigt skede som möjligt, eventuellt tillsammans med

[5] Mångfaldsplan Handlingsplan för mångfaldsarbete gällande äldre personer och personer med funktionsnedsättning med annan etnisk bakgrund än svensk

anhörig. Kontaktmannen kan vid behov hjälpa till att skriva den. Levnadsberättelsen kan sedan följa personen över tid genom vården och omsorgen.

Levnadsberättelsen vidrör viktiga händelser, familj och personer från barndom och senare i livet. Information om personliga egenskaper, vanor, intressen och saker som gör personen glad, arg eller ledsen bör beskrivas i dokumentet. Det gör det möjligt för personen med demenssjukdom att få vara sig själv och behålla sin personliga stil.

Levnadsberättelsen bör förvaras lätt tillgänglig i hemmet för både medarbetare och anhöriga. När personen avlidit lämnas levnadsberättelsen tillbaka till anhöriga. Det finns framtagna mallar att använda, men andra sätt att teckna ner sin livshistoria går också bra.

2.2 Aktiviteter i det dagliga livet

Individuellt anpassade aktiviteter kan upprätthålla funktions- och aktivitetsförmågan. Det motverkar passivitet och stärker självkänslan, stimulerar sinnena, ger dagen struktur och innehåll samt möjlighet till avkoppling och välbefinnande. Att vara fysiskt aktiv för att främja hälsa hos personer med demenssjukdom är viktigt, men personen har ofta svårt att tillgodose sitt behov på egen hand. Exempel på aktiviteter är vardagsaktiviteter, fysisk aktivitet, utomhusvistelse, musik, sång och dans. Aktiviteterna kan vara i grupp eller enskilt tillsammans med personal, så kallad ”egen tid”. Kontaktmannen ser till att detta beskrivs i genomförandeplanen och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal upprättar vid behov en vårdplan.

En annan viktig aktivitet i det dagliga livet är måltiden. Norrköpings kommun har en egen riktlinje för detta[6].

2.3 Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom - BPSD

90 procent av alla personer med demenssjukdom drabbas någon gång under sin sjukdomstid av BPSD. Exempel på symtom kan vara ångest, aggressivitet, oro, apati, mat-och ätstörningar eller rastlöshet. Symtomen kan variera och kan ha flera bakomliggande orsaker. Exempel på orsaker kan vara att personen med demenssjukdom har svårt att minnas, svårt att uttrycka sig eller förstå, svårigheter med att utföra praktiska handlingar, svårt att orientera sig med mera. BPSD ökar lidande och minskar livskvalitet, därför är det viktigt att analysera tänkbara orsaker. Det är också viktigt att utveckla ett sätt att bemöta personen med demenssjukdom.

2.3.1 BPSD – Kvalitetsregister

BPSD-registret är ett svenskt nationellt kvalitetsregister som startade 2010. Syftet är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och

[6] Norrköpings kommun, Startsida, Organisation, Riktlinjer, regler och avgifter, Riktlinjer, Omsorg, Mat och måltider

allvarlighetsgraden av BPSD-symtom och det lidande som detta innebär samt att genom detta öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

Att arbeta med BPSD-registret är också en del i att kvalitetssäkra vården. BPSD-registret ger en tydlig struktur i omvårdnadsarbetet och bygger på observation av beteendemässiga och psykiska symtom, analys, omvårdnadsåtgärder samt utvärdering av insatta åtgärder. En bemötandeplan ska tas fram som är anpassad utifrån personens särskilda behov. För att arbeta med kvalitetsregistret behövs en administratörsutbildning[7]. Utbildning av BPSD-administratörer sker kontinuerligt när behov finns.

2.4 Alternativ och kompletterande kommunikation

AKK står för alternativ och kompletterande kommunikation, med det menas kommunikation mellan människor som ersätter eller kompletterar bristande tal och språk. Personer med demenssjukdom kan ha svårigheter att kommunicera och då får kommunikationen ske på andra sätt. För personer med demenssjukdom är bekräftelse ett centralt begrepp.

Utlandsfödda svenskar som får en demenssjukdom försämras ofta i det svenska språket, vilket innebär att den personcentrerade omvårdnaden blir en ännu större utmaning. Att få stöd av personal som kan kommunicera på samma modersmål och har kulturkompetens kan ge utlandsfödda personer med demenssjukdom trygghet, ökat välbefinnande och en känsla av hemmastaddhet. Kommunikationshjälpmedel kan till exempel vara en uppsättning bilder, fotografier, medvetet kroppsspråk eller föremål. Föremål, skrifter, texter, och bilder behöver samlas och förvaras så att de finns lättillgängliga. En del föremål finns i omgivningen och kan användas i kommunikativt syfte. AKK är inte bara till för den som har en funktionsnedsättning, utan också för omgivningen.

2.5 Hjälpmedel och teknologi för personer med demenssjukdom

Hjälpmedel kan öka tryggheten för personer med demenssjukdom och anhöriga. De kan också minska risken för skada, samt bidra till ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom. Förmågan att använda ett kognitivt hjälpmedel avtar i takt med att demenssjukdomen fortskrider.

Det finns olika kognitiva hjälpmedel vars syfte är att ge personer med demenssjukdom stöd för minnet, öka eller behålla aktivitetsförmåga och självständighet. Exempel på kognitiva hjälpmedel är hjälpmedel som ger stöd att hantera tid, natt- och dagkalender och påminnare för medicinering.

På Smartoteket, kommunens inspirationsmiljö för vardagsteknik, kan både medarbetare och kommuninvånare titta på och få tips och råd om ovanstående hjälpmedel. Där visas även tekniska lösningar och bostadsanpassningar. Exempel på en bostadsanpassning är en värmevakt till spis, så kallad spisvakt.

Använd det multiprofessionella teamet för att hitta lämpliga lösningar.

---

[7] www.bpsd.se

2.6 Vårdprevention

Personer med demenssjukdom har en ökad risk för att exempelvis falla, utveckla undernäring och trycksår. Genom att i team arbeta med strukturerad bedömning av olika risker så identifieras personer med behov av insatta åtgärder som kan användas för att sedan följas upp och utvärderas.

2.6.1 Senior alert – Kvalitetsregister

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att

- falla
- få trycksår
- minska i vikt
- utveckla ohälsa i munnen
- problem med blåsdysfunktion

Senior alert ska användas inom alla vård- och omsorgsenheter som möter äldre personer[8]. Med hjälp av Senior alert kommer personens perspektiv i fokus. Det förebyggande arbetssättet och logiken i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg

- identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktminskning, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- planera och genomföra förebyggande åtgärder
- följa upp åtgärder och utvärdera resultat

2.7 Läkemedelsgenomgång

Syftet med läkemedelsgenomgång är att optimera läkemedelsbehandlingen och att minimera förekomsten av läkemedelsrelaterade problem. Uppföljningen är särskilt viktig för personer med demenssjukdom för att det finns en ökad risk för andra sjukdomar och personerna behandlas ofta med flera läkemedel. Läkaren ansvarar för att läkemedelsgenomgång genomförs[9]. Den ska om möjligt genomföras i samråd med patient, anhöriga och ansvarig sjuksköterska. Ansvarig sjuksköterska noterar när läkemedelsgenomgång senast är gjord och kan ta initiativ till ny genomgång.

2.8 Palliativ vård i livets slutskede

I livets slutskede är det viktigt att uppmärksamma personens alla behov och önskemål, såsom närhet, fysisk kontakt, möjlighet till samtal, att ha sina anhöriga hos sig med mera. Det är viktigt att uppmärksamma behov av att prata om döden i samband med personens livshistoria och genomförandeplan.

---

[8] Instruktion för användande av kvalitetsregister Senior Alert

[9] Direktiv Läkemedelshantering i särskilt boende, dagverksamhet, daglig verksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende

För bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom som har svårt att uttrycka sig verbalt är Abbey Pain Scale ett validerat instrument som ska användas.

2.8.1 Svenska Palliativregistret - Kvalitetsregister

Vård- och omsorgskontorets verksamheter ska följa de nationella målvärden som är framtagna i Svenska Palliativregistret. Målet är att alla som avlider på särskilt boende ska ingå i registret. Sjuksköterskan ansvarar för att frågeställningarna i dödsfallsenkäten besvaras efter dödsfallet och att enkäten registreras.

2.9 Hemlik miljö, kontinuitet och småskalighet

För att underlätta för personer med demenssjukdom att känna igen sig och förbättra orienteringsförmågan och samtidigt minska oro ska den fysiska miljön vara hemlik, anpassad och berikad i verksamheten. Den fysiska miljön ska möjliggöra social samvaro, samtal och locka till aktiviteter och väcka minnen för att skapa ett meningsfullt innehåll i vardagen, det vill säga reminiscens. För att minska oro och agitation ska verksamheten sträva efter en lugn ljudmiljö. Tanken med småskalighet är att kontinuiteten ska öka genom att personer med demenssjukdom träffar färre personer i sitt dagliga liv.

3. Samtycke, god man eller förvaltare

I kapitlet beskrivs områden som är gemensamma för alla vård- och omsorgskontorets verksamheter som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom.

3.1 Samtycke

För att få lämna ut information eller inhämta information om personer med demenssjukdom behövs ett samtycke. Samtycket ska dokumenteras och där ska det framgå:

- vilka andra myndigheter som får kontaktas och i vilket syfte,
- om anhöriga får kontaktas och i vilket syfte,
- vilka sakkunniga och referenspersoner som får kontaktas och i vilket syfte,
- tidpunkt för när samtycket har lämnats.

När personer med demenssjukdom har nedsatt beslutsförmåga kan frågan uppkomma om hur och om samtycke kan ges[10].

3.2 God man eller förvaltare

De som i vård- och omsorgskontorets verksamheter uppmärksammar att ett behov av god man eller förvaltare finns har ett ansvar att hjälpa till med en ansökan. Det är i första hand personen själv som ska ansöka om god man eller förvaltare. Handläggare inom vård- och omsorg har skyldighet att anmäla om en person har

[10] Direktiv inhämtande av samtycke

behov av god man eller förvaltare till Överförmyndarnämnden. Handläggaren bistår Överförmyndarnämnden med en social utredning. Det är tingsrätten som utser god man och förvaltare och uppdraget kan omfatta en eller flera delar:

- Bevaka rätt
- Förvalta egendom
- Sörja för person

3.3 Framtidsfullmakt

I de fall anhöriga tillsammans med personen med demenssjukdom innan insjuknandet har upprättat en framtidsfullmakt, kan den framtidsfullmäktige ansöka om bistånd enligt socialtjänstlagen eller LSS för den person som lämnat fullmakten. En sådan fullmakt ger dock inte befogenhet till samtycke till åtgärder av personlig karaktär i personens ställe[11].

4. Våld i nära relationer

Våld i nära relationer är inte ovanligt när en person i relationen har en demenssjukdom och vårdas av en anhörig. Det kan handla om att den som vårdar utövar våld eller vanvård, men det kan också vara personen med demenssjukdom som utövar våld[12].

I Norrköpings kommun är det socialnämnden som ansvarar för stöd och insatser till personer som utsätts för våld i nära relationer. När det gäller personer som har stöd från vård- och omsorgsnämndens verksamheter är dock ett samarbete viktigt. Vård- och omsorgskontorets medarbetare kan förmedla kontakten till ansvarig biståndshandläggare och socialkontoret när personerna i relationen behöver stöd. Socialkontoret har stödjande dokument som också vård- och omsorgskontoret kan använda för att våga fråga om våld.

[11] Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning 2017
[12] Kunskapsguiden.se, socialstyrelsen.se

5. Förtydligande av ord och begrepp

Förklaringarna utgår från Socialstyrelsens termbank eller är andra vedertagna definitioner. I den här riktlinjen avses med:

BPSD	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.
BPSD, kvalitetsregister	Nationellt kvalitetsregister vars syfte är att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom, minska beteendemässiga och psykiska symtom och lidandet som detta innebär. Genom detta ökar livskvaliteten för personen med demenssjukdom.
Genomförandeplan	Vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för den enskilde.
Multiprofessionellt team	Multiprofessionellt team är inom vård och omsorg en grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde. Multiprofessionellt team kan bestå av personal både från Region Östergötland och från kommunen.
Sammanhållen journalföring	Innebär att flera vårdgivare kan ge och få direktåtkomst till varandras journalhandlingar om de uppfyller patientdatalagens krav.
Samordnad plan vid utskrivning, även kallad vårdplanering	Vård- och omsorgsplan som upprättats vid utskrivning från slutenvård för att beskriva den enskildes fortsatta behov av insatser eller åtgärder från hälso- och sjukvård eller socialtjänst och som är ett resultat av samordnad vård- och omsorgsplanering.
Senior alert	Ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård.
SIP – Samordnad individuell plan	Alla som har behov av samordnade insatser från Region Östergötland och kommun, inklusive privata utförare, har rätt till samordnad vård- och omsorgsplanering. Att personen har gett sitt samtycke är alltid en förutsättning. Syftet med den samordnade individuella planeringen är att ge personcentrerade och samordnade insatser på rätt vårdnivå, genom ett patientsäkert och proaktivt arbete. Den samordnade individuella planeringen ska klargöra vilka insatser personen behöver, vilka insatser respektive huvudman har ansvar för samt vem som ska samordna insatserna. Personen ska erbjudas personcentrerade, samordnade insatser i rätt tid och på rätt vård- och omsorgsnivå, där organisatoriska gränser inte påverkar upplevelsen av

	trygghet och säkerhet[13].
Svedem	Ett nationellt kvalitetsregister med syfte att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom.
Svenska Palliativregistret	Ett nationellt kvalitetsregister med syfte att förbättra vården i livets slutskede.
Teamkonferens	Teamkonferens innebär att regelbundet belysa patientens/brukarens behov utifrån samtliga yrkesfunktioners ansvarsområden med syfte att uppnå en samsyn samt identifiera eventuella nya behov. Teamarbetet möjliggör bedömningar som kräver flera perspektiv och kompetenser vilket bidrar till kontinuitet i vården och omsorgen för brukare och patienter[14].
Vårdplan	En vård- och omsorgsplan som beskriver hälso- och sjukvård för en enskild brukare och patient.

[13] Region Östergötlands webbsida, Startsida, Vårdprocesser, Samordnad vård- och omsorgsplanering i Östergötland
[14] Rutin för Teamkonferens Hälso- och sjukvård vård- och omsorgskontoret VON 2016/00943