

Vård och omsorg för personer med demenssjukdom

Diarienummer: VON 2015/0293



Riktlinjen har antagits av vård- och omsorgsnämnden 2015-03-18.

Dokumentet ersätter ”Riktlinjer för vård- och omsorg för personer med demenssjukdom”, version 3 antaget 2011-04-04 av vård- och omsorgskontorets ledningsgrupp, diarienummer 395/2011 739. En redaktionell ändring har gjorts 2016-05-02.

Den här riktlinjen rör alla vård- och omsorgskontorets verksamheter som möter en person med demenssjukdom och deras närstående. Det är verksamheter som bedrivs enligt Socialtjänstlagen (SoL), Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Sedan april 2016 har socialtjänstförordningen förtydligat vad som gäller kring bemanning i särskilda boenden, vilket framgår i riktlinjen.

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	3
1.1 SYFTE	3
1.2 NATIONELLA RIKTLINJER OCH FÖRESKRIFTER	3
1.2.1 Demensbegreppet	4
1.2.2 Föreskrifter och meddelandeblad som finns rör vård och omsorg om personer med demenssjukdom.....	4
2. FÖRTYDLIGANDE AV ORD OCH BEGREPP	4
3. MYNDIGHETSUTÖVNINGENS UTREDNING, BESLUT OCH UPPFÖLJNING	6
3.1 MYNDIGHETSUTÖVNINGENS UTREDNING.....	6
3.1 BESLUT.....	6
3.2 UPPFÖLJNING	6
3.3 HEMSJUKVÅRD I ORDINÄRT BOENDE – OCKSÅ EN INGÅNG TILL STÖD.....	7
4. MULTIPROFESSIONELLT TEAMBASERAT ARBETSSÄTT	7
5. UTGÅNGSPUNKTER I VERKSAMHETEN	8
5.1 PERSONCENTRERAD OMVÅRDNAD.....	8
5.1.1 Nedtecknad livshistoria	9
5.1.2 Aktiviteter i det dagliga livet	9
5.1.3 Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom - BPSD.....	9
5.1.4 Alternativ och kompletterande kommunikation.....	10
5.1.5 Hjälpmedel och teknologi för personer med demenssjukdom.....	10
5.1.6 Utlandsfödda svenskar	10
5.1.7 Vårdprevention	11
5.1.8 Läkemedelsgenomgång.....	11
5.1.9 Palliativ vård i livets slutskede.....	11
5.1.10 Småskalighet, kontinuitet och hemlik miljö.....	12
5.3 BEMANNING I SÄRSKILDA BOENDEN.....	12
6. GEMENSAMT ANSVAR FÖR MYNDIGHET OCH VERKSAMHET	13
6.1 SAMTYCKE.....	13
6.2 STÖD OCH INFORMATION TILL NÄRSTÅENDE OCH ANHÖRIGA.....	13
7. DEMENSTEAM	14
8. SAMVERKAN MED ANDRA	14
8.1 REGION ÖSTERGÖTLANDS ANSVAR OCH VÅRDPROGRAM	14
8.2 SOCIALKONTORET - VÅLD I NÄRA RELATIONER.....	14
8.3 ÖVERFÖRMYNDAREN - GOD MAN, FÖRVALTARE	15

1. Inledning

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

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.

1.1 Syfte

Syftet med riktlinjen ”Vård och omsorg för personer med demenssjukdom” är att vägleda och bidra till en rättsäker handläggning, god och säker vård och omvårdnad, stöd till närstående samt en god samverkan inom kommunen men även med andra aktörer för personer med demenssjukdom.

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 närstående. Detta sker med utgångspunkt i de ”Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 -stöd för styrning och ledning”, samt samverkan med andra aktörer som blir aktuella kring personen med demenssjukdom. Det kan handla om region Östergötland, inom kommunen mellan nämnder och inom nämndens olika verksamheter.

1.2 Nationella riktlinjer och föreskrifter

Det finns nationella riktlinjer framtagna av Socialstyrelsen sedan 2010 till stöd för styrning och ledning¹. Både kommuners och landstingens verksamheter berörs av dessa riktlinjer. Det mest centrala i dem är:

- basal utredning - sedan utvidgad,
- personcentrerad vård och omsorg, ett multiprofessionellt teamarbete och utbildning,
- uppföljning minst en gång per år,
- läkemedelsbehandling mot kognitiv svikt vid Alzheimers sjukdom och utvärdering av läkemedel,
- utredning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom,
- dagverksamhet som är anpassad för gruppen,
- särskilt boende specifikt anpassad för personer med demenssjukdom,
- stöd till anhöriga,
- brist på datakällor försvårar uppföljning.

I nationella riktlinjen redovisas de rangordnade tillstånds- och åtgärds kombinationer i en skala från 1 till 10 (prioritet). Siffran 1 anger åtgärder

¹ Se vidare Socialstyrelsens hemsida, ”Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 –stöd för styrning och ledning”

med störst angelägenhetsgrad. Siffran 10 anger åtgärder som ger mycket liten nytta alternativt liten nytta i förhållande till alternativa åtgärder eller kostnader vid de aktuella tillstånden.

I denna riktlinje beskrivs några av de högt prioriterade områdena i nationella tillstånds- och åtgärdslistan. De områden som omnämns här är de som ska prioriteras för vård- och omsorgskontorets verksamheter.

1.2.1 Demensbegreppet

Det finns olika demensdiagnoser, i de nationella riktlinjerna beskrivs demenssjukdom ur ett allmänt perspektiv och dess olika stadier.

Demenssjukdomen delas in i tre stadier, mild, måttlig och svår demenssjukdom. Mild demenssjukdom betecknar ett tidigt skede då personen med demenssjukdom kan klara sig utan så stora åtgärder från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen då personen behöver hjälp för att klara vardagliga sysslor. Svår demenssjukdom betecknar det skede då personen behöver hjälp med det mesta.

En diagnos är viktig för ställningstagande om vård och omsorg för personer med demenssjukdom och stöd till deras närstående. Vård- och omsorgskontorets medarbetare ska verka för att en person får kontakt med hälso- och sjukvården för att de ska kunna utreda eventuell demensdiagnos.

1.2.2 Föreskrifter och meddelandeblad som finns rör vård och omsorg om personer med demenssjukdom

En regel om bemanning är införd i socialtjänstförordningen som gäller från och med 15 april 2016². Den gäller för särskilt boende enligt socialtjänstlagen för äldre personer och berör bemanningen som ger service och omvårdnad.

Det finns också ett meddelandeblad som handlar om tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna³.

2. 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 och därigenom att genom detta öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.
Genomförandeplan	Genomförandeplan beskriver hur en beslutad insats enligt SoL eller LSS praktiskt ska genomföras för den enskilde.

² Se vidare 2 kap. 3 § socialtjänstförordningen

³ Se vidare på Socialstyrelsens hemsida, meddelandeblad nr 12/2013.

Multiprofessionellt team	Multiprofessionellt team är inom vård och omsorg en grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde. Multiprofessionellt team kan bestå av personal både från hälso- och sjukvård och från socialtjänst.
Person med demenssjukdom	Person med fastställd demensdiagnos eller som har demenssymtom där andra orsaker till symtomen uteslutits.
Sammanhållen journalföring	Ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till patientuppgifter hos en annan vårdgivare.
Samordnad plan vid utskrivning, även kallad vårdplanering	Samordnad plan vid utskrivning upprättas vid utskrivning från slutenvård och beskriver den enskildes behov av insatser och eller åtgärder från hälso- och sjukvård och eller socialtjänst ⁴ .
Senior alert	Nationellt kvalitetsregister vars syfte är att förbättra hälsan för de äldre och att skapa möjlighet att utforma nya arbetssätt genom att arbeta systematiskt och förebygga risker för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.
SIP – Samordnad individuell plan	Samordnad individuell plan beskriver insatser och eller åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst med syfte att säkerställa samverkan mellan landstinget och kommunen så att den enskildes samlade behov tillgodoses.
Svenska Palliativregistret	Nationellt kvalitetsregister vars syfte är att vara ett hjälpmedel i arbetet med att åstadkomma en förbättrad palliativ vård i livets slutskede.
Teamkonferens	Teamkonferens syftar till att enhetschef för särskilt boende, legitimerad personal och omvårdnadspersonal träffas för att gå igenom patienternas aktuella hälso- och sjukvårdsbehov. Syftet är också att följa upp hur vårdplaner och riskbedömningar fungerar för patienten i vardagen.
Vårdplan	Vårdplan beskriver hälso- och sjukvård för en enskild patient.

⁴ Se vidare på intranätet, ”När den ena handen vet vad den andra gör... Samordnad vård- och omsorgsplanering i Östergötland – Riktlinje”

3. Myndighetsutövningens utredning, beslut och uppföljning

Demenssjukdom leder till att personens kognitiva och funktionella förmågor successivt försämras. Därför behöver personen allteftersom ökade och förändrade stödinsatser. De insatser som finns är beskrivna i andra riktlinjer och finns på intranätet.

De sociala och medicinska insatserna behöver vara samordnade för att det ska bli så bra som möjligt för personen med demenssjukdom, se vidare under rubriken multiprofessionellt arbetssätt.

3.1 Myndighetsutövningens utredning

Myndighetsutövningen utreder vilka behov en person har av insatser inom både särskilt boende och ordinärt boende. Utredningen ska ske utifrån ICFs områden⁵.

En utredning kan ske både i personens hem och på sjukhuset i samband med vårdplanering (samordnad plan vid utskrivning). Myndighetsutövningen utreder enligt ett salutogent förhållningssätt vilket innebär att handläggaren ska arbeta för att öka känslan av sammanhang för personen med demenssjukdom och dennes närstående. Hela utredningsprocessen, från aktualisering till beslut, ska sträva efter att vara begriplig, hanterbar och meningsfull för personen med demenssjukdom och dennes närstående.

3.1 Beslut

Av beslutet ska det framgå vilka insatser som personen har beviljats. Detta för att det tydligt ska framgå vad beslutet kommer att innebära i praktiken för personen.

3.2 Uppföljning

Myndighetsutövningen har till uppgift att regelbundet följa upp beslutade insatser. Uppföljning syftar till att bedöma om personen får sina sociala behov tillgodosedda och om det är aktuellt att ompröva eller besluta om nya insatser. En uppföljning bör bestå av ett personligt möte med personen själv, eventuellt närstående och legal företrädare. I samband med uppföljning utifrån individuellt behov och situation och efter inhämtat samtycke ska handläggaren ta del av information från personal som utför insatser såsom kontaktman och legitimerad personal. Syftet är att följa upp hur insatserna utförts i förhållande till beslut och upprättad genomförandeplan.

En uppföljning bör ske minst en gång per år av beviljade insatser. För personer med demenssjukdom gäller att uppföljning ska ske fem till sju veckor efter det att personen med demenssjukdom har flyttat in på ett särskilt boende.

⁵ Se vidare SOSFS 2012:12, ”Ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden” och Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion (Socialstyrelsen)

Uppföljning kan även förledas av att:

- behoven hos personen har förändrats,
- synpunkter och klagomål har framförts av personen själv eller dennes närstående,
- omständigheterna i övrigt är sådana att situationen inte är tillfredsställande.

3.3 Hemsjukvård i ordinärt boende – också en ingång till stöd

I ordinärt boende utförs hälso- och sjukvårdsinsatser av hemsjukvården enligt tröskelprincipen⁶. Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård sträcker sig till och med sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Kommunens hälso- och sjukvård ska förmedla vidare till myndighetsutövningen när de upptäcker behov av stöd enligt SoL.

4. Multiprofessionellt teambaserat arbetssätt

En tidig kontakt med vård- och omsorgskontoret ökar den enskildes möjligheter att kunna påverka sin kommande vård och omsorg och därmed ökar möjligheten till självbestämmande och delaktighet för personen. Arbetet ska så långt det vara möjligt utgå från evidensbaserad praktik, vetenskap och beprövad erfarenhet. Myndighetsutövningen och alla verksamheter 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. Multiprofessionellt teambaserat arbete bidrar till kontinuitet i vården och omsorgen och underlättar bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser⁷.

Vilka som ska delta i det multiprofessionella teamet kan variera över tid och styrs av de behov av vård och omsorg personen med demenssjukdom har. Har personen med demenssjukdom sociala insatser och hälso- och sjukvårdsinsatser ska medarbetare från båda områdena vara representerade i teamet.

Viktiga personer i teamet är personen med demenssjukdom och dennes närstående. Detta för att öka möjligheten till självbestämmande och inflytande av stödet som ges, utifrån den enskildes individuella behov och önskemål.

Förutom multiprofessionellt teambaserat arbetssätt i vardagen, så finns upprättade rutiner som ska följas. Dessa är team⁸- och vårdkonferens och samordnad individuell plan - SIP⁹.

⁶ Se vidare på intranätet om hemsjukvårdsreformen

⁷ Se vidare på Socialstyrelsens hemsida, ”Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning”

⁸ Se vidare på intranätet i ”Rutin för teamkonferens Hälso- och sjukvård särskilt boende, vård- och omsorgskontoret”

5. Utgångspunkter i verksamheten

I detta kapitel framgår viktiga utgångspunkter för verksamheten. Enhetschefen ansvarar för att

- utse vem i verksamheten som ansvarar för de olika delarna i kapitlet,
- verksamheten omsätter intentionerna i riktlinjen till en verksamhet med god kvalitet för personer med demenssjukdom.

5.1 Personcentrerad omvårdnad

Att arbeta med personcentrerad omvårdnad innebär att personen och inte demenssjukdomen är utgångspunkt i arbetet¹⁰. Det är personens egen upplevelse av sin verklighet som är det centrala och ska styra de sociala och hälso- och sjukvårdsinsatser som ges.

För att kunna arbeta personcentrerat behövs information om personen med demenssjukdoms livsmönster, ålder, värderingar och preferenser. I den personcentrerade omvårdnaden ingår ett antal nyckelord:

- bemötande,
- förståelse,
- självbestämmande, medbestämmande,
- samarbetspartner,
- bekräftelse och självkänsla,
- skapa relation.

I personcentrerad omvårdnad ingår även att patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Vid vård av personer med demenssjukdom ställs särskilda krav på information till och delaktighet för de närstående. Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den istället lämnas till en närstående till patienten om det inte finns hinder för detta¹¹.

I personcentrerad omvårdnad är ett fungerande kontaktmannaskap¹² viktigt. Inom hälso- och sjukvården arbetar sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjukgymnaster med primär- och sekundär ansvar¹³.

Viktiga arbetsredskap i verksamheten för att uppnå personcentrerad omvårdnad är genomförandeplan¹⁴ och vårdplan¹⁵. Nedan följer ytterligare arbetsredskap som ska användas i verksamheten.

⁹ Se vidare på intranätet om samordnad individuell plan – SIP och om ”Samtycke till registrering i kvalitetsregister- inte beslutskompetenta vuxna”

¹⁰ Se vidare på Socialstyrelsens hemsida, ”Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning”

¹¹ Se vidare på Socialstyrelsens hemsida, ”Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig”

¹² Se vidare på intranätet ”Riktlinjer för kontaktmannaskap”.

¹³ Se vidare på intranätet, i sjuksköterskornas, arbetsterapeuternas och sjukgymnasternas funktionsbeskrivningar.

¹⁴ se vidare på intranätet, ”Riktlinje för dokumentation, inklusive genomförandeplan”.

5.1.1 Nedtecknad livshistoria

En del i personcentrerad omvårdnad är att personen med demenssjukdom uppmuntras att berätta om sig själv och sitt liv. Syftet med en nedtecknad livshistoria är att personen ska få vara sig själv hela livet ut.

Att teckna ner en persons livshistoria är till hjälp för vård- och omsorgspersonalen i bemötandet och bör ske så tidigt som möjligt i sjukdomen. Om det är möjligt skriver personen med demenssjukdom sin egen livshistoria tillsammans med eventuella närstående. Kontaktmannen kan vid behov hjälpa till att skriva den.

En livshistoria vidrör viktiga händelser 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 finns olika verktyg för att teckna ner en livshistoria. Levnadsberättelse¹⁶ och Livsboken¹⁷ är exempel på sådana verktyg.

5.1.2 Aktiviteter i det dagliga livet

Individuellt anpassade aktiviteter kan upprätthålla funktions- och aktivitetsförmågan. Det motverkar passivitet och stärker självkänslan, stimulerar sinnen, ger dagen struktur och innehåll och ger möjlighet till avkoppling och välbefinnande. Exempel på aktiviteter är vardagsaktiviteter och fysisk aktivitet, utomhusvistelse, musik, sång, dans. En annan viktig aktivitet i det dagliga livet är måltiden¹⁸. Demenssjukdom medför förutom nedsatt kognitiv förmåga även en successivt försämrad fysisk funktionsförmåga. Personer med demenssjukdom som har svårigheter att klara av dagliga aktiviteter inklusive fysisk aktivitet behöver stöd till individuellt anpassade dagliga aktiviteter. Kontaktmannen ser till att detta beskrivs i genomförandeplanen och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal upprättar vid behov en vårdplan.

5.1.3 Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom - BPSD

Beteendemässiga och psykiska symtom är en vanlig följd vid demenssjukdom. Exempel på sådana symtom är apati, ångest, illusioner, hallucinationer, nedstämdhet, eufori, sömnlöshet och hämningslöshet. Dessa symtom kan medföra svårigheter främst för personen själv, men även för närstående. För beteendemässiga och psykiska symtom vid demens finns ingen generell behandlingsmetod, utan hälso- och sjukvårdspersonal ska tillsammans med omsorgspersonal alltid utreda de bakomliggande orsakerna. En genomgång av symtomen hos personer med demenssjukdom ska göras regelbundet, minst en gång per år. Symtomen behöver identifieras, tolkas, ses i sitt sammanhang i kombination med personens livshistoria innan åtgärder sätts in. Behandlingen kan omfatta bemötande, en genomtänkt struktur i omvårdnaden och i vissa fall läkemedel.

¹⁵ Se vidare på intranätet, ”Dokumentationsdirektiv”

¹⁶ Se vidare intranätet ”Riktlinjer för Levnadsberättelse”

¹⁷ Se vidare www.fsa.se

¹⁸ Se vidare på intranätet ”Riktlinjer för mat och måltider”

BPSD - Kvalitetsregister

Syftet med BPSD-registret är att kvalitetssäkra vården, minska beteendemässiga och psykiska symtom och lidandet som detta innebär för personer med demenssjukdom. BPSD-registret ger en tydlig struktur i omvårdnadsarbetet och bygger på observation av beteendemässiga och psykiska symtom, analys, omvårdnadsåtgärder samt utvärdering av insatta åtgärder. Demensteamet utbildar BPSD-team som ska arbeta med BPSD-registret. Även om personer med demenssjukdom tackar nej till registrering i BPSD-registret, ska arbetssättet i BPSD användas.

5.1.4 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 hela den personcentrerade omvårdnaden en förutsättning för kommunikation och bekräftelse är ett centralt begrepp.

Kommunikationshjälpmedel kan till exempel vara en uppsättning bilder, medvetet kroppspråk 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 omgivningen¹⁹.

5.1.5 Hjälpmedel och teknologi för personer med demenssjukdom

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, timer till spis, påminnare för medicinering och hjälpmedel som kan identifiera föremål som tappats bort. Hjälpmedel kan öka tryggheten för personer med demenssjukdom och för dennes närstående. 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. Använd det multiprofessionella teamet för att hitta lämpliga lösningar.

5.1.6 Utlandsfödda svenskar

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. Enhetschefen har ett ansvar att tillgodose behovet av att kunna kommunicera så långt det är möjligt.

¹⁹ Se vidare ”Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) i teori och praktik, av Boel Heister Trygg, Ida Andersson 2009, Södra regionens kommunikationscentrum

Den 1 januari 2012 blev Norrköpings kommun finskt förvaltningsområde. Det innebär att kommunen har ett extra ansvar att ge sverigefinnar möjligheter att tala finska, att behålla och utveckla sin kultur och att ha inflytande i frågor som berör dem²⁰.

Vård- och omsorgsnämnden har tagit fram en Mångfaldsplan²¹ som lyfter språk, mat och kultur som de tre viktigaste områdena att tillgodose för en utlandsfödd svensk.

5.1.7 Vårdprevention

Personer med demenssjukdom har en ökad risk för att exempelvis falla, utveckla undernäring och trycksår²².

Genom att arbeta vårdpreventivt det vill säga regelbundet göra en strukturerad bedömning av risk för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten identifiera personer med ökad risk. Åtgärder kan sättas in för att minska risk, följas upp och utvärderas.

Senior alert - Kvalitetsregister

Alla steg i den vårdpreventiva processen registreras i kvalitetsregistret Senior alert. Registret ska användas som hjälpmedel för att få ett systematiskt arbetssätt och för att följa sina resultat. Resultaten används för jämförelser med sin egen verksamhet över tid och kan användas i jämförelser med riksgenomsnitt, och därmed bli utgångspunkt för det egna förändrings- och förbättringsarbetet.

5.1.8 Läkemedelsgenomgång

Syftet med läkemedelsgenomgång är att optimera läkemedelsbehandlingen och att minimera förekomsten av läkemedelsrelaterade problem²³. Uppföljningen är särskilt viktig av äldre personer och personer med demenssjukdom, för dessa grupper har ökad risk för andra sjukdomar och behandlas ofta med flera läkemedel.

5.1.9 Palliativ vård i livets slutskede

Personer med demenssjukdom har samma behov och rätt till palliativ vård i livets slutskede som andra, vården syftar till att patienten och de närstående är informerade om situationen och får stöd. Vården ska utgå från ”Nationellt vårdprogram för palliativ vård” och från ”Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård”²⁴.

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.

²⁰ Se vidare på intranätet, ”Rutin för finskt förvaltningsområde inom vård och omsorgsnämnden”

²¹ Se vidare på intranätet, ”Mångfaldsplan Handlingsplan för mångfaldsarbete gällande äldre personer och personer med funktionsnedsättning med annan etnisk bakgrund än svensk”

²² Se vidare på intranätet om förebyggande arbete: fall, undernäring, trycksår och munhälsa

²³ Se vidare i ”Riktlinje för läkemedelsgenomgång” på landstingets hemsida

²⁴ Se vidare på Socialstyrelsens hemsida, ”Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård”, ”Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014” och på intranätet under hälso- och sjukvård

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

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 registreras i registret. Sjuksköterskan ansvarar för att frågeställningarna i dödsfallsenkäten besvaras efter dödsfallet och att enkäten registreras i registret.

5.1.10 Småskalighet, kontinuitet och hemlik miljö

Enhetschefen har till uppgift att utifrån verksamhetens förutsättningar skapa småskalighet och en hemlik lugn miljö.

I de nationella riktlinjerna betonas vikten av småskaliga verksamheter för personer med demenssjukdom. Tanken med småskalighet är att kontinuiteten ska öka genom att personer med demenssjukdom träffar färre personer i sitt dagliga liv. Småskaligheten kan även förbättra kommunikation och öka samvaron med andra vilket i sin tur leder till ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom.

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.

Yngre personer med demenssjukdom ska erbjudas anpassad verksamhet.

5.3 Bemanning i särskilda boenden

Ett särskilt boende där en person med demenssjukdom bor ska vara bemannat dygnet runt för att personal utan dröjsmål ska kunna uppmärksamma och ge service och omvårdnad när en person med demenssjukdom behöver det. Det stöd och den hjälp ska ges som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa²⁵. Bemanningen ska också vara tillräcklig så att de beviljade insatserna kan utföras enligt den genomförandeplan som ska ha upprättats. Kontinuitet är också en viktig aspekt på bemanning.

²⁵ Se vidare 2 kap. 3 § socialtjänstförordningen

6. Gemensamt ansvar för myndighet och verksamhet

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

6.1 Samtycke

För att få lämna ut information eller inhämta information om personer med demenssjukdom behövs ett samtycke²⁶. Samtycket ska dokumenteras och där ska det framgå:

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

När en person med demenssjukdom med stadigvarande nedsatt beslutsförmåga är i behov av vård enligt HSL ska vårdgivaren kunna ta del av annan vårdokumentation i system för sammanhållen journalföring. Patientens inställning ska ha klarlagts så långt det är möjligt och det får inte finnas anledning att anta att hon eller han skulle ha motsatt sig att vårdgivaren tar del av dennes personuppgifter²⁷. Detta gäller även vid registrering i kvalitetsregister.

En informationsskyldighet finns mellan kommunens medarbetare inom olika verksamheter, till exempel mellan hemsjukvård, myndighetsutövning och utföraren. Informationsskyldigheten ska ske för att alla parter ska kunna ge den vård och omsorg personen med demenssjukdom har rätt till, förutsatt att personen givit sitt samtycke.

6.2 Stöd och information till närstående och anhöriga

Alla som arbetar inom vård- och omsorgskontorets verksamheter har ett ansvar för att stödja närstående och anhöriga till en person med demenssjukdom. Det är främst ett ansvar för samverkan, som sker genom ett gott bemötande, en god kommunikation samt att vård- och omsorgskontorets medarbetare kan delge relevant information. För att utföra uppdraget krävs inlevelse och flexibilitet²⁸.

Vård- och omsorgskontoret har ett anhörig- och kunskapscenter, som stödjer, ger kunskap och information till alla som känner sig som anhöriga²⁹.

²⁶ Se vidare på Socialstyrelsens hemsida, SOSFS 2014:5 ”Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS”

²⁷ Se vidare Sveriges riksdag 1 okt Betänkande 2013/14 SOU 20 ”Förbättrad informationshantering” och på intranätet ”Inhämtande av samtycke”, ”Samtycke till registrering i kvalitetsregister- inte beslutskompetenta vuxna”

²⁸ Se vidare på intranätet, ”Anhörigstöd – vägledning för personal”

²⁹ Se vidare på intranätet, ”Anhörigstöd Riktlinjer för utredning, beslut och utförande enligt Socialtjänstlagen”.

7. Demensteam

Demensteamets uppdrag är en del i säkrandet av vården och omsorgen som erbjuds inom vård- och omsorgskontorets verksamheter och bygger på nationella och lokala riktlinjer för personer med demenssjukdom.

Enhetschefen, legitimerad personal och handläggare på myndighetsutövningen är de som i första hand kontaktar demensteamet. Demensteamet har till uppgift att stödja medarbetarna så att personer med demenssjukdom känner välbefinnande, livskvalitet och ges möjligheter till ett rikt och meningsfullt liv³⁰.

Demensteamet har en handledande och stöttande funktion gentemot medarbetare, de ska stötta i metoder och arbetssätt. Stödet ska så långt det är möjligt utgå från evidensbaserad praktik, vetenskap och beprövad erfarenhet.

8. Samverkan med andra

8.1 Region Östergötlands ansvar och vårdprogram

Region Östergötland har tagit fram ett vårdprogram för hela länet, ”Demens – Vårdprogram för basal kognitiv utredning – Östergötland”³¹. Den tar upp:

- vårdnivå/remiss,
- diagnos och utredning,
- behandling,
- uppföljning,
- beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD,
- länkar/bilagor.

I östra länsdelen finns ett ”Vårdprocessprogram för demens Östra länsdelen” framtaget. Programmet startar med att beskriva från det att en patient tar kontakt med vårdcentralen, till att diagnos ställts, eventuell medicinering är insatt och en första uppföljning av medicinering genomförts samt vid behov att vårdcentralen lämnar över till hemsjukvården.

Det är läkare som bedömer om ett sjukdomstillstånd kan utgöra ett hinder för fortsatt bilkörning³².

Vård- och omsorgskontorets personal ska verka för att personer med demenssjukdom får en demensutredning och bedömning av läkare om deras sjukdom utgör ett hinder för bilkörning.

8.2 Socialkontoret - våld i nära relationer

Våld i nära relationer är inte ovanligt när en person i relationen är en person med demenssjukdom som vårdas av en anhörig. Det kan handla om att den som vårdar

³⁰ Se vidare i demensteamets uppdragsspecifikation.

³¹ Se vidare på region Östergötlands hemsida

³² se vidare Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m. TSFS 2010:125, kapitel 10

utövar våld eller vanvård, men det kan också vara personen med demenssjukdom som utövar våld.

I Norrköping 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 personal kan förmedla kontakten när personen behöver stöd med det³³.

8.3 Överförmyndaren - God man, förvaltare

Det är Tingsrätten som utser god man och förvaltare och uppdraget kan omfatta en eller flera delar, av:

- bevaka rätt,
- förvalta egendom,
- sörja för person.

Den i vård- och omsorgskontorets verksamheter som uppmärksammar ett behov av god man eller förvaltare har ett ansvar att hjälpa till med en ansökan.

Det är i första hand personen med demenssjukdom själv som ansöker om god man eller förvaltare. Om personen på grund av sitt hälsotillstånd inte kan vårda sig själv eller sin egendom kan förvaltare utses utan personen med demenssjukdoms samtycke³⁴.

³³ Se vidare på Socialstyrelsens hemsida, ”Blånader och silverhår Utbildningsmaterial om våld mot äldre kvinnor”, artikelnr 2014-1-4. Se även på intranätet i socialkontorets ”Checklista för socialkontorets arbete med våld i nära relationer” samt ”Handlingsplan för socialkontorets arbete med mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld”.

³⁴ Se vidare på Norrköpings kommuns hemsida