

# LOKALT VÅRD- OCH OMSORGSPROGRAM

Vård och omsorg vid  
demenssjukdom i Haninge

2015



# Vad är en demenssjukdom?

Demenssjukdom är ett samlingsnamn för en rad symtom som orsakas av hjärnskador. Det kan yttra sig på olika sätt beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. Språk, tidsuppfattning och orienteringsförmåga är andra förmågor som påverkas negativt. Även oro, nedstämdhet och beteendeförändringar kan tillhöra sjukdomsbilden. Symtomen leder till att personer med demenssjukdom har svårt att klara sin tillvaro utan stöd från anhöriga.

Det finns många typer av demenssjukdomar. Den vanligaste demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom som står för 60–70 procent av samtliga sjukdomsfall. Sjukdomen gör att hjärnceller gradvis förtvinar och dör. Vaskulär demens och frontotemporal demens är också exempel på demenssjukdomar. Varje år insjuknar mer än 20 000 personer i demenssjukdomar. Det totala antalet i Sverige beräknas till närmare 160 000 personer, en siffra som kommer att stiga i takt med att den äldre befolkningen ökar i antal. År 2013 hade 635 personer i Haninge en demensdiagnos och 94 personer avled till följd av en demenssjukdom.

Insjuknande kan ske i yngre åldrar, men är förhållandevis ovanligt. Demenssjukdomar är dock inte en del av ett naturligt åldrande. I 65-årsåldern har 1–2 procent en demenssjukdom, i 80-årsåldern ungefär 20 procent och i 90-årsåldern ungefär 40 procent. Personer med Downs syndrom har en högre risk för demenssjukdom.

Det finns inga mediciner som botar demenssjukdomar, men det finns symptomlindrande läkemedel av olika slag. Viktigast är dock att en person som utvecklat en demenssjukdom får hjälp och stöd utifrån individuella behov. En demensutredning ger ett bra underlag för att personer med en demenssjukdom och deras anhöriga ska få rätt hjälp från hälso- och sjukvården och kommunens socialtjänst. En demensutredning kan också komma fram till att besvären orsakas av andra sjukdomar.

# Innehåll

BAKGRUND	7
UTREDNING	9
Basal demensutredning som utförs av primärvården	10
Efter basal demensutredning	13
Basal demensutredning som utförs på vård- och omsorgsboenden	15
Utvidgad demensutredning	16
VÅRD OCH OMSORG VID DEMENSSJUKDOM	19
Stöd och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom	23
Dagverksamhet	23
Hemtjänst	24
Korttidsboende och växelvård	24
Vård- och omsorgsboende	25
Omsorgsinsatser för personer med funktionsnedsättning och demenssjukdom	26
Boendestöd enligt socialtjänstlagen	26
Personlig assistans enligt LSS	26
Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS	26
Utförande av vård och omsorg	27
Personcentrerad vård och omsorg	27
Flytt till vård- och omsorgsboende	28
Multiprofessionellt teambaserat arbete	29
Utbildning	29
Tidig behovsutredning och regelbunden strukturerad uppföljning	30
Dagliga aktiviteter	31
Hjälpmedel och teknologi	31

Reminiscence och validation	32
Beteendemässiga och psykiska symptom	33
Konfusion vid demenssjukdom	33
Måltider och nutrition	34
Munvård	34
Urininkontinens och förstoppning	34
Fallskadeprevention	35
Förebygga och behandla trycksår	35
Begränsningsåtgärder	35
Förhindra missförhållanden och vårdskador	36
Palliativ vård i livets slutskede	37
<b>ANHÖRIGSTÖD</b>	38
Anhörigstöd utan biståndsbeslut	39
Anhöriggrupper	39
Stödsamtal	39
Anhörigstöd som förutsätter biståndsbeslut	40
Dagverksamhet	40
Avlösning i hemmet	40
Ledsagning	40
Anhöriganställning	40
Korttidsboende och växelvis vistelse vid korttidsboende	40
<b>REFERENSER</b>	41

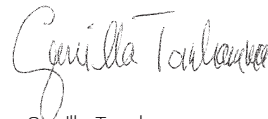
## Haninge 2015



Björn Lindberg  
Verksamhetschef  
Akka vårdcentral



Stefan Söder  
Verksamhetschef  
Aleris vårdcentral Tungelsta



Gunilla Tornhammar  
Verksamhetschef  
Brandbergens vårdcentral



Ulrika Olsson Jansén  
Verksamhetschef  
Handens vårdcentral  
Dalarö vårdcentral



Elisabeth Bos  
Verksamhetschef  
Jordbro vårdcentral



Margareta Chestersson  
Verksamhetschef  
Vendelsö vårdcentral



Maria Holmberg  
Verksamhetschef  
Praktikertjänst N.Ä.R.A. AB  
Handengeriatriken  
Rudans vårdcentral



Ewa Kardell  
Förvaltningschef  
Haninge äldreförvaltning

## Värdegrund i lagstiftningen för vård och omsorg vid demenssjukdom

Grundläggande värderingar för vård och omsorg uttrycks i socialtjänstlagen (2001:453), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), regeringsformen och Europakonventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. De grundläggande värderingarna innebär att en person med en demenssjukdom ska få:

- sin integritet och sitt självbestämmande respekterat
- tillgång till insatser på jämlika villkor
- insatser som är lätt tillgängliga
- sina rättigheter respekterade
- möjlighet att känna sig trygg.

Enligt lagstiftningen får ingen diskrimineras, till exempel uteslutas från vård och omsorg på grund av kön, etnicitet, ålder eller diagnos.

# Bakgrund

År 2012 utarbetade Haninge kommun, primärvården och Handengeriatriken ett lokalt vård- och omsorgsprogram för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Programmet utarbetades i enlighet med en regional överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län (KSL, 2012). Enligt överenskommelsen ska gemensamma utgångspunkter för lokala program vara Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010, regionala styrdokument (vårdprogram, fokusrapporter med mera) och tillämpliga lagar och föreskrifter.

Forskningen om vård och omsorg vid demenssjukdom går hela tiden framåt, men även lokala utvecklingsprojekt utvecklar kontinuerligt kvaliteten i vården och omsorgen. Haninge kommun, primärvården och Handengeriatriken tog därför år 2014 initiativ till en revidering av det lokala vård- och omsorgsprogrammet. Föreliggande lokala vård- och omsorgsprogram är resultatet av detta revideringsarbete.

Att orientera sig bland lagar, föreskrifter, nationella riktlinjer och olika regionala styrdokument kan vara svårt för personer som saknar specialkunskaper om hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta lokala vård- och omsorgsprogram har ambitionen att på ett lättillgängligt sätt beskriva hur hälso- och sjukvården och den kommunalt finansierade äldreomsorgen i Haninge kommun arbetar för att uppnå de krav och rekommendationer som gäller enligt lagar, föreskrifter, nationella riktlinjer för vård och omsorg för personer vid demenssjukdom och regionala styrdokument.

För att kunna utforma ett lokalt vård- och omsorgsprogram som är lättillgängligt för kommuninvånare och personal har det varit nödvändigt att göra prioriteringar bland olika styrdokument. Dessa prioriteringar har i detta lokala vård- och omsorgsprogram gjorts av en arbetsgrupp med representanter från olika personalgrupper från hälso- och sjukvården och kommunalt finansierad socialtjänst i Haninge kommun. Nestor FoU-center har ansvarat för projektledning och projektadministration.

# Representanter

## Arbetsgrupp

### Haninge kommun

Anna-Carin Berkal, enhetschef vård och omsorgsboende, Haninge kommun

Ellen Dackheim, arbetsterapeut vård och omsorgsboende, Haninge kommun

Paula Hertig, sjukgymnast, vård och omsorgsboende, Haninge kommun

Kerstin Karlsson, enhetschef ordinärt boende, Haninge kommun

Barbara Konarczak, demensvägledare ordinärt boende, Haninge kommun

Helene Larsson, demensvägledare vård och omsorgsboende, Haninge kommun

Erika Lindeberg, biståndshandläggare över 65 år, Haninge kommun

Inger Norlin, demenssamordnare, Haninge kommun

Sari Olsbom, demensvägledare dagverksamhet, Haninge kommun

Bonnie Spetse, biståndshandläggare under 65 år, Haninge kommun

Maria Stålhammar, avdelningschef hälso- och sjukvård, Haninge kommun

Marie-Louise Thurgren, distriktssköterska, Vendelsö vårdcentral, SLL

Noomi Hertzberg-Öberg, sjuksköterska, Minnemottagningen, Praktikertjänst N.Ä.R.A. AB

### Projektledare

Anders Nordlund, projektledare, Nestor FoU-center



# Utredning

Personer som bor i ordinärt boende och som upplever problem med minnet eller har andra symptom som kan vara orsakade av demenssjukdom kan komma i kontakt med en vårdcentral för utredning på flera olika sätt. Att ringa till sin vårdcentral och boka en tid för ett läkarbesök är ett vanligt sätt.

För personer som har regelbunden kontakt med en vårdcentral kan distriktsläkare eller distriktssköterska fatta misstanke om att patienten har en demenssjukdom. Även anhöriga kan ta kontakt med primärvården efter att ha uppmärksammat förändrat beteende hos en familjemedlem. Personal från hemtjänsten kan ibland hjälpa till att kontakta en vårdcentral. Det är dock viktigt att komma ihåg att den äldre personen med hälsoproblem måste ge sitt samtycke till en sådan kontakt. En person som bor på ett vård- och omsorgsboende har regelbunden kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal. Bedömning av behov av en demensutredning och genomförande av utredningar är en del av hälso- och sjukvården på vård- och omsorgsboenden.

En demensutredning består av ett eller två steg: basal demensutredning respektive utvidgad demensutredning. Basal demensutredning har som mål att utreda om personen har en demenssjukdom eller om symptomen har andra orsaker. Utvidgad demensutredning genomförs om den basala demensutredningen inte gett tillräckligt med information för att fastställa en diagnos. För personer över 65 år genomförs utvidgad demensutredning vid Handengeriatriken om patienten inte väljer annan geriatrisk mottagning. Utvidgad demensutredning för personer som är under 65 år genomförs vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge eller Danderyds sjukhus.

## Definition av demens enligt DSM-IV (förkortad version)

- Minnesstörning (obligatoriskt).
- Åtminstone en av följande störningar:
  - afasi (språksvårigheter)
  - apraxi (nedsatt motorisk förmåga trots intakta motoriska funktioner, det vill säga förstår ej bruket av vissa saker)
  - agnosi (känner inte igen eller kan inte identifiera föremål trots intakta sensoriska funktioner)
  - exekutiva störningar (nedsatt förmåga att planera, organisera etc).
- Nedsatt arbets- eller social förmåga som innebär en nedgång från en tidigare högre funktionsnivå.
- Uppträder inte enbart i samband med konfusion.
- Tillståndet ska ha varat i mer än sex månader.

(Källa: Viss.nu)

## Basal demensutredning som utförs av primärvården

Primärvården ansvarar för att genomföra en så kallad basal demensutredning. Distriktsläkaren är den som beslutar om att påbörja en utredning – om patienten så medger – bland annat för att upptäcka eventuella behandlingsbara sjukdomar. Distriktssköterskan ansvarar för stöd till patient och anhörig i samverkan med distriktsläkaren.

Den basala utredningen följer riktlinjerna som finns på webbplatsen Viss.nu (Stockholms läns landsting). Ibland är det inte möjligt att genomföra alla delarna på grund av personens hälsotillstånd. Då beslutar distriktsläkaren – tillsammans med patient och anhörig – utifrån personens symptom och individuella förutsättningar vad som ska ingå i utredningen. För personer med Downs syndrom sker basal demensutredning utifrån särskilda rutiner. På nästa sida följer de utredningsdelar som kan ingå i en basal utredning.

## Strukturerad anamnes

Patienten beskriver sin livssituation och hur och när hälsoproblemen uppstod. Patienten kan även få frågor om tidigare och aktuella sjukdomar, aktuella läkemedel, ärftlighet, socialt stöd, alkohol, rökning, bilkörning och vapeninnehav.

## Kognitiva test

MMSE - Mini Mental State Examination - tillsammans med klocktest används för att undersöka patientens minnesfunktioner, koncentrationsförmågor samt orientering i tid och rum.

## Hjärnabbildning

Datortomografi används för undersökning om patientens hjärna har onormala förändringar.

## Blodprover

Olika typer av blodprover används för att spåra eller utesluta orsaker till patientens problem.

## Anhörigintervju

Anhörigas beskrivning av symptom och sjukdomsförlopp är en viktig del av utredningen. Anhörigintervjun kompletterar patientens egen beskrivning av sin hälsa.

## Bedömning av fysiskt och psykiskt tillstånd

Läkaren undersöker patientens fysiska tillstånd och det kan omfatta undersökning av blodtryck, syn och hörsel, reflexer, hjärta, lungor, buk med mera. Läkaren gör också en bedömning av patientens psykiska tillstånd bland annat uteslutande av depression.

## Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning

Läkaren skriver remiss till primärvårdsrehabilitering för en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning. En arbetsterapeut genomför olika bedömningar i samband med hembesök. Patienten intervjuas och arbetsterapeuten genomför observation av praktiska aktiviteter utifrån ADL-taxonomin och kognitiv checklista. Arbetsterapeuten gör även en kognitiv undersökning utifrån screeninginstrumentet Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Utredningsresultat skickas sedan i ett remissvar till läkaren som beställde den strukturerade funktions- och aktivitetsbedömningen.

Figur 1 på nästa sida visar yrkesgrupper som vanligtvis ansvarar för olika utredningsdelar av en basal demensutredning, bedömning av biståndsinsatser och uppföljning av medicinska och sociala insatser.

Figur 1. Yrkesgrupper som vanligtvis ansvarar för olika utredningsdelar av en basal demensutredning, bedömning av biståndsinsatser och uppföljning av medicinska och sociala insatser.

DEL I UTREDNING/INSATS	ANSVARIG
Läkare beslutar om demensutredning och remittering vid behov. Strukturerad anamnes, kroppsundersökning, psykisk status, kompletterande undersökning och provtagning.	Läkare
Kognitiva test och anhörigintervju.	Distriktssköterska
Kognitiv utredning.  Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning.  Boendebedömning samt hjälpmedelsförskrivning.	Distriktsarbetsterapeut
Diagnossamtal med patient och anhöriga om utredningsresultat, diagnos och eventuell medicinsk behandling. Ställningstagande görs till god man, förvaltare, körkorts- och vapeninnehav. Patienten informeras om samtycke till informationsöverföring i vård- och omsorgskedjan.	Läkare
Distriktssköterskan genomför vårdplanering tillsammans med patient och eventuellt anhöriga.	Distriktssköterska
Sociala insatser bedöms av biståndshandläggare. Bedömning sker i samband med hembesök.	Biståndshandläggare
Uppföljning av medicinska och sociala insatser minst en gång om året.	Läkare Sjuksköterska Biståndshandläggare

## Efter basal demensutredning

Efter den basala utredningen samt eventuellt fastställande av demensdiagnos sker ett diagnossamtal då läkaren berättar för patient och anhörig om utredningsresultatet och planerade vårdinsatser. Både patient och anhörig kan behöva återkomma med frågor och önskemål. Om en diagnos inte går att fastställa efter basal utredning kan läkaren remittera till en utvidgad utredning vid en specialistmottagning.

Eventuell läkemedelsbehandling vid demenssjukdom syftar till att lindra olika symptom och är ett komplement till övriga insatser. Läkemedelsförskrivning sker utifrån individens hela sjukdomsbild där för- och nackdelar vägs in och följs upp. Läkemedel mot kognitiva symptom orsakade av Alzheimers sjukdom ger olika effekt på olika patienter. De nationella riktlinjerna föreskriver därför att läkemedelsbehandling noga måste följas upp när doser ställs in och därefter utvärderas minst en gång per år.

Distriktssköterskan kan bistå patienter och anhöriga på flera sätt efter en fastställd diagnos. En demensdiagnos kan för vissa patienter och anhöriga vara svår att acceptera eller svår att förstå. Distriktssköterskan erbjuder därför stödsamtal och information om sjukdomen.

Arbetsterapeuten kan ge stöd för att patienten ska klara sin vardag bättre. Det stödet kan exempelvis omfatta bedömning för bostadsanpassning, ADL-hjälpmiddel och kognitiva hjälpmedel. Arbetsterapeuten kan även ge råd och stöd till hemtjänstpersonal och anhöriga.

En patient som har genomgått en demensutredning kallas minst en gång per år till läkarbesök för uppföljning av läkemedelsbehandling, kognitions-, funktions- och aktivitetsförmåga samt allmäntillstånd. Demensdiagnoser registreras efter informerat samtycke i det nationella kvalitetsregistret SveDem, Svenska Demensregistret. I figur 2 visas primärvårdens uppföljning av personer med demenssjukdom.

Efter den basala utredningen samt eventuellt fastställande av demensdiagnos sker ett diagnossamtal då läkaren berättar för patient och anhörig om utredningsresultatet och planerade vårdinsatser.



Figur 2. Primärvårdens uppföljning av personer med demenssjukdom (förutsätter patientens samtycke).



## Basal demensutredning som utförs på vård- och omsorgsboenden

Stockholms läns landsting ansvarar för läkarinsatser på vård- och omsorgsboenden. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter och omvårdnadspersonal är anställda av Haninge kommun eller utförare som kommunen har avtal med. De olika yrkesgrupperna arbetar i ett multiprofessionellt team tillsammans med patient och anhöriga, se figur 3. Basala utredningar som utförs på vård- och omsorgsboenden kan innehålla de utredningsdelar som genomförs inom ramen för basala utredningar i primärvården.

*Figur 3. Yrkesgrupper som vanligtvis ansvarar för olika delar i basala demensutredningar, bedömning av biståndsinsatser och uppföljning på vård- och omsorgsboenden och LSS-boenden.*

DEL I UTREDNING/INSATS	ANSVARIG
Läkare beslutar om demensutredning. Samråd sker med patient, anhöriga och personal på boendet om vilka utredningsåtgärder som ska genomföras inom ramen för den basala demensutredningen.	Läkare
Anhörigintervju.	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal
Kognitiva test och strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning.	Arbetsterapeut Sjukgymnast/Fysioterapeut
Samtal med patient och anhöriga om utredningsresultat, diagnos och eventuell medicinsk behandling. Ställningstagande görs till god man, förvaltare, körkorts- och vapeninnehav.	Läkare
Samordning av fortsatt vård och omsorg.	Enhetschef/sjuksköterska
Uppföljning av medicinska och sociala insatser minst en gång om året.	Läkare Sjuksköterska Biståndshandläggare Arbetsterapeut Sjukgymnast/Fysioterapeut

## Utvidgad demensutredning

Minnesmottagningen vid Handengeriatriken är en specialistmottagning som utreder kognitiva störningar av olika slag och ordinerar behandling när detta är motiverat. Förutom uppdraget att genomföra utvidgade demensutredningar har Minnesmottagningen också uppdrag att samverka med och stödja den lokala vårdkedjan kring personer med kognitiv svikt och demenssjukdomar, bland annat med stöd och handledning till personal inom primärvården och primärvårdsrehabilitering. Minnesmottagningen kan även ge stöd till läkare i vård- och omsorgsboenden när det gäller generella frågor som rör utredning och behandling av demenssjukdomar. Minnesmottagningen samverkar även med kommunens äldreomsorg enligt framtagna riktlinjer och vårdprogram.

På Minnesmottagningen arbetar läkare, sjuksköterskor, neuropsykolog och arbetsterapeut, samtliga med specialkompetens inom kognitions- och demensområdet. Minnesmottagningen tar emot patienter över 65 år efter remiss från läkare när den basala utredningen inte kunnat fastställa diagnos. Remisserna bedöms och de som godkänns prioriteras av specialistläkare vid Minnesmottagningen. Figur 4 beskriver utredningsprocessen vid en utvidgad demensutredning.

Figur 4. Utredningsprocess vid utvidgad demensutredning.

DEL I UTREDNING/INSATS	ANSVARIG
Bedömning av remiss	Läkare
Kontakt med patient och anhörig under utredningen	Sjuksköterska
Undersökning samt planering av fortsatt utredning	Läkare
Neuropsykologisk undersökning	Neuropsykolog
Aktivitets- och funktionsbedömning	Arbetsterapeut
Diagnosrund, sammanställning av all information	Teamet
Genomgång av utredningen	Läkare

Information kring utredningsprocessen finns även på: <http://www.praktikertjanstnara.se/Start/Minnesmottagning/Minnesmottagning-Handengeriatriken/Behandlingslinje-for-demens/>



## Sjuksköterska

Sjuksköterskan ger information om utredningen och tar omvårdnadsanamnes. Sjuksköterskan ger också stöd till anhöriga och patient under och efter utredningen, lotsar patient och anhöriga till möjliga insatser inom primärvård, kommun, patient- och anhörigföreningar samt deltar vid vårdplanering vid behov. Under och efter utredning finns möjlighet till telefonkonsultation eller stödsamtal med sjuksköterska. Minnesmottagningens sjuksköterska samverkar med kommun och primärvård samt ansvarar för statistik och registrering, exempelvis kvalitetsregistret SveDem.

## Läkare

Läkaren genomför en kroppslig undersökning med fokus på neurologisk- och psykisk status. Ställningstagande till fortsatt utredning görs i samråd med patienten och anhöriga. Kompletterande provtagningar och undersökningar görs efter individuell bedömning: blodprover, lumbalpunktion (ryggvätskeprov) och eventuellt hjärnabbildande undersökningar.

Efter avslutad utredning kallas patient och anhöriga till ett läkarbesök och då fattas beslut om medicinsk behandling är aktuell. Alla patienter får individuellt anpassad muntlig och skriftlig information om diagnos, hjälpmedel, kontaktinformation, intresseföreningar med mera. Minnesmottagningen förmedlar kontakt med kommunen för patientens räkning om medgivande finns. Remissvar skickas till remitterande läkare. Om det är aktuellt skickas remisser till andra instanser.

Läkaren tar ställning i varje enskilt fall om kriterier för att inneha körkort och vapen är uppfyllda. Om kriterierna inte är uppfyllda ska läkaren enligt lag anmäla detta till berörd myndighet.

Återbesök för utvärdering av behandlingseffekt och dosjustering görs hos läkare i de fall patienten erhållit medicinering. När medicininställningen är klar eller om medicinering inte är aktuellt överförs fortsatta vårdkontakter till primärvården och patienten avslutas på Minnesmottagningen.

## Neuropsykolog

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

## Arbetsterapeut

Strukturerad aktivitets- och funktionsbedömning genomförs av arbetsterapeut. Arbetsterapeuten kartlägger, utreder och analyserar patientens förmåga att utföra personliga vård-, boende- och fritidsaktiviteter. Även personens intressen, vanor, värderingar och roller utreds och analyseras. Arbetsterapeuten genomför en boendebedömning som ger underlag för förskrivning och anpassning av kognitivt stöd och hjälpmedel. Vid behov skickas remiss till distriktsarbetsterapeut. Information och rekommendation om bedömningsresultat överrapporteras till hemkommun efter samtycke från patienten. Arbetsterapeuten kan även bidra med information och handledning till anhöriga och andra vårdkontakter i personens nätverk.

## Teamet

Alla delar av utredningen sammanställs vid en diagnosrund och ansvarig läkare ställer om möjligt en demensdiagnos i samråd med teamet. Om detta inte är möjligt sker en bedömning angående eventuell komplettering och utvidgning av utredningen och därefter följer en ny diagnosrund.

## Efter utredningen

Svaret från utredningen meddelas remitterande läkare. Diagnosbesked med ADL-bedömning (Aktiviteter i Dagliga Livet) skickas – efter samtycke från patient – till kommunens biståndshandläggare. Om patienten önskar kontakt med kommunens demenssamordnare, så förmedlas det önskemålet till kommunen. Demensdiagnoser registreras efter informerat samtycke i det nationella kvalitetsregistret SveDem, Svenska Demensregistret.

## Samordnad individuell plan (SIP)

I hälso- och sjukvårdslagen (3 f §) och socialtjänstlagen (7 §) finns det en likalydande bestämmelse som reglerar när en individuell plan ska tas fram för att koordinera hälso- och sjukvård och omsorg. Planen ska tas fram om någon av utförarna av hälso- och sjukvård eller omsorg bedömer att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. En förutsättning är att personen som både behöver hälso- och sjukvård och omsorg samtycker till att den upprättas. Av planen ska det framgå:

1. Vilka insatser som behövs.
2. Vilka insatser respektive huvudman ska svara för.
3. Vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen.
4. Vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

# Vård och omsorg vid demenssjukdom

En demenssjukdom har ett förlopp som kan sträcka sig över många år. Under vissa faser av sjukdomen krävs ofta insatser från flera olika utförare av hälso- och sjukvård och omsorg. För att en god kvalitet på hälso- och sjukvården och omsorgen ska upprätthållas krävs att insatser kontinuerligt anpassas till de funktionsnedsättningar som orsakas av de symptom som följer av sjukdomen. Detta ställer särskilda krav på följsamhet till individuella behov, men även samverkan mellan olika utförare.

Haninge kommun ansvarar för att bistå personer som på olika sätt är i behov av hjälp och stöd. Rätten till bistånd regleras i socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och utreds av biståndshandläggare. Alla personer som upplever sig behöva hjälp och stöd för att klara sitt dagliga liv har rätt att söka insatser. Personer med funktionsnedsättningar som insjuknar i en demenssjukdom har ofta omsorgsinsatser innan insjuknandet. Det ställer särskilda krav på personalen att uppmärksamma symptom på demenssjukdom och att förändra och anpassa arbetsätt utifrån den förändrade funktionsnedsättningen.

Personer med funktionsnedsättningar som insjuknar i en demenssjukdom har ofta omsorgsinsatser innan insjuknandet. Det ställer särskilda krav på personalen att uppmärksamma symptom på demenssjukdom och att förändra och anpassa arbetsätt utifrån den förändrade funktionsnedsättningen.



## Socialtjänstlag (2001:453)

Socialtjänstlagen förkortas ofta SoL. Socialtjänstlagen är den lag som reglerar verksamheten för kommunal socialtjänst. I 2 kap 1 § föreskrivs att "Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.". I 4 kap 1 § beskrivs rätten till bistånd: "Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt.". Rätten till bistånd i form av exempelvis hemtjänst och särskilt boende omfattas av formuleringen: "för sin livsföring i övrigt". Vidare föreskrivs i samma paragraf att den enskilde genom biståndet ska tillförsäkras en skälig levnadsnivå och att biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

I 5 kapitlet 10 § beskrivs socialnämndens ansvar för att stödja anhöriga. "Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. (Lag 2009:549)".



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

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade förkortas ofta LSS. LSS gäller för 3 personkretsar:

1. med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller
3. med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

LSS ger rätt till tio insatser:

1. Rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder.
2. Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans.
3. Ledsagarservice.
4. Biträde av kontaktperson.
5. Avlösarservice i hemmet.
6. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet.
7. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov.
8. Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet.
9. Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna,
10. Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärsarbete och inte utbildar sig.

För att få personlig assistans (insats 2) ska insatsen ha beviljats innan en person fyller 65 år och därefter kan antalet assistanstimmar inte utökas. Insats 10 gäller endast för personer som ingår i personkrets 1 och 2.

## Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Hälso- och sjukvårdslagen förkortas ofta HSL. Hälso- och sjukvårdslagen fastställer rättigheter och organisation för hälso- och sjukvård.

I 1 § i HSL definieras hälso- och sjukvård: "Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna." I 3 § fastslås att det är varje landstings ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget.

I 5 § HSL delas hälso- och sjukvård in i sluten och öppen vård: "För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens".

Kommuner har enligt 18 § HSL ansvar för hälso- och sjukvård – som inte omfattar läkarinsatser – i särskilt boende och dagverksamheter. Landsting har alltid ansvar för hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. För kommunmedborgare som inte har lägenhet i särskilt boende eller som inte har ett biståndsbeslut för dagverksamhet är den juridiska utgångspunkten i HSL att landstinget har ansvaret för all hälso- och sjukvård.

Är man oroad över en persons livssituation kan man göra en så kallad orosanmälan till kommunen. Anmälan kan exempelvis göras av anhöriga, grannar med flera. Biståndshandläggare har då skyldighet att skyndsamt kontakta personen det gäller och erbjuda möjlighet att söka insatser. Även anhörigas livssituation kan förbättras med stöd och hjälp från kommunen.

Primärvården ansvarar för hälso- och sjukvård för personer som bor i ordinärt boende. För personer som på grund av medicinska skäl eller funktionsnedsättningar har varaktigt behov av hälso- och sjukvårdsinsatser under längre tid kan hemsjukvård vara ett alternativ. Anhöriga, grannar med flera kan kontakta primärvården vid oro om en persons hälsotillstånd.

På vård- och omsorgsboenden och LSS-boenden ansvarar landstinget för läkarinsatser och kommunen eller privata utförare ansvarar för alla andra personalgrupper som krävs för att erbjuda den hälso- och sjukvård som föreskrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen. Hälso- och sjukvårdsinsatser kan jämföras med de som erbjuds inom landstingets primärvård.

## Patientlag (2014:821)

Patientlagen började gälla den 1 januari 2015. Riksdagen har beslutat om lagen för att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen innebär bland annat följande:

- Informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas.
- Det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke.
- Patientens möjlighet att få en ny medicinsk bedömning utvidgas.
- Patienten ska ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet.

I övrigt innehåller den nya lagen motsvarigheter till nuvarande bestämmelser om exempelvis vårdgaranti, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, individuell planering samt val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.

## Stöd och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom

Haninge kommun erbjuder stöd och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom. Insatserna anpassas till personer med demenssjukdom. Nedan presenteras ett begränsat urval av de insatser som kan erbjudas.

### Dagverksamhet

Dagverksamheten erbjuder den enskilde social samvaro och dagliga aktiviteter för struktur och innehåll i vardagen, samt erbjuder avlastning för anhöriga. På dagverksamheten arbetar man personcentrerat och medarbetarna har utbildning och kunskap om demenssjukdomar och bemötande.

Varje gäst har också en egen kontaktperson. Kontaktpersonen erbjuder ett första besök – antingen i hemmet eller i verksamheten - innan gästen börjar besöka dagverksamheten regelbundet. Anhörigas delaktighet är viktigt för att skapa trygghet för gästen.

För att uppnå en personcenterad omsorg är genomförandeplanen och levnadsberättelsen viktiga för att identifiera den enskildes behov och önskemål. Exempel på aktiviteter som erbjuds är högläsning, promenader, sång och musik, andra kulturaktiviteter, sittgymnastik, samt gemensamma måltider och kaffestunder. Vid behov samverkar dagverksamheten med andra aktörer i vård- och omsorgskedjan.

## Biståndshandläggning

Biståndshandläggare har till uppgift att bedöma och besluta om bistånd utifrån SoL och LSS. Biståndshandläggare kan kontaktas per telefon, post samt e-post. Rätten till självbestämmande och integritet ska enligt lag respekteras. Därför kan endast den enskilde själv söka bistånd. Ofta behöver den som söker bistånd hjälp med ansökan från exempelvis god man eller anhörig.

Efter inkommen ansökan startas en utredning. Biståndshandläggarens uppgift är att kartlägga personens livssituation som underlag för bedömning om rätt till bistånd föreligger. I bedömningen tar biståndshandläggaren hänsyn till den enskildes behov och önskemål, lagstiftning, samt lokala riktlinjer. Biståndshandläggare har kunskaper om demenssjukdomar och vilka funktionsnedsättningar som kan förekomma vid demenssjukdom. En tidig biståndsbedömning underlättar möjligheten för en person med demenssjukdom att påverka sin kommande omsorg.

## Hemtjänst

Den enskilde kan själv välja utförare av hemtjänst. Utföraren måste vara godkänd av kommunen. Utförare av hemtjänst strävar efter att arbeta personcentrerat genom att utgå från personens behov och önskemål samt erbjuda kontinuitet. På uppdrag av biståndshandläggaren kontaktar utföraren den enskilde. Den enskilde och kontaktperson från hemtjänsten upprättar en genomförandeplan som beskriver hur insatserna för personlig vård eller serviceinsatser ska utformas. Om den enskilde så önskar är anhöriga delaktiga i utformandet av genomförandeplanen. Om behovet av insatser förändras återkopplar hemtjänstutföraren till biståndshandläggare för ny bedömning. Omsorgspersonalen kan kontakta distriktssköterska i medicinska ärenden om den enskilde så önskar.

## Korttidsboende och växelvård

Det kan finnas flera orsaker till att en person beviljas korttidsboende eller växelvård. Ett syfte kan vara att erbjuda möjlighet till återhämtning för att underlätta möjligheterna att bo kvar i det egna hemmet. Korttidsboende kan även beviljas under tiden som utredning om behov av vård- och omsorgsboende pågår. Växelvård och avlastning kan dessutom beviljas för att avlasta anhöriga.

Alla som bor på ett korttidsboende erbjuds att delta i olika aktiviteter efter egna individuella önskemål. Viktiga verktyg för att uppnå detta är genomförandeplanen och levnadsberättelsen. Alla har också en egen kontaktperson. Kontaktpersonen kan även fungera som ett stöd till anhöriga och i kontakter med andra aktörer i vård- och omsorgskedjan. Korttidsboendet har personal dygnet runt och kommunen eller privata utförare ansvarar för all bemanning förutom läkarinsatser som är ett ansvar för landstinget.



## Vård- och omsorgsboende

Målet med kommunala biståndsinsatser är att möjliggöra kvarboende i det egna hemmet så länge som möjligt. Men om omsorgs- och omvårdnadsbehovet blir omfattande finns möjlighet att ansöka om en lägenhet på ett vård- och omsorgsboende eller LSS-boende. Vård- och omsorgsboenden bemannas dygnet runt, alla årets dagar. Landstinget ansvarar för läkarinsatser och kommunen eller privata utförare för alla andra yrkesgrupper som behövs för att uppnå en god hälso- och sjukvård och omsorg.

För att få en lägenhet på ett vård- och omsorgsboende eller ett LSS-boende krävs ett biståndsbeslut, och för att få en lägenhet på ett vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom ska det även finnas ett diagnosbesked.

Alla personer som flyttar till ett vård- och omsorgsboende eller ett LSS-boende får en egen lägenhet med pentry och badrum. Utöver det finns gemensamma utrymmen för måltider, kaffestunder och gemenskap. Vilka aktiviteter som anordnas på boendet anpassas till de individuella behov som finns. Utevistelser är en naturlig del av vardagen. Om personen inte själv kan ta initiativ till att inreda sin lägenhet, ska den inredas personligt av anhöriga eller med hjälp av en ställföreträdare.

Boendemiljön på vård- och omsorgsboenden och LSS-boenden är personligt utformad och hemlik. Möbler, gardiner, fotografier och tavlor från det tidigare hemmet är exempel på föremål som skapar trygghet och igenkänning. Färgsättning, möblering och materialval i allmänna utrymmen är anpassade för att underlätta orientering och för att ge en hemlik känsla. Personalen strävar efter att skapa en lugn ljudmiljö. Vardagen på vård- och omsorgsboenden och LSS-boenden präglas av trygghet och tillgänglighet och att det finns förutsättningar för ett meningsfullt innehåll i vardagen. Personalen arbetar personcentrerat vilket innebär att det är den enskildes behov och önskningar som är i fokus för det dagliga arbetet.

En viktig del av vården och omsorgen är att ge den enskilde och dennes anhöriga ett gott bemötande. Tillitsfulla relationer är en viktig del av vård- och omsorgsarbetet för att ge trygghet och struktur i vardagen. Personalen arbetar också aktiverande genom att uppmuntra den boende att vara delaktig i aktiviteter som personen tycker om och klarar av. Det innebär att vård- och omsorgsarbetet präglas av att stärka den enskildes förmågor och egna resurser.

Genomförandeplan och levnadsberättelser är viktiga delar av personcentrerad vård och omsorg. Alla som flyttar in på ett vård- och omsorgsboende eller ett LSS-boende får en egen kontaktperson. Kontaktpersonen har särskilt god kännedom om den enskilde och har även ansvarar för att hjälpa till med olika typer av kontakter. Kontaktpersonen kan också vara ett stöd för anhöriga.

# Omsorgsinsatser för personer med funktionsnedsättning och demenssjukdom

Nedan presenteras exempel på omsorgsinsatser som Haninge kommun erbjuder personer med funktionsnedsättningar. Utförande av insatserna anpassas till personer med demenssjukdom.

## Boendestöd enligt socialtjänstlagen

Målet med boendestöd är att personer med funktionsnedsättningar som bor i ordinärt boende ska kunna hantera sin vardag och bli mer självständiga. Det kan handla om att få stöd i att strukturera sin vardag, sköta det egna hemmet, utträtta ärenden, åka kollektivt, hitta en fritidsaktivitet, stöd i att delta i samhällslivet, och stöd i kontakten med myndigheter och sjukvården.

## Personlig assistans enligt LSS

Personlig assistans enligt LSS innebär att en assistent ger ett personligt utformat stöd till en enskild person med funktionsnedsättning. Stödet ska stärka möjligheten till att leva ett självständigt och oberoende liv. Ett val finns mellan att få assistent genom kommunen, annan fristående utförare eller att själv anställa assistenten.

Försäkringskassan gör biståndsbedömningar och har det ekonomiska ansvaret när en person har ett behov av assistans som överstiger 20 timmar per vecka. En person som beviljats personlig assistans innan fyllda 65 år har rätt att få behålla sin personliga assistent även efter 65 års ålder.

## Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS

En funktionsnedsättning kan vara medfödd eller uppstå under livet. För personer med funktionsnedsättningar som är medfödda eller förvärvade kan ett boende enligt LSS vara ett alternativ. Boendena består av egna lägenheter som möbleras utifrån personens behov, tycke och smak. Personal finns på gruppboendena de tider då de boende behöver hjälp och stöd. Verksamheterna vid boendena kännetecknas av trygghet, tillgänglighet och aktiviteter som ger ett meningsfullt innehåll i dagen.

## Utförande av vård och omsorg

Nedan beskrivs utförande av hälso- och sjukvård och omsorg för personer som har demenssjukdom. Åtgärderna kan i vissa fall karaktäriseras som hälso- och sjukvård eller omsorg, medan de flesta av åtgärderna omfattar både hälso- och sjukvård och omsorg.

### Personcentrerad vård och omsorg

Personal inom vård- och omsorg av personer med demenssjukdom arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Med ett personcentrerat förhållningssätt menas att personen med demenssjukdom sätts i centrum – inte demenssjukdomen. Beteenden och psykiska symtom ses ur den demenssjukes perspektiv och personalen tar utgångspunkt i personens upplevelse av verkligheten. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att man inkluderar och tar hänsyn till behov kopplade till personens kulturella, religiösa och språkliga bakgrund.

För att åstadkomma en personcentrerad vård och omsorg utgår personalen från information om den demenssjuke personens livsmönster och värderingar. En del i en personcentrerad vård och omsorg är därför att personen i fråga uppmuntras att berätta om sig själv och sitt liv samt att personen bekräftas och accepteras. Sammanfattningsvis innebär personcentrerad vård och omsorg att personal inom hälso- och sjukvård och den kommunala socialtjänsten:

- bemöter personen som en person med upplevelser, självkänsla och rättigheter trots avtagande funktioner och
- strävar efter att förstå vad som är bäst för personen utifrån dennes perspektiv.

## Flytt till vård- och omsorgsboende

Förberedelse inför inflyttning till lägenhet i ett vård- och omsorgsboende görs för att mildra eventuella negativa konsekvenser för personen. Information ges i god tid, anhöriga involveras samt när det är praktiskt möjligt genomförs ett besök i det nya boendet innan inflyttning. Personalen på boendet är förberedda inför personens ankomst och har i de fall det är praktiskt möjligt träffat personen och anhöriga innan inflyttningen. Om personen med demenssjukdom innan inflyttning haft andra vård- och omsorgsinsatser, ansvarar berörd personal för att relevant information överförs mellan olika utförare av vård och omsorg.

## Demenssamordnare och demensvägledare

I Haninge kommuns äldreförvaltning finns en demenssamordnare som har i uppdrag att stödja och coacha demensvägledare och övriga medarbetare. Stödet består av handledning, utbildning och att anordna nätverksträffar.

Demenssamordnaren är ett stöd för anhöriga i specifika demensfrågor samt leder anhöriggrupper. I rollen ingår även att kunna samordna och etablera samverkansformer inom kommun och landsting. Demenssamordnaren är även en kunskapsresurs för biståndshandläggare. Demensvägledare har spetskompetens inom demensområdet och finns i kommunens egna boenden, förebyggande verksamhet, hemtjänst och dagverksamhet. Demensvägledarna har till uppgift att stödja och coacha medarbetare i frågor som rör bemötande och omvårdnadsmetoder.

## Multiprofessionellt teambaserat arbete

Det behövs flera perspektiv och kompetenser för att identifiera problem och hitta lösningar. Multiprofessionellt arbete är därför nödvändigt för att vård och omsorg ska kunna tillgodas ur ett helhetsperspektiv. Vilka som deltar i det multiprofessionella arbetet varierar över tid. I ett tidigt skede av sjukdomen kommer personen med demenssjukdom ofta först i kontakt med läkare och sjuksköterskor.

När sjukdomen i ett senare skede ställer till allt fler problem i vardagen blir det aktuellt med kontakter med fler yrkesgrupper. Det kan vara biståndshandläggare, enhetschef inom äldreomsorgen, vårdbiträde, undersköterska, kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast med mera. Ett viktigt mål för det multiprofessionella arbetet är att förebygga och minska förekomsten av beteendeproblem hos personer med demenssjukdom och minska stress bland anhöriga.

### Kravmärkt Yrkesroll

Kravmärkt Yrkesroll omfattar tydligt formulerade yrkeskrav som utgör de baskunskaper som behövs för att klara av att arbeta inom äldreomsorgen och med personer med funktionsnedsättning. Personalens kunskaper valideras utifrån yrkeskraven under två dagar. Valideringen avslutas med ett trepartssamtal där resultatet från valideringen lämnas över till medarbetarens chef. Personalens kompetens blir på så sätt synliggjort liksom behovet av kompetensutveckling.

## Utbildning

För att vård och omsorg om personer med demenssjukdom ska bli ändamålsenlig krävs att personal har lämplig utbildning och kompetens. För att utbildning ska få största möjliga effekt på lång sikt bör den kombineras med praktisk träning, handledning och återkoppling.

Inom Haninge kommuns äldreomsorg är personalen validerade utifrån yrkeskrav i Kravmärkt Yrkesroll. Medarbetare som i sitt individuella valideringsutlåtande fått en komplettering angående demenssjukdomar och bemötande erbjuds kompetensutveckling. Demensvägledare i verksamheterna stödjer kollegor vid behov. Personalen får även handledning och utbildning av kommunens demenssamordnare. Samtliga personalgrupper får också annan kompetensutveckling inom demensområdet, exempelvis webbutbildningar som DemensABC Plus och yrkesspecifik vidareutbildning.

## Tidig behovsutredning och regelbunden strukturerad uppföljning

Försämringar av kognitiv och funktionell förmåga för personer med demenssjukdom kommer gradvis. Det är ofta en fördel för den demenssjuke personen och anhöriga om biståndshandläggare får möjlighet att göra en utredning i ett tidigt skede av sjukdomen. Personen med demenssjukdom kan då lättare berätta om sitt liv och sätta ord på sina behov. Distriktsköterskan har en viktig roll för att förmedla kontakt med kommunens biståndshandläggare.

I Haninge genomförs regelbundna – åtminstone årliga – strukturerade medicinska och sociala uppföljningar av personer med demenssjukdom. Dessa uppföljningar är till för att bedöma sjukdomen och dess konsekvenser, personens behov av medicinska och sociala åtgärder samt att säkerställa att dessa tillgodoses.

Socialtjänstens uppföljning av omsorgsinsatser syftar till att bedöma om personen får sina behov tillgodosedda och om det är aktuellt att besluta om biståndsinsatser eller ompröva tidigare beviljade insatser. Hälso- och sjukvårdens uppföljning omfattar vanligtvis en medicinsk undersökning, en läkemedelsgenomgång, en strukturerad bedömning av personens funktions- och aktivitetsförmåga samt samtal med anhöriga. Regelbunden medicinsk uppföljning är särskilt viktig eftersom personer med demenssjukdom inte sällan också har andra sjukdomar och ofta behandlas med flera läkemedel samtidigt. I samband med den årliga medicinska uppföljningen ingår även att distriktsköterskan erbjuder anhöriga ett enskilt samtal.

## Lokala värdighetsgarantier

Värdighetsgarantier innebär att en kommun ger utfästelser för hur äldreomsorgen ska bedrivas inom vissa områden. Äldre personer och anhöriga ska känna till vilka värdighetsgarantier en kommun beslutat om, veta hur man lämnar in klagomål i händelse att kommunen inte lever upp till utfästelserna samt känna förtroende för att klagomålen tas till vara. Haninge kommun har värdighetsgarantier inom: biståndshandläggning, hemtjänst, vård- och omsorgsboende, och dagverksamhet.

## Dagliga aktiviteter

Demenssjukdomar leder till en successivt minskad förmåga att självständigt utföra olika aktiviteter i det dagliga livet oavsett om en person bor i ett ordinärt boende eller om personen har en lägenhet på ett vård- och omsorgsboende eller LSS-boende. Orsaken är att personer med demenssjukdom ofta får svårt att ta initiativ och blir passiva. Detta kan motverkas genom att ge personen möjlighet att delta i individuellt anpassade aktiviteter som till exempel hushållssysslor, utomhusvistelse, underhållning, musik och dans. Det är viktigt att aktiviteter ger dagen struktur och innehåll, skapar en känsla av tillhörighet i tid och rum, erbjuder en personlig sfär och stödjer upplevelsen av vem man är samt möjliggöra upplevelsen av att kunna bidra till något för andra. Behov av fysisk aktivitet bland personer med demenssjukdomar skiljer sig inte från den övriga befolkningen, men personer med demenssjukdom kan ha svårt att tillgodose sitt behov på egen hand.

Personer med demenssjukdom kan även insjukna i andra sjukdoms-tillstånd eller olyckor där rehabilitering är en viktig del av eftervården. Om den demenssjuka personen bor på ett vård- och omsorgsboende upprättas en rehabiliteringsplan.

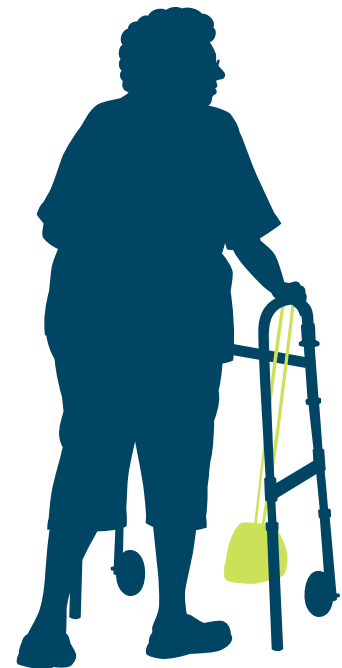
Den demenssjuka personen – och om möjligt anhöriga – är delaktiga vid upprättandet av rehabiliteringsplanen. En viktig del av rehabiliteringsarbetet är att tillmötesgå personens egna önskemål och anpassa aktiviteter till vanor, intressen, hälsa och förmågor. Målet med rehabiliteringen är att uppnå oberoende och självständighet så långt detta är möjligt beroende på ålderdom och sjukdomar.

## Hjälpmedel och teknologi

Personer med demenssjukdom har ofta behov av hjälpmedel, exempelvis gång-, syn- och hörselhjälpmedel. Teknikstöd kan ge personer med demenssjukdom stöd för minnet, öka eller behålla personens självständighet och aktivitetsförmåga.

Det finns ett stort utbud av tekniska hjälpmedel, exempelvis hjälpmedel för att orientera sig i tid och rum, larm, spisvakter, påminnare för medicinering och hjälpmedel som kan identifiera föremål som tappats bort. Individuell bedömning görs av behovet av olika hjälpmedel. Stöd och uppföljning är en viktig del i samband med ordination och utprovning.

För personer över 65 år är det möjligt att få ett trygghetslarm utan biståndsbeslut. Ett trygghetslarm innebär att personen i akuta situationer alltid har möjlighet att kalla på hjälp. Ansökan om trygghetslarm kan också göras i samband med ansökan om andra biståndsinsatser enligt socialtjänstlagen.



## Reminiscence och validation

Om det är svårt att engagera en person i olika typer av dagliga aktiviteter försöker omsorgspersonalen att stimulera den demenssjuke personens sinnen, exempelvis genom metoderna reminiscens och validation. Reminiscens innebär att personen med demenssjukdom – med hjälp och stöd – återberättar minnen från sin egen personliga historia.

Validation betyder bekräftelse och är en metod som fokuserar på bemötande av äldre desorienterade människor. Genom verbal och icke verbal kommunikation kan personalen bekräfta känslor som uttrycks. Metoderna syftar till att höja den enskildes livskvalitet genom att personalen aktivt försöker hitta den enskildes minnen från tidigare perioder i livet och sedan prata om dessa minnen.

## Nationella kvalitetsregister

Ett nationellt kvalitetsregister innehåller individbaserade uppgifter om besvär, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. Samtycke är en förutsättning för registrering. Syftet med kvalitetsregistren är att möjliggöra lärande och ständigt förbättringsarbete. Det finns ett stort antal nationella kvalitetsregister och nedan presenteras fyra av dem:

**Senior alert** är ett kvalitetsregister där personer, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion/inkontinens.

**SveDem** har syftet 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** är ett kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården genomförts under sista veckan av en persons liv.

**Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD-registret)** bygger på registrering av observationer utifrån en skattningsskala av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Efter skattningen genomförs en analys av eventuella orsaker och en hälsoplan utformas som senare utvärderas utifrån förnyade observationer.



## Beteendemässiga och psykiska symptom

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom (BPSD) kan omfatta apati, utåtagerande, motorisk oro, störd dygnsrytm och psykiska besvär. Det är vanligt att personer med demenssjukdom någon gång under sjukdomsförloppet uppvisar BPSD i olika grader.

En förutsättning för att personer som har BPSD ska få god vård och omsorg är tydlig struktur och att personalen har teoretisk och praktisk kunskap om demenssjukdom. BPSD-registret är ett stöd i denna process. Först görs en observation med hjälp av en skattningsskala som hjälper till att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. Bakomliggande orsaker analyseras med hjälp av en checklista. En bemötandeplan och strukturerade omvårdnadsåtgärder utformas och när åtgärderna har prövats under en tidsperiod görs en utvärdering. Läkemedelsbehandling av patienter med tecken på BPSD är endast aktuellt i undantagsfall om personcentrerade omvårdnadsinsatser och anpassning av boendemiljön visat sig otillräckliga och tillståndet orsakar stort lidande för personen. Om en person med demenssjukdom behandlas med ångestdämpande, lugnande och antipsykosmedel är behandlingen planerad för en kort behandlingstid och utvärdering av effekter och biverkningar genomförs inom två veckor.

Vid S:t Görans sjukhus finns ett konsultteam för patienter med BPSD. Teamet är multiprofessionellt och erbjuder konsultverksamhet inom Stockholms län. Läkare kan remittera till teamet om patienten är folkbokförd i Stockholms län, har en demensdiagnos och BPSD som är relaterade till demenssjukdomen.

## Konfusion vid demenssjukdom

Konfusion är ett förvirringstillstånd som kan drabba alla människor. Personer med demenssjukdom hamnar dock lättare i ett konfusionstillstånd än andra personer. Det finns alltid en bakomliggande orsak. Konfusion kan orsakas av olika påfrestningar som exempelvis sjukdom, läkemedel eller stressen av att byta miljö. I vissa fall kan konfusion vara ett allvarligt tillstånd som kräver akut medicinskt omhändertagande.

Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen utreder alltid bakomliggande orsaker till konfusion. En utredning syftar liksom vid utredning av BPSD till att bedöma och åtgärda de bakomliggande orsakerna. Ett viktigt första steg för att hjälpa en person som är i ett konfusionstillstånd är att samtala med personen och försöka sätta sig in i vad som orsakar oro och förvirring. Om ett tryggt och stabilt bemötande i lugn miljö inte hjälper är det viktigt att personen snabbt blir medicinskt utredd.



## Måltider och nutrition

Personer med demenssjukdom kan behöva individuellt anpassat stöd vid måltider. Det kan innebära beröring, uppmuntran, att visa hur man gör, ge personen möjlighet att välja och ta mat själv samt tillräckligt med tid för att kunna äta i lugn och ro. Även olika typer av hjälpmedel kan underlätta måltidssituationen. Olika åtgärder kan tillsammans bidra till ett förbättrat kostintag, men det handlar också om att skapa en måltidssituation där personen med demenssjukdom känner sig trygg och säker och kan uppleva välbefinnande. Det är även viktigt att anpassa den fysiska miljön – exempelvis använda kontrasterande färger i dukningen – och ta hänsyn till individuella önskemål.

Vid undernäring kan näringsintaget ökas exempelvis genom extra mellanmål och konsistensanpassning, energiberikning och näringsdrycker. Det är viktigt att nattfastan – tiden mellan måltid på kvällen och frukost – inte överstiger elva timmar. Strukturerade bedömningsinstrument används för att i ett tidigt skede identifiera olika nutritionsproblem. Inom specialiserad hälso- och sjukvård och primärvård kan dietist konsulteras vid behov.

## Munhälsa

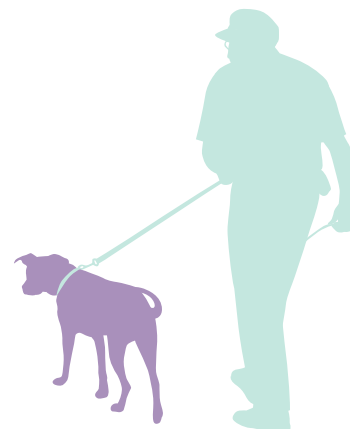
Om en person med demenssjukdom har dålig munhälsa ökar risken för undernäring, smärtupplevelser, lunginflammation och muntorrhet. Detta kan medföra svårigheter att äta och svälja. Personer med demenssjukdom har ofta svårt att uttrycka var smärta kommer ifrån vilket också gäller smärta från munhålan. Ibland kan oro eller vägran att äta vara ett uttryck för problem med munhälsan. Regelbundna strukturerade bedömningar ska genomföras för att förebygga, upptäcka och behandla dålig munhälsa.

## Urininkontinens och förstoppning

Demenssjukdom innebär ofta en ökad risk för att utveckla inkontinens och förstoppning. Utredning av inkontinens och förstoppning syftar till att finna och behandla de bakomliggande orsakerna till personens problem. En person med inkontinens erbjuds individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Personalen ger för individen anpassad hjälp och stöd vid toalettbesök. Åtgärder för att förebygga förstoppning är fiberrik kost, vätska, fysisk aktivitet och regelbundna toalettvanor. Strukturerade bedömningsinstrument kan användas för kartläggning av problem med inkontinens.

## Fallskadeprevention

Personer med demenssjukdom får kognitiva nedsättningar som betydligt ökar risken för fallolyckor. Minskning av risken för fall och mildring av konsekvenser av fall kan uppnås på många sätt. Läkemedelsgenomgångar, anpassning av den fysiska miljön och fysisk träning är ofta framgångsrika åtgärder mot fallolyckor. Samarbete mellan olika personalgrupper är också en viktig del av ett fallpreventivt arbete. Höftskyddsbyxa kan för vissa personer minska risken för frakturer. Personers fallrisk bedöms genom kartläggning av tidigare fall och kontinuerlig skattning av fallrisk med Downtons fallriskindex. Utifrån fallriskbedömningen erbjuds för individen anpassade åtgärder. Ofta innebär det en kombination av de ovan nämnda fallskadepreventiva åtgärderna.



## Förebygga och behandla trycksår

En person med demenssjukdom får i senare skede av sjukdomsförloppet svårt att förflyta sig vilket ökar risken för trycksår. Detta kan ge upphov till stort lidande och smärta. Risken för trycksår bedöms utifrån klinisk bedömning och strukturerade bedömningsinstrument och förebyggande behandling sätts in. Om ett trycksår uppstått behandlas detta och bakomliggande orsaker. Det finns flera åtgärder som kan minska risken för och behandla trycksår, exempelvis lägesändring, behandlande madrasser, tryckavlastning, sårvård, samt behandling av infektioner och nutritionsproblem.

## Begränsningsåtgärder

Fysiska begränsningsåtgärder är anordningar och åtgärder som inskränker rörelsefriheten. Begränsningsåtgärder - exempelvis larm, sänggrindar, bälten och låsta dörrar - får inte användas i syfte att frihetsberöva en person, men däremot som skydd eller hjälpmedel när den enskilde samtycker till åtgärden. Begränsningsåtgärder får alltså inte användas mot en persons vilja.

Personer med demenssjukdom har inte alltid förmåga att uttrycka sitt samtycke utan visar genom sina reaktioner hur de upplever en viss åtgärd. Detta får i sådana fall vara vägledande för ställningstagandet om samtycke föreligger eller inte. Information från anhöriga är viktigt, men samtycke kan endast ges av personen som är föremål för begränsningsåtgärden. Orsaken och samtycke för begränsningsåtgärden måste dokumenteras. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för bedömning och montering av begränsningsåtgärder. Uppföljning ska göras regelbundet.

## Förhindra missförhållanden och vårdskador

Enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade har ansvariga för en omsorgsverksamhet skyldighet att upprätta rutiner för att upptäcka missförhållanden och risker för missförhållanden. Bestämmelserna i de båda lagarna kallas för lex Sarah. Personalen ska genast rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden till enhetschef. Enhetschefen ska omedelbart utreda, dokumentera och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet eller risken för missförhållandet. Rapport och utredning skickas till avdelningschef som kontrollerar att åtgärder är utförda. Avdelningschef rapporterar till förvaltningschef som avgör om missförhållandet eller risken för missförhållandet är allvarligt och om det i så fall ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Alla utredningar ska återkopplas till enhetens personal.

I patientsäkerhetslagen finns en bestämmelse som kallas för lex Maria. Alla felbehandlingar, olyckor, tillbud som har anknytning till patientsäkerheten är avvikelser som ska rapporteras och dokumenteras. Med avvikelse inom hälso- och sjukvården menas en icke förväntad händelse som har medfört eller har kunnat medföra risk eller skada för vårdtagaren. Avvikelsehanteringen är en del av enheternas kvalitetssystem.

All hälso- och sjukvårdspersonal som upptäcker en avvikelse skriver en avvikelserapport. På kommunala vård- och omsorgsboenden utreds avvikelsen på enheten och skickas sedan till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan bedömer händelsens allvarlighetsgrad. Har händelsen medfört eller hade kunnat medföra risk för allvarlig vårdskada så skickas lex Maria-anmälan med utredning till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Den nämnd som är ansvarig vårdgivare ska informeras om händelsen. På privata vård- och omsorgsboenden, primärvården och på sjukhus är det verksamhetschefen som granskar händelsen och bedömer om anmälan och utredning ska skickas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade har ansvariga för en omsorgsverksamhet skyldighet att upprätta rutiner för att upptäcka missförhållanden och risker för missförhållanden.



## Palliativt förhållningssätt

Ett palliativt förhållningssätt är en viktig del av vård och omsorg vid demenssjukdom. Förhållningssättet kännetecknas av en helhetssyn på människan genom att stödja personen att kunna leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut. Fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter vägs samman till en professionell bedömning av för- och nackdelar med olika vård- och omsorgsinsatser. Det palliativa förhållningssättet omfattar även den palliativa vårdens fyra hörnstenar: symptomlindring, teamarbete, kommunikation och anhörigstöd

**Symptomlindring** innebär att smärta och andra svåra symptom lindras med olika vård- och omsorgsinsatser.

**Teamarbete** handlar om att vård- och omsorgspersonal arbetar i ett multiprofessionellt team där man samverkar mellan olika yrkesgrupper och mellan olika utförare av vård och omsorg.

**Kommunikation** och relation med personen med demenssjukdom och anhöriga anpassas utifrån sjukdomsförloppet.

**Anhörigstöd** är alltid en central del av vård och omsorg, men intensifieras ofta under livets slutskede. Anhöriga erbjuds också stöd efter dödsfallet.

## Palliativ vård i livets slutskede

Personer med demenssjukdom har samma behov av palliativ vård i livets slutskede som alla människor. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten följer Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede och därmed även Världshälsoorganisationens (WHO) rekommendation. Det innebär att vård och omsorg utgår från den palliativa vårdens fyra hörnstenar: symptomlindring, teamarbete, kommunikation och relationer, och stöd till anhöriga.

Symptomlindring handlar inte bara om medicinsk behandling utan även om att tillmötesgå existentiella behov och olika omsorgsinsatser. Symptom – exempelvis smärta – kan vara svårt att bedöma för personalen när en person har en kognitiv funktionsnedsättning och eller när demenssjukdomen är i ett sent skede. Det ställer särskilda krav på att personalen arbetar som ett team och att kommunikationen mellan olika personalgrupper fungerar bra.

Hälso- och sjukvårdspersonal ger kontinuerligt information och stöd till anhöriga både innan och efter det att den demenssjuke personen har avlidit. Läkare bedömer när det är motiverat att begränsa medicinska behandlingar. Läkaren informerar anhöriga om sin bedömning och ett gemensamt beslut tas om vårdens fortsatta innehåll. Detta samtal kallas för ett brytpunktssamtal.

# Anhörigstöd

Stöd till anhöriga till personer med demenssjukdom är en viktig del i vård- och omsorgskedjan. Det innebär att alla medarbetare i Haninge arbetar med anhörigstöd på olika sätt. Det handlar om att utveckla tillitsfulla relationer som ger trygghet i vardagen samt stödja och stötta anhöriga utifrån de individuella behov som finns.

En demenssjukdom väcker ofta många frågor, både från den som insjuknat och från anhöriga. Det är inte heller ovanligt att anhöriga ger omsorg till en närstående. För vissa är det ett komplement till andra omsorgsinsatser, i andra fall ansvarar anhöriga för hela omsorgen. Att ge omsorg till en närstående ger glädje, men kan också vara påfrestande och kännas ensamt. Den som hjälper och vårdar en närstående – oavsett om det finns en demensdiagnos eller inte – har möjlighet till stöd och råd från personal inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg.

Haninge kommun erbjuder flera olika insatser som riktas till anhöriga. Vissa kan man själv anmäla sig till, medan andra kräver biståndsbeslut.



## Anhörigstöd utan biståndsbeslut

Haninge kommun erbjuder flera olika aktiviteter för att stödja personer som ger hjälp och stöd till personer med demenssjukdom. De nedanstående stödformerna är exempel på anhörigstöd som erbjuds utan biståndsbeslut.

### Anhöriggrupper

Genom att delta i anhöriggrupper ges möjlighet att träffa andra som befinner sig i en liknande situation. Utöver att dela och diskutera olika erfarenheter ges möjlighet till ökad kunskap om olika demenssjukdomar och sjukdomsförlopp. Anhörigkonsumenten erbjuder anhöriga möjlighet till att delta i en anhöriggrupp. Kommunens demenssamordnare håller i anhöriggrupper för personer med demenssjukdom som bor på vård- och omsorgsboenden.

### Stödsamtal

Anhörigkonsumenten erbjuder enskilda samtal som fokuserar på information, stöttning och vägledning. Genom vägledningen är det möjligt att själv se vilka individuella behov som finns samt diskutera hur dessa ska kunna tillgodoses.

## Anhörigstöd som förutsätter biståndsbeslut

Vissa typer av anhörigstöd förutsätter biståndsbeslut. Det är alltid personen med demenssjukdom som ansöker om anhörigstöd.

### Dagverksamhet

Dagverksamhet är till för personer med demenssjukdom som bor i eget hem, men som vill komma ut på olika aktiviteter och träffa andra människor. Deltagande i dagverksamhet kan också vara en form av avlastning för den som bor tillsammans med en person med demenssjukdom.

### Avlösning i hemmet

Anhöriga till personer med demenssjukdom har ofta svårt att få utrymme för egen tid. Avlösning i hemmet som en hemtjänstinsats kan underlätta för anhöriga att göra egna aktiviteter.

### Ledsagning

Ledsagning kan beviljas om en person med demenssjukdom behöver stöd och hjälp i samband med en aktivitet och om anhöriga är förhindrade att bistå den demenssjuke personen att utföra aktiviteten.

### Anhöriganställning

Anhöriga har möjlighet att bli anställd för att vårda en anhörig i det egna hemmet. Förutsättningen är att den anhörige har ett nära släktskap och bor tillsammans med den närstående som behöver daglig vård och omsorg. Det är inte möjligt att vara anställd som anhörigvårdare och samtidigt ha någon annan anställning i kommunen. Anhöriganställning går inte heller att likställa med någon annan anställning i Haninge kommun.

### Korttidsboende och växelvis vistelse vid korttidsboende

Anhöriga som vårdar en närstående kan ibland behöva avlastning eller vara i behov av att resa bort. Den närstående kan då bo på ett korttidsboende till exempel över en helg eller under en vecka. För anhöriga som behöver regelbundet återkommande avlastning kan växelvis vistelse på ett korttidsboende för den närstående vara ett alternativ.



# Referenser

KSL (2012). *Överenskommelse om vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras närstående*. Stockholm: Kommunförbundet Stockholms Län.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*.

SFS 1993: 387. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*.

SFS 2014:821. *Patientlag*.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stockholms läns landsting. *Vårdinformation i Storstockholm* ([www.viss.nu](http://www.viss.nu)).





LOKALT VÅRD- OCH  
OMSORGSPROGRAM  
Haninge

