Samverkan

för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom

En inspirationsskrift för kommuner och regioner

Svenskt Demenscentrum

Begreppet ”kognitiv sjukdom” används idag ofta synonymt med ”demenssjukdom”. I den här publikationen har vi valt att använda ”demenssjukdom”.

© Svenskt Demenscentrum 2021
Formgivning: Peter Buchschatz, Studio 5-56 AB
Tryck: Åtta.45 Tryckeri, Stockholm 2021
ISBN: 978-91-985463-3-0

INLEDNING

De fem kommunernas fullständiga rapporter finns för nedladdning på Svenskt Demenscentrums hemsida.

Den här publikationen riktar sig till kommuner och regioner som söker stöd och inspiration i sitt arbete med att införa Socialstyrelsens modell för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom.

För att denna modell ska få genomslag runt om i landet behöver den göras praktiskt tillämpbar. Därför fick Svenskt Demenscentrum i uppdrag av Socialdepartementet att under ett år, med början våren 2020, genomföra ett pilotprojekt tillsammans med fem utvalda kommuner.

Kommunernas uppdrag var att i samverkan med respektive region påbörja eller vidareutveckla införandet av det standardiserade insatsförloppet. Här beskriver vi i korthet vad de kommit fram till.

Pilotprojekt med fem kommuner

De medverkande kommunerna – Umeå, Falun, Ekerö, Göteborgs stad och Mörbylånga – representerar orter med olika demografi, storlek och utgångsläge. Några har kommit långt i sitt arbete inom demensområdet, medan andra har stora utmaningar framför sig. Utifrån sina egna förutsättningar har de fem kommunerna fått möjlighet att fördjupa sig i hur det långsiktiga arbetet med det standardiserade insatsförloppet kan läggas upp.

Kommunerna har haft fria händer att genomföra sitt arbete i projektet. Efter kartläggning av sin verksamhet har de valt ut eftersatta områden där förändringsarbete behöver påbörjas och åtgärder sättas in. De har också analyserat vilka delar av verksamheten som fungerar bra och hur man nått framgång.

Samverkan i sammanfattning

Under projektarbetets gång har utmaningar och framgångsfaktorer dokumenterats. Svenskt Demenscentrum har följt kommunernas arbete och på sidorna som följer sammanfattar vi deras tillvägagångssätt för att hitta fungerande metoder för samverkan på olika plan – mellan kommun och region, på lokal nivå, ledningsnivå och politisk nivå, mellan olika professioner och olika kommuner emellan.

Vi förmedlar några goda exempel på åtgärder, hjälpmedel samt små och stora planer att inspireras av.

Förhoppningen är att det här materialet ska inspirera och underlätta för andra kommuner i landet att genom ökad samverkan kunna erbjuda ännu bättre vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom

I den modell för ett standardiserat insatsförlopp efter diagnostisering av demenssjukdom som Socialstyrelsen tog fram 2019, är det självklara samarbetet mellan region och kommun en förutsättning för god vård och omsorg. Modellen riktar sig därför till både kommuner och regioner och syftar till att underlätta för

samverkan och ett personcentrerat, systematiskt arbetssätt kring personer med demenssjukdom. Med hjälp av modellen kan vård och omsorg blir mer jämlik över hela landet.

Publikationen ”Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom” kan laddas ned från Socialstyrelsens hemsida eller beställas i tryckt form.

Insatser med personen i fokus

Modellen för att i samverkan erbjuda vissa insatser och beakta viktiga områden är densamma under hela sjukdomsförloppet, men vilka insatser som görs kan se olika ut. Det är varje persons individuella behov och situation som styr. Personen som lever med en demenssjukdom ska sättas i fokus, inte diagnosen.

Särskilda perspektiv och områden kan röra till exempel yngre med demenssjukdom, där behovet av stöd kan se annorlunda ut än för äldre. Etnicitet, funktionshinder och anhörigas situation är andra exempel. Insatser kan exempelvis vara hemtjänst, dagverksamhet, information till anhöriga, kognitiva hjälpmedel, personlig assistans, läkemedelsbehandling och palliativ vård.

Sist i den här publikationen finns en kortfattad förteckning över insatser från A till Ö avseende område samt råd om kontakt och åtgärd. För fullständig text se Socialstyrelsens checklista på www.socialstyrelsen.se.

Verktyg för delaktighet

Den demenssjukes rätt till delaktighet gäller under hela sjukdomsförloppet, även när beslutsförmågan avtar. En förutsättning för delaktighet är bland annat individanpassad information.

En fast vårdkontakt kan utses för att bistå patienten med att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter och vara patientens kontaktperson.

Ett annat verktyg för samverkan och delaktighet är en samordnad individuell plan, SIP, där ansvar och insatser specificeras. Planen behöver uppdateras över tid när sjukdomen fortskrider och nya behov av insatser behövs.

På Svenskt Demenscentrums hemsida finns den kostnadsfria webbutbildningen ”Samordna med SIP”. Den vänder sig till alla som i sitt arbete möter personer med demenssjukdom. Utbildningen har tagits fram av Svenskt Demenscentrum i dialog med Sveriges kommuner och regioner (SKR) och Socialstyrelsen.

Demensteam som samordnande funktion

Gränsöverskridande samverkansteam är en del av den standardiserade modellen för insatsförloppet. De kan finnas på ledningsnivå inom vård och omsorg och i form av demensteam med personal från såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Deras uppgift är att samordna insatserna från kommun och region.

Demensteamet kan bestå av personer med kompletterande kompetenser. Vissa kan kopplas in när behov uppstår. Planeringsmöten kan hållas omedelbart efter att diagnos fastställts och när större förändringar av insatserna övervägs.

Mellan åren 2014 och 2018 sjönk andelen kommuner med ett demensteam från 56 till 45 procent.

Samverkan en viktig förutsättning

Av modellens tre beståndsdelar – insatserna, samverkansformerna och verktygen – är samverkan mellan kommun och region det som kanske är svårast att få till stånd. Det kommunerna rapporterar i det här projektet visar hur olika arbetssätt och struktur inom kommun och region ibland kan göra det svårt att hitta rutiner och former för samverkan.

Vårdförloppet

Sedan våren 2021 finns det utöver det standardiserade insatsförloppet också ett standardiserat vårdförlopp: ”Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.” Det är Sveriges regioner som i samverkan utrett och tagit fram det standardiserade vårdförloppet. Ett sådant ska inledas vid misstanke om kognitiv svikt orsakad av demenssjukdom och avslutas vid bekräftad diagnos, alltså innan det standardiserade insatsförloppet tar vid.

Vårdförloppet beskriver vilka åtgärder som ska genomföras och i vilken ordning dessa ska sättas in. Till målsättningarna hör att diagnosförfarandet ska bli mer jämlikt i hela landet, att fler ska erbjudas utredning, att utredningstiderna ska kortas ned och att utredningarna ska göras i ett tidigare skede. Ett sammanhållet vårdförlopp ska också ge tydligare stöd till patienterna och deras anhöriga.

För uppföljning av vårdförloppet används bland annat kvalitetsregistret Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) och Primärvårdskvalitet, som är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården.

Glappet mellan diagnos och vidare insatser

I det aktuella samverkansprojektet har flera kommuner uppmärksammat det glapp som ofta uppstår i ett tidigt skede, efter att diagnos ställts men innan vidare kontakt med kommunen tas. Ibland dröjer kontakten med kommunen tills situationen i hemmet blivit akut. Det är inte ovanligt att personer som får en demensdiagnos och deras anhöriga upplever att de lämnas i sticket utan vidare stöttning, något som texten på nästa sida tydligt visar.

Läs mer om vårdförloppet på www.kunskapsstyrningvard.se – Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Sveriges regioner i samverkan.

”Det är alldeles tyst”

Ett mejl från en anhörig kom till en av kommunerna i projektet. Det visar tydligt hur bristerna i samordning mellan kommun och region kan yttra sig.

”I slutet av november fick min pappa, 78 år, diagnosen Alzheimers sjukdom. Läkaren skrev ut medicin och vi bokade ett nytt besök i slutet av december. Sedan har det varit tyst. Jag undrar hur rutinerna ser ut när en person får den diagnosen. Vad kan vi förvänta oss framöver? Vilken hjälp finns att få? Han har hemtjänst som hjälper honom med medicineringen och nu i veckan också hjälp med maten. Men även där är det alldeles tyst. Vi får ingen information om någonting!

Den hjälp pappa har fått har jag ringt ’1000’ samtal för att få till. Den ena personen vet inte vad den andra gör och jag bli hänvisad än hit än dit. Behöver det vara så? Jag tänker att det finns människor i kommunen som har full koll på vad som gäller, vilken hjälp pappa kan få och vilka personer vi kan kontakta. Det hade besparat oss väldigt mycket tid, energi och tårar om vi hade fått information hemskickad. Jag har inte kunnat googla mig till någon information om ett demensteam till exempel.

Till saken hör att jag är enda barnet och jag bor i södra Sverige. I juni gick min mamma hastigt bort i sömnen så pappa är väldigt ensam nu. Jag var uppe hela sommaren och sedan en gång i månaden för att hjälpa honom. Men i och med ökad smitta så vet jag inte när jag kan komma nästa gång. Jag och pappa pratar i telefon 4–5 gånger/dag på vardagar. Det dubbla på helger. Han vänder sig till mig med sin oro och undran och jag har inga svar att ge.

Oj! Nu blev det här jättelångt! Du fick ett halvårs frustration öst över dig. Jag ber om ursäkt men jag behöver få ordning på alla frågor.”

Ekerö kommun

FAKTA

Läge: 1 mil från Stockholm

Antal invånare: 28 700, varav cirka 5 000 över 65 år

Uppskattad folkmängd år 2030: 34 100

EKERÖS LOKALA SAMVERKANSMODELL

Ekerö kommun har sedan 2011 ett lokalt program för samverkan när det gäller vård och omsorg kring personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Programmet har reviderats vid två tillfällen. I det här projektet har denna befintliga samverkansmodell utgjort grunden för arbetet. Fokus har legat på att analysera hur modellen skulle kunna utvecklas.

Ekdungen – ett möjligt nav för demensverksamhet

Som ett led i att möta de förbättringsområden som identifierades har projektgruppen utrett möjligheterna att starta en öppen verksamhet i Ekdungen. Där bedrivs idag biståndsbedömd dagverksamhet för personer med demenssjukdom.

En öppen verksamhet skulle kunna bli ett nav för frågor som rör demenssjukdomar. Den skulle göra det möjligt att utveckla formerna för stöd i ett tidigt skede, ytterligare samla kompetens, möjliggöra utbildningsinsatser, organisera anhörigstöd och anhöriggrupper samt ge stöd till medarbetare.

Åtta förbättringsområden

I ett tidigt skede av projektarbetet identifierade arbetsgruppen följande områden med förbättringspotential:

1. Stöd i tidigt skede
2. Individnära arbetssätt
3. Anhörigstöd och anhöriggrupper
4. Mötesplatser/träffpunkter
5. Kunskap till anhöriga
6. Kunskap till personal
7. Nav som ger stöd till övriga verksamheter
8. Samlad information till den enskilde och anhöriga

Insatser i tidigt skede

Fördelarna med att stöd sätts in tidigt är flera. Annicka Pantzar, MAS i Ekerö kommun, berättar om bakgrunden till förslaget:

– Vi vill kunna undvika att det uppstår ett glapp efter diagnos som kan leda till akuta behov av insatser, både hos personen med demenssjukdom och hos anhöriga. I ett tidigt skede av sjukdomen går det också oftast lättare att lära sig nytt och att lära känna andra i liknande situation. Senare kan det kännas obehagligt att åka iväg till ett obekant ställe eller träffa främmande människor.

Nå en bred grupp

För att delta i en öppen verksamhet behöver personer i behov av stöd inte ingå i en pågående demensutredning eller ha några pågående insatser. Det innebär att fler kan nås, både personer med och utan demensdiagnos, anhöriga eller de som bara vill veta mer om demenssjukdomar.

Arbetsgruppen bedömer att en öppen verksamhet kan fungera som ett komplement till Ekdungens dagverksamhet för att möta behovet av stöd i ett tidigt skede. Att göra den tillgänglig även för anhöriga skulle ge möjligheter att starta anhöriggrupper och även koppla ihop anhöriga med varandra.

Plats för föreläsningar och personliga möten

Den öppna verksamheten skulle kunna utgöra en naturlig samlingsplats där bland annat föreläsningar kan

Foto: Yanan Li/Svenskt Demenscentrum

Här i dagverksamheten Ekdungen föreslår arbetsgruppen att en öppen verksamhet skulle kunna startas.

anordnas för att öka kunskapen om ämnen som rör demenssjukdomar. Också föreläsningar för personal och erfarenhetsutbyte skulle kunna anordnas.

Caféträffar

Inom ramen för den öppna verksamheten bedömer arbetsgruppen att det är lämpligt att anordna regelbundna caféträffar, lämpligtvis på eftermiddagar eller kvällar. Information skulle vid träffarna kunna ges av inbjudna personer från exempelvis en minnesmottagning, vårdcentral, rehabverksamhet, av en jurist eller biståndshandläggare. Också temadagar för anhöriga skulle kunna arrangeras.

Att ses i ett socialt sammanhang och träffa andra i samma situation är en viktig del i att förebygga ohälsa. Dock visar erfarenheterna av covid-19-pandemin att vissa möten och träffar bör kunna ske digitalt vid behov.

Ambulerande träffar

Ekdungens lokaler kan rymma upp till 15 gäster varför föranmälan kan komma att krävas. Arbetsgruppen har som alternativ utrett möjligheten att ha ambulerande träffar när en större lokal krävs. Detta skulle också kunna bidra till ökad synlighet av verksamheten.

Ledas av demenssamordnare

För att leda den öppna verksamheten föreslås en demenssamordnare på en exempelvis 50-procentig tjänst. Demenssamordnaren arbetar nära tillsammans med biståndshandläggare, anhörigkonsulent och personalen på dagverksamheten samt samverkar med aktörer inom Region Stockholm. För att hitta resurser som ansvarar för praktiska göromål under fikaträffarna föreslås kontakt med ideella föreningar och volontärer via Idélabbet på Ekerös kommun. Där samordnas kommunens volontärverksamhet.

Ekerö kommuns projektrapport kan läsas i sin helhet på Svenskt Demenscentrums hemsida.

Samverkan för en öppen verksamhet

Socialnämnden ansvarar för stöd och omsorg till äldre och personer med funktionsnedsättning. Under projekttiden har socialnämnden löpande hållits informerad om arbetet i projektet.

Frågan hur en öppen verksamhet skulle kunna bidra till ökad samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården har varit viktig i utredningsarbetet. Ekerö kommuns befintliga samverkansparter är två husläkarmottagningar, öppenvårdsrehabiliteringen samt minnesmottagningen. Samverkan sker även via FOU som drivs av Ekerö kommun och sex andra kommuner samt Region Stockholm.

Ekerö kommun har också Anhörigslänken, vilket är ytterligare en samverkansmodell mellan kommunala och regionala verksamheter för att bättre stödja anhöriga och underlätta för dem att få kontakt med rätt instans. Anhörigslänken är en kontaktpunkt dit alla anhöriga kan vända sig oavsett vad de undrar över eller behöver hjälp med. De befintliga samverkansmodellerna har gjort det enklare att i projektet få kontakt med rätt personer för dialog kring utvecklingsområden och förslaget till införande av en öppen verksamhet.

Husläkarmottagningarna är positiva till samverkan om en öppen verksamhet, till exempel genom att hålla föreläsningar. Såväl husläkarmottagningarna som minnesmottagningen och öppenvårdsrehabiliteringen kan också förmedla personer till den öppna verksamheten som de upplever behöver stöd utöver det som Region Stockholm erbjuder.

Framöver skulle den öppna verksamheten kunna samverka med föreningar och andra aktörer i civilsamhället genom att utbilda så kallade demensvänner för att sprida kunskap om demenssjukdomar. Arbetsgruppen har varit i kontakt med den förebyggande enheten i Upplands Bro kommun för att informera sig om deras arbete med utbildning av demensvänner.

Ett par goda råd från Ekerö kommun

En framgångsfaktor i Ekerö kommuns arbete har varit att det sedan tidigare finns väldokumenterade samverkansmodeller med tydlig ansvarsfördelning.

Ett av Ekerö kommuns råd till andra kommuner är därför att dokumentera den samverkansmodell som arbetas fram så att alla berörda parter kan underteckna den.

Ett annat råd är att förankra arbetet hos den politiska nämnd som är ytterst ansvarig.

Öppen verksamhet i pilotprojekt

Projektgruppen föreslår att den öppna verksamheten testas och utvärderas i ett pilotprojekt innan den eventuellt införs i den ordinarie verksamheten.

Tips!

Foto: Jonna Li/Svenskt Demenscentrum

Annicka Pantzar, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Ekerö kommun.

EKERÖS ENKÄTUNDERSÖKNING

För att identifiera områden med utvecklingspotential skickade Ekerö kommun ut en enkät till regionala och kommunala aktörer som ingår i det lokala samverkansprogrammet. Arbetsgruppen såg det som viktigt att önskemål om förbättringar och satsningar kom utifrån, från personal som dagligen möter personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

Två frågor ingick i enkäten:

1. Vilka svårigheter och utmaningar möter ni idag gällande samverkan vid mötet av demenssjuka och deras anhöriga?
2. Vad tycker ni fungerar bra idag?

– Anledningen till att vi bara ställde två frågor var att vi ville göra enkäten enkel att svara på och att vi inte ville styra svaren i någon riktning, berättar Annicka Pantzar som ingått i arbetsgruppen.

– Vi valde två stora frågor där det fanns utrymme att nämna stort som smått att utveckla, förbättra eller uppmärksamma inom området demenssamverkan.

Efter påminnelser låg svarsfrekvensen på cirka 90 procent. Av svaren som kom in kunde åtta förbättringsområden ringas in.

Samverkan

Enkäten skickades till chefer och personer i ledningsfunktion, alla vård- och omsorgsverksamheter – både privata och kommunala utförare – samt verksamheter som drivs av både Ekerö kommun och av region Stockholm.

Mörbylånga kommun

FAKTA

Läge: Belägen på södra Öland, en av öns två kommuner

Antal invånare: 15 048

Andel invånare över 65 år: 27 procent

Foto: Christina Nemell/Svenskt Demenscentrum

DEMENSTEAMET NAVET I SAMVERKAN

Södra Ölands demensteam har utgjort navet i arbetet med projektet ”Samverkan för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom”. I teamet ingår medlemmar från Mörbylånga kommun och Region Kalmar som representerar olika professioner: demenssjuksköterska, undersköterskor, biståndshandläggare, arbetsterapeut, fysioterapeut, anhörigkonsulent, anhörigvårdare och enhetschef. Dessa ger stöd till personer med demenssjukdom, anhöriga och personal inom äldreomsorgen.

En styrgrupp har också funnits med i samverkansprojektet. Den har bestått av kommunens socialchef, chefer vid regionens två hälsocentraler och kommunens chef för rehabilitering. En representant för demensteamet har regelbundet haft möten med styrgruppen under projektets gång.

Flera positiva effekter

Demensteamet har utvecklat en trygghet och ömsesidig respekt i gruppen där alla professioner ses som lika viktiga. Det finns en uttalad vilja att lära av varandra och se olika perspektiv. Kunskapen om demensproblematik har ökat liksom behovet att möta de berörda på ett individanpassat sätt.

En medlem i demensteamet uttrycker det så här:

– Arbetet inger hopp då det finns ett genuint och gemensamt intresse och driv för att hjälpa och att hjälpas åt.

Demensteamets arbete i projektet har gett ringar på vattnet i Mörbylånga. Uppfattningen är att samverkanstanken och arbetssätt där flera perspektiv beaktas och läggs ihop till en helhet, sprider sig i både kommun och region. Förfrågningar om tips och idéer har kommit från flera kommuner som står i begrepp att starta egna demensteam, både i och utanför Kalmar län.

En spin-off-effekt av projektarbetet är att flera ansökningar om projektmedel har gjorts. Demensteamet konstaterar att det är lättare att söka projektmedel när flera professioner hjälps åt. Dessa kommande projekt ger i sin tur utvecklade och förädlade arbetsformer.

Gemensamma mål för bra samarbete

En gemensam målbild är en central förutsättning för ett bra samarbete mellan olika professioner. Därför har demensteamet formulerat ett övergripande mål för det gemensamma arbetet: ”Bästa kommun att leva i för personer med demenssjukdom och deras anhöriga.”

Arbetsgruppen har funnit att den gemensamma riktningen framåt blir tydligare om delmål formuleras. Några av dessa är att demensteamet ska vara känt för allmänheten, vara tillgängligt och ligga i framkant genom fortbildning. Teamet ska arbeta personcentrerat, proaktivt och behovsstyrt. Personer med demenssjukdom och deras anhöriga ska känna delaktighet, trygghet och livskvalitet. De ska bland annat ha tillgång till en meningsfull vardag, få rätt insatser, en anpassad boendeform, en självklar kontakt till demensteamet och kunskap via demensteamet.

Målen har förankrats i socialnämnd och styrgrupp.

Fem förbättringsområden

Demensteamet valde ut fem olika förbättringsområden att arbeta med i det här projektet. Utgångpunkten har varit Socialstyrelsens modell för insatsförloppet, dock med tillägget ”före diagnos”, vilket kommer att resultera i ett separat projekt.

1. Förtydliganden av gemensamma mål för arbetet med kognitiv svikt/demens.
2. Gemensam digital plattform för samverkan och informationsutbyte.
3. Struktur för möten med demensteamet.
4. Rutiner och arbetsformer för
   - att påkalla behov
   - gemensam behovsutredning
   - utredning inför diagnos
   - upprättande av SIP samt plan för uppföljning
   - uppföljning.
5. Målgruppsanpassade beskrivningar för att kommunicera kontaktvägar, arbetsformer med mera.

Gemensam digital plattform underlättar samverkan

För att underlätta för samverkan och informationsutbyte mellan kommun och region behövs en gemensam delningsyta. Denna ger en överblick och transparens i arbetet och bidrar till strukturerade möten.

Via den digitala plattformen kan:

- gemensamma dokument och mallar sparas
- olika typer av ärenden anmälas inför möten med demensteamet
- dagordning för möte med demensteamet delas
- överrapportering mellan kommun och region ske.

Samverkan kring plattformen har skett, och kommer att fortgå, med kommunens och regionens respektive IT-avdelningar.

Struktur för demensteamets möten

När demensteamet träffas är det ofta många olika ärenden som ska hanteras. Genom en tydlig struktur för mötena ökar förutsättningarna för önskad effekt.

Följande mötespunkter har definierats:

- nyinkomna ärenden: uppkomna utmaningar, diagnos – samtal med läkare, behovsutredningar, upprättande av SIP, inklusive plan för uppföljning
- uppföljning av aktuella ärenden och eventuell revidering av SIP
- planering och avstämning av schema för att svara i demenstelefonen
- verksamhetsutveckling
- översyn av aktuella projekt.

Punkterna behöver struktureras på ett tydligt sätt för att deltagarna ska ha möjlighet att förbereda sig och för att mötet ska ge det resultat som behövs. Den gemensamma digitala plattform som beskrivits ovan är en viktig förutsättning för att få mötesrutinerna på plats.

MÖRBYLÅNGA KOMMUN

Rutiner och arbetsformer

För varje steg i det standardiserade insatsförloppet har demensteamet diskuterat och förtydligat ansvarsförhållanden och genomförande, alltid med berörd och anhöriga i centrum. Här följer en beskrivning av respektive steg i insatsförloppet.

- **För att påkalla behov – ett telefonnummer**
  Demensteamet har etablerat ett telefonnummer som är kontaktvägen in vid alla typer av demensfrågor, både för allmänheten och personal inom kommun och region. Syftet är bland annat att öka tillgängligheten, sänka tröskeln att ta kontakt samt få en samlad väg in till demensteamet.

- **Gemensam behovsutredning**
  Rutinerna för behovsutredning har förfinats. Aktuella ärenden lyfts till demensteamet av regionens demenssjuksköterska i samråd med kommunens demenssjuksköterska. En samlad bedömning görs vid teamets möte. Över tiden har formerna för denna samlade bedömning utvecklats.

- **Utredning inför diagnos**
  Rutinerna för utredningsarbetet inför diagnos håller på att förfinas för att kunna erbjuda berörda ännu mer anpassade åtgärder utifrån specifika behov.

  Nytt projekt om tiden före diagnos
  I utredningsarbetet görs en samlad funktions- och aktivitetsutredning, vilka det idag saknas tydliga riktlinjer för hur och var de bäst utförs. Ansvarsfördelningar och tillvägagångssätt kommer att fördjupas i ett specifikt projekt som kan ses som ett resultat av arbetet med det standardiserade insatsförloppet. Deltagarna i demensteamet har drivit fram projektet, som ska ge förutsättningar för ännu bättre diagnoser och specifikt anpassade insatser i rätt tid.

  Projektet är i ett tidigt skede och kontakter har tagits med regionens primärvårdsrehabilitering och demenssjuksköterskor, läkare och chefer samt demensteamets styrgrupp och den kommunala rehabiliteringsenheten.

  Bedömningarna kommer under projekttiden att utföras av kommunens arbetsterapeut i demensteamet med regelbunden kontakt med regionens demenssjuksköterskor.

  Bedömningsinstrument kommer att användas och utvärderas utifrån lämplighet. Riktlinjer och rutiner för remittering, bedömning och överrapportering kommer att tas fram. Projektet väntas pågå under hösten 2021 och kommer att resultera i en projektrapport.

  Tidig medverkan av läkare
  Ett proaktivt arbetssätt, med dialog mellan läkare och demensteamet redan före diagnos, håller på att etableras. Läkaren erbjuds tid för deltagande i demensteamets möten.

  Genom detta är samtliga professioner med tidigt i processen. För att samverkan ska fungera fullt ut krävs tydlighet kring när möten med demensteamet genomförs, och vilka ärenden som finns på dagordningen där dialog mellan teamet och läkare är önskvärt. Den största utmaningen är att inte låta en stressig arbetssituation göra att samverkan och proaktivitet väljs bort.

- **Upprättande av SIP**
  Grundtanken är att demensteamet tillsammans bestämmer vem som är ansvarig för upprättande av en samordnad individuell plan (SIP) i ett specifikt ärende och vilka övriga professioner som ska delta i arbetet. Denna mindre grupp träffar berörd och anhörig och upprättar en SIP. Här bestäms även kontaktperson och uppföljningsdatum. Arbetssättet präglas av en helhetssyn och underlättar för berörd och anhörig, som slipper flera olika kontaktvägar.

- **Plan för uppföljning**
  Arbetssättet bygger på att samlade avstämningar görs vid demensteamets möten utifrån en SIP. Om någon i teamet har förhinder att delta på mötet ska uppföljande slutsatser rapporteras via den plattform som är på väg att inrättas. Vid avstämningar deltar även den profession som arbetar med närmast berörd, exempelvis hemtjänst. Demensteamet utser en grupp som genomför uppföljande samtal med berörd och anhörig. SIP:en uppdateras vid behov och en ny tidpunkt för uppföljning bestäms.

Målgruppsanalys för kommunikation

För att demensteamets arbete ska fungera enligt det standardiserade insatsförloppet krävs kommunikation, både internt och externt. Demensteamet har därför gjort en målgruppsanalys. Här konstaterades att informationen behöver ges med tre olika detaljeringsgrader:

- Övergripande: till allmänheten.
- Övergripande internt i kommun och region: till de funktioner som behöver veta hur arbetet bedrivs i stort.
- Detaljerat internt i kommun och region: till de funktioner som arbetar nära personer med demensdiagnos och anhöriga, och som behöver fördjupade beskrivningar kring arbetet.

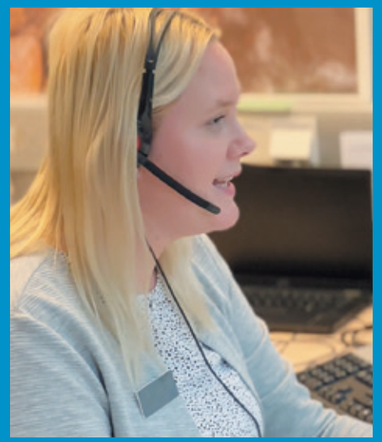
Arbetet med att upprätta detta informationsmaterial pågår. En planering kommer även att göras i närtid för hur informationen ska förmedlas muntligt till den personal som behöver fördjupad information om arbetsformer och rutiner.

Arbetssättet säkerställer att rätt kompetens möter berörd och anhörig vid ett samlat tillfälle. Utmaningen är att inte ta genvägar vid stressiga situationer, dvs. att alltid mäkta med att välja den lilla gruppen med stor omsorg.

Mörbylånga kommuns projektrapport kan läsas i sin helhet på Svenskt Demenscentrums hemsida.

Tips!

Foto: Christina Nemell/Svenskt Demenscentrum



Den nya telefontjänsten bemannas av demensteamet enligt ett roterande schema.

NY TELEFONTJÄNST FÖR ÖKAD TILLGÄNGLIGHET

För att underlätta för allmänheten och även personal att komma i kontakt med demensteamet har Mörbylånga kommun inrättat en ny telefontjänst för alla typer av demensfrågor. Den är öppen helgfria vardagar mellan kl 08 och 16. Genom att ringa numret kommer anhöriga i snabb kontakt med en representant från demensteamet och kan få prata i lugn och ro.

Helen Svensson, undersköterska och anhörigsamordnare, är en av dem som tar samtalen i telefontjänsten.

– Samtalen kan handla om allt möjligt, berättar hon. Det vanligaste är att de kommer från anhöriga, men det händer också att det är oroliga grannar som ringer.

– Det är inte lätt att ta första steget att ringa och be om hjälp. Många tycker att det är jobbigt när man redan har en svår situation hemma. Då ska man inte behöva ringa en massa olika samtal och kanske inte ens få tala med en människa utan att behöva trycka hit och dit. Då lägger man gärna på istället.

När man ringer till kommunens nya nummer lyssnar mottagaren, dokumenterar och beskriver för uppringaren vad som fortsatt kommer att hända. Om samtalet resulterar i fortsatt hantering anmäls ärendet till nästa möte med demensteamet. Samtalet ger ett stort stöd i stunden, samtidigt som en första kontakt är etablerad för eventuella framtida åtgärder.

Ännu så länge bemannas telefontjänsten av ett fåtal personer från kommunen enligt ett roterande schema.

Målsättningen är att etablera en utökad svarsgrupp.

Demenssjuksköterska Fredrik Lilja berättar att kommunen genomförde en informationskampanj när det nya numret inrättades. Efter att ha annonserat på hemsidan, Facebook och via anslag åkte de runt till alla större samhällen i kommunen och berättade om numret för allmänheten.

– Ibland nämner folk att de hörde talas om telefontjänsten vid något av de här tillfällena, så i höst drar vi igång en kampanj igen. Det har vi märkt är jätteviktigt, säger Fredrik Lilja.

Foto: Christina Nemell/Svenskt Demenscentrum

– Man ska bara behöva ringa ett enda nummer för att få hjälp från oss, säger Helen Svensson som tar en del av samtalen.

Tips!

Foto: Christina Nemell/Svenskt Demenscentrum

Diplomet intygar att personalen fått grundläggande kunskap om demenssjukdomar och verktyg för att jobba personcentrerat.

STJÄRNMÄRKTA

Personal i Mörbylånga som i sitt dagliga arbete möter personer med demensdiagnos och deras anhöriga har fått gå utbildningen Stjärnmärkt.

Stjärnmärkt är en utbildningsmodell från Svenskt Demenscentrum. I augusti 2021 var 97 enheter i 30 kommuner runt om i landet Stjärnmärkta.

Utbildningen består av fyra utbildningssteg och vänder sig främst till personal på demensboenden, äldreboenden, dagverksamheter och hemtjänstenheter men även till biståndshandläggare. När minst 80 procent av medarbetarna på en arbetsplats genomfört samtliga utbildningssteg blir arbetsplatsen Stjärnmärkt.

Arbetsplatsen erhåller då ett diplom med Stjärnmärkts symbol. Det är ett bevis för att medarbetarna har fått grundläggande kunskap om demenssjukdomar och verktyg för att arbeta personcentrerat.

Helen Svensson är projektledare för Stjärnmärkt i Mörbylånga kommun.
– Alla har tyckt att utbildningen varit så bra! Man får tänka till och reflektera över vad man gör. Det har alla längtat extremt mycket efter, att få input från varandra. Att även cheferna går utbildningen är också uppskattat, säger hon.

Demenssamordnare Fredrik Lilja håller med:
– Att man peppar varandra och har någon att bolla med är jätteviktigt. Stjärnmärktutbildningen har skapat en kunskapsbredd som innebär att allt fler arbetar med individen i fokus. Vi ser det också som en del i ett större sammanhang. Tack vare Stjärnmärkt blir det fokus och inriktning på personcentrerad vård under lång tid. Eftersom alla ska gå utbildningen är det inte heller någon som missas.

Fredrik Lilja berättar att projektledaren har givits extra utrymme för att jobba med Stjärnmärkt. Det fanns inte med i den ursprungliga budgeten, men kommunpolitikerna fattade ett beslut att främja vidareutbildning på bred front.

Foto: Christina Nemell/Svenskt Demenscentrum

Hemtjänsten i Mörbylånga är en av kommunens Stjärnmärkta enheter.

Tips!

Foto: Christina Nemell/Svenskt Demenscentrum

Leo, 79 år, är en av de entusiastiska deltagarna på herrgympan.

HERRGYMPA – POPULÄRT OCH EFFEKTIVT

I Mörbylånga träffas fem herrar två gånger i veckan på träningspass som leds av Katarina Westerlund. Hon är undersköterska och ingår i demensteamet.

På grund av coronapandemin har träningen ägt rum utomhus under sommaren, i direkt anslutning till omvårdnadsboendet Rönningegården. Till hösten flyttar träningen in i en speciellt anpassad träningslokal. Ett tacksamt bidrag på 100 000 kronor har just kommit från kommunen för inköp av fler redskap.

Träningen är individanpassad och har föregåtts av hembesök av fysioterapeut och arbetsterapeut. Var och en tar i efter förmåga.

Alla deltagare, den äldsta är 91 år, har någon form av demenssjukdom. Träningspassen är mycket populära och uppslutningen god.

– Det är intressant att se vilka positiva effekter träningen har på olika plan. Den ger både styrka och kondition och är dessutom bra för kognitionen, säger Katarina Westerlund.

Under coronapandemin gjorde träningsgruppen ett långt uppehåll. När den drog igång igen kunde Katarina Westerlund se en tydlig försämring i både styrka och kondition hos deltagarna.

Utöver goda fysiska effekter bidrar träningspassen till social delaktighet.

– Kamratskap! hojtar en av deltagarna som svar på frågan vad träningen givit dem.

Efter varje pass, som är två timmar långt, lunchar de fem herrarna tillsammans på Rönningegården.

Katarina Westerlund berättar att det under hösten kommer att dras igång fler aktivitetsgrupper, till exempel körsång, fler träningsgrupper, hantverksgrupp och matlagningsgrupper både för personer med demenssjukdom och för anhöriga.

Foto: Christina Nemell/Svenskt Demenscentrum

Herrgympagruppen i Mörbylånga är så populär att fler träningsgrupper kommer att startas inom kort.

Olika arbetssätt en utmaning

Fredrik Lilja är demenssjuksköterska, nybliven Silviasjuksköterska och samordnare för Södra Ölands demensteam.

Vad tror du är det största hindret för en god samverkan mellan kommun och region hos er?
– Från min kommunvinkel är det ett hinder att de i regionen är mer styrda i sina arbetsuppgifter. Jag skulle önska att regionen hade en demenssköterska som enbart jobbade med demensärenden. Vi har haft lite svårt att få till träffar till exempel. Vi har fått väldigt fria händer i kommunen att lägga upp vårt arbete och jag skulle önska att det var mer så i regionen också, lite friare tyglar att få jobba med demens. Jag tror att det skulle underlätta.

Hur ser du på den närmaste framtiden?
– Vi har fått till ett spännande samarbete med en geriatriker som slutar sin tjänst på sjukhuset i Kalmar och från och med i höst kommer att jobba hos oss som äldreläkare på boendet och med demensteamet.

– I övrigt är jag lite orolig inför hösten och vintern eftersom det var oroväckande lugnt i våras med orimligt få nya ärenden. Förmodligen vårdar många sina anhöriga i hemmet eftersom man inte vill gå till vårdcentralen och få covid.

Fredrik Lilja misstänker att det kan bli en explosion av nya fall.

Foto: Christina Nemell/Svenskt Demenscentrum

Mörbylångas råd till andra kommuner

Att etablera och samverka genom ett demensteam med flera olika professioner kräver resurser och tid. Det är viktigt att vara flera (2–3 personer räcker inte). Skynda långsamt och ha tålamod. Vägen är inte spikrak men efter ett tag kommer resultatet.

Det är en tidsmässig utmaning att kombinera den ”normala tjänsten” med arbetet i demensteamet, speciellt i ett uppbyggnadsskede. Gruppen behöver prata om just detta och hitta arbetsformer där de två delarna hänger ihop på ett bra sätt. I förlängningen kommer delarna att gå in i varandra och stärka arbetssituationen som helhet. Slutsatsen är samma som ovan: det gäller att hänga i och inte ge upp.

Det krävs en djup och genuin ödmjukhet inför andras kunskap och profession. Kulturen med ömsesidig respekt är avgörande för resultatet.

Motverka alla former av maktpositionering. För att få önskad effekt behöver det finnas en grundmurad inställning att alla professioner är lika viktiga. Och att vi är bra på olika saker. Om var och en gör det som de är bäst på brukar det bli en bra helhet.

Ta in en extern resursperson vid något tillfälle för att få ett utifrånperspektiv, gärna någon som inte är insatt i arbetsformerna och ansvarsfördelningen och som kan fånga slutsatser från diskussioner.

Foto: Christina Nemell/Svenskt Demenscentrum

Umeå kommun

FAKTA

Norrlands största kommun, residensstad i Västerbottens län

Antal invånare: ca 130 000

Andel invånare över 65 år: 17 procent

KARTLÄGGNING AV SAMVERKAN OCH NIO OMRÅDEN

Projektgruppen i Umeå kommun har kartlagt område för område av sin verksamhet inom demensomsorgen. Utöver att ha fokuserat på hur samverkan mellan kommun och region kan förbättras, har de kartlagt nio av de särskilda perspektiv som ingår i Socialstyrelsens checklista för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom.

Stort antal intervjuer

För att få en bild av hur varje område fungerar i dagsläget och även ta reda på vilka förbättringsområden som finns, har projektgruppen genomfört ett 50-tal intervjuer via telefon och digitala möten samt två enkäter.

Ny samordningstjänst inrättas

Tidigt i projektarbetet initierade kommunens äldreomsorgsdirektör en dialog kring att skapa en tjänst som samordnare inom demensområdet. Kartläggningarna i projektet har bidragit till att en uppdragsbeskrivning tagits fram. Samordnaren tillträder under hösten 2021 och får då i uppgift att förvalta och vidareutveckla det arbete som projektgruppen startat genom att:

- arbeta med förbättringsåtgärder
- optimera samordningen av insatser kring personer med demenssjukdom och deras anhöriga genom att stimulera användningen av SIP (samordnad individuell plan)
- implementera de delar av det standardiserade insatsförloppet som kommunen är huvudman för
- skapa ett multiprofessionellt, gränsöverskridande demensteam mellan kommunens olika verksamhetsgrenar
- optimera samverkan med regionen.

Nio förbättringsområden

1. Utbildning för personal
2. BPSD
3. Tandvård
4. Yngre personer med demenssjukdom
5. Stöd och information till anhöriga och närstående
6. Avböjer stöd och insats
7. Våld i nära relationer vid demenssjukdom
8. Personer med intellektuell funktionsnedsättning
9. Nationella minoriteter

Organisation och rutiner ett hinder för samverkan

Projektgruppen ser de största hindren för en god samverkan i att organisationen inom regionens hälsocentraler varierar, liksom deras rutiner och arbetssätt. Detta medför att det i många delar är svårt att hitta gemensamma samverkansstrukturer. Distriktssjuksköterskor med demensansvar på hälsocentralerna är också hårt arbetsbelastade och tillgängligheten för samverkan är därför liten.

Att samverkan med regionens demensansvariga på hälsocentralerna har varit bristfällig under projekttiden kan också till viss del antas bero på den pågående pandemin. Däremot har projektgruppen haft dialog med regionala samverkanskoordinatorer, utvecklingsstrateg för God och nära vård samt samordnare för mobila insatser som arbetar övergripande. Genom detta har värdefulla kontakter knutits inför det framtida utvecklingsarbetet inom demensområdet.

Umeå kommuns projektrapport kan läsas i sin helhet på Svenskt Demenscentrums hemsida.

SIP – det viktigaste verktyget

En samordnad individuell plan (SIP) är det viktigaste och mest effektiva verktyget för samverkan mellan kommunens och regionens aktörer. Redan strax efter diagnostillfället bör ett SIP-möte hållas. I nuläget används det framförallt när läkemedelsansvaret övertas av hemsjukvården från primärvården i Umeå. Projektgruppen bedömer att den begränsade användningen av SIP medför att personer med demenssjukdom och deras anhöriga inte får samordnade, tidiga och optimala insatser. Om inte kontakt med kommunen skapas tidigt är erfarenheten att många ärenden blir akuta när anhöriga inte längre orkar vårda sina närstående i hemmet.

Av den samordnade individuella planen ska framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen samt vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret. Projektgruppen har gjort ett flödesschema för SIP (se projektrapporten 5.1) och påbörjat arbetet med att vidareutveckla de olika stegen i detta.

Så fungerar samverkan med regionen

… i särskilt boende

Frågor ställdes till sjuksköterskor i vård- och omsorgsboenden om hur de uppfattar att samverkan fungerar med läkare på hälsocentralerna och i specialistvården. Frågorna rörde demenssjukdomar i allmänhet, handläggande av BPSD och palliativ vård.

Sjuksköterskorna beskriver en i huvudsak fungerande samverkan, men några förbättringsområden lyfts fram:

- Geriatrisk kompetens efterfrågas för läkare och sjuksköterskor på vård- och omsorgsboenden. Det är inte längre läkare med geriatrisk specialistkompetens som är ansvariga för ronderna där.
- Årliga läkemedelsgenomgångar behöver prioriteras.
- En mer långsiktig planering från regionen för att tillgodose en god kompetensförsörjning med läkare i framtiden.
- Ökade möjligheter för patienter att få genomgå en demensutredning även efter flytt till ett vård- och omsorgsboende.

… på korttidsboende

Kontakter med specialistvården på Geriatriskt centrum fungerar bra. Rätt person kan nås direkt.

Förbättringsområde:

- Kartläggning av BPSD bör göras oftare innan eventuella läkemedel sätts in.

… vid palliativ vård i livets slutskede

De flesta intervjuade uttrycker att rutinerna fungerar även om det skiljer sig åt mellan olika boenden.

Förbättringsområde:

- Palliativa beslut tas ibland alltför sent, vilket gör det svårt för både anhöriga och personal. Anhöriga som inför palliativ vård får denna information i tidigt skede av förloppet får oftare lättare att hantera situationen.

… i hemsjukvården

Distriktssjuksköterskornas samarbete med Geriatrikens demensteam och mottagning fungerar bra via direktnummer. Likaså oftast med Äldrepsykiatrimottagningen.

Rutinerna för läkarkontakter varierar eftersom det är många olika hälsocentraler de samarbetar med.

Förbättringsområden:

- Att behöva ha kontakt med 5–6 olika hälsocentraler, som alla har olika kontaktvägar, försvårar arbetet.
- Många av dem som skrivs in i hemsjukvården har en demenssjukdom eller kognitiv svikt som inte är utredd. Hemsjukvården initierar då en demensutredning dit kön ofta är flera månader lång. Trots att hemsjukvården tagit initiativ till demensutredningen sker ingen återkoppling av utredningen från regionen till hemsjukvården. Projektgruppen menar att om SIP erbjöds direkt i samband med att en demensdiagnos ställs, skulle det här glappet överbryggas.
- Distriktsläkare sätter ofta in läkemedel till hemsjukvårdspatienter med BPSD-symptom utan att någon skattning av orsakerna har gjorts.
- Möjlighet att alltid få hembesök av läkare i palliativt skede är ett efterfrågat förbättringsområde.

Vad tycker läkarna om samverkan med kommunen?

BPSD i vård- och omsorgsboenden handläggs enligt rutinen, menar en läkare, som också tycker att det underlättar om en undersköterska med demenskompetens kan vara med på ronden. De bidrar med viktig kunskap och kan själva få större förståelse för eventuella läkemedelsjusteringar. I ordinärt boende efterlyses ett gemensamt utvecklingsarbete mellan region och kommun när det gäller behandling av BPSD.

Vidareutbildning inom demensområdet för sjuksköterskorna på vård- och omsorgsboenden är något som efterfrågas.

Bra rutiner för palliativ vård på vård- och omsorgsboenden finns, men är svårare när patienten bor hemma. Läkarna skulle gärna göra hembesök, men då krävs mer tid och en annan organisation.

Prioriterat förbättringsområde

Vid intervjuerna med såväl primärvårdens läkare som kommunens sjuksköterskor i hemsjukvården lyfts vikten av att få till fungerande rutiner för hantering av BPSD i ordinärt boende. Det är också ett prioriterat förbättringsområde att det i alla vård- och omsorgsboenden utförs en BPSD-kartläggning enligt rutinen i vårdprogrammet för Västerbottens län.

Utbildning av personal inom äldreomsorgen

För all personal som anställs inom kommunal hemtjänst och vård- och omsorgsboende är det obligatoriskt att ta del av introduktionsdelen i en basutbildning. En fördjupningsdel erbjuds efter tre månaders vikariat eller tillsvidareanställning. Den innehåller Demens ABC Plus, Nollvision – en demensvård utan tvång och begränsningar samt Palliation ABC. De erbjuds även tredagarsutbildningen RESIMA (Resurser i mötet med aggressivitet).

Projektgruppen ville också kartlägga hur de privata utförarna av hemtjänst utbildar sin personal men alltför få valde att delta varför resultatet inte kan sägas vara representativt.

Förbättringsarbeten

Flera förbättringsarbeten pågår inom basutbildningen i den kommunala äldreomsorgen där ökad uppföljning av kunskap via test införs och automatiska rapporter genereras till respektive chef för att underlätta uppföljning.

BPSD – BETEENDEMÄSSIGA OCH PSYKISKA SYMPTOM

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, som förkortas BPSD, drabbar 9 av 10 personer med demens någon gång under sjukdomsförloppet. Till BPSD räknas bland annat apati, vanföreställningar, depression, sömnstörningar och hämningslöshet.

Det finns ingen generell behandlingsmetod mot BPSD. I första hand ska inte läkemedel användas. I stället bör man kartlägga personens omvårdnad, vårdmiljö och läkemedelsanvändning för att försöka hitta och eliminera den bakomliggande orsaken till symptomet.

En orsak till BPSD kan till exempel vara olämplig läkemedelsbehandling.

Antipsykotiska läkemedel, som kan komma i fråga vid BPSD, ska användas restriktivt på grund av ökad risk för allvarliga biverkningar. Läkemedelsbehandlingen bör vara tillfällig och utvärderas regelbundet.

BPSD-REGISTRET

Sedan 2010 finns BPSD-registret som är ett nationellt kvalitetsregister. Det syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. Målet är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteende-

mässiga och psykiska symptom och därigenom minska lidandet samt öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala, Neuropsychiatric Inventory – Nursing Home (NPI-NH), som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom.

Efter skattningen genomförs en analys av tänkbara orsaker med hjälp av en checklista.

En bemötandeplan utformas och individanpassade åtgärder sätts in. När man arbetat med åtgärderna under en bestämd tidsperiod, utvärderar man dessa genom att göra en ny NPI-skattning och upprepa processen.

BPSD-administratören vid enheten registrerar insamlad data som sammanställs till en rapport som kan skrivas ut och användas i det dagliga arbetet på enheten. Från registret kan även statistik över egna data jämföras med övriga riket.

Att lyfta BPSD-arbetet

I Umeå har arbetet med BPSD pågått i nästan tio år och alla särskilda boenden är anslutna till registret. Idag finns det tre certifierade utbildare i kommunen. En av dem är Silviasyster Eva Persson, som också ingår i kommunens demensteam.

Vilka är utmaningarna i BPSD-arbetet?
– Det är att få fler att verkligen jobba med de här frågorna och inse nyttan av BPSD-registret. Idag kommer det lite i andra hand och används ofta bara i de svåraste fallen. Därför ger registret en skev bild av hur det faktiskt ser ut i verkligheten.

Vad tror du krävs för att fler ska börja använda registret?
– På vård- och omsorgsboenden behöver målet vara att alla med demenssjukdom ska skattas oavsett hur svåra symptomen är. All personal behöver bli delaktig i de här frågorna för att resultatet ska bli bra. Det finns en rutin framtagen som beskriver arbetssätt och roller i arbetet med BPSD-registret, men rutinen behöver göras känd i hela den berörda verksamheten.

Inom hemtjänst och hemsjukvård används inte BPSD-registret alls i er kommun. Varför inte?
– I intervjuer har det framkommit att med nuvarande arbetssätt och schemaplanering finns inte tiden. Verksamhetsledningen har bjudits in till dialog kring detta, men har på grund av pandemin inte kunnat prioritera det.

– I Umeå saknas också en plan för vem som tar ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser utifrån BPSD för de personer som inte har hemsjukvård. Av en intervju med grannkommunen Skellefteå framgår att sjuksköterskan i det kognitiva stödteamet kan träda in och ta HSL-ansvaret när berörd person inte har hemsjukvård. Det gör att arbetet med kartläggning och skattning kan komma igång.

Har ni i projektgruppen några konkreta förslag på åtgärder inom BPSD-området?
– Vi föreslår att en anpassad utbildning för chefer tas fram som kan ingå i de obligatoriska utbildningsmoment som nyanställda chefer genomgår. Vi har märkt att en framgångsfaktor är när chefer deltar i BPSD-utbildningarna. De får en större förståelse för vad uppdraget som BPSD-administratör innebär och för chefens stödjande roll.

– Vi föreslår också att även privata hemtjänstföretag erbjuds BPSD-utbildning, eftersom cirka hälften av kunderna i hemtjänst använder sig av privata utövare.

Eva Persson, som är Silviasyster och certifierad utbildare i BPSD, önskar att fler ville jobba med dessa frågor.

Foto: Tanan Li/Svenskt Demenscentrum

Tandvård

Redan i tidig fas av demenssjukdomen kan munhälsan vara påverkad genom att personen har svårigheter att sköta sin munhygien. I Region Västerbottens vårdprogram beskrivs hur dålig tandstatus hos personer med demenssjukdom kan medföra undernäring, smärta, lunginflammation och frätsår i munnen. Muntorrhet som medför svårigheter att äta och svälja samt dålig tuggförmåga är riskfaktorer för undernäring. Olika symptom, till exempel matvägran eller aggressivitet, kan vara uttryck för smärtor i munnen.

För strukturerad bedömning av munhälsa hos personer med demenssjukdom rekommenderas i Västerbottens län bedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide (ROAG).

Munhälsobedömning i Umeå

Folktandvården Umedalen är den klinik som i Umeå kommun har ansvar för tandvården för äldre. Man erbjuder årliga besök till samtliga personer som bor på särskilda boenden då man genomför munhälso-

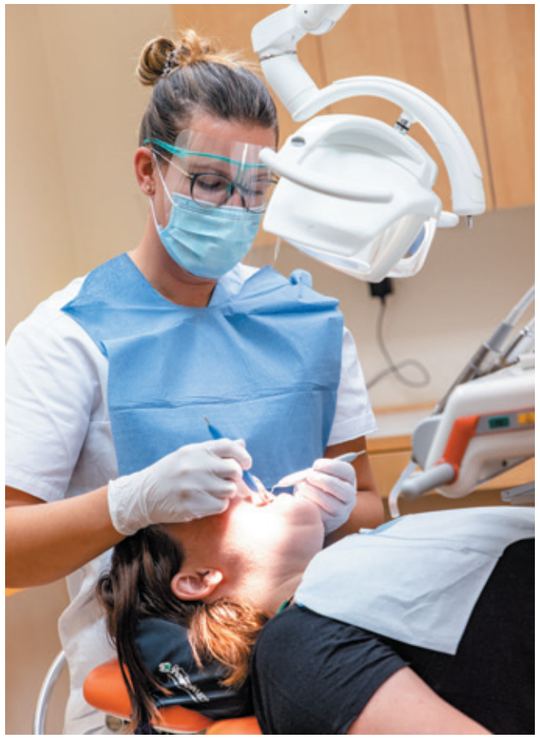


Foto: Yanan Li/Svenskt Demenscentrum

bedömningar. Kliniken ansvarar även för att erbjuda personer i ordinärt boende årliga munhälsobedömningar.

Uppsökande munhälsobedömning i särskilt boende görs av tandhygienist och tandsköterska. Inför besöket informeras enhetschefen för boendet. Man har som krav att en i omvårdnadspersonalen ska medfölja vid munhälsobedömningarna, dels för att omvårdnadspersonalen förväntas ha kännedom om personen, dels för att viktig information kring de undersökningsfynd man gör ska kunna förmedlas.

Svårt att samordna i ordinärt boende

Uppsökande munhälsobedömningar inom ordinärt boende har ännu inte påbörjats. Det beskrivs som en utmaning att få till besöken rent logistiskt utifrån att man behöver kunna samordna med ett stort antal hemtjänstutförare. Även här krävs att det finns en kontaktperson som kan medverka vid besök i hemmet.

Det finns en planering i Umeå kommun för detta arbete och under våren 2020 låg man i startgroparna med att inleda den uppsökande verksamheten inom ett hemtjänstområde. Detta blev dock inte möjligt på grund av coronapandemins utbrott.

Förbättringsområden

Munhälsobedömning i tidigare skede

Tandvården behöver hitta vägar för att göra munhälsobedömning i ett tidigt skede, kanske redan vid demensdiagnos. På så vis blir det möjligt att tidigt göra en plan och erbjuda stöd för att förebygga ohälsa.

Vid projektgruppens intervju med tandhygienist har framkommit att det är alltför vanligt att besök till tandvården avbokas. När anhöriga avbokar uppges en vanlig orsak vara att man inte lyckas få sin närstående att samtycka till besöket. Resultatet av de frekventa avbokningarna blir kraftigt försämrad munhälsa då man inte kunnat sätta in rätt förebyggande åtgärder i rätt tid.

Medföljande personal viktig

Ett annat förbättringsområde som lyfts fram av folktandvården är att omsorgspersonal som följer med en person med demenssjukdom till tandvårdskliniken, behöver vara införstådd med sin viktiga roll att ha fokus på kontakten med personen med demenssjukdom och se till att denne känner sig lugn, trygg och respekterad genom hela processen.

En tandhygienist beskriver hur det är alltför vanligt att den medföljande personalen allt som oftast ”lämnar ifrån sig” personen till tandhygienisten eller tandläkaren för att sedan ägna sig åt sin mobiltelefon. Detta bekräftar även en tandsköterska vid folktandvården.

Yngre med demenssjukdom prioriterat område

I Sverige uppskattas antalet yngre personer som har en demenssjukdom till cirka 9 000. Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar med högsta prioritet att det finns dagverksamhet respektive särskilt boende som är anpassat för yngre med demenssjukdom.

Familjen påverkas starkt

En yngre person kan ha särskilda behov som skiljer sig från dem som insjuknar senare i livet. Sjukdomsförloppet är ofta mer intensivt samtidigt som de fysiska funktionerna är mer intakta än hos äldre.

Eftersom de yngre yrkesarbetar kan de ha en tydligare social förankring. Sjukdomen för ofta med sig ekonomiska konsekvenser och påverkar anhöriga i hög grad. En yrkesarbetande partner får svårt att ta hand om sin närstående i hemmet, samtidigt som LSS-insatser kan vara svåra att få beviljade.

Finns det hemmavarande barn påverkas de ofta starkt av förälderns sjukdom. Stor oro, mag- och sömnproblem, social isolering och svårigheter med skolarbetet är inte ovanligt.

Yngre får bo på äldreboenden

I Umeå saknas i dagsläget ett särskilt boende anpassat för yngre. Idag placeras yngre med demenssjukdom i äldreomsorgens vård- och omsorgsboenden.

Den lokala Demensföreningen har drivit frågan och lyft den hos ansvariga politiker. Individ- och familjenämnden har nu uppdragit till förvaltningen att utreda förutsättningarna för att öppna ett boende för yngre med demenssjukdom. Uppdraget ska genomföras i nära dialog med äldreomsorgen för att åstadkomma en sammanhållen helhetslösning.

Dagverksamhet för yngre personer erbjuds med möjlighet att delta vid fyra tillfällen per vecka. Träffar med anhöriga genomförs. De anhöriga kan också delta vid upprättandet av en genomförandeplan.

Projektgruppen i Umeå har efter studiebesök på dagverksamheter och boenden inspirerats till att fundera över och beskriva i sin rapport 10.1 hur ett boende för yngre med demenssjukdom skulle kunna utformas.

Yngres speciella behov

En som kartlagt området yngre med demenssjukdom är Kristina Sandgren, anhörigkonsulent i Umeå kommun.

Yngre som har en demenssjukdom är ganska få till antalet jämfört med äldre.
– Ja, men inte desto mindre viktiga. Har man i små kommuner inte tillräckligt underlag för insatser kan man samverka med kranskommuner. Vi behöver hjälpas åt för att öka livskvalitén hos de här personerna. Det är specifika svårigheter den här gruppen drabbas av som skiljer sig från äldres situation.

Vad kan kommunen göra för familjerna?
– Vi måste säkerställa att barnen inte blir anhörigvårdare, för den risken är överhängande. Det gör vi genom att utveckla ett tydligare samarbete med biståndshandläggarna. Vi behöver titta på vad den friska föräldern behöver för hjälp och hur vi kan stötta hela familjen. Det är viktigt att vi får till ett samarbete på ett mer etablerat sätt.

Foto: Yanan Li/Svenskt Demenscentrum

– Vi behöver etablera ett tydligare samarbete med biståndshandläggarna och se hur vi kan stötta hela familjen, säger anhörigkonsulent Kristina Sandgren.

Vilka utvecklingsområden finns det mer för unga anhöriga?
– Vi behöver skapa en rutin för att samverka med elevhälsan i Umeå kommun. Det är ju långt ifrån alla som berättar i skolan att de har en förälder där hemma med demenssjukdom.

– Det är också viktigt att se till att barn under 18 år inte hamnar i de vanliga anhörigutbildningarna där mer generell information ges. Barn och ungdomar behöver mer riktad information som gäller i just deras situation, för den är väldigt speciell.

HJÄLP FÖR VÅRD- OCH OMSORGSPERSONAL ATT STÖTTA UNGA ANHÖRIGA

SNUA heter ett nystartat nätverk som arbetar för att unga anhöriga ska få bättre stöttning.

På hemsidan kan du som personal få fördjupade råd, material att dela ut, ta del av tillgänglig forskning och aktuell lagstiftning. Nätverket utgörs av representanter för olika professioner, till exempel överläkare, demenssamordnare, specialistsjuksköterska, anhörigsamordnare och ungdomsledare.

Hemsidan nås på:
www.kognitivsjukdom.se/snua

Boktips: Unga anhöriga berättar

I en intervjubok från Svenskt Demenscentrum beskriver några ungdomar hur det är att växa upp med en demenssjuk förälder och ger tips till andra unga anhöriga. En expertpanel svarar på frågor och informerar om det stöd som anhöriga och deras föräldrar kan få. Boken kan med fördel också läsas av vård- och omsorgspersonal, skolkuratorer, lärare, tjänstemän, makthavare och andra med inflytande över de förutsättningar som ges en utsatt grupp unga människor.

Boken kan laddas ned utan kostnad från Svenskt Demenscentrum.

"Pizza och chips var det enda jag åt i två år. Skolan struntade jag i och på nätterna spelade jag dataspel. Mamma märkte ingenting. Hon levde i sin egen lilla alzheimervärld." – Erik

Foto: Privat

Anhörigutbildning

I Umeå erbjuds sedan många år tillbaka utbildning för anhöriga till personer med demenssjukdom. Enligt vårdprogrammet ”Utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Västerbottens län” ska anhöriga få stöd genom ett samarbete mellan hälso- och sjukvården (Region Västerbotten) och socialtjänsten (Umeå kommun). Bland annat ska utbildningen öka kunskapen om demenssjukdomar, öka förståelsen för beteendeproblem, skapa kontaktnät med andra anhöriga och informera om kommunens resurser.

Olika informationsmaterial har använts: Svenskt Demenscentrums webbutbildning för anhöriga samt nya utbildningar som tagits fram i samverkan mellan kommun och region.

… via primärvården – svårt få hälsocentralerna att medverka

Det har visat sig svårt att få med hälsocentralernas representation av sjuksköterska och arbetsterapeut vid genomförandet av utbildningarna. Orsaken kan vara att arbetssätt och arbetssituation skiljer sig åt för medarbetarna på de olika hälsocentralerna. Man är överens om att utbildning och information till anhöriga är viktigt, men det saknas resurser för att aktivt delta under utbildningarna.

I det gränsöverskridande förbättringsarbetet är det därför viktigt:

- att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan Region Västerbotten och Umeå kommun för de olika delarna i utbildningen
- att ansvaret följer funktioner i respektive organisation och inte bygger på personliga intressen och preferenser
- att hälsocentralerna ansvarar för att bjuda in till anhörigutbildning i samband med diagnos
- att möjliggöra digital anmälan.

… via specialistenhet – rutiner behöver upprättas

För anhöriga till personer som utretts via specialistenhet erbjuder Geriatriken utbildning i nära anslutning till diagnos. För detta har ett särskilt material tagits fram. Utbildningen samordnas med kommunen. Medverkar gör biståndshandläggare, anhörigkonsulent och överförmyndarenheten.

För att säkerställa att utbildning till anhöriga även fortsättningsvis genomförs i samverkan mellan region och kommun och med ett standardiserat arbetssätt, behöver rutiner upprättas för genomförandet.

… via vård- och omsorgsboende – anhörigutbildning också senare i sjukdomen

I vårdprogrammet för Västerbottens län och i Nationella riktlinjer beskrivs att utbildning till anhöriga ska ske i samband med diagnos. Under projektets gång har det dock framkommit att också anhöriga till boende i vård- och omsorgsboende har behov av information och utbildning. Många anhöriga upplever den dag då den närstående flyttar till vårdboende som den värsta dagen.

Ett viktigt stöd till dessa anhöriga är att informera, kommunicera, respektera, skapa tillit och tillåta delaktighet. Socialstyrelsen skriver i ”Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom” att uppföljning av

behovet av information, utbildning och rådgivning kan vara nödvändigt under hela sjukdomsförloppet. En utbildning till anhöriga vars närstående bor på ett vård- och omsorgsboende skulle fokusera på det senare skedet av sjukdomsförloppet.

Samtalsgrupp – att dela tankar ger nya perspektiv

Enheten för prevention i Umeå kommun erbjuder en samtalsgrupp för anhöriga till personer med demenssjukdom. Samtalen utgår från Röda Korsets material ”Att vara anhörig”. Samtalsgrupperna annonseras via öppna träffpunkter, dagverksamheter, hälsocentraler och korttidsboenden. Efter åtta tillfällen avslutas samtalsgruppen, men det händer att deltagarna fortsätter att träffas utan samtalsledare eller att de påbörjar Demensföreningens samtalsgrupp.

Samtalsgruppen blir till ett stöd när anhöriga berättar om egna erfarenheter och får möjlighet att spegla dem i andras erfarenheter. Att dela tankar med andra ger nya perspektiv. Alla anhöriga har olika behov och förutsättningar, men också mycket gemensamt.

Förbättringar som rör rutin, antal samtalsgrupper per år, digitala lösningar samt information och kontaktvägar internt och externt behöver genomföras.

Avböjer stöd- och hjälpinsatser

Personer med demenssjukdom avböjer ibland stöd och även utredning inför diagnos. Det är inte säkert att personen förstår innebörden av sitt ställningstagande, vilket försvårar för dem som möts av ett nekande. Som framhålls i checklistan för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom är det viktigt att kartlägga orsaker, metoder och bemötande när någon avböjer insats samt stötta personalen genom handledning.

Workshops för kunskap och bättre samverkan

Kommunens demensteam har genomfört workshops med biståndshandläggare i syfte att öka samverkan kring personer i ordinärt boende som har en demenssjukdom och BPSD och som ibland avböjer stöd- och hjälpinsatser. Vid dessa tillfällen framkom bland annat hur viktigt det är att alla som deltar i samtal med personen har kunskap om vanliga symptom vid demenssjukdom och kan vägleda och stötta personen i samtalet. Anhöriga, som ofta är de som påkallar behov av hjälpinsatser, har en viktig roll och bör få information om hur de kan bli delaktiga i samtalet på bästa sätt.

Samsyn i handledning av personal

Vid en workshop där det kommunala och geriatriska demensteamet möttes, diskuterades olika förhållningssätt till personens självbestämmande. Båda demensteamen handleder personal i vård- och omsorgsboende och syftet med workshopen var att få samsyn kring hur man bör handleda när en person med demensdiagnos avböjer stöd och hjälp. Inom Umeå kommun finns ett vägledningsmaterial framtaget som beskriver processen för hur man på ett strukturerat sätt kan pröva sig fram för att få ett samförstånd med personen. Se bilaga 1 a och 1 b i Umeå kommuns rapport.

Våld i nära relationer

Våld mot äldre i nära relationer finns uppmärksammat både i den nationella strategin mot våld i nära relationer och i den nationella demensstrategin.

Att bli utsatt för och själv utöva våld

En person med demenssjukdom kan genom symptom som minnesförlust med upprepningar, bristande insikt och försämrat omdöme skapa irritation och konflikt med personer i närheten, oftast anhöriga eller vårdpersonal. Detta kan utgöra en risk för att bli utsatt för våld.

Aggressivitet är ett av de symptom som kan drabba en person med demenssjukdom. Det kan leda till våld riktat mot andra boende, personal eller anhöriga.

Det är inte alltid lätt att känna igen tecken på våld mot äldre eftersom vissa skador, som arm- och benbrott, kan tolkas som uttryck för normalt åldrande eller symptom på sjukdom i stället för att sättas i relation till våldsutsatthet. I Umeå kommuns ”Riktlinjer för de sociala nämndernas arbete med våld i nära relationer” finns vägledning för hur man bör arbeta vid misstanke eller kännedom om våld i nära relationer i såväl ordinärt boende som i särskilt boende.

Handlingsplan bör finnas

Det är angeläget att uppmärksamma en våldssituation och vidta åtgärder för personen med demenssjukdom. Anhöriga och vårdpersonal behöver får tillgång till rätt stödinsatser, exempelvis handledning, stödsamtal och utbildning om BPSD och strategier för bemötande. Olika former av tvång och begränsningar ökar risken för aggressivt och utåtagerande beteende.

För att kommunerna, i samverkan med andra, ska kunna stödja våldsutsatta äldre bör det finnas en handlingsplan där det ska framgå hur arbete bedrivs för att uppmärksamma våld mot äldre, hur information till olika grupper tas fram och hur samverkan sker för att erbjuda våldsutsatta skydd. I flera kommuner saknas fortfarande en strategi om hur våld mot äldre ska motverkas.

Projektgruppen i Umeå kommun har genomfört intervjuer rörande frågan om våld i nära relationer.

Kuratorn vid Geriatriken på Norrlands Universitetssjukhus berättar att en handlingsplan finns och att arbetet där pågått i många år. Alla på kliniken har med sig perspektivet om våld i nära relationer och ställer frågor om våld och utsatthet vid misstanke om detta.

Socialsekreteraren på Centrum mot våld, ett kunskapscentrum i Umeå för dessa frågor, betonar vikten av att det inom kommunen finns någon som har i uppdrag att arbeta med våld i nära relationer. Hennes

erfarenhet är att när personal signalerar om misstanke att det finns en våldsutsatt person ska man ta det på allvar. Det finns oftast grund för misstanken, personal ”överanmäler” inte.

Förbättringsförslag vid misstanke om våld i nära relationer

De förbättringsförslag som framkommit handlar om fyra huvudområden: samverkan mellan huvudmän/aktörer, utbildning till personal och anhöriga, skapa och följa upp rutiner samt stöd till den enskilde/den som utsätts för våld i nära relation.

- Etablera samverkan med Centrum mot våld för att tillföra specialistkunskaper på enhetsnivå vid specifika ärenden eller teamarbete.
- Etablera samverkan på organisationsnivå mellan region och kommun gällande området våld i nära relationer genom att säkerställa kontaktvägar och handlingsplan för insatser.
- Förbättra innehållet i anhörigutbildning och information till anhöriga genom att använda konceptet Nollvision från Svenskt Demenscentrum.
- Våld i nära relationer är ett område som bör finnas med i alla grundutbildningar inom vård- och omsorgsområdet. Fortsätta arbetet med BPSD-administratörer, utbildningsmodellen RESIMA samt Nollvision.
- Säkerställa att samtliga verksamheter i äldreomsorgen har rutiner för att träffa personen enskilt när misstanke om utsatthet uppstår, till exempel vid beslut, uppföljning av insatser eller i samband med hemtjänstinsatser.
- Inventera, upprätta och årligen följa upp handlingsplan på enhetsnivå för att kunna agera vid misstanke om våld.
- Inventera vilka stödformer som finns för våldsutsatta och förövare, till exempel hemtjänst som trygghetsskapande kontakt, dagverksamhet, larm, skyddat boende, kvinnojourer och avlastningsplatser.
- Stödja den enskilde i att göra polisanmälan om hen uttrycker en vilja att en sådan ska göras.

Tips på kunskapskällor

- För att stödja kunskapsutvecklingen tog Socialstyrelsen 2014 fram utbildningsmaterial om våld mot äldre kvinnor.
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK) har regeringens uppdrag att förmedla kunskap om mäns våld mot kvinnor samt utveckla metoder för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. NCK bedriver fortbildning för olika yrkeskategorier och anordnar kurser på universitetsnivå. Organisationen förmedlar också kunskap genom en omfattande publicering av rapporter och informationsmaterial samt via tre webbplatser.
- I Svenskt Demenscentrums utbildningsmaterial ”Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar” uppmärksammas bland annat hur tvång kan leda till ett aggressivt beteende.
- I projektet Freda har Gotlands kommun med statliga stimulansmedel byggt upp en struktur och ett arbetssätt för att stödja äldre som utsatts för våld i nära relationer. Erfarenheter från Gotland kan inspirera de kommuner som ännu inte arbetar strukturerat med frågan. Stiftelsen Äldrecentrum har beskrivit projektet i publikationen ”Att arbeta med våld i nära relationer”.

Demenssjukdom hos personer med intellektuell funktionsnedsättning

Allt fler personer med intellektuell funktionsnedsättning lever friska under en allt längre tid och uppnår en ålder som motsvarar pensionsålder och däröver. Därmed utvecklar dessa personer samma problem som övriga i befolkningen när det kommer till åldrande och demenssjukdomar. Omkring 50–60 procent av personer med intellektuell funktionsnedsättning, ofta med diagnosen Downs syndrom, drabbas av demens. I Sverige finns cirka 1 750 personer med diagnostiserad demenssjukdom och samtidig intellektuell funktionsnedsättning. Demenssjukdom hos personer med intellektuell funktionsnedsättning kan vara svår att upptäcka då demenssjukdomen kan förväxlas med funktionsnedsättningen.

Projektgruppens kartläggning inom området intellektuell funktionsnedsättning omfattar endast intervjuer med representanter för Umeå kommun.

Personlig assistans (via Umeå kommun)

Inom området personlig assistans i Umeå kommun finns inga tydliga, enhetliga rutiner vid misstanke om demens och hur man initierar en demensutredning. Alla brukare inom personlig assistans har inte beslut om Hälso- och sjukvårdsinsatser via hemsjukvården, men när ett sådant beslut finns upplevs man få ett bra stöd av hemsjukvården kring stöd och kontakter med regionen för demensutredning.

Särskilt boende LSS

De 80 särskilda boendena inom LSS har brukare knutna till 18 olika hälsocentraler och många olika läkare som upplevs ha begränsad kunskap om intellektuella funktionshinder och funktionsvariationer. I regionen finns en mottagning, PRIMO (primärvårdens medicinska omhändertagande) på Ersboda hälsocentral, som riktar sig till personer med funktionsvariationer. Hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för särskilda boenden LSS uppger att kontakten med PRIMO fungerar bra.

Vid behov av stöd kring enskilda brukare kring bemötande av BPSD och även vid behov av ökade kunskaper kring demenssjukdomar uppger intervjuade sjuksköterskor att de får ett gott stöd av det kommunala demensteamet. Det finns inte något etablerat samarbete med det geriatriska demensteamet på Region Västerbotten.

Alla brukare har en kontaktperson i personalen. De har också en genomförandeplan och bemötandeplan som beskriver det individuella behovet och genomförandet av aktuella insatser. Genomförandeplanen

uppdateras minst en gång per år. Individuella handlingsplaner och eventuella riskbedömningar upprättas utifrån behov och situation.

Gemensamt boende en utmaning

Hälso- och sjukvårdspersonalen bedömer att det är relativt vanligt att brukare har symptom som tyder på demenssjukdom. I dessa fall blir det desto svårare att bemöta personerna eftersom de bor gemensamt med dem som har andra funktionsnedsättningar. De stora utmaningarna ligger då i att anpassa miljö och sammanhang kring brukarna individuellt och få vardagen att fungera så bra som möjligt.

Svårt att få till stånd en demensutredning

Erfarenheter i demensteamet Umeå kommun visar att det är svårt att få till stånd en utredning om demenssjukdom av personer med intellektuell funktionsnedsättning. Det leder till att dessa personers beteenden förändras kraftigt, vilket medför mycket frustration och att personen med funktionsnedsättning inte får optimalt stöd.

Varierande engagemang hos läkarna

Sjuksköterskor och HSL-chef som intervjuats lyfter fram att samarbetet med läkare på hälsocentralen varierar och beror på berörda läkares intresse och engagemang för målgruppen. En fast läkarkontakt med regelbundna ronder samt årliga läkemedelsgenomgångar är ett prioriterat förbättringsområde, enligt de intervjuade.

Förbättringsförslag

Sjuksköterskorna lyfter fram följande förslag:

- Tydligare rutiner inom den egna verksamheten vad gäller tillvägagångssätt vid misstanke om demens.
- Hälsocentraler som specialiserar sig inom funktionshinderområdet vilket skulle kunna leda till en bättre förståelse och ett bättre omhändertagande av brukarna.
- Fast läkarkontakt.
- Regelbundna läkarronder.
- Hembesök av läkare vid behov.
- Regelbundna läkemedelsgenomgångar.
- Ökad kunskapsnivå (om demens och bemötande) hos omvårdnadspersonalen.

Utredning med hänsyn till individen

Projektgruppen i Umeå menar att man bör eftersträva att demensutredningar görs i varje enskilt fall med hänsyn till individen och inte uteslutas (på gruppnivå) utifrån att brukaren har en intellektuell funktionsnedsättning och komplex sjukdomsbild med många olika diagnoser.

Vidare behöver rutiner upprättas och implementeras för analys och dokumentation av tänkbara orsaker vid BPSD hos personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Två råd från Umeå till andra kommuner

1. Börja med att kartlägga hur det fungerar i nuläget innan förbättringsarbetet påbörjas.
2. Det är viktigt att bygga samverkan kring roller och funktioner, för att inte bli beroende av specifika personer och relationer.

Foto: Yanan Li/Svenska Demenscentrum

Kartläggningen som projektgruppen i Umeå gjort har mynnat ut i att en ny samordningstjänst inrättats, med inriktning på demensfrågor och bättre samverkan mellan kommun och region.

Göteborgs stad

FAKTA

Antal invånare: ca 59 000, i hela staden 580 000

Andelen 80-åringar och äldre: ca 15 procent

Beräknad ökning av andelen 80-åringar och äldre till år 2040: 78 procent

Foto: Yanan Li/Svenskt Demenscentrum

Göteborgs stads projektrapport kan läsas i sin helhet på Svenskt Demenscentrums hemsida.

DEMENSTEAMET

Sedan 2019 finns ett tvärprofessionellt demensteam vars uppdrag är utbildning, handledning och stöd i svåra situationer, metodutveckling, samverkan och uppföljning av kvalitet. Alla beslut som rör demensteamets verksamhet fattas av en styrgrupp bestående av de olika områdescheferna.

I demensteamet ingår:

- demenssjuksköterska
- äldrekonsulent/demensundersköterska
- omsorgshandledare/demensundersköterska
- fysioterapeut
- arbetsterapeut
- biståndshandläggare.

Det ovanstående gällde för år 2020. Under tiden för det här projektet har Göteborgs stad omorganiserats. Organisatoriskt finns inte stadsdelarna kvar och styrningen är gemensam för hela staden. Hur demensteamets uppdrag kommer att se ut är i skrivande stund inte klart.

Förbättringsområde: Tidigt skede av demenssjukdom

Precis som flera andra kommuner i det här samverkansprojektet anser arbetsgruppen i Göteborg att personer med demenssjukdom i tidigt skede är det område i insatsförloppet som behöver mer fokus.

Två nya insatser skapade

Två nya insatser valdes ut att genomföras, en utbildnings-/samtalsgrupp för personer med demenssjukdom i tidigt skede och en vägledningstelefon för anhöriga och personer med demenssjukdom.

För att kunna genomföra de två insatserna krävdes att samverkansformer utvecklades tillsammans med representanter för regionen: två vårdcentraler och en minnesmottagning.

Utmaning: Struktur för samverkan efter diagnos saknas

Det finns idag ingen etablerad struktur i Göteborg för samverkan inom demensområdet mellan primärvård, minnesmottagning och kommun. Efter att någon fått en demensdiagnos kan det ta lång tid innan han eller hon får kontakt med kommunen. I vissa fall dröjer det tills situationen i hemmet blivit ohållbar.

När samverkan brister och försämringar i personers hälsotillstånd inte kommer till vårdcentralernas kännedom, får inte patienterna den vård de behöver i tid. Det kan handla om insatser som demensutredning, behandling av undernäring, fallprevention, hjälpmedel och läkemedelsjustering.

På den kommunala sidan är det endast två av tio stadsdelar i Göteborg som är med i kvalitetsregistret SveDem.

Samverkanskontakter i projektet

Covid-19-pandemin har skapat en ansträngd situation och av stadsdelen Centrums tio vårdcentraler hade endast två möjlighet att medverka i samverkansprojektet.

Representanter från de två vårdcentralerna och stadsdelen träffades digitalt en gång per månad. En minnesmottagning deltog också i projektet och tillsammans med en representant därifrån hade stadsdelen digitala möten en gång varannan månad. Under mötena diskuterades samverkan, hur situationen är i dagsläget och vad som kan förbättras. Samarbete inleddes kring de nya projekten med utbildningsgrupper och en vägledningstelefon. Skriftligt informationsmaterial avsett för patienter och anhöriga lämnades över från demensteamet eller kommunen.

Arbetsgruppen i Göteborg har under projektet haft värdefulla kontakter med andra kommuner och regioner. Erfarenhetsutbyte har skett med Malmö, Borås, Stockholm, Falun, Mörbylånga, Umeå, Sundsvall, Helsingborg, Danderyd, Lerum och Alingsås.

Demensteamet har diskuterat samverkan med berörda ledningsgrupper, på arbetsplatsträffar i den egna organisationen, med politiker på studiebesök, Folkhälsorådet och NOSAM – närområdessamverkan i Göteborg mellan kommun och primärvård. Kontakt har också tagits med GR Göteborgsregionen och några av Västra Götalandsregionens representanter som är engagerade i arbetet med ett ”Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom”.

Utbildning för personer med demenssjukdom

En av de nya insatser som projektgruppen initierat är en samtals-/utbildningsgrupp för personer som är i tidigt skede av sin demenssjukdom. Genom att träffa andra i liknande situation får deltagarna kunskap för att hantera sin vardag. Träffarna kan ge trygghet, gemenskap och möjlighet att påverka sin egen framtida vård och omsorg.

Deltagare till gruppen kom tack vare samverkan mellan kommun, vårdcentraler och minnesmottagning. Genom träffarna fick deltagarna stöd utifrån sina behov, som annars kanske inte hade uppmärksammats. De personer som inte kunde börja utbildningen på grund av coronapandemin fick råd och stöd via telefon och fysiska möten utomhus.

Projektgruppen har tagit fram en folder till minnesmottagningen och vårdcentralerna med information till patienter och anhöriga i Göteborg f.d. stadsdelen Centrum.

Tips!

VÄRDEFULLT KUNSKAPSUTBYTE VID SAMTALSTRÄFFAR

Vid sju tillfällen under projekttiden träffades några kvinnor och män med demenssjukdom i Hälsofrämjande- och förebyggandeenheten lokaler i centrala Göteborg. De flesta var i 70-årsåldern.

Benämningarna ”utbildning” och ”samtalsgrupp” används parallellt om dessa mötestillfällen, då det visat sig att män ofta är mer positiva till att delta i utbildning, men kan vara tveksamma till att vara med i en samtalsgrupp. I praktiken hölls träffarna i form av en samtalsgrupp under ledning av en demenssjuksköterska.

– Deltagarna uppskattade väldigt mycket att få träffa varandra. Mötena och samtalen gav också oss i demensteamet värdefull kunskap, säger demenssjuksköterska Malin Birath som deltog vid träffarna.

Också läkare från minnesmottagningen och demensteamets fysioterapeut deltog vid var sitt tillfälle.

Som utgångspunkt för samtalen användes Demensförbundets material ”Att slippa göra resan ensam”. Upplägget för varje tillfälle var detsamma, fast med olika teman, till exempel hur det är att få en demensdiagnos och att berätta om det för familj och vänner.

Foto: Yanan Li/Svenskt Demenscentrum

Demenssjuksköterska Malin Birath och äldrekonsulent Camilla Boström hoppas kunna fortsätta med de uppskattade samtalsgrupperna.

LOTSNING VIA NY TELEFONTJÄNST

Många som har en demenssjukdom och deras anhöriga upplever att det är svårt att veta vart man vänder sig med frågor. Ofta etableras kontakt med kommunen först när situationen i hemmet har blivit ohållbar.

För att lätt få tag på någon som kan svara på frågor, ge råd och vägleda har en ny telefontjänst skapats. Till vägledningstelefonen kan man ringa och ställa alla slags frågor. Kanske har man inget preciserat problem, bara en oro eller undran. En representant från demensteamet svarar och lotsar vidare. Flera anhöriga har tyckt att det känns tryggt att kunna ringa vägledningstelefonen när behov uppstår.

Camilla Boström, äldrekonsulent och undersköterska, är en av dem som tar emot vägledningssamtalen.

– Vi har fått frågor om vad man som anhörig kan göra när en närstående fått en demensdiagnos. Det har också kommit frågor kring bemötande och möjligheter att få mer kunskap, berättar hon.

Vägledningstelefonen har visat sig också vara värdefull för vårdcentraler och minnesmottagningen för att komma i kontakt med kommunen.

Som verktyg för att utvärdera samtalen har ett formulär skapats med frågor om syftet med samtalet, varifrån den inringande fått information om numret och om samtalet gav den hjälp som efterfrågades.

En utmaning har varit att nå ut med information om den nya telefontjänsten. Broschyrer har tagits fram som samtliga tio vårdcentraler, minnesmottagningen och stadsdelens verksamheter har kunnat dela ut.

Tips!

Foto: Yanan Li/Svenskt Demenscentrum

Till den nyinrättade vägledningstelefonen ringer bland andra anhöriga som har frågor.

Äldresjuksköterskan – en trygghet för patienten

Att det finns äldresjuksköterskor med särskilt ansvar för de äldre patienterna har projektgruppen i Göteborg lyft fram som en framgångsfaktor. Mats Jonsson Skywell jobbar just som äldresjuksköterska på vårdcentralen Carlanderska.

Vilka är fördelarna med att ha äldresjuksköterskor?
– Att vi har en samordnande roll. Många patienter uppskattar att ha en kontaktperson, någon som kan ge råd eller hjälpa till att förmedla kontakten med läkaren om det behövs.

Hur arbetar du med uppföljning enligt insatsförloppet?
– Det är inte så lätt att komma fram till en stor vårdcentral som vår som har cirka 18 000 listade patienter och ett telefonnummer in. När jag får en patient brukar jag boka in en uppföljning, så att man har regelbunden kontakt. Jag ringer upp och stämmer av. Det kan vara någon man ömmar lite extra för, någon man vet är ensam och orolig.

Foto: Tawan Li/Svenska Demenscentrum

Mats Jonsson Skywell, äldresjuksköterska på Carlanderska vårdcentralen i Göteborg.

Vad har samverkansprojektet givit dig i din yrkesroll?
– Det har varit nyttigt att träffa representanter från minnesmottagningen och diskutera svåra fall. Och senast häromdagen kunde jag para ihop en anhörig som behövde stöd med kommunens representant. Efter det här projektet har man ett ansikte på någon man kan ringa. Och de vet att de kan kontakta mig när de behöver lite hjälp. Vi kommer att fortsätta hålla kontakten.

Har det lett till några konkreta förbättringar av rutinerna?
– Ja, tidigare var det bara ansvarig läkare hos oss som fick information om att en demensdiagnos satts på en patient. Det har ändrats nu så att även vi äldresjuksköterskor kommer att nås av den informationen. Det underlättar mycket.

Varför tror du det är så svårt för många kommuner och regioner att få till en bra samverkan?
– Jag har jobbat inom kommunen tidigare och varit frustrerad på många vårdcentraler innan jag själv började jobba på en. Det är svårt att sätta fingret på vad det är exakt, men på en vårdcentral är man ofta på många olika stationer på en vecka. Man hoppar runt och det är svårt att hitta tiden när det finns många patienter. Läkarna är ofta hårt uppbokade och svåra att nå. Det tycker även vi andra som jobbar på vårdcentralen. Och det är förstås ännu svårare om man ringer från kommunen och behöver snabba svar.
– Vi har börjat med att hemsjukvården i Centrum har en läkare från Närhälsan och en från Carlanderska också för att det ska blir lite lättare. En dag i veckan finns det en rondande läkare.

Har ni SIP-möten ofta?
– Inte så ofta, även om vi strävar efter att ha det. Anledningen är att de är resurskrävande helt enkelt. Det går åt mycket tid om man ska hålla det hemma hos någon. Och har man mötet digitalt blir det inte så mycket delaktighet för den det berör.

SAMSA – IT-stöd som underlättar samverkan

Inom hela Västra Götalandsregionen, som består av 49 kommuner, används ett gemensamt IT-stöd för samordnad vård- och omsorgsplanering. IT-tjänsten har utvecklats utifrån gemensamma överenskommelser, riktlinjer och rutiner i Västra Götaland. Uppskattningsvis finns 10 000–15 000 aktiva användare inom kommun, slutenvård och regionfinansierad öppenvård såsom vårdcentral, rehab, specialistvård och habilitering – bland verksamheter i såväl offentlig som privat regi.

Fördelarna med systemet är flera: Det förenklar kontakterna. Informationsöverföringen är säker. Skriftlig överföring av information minskar riskerna för missförstånd. Även meddelanden med sekretess kan skickas. Meddelanden kvitteras. Varje patient är kopplad till en adress som gör att en vårdgivare slipper leta. Meddelanden bevakas och skickas vidare till rätt person.

Till exempel kan en minnesutredning initieras via SAMSA, likaså en samordnad individuell plan (SIP).

Nackdelarna med SAMSA är att alla, till exempel minnesmottagningen vid Sahlgrenska, inte är anslutna till systemet.

SAMSA används framför allt för samverkan vid utskrivning från slutenvård och demensteamet skulle framöver vilja undersöka om systemet går att använda mer för samverkan med primärvården.

Råd från Göteborg till andra kommuner

För att alla med demenssjukdom ska få rätt insats i rätt tid under hela sjukdomsförloppet är det viktigt att strukturera arbetet med kvalitetssäkring av de olika insatser som ingår. Hur ser det ut i den egna verksamheten med insatserna i insatsförloppet? Som stöd för strukturerad uppföljning av en del av insatserna finns de nationella kvalitetsregistren BPSD-registret och SveDem.

Kartlägg hur samverkan över huvudmannagränserna ser ut. I vilka forum kan ni samverka och lyfta förbättringsområden?

En styrgrupp med chefer för berörda verksamheter underlättar mycket.

Lokala riktlinjer för samverkan mellan kommun, primärvård och minnesmottagning kan göra stor skillnad.

Kontakt med andra kommuner och regioner för erfarenhetsutbyte rekommenderas.

Falu kommun

FAKTA

Centralort i
sydöstra Dalarna och
länets residensstad

Antal invånare:
cirka 60 000, varav 12 000
är över 65 år

FALU KOMMUNS STÖDTEAM

Falu kommuns projektrapport kan läsas i sin helhet på Svenskt Demenscentrums hemsida.

Stödteamet består av en Silviasjuksköterska, en Silviasyster, en biståndshandläggare och en anhörigkurator. Det finns också en samordnare som kan agera bollplank och föra teamets talan. Stödteamets uppgift är bland annat att se till att personer med demenssjukdom och deras anhöriga får information och stöd, att personal inom omvårdnadsförvaltningen får stöd och handledning i individärenden och svar på frågor om anhörigstöd. I uppdraget ingår även att samverka med andra aktörer, till exempel minnesmottagningen och primärvården.

Uppdrag till stödteamet kommer genom meddelandefunktionen i Falu kommuns journalsystem, via kontaktcenter eller via en överrapporteringsblankett.

Samverkan mellan Falu kommun och Region Dalarna

God kontakt med minnesmottagningen

Samverkan med regionens minnesmottagning upplevs fungera bra. Stödteamet träffar minnesmottagningen en gång i månaden. Då planeras aktuella samverkansinsatser i individärenden. Stödteamet och minnesmottagningen håller kontakt via telefon mellan träffar om behov uppstår. Ibland görs gemensamma hembesök.

Samverkansmöten med Region Dalarna

Två gånger per år hålls ett samverkansmöte mellan Region Dalarna och Falu kommun som rör demensfrågor. På dessa möten deltar kommunens stödteam, kommunens boendesamordnare, MAS, MAR, enhetschef för bistånd, kvalité och utveckling, representant för dagverksamheten, ansvarig för BPSD, minnesmottagning, primärvården, demensföreningen, primärvårdsrehab och hemsjukvården. Här presenteras nuläget, pågående arbeten samt ibland planerade förändringar i de olika verksamheterna. Vid varje tillfälle brukar man diskutera fallexempel, någon utbildning, nyheter inom demensvården eller annan information av vikt.

Brister i samverkan med primärvården

I Falun finns sex vårdcentraler. Falu kommun har sedan tidigare ett samarbete med Falu vårdcentral, som drivs i privat regi. Under flera års tid har kommunen försökt få ett samarbete till stånd också med de övriga vårdcentralerna.

Projektgruppen skickade tidigt under projektet ut en mötesinbjudan till primärvårdens verksamhetschefer i syfte att informera samtliga vårdcentraler om det pågående projektet samt en önskan om att påbörja ett samarbete. Två av de sex vårdcentralerna svarade på inbjudan och möten hölls med Falu vårdcentral och Tiskens vårdcentral. Samtliga representanter, sjuksköterskor med demens som ansvarsområde och en verksamhetschef, visade intresse för en framtid med bättre samverkan kring personer med demenssjukdom i Falu kommun.

Förslag på nätverksträffar

Förslag på samverkansmodell som diskuterats har varit nätverksträffar mellan stödteamet och representanter från varje vårdcentral, förslagsvis demenssjuksköterska. Det skulle vara ett nätverk för både erfarenhets- och kunskapsutbyte, men framförallt för att hålla en gemensam kontakt och dela ansvar för de personer som samtyckt till användning av överrapporteringsblanketten. Projektgruppen ser en möjlighet att arbeta gemensamt i svåra fall och kring personer som exempelvis inte vill ta emot hjälp från hemtjänst.

Gemensamma utbildningssatsningar

Förslag framkom också på gemensamma utbildningsinsatser för demenssjuka personer och deras anhöriga. Denna fråga planerar projektgruppen att utveckla i en tid efter pandemin.

Överrapporteringsblankett för samverkan

Falu kommun och Region Dalarna har tillsammans tagit fram en överrapporteringsblankett för samverkan kring personer med demenssjukdom. Blanketten kan användas både av regionens minnesmottagning och av primärvården. Den överlämnas till patienten efter diagnos tillsammans med annan information. På blanketten lämnar patienten själv eller dennes anhörige sitt samtycke till överrapportering till kommunens stödteam och om de önskar få en kontakt med kommunen. Blanketten skickas sedan till stödteamet som tar kontakt. Utifrån det samtalet planeras ett eventuellt hembesök där teamet kan ge information, stöd, handledning, etablera en kontakt med rätt biståndshandläggare och lotsa personen inom kommunen.

Så använder vårdcentralen blanketten

Alla som får sin diagnos via Falu vårdcentral får information om Falu kommuns stödteam, både muntligt och skriftligt, samt stödteamets broschyr. Vårdcentralen erbjuder alla med demensdiagnos eller deras anhöriga en kontakt med stödteamet. Kontakten etableras efter samtycke via överrapporteringsblanketten som skickas till stödteamet som i sin tur tar kontakt med berörd person.

Faktablad med kontaktinformation

Ett gemensamt faktablad har tagits fram tillsammans med regionen. Faktabladet ”När minnet sviker” vänder sig till allmänheten med information om vart man kan vända sig för stöd och information. Bladet har publicerats på Falu kommuns hemsida och planer finns på att översätta det till andra språk än svenska. Faktabladet ska finnas lättillgängligt på kommunens kontaktcenter, vårdcentraler och bibliotek.

Tips!

STÖDTELEFON NY FÖRBÄTTRINGSÅTGÄRD

För att underlätta samverkan har projektgruppen kommit fram till att en stödtelefon är en lämplig förbättringsåtgärd. Telefonen är till för att personer med demenssjukdom och deras anhöriga ska kunna ringa för att ställa frågor och få stöd i besvärliga situationer. Anhöriga har tidigare upplevt det som jobbigt att behöva upprepa sitt ärende flera gånger.

Regionen har också efterfrågat en möjlighet att komma i direktkontakt med kommunen utan behöva göra ett ärende via kommunens kontaktcenter. Stödtelefonen är öppen för personal inom kommun, region och primärvård där vi behöver samverka kring frågor som rör demenssjukdomar.

SIP-utbildningar planeras

SIP, samordnad individuell plan, är en samverkansmodell som används i Falu kommun. En individuell plan upprättas då insatser från socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård behöver samordnas. Det finns en stor okunskap om hur SIP kan användas. Många tror till exempel att bara biståndshandläggare eller en chef kan kalla till SIP. Stödteamet har därför planer inför hösten 2021 på att sprida kunskap om SIP genom att använda sig av Svenskt Demenscentrums utbildning om detta.

SIP hos hemtjänstpersonal viktigt

I ett första led ska personal som arbetar inom hemtjänst utbildas, då det ofta är de som först märker förändringar i en persons beteendemönster. Stödteamet kommer att besöka varje hemtjänstgrupp under arbetsplatsträffar och tillsammans med dem gå igenom utbildningen och på så sätt implementera SIP-verktyget i deras arbete.

Kompetenshöjning planeras

Mer utbildning planeras och under hösten 2021 kommer sex anställda inom Falu kommun att påbörja Silviautbildningar. Digitala föreläsningar kommer att erbjudas all personal som arbetar inom demensområdet.

Foto: Yanan Li/Svenskt Demenscentrum

Nyutexaminerade Silviasystrar från Dalarna 2018.

Samverkan på politisk nivå

Ledningsgruppen i Falu kommun och socialnämndens politiker har kontinuerligt informerats under det pågående projektet.

Framtida samarbete med fallprevention

Projektgruppen har haft kontakt med kommunens uppsökande team för fallprevention. Det är ett team som uppsöker Falu kommuns äldre befolkning, alla personer som är fyllda 80 år, först via ett brev, sedan genom telefonkontakt. De erbjuder hembesök av en arbetsterapeut i syfte att förebygga fallolyckor.

Projektgruppen har föreslagit ett samarbete där gemensamma hembesök skulle kunna genomföras, detta för att etablera kontakt i de fall det finns behov av insatser och där man av olika anledningar inte tagit kontakt med någon i vårdkedjan.

I planerna inför framtiden ligger att hitta ett fungerande koncept för samarbete, där teamet för fallprevention kommer att använda sig av överrapporteringsblanketten åt andra hållet, utifrån samtycke från personen själv. Blanketten ska kunna ges till aktuell vårdcentral så att de kan ta kontakt med personen i fråga.

Tips från Falun till andra kommuner

Börja småskaligt och låt det goda ryktet sprida ringar på vattnet. Vi hade de högsta ambitioner, det fanns så mycket vi ville förbättra och förändra. Något vi lärt oss efter vägen är att några få och bra förändringar, som håller över tid och som lockar andra till att följa efter, är mer värt än stora visioner om att förändra allt, för det är omöjligt.

Ta kontakt med andra kommuner. Det berikade oss och fick oss att känna att vi alla är ganska lika och vi står framför samma utmaningar. Det är otroligt nyttigt med erfarenhetsutbyte.

INSATSER, SÄRSKILDA PERSPEKTIV OCH VIKTIGA OMRÅDEN

Från A till Ö

Texten på följande sidor är plockad ur ”Ett standardiserat insatsförlopp – en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom”, Socialstyrelsen 2019. Under varje rubrik anges vilka åtgärder som rekommenderas.

Anhörigbehörighet

Kontakt/åtgärd:
Kontakt tas med den anhöriga som i första hand kan ta hand om behörigheten. Vid behov informeras denne om reglerna i föräldrabalken.

Anhörigstöd

Kontakt/åtgärd:
Anhörigas perspektiv kan vara viktigt och anhörigas behov behöver uppmärksammas. Information om möjligheten till anhörigstöd kan ges i tidigt skede och kontinuerligt genom hela förloppet. Här kan IBIC användas som ett verktyg vid kartläggning av anhörigas behov. Även när en person bor i ett särskilt boende är det viktigt att anhörigas perspektiv beaktas. Kontakter och organisationer som kan ge kompletterande stöd är bland annat: anhörigkonsulenter, Demensförbundet, Alzheimer Sverige, Anhörigas riksförbund, Svenskt Demenscentrums webbutbildning riktad till anhöriga.

Avböjer stöd och hjälpinsatser

Kontakt/åtgärd:
Kartläggning av orsaker/metoder/bemötande: Handledning till personal. Särskild person för kontakt kan utses. Denna kan ha i uppgift att skapa en god personlig relation och utifrån denna bedriva motiverande samtal. Behov av kartläggning av ADL-förmåga: Kontakta hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens. BPSD-problematik: Kartläggning enligt BPSD-registret.

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens

Kontakt/åtgärd:
Kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens beroende på situation och vilken del av sjukdomsförloppet det gäller. Erbjuda strukturerad uppföljning av BPSD och utvärdering av insatta åtgärder. Checklista enligt BPSD-registret.

Dagverksamhet

Kontakt/åtgärd:
Biståndshandläggare utreder och bedömer behov av insats. Den enskilde ska i regel tillfrågas inom ramen för en utredning enligt SoL. Biståndshandläggaren kan, med beaktande av reglerna om sekretess, inhämta information från anhöriga och närstående, personer från demensteamet och andra professioner med lämplig kompetens. Dagverksamhet behöver övervägas tidigt i sjukdomsförloppet. Dagverksamhet är högt prioriterad inom nationella riktlinjer och bidrar till att bibehålla funktioner genom en meningsfull vardag. Anhöriga kan, om den enskilde samtycker, medverka i utredning, vid bedömning av behov och insatser samt vid uppföljning av insatser.

Ensamboende
Kontakt/åtgärder:
Överväg uppsökande åtgärder, särskilt utsedd person för kontakt.

Fallrisk
Kontakt/åtgärder:
Identifiera fallriskfaktorer, till exempel undernäring, motorik, kognition, läkemedel, syn. Bedöm möjliga fallförebyggande åtgärder. Kontakt med respektive profession. Hela teamet bör vara involverat. Vid fallprevention är dålig nutritionsstatus och vätskeintag riskfaktorer.

Framtidsfullmakt
Kontakt/åtgärd:
Information om möjligheter att själv bestämma vem som ska fatta beslut i framtiden om och när man själv inte längre har beslutsförmåga. Patientföreningarna Demensförbundet respektive Alzheimer Sverige har gett ut praktisk information om framtidsfullmakt.

Funktions- och aktivitetsbedömning
Kontakt/åtgärd:
Bedömningen utförs av hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens. Bedömningen kan med fördel göras i personens hemmamiljö. Personens förmåga att utföra dagliga vardagsaktiviteter kan förändras. Aktivitetsbedömning av arbetsterapeut för att bedöma varför personen inte klarar att hantera till exempel måltider.

Fysisk aktivitet
Kontakt/åtgärd:
Vid behov kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens.

God man/förvaltare
Kontakt/åtgärd:
Se över behov av god man/förvaltare för en person som inte kan ta hand om sig själv, förvalta sin egendom eller bevaka sin rätt.

Hemlöshet
Kontakt/åtgärd:
Olika typer av stöd kan vara aktuella, ekonomiskt bistånd, god man, sanering av bostad etc.
Information finns hos Kunskapsguiden och i Socialstyrelsens ”Stöd för socialtjänsten i arbetet med att förebygga avhysningar”.

Hemtjänst
Kontakt/åtgärd:
Biståndshandläggare utreder och bedömer behov av insats. Den enskilde ska i regel tillfrågas inom ramen för en utredning enligt SoL. Biståndshandläggaren, med beaktande av reglerna om sekretess, inhämtar information från anhöriga och närstående, personer från demensteamet och andra professioner med lämplig kompetens. Anhöriga kan, om den enskilde samtycker, medverka i utredning, vid bedömning av behov och insatser samt vid uppföljning av insatser.

Information om bostadsanpassningsbidrag
Kontakt/åtgärd:
För ansökan om bidrag för bostadsanpassning kontaktas kommunen.

Information om brandrisk
Kontakt/åtgärd:
För att minska riskerna för brand kan till exempel spisvakter installeras i hemmet. Värdefull information finns hos Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Information om färdtjänst
Kontakt/åtgärd:
Frågor om tillstånd till färdtjänst och riksfärdtjänst prövas av folkbokföringskommunen. Kommunen kan också överlåta sina uppgifter till den regionala kollektivtrafikmyndigheten i länet (4 och 6 §§ lag om färdtjänst).

Information om företrädarskap
Kontakt/åtgärd:
Därför är det viktigt att i en tidig fas av sjukdomen informera personen med demenssjukdom om möjligheterna till företrädarskap inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Företrädarskap kan handla om framtidsfullmakt, anhörigbehörighet och god man eller förvaltare.

Information till anhöriga och närstående till personer med demenssjukdom
Kontakt/åtgärd:
Information om diagnos, utbildning och rådgivning ges av hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens. Uppföljning av behovet av information, utbildning och rådgivning kan vara nödvändigt under hela sjukdomsförloppet. Exempel på former för information kan vara individuella samtal, utbildningstillfällen och samtalsgrupper.

Information till barn, ungdom och unga vuxna
Kontakt/åtgärd:
Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ansvar för att uppmärksamma barn som är anhöriga. Kontakta anhörigkonsulent, patient- och anhörigorganisationer. Barn kan få stöd enligt SoL vid behov. Organisationer som kompletterande kan ge stöd: Demensförbundet, Alzheimer Sverige, Svenskt Demenscentrums webbutbildning riktad till anhöriga. Stöd för unga anhöriga finns bland annat via ”Ung anhörig” och Facebook-grupper.

Information till person med demenssjukdom
Kontakt/åtgärd:
Information om diagnos kan göras av diagnossättande läkare eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens. Information, utbildning och rådgivning ges av olika professioner beroende på fråga, situation och i vilken del av sjukdomsförloppet det gäller. Uppföljning av behovet av information, utbildning och rådgivning kan vara nödvändigt under hela sjukdomsförloppet. Exempel på former för information kan vara individuella samtal, utbildningstillfällen och samtalsgrupper.

Inkontinens, förstoppning
Kontakt/åtgärd:
Kontakt med sjuksköterska. Behov av inkontinenshjälpmedel ses över. Regelbundna toalettvanor och effektiva individuellt utprovade skydd är viktiga åtgärder vid problem. Förstoppning kan förebyggas genom rätt kost, vätska, fysisk aktivitet och individuella och regelbundna toalettvanor.

Kognitiva hjälpmedel
Kontakt/åtgärd:
Kognitiva hjälpmedel behöver övervägas i tidigt skede: bedömas och utprovas samt följas upp kontinuerligt. Kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens som bedömer funktions- och aktivitetsförmåga, förskriver och utprovar och följer upp kognitiva hjälpmedel. Kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens redan tidigt i förloppet, för att träna in användandet av kognitiva hjälpmedel i tid. Kan ge tips på lämpliga produkter

som inte kan förskrivas, men kan köpas i handeln. Hjälpmedelsanvändningen behöver ses över rutinmässigt och regelbundet.

Ledsagarservice enligt LSS

Kontakt/åtgärd:
LSS-handläggare utreder och bedömer behov av insats. Den enskilde ska i regel tillfrågas inom ramen för en utredning enligt LSS. Biståndshandläggaren kan, med beaktande av reglerna om sekretess, inhämta information från anhöriga och närstående, personer från demensteamet och andra professioner med lämplig kompetens. Anhöriga kan, om den enskilde samtycker, medverka i utredning, vid bedömning av behov och insatser samt vid uppföljning av insatser.

Ledsagning enligt SOL

Kontakt/åtgärd:
Biståndshandläggare utreder och bedömer behov av insats. Den enskilde ska i regel tillfrågas inom ramen för en utredning enligt SoL. Biståndshandläggaren kan, med beaktande av reglerna om sekretess, inhämta information från anhöriga och närstående, personer från demensteamet och andra professioner med lämplig kompetens. Anhöriga kan, om den enskilde samtycker, medverka i utredning, vid bedömning av behov och insatser samt vid uppföljning av insatser.

Läkemedelsbehandling

Kontakt/åtgärd:
Behörig hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för ordination av läkemedel. Det är oftast läkare som ordinerar läkemedel. Ett grundläggande ansvar som den som ordinerar läkemedel har är att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och ge sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård. Om läkemedel ges inom hälso- och sjukvården ansvarar behörig hälso- och sjukvårdspersonal för iordningsställande, administrering eller överlämnande av läkemedel. Möjligheten till dosdispenserade läkemedel (APO-dos) kan ses över samt behovet av påminnelsehjälpmedel.

Läkemedelsgenomgång

Kontakt/åtgärd:
Förändringar i läkemedelsbehandling görs av hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig för detta, om så behövs.

Missbruk/beroende

Kontakt/åtgärd:
Kontakt med beroendemottagning, minnesmottagning eller vårdcentral inom hälso- och sjukvård samt vid behov missbruksenheten inom socialtjänst, med beaktande av reglerna om sekretess och tystnadsplikt.

Munhälsa

Kontakt/åtgärd:
Bedömning kan vid behov göras i det egna hemmet eller i vård- och omsorgsboende om det är lämpligt med hänsyn till krav på lokaler och utrustning. Kontakta tandläkare eller tandhygienist om bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inte hindrar detta.

Nationell minoritet

Kontakt/åtgärd:
Personer som tillhör en nationell minoritet har särskilda rättigheter bland annat gällande att få äldreomsorg utförd av personal som talar personens minoritetsspråk.

Nutrition

Kontakt/åtgärd:
Kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal som har rätt kompetens kan tas beroende på vem som uppmärksammat nutritionsproblemen (personen själv, anhöriga, hemtjänst, personal i särskilt boende). Hälso- och sjukvården kan behöva planera uppföljning/återbesök av insatta nutritionsåtgärder. Nutritionsinsatser kan behövas både i tidiga och i sena delar av sjukdomsförloppet. Det är viktigt att de uppdateras och kontinuerligt följs. Aktivitetsbedömning kan behövas för att bedöma orsak till svårigheter att hantera måltider.

Nödvändig tandvård

Kontakt/åtgärd:
Behovet av nödvändig tandvård ska bedömas med utgångspunkt i den enskildes allmäntillstånd. Med nödvändig tandvård avses sådan tandvård som i det enskilda fallet påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala. Om allmäntillståndet hos patienten inte medger någon mer omfattande behandling ska denna i stället inriktas på att motverka smärta och obehag genom att hålla patienten fri från sjukliga förändringar i munnen. Vid ett långvarigt och stort omvårdnadsbehov finns även rätt till uppsökande munhälsobedömning.

Palliativ vård

Kontakt/åtgärd:
Bedömning av behov av vård i livets slutskede. Behoven är individuella; symptomlindring, det sociala nätverket och delaktighet för personen med demens och närstående kan vara viktiga delar. Efterlevandesamtal kan vara viktigt.

Personer med intellektuell funktionsnedsättning

Kontakt/åtgärd:
Tydlig och lättläst information till målgruppen och deras anhöriga. Kunskap/utbildning om demenssjukdomar till personal inom LSS. Vid behov kan stödformer utvecklas tillsammans med grannkommuner eller andra vårdgivare.

Personlig assistans enligt LSS

Kontakt/åtgärd:
LSS-handläggare utreder och bedömer behov av insats. Den enskilde ska i regel tillfrågas inom ramen för en utredning enligt LSS. Biståndshandläggaren kan, med beaktande av reglerna om sekretess, inhämta information från anhöriga och närstående, personer från demensteamet och andra professioner med lämplig kompetens. Anhöriga kan, om den enskilde samtycker, medverka i utredning, vid bedömning av behov och insatser samt vid uppföljning av insatser.

Platser för korttidsboende eller korttidsvård

Kontakt/åtgärd:
Biståndshandläggare utreder och bedömer behov av insats. Den enskilde ska i regel tillfrågas inom ramen för en utredning enligt SoL. Biståndshandläggaren kan, med beaktande av reglerna om sekretess, inhämta information från anhöriga och närstående, personer från demensteamet och andra professioner med lämplig kompetens. Anhöriga kan, om den enskilde samtycker, medverka i utredning, vid bedömning av behov och insatser samt vid uppföljning av insatser.

Psykosociala stödinsatser

Kontakt/åtgärd:
Insatser för psykosocialt stöd kan exempelvis inne-

fatta stödsamtal enskilt eller i grupp. Planera för uppföljning av insatsen. Anhöriga kan, om den enskilde samtycker, medverka i utredning, vid bedömning av behov och insatser samt vid uppföljning av insatser.

Särskilda boendeformer för äldre

Kontakt/åtgärd:
Biståndshandläggare utreder och bedömer behov av insats. Den enskilde ska i regel tillfrågas inom ramen för en utredning enligt SoL. Biståndshandläggaren kan, med beaktande av reglerna om sekretess, inhämta information från anhöriga och närstående, personer från demensteamet och andra professioner med lämplig kompetens. Anhöriga kan, om den enskilde samtycker, medverka i utredning, vid bedömning av behov och insatser samt vid uppföljning av insatser. Information om särskilt boende finns hos Svenskt Demenscentrum.

Trycksår

Kontakt/åtgärd:
Kontakta hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens. Optimera närings- och vätskeintaget till personens behov samt relaterat till sjukdomsfas i demenssjukdomen. Att få hjälp med lägesändring och tryckavlastning är viktigt både för att förebygga trycksår och som en del av behandling om trycksår uppstår. Vikten av fysisk rörelse bör belysas. Rutiner för vändning kan i vissa fall behövas.

Trygghetslarm

Kontakt/åtgärd:
Biståndshandläggare utreder och bedömer behov av insats. Den enskilde ska i regel tillfrågas inom ramen för en utredning enligt SoL. Biståndshandläggaren kan, med beaktande av reglerna om sekretess, inhämta information från anhöriga och närstående, personer från demensteamet och andra professioner med lämplig kompetens. Anhöriga kan, om den enskilde samtycker, medverka i utredning, vid bedömning av behov och insatser samt vid uppföljning av insatser.

Uppsökande munhälsobedömning

Kontakt/åtgärd:
Munhälsobedömningen ska innefatta en bedömning av behovet av munhygieninsatser och en preliminär bedömning av behovet av nödvändig tandvård.

Utrikes födda personer med demenssjukdom

Kontakt/åtgärd:
Tolk kan användas vid planering av vård och omsorg, förutsatt att den enskilde samtycker till det. Information om tolkanvändning i samband med utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom finns hos Kunskapscentrum demenssjukdomar i Region Skåne.

Våld i nära relationer vid demenssjukdom

Kontakt/åtgärd:
Analys enligt BPSD-registret behöver övervägas. Samarbete kan behövas med medicinsk, psykiatrisk och psykologisk expertis för att tillgodose både den våldsutsattas och våldsutövarens behov. Stödinsatser utifrån individens och närståendes behov. Stödja den enskilde i att göra en polisanmälan, om den enskilde har uttryckt att hen vill att en sådan ska göras. Information finns bland annat hos Äldrecentrum, Svenskt Demenscentrum och Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK).

Välfärdsteknik

Kontakt/åtgärd:
Om tekniken erbjuds av socialnämnden ska den enskildes behov av tekniken utredas och beviljas med stöd av SoL. Om bedömningen av behovet görs inom hälso- och sjukvården förskrivs den tekniska lösningen i regel som ett hjälpmedel av hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens.
Det är viktigt att försöka introducera tekniken i en tidig fas av sjukdomen, så att personen med demenssjukdom får möjlighet att förstå hur tekniken fungerar och hur den kan användas.

Yngre personer med demenssjukdom

Kontakt/åtgärd:
Kontakt med biståndshandläggare och anhörigkonsulent vad gäller socialtjänstinsatser. Kontakt med arbetsgivare, försäkringskassa, elevhälsa vid behov, om det inte finns hinder enligt reglerna om sekretess eller tystnadsplikt. I mindre kommuner förekommer problem att ge anpassat stöd till följd av att det i kommunen finns få yngre personer med demenssjukdom. Här kan ett alternativ vara tjänsteköp eller samarbete med omkringliggande kommuner.

Övriga hjälpmedel

Kontakt/åtgärd:
Kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens som bedömer funktions- och aktivitetsförmåga, förskriver och utprovar och följer upp hjälpmedel.

Under ett års tid fick fem kommuner möjlighet att genom ett statligt stimulansstöd införa och vidareutveckla Socialstyrelsens modell för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom. Modellen syftar till att ge hälso- och sjukvård och socialtjänst stöd för att förbättra samverkan och utveckla ett systematiskt arbetssätt kring personer med demenssjukdom.

I projektet har de deltagande kommunerna Umeå, Falun, Ekerö, Göteborgs stad och Mörbylånga haft fria händer att lägga upp sitt arbete – allt utifrån de lokala förutsättningarna.

Kommunerna har kartlagt sin verksamhet, identifierat såväl framgångsfaktorer som eftersatta områden, föreslagit eller infört förbättringsåtgärder samt skapat strukturer och nya vägar för samverkan.

Svenskt Demenscentrum har följt de fem kommunerna i projektet och publicerar här en sammanfattning av deras arbete tillsammans med konkreta råd och tips som inspiration till andra kommuner och regioner.

En jämlik demensvård och -omsorg i vårt land kräver samverkan i alla regioner och kommuner.

Svenskt Demenscentrum

9 789198 546330