

2021-04-29

Ett standardiserat insatsförlopp för personer med demenssjukdom

Projektrapport Umeå kommun



Catharina Persson, Eva Persson, Helena Olsson,
Kristina Sandgren

**UMEÅ
KOMMUN**

Innehåll

1. Sammanfattning
2. Bakgrund – kort om Umeå kommun, storlek och demografi
3. Den kommunala äldreomsorgens organisation
 - 3.1 Utbildning till personal i äldreomsorgen
 - 3.2 Introduktionsutbildning till personal i funktionshinderomsorgen
4. Valda förbättringsområden
5. Samverkan mellan Umeå kommun och Region Västerbotten
 - 5.1 Samordnad Individuell Plan (SIP)
 - 5.2 Samverkan med regionen i särskilt boende
 - 5.3 Samverkan med regionen i hemsjukvården
 - 5.4 Primärvårdens läkare – Några läkares uppfattning om demensuppdraget och samverkan med kommunens personal
6. Information och utbildning till personer med demenssjukdom och deras anhöriga
 - 6.1 Utbildning för anhöriga till personer som utretts i primärvården
 - 6.2 Utbildning för anhöriga till personer som utretts vid specialistenhet
 - 6.3 Psykosociala stödprogram
 - 6.4 Utbildning och information för anhöriga till personer i särskilt boende
7. Avböjer stöd- och hjälpinsatser
8. BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)
 - 8.1 BPSD i särskilt boende
 - 8.2 Implementering av BPSD-registret i ordinärt boende
9. Demenssjukdom vid intellektuell funktionsnedsättning
 - 9.1 Personlig assistans (via Umeå kommun)
 - 9.2 Särskilt boende LSS
10. Yngre personer med demenssjukdom
 - 10.1 Särskilt boende yngre personer med demenssjukdom – ett tankeexperiment
11. Våld i nära relationer
 - 11.1 Intervju med socialsekreterare vid Centrum för våld
 - 11.2 Våld i nära relationer – Umeå kommun
 - 11.3 Våld i nära relationer – Geriatriken Norrlands universitetssjukhus
 - 11.4 Förebyggande insatser vid hot och våld
 - 11.5 Förbättringsförslag vid misstanke om våld i nära relationer
12. Tandvård och munhälsa
 - 12.1 Munhälsobedömning i Umeå
 - 12.2 Besök på Folktandvårdens klinik på Umedalen
 - 12.3 Förbättringsförslag särskilt boende
 - 12.4 Tandvård och munhälsa – enhetschefernas perspektiv i särskilt boende
13. Nationella minoriteter
 - 13.1 Umeå kommuns service till nationella minoriteter
 - 13.2 Intervju med kontaktperson för finskspråkiga medborgare
14. Samordnare inom demensområdet Umeå kommun

1. Sammanfattning

Under projekttiden har vi kartlagt flera av de särskilda perspektiv som återfinns i checklistan för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom. Vi har också fokuserat på samverkan mellan kommunen och regionen kring personer med demenssjukdom i ordinärt respektive särskilt boende. Många förbättringsområden har fångats men de som vi i projektgruppen bland annat har påbörjat dialog och förbättringsarbete kring är:

- Tidiga och samordnade insatser genom att erbjuda en Samordnad Individuell Plan (SIP) i samband med diagnos. Det motiveras av att personen då fortfarande har förmåga att uttrycka sig och skulle bespara anhöriga frustration och oro i sökandet av stöd till sig själv och sin närstående.
- Kartläggning av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD) i ordinärt boende. Det finns stor efterfrågan från biståndshandläggare, vid enheten för utredning äldre, kring personer med demenssjukdom och BPSD. För att möjliggöra för personen att bo kvar hemma så länge som möjligt behöver stödet till anhöriga och hemtjänstutförare optimeras.
- Samordnare inom demensområdet – rekrytering pågår och hen kommer att ha sin placering inom enheten för prevention och förväntas hålla ihop och driva processer inom demensområdet. Det övergripande uppdraget är att optimera samordningen av insatser kring personer med demenssjukdom och hens anhöriga genom att stimulera implementeringen av SIP och arbeta med förbättringsarbeten för att personer med demenssjukdom och deras anhöriga ska få insatser på lika villkor och enligt det standardiserade insatsförloppet vid demenssjukdom. Vidare ska hen skapa ett multiprofessionellt demensteam mellan kommunens olika verksamhetsgrenar samt arbeta med att optimera samverkan med regionen utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

För oss i projektgruppen har deltagandet inneburit att vi har fått ett utökat nätverk internt i Umeå kommun och med Region Västerbottens aktörer kring personer med demenssjukdom. Vi har fått bekräftat att det pågår många insatser i kommunen men att vi behöver arbeta med bättre samordning kring dessa. Det har varit oerhört givande att få möjlighet att fokusera på att kartlägga hur insatser för personer med demenssjukdom fungerar och påbörja förbättringsarbeten. Exempelvis har ett utökat och fördjupat samarbete mellan kommunens demensteam och utredning äldre kring personer i ordinärt boende inletts. På ett personligt plan har projektgruppen upplevt att deltagandet i projektet har varit både roligt och stimulerande och ser med glädje fram emot fortsatt förbättringsarbete i samarbete med den blivande samordnaren inom demensområdet.

Våra två råd till andra kommuner som påbörjat, eller står inför arbetet med, att införa ett standardiserat insatsförlopp är att:

- börja med att kartlägga hur det fungerar i nuläget innan förbättringsarbete startas upp
- det är viktigt att bygga samverkan kring roller och funktioner, för att inte bli beroende av specifika personer och relationer.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla som på olika sätt har bidragit till vårt arbete under projekttiden och till äldreomsorgens ledningsgrupp som gav oss förtroende att delta i projektet.

2 Bakgrund

Umeå Kommun har närmare 130 000 invånare. Som största stad i regionen så har Umeå en relativt ung befolkning där endast 17 % är över 65 år, i jämförelse med övriga kommuner i länet där 23–31% är över 65 år. Antal anställda medarbetare inom den kommunala äldreomsorgen är cirka 1700 personer. Därtill kommer personal som har sin anställning hos privata utförare av hemtjänst, personal inom funktionshinderomsorg och personlig assistans som även de arbetar med personer som drabbats av demenssjukdom.

I Västerbotten är statistiska data gällande antal personer med demens bristfällig. Problemet är att antalet personer med demens bara går att plocka ut från Umeås och Skellefteås specialistvård som heltäckande använder SveDem. Största andelen som får en demensdiagnos i Västerbotten idag sker i primärvården och där använder cirka 30 % av hälsocentralerna och sjukstugorna SveDem sedan stimulansbidrag inte längre erbjuds. Siffrorna från primärvården är därför inte helt tillförlitliga och ett mörkertal kan misstänkas. Detta är ett problem i hela Sverige och det skriver även Socialstyrelsen i sin utvärdering gällande demensområdet. Via enkäter har Region Västerbottens tidigare demensutvecklare sammanställt ungefärliga data kring antal utredningar och diagnoser årligen. Dessa visar på att 700–800 personer får en demensdiagnos via utredning i primärvården och 190 personer får en demensdiagnos via utredning i specialistsjukvården.

Organisation äldreomsorg



Enheten prevention ger insatser anhörigstöd och avlösning, samtalsgrupp eller utbildning. De bedriver dagverksamhet dit personer med demenssjukdom med biståndsbeslut deltar samt öppna träffpunkter för äldre som vem som helst kan besöka. Dagverksamhet och träffpunkter har varit stängda under pandemin men planeras öppna så snart smittläget medger.

Inom utredning äldre utreds och fattas beslut om insatser till äldre enligt Socialtjänstlagen; hemtjänst, dagverksamhet, hemleverans av mat, trygghetskamera, trygghetslarm, telefonservice, ledsagarservice, korttidsvistelse och särskilt boende. Umeå kommun har en enhet för hemtjänst som servar 821 brukare (mars 2021). Därutöver finns 16 privata utövare av hemtjänst som servar 797 brukare (mars 2021). Enheten för hälso- och sjukvård ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå såväl inom hemsjukvården som i korttids- samt vård- och omsorgsboende, medan läkarinsatser utförs av läkare vid den hälsocentral som den enskilde är listad vid. Umeå kommun har ett stort korttidscenter med möjlighet till 70 platser men där en del av huset nyttjas för kohortvård under pandemin. Särskilt boende för äldre i Umeå benämns vård- och omsorgsboende. Det finns 18 vård- och omsorgsboenden med varierande antal boendeplatser, 8-102 boendeplatser, samt en privat utförare av särskilt boende. Totalt finns 1035 platser i vård- och omsorgsboende Umeå kommun och 14 platser hos privat utförare.

3.1 Utbildning till personal i äldreomsorgen

Relaterat till ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom så är det oerhört viktigt att personalen i såväl hemtjänst som vård- och omsorgsboende har rätt kompetens. Sedan 2017 är det obligatoriskt för personal som anställs i kommunal hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende att ta del av *basutbildningens introduktion*. I utbildningen ingår, relaterat till området personer med demenssjukdom, kunskap om den nationella värdegrunden i äldreomsorgen och ett personscentrerat förhållningssätt, mat och måltider för äldre, grundläggande kunskap om och bemötande vid demenssjukdomar samt vård i livets slut. *Basutbildningens fördjupning* erbjuds efter tre månaders vikariat eller då personen fått en tillsvidareanställning och innehåller Svenskt Demenscentrums utbildning Demens ABC Plus, Nollvision – en demensvård utan tvång och begränsningar samt Palliation ABC. Medarbetarna erbjuds även RESIMA (Resurser I Mötet Med Aggressivitet) som är en lärarledd utbildning (3 heldagar) där man i teori och praktik får verktyg för att förebygga situationer där hot och våld uppstår genom ett lågaffektivt bemötande men också tränar tekniker för att kunna lösa upp en hot- och våldssituation. Inom ramen för RESIMA reflekterar man kring fallbeskrivningar som anknyter till webbutbildningen om Nollvision. Bland *basutbildningens valfria kurser* återfinns BPSD-administratörsutbildning.

Sedan vårvintern 2020 genomförs basutbildningen digitalt p.g.a. Corona-pandemin. Då Vårdhygien vid Region Västerbotten endast medger möten/ utbildningar om maximalt 1 timme med 8 deltagare i en lokal, så genomförs endast de teoretiska momenten i RESIMA-utbildningen sedan november 2020 och BPSD-administratörsutbildningarna har fått pausas då BPSD-registret inte medger digitala utbildningar.

Som en del i projektarbetet ville vi även kartlägga hur de privata utförarna av hemtjänst utbildar sin personal inom demensområdet. Ett brev skickades ut med en inbjudan att delta i intervju alternativt att besvara en enkät. Då endast två privata utförare av hemtjänst valde att medverka kan resultatet inte sammanställas och sägas representera privata utförare generellt. Den ena angav att webbutbildningar från Svenskt Demenscentrum ingick i introduktionen tillsammans med egenproducerade utbildningar om bemötande generellt medan den andra framhöll brister kring fortbildning inom demensområdet.

För privata utförare av hemtjänst erbjuder Umeå kommun genom avtal en förberedande delegeringsutbildning som har sin utgångspunkt i Demenscentrums webbutbildningar "Jobba säkert med läkemedel" och Ge insulin. Dessa utbildningar inför delegering är obligatoriska för personal som ska ha delegering oavsett man arbetar i kommunal eller privat verksamhet i äldreomsorgen.

I nuläget pågår flera förbättringsarbeten kring basutbildningen i den kommunala äldreomsorgen där ökad uppföljning av kunskap via test införs och automatiska rapporter genereras till respektive chef för att underlätta uppföljning av genomförda utbildningar.

Vid dialog med verksamhetschef för Utredning äldre har det framkommit behov av ett ökat samarbete kring personer med BPSD som fortfarande bor i ordinärt boende och personer som tackar nej till insatser initialt. Utifrån att biståndshandläggarna behöver kompetensutveckling så har vi överenskommit att alla biståndshandläggare tar del av Demenscentrums webbutbildning demens ABC för biståndshandläggare samt utvald information om BPSD från kvalitetsregistrets hemsida. Därefter planeras workshops in för de fyra geografiska teamen med syfte att få samsyn kring vad som kan vara möjliga och bra infallsvinklar och åtgärder vid BPSD.

3.2 Introduktionsutbildning inom funktionshinderomsorgen

Samtliga nyanställda i funktionshinderomsorgen skall genomföra en introduktionsutbildning med olika delmoment. Utbildningen beräknas sammanlagt ta ca 11 timmar att genomföra i sin helhet. Under pandemin, då personal snabbt behöver kunna göras tillgängliga för verksamheten, har utbildningstiden justerats och de obligatoriska kapitlen man behöver göra har tillfälligt minskats till ett minimum. Den totala utbildningstiden beräknas med denna tillfälliga justering till 3 timmar. I de obligatoriska momenten ingår bland annat att se två filmer om kognition och funktionsnedsättningar samt inläsning av ett studiematerial om olika funktionsnedsättningar samt lågaffektivt bemötande. Informationen om demens ingår i en omfattning om en sida och nämns också i en av filmerna. Ett kunskapstest genomförs efter varje avsnitt.

Även inom funktionshinderomsorgen är RESIMA en obligatorisk utbildning, vilket är en satsning som inleddes 2017 och pågår fortlöpande med undantag för nu på grund av pandemin.

Ett förbättringsområde inom funktionshinderomsorgen, utifrån att allt fler personer i särskilt boende LSS drabbas av en demenssjukdom, är att all personal bör genomföra Svenskt

Demenscentrums webbutbildning "Åldern har sin rätt" och reflektera i grupp kring de olika delmomenten i utbildningen.

4 Valda förbättringsområden

Projektgruppen i Umeå har haft ett riktat fokus på att hitta förbättringsområden i gränssnittet mellan regionens och kommunens aktörer, då det i många delar behöver utvecklas. Utöver det har gruppen kartlagt några av de särskilda perspektiv som ingår i checklistan för standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom:

- Yngre personer med demens
- BPSD
- Avböjer stöd och insats
- Utbildning för personal
- Stöd och information till anhöriga och närstående
- Våld i nära relationer vid demenssjukdom
- Personer med intellektuell funktionsnedsättning
- Tandvård
- Nationella minoriteter

En samordnad individuell plan (SIP) är det absolut viktigaste verktyget i samverkan mellan kommunens och regionens aktörer. I nuläget används SIP framförallt när läkemedelsansvaret övertas av hemsjukvården från primärvården i Umeå. Projektgruppen bedömer att den begränsade användningen av SIP som verktyg medför att personer med demenssjukdom och deras anhöriga inte får samordnade, tidiga och optimala insatser. Mer om varje förbättringsområde beskrivs i respektive kapitel

5 Samverkan mellan Umeå kommun och Region Västerbotten

Samverkan med regionens demensansvariga på hälsocentralerna har varit bristfällig under projekttiden. Vid kontakt med regionens vårdutvecklare för demensprocessen framkommer det att hen också har svårigheter i kontakten med demensansvariga i primärvården, vilket kan antas bero på den pågående pandemin. Dock har projektgruppen haft dialog med regionala samverkanskoordinatorer, utvecklingsstrateg för God och Nära vård samt samordnare för mobila insatser som arbetar övergripande och därmed knutit värdefulla kontakter för det framtida utvecklingsarbetet inom demensområdet.

Vid kontakt med demenssjuksköterskan i Mörbylånga kommun erhöles ett gott exempel på fungerande samverkan med primärvården. Sedan 2018 finns ett samverkansteam mellan kommunen och primärvården där distriktssjuksköterskor från varje hälsocentral ingår tillsammans med kommunens demenssjuksköterska, enhetschef, anhörigkonsulent,

biståndshandläggare, arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterskor. Samverkansteamet möts varannan vecka och ett förbättringsarbete pågår för att en Samordnad individuell plan (SIP) ska genomföras vid diagnos, så att personen och dennes anhöriga ska få tidiga och samordnade insatser.

5.1 Samordnad individuell plan (SIP)

En samordnad individuell plan (SIP) är det viktigaste verktyget i samverkan mellan kommunens och regionens aktörer. Enligt en av kommunens vårdkoordinatorer används SIP, i nuläget, framförallt när läkemedelsansvaret övertas av hemsjukvården från primärvården i Umeå. Projektgruppen bedömer att den begränsade användningen av SIP som verktyg medför att personer med demenssjukdom och deras anhöriga inte får samordnade, tidiga och optimala insatser. Nedan finns ett exempel på en anhörig till en man med Alzheimer som mycket målande beskriver bristerna i samordningen mellan och inom huvudmännen region och kommun.

“I slutet av november fick min pappa, 78 år, diagnosen Alzheimers. 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 även 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 Umeå kommun 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 demenssteam t.ex. 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 iom ökad smitta så vet jag inte när jag kan komma nästa gång. Jag och pappa pratar i telefon 4-5 ggr/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”

Den faktor som skulle få den överlägset bästa effekten för personer med demenssjukdom och hens anhörig är om primärvården i samband med att personen får sin demensdiagnos informerar om möjligheten att få en samordnad individuell plan (SIP) för insatser från båda huvudmännen, inhämtar samtycke för att kalla till ett möte där personen samt representanter från såväl kommunen som regionen medverkar.

Specialistsjuksköterskan i det kognitiva stödteamet i Skellefteå lyfter i en telefonintervju fram den viktiga frågan om samverkan mellan region och kommun i samband med att en person får sin demensdiagnos via Regionens eller privata hälsocentraler. Det är viktigt att skapa en kontakt med kommunen redan vid diagnos för att sedan kunna följa upp och erbjuda stöd eftersom demenssjukdomen fortskrider. Specialistsjuksköterskans erfarenhet

är att många ärenden blir akuta när anhöriga inte längre orkar vårda och att tidigt insatt stöd och ett strukturerat och gränsöverskridande teamarbete är det vi behöver arbeta för.

Enligt 2 kap § 7 SoL ska huvudmännen när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillsammans upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. För personer med demenssjukdom bör regionen och kommunen utgå från att det finns behov av en plan. Även Sveriges kommuner och regioner (SKR) menar att SIP med fördel kan användas tidigt under demenssjukdomens förlopp då personen lättare kan uttrycka sin vilja.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Anhöriga ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det anses lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå:

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Motsvarande bestämmelse för landstinget och hälso- och sjukvården finns 16 kap. 4 § HSL.

Projektgruppen har haft dialog med utvecklingsstrateg för God och Nära vård i kommun samt med regionala samverkanskoordinatorer kring ett framtaget flödesschema som tydliggör när SIP bör påkallas och vem som ansvarar för vad i de olika processtegen. Flödesschema bifogas projektrapporten, se bild 1 nedan. Ytterligare dialog om flödesschemat med regionens samordnare för mobila insatser och regionens utvecklingsstrateg för God och Nära vård ledde fram till en grov plan för hur man bör utveckla flödesschemats olika delar bit för bit i dialog med primärvården. En idé framfördes om att använda ett redan fungerande arbetssätt "Hälsa, lärande och trygghet" som en utgångspunkt i utvecklingsarbetet. Fortsatt samverkan behövs för att implementera arbetssätt kring SIP, men de första stegen har tagits inom ramen för det här projektet.

Läkarbesök på hälsocentralen vid diagnos

Patienten får information om och erbjuds SIP

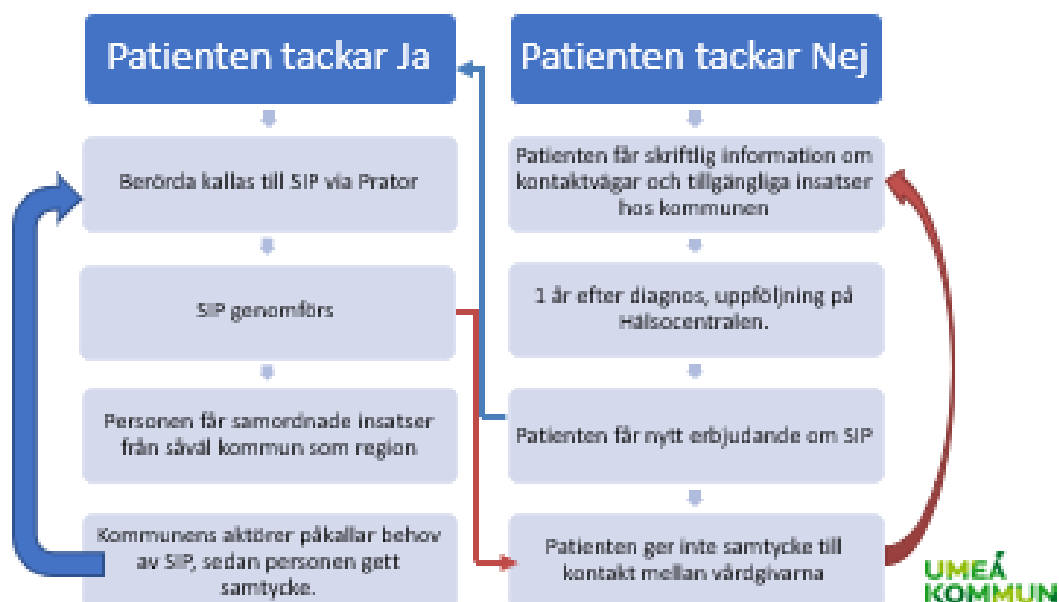


BILD 1. Flödesschema SIP.

5.2 Samverkan med regionen i särskilt boende (Vård- och omsorgsboende Umeå och region Västerbotten)

Intervjuer med sjuksköterskor i vård- och omsorgsboende genomfördes med utgångspunkt från checklisten i ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom. Frågorna som ställdes var hur sjuksköterskorna upplever att samverkan fungerar med ansvarig läkare på hälsocentralen och specialistvården kring demenssjukdomar i allmänhet, handläggande av BPSD samt palliativ vård till personer med demenssjukdom.

Sjuksköterskorna beskriver en i huvudsak fungerande samverkan. Man har fasta rondtider i varje boende med ordinarie läkare och flera har även fasta vikarier/ ersättare när ordinarie läkare är frånvarande. Ansvarig läkare kan nås via telefon vid behov vilket fungerar bra i de flesta fall. De förbättringsområden som lyfts fram är:

- en mer långsiktig planering från regionen för att tillgodose god kompetensförsörjning med läkare i framtiden.
- Geriatrisk kompetens efterfrågas för såväl rondansvariga läkare som sjuksköterskorna på vård och omsorgsboenden. Flera av sjuksköterskorna hänvisar till att tidigare var det läkare med geriatrisk specialistkompetens som hade ansvar för ronderna på kommunens vård och omsorgsboenden.

- Ökade möjligheter för patienter att få en demensutredning för korrekt diagnos även efter flytt till vård och omsorgsboende och därigenom även kunna erbjudas behandling med demensspecifika läkemedel. Mera kunskap om uppföljning av dessa läkemedel efterfrågas.
- Några sjuksköterskor uppger att årliga läkemedelsgenomgångar inte prioriteras och detta kan innebära att även demensspecifika läkemedel inte följs upp enligt rekommendation.

Det finns exempel på när BPSD handläggs enligt rutin i vårdprogrammet för Västerbottens län. Några sjuksköterskor beskriver att BPSD kartläggning görs och att den sedan efterfrågas av läkare och tas med till rond. Omsorgspersonal medverkar på rondens för att svara på frågor och för att kunna ge kompletterande information. Dock är det mer vanligt att BPSD kartläggningar görs på sjuksköterskans initiativ. Läkare uppskattar att kartläggning gjorts, men efterfrågar inte dessa. Läkaren kan ställa allmänna frågor om allt gjorts gällande bemötande och omvårdnad, men det är allt för vanligt att läkemedel för BPSD ordineras även utan genomförd kartläggning av BPSD.

Sjuksköterska på korttids upplever välfungerande kontakter med specialistvården på geriatriskt centrum. Via specialistvården kan rätt person nås på en gång i stället för att bli hänvisad vidare. Vid behov av slutenvårdsplats vid ökad BPSD underlättar det att patienten är inskriven hos geriatrikens öppenvård.

Det förbättringsområde som lyfts fram är att öka följsamheten till kartläggning av BPSD innan eventuella läkemedel sätts in. En framgångsfaktor i arbetet med personer som har BPSD är de demensspecialiserade undersköterskorna som lättare når fram till sina kollegor och kan vägleda dem i omvårdnad och bemötande.

Vid palliativ vård i livets slutskede uttrycker de flesta av sjuksköterskorna att de har fungerande rutiner som dock skiljer sig något åt mellan olika boenden. Vårdnivåsamtal och beslut kring eventuell HLR tas ofta några veckor efter inflyttning till boende. En del läkare vill vänta med vårdnivåbeslut för att hinna lära känna patienten bättre först. Brytpunktssamtal initieras ofta av sjuksköterskorna och ordination av palliativa injektioner för symtomlindring sätts ofta in i god tid. Möjligheten att träffa anhöriga för brytpunktssamtal under pandemin har minskat och det finns en förhoppning att de som behöver och efterfrågar ett samtal på plats skall kunna erbjudas det.

De huvudsakliga förbättringsområdena för palliativ vård handlar om att det förekommer att palliativa beslut tas alltför sent och att det då blir svårt för såväl personal som anhöriga i dessa lägen. Information till anhöriga behöver ges i tidigt skede för att de ska förstå konsekvenserna av demenssjukdomen, då alla inte förstår att en demenssjukdom är en dödlig sjukdom. Anhöriga som fått information tidigt blir ofta lugnare.

5.3 Samverkan med regionen i hemsjukvården (Hemsjukvården Umeå kommun och region Västerbotten)

Vid intervjuer med fem distriktssjuksköterskor i hemsjukvården med utgångspunkt från checklisten i ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom, framkom att rutinerna för läkarkontakter varierar utifrån att det är många olika hälsocentraler som de samarbetar/samverkar med. På flera av hälsocentralerna finns fasta ansvariga läkare för hemsjukvårdens patienter. Det finns avsatt tid för rond och varierande möjligheter att komma i kontakt med läkare på övrig tid. En av deltagarna beskriver att hen föreslår till sina patienter att lista sig hos hemsjukvårdens läkare. Patienterna kan då få hembesök och läkaren nås på direktnummer. En annan sjuksköterska beskriver att det fria vårdvalet försvårar arbetet och att hen därigenom behöver ha kontakt med fem-sex olika hälsocentraler som man kontakter på olika sätt. Vid mindre akuta ärenden kan det vara enklare att faxa i stället för att ringa till hälsocentralen.

Flera av distrikts/sjuksköterskorna beskriver att geriatrikens demensteam och mottagning är lätta att få kontakt med via direktnummer och att samarbetet fungerar väl. Vidare beskrivs att kontaktvägar med Äldrepsykiatrimottagningen ofta fungerar bra.

När det gäller samverkan med regionen och läkarkontakt i hemsjukvården framhålls en eller ett fåtal läkare som knyts till hemsjukvården och möjlighet till hembesök som de viktigaste förbättringsområdena.

Många av de som skrivs in i hemsjukvården har en demenssjukdom eller kognitiv svikt som inte är utredd. Hemsjukvården initierar då behov av demensutredning. Bevakning skickas till hälsocentralen eller till geriatriken och kön till utredning är ofta flera månader lång innan patienten får kallelse. Trots att hemsjukvården tagit initiativ till demensutredningen så sker ingen återkoppling av utredningen från regionen till hemsjukvården, vilket är ett viktigt förbättringsområde. Projektgruppen menar att om SIP erbjöds direkt i samband med en demensdiagnos så skulle det här glappet överbryggas för de som tackar ja till en samordnad individuell plan.

Sjuksköterskorna i hemsjukvården beskriver att hemtjänstpersonal tar kontakt med dem gällande BSPD hos hemsjukvårdspatienter. Efter kontakt med distriktsläkare sätts ofta läkemedel in utan att någon skattning eller kartläggning av bakomliggande orsaker har gjorts eller efterfrågats. Vid svåra fall av BSPD har geriatrikens demensteam varit inkopplat och läkemedel har satts in och följts upp via dem.

Rutiner för den palliativa vården i hemmet fungerar bra. Sjuksköterska initierar behov av brytpunktssamtal. Hen efterfrågar hembesök av läkare samt insättning av palliativa läkemedelsordinationer. Upplevelsen är att läkaren lyssnar på sjuksköterskan och dennes bedömning. Den palliativa vården har en hög prioritet hos sjuksköterskorna och fungerar ofta bra främst vid lugna okomplicerade fall. Regionens enhet för Palliativ medicin och Palliativa Konsult Teamet (PKT) är ett bra stöd och lätta att få kontakt med.

Möjlighet att alltid få hembesök av läkare hos patienterna i palliativt skede är ett efterfrågat förbättringsområde. Primärvårdens äldrerestursteam (PrimÄr) som tidigare gjorde en del

hembesök på uppdrag av hälsocentralen/ hemsjukvården arbetar nu mycket med Covid 19. Primär har som målsättning att erbjuda sammanhållen och nära vård till sköra äldre patienter och därigenom utgöra ett alternativ till sjukhusvård och besök på akutmottagningen. I teamet arbetar läkare och sjuksköterskor. Uppdrag till Primär kommer i första hand från kommunens hemsjukvård, hälsocentral, 1177 och ambulansens bedömningsfunktion.

5.4 Primärvårdens läkare – Några läkares uppfattning om demensuppdraget och samverkan med kommunens personal

Intervju med demensansvarig läkare på regional hälsocentral. Tanken kring demensuppdraget är att läkaren har ett kompetensområde att hålla sig uppdaterad inom. Demensansvarig distriktssköterska på hälsocentralen har den samordnande funktionen gällande patienterna som utreds och eventuellt får en demensdiagnos. Väntetiden för basala demensutredningar är i nuläget mer än tre månader men kan prioriteras vid behov. Läkaren upplever att de som får en diagnos ofta flyttar till särskilt boende i ganska nära anslutning till demensdiagnosen. Demenssjuksköterskan träffar patient i hemmet för minnestest, MMSE-SR. Anhörigintervju görs där det är lämpligt på hälsocentral eller i hemmet. Utredning och uppföljning görs enligt rutin i vårdprogrammet för Västerbottens län. Patienten kallas till ett läkarbesök där demensdiagnos meddelas och eventuell läkemedelsbehandling sätts in. Information lämnas om anhörigutbildning samt att anhörigkonsulent kan kontaktas via kommunens växel. Demensansvarig distriktssköterska bokar in ett uppföljningsbesök för patienten efter en tid och har även en del telefonkontakter med exempelvis anhöriga.

Fungerade rutiner finns för samverkan med kommunens sjuksköterskor i vård och omsorgsboende och hemsjukvård. Här informeras om projektgruppens tankar kring SIP som en ingång och ett verktyg för samverkan. Läkaren upplever att samverkan finns, att SIP inte är det rätta verktyget och att man istället kan hitta andra plattformar att mötas.

BPSD i vård och omsorgsboende handläggs enligt rutinen i vårdprogrammet. Vid frågor kring BPSD hänvisar läkaren till rutinen och förklarar sina ställningstaganden och ordinationer. Kunskap i boendet underlättar, exempelvis när en undersköterska med demenskompetens kan vara med på rondan. Omsorgspersonal som deltar vid läkemedelsgenomgång bidrar med viktig kunskap och får själva en större förståelse kring eventuella läkemedelsjusteringar. Vidareutbildning inom demensområdet till sjuksköterskorna på vård och omsorgsboende efterfrågas. Här nämns att det fanns planer på ett gemensamt deltagande från hälsocentralen och vårdboendet på Norrländska demensdagen som nu flyttats fram till 2022.

Gällande kartläggning och behandling av BPSD i ordinärt boende framhåller läkaren att det behövs ett gemensamt utvecklingsarbete mellan region och kommun.

Gällande palliativ vård till personer med demenssjukdom finns bra och fungerande rutiner på vård och omsorgsboende. Läkaren upplever att det blir svårare när patienten bor i ordinärt boende. Primärvårdens äldresursteam (Primär) gör hembesök på uppdrag från

hälsocentralen. Läkaren skulle gärna själv göra hembesök till sina patienter, men då behövs mera tid och en annan organisation.

Telefonintervjuer genomfördes med tre läkare på regionens hälsocentraler. Även de beskriver en fungerande samverkan med kommunens sjuksköterskor på vård och omsorgsboenden. I vissa fall initieras alternativt färdigställs demensutredning efter att patienten flyttat in på boendet och beroende på diagnos sätts även demensspecifika läkemedel in. Uppföljning av demensspecifika läkemedel görs vid årlig läkemedelsgenomgång samt ibland vid BPSD.

Läkarna beskriver att sjuksköterskor ibland informerar om utförd BPSD kartläggning. De uppskattar att kartläggning gjorts, men efterfrågar inte själva dessa som rutin inför ev. ordination av läkemedel. En av läkarna uttrycker att hen inte får några kartläggningar till sig på rondan, men ofta önskemål och frågor om insättande av eller dosökning av läkemedel för BPSD. Samma läkare har endast nyligen fått kännedom om kommunens demenssteam och är positiv till att fokus läggs på bemötande och omvårdnadsåtgärder som förstahandsåtgärd. Telefonkonsultationer med geriatriker blir ibland aktuellt, remiss skrivs vid behov.

Läkarna upplever att det finns fungerande rutiner för planering av den palliativa vården i livets slutskede. Beslut kring eventuell HLR tas upp på första rondan efter inflyttning till boende. Vårdnivåsamtal/tidigt brytpunktssamtal med anhöriga planeras in kort efter detta. Samtalen har under pandemin ofta genomförts per telefon. Ordination av läkemedel för symtomlindring läggs in i dosreceptet i tidigt skede. I journalen dokumenteras en individuell bedömning om och vid vilka situationer som patienten med demenssjukdom bör skickas in till sjukhus och när vård på boendet bedöms vara det bättre alternativet. När patienten sedan försämras har man en fungerande samverkan där sjuksköterskan kontaktar läkaren för information om och bedömning inför övergång till palliativ vård i livets slutskede.

Förbättringsområden:

Utifrån de intervjuer som genomförts med kommunens sjuksköterskor och primärvårdens läkare framgår att ett prioriterat förbättringsområde är att BPSD handläggs enligt rutinen i vårdprogrammet för Västerbottens län, i alla vård- och omsorgsboenden.

Vikten av att få till fungerande rutiner för handläggande av BPSD i ordinärt boende lyfts. Det framkommer såväl i intervjuer med kommunens sjuksköterskor i hemsjukvården som med primärvårdsläkare som har rondansvar för dessa patienter

6 Information och utbildning till personer med demenssjukdom och deras anhöriga

Enligt vårdprogrammet *Utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Västerbottens län* ska anhöriga till personer med demenssjukdom erhålla ett multiprofessionellt teambaserat stöd genom samarbete mellan hälso- och sjukvården (Region Västerbotten) och socialtjänsten (Umeå kommun). Stödet skall vara flexibelt, situationsanpassat, individualiserat samt utformat i dialog med närstående.

Anhörig till personer med demens ska erbjudas att delta i anhörigutbildning/information i nära anslutning till diagnos. Anhörigutbildning/information ska samordnas mellan regionen och kommunen. Målsättningen med utbildningen är att:

- Öka kunskapen om demenssjukdomar (utredning och behandling)
- Öka förståelsen för beteendeproblem
- Stödja och stärka de närstående i deras roll som vårdare
- Skapa ett kontaktnät mellan närstående
- Sprida information om kommunens resurser och vart den närstående kan vända sig.

Utbildningen utformas utifrån rådande lokala förutsättningar men bör innehålla följande avsnitt:

- Olika demenssjukdomar och dess konsekvenser
- Förväntad sjukdomsutveckling
- Behandlingsmöjligheter
- Valfärdsteknik/ Tekniska hjälpmedel
- Bemötande
- Stödinsatser från samhället

Finns behov av tillsyn om personen med demenssjukdom, den tid den närstående deltar i utbildning, bör det erbjudas genom socialtjänstens försorg.

(Rapport Utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Västerbottens län Reviderad 2018-09-17)

6.1 Utbildning för anhöriga till personer som utretts i primärvården

Utbildningar till anhöriga har skett i samverkan kommun – region i Umeå under många år. Under utbildningen medverkar sjuksköterska och arbetsterapeut från primärvården samt demensspecialiserad undersköterska och anhörigkonsulent från kommunen. Region Västerbotten ansvarar för att anhöriga till personer med demenssjukdom får erbjudande om utbildning i nära anslutning till diagnos medan Umeå kommun ansvarar för att anhöriga till personer med demensdiagnos som har insatser inom exempelvis dagverksamhet, korttidsboende, hemtjänst, arvoderad anhörigvård erbjuds att delta utbildning. Utbildningsmaterialet är till största delen hämtat från Svenskt demenscentrums webbutbildning för anhöriga och innehåller samtliga avsnitt som omnämns i riktlinjer och vårdprogram.

Under åren 2019 - 2020 har ett gränsöverskridande förbättringsarbete genomförts för att effektivisera organisationen och genomförandet av utbildningen.

Förbättringsarbetet kring "Utbildning för anhöriga till närstående med demenssjukdom" ska leda till att:

- alla anhöriga inom målgruppen erbjuds utbildning
- utbildningsmaterialet har en tydlig struktur med ansvarsområden för respektive huvudman, region Västerbotten/ Umeå kommun.
- utbildningen utgår från nationella riktlinjer, lokalt vårdprogram och gällande lagstiftning.
- anhöriga upplever ökad trygghet, får mer kunskap om demenssjukdomar, beteendeproblematik samt kännedom om vilka stödformer som finns för anhöriga och vart man vänder sig.
- Utbildningsmaterialet ska vara möjligt att använda i Västerbottens alla kommuner i samverkan med Region Västerbotten.

En utbildningsserie genomfördes i kommunens regi våren 2019 för att testa nytt material. Därefter genomfördes en utbildningsserie i samverkan kommun-region under hösten 2019 och en tidigt våren 2020. Alla tre omgångar visade på goda resultat utifrån de utvärderingar som gjordes, dock har utbildningarna inte kunnat genomföras sedan april 2020 på grund av pandemin.

Anhörigkonsulent beskriver svårigheter med Hälsocentralernas representation av sjuksköterska och arbetsterapeut under genomförandet av utbildningarna. Det kan bero på att såväl arbetssätt som arbetssituation skiljer sig 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 utbildningsserierna.

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.
- hälsocentralerna ansvarar för att bjuda in till anhörigutbildning i samband med diagnos
- möjliggöra digital anmälan.

6.2 Utbildning för anhöriga till personer som utretts via specialistenhet

Basal utredning vid kognitiv svikt genomförs i primärvården, personer yngre än 65 år får remiss till specialistenhet för utvidgad utredning. Geriatriken erbjuder utbildning till anhöriga i nära anslutning till diagnos enligt vårdprogrammet *Utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Västerbottens län 2018*

Anhöriga till personer som utretts hos Geriatriskt centrum NUS erbjuds anhörigutbildning. Geriatrikens kurator ansvarar för att inbjuda, Geriatriken har eget utvecklat material och utbildningen samordnas med kommunen. Biståndshandläggare, anhörigkonsulent och överförmyndarenheten medverkar. Vid Geriatrikens anhörigutbildningar deltar anhöriga till

personer med demenssjukdom under och över 65 år.

För att säkerställa att utbildning till anhöriga även fortsättningsvis genomförs i samverkan Region och Kommun med ett standardiserat arbetssätt, behöver rutin upprättas för genomförandet.

6.3 Psykosociala stödprogram

Enheten för Prevention (Umeå kommun) erbjuder samtalsgrupp för anhöriga till närstående med demenssjukdom. Samtalen utgår från Röda Korsets material "Att vara anhörig" och varje träff utgår från ett nytt tema. Samtalsgrupperna annonseras via öppna Träffpunkter, dagverksamheter, hälsocentraler, korttidsboende, samtalsgrupper. Två samtalsgrupper erbjuds per år, dock ej under pågående pandemi. Efter 8 tillfällen avslutas samtalsgruppen men det händer att deltagarna fortsätter att träffas utan samtalsledare eller att de i stället 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 gällande rutin, antal samtalsgrupper per år, digitala lösningar, samt information och kontaktvägar internt och externt behöver genomföras.

6.4 Utbildning och information för anhöriga till personer med demenssjukdom i Vård och omsorgsboende

Under projektets gång framkommer erfarenheter i projektgruppen som tyder på att det även finns ett behov hos anhöriga till boende i Vård och omsorgsboende av information och utbildning. Whitaker beskriver (Fokus på anhöriga nr. 7 2008) att många anhöriga upplever den dag då den närstående flyttar till vårdboende som den värsta dagen. Där skriver Whitaker utifrån sin och andras forskning hur det är att vara anhörig i särskilt boende och vad dessa anhöriga kan ha för behov av stöd. Ett viktigt stöd till dessa anhöriga är att informera, att kommunicera, att respektera, att skapa tillit samt att tillåta delaktighet.

"Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom" beskriver att uppföljning av behovet av information, utbildning och rådgivning kan vara nödvändigt under hela sjukdomsförloppet. Exempel på former för information kan vara: individuella samtal, utbildningstillfällen, samtalsgrupper. I vårdprogram för Västerbotten och Nationella riktlinjer beskrivs att utbildning till anhöriga ska ske i samband med diagnos.

I projektgruppen har vi dock samtalat om möjligheten att erbjuda någon form av utbildning till anhöriga i vårdboende. Den utbildningen skulle fokusera på det senare skedet av sjukdomsförloppet.

7 Avböjer stöd och hjälpinsatser

Personer med demenssjukdom avböjer ibland insatser om stöd och hjälp men även ibland utredning inför diagnos. Det är inte säkert att personen förstår innebörden av sitt ställningstagande, vilket försvårar för de 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.

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

Vid en workshop där det kommunala och geriatrika demensteamet möttes, diskuterades olika förhållningssätt till personens självbestämmande. Båda demensteamet 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.

Både regionens och kommunens demensteam upplever att omsorgspersonalen inte vill tvinga någon och att många etiska dilemman uppstår när någon avböjer stöd vid exempelvis personlig hygien. Sjukgymnast från kommunens demensteam delade med sig av ett gott exempel om olika strategier som användes hos en patient som avböjde stöd med personlig hygien, där man i stället för att fundera på hur ofta hen duschat använde luktsinnet. Rena kläder, tvättlappar och duschkräm lades fram och då upptäckte de genom att använda luktsinnet att hygien var ett mindre problem än man tidigare upplevt.

8 BPSD

Hösten 2012 inleddes arbetet med BPSD-registret i Umeå Kommun. Certifierade utbildare från Region Västerbotten utbildade BPSD-administratörer från ett antal äldreboenden i Umeå kommun samt några chefer och personal som arbetade i demensteamet. I nuläget finns tre certifierade utbildare i kommunen och samtliga särskilda boenden för äldre är anslutna till BPSD-registret.

Förutom utbildning av BPSD-administratörer vid två till tre tillfällen per termin erbjuds nätverksträffar i syfte att få utbyta erfarenheter och få ta del av nyheter från registret. Nätverksträffarna är uppskattade och BPSD-administratörerna uttrycker bland annat att det är värdefullt att få träffas och få tips och idéer av hur man gör på andra boenden. Sedan 2017/2018 ser vi ett ökat antal chefer som deltar vid utbildningarna, vilket är en framgångsfaktor i arbetet med BPSD. Under pandemin har digitala uppföljningsträffar på enheterna ersatt tidigare nätverksträffar.

8.1 BPSD i särskilt boende – vård- och omsorgsboende i Umeå

Under projekttiden har dialog med verksamhetsledningen för vård- och omsorgsboende samt hälso- och sjukvårdsenheten genomförts i syfte att få samsyn om aktuellt läge samt hur vi på bästa sätt kan gå vidare med implementeringen av BPSD-registret som verktyg i vårdboendena. Behovet av fungerande verktyg för att möta BPSD hos personer med demenssjukdom är fortsatt stort och vi behöver därför finna lösningar och identifiera framgångsfaktorer. Ett antal förbättringsförslag diskuteras, exempelvis möjligheten att erbjuda en anpassad utbildning för chefer om BPSD-registret som skulle ingå bland de obligatoriska utbildningsmoment som nyanställda chefer genomgår. En av de framgångsfaktorer vi har sett är då chef också deltagit vid BPSD-utbildning. Man får en förståelse för vad uppdraget som BPSD-administratör innebär och vikten av den stödjande rollen chefen har kring personal som har detta uppdrag.

Den rutin kring arbetsprocessen med BPSD-registret som finns för vård- och omsorgsboende behöver lyftas fram och göras känd för samtliga, då den är menad att tydliggöra roller och ansvar samt belysa vikten av det multiprofessionella teamarbetet för att nå optimala lösningar kring varje individ med BPSD. Sjuksköterskorna i vård- och omsorgsboende är viktiga i detta varför demenssjuksköterskan tillsammans med hälso- och sjukvårdschef överenskommer specifika informationstillfällen om BPSD.

Inom vård- och omsorgsboende lyfts ett antal förbättringsområden fram:

- **Målet bör vara att samtliga personer med demenssjukdom skattas**, både personer med svåra symtom och personer med lindrigare symtom. I dagsläget upplevs det vara så att i första hand personer med svår BPSD skattas och registreras vilket kan ge en skev bild av hur det faktiskt ser ut i verksamheten. Genom att göra tidiga symtomskattningar, genomgång av tänkbara orsaker, tydliga bemötandepplaner och utprovande av lämpliga åtgärder så kan man förebygga att svårare symtom uppstår och befästs.
- **Varje person skall ha minst tre registreringar** i BPSD-registret för att man ska kunna läsa ut något av statistiken vilket ger möjlighet till ett lärande och främjar utvecklingen av demensvården.
- **Följsamhet till rutinen kring BPSD-arbetet** är viktigt och en första del är att säkerställa att rutinen är känd i hela verksamheten.
- **Samtliga enhetschefer ska ha deltagit vid BPSD administratörsutbildning.** För att få inloggning till BPSD-registret och därigenom kunna ta del av resultat, följa utvecklingen på sin enhet samt att kunna stötta och motivera sin personal, krävs deltagande vid BPSD-administratörsutbildning. Chefens kännedom om demenssjukdomar, BPSD-registret och vad uppdraget som BPSD-administratör innebär för medarbetarna utifrån deras olika professioner och roller, ses som en framgångsfaktor för hur arbetet fortgår på den egna enheten.
- **En väl fungerande kommunikation och samverkan mellan chef och sjuksköterska (HSL-personal) på boendet.** För en lyckad implementering är samarbetet mellan chef

och sjuksköterska av stor betydelse utifrån de ledande roller de har på arbetsplatsen. Den rutin som finns vad gäller arbetsprocessen med BPSD-registret på särskilda boenden i kommunen kan här vara ett gott stöd.

8.2 Implementering av BPSD-registret inom ordinärt boende (hemtjänst och hemsjukvård)

Under 2014/2015 hölls några orienterande utbildningstillfällen för ett antal hemtjänstgrupper i kommunen där man erhöll information om demens, bemötande och BPSD-registret. Personal och chefer uttryckte uppskattning för detta. Detta följdes av olika anledningar aldrig upp och i nuläget används inte processen i BPSD-registret inom hemtjänsten och hemsjukvården. När personal i hemtjänsten möter personer med BPSD som de upplever svåra att hantera, kontaktar de ansvarig sjuksköterska i hemsjukvården som tar upp det med ansvarig läkare på hälsocentralen. I vissa fall tas kontakt med demensteam, företrädesvis regionens geriatriska demensteam, men även det kommunala demensteamet har engagerats.

I samtal med ett antal gruppleddare/enhetschefer inom ordinärt boende uttrycks att BPSD-registret troligen skulle vara ett bra verktyg för att så tidigt som möjligt hitta individanpassade åtgärder och bemötandestrategier, dock upplevs man sakna tiden för det med nuvarande arbetssätt och schemaplanering. Det saknas i nuläget politiska beslut för implementering av BPSD-registret i ordinärt boende (hemtjänst och hemsjukvård). Verksamhetsledningen har bjudits in till dialog om detta, men har på grund av pandemin inte kunnat prioritera det.

Vid en telefonintervju med specialistsjuksköterskan i det kognitiva stödteamet i Skellefteå kommun, blir det tydligt vilka hinder som finns för att registrera personer med hemtjänstinsatser i BPSD-registret. För att kunna implementera BPSD-registret i hemtjänsten, behöver det finnas en plan för vem som tar ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser utifrån BPSD för de personer som inte har hemsjukvård, vilket saknas i Umeå kommun. I Skellefteå kan sjuksköterskan i kognitiva stödteamet träda in och ta HSL-ansvaret, när personen inte har hemsjukvård, så att arbetet med kartläggning och skattning enligt NPI kan startas.

Implementering av BPSD-registret i ordinärt boende är ett viktigt förbättringsområde och processen föreslås bestå av följande steg:

- **Att det klargörs vem som har hälso- och sjukvårdsansvar** och vad det innebär relaterat till BPSD såväl när personen har hemsjukvård som när hen inte är inskriven i hemsjukvården.
- **BPSD-administratörer utbildas inom varje hemtjänstgrupp/hemsjukvården.** Minst en undersköterska, en sjuksköterska samt enhetschef från varje grupp/område deltar vid BPSD-administratörsutbildning.
- **All personal görs delaktig.** All personal får inför starten en orienterande introduktionsutbildning kring vad BPSD är, hur arbetet med BPSD-registret fungerar och betydelsen av teamarbetet för ett lyckat resultat.

- **Tydlig struktur och planering betydelsefull.** En tydlig rutin kring arbetssätt/roller och ansvarsfördelning nedtecknas och görs känd i verksamheten. Rätt förutsättningar för det praktiska genomförandet tillgodoses genom att planera in tid för skattningar och registreringar i arbetsschemat likväl som tid för att genomföra planerade åtgärder, med syfte att minska BPSD för den enskilde.
- **Erbjuda BPSD-administratörsutbildning till privata utförare av hemtjänst.** Då cirka hälften av kunderna i hemtjänst nyttjar privata utförare för hemtjänst, behöver utbildning av BPSD-administratörer även erbjudas dem för att möjliggöra vård och insatser på lika villkor enligt det standardiserade insatsförloppet för personer med demenssjukdom.

9 Demenssjukdom hos personer med intellektuell funktionsnedsättning

Allt fler personer med intellektuell funktionsnedsättning lever friska under en allt längre tid och allt fler personer med en intellektuell funktionsnedsättning uppnår en ålder som motsvarar pensionsålder och över. Därmed utvecklar dessa personer samma problem som normalpopulationen när det kommer till åldrande och demens. Omkring 50–60 procent av personer med intellektuell funktionsnedsättning, ofta med diagnosen Downs syndrom, drabbas av demens. I Sverige finns cirka 1750 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. Kognitiv bedömning är svår och diagnostiska metoder har inte validerats fullt ut för användning för personer med Downs syndrom, därmed är tidig diagnos fortfarande svår (*Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom*).

Projektgruppens kartläggning inom området intellektuell funktionsnedsättning omfattar endast intervjuer med representanter för Umeå kommun. Regionens uppfattning har av tidsskäl inte genomförts inom ramen för det här projektet.

9.1 Personlig assistans (via Umeå kommun)

Inom området personlig assistans i Umeå kommun finns i dagsläget 72 brukare varav cirka 10 personer med demenssjukdom. Kartläggning av privata utförare av personlig assistans har inte inkluderats i kartläggningen.

Det finns inga tydliga, enhetliga rutiner vid misstanke om demens och/eller om hur man initierar en utredning om demens. Alla brukare inom personlig assistans har inte beslut om Hälso- och sjukvårdsinsatser via hemsjukvården, men när beslut om hemsjukvård finns så upplevs man få ett bra stöd av hemsjukvården kring stöd och kontakter med regionen för utredning av en eventuell demensdiagnos. Hos brukare med engagerade anhöriga upplevs det som att de får bra stöd av primärvården.

9.2 Särskilt boende LSS

Inom särskilt boende LSS finns ca 550 brukare fördelat på 80 boenden. Cirka 1000 omsorgspersonal och 33 hälso- och sjukvårdspersonal fördelat på 25 sjuksköterskor, 4 arbetsterapeuter samt 4 sjukgymnaster/ fysioterapeuter arbetar i verksamheten.

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. Målgruppen är bland annat personer med Downs syndrom, ryggmärgsbråck, flerfunktionshinder och autism i kombination med intellektuell funktionsnedsättning. Prioriterade är personer med omfattande medicinsk problematik. Till Primo kan man komma även om man är listad vid en annan än Ersboda hälsocentral. Fokus är funktionsnedsättningens konsekvenser. Hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för särskilda boenden LSS uppger att kontakten med PRIMO fungerar bra, att man får bra stöd när man kontaktar dem.

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 gott stöd av det kommunala demensteamet. Det finns inte något etablerat samarbete med det geriatriska demensteamet på Region Västerbotten.

Alla brukare har en kontaktpersonal. Varje brukare har också en genomförandeplan och bemötandeplan som beskriver det individuella behovet och genomförandet av aktuella insatser. Genomförandeplanen uppdateras minst årligen. Individuella handlingsplaner och eventuella riskbedömningar osv. upprättas utifrån behov och situation.

Hälso- och sjukvårdspersonalen bedömer att det är relativt vanligt att brukare har symtom som tyder på demenssjukdom eftersom många lever längre idag och vissa grupper har en klart ökad risk att utveckla demens. En sjuksköterska som intervjuades uppgav att det inte är särskilt vanligt utifrån att de flesta brukare är yngre, dock menade hen att i de fall någon utvecklar demens blir det desto svårare att hantera och bemöta utifrån att man bor gemensamt med personer med andra funktionsnedsättningar. De stora utmaningarna ligger då i att kunna anpassa miljö och sammanhang kring brukarna individuellt och få vardagen att fungera så bra som möjligt.

Erfarenheter i demensteamet Umeå kommun visar på 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 och att personalen inte får några förklaringar, vilket i sin tur medför mycket frustration och att personen med funktionsnedsättning inte får optimalt stöd.

Vid misstanke om demensutveckling hos en brukare kontaktas ansvarig sjuksköterska som i sin tur påbörjar ett arbete med att analysera och utreda orsaker till förändringen i beteende och funktion. När man uteslutit somatiska och/eller andra förklaringar tas kontakt med ansvarig läkare på hälsocentralen. Sjuksköterskan försöker initiera en demensutredning men

i de flesta fall görs ingen sådan av olika anledningar. I många fall bedömer man att sjukdomsbilden är för komplex beroende på övriga diagnoser och funktionsnedsättningar. I andra fall gör man bedömningen att det för brukaren inte skulle innebära någon skillnad vad gäller behandling eller åtgärder. Vissa undersökningar bedöms ibland som ej genomförbara utan alltför stora ingrepp på den personliga integriteten. Exempelvis kan venprovtagning gå bra men en datortomografi av hjärnan är svårare att genomföra. Ansvarig läkare på hälsocentralen beslutar om en demensutredning ska göras.

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. Fast läkarkontakt med regelbundna ronder samt årliga läkemedelsgenomgångar är ett prioriterat förbättringsområde, enligt de intervjuade.

Förbättringsförslag som sjuksköterskorna lyfter fram är:

- Tydligare rutiner inom den egna organisationen/verksamheten vad gäller kring 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

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

10 Yngre personer med demenssjukdom

Det är ovanligt att en demenssjukdom drabbar personer under 65 år. I Sverige uppskattas antalet yngre personer med demenssjukdom till cirka 9000 varav merparten är 60–65 år. En yngre person kan ha särskilda behov som skiljer sig från de som insjuknar senare i livet. Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar med högsta prioritet att det finns dagverksamhet respektive särskilt boende som är särskilt anpassat för yngre personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2019, Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom).

Det som skiljer gruppen yngre personer med demens från äldre personer med demenssjukdom är att de får sin sjukdom mitt i livet med en tydligare social förankring eftersom de oftast yrkesarbetar. Att drabbas av en demenssjukdom får ofta ekonomiska

konsekvenser och sjukdomen påverkar anhöriga i hög grad. Det är inte ovanligt att den drabbade har hemmavarande barn. Det som också skiljer yngre personer med demens ifrån de äldre är att deras fysiska funktioner är intakta. Dessutom tar det ofta flera år innan rätt diagnos ställs eftersom demens förknippas med åldrandet. Just att gruppen är liten försvårar många gånger möjligheterna till att i praktiken använda och utvärdera olika metoder i lokala sammanhang som t.ex. olika gruppstöd och aktiviteter. Därför blir samverkan mellan kommuner, socialtjänsten, och hälso- och sjukvården viktig för att öka dessa möjligheter (*Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007:4 ISSN 1401-512*).

Antal personer som utreds för kognitiv svikt och får en demensdiagnos under 65 år är få i Umeå. Under 2019 diagnosticerades 8 personer med demensdiagnos i region Västerbotten. I Umeå saknas för närvarande ett särskilt boende som är anpassat för yngre personer med demenssjukdom.

Den lokala Demensföreningen i Umeå beskriver att föreningen driver frågan om särskilt boendeplatser för personer under 65 år med demenssjukdom. Man har träffat ansvariga politiker inom Individ- och familjenämnden (IFN) och lyft frågan.

Individ- och familjenämnden har dock under 2020 uppdragit till förvaltningen att utreda förutsättningarna för att öppna ett boende för unga personer med demenssjukdom.

Uppdraget ska genomföras i nära dialog med äldreomsorgen för att åstadkomma en sammanhållen helhetslösning (Diarienummer: IFN-2020/00209). I nuläget så verkställs behov av särskilt boende för yngre personer med demenssjukdom i äldreomsorgens vård- och omsorgsboenden.

Inom enheten för Prevention erbjuds dagverksamhet och där finns en grupp för yngre personer med demenssjukdom. Dagverksamhet är till för personer som bor kvar i det egna hemmet, inte är yrkesverksamma och som har behov av stöd och omsorg för att få det egna behovet av social samvaro tillgodosett. Dagverksamhet kan också vara avlösning till anhöriga. Att komma till en dagverksamhet är behovsprövat. En utredning görs för att avgöra om behov av dagverksamhet finns. Ansökan prövas utifrån socialtjänstlagen (SoL). Den som beviljas dagverksamhet får en kontaktperson. Kontaktpersonen ansvarar för att det upprättas en genomförandeplan utifrån individuella behov och förutsättningar (www.umea.se).

Personal i dagverksamheten för yngre personer med demenssjukdom berättar att det är möjligt att delta vid 4 tillfällen/vecka. Gruppen består av 6 deltagare och 2 personal. En veckoplanering görs gemensamt varje vecka och innehåller aktiviteter som mat, fysisk aktivitet, kultur, media, utflykter. För att insatsen dagverksamhet ska fungera bra för deltagaren krävs att personalen har god kontakt med anhöriga, det kan vara både makar och barn men även föräldrar. Personliga träffar med anhöriga genomförs och vid upprättande av genomförandeplanen deltar anhörig om deltagaren samtycker till det.

10.1 Särskilt boende yngre personer med demenssjukdom – ett tankeexperiment

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom. Boendets karaktär bör utgöras av inkluderande boendemiljöer eller vara småskaligt och riktas till personer med måttlig till svår demenssjukdom. Avgörande för rekommendationerna är att åtgärderna bland annat bidrar till ökad upplevd livskvalitet, ökad delaktighet i vardagen och minskat bruk av läkemedel för personer med måttlig till svår demenssjukdom. Åtgärderna bidrar dessutom till förbättrad livskvalitet, minskad upplevd belastning och ökad delaktighet i vardagen hos anhöriga. Det vetenskapliga underlaget för åtgärderna är otillräckligt, men de har stöd i beprövad erfarenhet enligt systematisk konsensus. (*Nationella riktlinjer 2017 Vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning (artikel nr. 2017-12-2)*)

Delar av projektgruppen mötte enhetschef och demensspecialiserad undersköterska vid Dagliljans dagverksamhet och Björkgårdens boende för unga personer med demenssjukdom i ett digitalt möte. Dessa verksamheter ligger naturskönt i Stora Sköndal och erbjuder närhet till såväl aktiviteter som café samt är modernt och utrustat med välfärdsteknik. Mötet blev till inspiration och är en utgångspunkt till projektgruppens tankar om ett boende för unga personer med demenssjukdom.

Utifrån Socialstyrelsens rekommendation om särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom, inspirerade av kontakterna med Dagliljan och Björkgården, så delar Projektgruppen med sig av sina tankar om *”Ett modernt boende för yngre personer med demenssjukdom”*.

I samma byggnad som boendet men med separat entré finns tillgång till korttidsboende, dagverksamhet, träffpunkt samt mötesplats och stöd för anhöriga till målgruppen. Byggnaden bör finnas i ett område där det finns möjligheter till fysisk rörelse som promenadstråk/motionsspår, utflyktsplatser, utegym samt närhet till café och möjlighet till sociala aktiviteter och samvaro. Närhet till allmänna kommunikations-medel är viktigt för att underlätta transport. Byggnaden är friliggande med samtliga lägenheter i markplan. I byggnaden finns fin innergård och trädgård på utsidan. För de som trivs tillsammans med andra finns gemensamhetsutrymmen och gemensamt kök. Målsättningen är att erbjuda en så hemlik boendemiljö som möjligt.

Det är viktigt att de personer som bor i boendet har möjlighet till inflytande och delaktighet i sin egen dag. Den enskildes önskemål och intressen styr de aktiviteter som arrangeras. Viktigt att erbjuda ett brett utbud av aktiviteter utifrån de boendes önskemål.

Beslut om särskilt boende för en yngre person med demenssjukdom är ett biståndsbeslut och målgruppen för boendet är personer yngre än 65 år.

Stöd till anhöriga

I byggnaden ska det finnas tillgång till stöd för anhöriga bland annat genom enskilda stödsamtal och rådgivning. Litteratur och informationsmaterial om demenssjukdomar kan

lånas och förutsättningar för matlagning och övernattnin ska vara möjligt. Målet är att kunna stötta familjen att fortsätta upprätthålla relationer i den utsträckning det går.

Dagverksamhet och träffpunkt

Såväl dagverksamhet som träffpunkt inryms i samma byggnad som boendet men i lokaler skilda från varandra. Syftet är att byggnaden och dess geografi ska bli känd för yngre personer med demenssjukdom och deras anhöriga redan i ett tidigt skede av sjukdomen. När sjukdomen fortskrider finns de verksamheter som kan komma att bli aktuella i ett redan känt område eller byggnad.

11 Våld i nära relationer vid demenssjukdom

Våld mot äldre i nära relationer har på allvar uppmärksamats först under senare år och finns nu uppmärksammat både inom den nationella strategin mot våld i nära relationer och i den nationella demensstrategin. Det finns flera riskfaktorer för att utsättas för våld i nära relationer:

- Hög ålder
- Att vara kvinna
- Ökat beroende av omgivningen
- Kognitiv funktionsnedsättning, exempelvis demenssjukdom
- Fysisk funktionsnedsättning
- Att vara äldre kvinna med utländsk bakgrund

Definitionen av våld mot äldre är ”en enstaka eller upprepade handling, eller frånvaro av önskad/lämplig handling som utförs inom ett förhållande där det finns förväntan på förtroende och som förorsakar skada eller smärta hos en äldre person. Denna handling kan vara fysisk, psykologisk/känslomässig, finansiell eller helt enkelt återspegla avsiktlig eller oavsiktlig försummelse”.

Att bli utsatt för våld

En person med demens kan genom symtom i form av minnesförlust med upprepningar, orienteringssvårigheter eller 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.

Att utöva våld

Aggressivitet är ett av de beteendemässiga och psykiska symtom som kan drabba en person med demenssjukdom. Det kan leda till våld riktat mot andra boende, personal eller anhöriga. Vid anhörigvård i hemmet kan våldet riktas mot den som vårdar.

Att både vara utsatt för och att utöva våld

Demenssjukdomens symtom med ökad förvirring och svårigheter att orientera sig kan skapa stark oro och skapa en risk för konflikter och aggressioner. Äldre personer med demenssjukdom som utövar våld eller som uppvisar ett aggressivt beteende löper också risk att själva utsättas för våld och övergrepp.

Åtgärder

I samtliga dessa fall är det angeläget att uppmärksamma våldssituationen och vidta åtgärder för personen med demens. Det är också viktigt att anhöriga och närstående eller vårdpersonal 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 utagerande beteende.

(www.socialstyrelsen.se Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom)

Mäns våld mot kvinnor är sannolikt den vanligast förekommande formen av våld i nära relationer. Det förekommer dock även våld där kvinnan är förövare och mannen utsatt samt i samkönade relationer. Mäns våld mot kvinnor är ett komplext och sammansatt problem. Det går inte att enbart använda en könsrelaterad förklaringsmodell utan förklaringar finns också i individuella faktorer hos förövaren. Våld i nära relationer, även mot äldre, förekommer på olika håll i samhället. Det är inte enbart en vård- och omsorgsfråga, utan snarare ett allvarligt samhällsproblem.

För att kommunerna, i samverkan med andra, ska kunna stödja våldsutsatta äldre bör det finnas en handlingsplan där det ska framgå hur arbetet 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 hur våld mot äldre ska motverkas.

För att stödja kunskapsutvecklingen har Socialstyrelsen 2014 tagit 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.

Även SDC har uppmärksammat frågan, bland annat i utbildningsmaterialet "Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar". Där uppmärksammar de bland annat hur tvång kan leda till ett aggressivt beteende.

I Gotlands kommun har de 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 många kommuner som ännu inte arbetar strukturerat med frågan.

(www.socialstyrelsen.se En nationell strategi för demenssjukdom)

11.1 Intervju med Socialsekreterare Centrum mot våld.

Socialsekreteraren beskriver hur viktigt det är att det inom kommunen finns ansvarig person med uppdrag att arbeta med våld i nära relationer även inom äldreomsorg.

Personal behöver utbildning och kunskaper om våld och en tydlig handlingsplan att följa när våld uppmärksammas. Socialsekreterarens erfarenhet är att när personal signalerar att man misstänker att det finns våldsutsatt person i en relation är det ofta så. Personal "överanmäler" inte utan det finns oftast grund för misstanken och bör tas på allvar. När våld uppmärksammas ska man agera inte avvakta.

Samverkan i multiprofessionella team är nödvändigt för att arbeta framgångsrikt mot våld i nära relationer. Alla yrkeskategorier i teamet är viktiga och man kan tillsammans utbyta erfarenheter och goda exempel. Teamets medlemmar ska arbeta operativt och fatta beslut om hur man går vidare i det enskilda ärendet. I teamet måste också tillgång till expertkompetens med kunskaper om våld finnas.

Socialekreteraren tipsar om utbildningen Webbkursomvold.se och att Umeå kommun kan söka samarbete med Västerbottens Länsstyrelse för utbildning till personal. Hon ser det också som möjligt att utveckla samverkan mellan ett samordnat kommunalt demensteam och Centrum mot våld.

11.2 Våld i nära relationer – Umeå kommun

Enligt vårdprogrammet "Utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Västerbottens län" ska det finnas tillgång till handledning för de som arbetar med personer med demenssjukdom, där man i grupp tillsammans med kollegor får diskutera och reflektera över situationer man upplevt på sitt arbete. Utbildning är en av de åtgärder som ska användas inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten för att öka personalens kompetens för att upptäcka och förhindra våld i nära relationer och vanvård. Personalen ska även ha kännedom om anmälningsskyldighet vid misstanke om missförhållanden enligt Lex Sara och Lex Maria.

I Riktlinjer för de sociala nämndernas arbete med våld i nära relationer, Umeå kommun, finns ett avsnitt som handlar om äldre. Riktlinjen syftar till att öka kunskapen om våld i nära relationer samt ge stöd och vägledning kring bemötande och hur man kan agera när man får kännedom om eller misstänker att brukare har utsatts för våld och andra övergrepp. Våld mot äldre är ett relativt osynligt problem, dels för att personen själv kan ha svårt att berätta vad de utsatts för, dels för att omgivningen inte är uppmärksam på att det kan förekomma. Äldre kvinnor kan vara utsatta för våld av sin make/sambo och våldet kan ha pågått under längre tid men kan också vara något som uppstår senare i livet i samband med åldrande. Den vanligaste förövaren av våld mot en äldre kvinna är en manlig familjemedlem.

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 Riktlinjen finns vägledning för hur man bör arbeta vid misstanke eller kännedom om våld i nära relationer såväl i ordinärt boende som i särskilt boende (*Riktlinjer för de sociala nämndernas arbete med våld i nära relationer*)

11.3 Våld i nära relationer – Geriatriken Norrlands Universitetssjukhus

Vid telefonintervju med kurator vid geriatriskt centrum så beskrivs att geriatriskt centrum har en utarbetad handlingsplan på enhetsnivå. Arbetet har pågått under många år och alla på kliniken har med sig perspektivet om våld i nära relationer när de träffar patient och närstående. Alla, oavsett yrkeskategori, ställer frågor om våld och utsatthet vid misstanke. De har rutiner för att träffa patient/närstående enskilt. Risken för våld i nära relationer ökar där ena parten är beroende av den andra eller att närstående har hög belastning. Kurator menar att det är viktigt med handlingsplan och att säkra åtgärder om man får ett ja.

11.4 Förebyggande insatser kring hot och våld

RESIMA – Resurser I Mötet Med Aggressivitet – en lärarledd utbildning (3 heldagar) bestående av teori och praktik där all personal i äldreomsorgen får verktyg för att förebygga situationer där hot och våld uppstår. Inom ramen för RESIMA reflekterar man kring fallbeskrivningar som anknyter till Svenskt Demenscentrums webbutbildning Nollvision – en demensvård utan tvång och begränsningar.

BPSD-registret, som verktyg i demensvården, sätter fokus på att identifiera bakomliggande orsaker till de beteenden som förekommer samt att belysa vikten av teamarbetet – tillvaratagandet av det samlade teamets kompetens – för att finna fungerande, individuellt anpassade, bemötandestrategier och åtgärder. Mer information om hur Umeå kommun arbetar med BPSD finns i ett eget avsnitt.

11.5 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 (Region-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 (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, RESIMA och Nollvision för medarbetare även i hemtjänsten.
- Säkerställa att samtliga verksamheter i äldreomsorgen har rutiner för att träffa personen enskilt när misstanke om utsatthet uppstår ex. 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 ex. hemtjänst som trygghetsskapande kontakt, dagverksamhet, larm, skyddat boende, kvinnojourer, avlastningsplatser.
- Stödja den enskilde i att göra polisanmälan om hen uttrycker en vilja att en sådan ska göras.

12 Tandvård och munhälsa

Redan i tidig fas av demenssjukdomen så kan munhälsan vara påverkad genom att personen har svårigheter att sköta sin munhygien. (Standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom checklista över insatser, särskilda perspektiv och viktiga områden).

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 symtom till exempel matvägran eller aggressivitet kan vara uttryck för smärtor i munnen. För strukturerad bedömning av munhälsa hos personer med demenssjukdom rekommenderas bedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide (ROAG). (Utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Västerbottens län, reviderat september 2018)

Personer med demenssjukdom som bor i såväl eget ordinärt boende som särskilt boende har rätt till kostnadsfri munhälsobedömning och nödvändig tandvård för avgifter enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. (För vidare information se riktlinjer för Regionens tandvårdsstöd.)

12.1 Munhälsobedömning i Umeå

I Umeå har sedan början av 2000-talet erbjudits uppsökande munhälsobedömning samt nödvändig tandvård till reducerad kostnad i enlighet med tandvårdsreformerna från 1999 samt 2013.

Folktandvården Umedalen är den klinik som i Umeå kommun har ansvar för tandvården för äldre. Man erbjuder årliga hembesök till samtliga boende på särskilda boenden i såväl äldreomsorg som funktionshinderomsorg då man genomför munhälsobedömningar. 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 enhetschef för boendet. Under besöket har man som krav att en omvårdnadspersonal skall medfölja vid munhälsobedömningarna, dels för att omvårdnadspersonalen förväntas ha kännedom om personen dels för att viktig information kring de undersökningsfynd man gör skall kunna förmedlas. Vid munhälsobedömningen används ROAG. Personen erhåller ett munvårdskort med aktuellt tandstatus och instruktioner kring skötsel av munhygien och tandvård förmedlas. När personen bedöms ha behov av ytterligare tandvårdsingrepp så bokas tid vid folktandvårdskliniken.

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 för detta arbete och under våren 2020 så var man i startgröparna med att inleda den uppsökande verksamheten inom ett hemtjänstområde. Detta blev dock inte möjligt på grund av Coronapandemins utbrott.

12.2 Besök på Folktandvårdens klinik på Umedalen

Folktandvården Umedalen är den klinik som i Umeå har ansvar för tandvården för äldre. Vid kliniken på Umedalen tar man emot patienter från alla åldersgrupper i befolkningen. Utöver detta genomför man undersökningar och ger tandvård till personer som är berättigade till

det statliga tandvårdsstödet. Det krävs ingen remiss utan vem som helst kan boka tid. Personalen som arbetar på tandvårdskliniken har en fördjupad kunskap kring äldre och läkemedel. Det uppges vara relativt vanligt att patienter med demenssjukdom eller annan kognitiv funktionsnedsättning pre-medicineras med lugnande läkemedel inför besöket. På kliniken finns också tillgång till olika hjälpmedel som exempelvis personlyft.

Vid besök på folktandvården skall en omsorgspersonal medfölja. Besökstiden anpassas efter vad som bedöms nödvändigt för varje person. Folktandvårdens tandsköterskor uppges att de på kliniken har en god flexibilitet i att kunna anpassa längden på besökstiden individuellt. I de fall behov uppstår att förlänga ett pågående besök, så planerar de om och av-/ombokar kommande patienter till ett senare tillfälle. Information om patienters medicinska diagnoser eller läkemedel får de via kontakt med ansvarig sjuksköterska i särskilt boende alternativt via regionens journalsystem.

Förbättringsområden vid besök på Folktandvårdens klinik på Umedalen

Vid intervju med tandhygienist, Samordnare uppsökande verksamhet Region Västerbotten, så framkommer att det är allt för vanligt att besök till tandvården avbokas, främst gäller det de som bor i ordinärt boende. Det är ofta anhöriga som avbokar men kan även vara hemtjänstpersonal. När anhöriga avbokar uppges orsakerna vara varierande, men inte sällan kan det vara så att man inte lyckas få sin närstående med demens att samtycka till besöket. Resultatet av de frekventa avbokningarna leder, förutom till att man står med tomma besökstider som ej kan nyttjas, till kraftigt försämrad munhälsa då man ej kunnat komma in med rätt åtgärder i rätt tid i förebyggande syfte. Tandvården behöver hitta vägar för att komma in i ett tidigt skede, kanske redan vid demensdiagnos, för att göra munhälsobedömning och på så vis ha möjlighet att tidigt göra en plan samt erbjuda stöd för att förebygga kommande ohälsa.

Ett annat förbättringsområde som lyfts fram av folktandvården är att omsorgspersonal som medföljer en person med demenssjukdom till tandvårdskliniken behöver veta vilken viktig roll hen har. Tandhygienisten beskriver hur det är alltför vanligt att den medföljande personalen allt som oftast "lämnar ifrån sig" personen till tandhygienist/tandläkare för att sedan ställa sig och "kolla i sin mobil". Detta bekräftar även tandsköterska vid Folktandvårdens klinik på Umedalen.

I ett målande exempel berättar tandhygienisten om ett mycket gott exempel där en personal insåg vikten av sin egen betydelse för utgången av besöket. *"Jag tog emot en patient, en brukare inom LSS, som varit en återkommande patient till mig under många år. Det har alltid varit mycket utmanande att lyckas få genomföra olika undersökningar och behandlingar, många gånger har det inte alls gått utan vi har fått avbryta och boka om till ny tid. Men så kom de nu och den här personlige assistenten satte sig själv i tandläkarstolen och gapade och tittade på brukaren och de hade en så fin kontakt, genom att skoja till det "mä, sitter du där.... "ska vi byta?" så skapades en "bubbla" av förtroende mellan brukaren och assistenten och brukaren satte sig nöjd i tandläkarstolen."* (berättat av tandhygienist, Samordnare uppsökande verksamhet Region Västerbotten)

Men det var inte över där, tandhygienisten beskriver hur assistenten såg till att ställa sig så att hen hela tiden befann sig i brukarens synfält, och hela tiden höll en aktiv kontakt med denne genom att "heja", klappa händer osv när olika delar av behandlingar utförts. Resultatet blev att behandlingar som tidigare varit i det närmaste omöjliga att genomföra, trots många försök, nu lyckades, och upplevelsen blev positiv för alla inblandade

Slutsatsen här blir att den personal som medföljer någon på tandvårdsbesök, likväl som när man följer med vid uppsökande munhälsobedömning i hemmet, bör vara införstådd med sin egen betydelse för hur resultatet kommer att bli. Den viktigaste uppgiften blir alltså att ha fokus på kontakten med brukaren/den demenssjuke, att se till att denne känner sig lugn, trygg och respekterad genom hela processen.

12.3 Förbättringsområden särskilt boende.

Vid intervju med tandhygienist, Samordnare uppsökande verksamhet Region Västerbotten och personal vid Folktandvårdskliniken på Umedalen så framkommer behov av förbättringar inom några områden som beskrivs nedan:

Personalens kunskap

Från tandvården upplever man en bristande kompetens hos en stor del av omsorgspersonalen vad gäller betydelsen av en god munhälsa för det totala måendet och hälsan. Utifrån fynd vid munhälsoundersökningarna som visar på bristande munhygien, exempelvis otillräcklig rengöring med kvarliggande matrester som leder till infektioner kring tandhalsar, beläggningar på tungan och svampinfektioner, så drar man denna slutsats.

Region Västerbotten erbjuder en webbutbildning om Munhälsa, vilken tandvården förordar att omsorgspersonalen ska ha tagit del av inför tandvårdens besök för munhälsobedömningar i särskilt boenden. Detta upplevs ännu så länge haft begränsat genomslag men en viss förbättring i antal personer som genomfört webbutbildningen ses sedan årsskiftet 2020/2021.

Webbutbildningen Munhälsa ingår som en obligatorisk fördjupning i äldreomsorgens basutbildning, som erbjuds medarbetare som arbetat mer än tre månader eller fått en tillsvidareanställning. I nuläget är det svårt att få en samlad bild av hur många som genomfört webbutbildningen.

Mottagande vid besök för munhälsobedömning

Tandvårdspersonalen upplever att de trots framförhållning och upprepad information inför besök i särskilda boenden möts av oförberedd personal. Personalen kan verka ovetande och ibland så är den person man ska besöka inte tillgänglig. Uppkomna situationer behöver lösas med att man besöker någon annan på boendet, men det är inte optimalt och finns alltså utrymme för förbättring.

Munvårdskortet

Det munvårdskort som skrivs i samband med munhälsobedömning upplevs behöva uppdateras. Tandvårdspersonal på Umedalens folktandvård uppger att de önskar ett fält där man kan gradera status på munhygien för att kunna se utvecklingen från tidigare år men tandhygienist (i regionens hälso-odontologiska team) menar att de allra flesta är nöjda med utformningen av munvårdskortet. Se bilaga 2.

12.4 Tandvård och munhälsa – enhetschefernas perspektiv i särskilt boende

Tidigare utsågs munhälsoombud i vård- och omsorgsboende men i nuläget finns andra roller och uppgiftsfördelningar. Munhälsa ligger inom ramen för kontaktpersonalens ansvarsområde. Varje person boende på särskilda boenden har minst en kontaktpersonal, vars roll är att ha det övergripande ansvaret för att se till att personens behov och förutsättningar lyfts och möts på bästa sätt.

I samband med att man genomför bedömningar i Senior Alert görs också bedömning av munhälsa genom verktyget ROAG. Detta utförs halvårsvis. Sjuksköterskan har bedömningsansvaret men uppgiften kan ha delegerats till vårdpersonal. Sjuksköterskan är även den som utfärdar intyg om rätt till stödet för nödvändig tandvård i Symfoni.

En enkät genomfördes med enhetschefer i vård- och omsorgsboende, där 22 av 37 chefer valde att besvara enkäten. Resultat visar att det finns behov av att förbättra uppföljningen av att personalen genomfört den obligatoriska utbildningen om Munhälsa, då enhetscheferna uppfattar att personalen vid hög arbetsbelastning prioriterar stöd vid tandborstning lågt och att kunskapsnivån ligger på cirka 5 på en skala 1-10. Enhetschefernas uppfattning stämmer väl med hur tandvården beskriver behovet, vilket bör vara en bra grund för fortsatt förbättringsarbete.

13 Nationella minoriteter och minoritetsspråk

Personer som tillhör en av de nationella minoriteterna eller talar ett av de nationella minoritetsspråken har rätt att behålla och utveckla sitt språk och sin kultur. Sverige har fem nationella minoriteter och minoritetsspråk. Sveriges nationella minoriteter är judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar. De nationella minoritetsspråken är finska, jiddisch, meänkieli, romani chib och samiska. (2 § Lagen (2009:724) lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk)

13.1 Umeå kommuns service till nationella minoriteter

Umeå kommun ingår i förvaltningsområdena för finska, meänkieli och samiska. De som talar något av dessa språk har rätt att kommunicera på sitt språk med kommunen, både muntligt och skriftligt. Kommunen ska också erbjuda äldreomsorg helt eller till väsentlig del på finska, meänkieli och samiska. Umeå kommun erbjuder hemtjänst på finska och har en finsk enhet på Ersboda vård- och omsorgsboende. Kontaktperson finns tillgänglig för socialtjänstens alla verksamheter och behov i det finska uppdraget.

En samisk enhet inom vård- och omsorgsboende kommer att inkluderas i det boende som planeras öppna på Västteg 2024. Basinformation om kommunens service är översatt till samiska och finns på www.umea.se. Umeå kommun erbjuder en samisk träffpunkt och det finns en kontaktperson tillgänglig för socialtjänstens alla verksamheter och behov i det samiska uppdraget.

Medarbetare inom socialtjänsten, Umeå kommun, erbjuds utbildning om nationella minoriteter i form av filmer och reflektionsmaterial. Syftet med utbildningen är att genom den ökade kunskapen skapas förutsättningar för ett personcentrerat förhållnings- och arbetssätt som ska säkra de rättigheter och specifika behov som personer med nationell minoritetstillhörighet har.

Umeå kommun är skyldiga att vid efterfrågan ge myndighetskontakt på alla minoritetsspråk via tolk på bokad telefontid. Socialtjänsten erbjuder stöd och information på finska via telefon. Detta sker via mottagningsenheten. Ingen tolk behöver bokas. Handläggare inom myndighetsutövning är skyldiga att uppmärksamma om en brukare/klient tillhör en minoritet och då informera om vilka rättigheter personen har. En hel del av socialtjänstens informationsbroschyrer och ansökningsblanketter är översatta till finska. Basinformation om kommunens service är även översatt och finns på www.umea.se.

13.2 Intervju med kontaktperson för finskspråkiga medborgare

Intervju med anhängkonsulent och kontaktperson för finskspråkiga medborgare Umeå kommun. Uppdraget omfattar bland annat samtalskontakter med brukare och anhöriga, information och rådgivning, ledsagning vid myndighetskontakter, tolkuppsdrag och hjälp med översättningar av dokument. Hen arbetar även med träffpunkt för finska seniorer och olika arrangemang på den finska enheten på Ersboda vårdboende tillsammans med boendets aktivitetssamordnare.

Hemtjänst för finsktalande personer ges i nuläget till 12 personer som bor över hela Umeå stad. Det finns två omsorgspersonal som arbetar dagtid 7-16 på vardagar, övrig tid får brukarna stöd av den ordinarie kvälls och nattpatrullen. Enligt enkätsvar är 93 % nöjda med sin hemtjänst och en mycket viktig del som anges är den finsktalande personalen.

14 Samordnare inom demensområdet Umeå kommun

Redan tidigt i projektarbetet så initierade äldreomsorgsdirektören en dialog kring att tillskapa en tjänst som samordnare inom demensområdet. Hen såg det som en möjlighet att en blivande demenssamordnares kompetensprofil skulle utkristalliseras genom kartläggningarna i projektet. Vi var överens om att hen inte kan ha uppdrag som både är strategiskt övergripande internt och mot andra aktörer och samtidigt jobba i relation med

anhöriga och personer med demenssjukdom. I Umeå så behövs båda delarna men det är nödvändigt att fördela uppdragen på flera personer, framförallt det relationella arbetet som handlar om mellan 1000 - 1500 personer (anhöriga och personer med demenssjukdom).

En uppdragsbeskrivning för en samordnare inom demensområdet har tagits fram. Hen kommer att ha sin placering inom enheten för prevention och förväntas att hålla ihop och driva processer inom demensområdet självständig samt rapportera till äldreomsorgens ledningsgrupp.

Utifrån resultatet i det nationella projektet för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom så är det övergripande uppdraget att:

- Optimera samordningen av insatser kring personer med demenssjukdom och hens anhöriga genom att stimulera implementeringen av SIP där samverkan mellan regionens och kommunens aktörer tydliggörs utifrån varje individ och hens anhöriga.
- implementera de delar av det standardiserade insatsförloppet vid demenssjukdom som kommunen är huvudman för,
- arbeta med förbättringsarbeten för att personer med demenssjukdom och deras närstående ska få insatser på lika villkor och enligt det standardiserade insatsförloppet vid demenssjukdom
- skapa ett multiprofessionellt gränsöverskridande demensteam mellan kommunens olika verksamhetsgrenar (mellan aktörer inom ordinärt och särskilt boende för äldre, funktionshinderomsorg samt myndighet).
- arbeta med att optimera samverkan med regionen utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Rekryteringen av en samordnare inom demensområdet pågår. Ambitionen är att tillträde ska ske innan sommaren och att hen bland annat får i uppdrag att förvalta och vidareutveckla det arbete som startats inom ramen för det nationella projektet för implementering av ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom.

Kontakt

Catharina Persson, enhetschef med samordnande funktion, katarina.persson@umea.se, har ansvaret för rapporten i sin helhet samt kring personalens kompetens.

Eva Persson, Silviasyster i demensteamet, eva.persson.2@umea.se, har ansvarat för områdena BPSD, tandvård och munhälsa, intellektuella funktionsnedsättningar

Helena Olsson, Demenssjuksköterska, helena.olsson.2@umea.se, har ansvarat för samverkan med regionen, minoriteter.

Kristina Sandgren, Anhörigkonsulent, kristina.sandgren@umea.se, har ansvarat för yngre personer med demenssjukdom, våld i nära relationer, information och utbildning till personer och anhöriga till personer med demenssjukdom

