



Projekt standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom

Slutredovisning till Svenskt Demenscentrum april 2021,
version nr 2, 29 oktober 2021

2020–2021

Innehåll

1	Bakgrund.....	3
1.1	Kort information om kommun och stadsdel	3
1.2	Organisation av stadsdelens demensteam	4
1.3	Projektets fokusområden	5
2	Projektets fokusområden.....	5
2.1	<i>Samverkan med primärvård och minnesmottagning</i>	<i>5</i>
2.2	<i>Utbildning/samtalsgrupp</i>	<i>7</i>
2.3	<i>Vägledningstelefon</i>	<i>9</i>
3	Övriga frågor.....	10
3.1	<i>Samverkanskontakter för projektet som helhet</i>	<i>10</i>
3.2	<i>Vad deltagandet i projektet inneburit för oss</i>	<i>11</i>
3.3	<i>Råd till andra kommuner och regioner som står inför arbetet med att införa ett standardiserat insatsförlopp</i>	<i>12</i>
1.1	Projektgrupp	14

1 Bakgrund

1.1 Kort information om kommun och stadsdel

Göteborgs stad, stadsdelen Centrum hade 2019 runt 59 000 invånare. Under projekttiden har staden omorganiserats, stadsdelarna är borta och styrningen är from 2021 gemensam för hela staden. I Göteborgs stad som helhet bor ca 580 000 personer varav ca 88 000 är över 65 år. Den grupp som är i störst behov av äldreomsorg, 80 år och äldre, beräknas öka med 17 000 till 2040, vilket innebär en ökning med 78 procent.



Göteborg foto: Yanan Li/SDC

1.2 Organisation av stadsdelens demensteam

Stadsdelens tvärprofessionella demensteam startades hösten 2019. Teamet är uppbyggt för att stödja stadsdelens ordinarie verksamhet och utveckling av vård och omsorg vid demenssjukdom. Uppdraget teamet har inkluderar utbildning, handledning och stöd i svåra situationer, metodutveckling, samverkan och uppföljning av kvalitet. En styrgrupp bestående av områdescheferna för hälso- och sjukvård, biståndsenhet, hemtjänst, äldreboende, hälsofrämjande- och förebyggande enheten och funktionshinder fattar alla beslut gällande demensteamets verksamhet.

Demensteamet är konsultativt dvs är ett stöd till ordinarie team som består av kontaktpersonal, annan omsorgspersonal, patientansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, enhetschef för enheten samt i förekommande fall biståndshandläggare.

Demensteamets uppdrag

- Utbildning
- Handledning
- Stöd i svåra situationer
- Metodutveckling
- Uppföljning av kvalitet

Demensteamet består av:

- Demenssjuksköterska 75%
- Äldrekonsulent/demensundersköterska 50%
- Omsorgshandledare/demensundersköterska 20%
- Fysioterapeut 20%
- Arbetsterapeut 20%
- Biståndshandläggare 20%

Deltagarna har sin hemvist i olika verksamheter; biståndsenhet, hemtjänst, särskilt boende, hälsofrämjande- och förebyggande enhet, hälso- och sjukvårdsenhet.

Ovanstående beskrivning gäller för 2020, hur demensteamets uppdrag kommer att se ut i den nya organisationen är inte klart.



Delar av demensteamet på hembesök foto: Yanan Li/SDC

1.3 Projektets fokusområden

Som fokus för projektet valdes de delar av insatsförloppet ut, som vi uppfattar har störst behov av förbättring, nämligen de för personer med demenssjukdom i tidigt skede.

Vi valde att utveckla samverkansformer tillsammans med representanter för regionen nämligen två vårdcentraler och minnesmottagningen. För att förbättra situationen för personer i tidigt skede av demenssjukdom skapade vi en utbildning/samtalsgrupp för personer med demenssjukdom i tidigt skede och vägledningstelefon för personer med demenssjukdom och anhöriga.

Prioriterade områden

- Utveckla samverkansformer
- Skapa insatser för personer i tidigt skede av demenssjukdom

2 Projektets fokusområden

Nedan följer en beskrivning av projektets olika delar: samverkan med primärvård och minnesmottagning, utbildning/samtalsgrupp och vägledningstelefon.

2.1 Samverkan med primärvård och minnesmottagning

Under projekttiden knöts kontakter med vårdcentraler och minnesmottagning. Representanter för vårdcentraler och stadsdel träffades digitalt en gång per månad. Representant för minnesmottagning och stadsdel en gång varannan månad. Under mötena reflekterades det kring samverkan, hur det ser ut idag och vad som skulle kunna förbättras. Skriftlig information om projektet, utbildning, samtalsgrupp och vägledningstelefon förmedlades. Broschyrer för information till patienter och anhöriga lämnades.



Mats Jonsson Skywell, äldrejuksköterska,
Vårdcentralen Carlanderska foto: Yanan Li/SDC

2.1.1 Bakgrund

Idag finns det ingen strukturerad samverkan inom demensområdet mellan primärvård, minnesmottagning och kommun. Efter att man fått sin demensdiagnos kan det ta lång tid innan man får information och kontakt med kommunen. I vissa fall dröjer kontakten tills situationen i hemmet blivit ohållbar. Skulle dessa situationer kunna förebyggas med tidigare kontakt?

2.1.2 Syfte

Förbättra samverkan genom att hitta passande samverkansformer.

2.1.3 Svårigheter

Det tog tid att få vårdcentraler som ville och kunde delta. En vårdcentral anslöt sig direkt, en annan ville delta men hade inte förutsättningar. Samtliga tio vårdcentraler i stadsdelen blev tillfrågade. Slutligen blev det två vårdcentraler som deltog. Pandemin har inneburit att deltagarna i projektet i stort sett inte kunnat träffas fysiskt, alla möten och samverkan har skett digitalt. Planerade möten för information till hela läkare- sjuksköterskegrupperna på deltagande vårdcentraler kunde inte genomföras pga. den ansträngda situationen med Corona. Vid träffarna förstärktes bilden av att brist på samverkan mellan minnesmottagning, vårdcentraler och kommun bidrar till att patienterna inte får den vård och omsorg de behöver, i tid. Det kan handla om till exempel demensutredning, behandling av undernäring, fallprevention, hjälpmedel och läkemedelsjustering, hemtjänst och dagverksamhet.

Framgångsfaktorer

- Digitala verktyg för samverkan SAMSA , IT-tjänsten som används inom Västra Götaland för Samordnad vård- och omsorgsplanering.
- SIP – för samordnad individuell planering
- Registrering i SweDem – Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar

2.1.4 Framgångsfaktorer

Deltagarna i projektet var överens om att det är lättare att samarbeta mellan kommun, vårdcentraler och minnesmottagningen när man känner varandra till ansikte och funktion. Digitala verktyg möjliggjorde möten när pandemin hindrade fysiska träffar. Att deltagande vårdcentraler har äldresjuksköterska med avsatt tid för äldremottagning underlättar en strukturerad uppföljning i enlighet med insatsförloppet. Vårdcentralerna som deltog har uppföljande besök för personer med en demenssjukdom och registrerar dem i SweDem, vilket är svenskt nationellt kvalitetsregister för demenssjukdomar. Deltagarna var överens om att SAMSA som är ett IT-stöd för samordnad vård- och

omsorgsplanering, underlättar samverkan kring personer med demenssjukdom. Vid samverkan kring personer med komplexa vårdbehov är SIP - samordnad individuell plan viktigt för att involverade parter skall kunna samordna sina insatser utifrån individens behov.

2.1.5 Goda exempel

Tack vare god samverkan mellan kommun, vårdcentraler och minnesmottagning fick demensteamet deltagare till utbildning/samtalsgrupp. Kontakten möjliggjorde att de kunde få stöd utifrån sina behov, som annars inte uppmärksammats. De personer som inte kunde börja utbildningen pga. Corona, har fått råd och stöd via telefon och fysiska möten utomhus. De flesta av dem var under 60 år och kontakten förmedlades via minnesmottagningen. Att möta och samtala med dem gav oss i demensteamet värdefull kunskap. Deltagarna berättade med egna ord om sin vardag och det som upplevs som svårt för dem. En av vårdcentralerna har goda erfarenheter av att göra teambaserade hembesök med läkare, sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut till exempel vid kognitiv svikt.

Projektet medförde att vårdcentralerna och minnesmottagningen kunde erbjuda personer i tidigt skede av demenssjukdomen och deras anhöriga kontakt med kommunen.

2.1.6 Samverkansprocessen mellan kommun och region

I dagsläget saknas lokala strukturerade riktlinjer för hur samverkan kring personer med demenssjukdom ska se ut.

2.2 Utbildning/samtalsgrupp

Personer i tidigt skede av demenssjukdom träffades för utbildning/samtalsgrupp vid sju tillfällen tillsammans med äldre konsulent/ demensundersköterska och demenssjuksköterska. Träffarna ägde rum i hälsofrämjande- och förebyggande enhetens lokaler. Vid ett tillfälle vardera deltog läkare från minnesmottagningen och fysioterapeuten i demensteamet. Demensförbundets material "Att slippa göra resan ensam" användes som grund.



Utbildningsmaterial från Demensförbundet.

Upplägget för varje tillfälle var detsamma, fast med olika teman, till exempel om hur det är att få en diagnos och berätta om den för familj och vänner. Benämningen utbildning/samtalsgrupp används parallellt efter en synpunkt i styrgruppen. Det har visat sig att män är mer positiva till att delta i utbildning men kan vara tveksamma till att vara med i samtalsgrupp. I praktiken blev träffarna som en samtalsgrupp.

2.2.1 Bakgrund,

Personer i tidigt skede av demenssjukdom har nytta av att träffa andra i liknade situation för att därigenom få mer kunskap och för att skaffa sig fler strategier för att hantera sin vardag. Att ha kunskap om vilket stöd som finns är viktigt för att kunna söka rätt stöd i tid.

2.2.2 Syfte

Att öka trygghet, delaktighet, gemenskap och möjlighet att påverka sin egen framtida vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Öka möjligheten för kommun och vårdcentral att arbeta förebyggande och kunna erbjuda tidiga insatser till exempel hjälpmedel.

2.2.3 Svårigheter

Pandemin medförde att många av de intresserade inte kunde delta i någon utbildning/samtalsgrupp, men en utbildning/samtalsgrupp kunde trots allt genomföras.

Goda exempel från utbildning/samtalsgrupp

- Deltagarna uttryckte stor glädje över att få träffa varandra
- Information om möjligt stöd kunde anpassas efter gruppens behov och frågor
- Var och en skrev sin egen levnadsberättelse

2.2.4 Framgångsfaktorer

Styrgruppen gjorde samverkan smidig och vägen till beslut kortare. Kompetent personal i demensteamet, erfarenhet från dagverksamheten, tillgång till lämplig lokal inom hälsofrämjande och förebyggandeenheten fanns tillgängligt. Tack vare god samverkan med vårdcentraler och minnesmottagning fick demensteamet deltagare till utbildning/samtalsgrupp. Materialet från Demensförbundet ”Att slippa göra resan ensam” underlättade planering av utbildning/samtalsgrupp. och fyllde träffarna med meningsfullt innehåll

2.2.5 Goda exempel

Deltagarna uttryckte stor glädje över att få träffa varandra. Mestadels pratade de om det som var värdefullt och gav dem glädje i vardagen. Svårigheter de upplevde i vardagen framkom efterhand: glömd kastrull på spisen, frustration över att inte kunna använda sin smartphone som andra, glömda koder, svårigheter att hitta, svårigheter med bankärenden, oförmåga att förstå digitala tider och frustration över att inte kunna delta i allmänna aktiviteter pga. Corona. På så sätt kunde ledarna för träffarna ge råd, vägledning och hjälpa till med kontakter för att lösa svårigheter på bästa sätt. Deltagarna skrev sin egen levnadsberättelse med stöd av ledarna och anhöriga. Efter önskemål från deltagarna bjöds anhöriga in vid ett tillfälle, vilket uppskattades mycket

2.2.6 Samverkansprocessen mellan kommun och region

Samverkan med minnesmottagning och vårdcentraler möjliggjorde att deltagarna fick information om utbildning/samtalsgrupp.

2.3 Vägledningstelefon

För personer med demenssjukdom och deras anhöriga skapades en ny telefontjänst. Till vägledningstelefonen kan man ringa och ställa alla sorters frågor. Representant i demensteamet svarar och lotsar vidare. Information om vägledningstelefonen förmedlades till personer med demenssjukdom och deras anhöriga via broschyrer som vårdcentral, minnesmottagning och stadsdelens verksamheter delade ut.

2.3.1 Bakgrund

Många personer med demenssjukdom och anhöriga vet inte vart de skall vända sig med sina frågor. Kanske har man inget preciserat problem, bara en oro eller undran. Vi ser att många får kontakt med kommunen för sent, ibland inte förrän situationen blivit ohållbar.

2.3.2 Syfte

Att lätt kunna få tag på någon som kan svara på frågor, ge råd och vägleda.

2.3.3 Svårigheter

Det var svårt att nå ut med information till personer med demenssjukdom och anhöriga på önskat sätt. Alla tio vårdcentraler i stadsdelen fick skriftlig information om projektet och broschyrer att lämna till patienter, men få kontakter har förmedlades. Personliga möten med vårdcentralerna hade underlättat samarbete och spridning av information.

2.3.4 Framgångsfaktorer

I demensteamet hade vi redan en medarbetare som kunde ansvara för telefonen och vi hittade ett bra sätt att följa upp samtalen med formulär i Teams. Personlig kontakt mellan demensteam och läkare på minnesmottagningen ledde till att många patienter och anhöriga hörde av sig.



Camilla Boström i vägledningstelefonen foto: Yanan Li/SDC

2.3.5 Goda exempel

Flera anhöriga har tyckt att det känns väldigt tryggt att kunna ringa vägledningstelefonen när behov uppstår. Vi har till exempel fått frågor kring bemötande och vad man skall göra som anhörig när närstående fått sin diagnos. Personer i tidigt skede har efterfrågat vår utbildning/samtalsgrupp. Det visade sig också vara väldigt värdefullt för vårdcentraler och minnesmottagning att kunna få kontakt via vägledningstelefon.

3 Övriga frågor

3.1 Samverkanskontakter för projektet som helhet

3.1.1 Politisk nivå

Information om SIF och projektet lämnades till enskilda politiker på studiebesök, till folkhälsorådet och till NOSAM-Närområdessamverkan mellan kommun och primärvård.

3.1.2 Lokal nivå

Information om projektet lämnades i alla berörda ledningsgrupper och på APT i den egna organisationen.

3.1.3 Olika professioner

Under projektets gång har vi samverkat med anhängkonsulent, biståndshandläggare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, omsorgspersonal, enhetschefer, områdeschefer och läkare.

3.1.4 Andra kommuner och myndigheter

Telefonkontakt för erfarenhetsutbyte har skett med Malmö, Borås, Stockholm, Falun, Mörbylånga, Umeå, Sundsvall, Helsingborg, Danderyd, Lerum och Alingsås.



Samverkan med GR-Göteborgsregionen och några av Västra Götalandsregionens representanter som är engagerade i arbetet med ett "Personcenterat och sammanhållet vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom".

Illustration från Göteborgs Stads mediabank

3.2 Vad deltagandet i projektet inneburit för oss

Projektet har möjliggjort att vi kunnat utveckla nya tjänster och samverkan med vårdcentraler och minnesmottagningen, vilket varit till gagn för personer med demenssjukdom i tidigt skede. Vi ser att det finns stora möjligheter att med små medel kunna arbeta mer förebyggande och personcenterat. När personen med demenssjukdom själv får möjlighet att själv lämna sin berättelse ökar möjligheten till delaktighet. Idag skrivs oftast levnadsberättelsen av anhöriga. I tidigt skede medan man ännu har överblick och själv kan beskriva sin situation finns möjlighet att skriva sin egen hälsoplan tillsammans med vård och omsorg. När det som är formulerat blir dokumenterat kan personens delaktighet stärkas i senare skede av sjukdomsförloppet.

Själva har vi fått mycket ny kunskap genom att träffa personer i tidigt skede av demenssjukdom, såväl yngre som äldre, och projektet har lett till att vi tagit kontakt med andra kommuner för erfarenhetsutbyte.

Det har varit lärorikt, roligt, inspirerande, utmanande, berörande och utvecklande för oss som arbetat i projektet.

3.3 Råd till andra kommuner och regioner som står inför arbetet med att införa ett standardiserat insatsförlopp

För att alla med demenssjukdom skall få rätt insats i rätt tid under hela sjukdomsförloppet underlättar ett strukturerat arbete med kvalitetssäkring av de olika insatserna i det standardiserade insatsförloppet. Nedan följer några råd till de som införa ett standardiserat insatsförlopp.

Strukturerar arbetet med kvalitetssäkring av verksamhetens insatser i förloppet

Fundera över hur den egna verksamhets insatser i förloppet ser ut.

Använd data från kvalitetsregister såsom BPSD-registret och SveDem, svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar vid strukturerad uppföljning av en del av insatserna.

Samverkan över huvudmannagränserna

Hur ser samverkan över huvudmannagränserna ut?

Vilka forum har vi för samverkan kring insatserna i förloppet?

Finns lokala riktlinjer för samverkan mellan kommun, primärvård och minnesmottagning?

Vilka möjligheter till erfarenhetsutbyte med andra kommuner och regioner finns?

Används digitala verktyg för samverkan optimalt till exempel IT-tjänsten SAMSA, en IT-tjänst som används gemensamt inom Västra Götaland för Samordnad vård- och omsorgsplanering?

Styrgrupp

En styrgrupp för styrning och ledning av vård och omsorg vid demenssjukdom kan underlätta samverkan vid planering. I styrgruppen ingår med fördel chefer för berörda verksamheter till exempel hälso- och sjukvård, biståndsenhet, hälsofrämjande- och förebyggandeenhet, funktionshinderenhet.

Insatser för personer i tidigt skede av demenssjukdom

Det finns stora möjligheter att med små medel kunna arbeta mer förebyggande och personcenterat när personen med demenssjukdom ges möjlighet att vara delaktig.

En vägledningstelefon kan underlätta såväl för personer med demenssjukdom, anhöriga och verksamheter. De som har en demenssjukdom och deras anhöriga tycker ofta att det är svårt att veta vart man skall vända sig. Ofta hänvisas man vidare och digitala kommunikationslösningar som tex. TeleQ är inte tillgänglighetanpassade för personer med kognitiv svikt. Till vägledningstelefonen kan man ringa och ställa alla sorters frågor, få på enklare frågor lotsas vidare till rätt instans.

SIP - samordnad individuell plan underlättar samverkan kring personer med demenssjukdom och säkerställer att personen med demenssjukdom skall få de insatser hen behöver.

Fast vårdkontakt och kontaktperson i kommunen ökar tryggheten för den som är sjuk och för anhöriga.

I tidigt skede ger samtalsgrupper en möjlighet att möta andra i liknande situation och få kunskap om vilken stöd och hjälp som finns. I primärvården skulle demensskola kunna öka kunskap och förebygga ohälsa hos den som är sjuk.

För ett demensvänligt samhälle

Utbildning av föreningar och andra i civilsamhället kan bidra till ett mer demens- och äldrevänligt samhälle.

Projektgrupp

Kommun

Malin Birath demenssjuusköterska, demensteamet Göteborgs stad Centrum

Camilla Boström äldre konsult/demensundersköterska, demensteamet
Göteborgs stad Centrum

Kattarina Bertilsson fysioterapeut demensteamet Göteborgs stad Centrum

Vårdcentraler

Mats Skywell sjuksköterska/äldresjuksköterska, Carlanderska vårdcentral

Lina Jerneskog sjuksköterska/äldresjuksköterska, Capio vårdcentral Gårda

Minnesmottagning

Helene Svensson överläkare psykiatri, kognition och äldre psykiatri, Sahlgrenska
universitetssjukhuset Mölndal

Bilaga

- SIF Broschyr till vårdcentral och minnesmottagning med information till patienter anhöriga i Göteborg före detta stadsdelen Centrum.docx

Göteborgs Stad

E-post: malin.birath@aldrevardomsorg.goteborg.se

