



## Slutredovisning projekt om standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom

### Kort om Mörbylånga kommun

Mörbylånga kommun ligger i Kalmar län och är en av två kommuner på Öland. I norr gränsar kommunen mot Borgholms kommun.

Nedanstående fakta är hämtad ur ”*Kommunfakta 2019*” som finns i sin helhet på [morbylanga.se](http://morbylanga.se).

#### Statistik 31 dec 2018

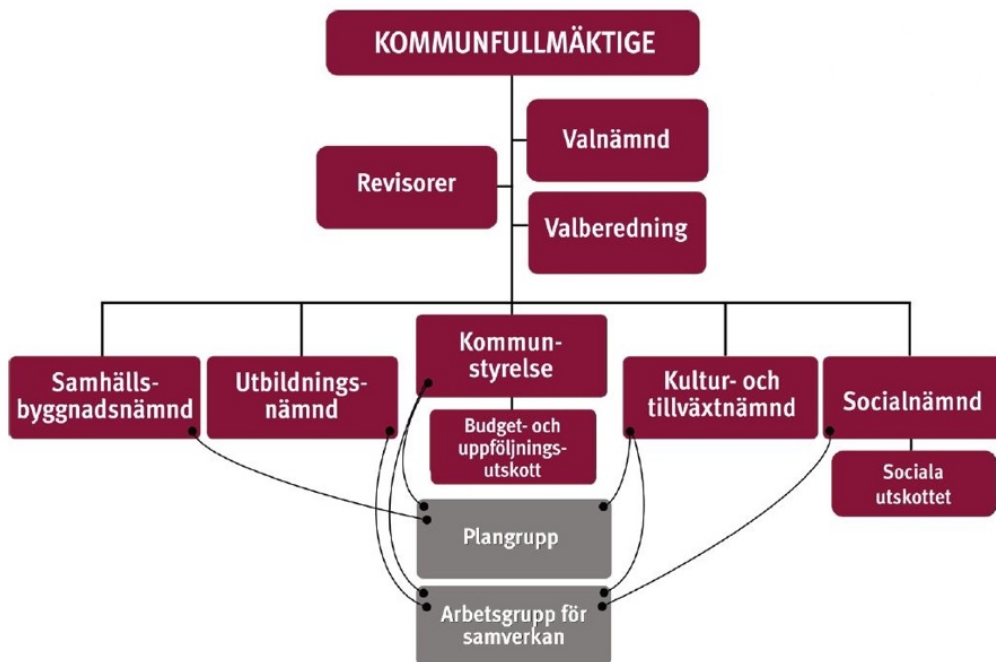
- Folkmängd: 15 048 (*prognos 2027: 15 866*)
- Landareal: 666 km<sup>2</sup>, Invånare per km<sup>2</sup>: 23
- Totalt antal hushåll: 6 635 (*ensamstående 2 546, sammanboende 3 815, övriga 274*)
- Procentuell fördelning i olika ålderskategorier (*riket inom parentes*):

0-6: 8% (8)	7-15: 11% (11)
16-19: 4% (4)	20-24: 3% (6)
25-44: 21% (26)	45-64: 26% (25)
65-79: 21% (15)	80- : 6% (5)

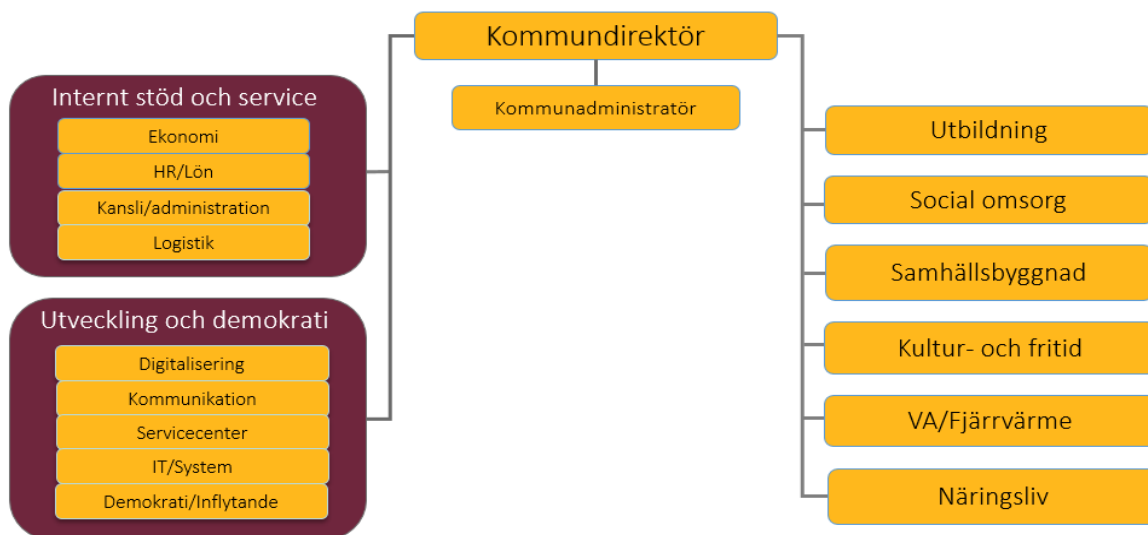
Näringslivet är en blandning av stora och små företag ur de flesta branscher. Statistik från 2017 visar att de dominerande arbetstillfällena finns inom vård och omsorg, tillverkning och utvinning samt utbildning.

### Organisation Mörbylånga kommun

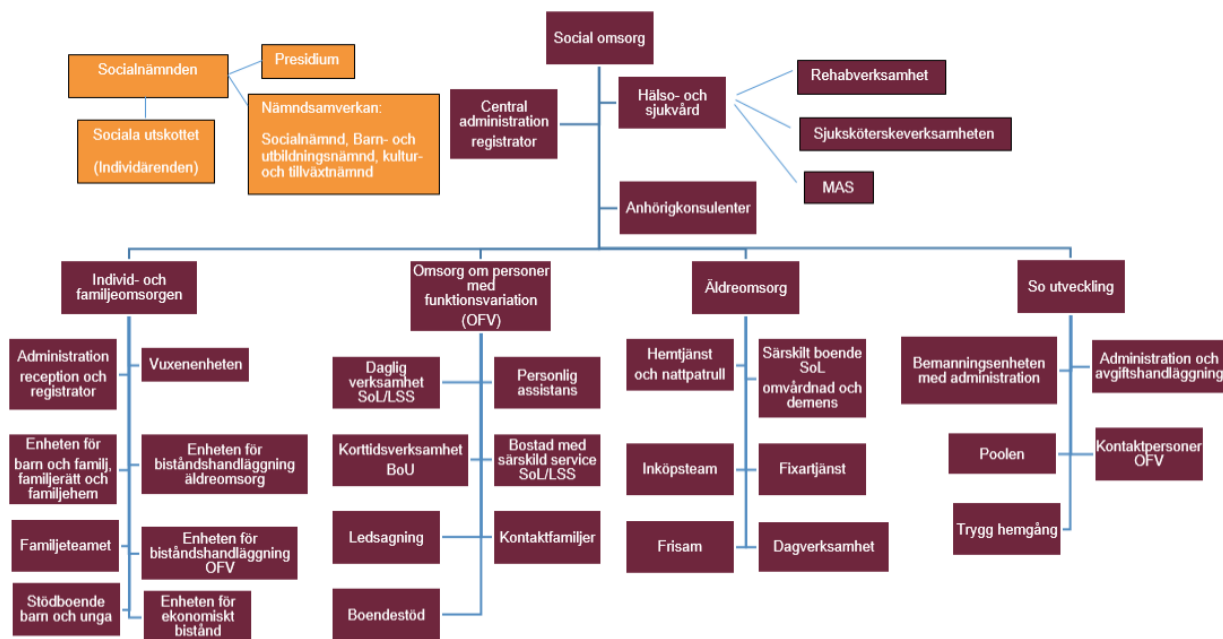
Nedanstående bilder är hämtade från morbylanga.se och beskriver nämndorganisationen respektive förvaltningsorganisation.



Figur 1 Organisationskarta Nämnd Mörbylånga kommun



Figur 2 Organisationskarta Förvaltning Mörbylånga kommun



Figur3 Organisationskarta Social omsorg Mörbylånga kommun

### Södra Ölands Dementsteam

Dementsteamet är en del av Mörbylånga kommuns och Region Kalmar's vård och omsorg. Dementsteamet består av representanter från olika yrkesgrupper<sup>1</sup> och har en hög kompetens och lång erfarenhet av att arbeta med människor med demenssjukdom. Den centrala utgångspunkten är *ett bra teamarbete*, som är en grundförutsättning för att vård och omsorg av personer med demenssjukdom ska hålla hög kvalitet och präglas av helhetssyn.

Dementsteamets medlemmar ger råd och stöd till personer med demenssjukdom/kognitiv svikt, anhöriga och personal inom äldreomsorgen.

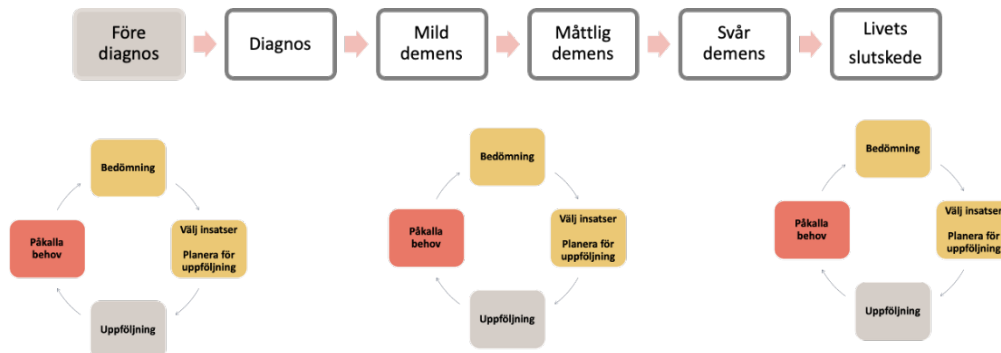
Dementsteamet har drivit utvecklingsarbetet inom ramen för projektet ”*Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom*”. Styrgruppen har bestått av kommunens socialchef och chefer vid regionens två hälsocentraler. Även kommunens chef för rehabilitering har i de flesta fall deltagit vid styrgruppsmötena. Representant från dementsteamet har regelbundet träffat styrgruppen, som gett riktning och yttre ramar för arbetet i projektet. Det är viktigt att notera att dementsteamet har haft stort utrymme för egna initiativ och idéer.

### Sammanfattning av valda förbättringsområden som arbetats med i projektet

Arbetet i projektet har utgått från Socialstyrelsens modell för standardiserat insatsförlopp. Steget ”*Före diagnos*” finns inte med i Socialstyrelsen

<sup>1</sup> Demenssjuksköterska (från kommun och regionens två hälsocentraler), demensundersköterskor, biståndshandläggare, arbetsterapeut, fysioterapeut, anhörigkonsulent, anhörigvårdare samt enhetschef.

grundmodell, utan lagts till inom ramen för utvecklingsarbetet i Mörbylånga kommun och Region Kalmar.



Figur 4 Bilden bygger på Socialstyrelsens modell, steget "före diagnos" är ett tillägg.

De förbättringsområden som varit i fokus inom ramen för arbetet med ett standardiserat insatsförlopp i Mörbylånga kommun, Region Kalmar, kan sammanfattas i följande punkter:

1. Förtydliganden av gemensamma mål för arbetet med kognitiv svikt/demens.
2. Gemensam digital plattform för samverkan och informationsutbyte.
3. Struktur för möten med demensteamet.
4. Rutiner och arbetsformer för:
  - a. Att påkalla behov
  - b. Gemensam behovsutredning
  - c. Utredning inför diagnos
  - d. Upprättande av SIP samt plan för uppföljning
  - e. Uppföljning
5. Målgruppsanpassade beskrivningar för att kommunicera kontaktvägar, arbetsformer osv.

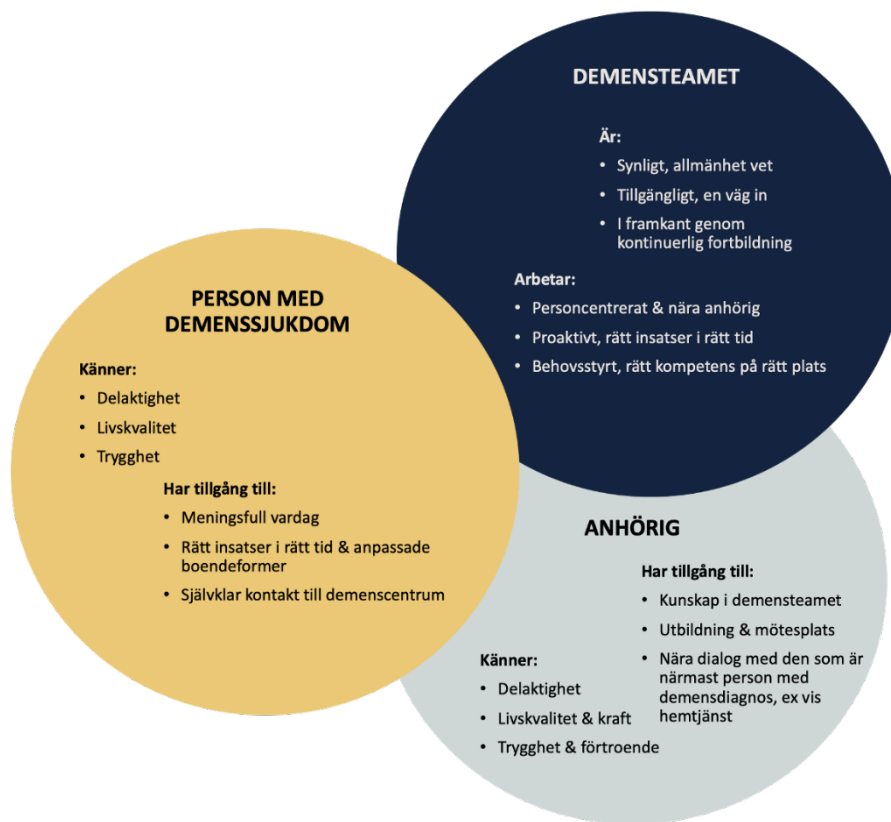
### Mer detaljerat om varje förbättringsområde som arbetats med i projektet

#### 1. Förtydliganden av gemensamma mål för arbetet med kognitiv svikt/demens.

En gemensam målbild är en central förutsättning för ett bra samarbete mellan olika professioner. Därför har demensteamet formulerat ett övergripande mål för det gemensamma arbetet:

”Bästa kommun att leva i för personer med demenssjukdom och deras anhöriga.”

Utifrån detta har ett antal delmål/indikatorer diskuterats och formulerats, skiss enligt nedan.



Genom att tillsammans diskutera igenom och skriva ner mål och delmål blir den gemensamma riktningen framåt ännu tydligare. De olika professionerna har skapat sig ett underlag att utgå ifrån vid övergripande prioriteringar och fortsatt utveckling. Underlaget ger även en utgångspunkt för att följa upp arbetet kring kognitiv svikt och demens. Målen har förankrats i socialnämnd och styrgrupp.

2. Gemensam digital plattform för samverkan och informationsutbyte mellan region och kommun.

För att få överblick, transparens i arbetet och strukturerade möten har demensteamet identifierat ett behov av en gemensam delningsyta. Denna behövs för att:

- Spara gemensamma dokument och mallar.
- Anmäla olika typer av ärenden inför möten med demensteamet.
- Dela dagordning för möte med demensteamet.
- Överrapportering mellan kommun och region

3. Struktur för demensteamets möten.

När demensteamet träffas är det ofta många olika ärenden som ska hanteras. Dessutom ska tid finnas för utvecklingsarbete och avstämning av pågående projekt. Genom en tydlig struktur för

mötena ökar förutsättningarna för önskad effekt. Demensteamet har därför diskuterat vilka olika typer av ärenden som behöver hanteras, bland annat för att hänga ihop med de rutiner och arbetsformer som beskrivs nedan under punkt 4. Följande mötespunkter har definierats:

- Nyinkomna ärenden.
  - a. Uppkomna utmaningar.
  - b. Diagnos – samtal läkare.
  - c. Behovsutredningar.
  - d. Upprättande av SIP, inkl plan för uppföljning.
- Uppföljning av aktuella ärenden och eventuell revidering av SIP.
- Planering/koll schema för att svara i telefon (demensnumret).
- Verksamhetsutveckling
- Översyn av aktuella projekt

Punkterna behöver struktureras på ett tydligt sätt för att deltagarna ska ha möjlighet att förbereda sig, och för att mötet ska ge det resultat som behövs. Den gemensamma digitala plattform som beskrivs i punkt 2 är en viktig förutsättning för att få mötesrutinerna på plats.

#### 4. Rutiner och arbetsformer

För varje steg i det standardiserade insatsförloppet har demensteamet diskuterat och förtydligat ansvarsförhållanden och genomförande, alltid med berörd och anhöriga i centrum. Utgångspunkten har varit målen som beskrivits ovan under punkt 1. Här följer en beskrivning av respektive steg i insatsförloppet.

##### a) För att påkalla behov – ett telefonnummer

Demensteamet har etablerat ett telefonnummer som är kontaktvägen in vid alla typer av demensfrågor, både för allmänhet och personal inom kommun och region. Syftet är bland annat att öka tillgängligheten, sänka tröskeln att ta kontakt samt få en samlad väg in till demensteamet. Mottagaren lyssnar, dokumenterar och beskriver för uppringaren vad som fortsatt händer. Om samtalet resulterar i fortsatt hantering anmäls ärendet till nästa möte med demensteamet.

Ännu så länge bemannas telefonen av ett fåtal personer från kommunen, målsättningen är dock att etablera en större svarsgrupp. De tekniska utmaningarna ska förhoppningsvis vara lösta under våren 2021. Därefter kan ett svarsschema med fler personer upprättas.

Framöver kommer även olika typer av kommunikationsinsatser att genomföras för att synliggöra demensnumret, både internt och externt.

#### b) Gemensam behovsutredning

Rutiner för behovsutredning har förfinats. Aktuella ärenden lyfts till demensteamet av regionens demenssjuksköterska i samråd med kommunens demenssjuksköterska. En samlad bedömning görs vid teamets möte, där de olika särprofessionerna läggs ihop till en helhet. Över tiden har formerna för denna samlade bedömning utvecklats.

#### c) Utredning inför diagnos

Rutinerna för utredningsarbetet inför diagnos håller på att förfinas med syfte att erbjuda berörd ännu mer anpassade åtgärder utifrån specifika behov:

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

Projektet är i ett tidigt skede och kontakter har tagits med regionens primärvårdsrehabilitering och demenssjuksköterskor, läkare och chefer samt demensteamets styrgrupp och den kommunala rehabiliteringsenheten. Bedömningarna kommer under projekttiden att utföras av kommunens arbetsterapeut i demensteamet med regelbunden kontakt med regionens demenssjuksköterskor. Bedömningsinstrument kommer att användas och utvärderas utifrån lämplighet och riktlinjer och rutiner för remittering, bedömning och överrapportering kommer att tas fram. Projektet väntas pågå under hösten 2021 och kommer att resultera i en projektrapport.

- Ett proaktivt arbetssätt, med dialog mellan läkare och demensteamet redan innan diagnos, håller på att etableras. Läkaren erbjuds tid för deltagande i demensteamets möten. I och med detta är samtliga professioner med tidigt i processen. För att samverkan ska fungera fullt ut krävs tydlighet kring när möten med demensteamet genomförs, och vilka ärenden som finns på dagordningen där dialog mellan teamet och läkare är önskvärt (se punkt 3 ovan om möten). Den största utmaningen är en stressad situation med oerhört mycket att göra, då det finns risk för att samverkan och proaktivitet väljs bort.

#### d) Upprättande av SIP inklusive plan för uppföljning

Rutinerna för demensteamets samlade arbete håller på att förfinas. Grundtanken är att demensteamet, i aktuellt ärende, tillsammans bestämmer vem som är ansvarig för upprättande av SIP och vilka övriga professioner som ska delta i arbetet. Denna mindre grupp

träffar berörd och anhörig och upprättar SIP. Här bestäms även kontaktperson och uppföljningsdatum. Arbetssättet präglas av en helhetssyn och underlättar för berörd och anhörig, som slipper flera olika kontaktvägar.

#### e) Uppföljning

Rutinerna för demensteamets samlade arbete håller på att förfinas. Arbetssättet bygger på att samlade avstämningar görs vid teamets möten utifrån SIP. Om någon i teamet har förhinder att delta på mötet ska uppföljande slutsatser rapporteras via den plattform som är på gång. Vid avstämningar deltar även den profession som arbetar närmaste berörd, exempelvis hemtjänst. Demensteamet utser grupp som genomföra uppföljande samtal med berörd och anhörig. SIP uppdateras vid behov och ny tidpunkt för uppföljning bestäms.

#### 5. Målgruppsanpassade beskrivningar för att kommunicera kontaktvägar, arbetsformer osv.

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

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

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

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

#### **Samverkan under projektet**

Eftersom projektet bedrivits av demensteamet har en naturlig samverkan skett mellan kommun och region, då dessa aktörer är representerade i teamet. Utöver detta har även samverkan skett med kommunens och regionens respektive IT-funktion, speciellt i frågor som rör gemensam plattform, och detta samarbete kommer att fortgå.

Under projektet har regelbundna möten genomförts med styrgruppen (socialchef och chefer hälsocentral, ofta även chef för rehabilitering). Information har även getts till socialnämnden, med syfte att öka kunskapen om arbetsformer. Projektet har diskuterats i regionala och centrala nätverk



(demensnätverk för sjuksköterskor respektive GLID-nätverket). Förfrågningar om tips och idéer har kommit från flera kommuner som står i begrepp att starta egna demensteam, både i och utanför Kalmar län.

### **Deltagande i projektet har inneburit det här**

Projektet har inneburit att arbetet med kognitiv svikt/demens har utvecklats i hela Mörbylånga kommun. Arbetsformer där många perspektiv beaktas och läggs ihop till en helhet ger högre kvalitet, inte minst i de komplexa fallen. Demensteamet utgör navet i arbetet, men självfallet breder samverkanstanken och arbetssättet successivt ut sig i både kommun och region.

Teamet har utvecklat tryggheten i gruppen och det finns en ömsesidig respekt. Arbetet i demensteamet ger deltagarna energi och en trygghetskänsla. En medlem i teamet uttrycker att arbetet inger hopp då det finns ett genuint och gemensamt intresse och driv för att hjälpa och att hjälpas åt.

Den kultur som utvecklats innebär att alla professioner är lika viktiga och det finns en uttalad vilja att lära av varandra och se olika perspektiv. Kunskapen om demensproblematik och behovet av att möta berörd på ett individanpassat sätt har ökat över tiden. Även förmågan att hantera etiska dilemman har utvecklats, då de diskuteras tillsammans utifrån många perspektiv.

Det upplevs också som att respekten för demensteamet och det arbete som utförs har ökat, vilket självfallet ger en positiv spinoff.

Deltagande i projektet om standardiserat insatsförlopp har bidragit till flera ansökningar om projektmedel, då motorn för det samordnade arbetet har blivit starkare. Det är lättare att söka projektmedel när flera professioner hjälps åt. Dessa kommande projekt innebär i sin tur utvecklade och förädlade arbetsformer. Det har alltså blivit en spinn-off-effekt.

Vid tidsbrist är det lätt att falla tillbaka i gamla tankebanor och utse den ”vanliga gruppen”. Och även ibland åka hem till berörd i omgångar. Arbetssättet bygger på tydlig agenda för demensteamets möten, så att alla i förväg vet vilka ärenden som ska lyftas. Den gemensamma plattform som är på gång kommer att hjälpa till att skapa denna tydlighet.

### **Några goda exempel**

Ovan beskrivs hur projektet om standardiserat insatsförlopp har inneburit högre kvalitet i arbete med kognitiv svikt/demens. För ytterligare konkretisera följer här fyra exempel på situationer och aktiviteter hämtade från verkligheten:

- **Låg tröskel för kontakt.** Genom att ringa demensnumret har anhöriga kommit i kontakt med representant från demensteamet och i lugn och ro fått prata av sig. Samtalet innebär ett stort stöd i stunden, samtidigt som en första kontakt är etablerad för eventuella framtida åtgärder. Exemplet visar att enkelheten spelar roll.

- **Stjärnmärktutbildning.** Har getts till personal som i sitt dagliga arbete möter personer med demensdiagnos och anhöriga. Utbildningen har skapat en kunskapsbredd i kommun och region, vilket innebär att fler och fler arbetar utifrån tanken med helhetssyn och individen i fokus.
- **Träningsgrupp för personer med demensdiagnos.** En insats som uppstått genom demensteamets arbete, och som gett tydliga positiva kroppsliga effekter på personer med demensdiagnos. Samtidigt som nya vänskapsrelationer har skapats, vilket visat sig vara ett ovärderligt stöd.

### Råd till andra

- Utgå alltid från att allt handlar om personen som har kognitiv svikt/demens och dennes anhöriga. Genom multiprofessionellt samarbete blir vi bättre på symtomlindring, kommunikation och relation samt stöd till närstående.
- För att utveckla arbetet måste det finnas några eldsjälar som brinner och orkar hålla i.
- Genomför en tydlig kick-off för det gemensamma arbetet.
- Att etablera och samverka genom ett demensteam med flera olika professioner kräver resurser och tid. Det är viktigt att vara ett gäng (2-3 personer räcker inte), skynda långsamt och att ha tålamod. Vägen är inte spikrak men efter ett tag kommer resultatet. Låt processen jobba.
- Det är en tidsmässig utmaning att kombinera den ”normala tjänsten” med arbetet i demensteamet, speciellt i ett uppbyggnadsskede. Gruppen behöver prata om just detta, och hitta arbetsformer där de två delarna hänger ihop på ett bra sätt. I förlängningen kommer delarna att gå in i varandra och stärka arbetssituationen som helhet. Slutsatsen är samma som ovan: det gäller att hänga i och inte ge upp.
- Det krävs en djup och genuin ödmjukhet inför andras kunskap och profession. Kulturen med ömsesidig respekt är avgörande för resultatet.
- Motverka alla former av maktpositionering. För att få önskad effekt behöver det finnas en grundmurad inställning att alla professioner är lika viktiga. Och att vi är bra på olika saker. Om var och en gör det som de är bäst på brukar det bli en bra helhet.
- Ta in en extern resursperson vid något tillfälle för att få ett utifrånperspektiv, gärna någon som inte är insatt i arbetsformerna och ansvarsfördelningen och som kan fånga slutsatser från diskussioner.

### För mer information:

Fredrik Lilja, demenssjuksköterska och samordnare för Södra Ölands Demensteam

[fredrik.lilja@morbylanga.se](mailto:fredrik.lilja@morbylanga.se), 0485-47411