

Blekinge kompetenscentrum

*Forskning och utveckling inom hälsa, vård och omsorg.
Landstinget Blekinge i samverkan med länets kommuner*



Stöd till anhöriga till personer med demens i Blekinge

– En kartläggning av hur stödet ser ut till närstående som regelbundet ger hjälp/stöd till person med demens samt en beskrivning av demenssjuksköterskan i Blekinge

Ejbritt Allerth

Skrift 2009:3



LANDSTINGET BLEKINGE

Blekinge kompetenscentrum

Forskning och utveckling inom hälsa, vård och omsorg.
Landstinget Blekinge i samverkan med länets kommuner



Stöd till anhöriga till personer med demens i Blekinge

– En kartläggning av hur stödet till närstående ser ut som regelbundet ger hjälp/stöd till person med demens samt en beskrivning av demenssjuksköterskan i Blekinge

Ejbritt Allerth

Skrift 2009:3



LANDSTINGET BLEKINGE

Stöd till anhöriga till personer med demens i Blekinge

– En kartläggning av hur stödet ser ut till närstående som regelbundet ger hjälp/
stöd till person med demens samt en beskrivning av demenssjuksköterskan i
Blekinge

© 2010 Författare och Blekinge kompetenscentrum

FÖRFATTARE: Ejbritt Allerth

KOPIERINGSFÖRBUD

Detta verk är skyddat av upphovsrättslagen. Kopiering är förbjuden utöver vad
som avtalats mellan upphovsrättsorganisationer och högskolor enligt
avtalslicensen i 13§ upphovsrättslagen.

BESTÄLLNING: www.ltblekinge.se/bkc

TRYCK: Tryckeriet, Landstinget Blekinge, Karlskrona

1:a tryckningen

Printed in Sweden 2010

ISBN 978-91-978991-8-5 (tryck)

ISBN 978-91-978991-9-2 (pdf)

Stöd till anhöriga till personer med demens i Blekinge

Inledning

Blekinge Kompetenscentrum (BKC) har under 2008/2009 fått medel från Socialstyrelsen för att stimulera FoU på äldreområdet. Ett delprojekt i den utveckling av FoU som görs på BKC med stöd av dessa medel är att genomföra en kartläggning i Blekinges fem kommuner av befintliga former för stöd till anhöriga som regelbundet hjälper en närstående person som har en demenssjukdom. Kartläggningen ska ligga till grund för en utveckling av stödet till denna grupp av anhöriga. Som demenssjuksköterska i Karlskrona har jag, i en projektanställning på 20 % på Blekinge Kompetenscentrum, framtagit denna skrift.

Bakgrund

Varje år insjuknar ca 24 000 personer i demenssjukdom i Sverige. I Blekinge förväntas ca 400 personer/år insjukna i demens om man räknar med att 4-8% av befolkningen 65 år och äldre får en demenssjukdom. Anhöriga svarar för ca 70 % av vården av dessa personer. Samhällets stöd till närstående syftar till att synliggöra de anhörigas situation, att förebygga utbrändhet bland anhöriga och underlätta och skapa bra livsvillkor för hela familjen som är drabbad¹. Det är väl känt att allt fler personer med demens bor kvar i sitt ordinära boende med stöd av anhöriga allt längre fram i sin sjukdom. En stor andel anhöriga som hjälper/vårdar en person med demens är själva gamla och har en sviktande hälsa. Det är också känt att anhöriga till person med demens i högre grad är utsatta för hög stress som påverkar deras egen hälsa och livskvalitet. Stress och dålig hälsa hos anhöriga tidigarelägger tidpunkten för när personen med demens flyttar till annat boende².

Behovet av anhörigstöd uppmärksammades av regeringen i slutet på 1990-talet då man beslutade avsätta ett statligt bidrag till kommunerna till att utveckla och förbättra stödet till anhöriga. Under åren 1999-2001 pågick det nationella projektet, Anhörig 300. Ur detta projekt har det växt fram olika former av stöd t ex samtalsgrupper, studiecirkel, anhörigcentraler, dagvård, korttidsvård, avlösning. Utvecklad samverkan med anhörigorganisationer, Demensförbundet och Alzheimerföreningen är också en viktig del i stödet till anhöriga.

Under åren 2005-2007 har staten satsat ytterligare 250 miljoner kronor i stimulansmedel till kommunerna för att utveckla stödet till anhöriga. Kommunerna förstärker gamla och bygger upp nya stödformer för anhöriga. Samarbete med landstinget liksom frivilliga och ideella organisationer ökar.

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga i Kalmar, som invigdes 4 mars 2008, arbetar på uppdrag av Socialstyrelsen med att samla in, strukturera och sprida kunskap om anhöriga och närstående. Nationellt Kompetenscentrum för Anhöriga kommer att arbeta inom fyra prioriterade områden: Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd, samverkan och partnerskap i stöd och hjälp till anhöriga, kombinera förvärvsarbete och anhörigomsorg, E-tjänster och tekniska hjälpmedel.

Samhället har genom socialtjänstlagen ett tydligt ansvar för att samordna, planera och ge stöd till närstående. Regeringen har, från 1/7-09, genomfört en lagändring i socialtjänstlagen med ny

¹ Socialdepartementet Ds 2003:47. Stöd till anhöriga/närstående. *På väg mot en god demensvård* (s.143-154)

² De Vugt m.fl. (2005) A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. *International Psychogeriatrics* 17: 577-89

betydelse att ”socialnämnden ska (i s f bör) genom stöd och avlösning underlätta för dem som vårdar långvarigt sjuka, äldre eller person med funktionshinder”. I detta arbete pratar man inte så mycket om individen utan mera om familjen. Man vill att stöd till anhöriga ska komma in tidigt och att kommunerna arbetar aktivt med att erbjuda stöd.

Anhörigstödet ser olika ut i landets kommuner. I de flesta kommuner finns en, ofta flera personer som arbetar med anhörigstöd. Det kan vara en anhörigkonsulent eller en anhörigstödjare. I många av landets kommuner finns också en demenssjuksköterska eller ett demensteam som arbetar med anhörigstöd.

Anhörigstödet kan delas in i direkt stöd eller indirekt stöd. Det direkta stödet till anhöriga kan vara information och utbildning, samtalsstöd enskilt eller i grupp, eller må bra-aktiviteter. Det indirekta stödet till anhörigvårdaren vänder sig direkt till den vårdade och kräver ett biståndsbeslut. Det kan vara t ex hemtjänst, dagverksamhet eller korttidsboende.

Blekinge Kompetenscentrum har under 2008/2009 fått medel från Socialstyrelsen för att stimulera FoU på äldreområdet. Dessa medel är tänkta att användas för att fortsätta arbetet i det Demensprojekt som pågår sedan 2003. Under 2003-2006 pågick DIBS, Demens in Blekinge Study, där data från 60 personer med demens och deras anhöriga samlades in. I studien ingick en patientenkät och en närståendeenkät. Insamlingen av enkäterna svarade länets demenssjuksköterskor för. Patientenkäten har resulterat i en FoU-skrift, som handlar om sinnesstämningen hos personen med demens³ och en D-uppsats⁴, som belyser den fysiska och kognitiva funktionsförmågan hos dessa personer. Närståendeenkäten har analyserats och resulterat i ett examensarbete⁵ inom en grundläggande forskningsmetodik kurs anordnad av FoU Blekinge. Ytterligare en skrift handlar om anhörigas erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom och bygger på intervjuer med anhöriga⁶. I denna fortsättning av demensprojektet pågår arbete med fokus på anhörigstöd, personalutveckling och person med demens. Nyligen sammanställda, men ej publicerade resultat från en del i projektet, baseras på erfarenheter från drygt 40 närstående till personer med demens som följts över en period av tre år, pekar på tre områden som särskilt kritiska.

Det första området som pekas ut som kritiskt i studien är när anhörig vårdar person som har en medelsvår demens. Personen med demens i denna fas blir allt mer beroende av anhörigas stöd för att klara sin vardag. Anhöriga måste hjälpa till med intima delar av vardagen som personlig skötsel, av/påklädning, badning, toalettbesök etc. Personen med demens visar ökad stress och ett sämre humör i takt med att beroendet av hjälp från den anhörige ökar.

Det andra området som studien pekar ut är kopplat till detta och anger situationen för yngre anhöriga och anhöriga där relationen är barn/svårdotter/svårson. Det är dessa som förefaller mest utsatta för stress av att regelbundet hjälpa en anhörig (vanligen förälder/svårförälder) med mer intim hjälp.

För det tredje pekar studien mot att den anhöriges egen hälsa kan vara avgörande för hur man klarar rollen som anhörigvårdare. En anhörig som har problem med sin egen hälsa är mer pressad och utsatt när hon/han ska hjälpa en person med demens. Dessa resultat väcker frågor att gå vidare med som t.ex. Hur väl är stödet till yngre anhöriga som vårdar person med demens utformat?

³ Wennstig, M. (2006). *Man har det som man tar det*. FoU-skrift. Blekinge FoU-enhet

⁴ Wennstig, M. (2008). *Att klara livets vardagsaktiviteter*. D-uppsats. Sektionen för hälsa. Blekinge Tekniska högskola.

⁵ Allerth, E. (2008). *Att vårda person med demens kan ge både glädje och sorg*. Examensarbete. Kurs i grundläggande Forskningsmetodik. Lunds Universitet

⁶ Larsson, L. (2005). *Ensamhet i tvåsambeten*. FoU-skrift. Blekinge FoU-enhet

Demenssjuksköterskan i Blekinge

I Blekinge arbetar sedan år 1999 nio demenssjuksköterskor på heltid i länets primärvård och kommuner. Utgångspunkt har varit att det ska finnas en demenssjuksköterska på 15 000 invånare. Demenssjuksköterskan arbetar gränsöverskridande, d v s arbetar med personen med demens och deras närstående oavsett huvudman. Demenssjuksköterskan i Blekinge arbetar enbart med demensrelaterat arbete utan patient- och personalansvar. Ambitionen är att demenssjuksköterskan ska komma in så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet och därefter kunna bibehålla en stödjande och informerande kontakt med den sjuke och dennes familj genom sjukdomens olika stadier. Demenssjuksköterskan kan därmed bli familjens följeslagare genom vårdkedjan.

Demenssjuksköterskan deltar i demensutredningen genom att inhämta en anamnes och bedöma den kognitiva funktionen med olika tester. Demenssjuksköterskan ger också utbildning, vägledning och handledning till personal i hemtjänst och särskilda boenden. I den slutna vården finns konsultsjuksköterska med motsvarande ansvar riktat mot den slutna vården på Blekingesjukhuset. Demenssjuksköterskan ger också information till allmänheten på olika sätt, ger information/utbildning på olika utbildningsenheter och informerar om demens för föreningar och frivilligorganisationer.

Kontakt med demenssjuksköterskan kan tas av distriktsläkare, distriktssköterska, biståndshandläggare, kommunsjuksköterska eller annan vårdpersonal, anhörig eller person med minnesproblem eller andra kognitiva symtom. Det första mötet som oftast sker som ett hembesök tar ca en och en halv till två timmar. Den första kontakten syftar inte bara till att testa och utreda personen utan minst lika mycket till att bygga upp en förtrolig och trygg relation.

Livet förändras både för personen med demens och dess närstående och demenssjuksköterskans insatser riktar sig därför till båda parter. Symtomen kommer oftast smygande och det kan ta lång tid innan man förstår att det ligger en sjukdom bakom. Närstående upplever en diffus känsla av att det inte står rätt till. De närstående förändrar sina tankar, känslor och beteende kring demenssjukdomen och dess konsekvenser över tid beroende på de psykologiska faser de går igenom under sjukdomens framskridande.

Genom att demenssjuksköterskan innehar en specifik kunskap om demenssjukdomen och hur sjukdomen påverkar vardagen för den enskilde och dess närstående, kan demenssjuksköterskan föreslå och initiera olika former av stöd så att både personen med demens och den närstående ska må så bra som möjligt. Dagverksamhet för personen med demens är en väl fungerande verksamhet där personen med demens får en gemenskap med andra och där innehållet är anpassat efter gästernas förmåga och intresse. Information, samtal, enskilt eller i grupp ges till den närstående. Demenssjuksköterskan är den som ger denna information och som leder anhörig/samtalsgrupper. Senare hjälper demenssjuksköterskan till att introducera korttidsvård, avlösning eller annan form av stöd i hemmet.

Blekinges modell med demenssjuksköterskan som följeslagare till personen med demens och dennes närstående har inneburit att personer med misstänkt demenstillstånd i högre grad ges möjlighet att få en demensutredning gjord. Den enskilde och dennes familj erbjuds ett mer anpassat stöd. I och med demenssjuksköterskans gränsöverskridande arbete har samverkan mellan kommunernas och primärvårdens olika aktörer utvecklats. Personal i olika verksamheter kan få kontinuerlig handledning och utbildning. Olika behov tydliggörs i kommunerna, t ex dagverksamhet, speciellt anpassat boende för personer med demens. Olika utvecklingsprocesser har initierats. Demenssjuksköterskorna i Blekinge har sedan starten 1999 byggt upp ett nätverk för kontinuerligt utbyte av erfarenheter som skapat en samsyn i länets kommuner och vården ges på lika villkor även om lokala skillnader finns.

Syfte och metod

Syftet med projektet som belyser anhöriga till personer med demens var att kartlägga och reflektera över i Blekinge befintliga former av stöd till närstående som regelbundet ger hjälp/stöd till person med demens.

Frågeställningar:

- Är befintliga former för stöd till närstående i Blekinge som regelbundet hjälper person med demens den bästa utifrån aktuell kunskap om anhörigstöd?
- Är Blekinges modell med en demenssjuksköterska i varje primärvårdsområde som arbetar heltid och gränsöverskridande det bästa sättet att möta person med demens och deras anhöriga?

Steg 1

Länets demenssjuksköterskor har tillfrågats om hur anhörigstödet ser ut i respektive kommun vad gäller dagverksamhet, avlastning/växelvård, avlösning och hur demenssjuksköterskans eget anhörigstöd ser ut samt frågor/tankar om framtiden, vad som saknas och vad skulle kunna utvecklas. (Se anhörigstödskarta)

Steg 2

Blekinges modell att möta personer med demens och deras anhöriga har jämförts med metoder för anhörigstöd så som det beskrivs i aktuell litteratur.

Steg 3

Beskrivningen av Blekinges modell att möta personer med demens och deras anhöriga har skickats till Nationellt kompetenscentrum Anhöriga för att få deras reflektioner utifrån den kunskap om hur anhörigstöd bäst bedrivs för den aktuella målgruppen i övriga landet. NkA var också inbjuden till ett seminarium kring anhörigstöd tillsammans med Blekinges kommuners representanter för anhörigstöd.

Innehållet i texten kan i vissa delar vara påverkat av mitt ordinarie arbete i Karlskrona som också innehåller utvecklingsarbete inom demensområdet.

Resultat från Steg 1- Inventering från kommunerna i Blekinge.

Resultatet från samtalen med Demenssjuksköterskorna redovisas i löpande text för var och en av kommunerna samt i figur 1.

Karlskrona

Dagverksamhet finns för personer med demens, Kastanjen, Ekelunden och Mölleberg. Där finns plats för sex-åtta gäster, måndag-fredag. Det finns en dagverksamhet i varje primärvårdsområde.

Avlastning för anhöriga till person med demens kan erbjudas som en korttidsplats på Oasen. Oasen är till för anhörigas behov och kan erbjuda vistelse för sex gäster/dygn. Vistelsetid varierar mellan en-tio dagar. Vistelsetiden på Oasen bör inte överstiga vistelsetiden i hemmet. Det är också möjligt att komma till Oasen över dagen eller några timmar. Korttidsplats/växelvård kan även erbjudas på andra äldreboende.

Avlösning i hemmet erbjuds kostnadsfri upp till 18 tim/månad.

I Karlskrona finns också **Anhörigbryggan**, som leds av kommunens anhörigstödare. Anhörigbryggan vänder sig till alla anhöriga, oavsett sjukdom/funktionshinder i samarbete med Röda korsets besöksverksamhet. Här finns det möjlighet för anhörig att lämna den sjuke på Anhörigbryggan en kortare tid för att kunna uträtta något ärende. Det finns också möjlighet finns också att äta lunch på Anhörigbryggan.

Demenssjuksköterskan ger individuellt stöd till makar, barn eller annan närstående. Stödet kan ges som telefonsamtal, hembesök eller samtal på annan plats, ensamt eller i grupp, exempelvis syskon. Demenssjuksköterskan leder anhörigrupper/samtalsgrupper. F n är fyra grupper igång med ca fem-åtta deltagare/grupp. I huvudsak är det makar som deltar. Man deltar så länge man känner ett behov eller tills personen med demens avlidit. Demenssjuksköterskan kan också erbjuda Familjesamtal. Information till flera familjemedlemmar ges samtidigt. Familjen erbjuds tre samtal där första samtalet kretsar kring hur det varit. Andra samtalet handlar om hur det är nu och tredje och sista samtalet handlar om framtiden och om vilken hjälp man finns att få. Därefter görs en uppföljning genom ett telefonsamtal ca en månad senare. Demenssjuksköterskan ger information till pensionärsföreningar, frivilligorganisationer. F o m april 2009 inbjuder demenssjuksköterskorna i Karlskrona allmänheten till en informationsträff en gång/år och en inbjudan till en studiecirkel vid tre tillfällen med syfte att ge mer kunskap om sjukdomen, bemötande och vad kommunen kan erbjuda.

Till sist tillfrågades demenssjuksköterskan om något saknades eller om det fanns andra tankar om vad som kan utvecklas? Svaret från Karlskrona blev då: Erbjudna hälsokontroll? Kurs i Basal kroppskännedom?

Ronneby

Dagverksamhet finns för personer med demenssjukdom. Gläntan och Persborg. Där finns plats för sex-åtta deltagare, måndag-fredag. Dessutom finns Solbacken i Backaryd som drivs som ett projekt. Här arbetar två personal som har lite färre deltagare beroende på var i sjukdomen man befinner sig.

Avlastning för anhöriga ges på korttidsboende som finns på Vidablick. Här bedrivs växelvård, korttidsplats i väntan på permanent boende och avlastningsperioder. Fyra platser för växelvård riktar sig till person med demens.

Avlösning i hemmet är kostnadsfri upp till 24 timmar/månad.

Demenssjuksköterskorna leder anhöriggrupper. F n är tre grupper igång. Två av grupperna vänder sig till make/maka och den tredje gruppen till barn till demenssjuk förälder. Demenssjuksköterskan leder studiecirkel i demens. Ett brev skickas till anhöriga som aktualiserats under vår och höst och erbjuds då information i studiecirkelform vid tre tillfällen där första mötet handlar om normalt åldrande, demenssjukdomen, utredning och behandling. Andra tillfället handlar om bemötande och sista tillfället ges information om vad kommunen kan hjälpa till med. Demenssjuksköterskan ger individuellt stöd i form av enskilt samtal per telefon eller genom hembesök. Demenssjuksköterskan guidar anhöriga till rätt aktör och fungerar som en slags förmedlare till andra som kan bidra med något som kan förbättra kring den sjuke eller den anhörige.

Fråga till demenssjuksköterskan om något saknas?

Svar: Specifik grupp för speciella diagnoser t ex frontallobsdemens. En primärvårdsläkare med ansvar för demens.

Karlshamn

Dagverksamhet finns för personer med demenssjukdom, Tärnan i Karlshamn och Forsgården i Mörrum där sju-åtta personer deltar varje vardag. Personalen som arbetar på dagverksamheterna utför också avlösning i hemmet till de personer som vistas på dagverksamheten eller som är på väg in. På så vis får personen en naturlig anknytning till dagverksamheten.

Avlastning som korttidsvård kan erbjudas personer med demens och finns på Snäckan och Östralycke. Här finns också möjlighet till växelvård. Snäckan erbjuder plats till tio gäster. Korttidsvård erbjuds också på Kastanjen och Kompassen.

Avlösning i hemmet erbjuds kostnadsfritt upp till 12 timmar. Avlösning ges bl a av personal som arbetar på dagverksamheterna.

Demenssjuksköterskan ger individuellt anhörigstöd genom telefonkontakt, besök i hemmet eller på mottagning. Demenssjuksköterskan leder också anhöriggrupper, f n är två grupper igång. Anhöriga går kvar i gruppen så länge behov finns. Nya bjuds in då plats finns. Gruppen bör inte vara för stor. Demenssjuksköterskan strävar efter att gruppen blir så homogen som möjligt. Grupperna träffas fyra-fem ggr/termin. Demenssjuksköterskan inbjuder till informationsträff en gång/år. Annonserar då i lokaltidningen. I samband med den informationen bjuds intresserade in till en studiecirkel i tre steg. Anhöriga till nyupptäckta personer med demensproblem bjuds också in genom ett personligt brev. Studiecirkelarna är på tre x två timmar inklusive fika. Demenssjuksköterskan samarbetar med kommunens anhörigkonsulent och anhörigstödjare.

Fråga till demenssjuksköterskan om något saknas eller andra funderingar?

Svar: Möjlighet för anhöriga att komma iväg på hälsohem? Spa?

Sölvesborg

Dagverksamhet finns för personer med demens, Sunnanbo. Där finns plats för sex gäster, måndag-fredag. För närvarande är behovet större än tillgången på platser. Kommunen får vite för att inte kunna erbjuda plats inom rimlig tid.

Avlastning/växelvård. Kommunen har 17 korttidsplatser varav en plats är reserverad specifikt till person med demens.

Avlösning ges kostnadsfritt upp till 25 tim/månad. Om bistånd på växelvård också har beviljats, reduceras antalet avlösningstimmar.

Demenssjuksköterskan ger individuellt stöd, vid behov ges samtalsstöd även i grupp till makar, barn eller annan person som står personen med demens nära. Demenssjuksköterskan ger information om demens till allmänheten genom inbjudan av t ex frivilligorganisationer och pensionärsföreningar. Demenssjuksköterskan rekommenderar anhöriga till kommunens anhörigamordnare som håller anhöriggrupper/samtalsgrupper. I Sölvesborg har man tidigare haft Studiecirklar ”Fråga på”, ett material från Demensförbundet. Vid speciella tillfällen, exempelvis på temadagar/veckor ges information om demens som riktar sig allmänt till den som är intresserad.

Fråga till demenssjuksköterskan om något saknas?

Svar: Tid för uppföljningar som riktar sig till den anhörige.

Olofström

Dagverksamhet finns för person med demens i kommunen med plats för sex gäster och är öppet måndag-fredag.

Avlastning erbjuds som korttidsvård i anslutning till ett demensboende. Här finns tre platser för avlastning. Fördel då permanent boende blir aktuell. Personen är känd och van vid miljön. Det finns också möjlighet till avlastning/växelvård i anslutning till annat äldreboende och fungerar i de flesta fall bra.

Avlösning i hemmet som är kostnadsfri upp till tio timmar/månad.

Demenssjuksköterskan ger individuellt stöd till anhöriga genom enskilt samtal. Vid behov kan också samtal i grupp erbjudas.

I Olofström finns ingen demensförening. Hänvisning till Karlshamnsföreningen.

Genom projektet ”Anhörig 300” startades en anhörigcentral där man kunde få stöd och vägledning. Behovet var dock inte så stort som man först trott. I en liten kommun är det lättare att ”verka” och denna vägledning när det gäller demenssjukdom ges av demenssjuksköterskan.

Fråga till demenssjuksköterskan om något som saknas eller andra funderingar?

Svar: Anhörigstöd bör ingå i biståndsbeslutet.



Anhörigstöd i Blekinge (demens) 2009

Blekinge (151 900)	Karlskrona (62 338)	Ronneby (28 491)	Karlshamn (31 052)	Sölvesborg (16 821)	Olofström (13 198)
Dagverksamhet	3st, Kastanjen, Ekelunden, Mölleberg Plats för 6-8 gäster/dag, 18-24 personer kan varje vardag erbjudas dagverksamhet	2st, Gläntan, Solbacken Plats för 6-8 gäster/dag, 12-16/dag	2 st, Tärnan, Forsgården 7-8 gäster/dag, 14-16/dag Personalen ger även avlösning till dessa personer om de också har detta bistånd	1st, Sunnanbo 6 gäster/dag	1st, Skogsbacken 6 gäster/dag
Avlastning/ Växelvård	Oasen, 6 platser Finns avlastning/växelvård på andra äldreboende	4 platser för växelvård	Snäckan, 10 platser, möjlighet till växelvård Erbjuds även på två andra äldreboende	17 korttidsplatser i kommunen, varav 1 plats specifikt mot demens	Finns i anslutning till äldreboende, 3 platser specifikt mot demens
Avlösning	18 timmar/månad Kostnadsfri >18 timmar beslut i äldrenämnden och då tas en kostnad ut	24 timmar/månad kostnadsfri	12 timmar/månad Kostnadsfri Begränsning, dagtid till kl 18.00.	25 timmar/månad kostnadsfri	10 timmar/månad kostnadsfri
Demens- sjuksköterska	Leder samtalsgrupper, f n 4st Individuellt stöd, telefon, hembesök Information till allmänheten v b Familjesamtal Anhörigbryggan	Studiecirklar i demens, 3 x 2 timmar Individuellt stöd, telefon, hembesök Guidar till rätt aktör	Leder samtalsgrupper, f n 2 st Individuellt stöd Informationsträff 1ggr/år därefter inbjudan till studiecirkel 3 x 2 timmar Nyuptäckta får personligt brev(inbjudan)	Individuellt stöd och v id behov även i grupp information till allmänheten Samtalsgrupper leds av kommunens anhörigamordnare	Individuellt stöd. Vid behov även i grupp
Övrigt	Demensförening finns	Demensförening finns	Demensförening finns		



Kommentar till Anhörigstödskartan

I Blekinges fem kommuner fanns vid tiden för kartläggningen sammanlagt 9 dagverksamheter där respektive verksamhet, varje vardag tar emot mellan 6-8 gäster. Detta betyder att drygt 60 personer i länet har, varje vardag, möjlighet att komma till gemenskap med andra, få stimulans och stöd, samtidigt som, i de fall där man är sammanboende med någon, närstående får vila från vård/omsorg. I Karlshamn arbetar personalen i dagverksamheterna också med avlösning i hemmet till de personer som är inskrivna på dagverksamheterna. Särskild dagverksamhet för yngre personer med demens finns inte i länet. Dessa personer anvisas plats i befintliga verksamheter men föregås av en planering så att gruppammansättningen så långt som möjligt överensstämmer med personens enskilda behov. Detta är en brist då dessa personer tillhör en egen generation med andra intressen. Särskild dagverksamhet för yngre personer med demens är också något som tas upp i Socialstyrelsens förslag till Nationella riktlinjerna som kommer att presenteras under 2009. 2008 antog Handikappnämnden i Karlskrona "Riktlinjer för yngre personer med demens" där man bl a tagit upp behovet av särskild dagverksamhet/mötesplats för yngre personer med demens. Även boende saknas för denna grupp. Dessa personer anvisas plats i kommunens särskilda boenden för äldre. I arbetet med "Riktlinjer för yngre personer med demens" i Karlskrona har man påpekat brister då dessa personer kanske har andra behov och önskemål att fortsätta delta i samhällets utbud men där bristen på resurser gör detta svårt. Möjlighet att få eller få behålla kontaktperson för att fortsätta upprätthålla ett socialt liv utanför boendet har belysts. Då gruppen är liten rekommenderar arbetsgruppen samarbete mellan kommunerna i länet.

Specifika korttidsplatser till personer med demens finns i samtliga kommuner, men i förhållande till kommunens storlek skulle Karlskrona behöva utöka antalet platser. Anhöriga upplever korttidsplatsen mer avlastande om platsen/boendet har lite av hotell/pensionatkänsla. Vet anhöriga om att personen med demens har det bra blir det också bra för den anhörige.

Avlösning i hemmet erbjuds kostnadsfritt i samtliga kommuner. Antalet timmar varierar mellan 10-24 timmar. Därutöver kan fler timmar beviljas med då krävs ett beslut i äldrenämnden och då tar kommunen en avgift. Många använder dock inte de timmar man fått beviljade.

Blekinges modell med demenssjuksköterska som arbetar gränsöverskridande överensstämmer med de stödinsatser som anhöriga själva framhållit enligt den undersökning som Socialdepartementet presenterade 2003 i "På väg mot en god demensvård". Demenssjuksköterskan i Blekinge kan ge information om demenssjukdomen samt utifrån varje familjs individuella situation utforma det stöd som behövs i det aktuella läget. Demenssjuksköterskan blir den kontaktperson, följeslagare man kan vända sig till och för att få psykologiskt stöd, information om sjukdomen, om vad kommunen kan erbjuda och där demenssjuksköterskan tillsammans med den anhörige och personen med demens kan utforma det individuella stöd som krävs. Ekonomiskt stöd är oftast inte aktuellt då erfarenhet visar att det mest pressar anhöriga över den gräns man kanske själv inte alltid kan förutse. Därför rekommenderas oftast andra stödformer för att ge både personen med demens och den anhörige redskap att leva ett bra liv med demenssjukdomen.

Demensförening finns i länets tre största kommunen. Övriga kommuner hänvisas till närmaste närliggande kommun.

Vid intervjuerna med demenssjuksköterskorna frågade jag vilka tankar som fanns om framtiden, vad som behövs utvecklas, vad vi kan arbeta vidare med. Här fanns tankar om "må-bra aktiviteter" för att hjälpa anhöriga att tänka lite på sig själva, ta hand om och vårda sig själv, t ex utflykter, massage, vattengymnastik. Man skulle kanske kunna erbjuda t ex kurs i basal kroppskänedom, hälsosamtal på länets hälsotorg. På andra håll i landet erbjuder man anhöriga en kostnadsfri hälsoundersökning.

Viktigt är att erbjuda, hjälpa till att använda de resurser som redan finns etablerade i länets primärvård och kommuner. En av demenssjuksköterskorna efterfrågar en särskild ”demensläkare”, en distriktsläkare som har ett speciellt intresse och kunskap om demens att vända sig till. Enligt ”Riktlinjer för utredning av minnesproblem och för vård av personer med demenssjukdomar i Blekinge” ska basen för utredning och behandling ske i primärvården och där befolkningens listning på vårdcentral och doktor avgör vem som initierar och utför utredning och efterföljande kontakter. Här spelar länets demenssjuksköterskor en stor och viktig roll som familjens följeslagare genom hela processen. Demenssjuksköterskans roll finns också beskrivet i dessa riktlinjer.

En av demenssjuksköterskorna uppger att hon saknar tid för uppföljningar. Det finns inte särskilt uttalat hur uppföljning av alla ärenden som demenssjuksköterskorna blir inkopplade på ska ske, men de personer som sätts in på demensläkemedel följs som regel upp efter sex månader och ett år efter insättande av behandling. Nationella riktlinjerna föreslår att uppföljning bör göras minst en gång varje år. Det individuella behovet för varje familj avgör hur ofta demenssjuksköterskan behövs. Ibland blir kontakterna täta och många anhöriga upplever det mycket positivt att bli uppringd av någon som efterfrågar hur han/hon har det och hur den anhörige själv mår. Att också göra besök i hemmet för att förebygga ohälsa hos den anhörige och observera förändringarna hos personen med demens och kunna föreslå och initiera andra åtgärder i tid är en ambition som är viktig för demenssjuksköterskan i Blekinge.

Att anhörigstöd skulle vara biståndsbeslutat är ytterligare ett förslag till förbättring och ligger väl i tiden då regeringen nu antagit en lagändring i Socialtjänstlagen: Från 2009-07-01 gäller, att kommunerna ska i stället för bör genom stöd och avlösning underlätta för dem som vårdar långvarigt sjuka, äldre eller person med funktionshinder. I motiven till lagändringen har man markerat vikten av att inte tvinga någon till att vårda om man inte själv vill. Man har också tryckt på vikten av att ge anhöriga ett erkännande för det arbete de utför och vikten av att förebygga ohälsa hos den anhörige.

Resultat från Steg 2- Metoder för anhörigstöd enligt aktuell litteratur med fokus på demenssjuksköterskans roll.

En viktig del av tryggheten för anhöriga är att veta att det finns en god vård och omsorg för personen med demens den dagen han eller hon behöver det eller den närstående inte orkar eller vill längre. I ”På väg mot en god demensvård” har en sammanfattning av rapporter och undersökningar av vad de anhöriga själva framhåller som viktiga stödinsatser gjorts där ekonomiskt stöd, psykologiskt stöd med samtalskontakter, information om sjukdomen och samhällets insatser, kontaktperson att vända sig till samt individuellt utformade avlösningssatser på både de anhörigas och de demenssjukas villkor, tagits upp i de flesta av undersökningarna.

Den sammanställning av evidensbaserad forskning som Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU har gjort, säger att program inriktade på känslomässigt stöd till anhörigvårdare och insatser för att öka anhörigas förmåga att vårda och kommunicera med den demenssjuka personen, väl stämmer överens med hur Blekinges demenssjuksköterskor arbetar. Man poängterar också vikten av att stödet ska vara långsiktigt. Demenssjuksköterskan är, som tidigare nämnts, familjens följeslagare genom hela sjukdomsprocessen.

I Lennart Johanssons bok ⁷ finns ett utdrag ur underlagsrapporten till nationella riktlinjer för god demensvård som handlar om stöd till anhöriga till demenssjuka. Där presenteras en modell som överensstämmer med Blekinges demenssjuksköterskors sätt att arbeta. Modellen bör kunna användas även på andra diagnosgrupper. Utgångspunkten är att närstående till demenssjuka betraktas som med-drabbad. Den anhörige behöver hjälp både för egen del, men också för att underlätta vården av den demenssjuka i hemmet. För att man som anhörig ska uppfatta att stödet är bra ska det vara individ- och situationsanpassat, vara flexibelt och lättillgängligt och vara av god kvalitet. Här presenteras ett förslag på ett vård- och stödprogram som till innehåll och uppbyggnad beaktar de faser som den som drabbas av demens genomgår och därmed också påverkar den anhörige. En viktig utgångspunkt är att garantera att man inte överger den sjuke eller den anhörige, en slags ”uppföljningsgaranti” där det offentliga inte släpper taget. Efter att diagnos ställts bör en omfattande och återkommande informationsinsats ges till den sjuke och de anhöriga. I denna första del av programmet är det av stor vikt att skapa en öppen och förtrolig relation till familjen för att kunna ”skraddarsy” de insatser som passar bäst. Anhöriga behöver en kontakt med en kompetent person som kan fungera som den ”klippa” som man måste kunna ta stöd mot när tillvaron stormar. Att kontinuerligt följa och ompröva stödet över tid är den andra grundpelaren i det här föreslagna stödprogrammet. Här är det viktigt att hjälpen är lättillgänglig. Anhöriga behöver fortlöpande diskutera tankar och känslor inför framtiden och att på ett varsamt sätt så småningom få hjälp till ett bättre boende och vårdalternativ när så behövs. Detta handlar om förebyggande hälsovård för den anhörige.

Fokus, forskning och kunskapsutveckling socialtjänst i Kalmar har gett ut en rapport ⁸, som beskriver tidigt stöd till personer med demenshandikapp och deras anhöriga där demenssjuksköterskan har en nyckelroll. Trygghetskedjans grundläggande idé är att upplevelser och behov skall matchas mot lämpliga erbjudande om olika stödformer. Exempel på sådana stödformer är information och uppsökande verksamhet, utredning, diagnos, medicinsk behandling, råd och stödsamtal, omsorgs- och vårdplanering, anhörigstöd, hemtjänst och dagverksamhet, avlösning i hemmet, korttids- och växelboende samt stöd i samband med flytt till särskilt boende. En annan av trygghetskedjans grundläggande idéer är att kommun och landsting måste samverka med frivilligorganisationer och andra krafter. En tredje idé handlar om att omsorg och vård av personer med demens ges inom ramen för relationer. Omsorgen och vårdens kvalitet är mycket beroende av

⁷ Johansson, L. (2007). *Anhörig-omsorg och stöd*. Studentlitteratur

⁸ Fransson, O. (2003). *Trygghetskedjan*. Fokus i Kalmar

kvaliteten i dessa relationer. Trygghetskedjans fjärde idé är att demenssköterskan är lämplig att vara en resursperson i omsorgen och vården av personer med demens. Trygghetskedjan skall reducera den otrygghet som naturligt följer med en demenssjukdom. "Kalmarmodellen" har på senare år uppmärksammats i landet som en bra modell för utredning och behandling av demenssjukdomen och stödprogram för anhöriga i ordinärt boende men som till skillnad mot Blekinges modell med demenssjuksköterskor inte arbetar över gränserna på samma sätt, vilket inneburit att personer med demens i Blekinge och deras anhöriga inte behöver fundera på vilken huvudman man ska vända sig till vid frågor kring demenssjukdomen.

Resultat från Steg 3- Seminarium med Nationellt kompetenscentrum Anhöriga

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga bjöds in till ett seminarium kring anhörigstöd som hölls på Blekinge kompetenscentrum den 30 april 2009. Till seminariet var länets demenssjuksköterskor inbjudna samt de personer i länets fem kommuner som arbetar med anhörigstöd i en ledande funktion. Inbjudna var också representant från länsstyrelsen och länets verksamhetsråd inom FoU-äldre som bedrivs på Blekinge Kompetenscentrum. Kartläggningen av stödet till närstående som regelbundet ger hjälp/stöd till person med demens presenterades som en inledning av seminariet samt presentation av demenssjuksköterskan i Blekinge som genom sitt gränsöverskridande arbete skiljer sig från hur flertalet demenssjuksköterskor arbetar i övriga landet.

Lennart Magnusson, verksamhetschef på Nationellt kompetenscentrum Anhöriga gav en presentation av det nya centret och gav oss reflektioner utifrån målgruppen, anhöriga till personer med demens. Vi fick ta del av ett projekt, ACTION ett stöd i demensvård- att arbeta tillsammans för att utveckla god demensvård med hjälp av IT. ACTION – Leva med demens har inneburit att fokus bör vara, inte bara på anhöriga utan också på personen med demens. Syftet med ACTION är att bidra till ökad kvalitet i det dagliga livet för personer med tidig demens och deras anhöriga. Målet har varit att utveckla en stödtjänst för denna målgrupp där man har haft fysiska träffar med utbildning och möjlighet att träffa andra i samma situation. Förutsättningen har varit att personen med demens har varit medveten om sin sjukdom och att man inte har sämre MMT (MiniMentalTest) än 25 p då man ingick i ACTION. Det har också varit en förutsättning att den anhörige vill och kan stödja. Erfarenheterna av ACTION har visat sig ge ett ökat självförtroende och självkänsla, ett rikare liv med bibehållna och förbättrade relationer med anhöriga. Anhöriga har fått bättre kunskap och bättre förståelse och bättre förutsättningar att bemästra sin vardag och att kunna planera för framtiden. Lika viktigt som att stödja anhöriga är ju också att ge personen med demens utrymme att få uttrycka sina tankar och känslor om sin sjukdom och att kunna ge kunskap och bekräftelse på de upplevelser av osäkerhet, rädsla och oduglighet många kan känna i demenssjukdomen. Här har demenssjuksköterskan genom sina hembesök möjlighet att fånga upp och ge stöd till både personen med demens och dennes anhöriga. Att arbeta med ett familjeperspektiv innebär att information och samtal mycket väl kan vara tillsammans med personen med demens. Man lyssnar för lite på personens upplevelser och man talar för lite tillsammans.

På den avslutande diskussionen bland seminariedeltagarna var avlösning i hemmet en av stödformerna som diskuterades. En allmän uppfattning är att det inte fungerat som man önskat i Blekinges kommuner. Många tackar nej till avlösning eller utnyttjar inte de timmar man har beslutat på. Många anhöriga känner en oro då man inte vet vem som kommer. Man har kanske inte andra hemtjänstinsatser vilket innebär att den personal som ska utföra avlösningen inte har den kännedom om personen som kan behövas för att både den närstående, personen med demens och personalen ska känna sig bekväm och trygg. Ett ytterligare skäl till att anhöriga inte använder avlösning i så stor utsträckning är att man måste planera detta flera dagar i förväg, det finns inget utrymme för flexibilitet. Det framkom också att informationen om avlösning är bristfällig. Informationen behöver vara tydligare och avlösningen bör kunna ges mer flexibelt och måste kunna ges smidigt utan för krångliga vägar och bör kunna ges på olika sätt. På andra håll i landet finns speciella avlösningsteam som enbart arbetar med avlösning och där är erfarenheten den att man då kan bygga upp en förtrolig relation som känns bra för alla parter. Här behövs förbättringar genom bättre och tydligare information och en planering så att avlösningen upplevs positiv för alla tre, personen med demens, den anhörige och personalen som ska utföra stödet. I Avesta kommun i Dalarna finns ett gott exempel på hur man kan ge avlösning med kvalitet. Där arbetar en grupp med enbart avlösning som schemaläggs tillsammans med de anhöriga och där det också finns utrymme för insatser med kortare varsel.

Andra frågor som diskuterades på seminariet var miljön i SÄBO, särskilt boende. Hur göra den mer inbjudande och trivsamt och anpassad efter människorna som bor där? Hur göra den mera anhörigvänlig? Karlskrona kommun har haft tre föreläsningss dagar i maj månad för all personal där,

Anna Whitaker, fil dr i socialt arbete och forskare inom äldreområdet på Linköpings universitet, gav en föreläsning om anhörigskap i SÄBO. Resultat av denna föreläsning har varit att Karlskrona kommun utformat en mera anhörigvänlig policy för all personal att arbeta efter för att ge anhöriga mer delaktighet och efterfråga deras kunskap och erfarenhet.

Nya frågeställningar

Det finns en rad olika frågor och förslag till förbättringsåtgärder som framkommit då jag arbetat med anhörigstöd till personer med demens.

Gruppen yngre personer med demens är en liten grupp och samverkan mellan länets kommuner måste till. På senare år har några prejudicerande domar förbättrat för denna grupp. Bl a har personkretstillhörigheten enligt LSS, 1 §, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, prövats och där man fastslog att ung (<65år) person med demens tillhör personkrets 2, vilket innebär att man, bl a har rätt till kostnadsfri daglig verksamhet. En annan dom i november 2008 fastslog att personens svårighet att kommunicera avgjorde rätten till personlig assistans och inte det fysiska handikappet som tidigare gällt. Barn, ungdomar till en yngre person med demens är en särskilt utsatt grupp där det sedan några år tillbaka finns en bra webbplats, www.unganhorig.se, som är viktigt att informera om och även Demensförbundets nätverk för person under 65 år och som är make/maka/sambo till person med demenssjukdom.

Anhörigskap i särskilt boende är ett område som uppmärksammats genom Anna Whitakers nyutkomna bok ⁹. Boken väcker många tankar om hur vi ser på ”Livets sista boning”, det särskilda boendet som ska fungera som ett boende för de gamla och sjuka och en arbetsplats för personal och en plats för besökande anhöriga och där det finns en vårdkultur som är väldigt tydlig och den ständiga närvaron av döende och död. Vården har en tendens att alltför snabbt ”ta över” ansvaret då en person med demens flyttar till särskilt boende. Här behövs mer kunskap om hur vi bättre hjälper anhöriga att fortsätta vara medagerande och medansvarig också efter flytten till boendet. Att på ett kärleksfullt sätt klargöra krav och förväntningar på de närstående är en avancerad omvårdnadsuppgift ¹⁰.

Det är angeläget att sjukvården kommer in tidigt i sjukdomsutvecklingen för att personen med demens ska få en bra utredning och möjlighet till behandling och att den anhörige får information och kunskap och stöd för att få de verktyg som behövs för att hantera problem som uppstår under sjukdomsprocessen. Demenssjuksköterskan i Blekinge är idag känd hos de flesta anställda i kommun och primärvård och även hos allmänheten och kan utan formella vägar påbörja det anhörigstöd som behövs i det enskilda fallet. Vi tror oss känna till flertalet personer med demens i Blekinge men det finns ett mörkertal. Hur kan vi bli ännu bättre på att hitta demens tidigt och förebygga ohälsa hos anhöriga?

Hur kan vi utveckla korttidsplatserna? Vilka kvaliteter gör att korttidsplatsen accepteras av både personen med demens och dennes anhörige? Många anhöriga kan känna en tveksamhet till korttidsplats av rädsla att svika. Man står inte ut med det dåliga samvetet och man har svårt att bemöta frågor om varför man inte ska resa bort tillsammans.

⁹ Whitaker, A. (2009). *Åldrande, död och anhörigskap*. Gleerups

¹⁰ Lund, U. (2004). *Närståendes behov*. SSF. Östlinder, G

Förslag till förbättringsområden

Följande områden bör utvecklas mot bakgrund av resultatet i denna rapport.

Avlösning har berörts tidigare och behöver förbättras för att det ska bli ”kvalitet för alla tre”, kännas meningsfull för personen med demens, vara lättillgänglig och verkligen ge den anhörige en stunds paus från vården/omsorgen. Det ska också kännas tryggt och meningsfullt för personalen. Kanske ska avlösning ges av en speciell hemtjänstgrupp eller utgå från ett samarbete med frivilligorganisationer. En modell som finns beskriven är den så kallade Cirkelmodellen¹¹, där anhöriga och en person från någon frivilligorganisation går en studiecirkel tillsammans och därefter utförs avlösningen av denna person. Här har båda parter fått kunskap om demens, samtidigt som man har byggt upp en relation med den anhörige och också fått lära känna personen med demens genom dess anhöriga innan första mötet inför avlösningen. Socialstyrelsen har gett ut en broschyr ”Anhörigas röster” som bygger på svar från 600 anhöriga till personer som drabbats av stroke där man säger så här om avlösning: *”Avlösningen måste kännas meningsfull för både den sjuke och dennes anhöriga och innehålla rehabilitering, socialt innehåll eller utvistelse. Avlösningen bör också kunna ges med kort varsel”*.

Dagverksamhet för yngre personer med demens saknas i länet och är ett område som behöver undersökas mer för att bättre kunna ge anhöriga möjlighet att kunna kombinera förvärvsarbete med omsorgen och stödet till dessa personer. Frågan behöver åter bli aktuell och kontakt med Handikappomsorgen i kommunerna tas för att få till ett länsövergripande samarbete. För att nå dessa personer krävs ett nära samarbete med Minnesmottagningen på Blekingesjukhuset. Dessa personer är betydligt mera vana vid att resa än vad den äldre generationen är och en dagverksamhet mitt i länet borde inte vara någon omöjlighet. Anhöriga till yngre demenssjuka skulle kunna fångas upp tidigt genom samarbete med Minnesmottagningen för att kunna ge information och utbildning och stöd till dessa anhöriga.

Korttidsplatsen skulle kunna utvecklas till att också bli en avkoppling för den anhörige utan att behöva separeras från sin partner. På några håll i landet, t ex på Villa Milbo i Gävle kommun finns möjligheten resa bort tillsammans och bo på ”pensionat” där man som anhörig kan få vila från vardagssysslor samt få handledning och möjlighet till stödsamtal och gemenskap med andra utan att tvingas vara långt ifrån den man bor tillsammans och som drabbats av sjukdom.

Ett råd som ofta ges till anhöriga är att de bör försöka ta hand om sig själva också. Anhörigas egen hälsa bör ingå i den information som inhämtas av demenssjuksköterskan och i de fall där ohälsa kan anas hänvisa till ex. de Hälсотorg som finns i länet. I det utvecklingsarbete som pågår i kommunerna skulle förslagsvis också kunna erbjudas ”må-bra”dagar i olika former.

Önskemål om att det i varje kommun finns en speciell ”demensläkare” kvarstår men är svår att ha synpunkter på i nuläget, då Hälsoval införs 2010.

Det finns mycket ny kunskap om hur vi bäst bemöter personer med demens och deras anhöriga, men mycket arbete återstår för att användandet av denna nya kunskap också ska komma vårdtagarna till godo. Kontinuerliga kontakter med personal i kommunal hemtjänst och personal i särskilt boende genom utbildning och handledning är något som ständigt kan förbättras och där demenssjuksköterskan har en nyckelroll. Man bör på olika sätt skapa forum för kompetenshöjning och utveckling i arbetslagen så att personer med demens får bästa möjliga vård och omsorg och anhöriga kan känna trygghet då man överlåter vården till det offentliga. En god vård till personen med demens ger också ett stöd till anhöriga.

¹¹ Wallskär, H. (1996). *Ett stöd betyder så mycket*. Verbum

Övriga Litteraturtips

Almberg,B & Jansson,W. (2002). Att vara anhörig till en person med demenssjukdom. I A-K Edberg(red.) *Att möta person med demens (s.61-81)* Lund: Studentlitteratur.

Andersson,I & Sjöbäck, B. (1998). *Boken om demenssjuksköterskan*. Blekinge FoU-enhet. Rapport 1998:1

Andrèn,S. (2006) *Family caregivers of persons with dementia*. Lund. Faculty of Medicine.

Holst,G. (2004). *Att vara demenssjuksköterska i Blekinge*. Vårdalinstitutet (www.vardalinstitutet.net)

Marcusson,J. (2004). *Anhörigas perspektiv*.Vårdalinstitutet (www.vardalinstitutet.net)

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering(2007). *Vård av personer med demenssjukdom*. Stockholm. SBU

Sjöbeck,B. (2002). *Demenssjuksköterskans ansvarsområde*. I A-K Edberg(Red.) Att möta personer med demens(s166-180). Lund: Studentlitteratur

Wennstig, M. (2006). Demenssjuksköterskan-familjens följeslagare genom vårdkedjan. *Primärvårdens nyheter*. Nr.11.

Utbildning, forskning och verksamhetsutveckling har avgörande betydelse för hälso- och sjukvården i Blekinge. Blekinge kompetenscentrum har ett strategiskt ansvar för dessa områden så att nya rön, kunskaper och information omvandlas till praktiska förbättringar, till nytta för länets invånare.

*Blekinge kompetenscentrum
i samverkan med länets kommuner*



LANDSTINGET BLEKINGE