VÅRT SAMARBETE I SIGTUNA KRING PERSONER MED KOGNITIV SJUKDOM / DEMENSSJUKDOM

OCH DERAS ANHÖRIGA/NÄRSTÅENDE

Region Stockholm **Sigtuna kommun**

bild från ClipArt

2020-2023

Sigtuna kommun FOU nu Region Stockholm

Dokumentnamn

Vårt samarbete i Sigtuna kring personer med kognitiv sjukdom/ demenssjukdom och deras anhöriga/närstående

Dokumenttyp

Samverkansöverenskommelse

Fastställd/upprättad

2020-11-19

Giltig till

2023-12-31

Dokumentansvarig/processägare

Styrgrupp vårdkedjan Sigtuna

Beslutsinstans

Styrgrupp vårdkedjan Sigtuna

Dokumentet gäller för

Följande aktörer: Vårdcentralerna i Märsta och Sigtuna, Minnesmottagningen på Löwet, Primärvårdrehab Märsta, Myndighetsenheten Sigtuna kommun, Sigtuna kommun (SÄBO, dagverksamhet, hälso- och sjukvårdsorganisationen, hemtjänst, anhörigkonsulent)

Tidigare revidering, datum och diarienummer

2012

Innehåll

1 Inledning 7
1.1 Bakgrund 7
1.2 Vårdkedjan Sigtuna 7
1.2.1 Aktuella aktörer i vårdkedjan Sigtuna vilka omfattas av det lokala programmet 8
1.2.2 Kontaktlista 8
1.3 Vad vill vi uppnå 8
1.4 Aktörer i Sigtuna som ger stöd i vårdkedjan 9
1.5 Vem gör vad och när i sjukdomsförloppet? 10
2 Vårt stöd till personer med demens/kognitiv sjukdom 12
2.1 Vårdcentralen 12
2.2 Primärvårdsrehab 12
2.3 Minnesmottagningen Löwenströmska sjukhuset 12
2.4 Myndighetsenheten 13
2.5 Hemtjänst 14
2.6 Dagverksamhet 14
2.7 Korttidsvård 14
2.8 Särskilt boende för äldre – SÄBO 14
3 Stöd till anhöriga/närstående 16
3.1 Vårdcentralerna 16
3.2 Minnesmottagningen 16
3.3 Myndighetsenheten 16
3.4 Anhörigkonsulenter 16
3.5 Hemtjänst 17
3.6 Dagverksamhet 17
3.7 Korttidsboende 17
3.8 Särskilt boende 17
4 Våra utvecklingsområden 18
4.1 SIP - Samordnad individuell plan 18
4.2 Informationsöverföring 18
4.3 Munhälsa 18
4.4 Information till medborgare 19
4.5 Utveckling av samverkan kring personer med funktionsnedsättning och kognitiv sjukdom/ demens 19
5 Referenser och styrande dokument 20
6 Bra länkar 21
7 Bilagor 23
7.1 Definition av begrepp 23
7.2 Omsorgen för funktionsnedsatta 26

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Kommunerna i Stockholms län och Stockholms läns landsting (numera Region Stockholm) upprättade år 2012 en överenskommelse för att underlätta samverkan för personer med demenssjukdom i Stockholms län. Överenskommelsen är att samtliga kommuner i Stockholms län arbetar fram skriftliga lokala program i samverkan med regionen. Det lokala programmet ska innehålla beskrivande rutiner, tydliggöra ansvars- och rollfördelning mellan berörda aktörer och beskriva samverkansformer kring personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till närstående
Det här är en uppdaterad version av det tidigare lokala programmet som upprättades 2012.
Programmet är framtaget i ett gemensamt arbete mellan aktörer i Sigtuna kommun och Region Stockholm och beskriver vilka rutiner för samverkan som kommunen och de olika aktörerna inom regionen har kommit överens om samt ansvarsområden och uppgifter.

Figur1: Riktlinjer, vårdprogram och överenskommelse vilka vårt lokala program bygger på

1.2 Vårdkedjan Sigtuna

Vårdkedjan Sigtuna fungerar som styrgrupp för samverkan inom det geografiska området och ska utgöras av representanter med mandat för varje vårdgivare inom upptagningsområdet. Fördelningen ska vara funktioner ansvariga för biståndshandläggare, omsorgen om funktionsnedsatta, geriatrik, husläkarmottagningar, rehab öppenvård, vårdcentraler och äldreomsorg samt funktionen MAS inom kommunens förvaltning. I det fall MAR-funktion (medicinskt ansvarig för rehabilitering) finns inom kommunen representerar också den.

1.2.1 Aktuella aktörer i vårdkedjan Sigtuna vilka omfattas av det lokala programmet

- Vårdcentralerna i Märsta och Sigtuna
- Minnesmottagningen på Löwet
- Primärvårdrehab, Märsta
- Myndighetsenheten, Sigtuna kommun
- Anhörigkonsulent, Sigtuna kommun
- Hemtjänst
- Äldreomsorgen, Sigtuna kommun (säbo, dagverksamhet, hälso- och sjukvårdsorganisationen)

1.2.2 Kontaktlista

Alla aktörer som omfattas av det lokala programmet upprättar en kontaktlista för att lätt underlätta kontakt och samverkan . Listan uppdateras varje vårdkedjemöte. Alla aktörer ansvarar för att listan håll uppdaterade.

Sammankallande ansvarar för att uppdatera listan och kan sprida den till nya aktörer.

1.3 Vad vill vi uppnå

- En sammanhållen vårdkedja och god samverkan mellan berörda aktörer kring personen och dennes närstående.
- Tydlighet i vem som gör vad i vårdkedjan
- Beskrivning av när i sjukdomsförloppet de olika stödinsatserna sker
- Bättre samarbete mellan huvudmännen
- Vi ser ett stort behov av och en tydlig nytta med samarbete mellan primärvård, primärvårdsrehabiliteringen, minnesmottagning och kommunens olika verksamheter. Vidare önskar vi att tydliggöra vem som gör vad och när samt en förteckning över kontaktvägar.
- Tydliggöra de olika aktörernas ansvar gällande stöd till anhöriga/närstående

1.4 Aktörer i Sigtuna som ger stöd i vårdkedjan

Region Stockholm | **Sigtuna kommun**

Vårdcentral
- basal minnesutredning
- behandling
- hemsjukvård
- anhöriga/närståendestöd

Primärvårdsrehab
- bedömning som del i basal minnesutredning
- bostadsanpassning
- hjälpmedel

Person med demens/ kognitiv sjukdom

Myndighetsenheten
- tar emot ansökan, utreder och beslutar om insatser enligt socialtjänstlagen
- utreder ansökan om färdtjänst för personer med demenssjukdom
- bistår den enskilde vid ansökan om god man eller förvaltare

Minnesmottagning
- utvidgad minnesutredning
- läkemedelsbehandling
- stöd till anhöriga/närstående

Insatser enligt SoL
- avlösning i hemmet
- hemtjänst
- dagverksamhet
- korttidsboende
- särskilda boendeformer

Anhörigkonsulent
- erbjuder samtal till anhöriga/närstående enskilt eller i grupp
- utfärdar anhörigvårdarkort

Fig2: Aktörer i vårdkedjan

1.5 Vem gör vad och när i sjukdomsförloppet?

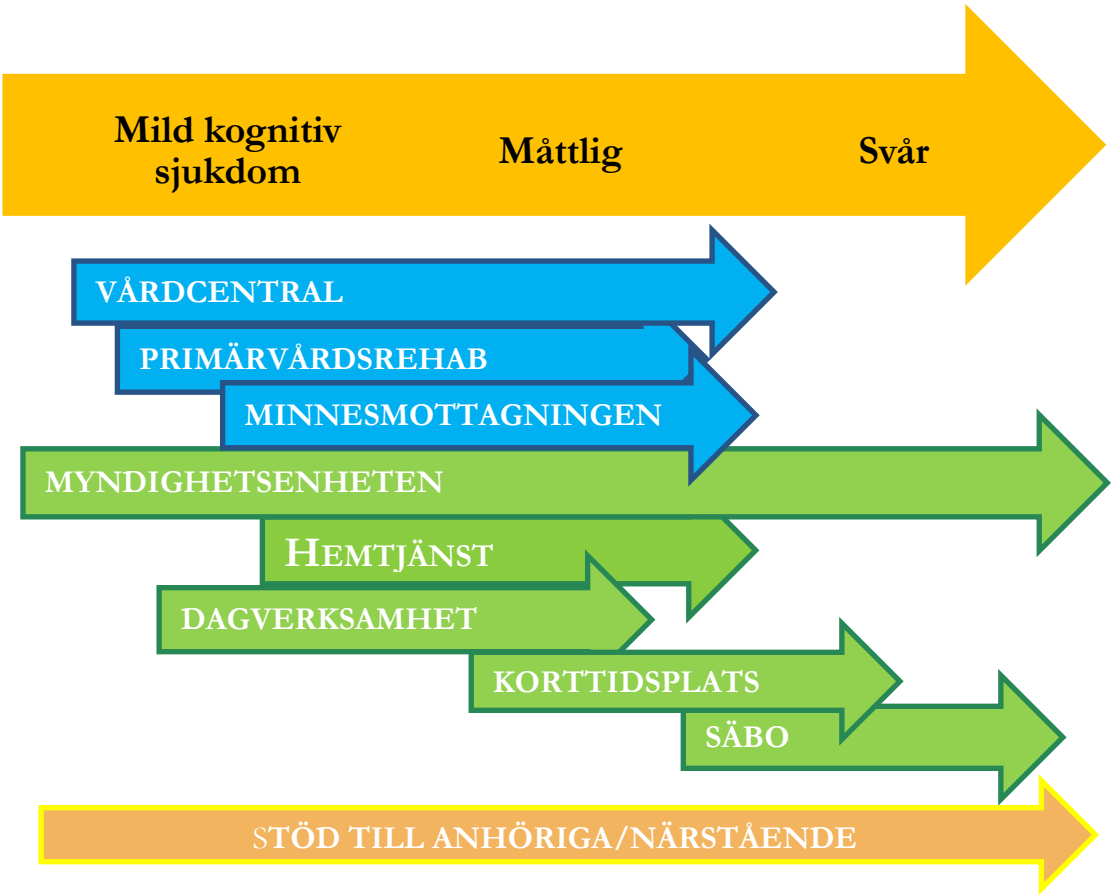

Fig3: Bild över, när är de olika aktörerna aktiva under sjukdomsförloppet

När personen flyttar till särskilt boende avslutar alla andra sitt stöd till den enskilde , utom myndighetsenheten som finns med hela vägen. Sjukdomsförloppet kan sträcka sig över ca 10 – 15 år . Det är olika när i förloppet den enskilde behöver stöd.

2 Vårt stöd till personer med demens/kognitiv sjukdom

2.1 Vårdcentralen

Ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser för personer i ordinärt boende. Här arbetar hälso- och sjukvårdspersonal.
Vårdcentralen gör den basala minnesutredningen vid misstänkt kognitiv sjukdom/ demenssjukdom. Husläkare träffar den enskilde och anhöriga/närstående i samband med läkarbesök. Initierar vid behov utredning. Förmedlar kontakt till övriga aktörer. Distriktssköterskan kan vara behjälplig med till exempel läkemedelshantering, vid behov av inkontinenshjälpmedel, gör hembesök och har mottagningsbesök och är en viktig kontaktperson till anhöriga/närståendestöd. Vid behov finns hemsjukvård att tillgå.
Ansvarar för årlig medicinsk uppföljning av patienter med demensdiagnos.

2.2 Primärvårdsrehab

Inom primärvårdsrehab arbetar arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter och dietister. De träffar målgruppen i samband med insatser i det egna hemmet och utför funktions- och aktivitetsbedömningar, träning, hjälpmedelsutprovning, kostbedömning och intygar behov av bostadsanpassning.
Rehab är behjälplig att förmedla kontakt till vårdcentral, biståndsbedömare och anhörigkonsulent.
Arbetsterapeut i primärvårdsrehab utför del av basal minnesutredning i hemmiljö efter remiss från husläkaren. Gör kognitivt screeningtest MMSE-SR och/eller MOCA alternativt RUDAS när språksvårigheter eller intellektuell funktionsnedsättning föreligger. Gör observation i aktivitet i hemmet enligt standardiserade bedömningsinstrument. Inhämtar information från anhöriga/närstående via samtal och intervjuformulär. Skriver remissvar till läkare efter genomförd bedömning.
Bedömer behov och ger information om kognitiva hjälpmedel och skriver intyg för bostadsanpassningsbidrag, exempelvis spisvakt/timer.
Sjukgymnast i primärvårdsrehab kan vid behov utföra förflyttnings- och funktionsbedömningar i samband med utredning efter remiss från husläkaren.

2.3 Minnesmottagningen Löwenströmska sjukhuset

Remiss kommer från vårdcentral/slutenvård och då ska den basala minnesutredningen vara utförd. Detta inkluderar DT skalle med frågeställning demenssjukdom, MMSE ska vara utförd samt blodprover för att utesluta eventuella andra orsaker till minnesnedsättning.

Den enskilde ska vara 65 år eller äldre, och vara folkbokförd inom upptagningsområdet. Överläkare godkänner remissen och meddelar koordinator att den enskilde kan bokas för nybesök till läkare och sjuksköterska.

I en utökad demensutredning ingår,

- ny MMSE
- EKG, blodtryck, längd och vikt
- sjuksköterskan träffar anhöriga/närstående och tar socialmedicinsk anamnes
- anhöriga/närstående träffar läkaren

Under nybesöket beslutar läkaren om fortsatt utredning där lumbalpunktion, testning hos arbetsterapeut eller psykolog kan ingå. Arbetsterapeuten kan i vissa fall göra hembesök. Andra yrkesgrupp kan konsulteras vid behöv till exempel kurator och dietist.

När alla besök är klara, bokar sjuksköterska in den enskilde för rond till ansvarig läkare och arbetsterapeut respektive psykolog. Rond i teamet**,** då sitter även sjuksköterska med. Efter ronden är sjuksköterskan ansvarig att boka tid för diagnosåterbesök.

Vid diagnosåterbesöket får den enskilde och anhöriga/närstående information om vad minnesutredningen visat, alla delar som tillsammans leder fram till en eventuell diagnos. Läkaren överväger medicinering beroende av diagnos, endast personer med demensdiagnos erbjuds läkemedelsbehandling enligt de föreskrifter som finns. Läkaren skriver intyg till kommunen för färdtjänst eller diagnosintyg till biståndshandläggare om den enskilde så vill.

Den enskilde registreras efter samtycke i SweDem, ett nationellt kvalitetsregister.

Remisshanteringen avslutas efter att den enskilde haft ett diagnosåterbesök. Personer som sätts in på läkemedel, följs upp per telefon med eventuellt tillsammans med anhörig/närstående samt bokas in på ett läkarbesök på mottagningen efter ca 5-6 månader. Därefter remitteras den enskilde till vårdcentralen för fortsatt uppföljning av demenssjukdomen och medicineringen.

2.4 Myndighetsenheten

Här arbetar biståndshandläggare vilka tar emot ansökan, utreder behov och fattar beslut om insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL). Bedömningarna utgår från Socialtjänstlagen och den enskildes behov ska styra utformningen av insatser.
Vid handläggning används modellen IBIC (individens behov i centrum) en modell för strukturerat och behovsinriktat arbetssätt. Besluten följs upp årligen eller vid förändrat behov.
Biståndshandläggaren får ta del av diagnosintyg och tar kontakt med den enskilde för att ge information om kommunens stöd informerar och kan vara behjälplig i kontakten med andra om den enskilde själv har svårt att ta kontakt.
Är behjälplig vid ansökan om god man eller förvaltare.
Deltar vid SIP i hemmet samt på sjukhus.
Exempel på olika typer av insatser den enskilde kan ansöka om:

- avlösning i hemmet, ledsagning, promenader, social samvaro, stöd vid kontakt med andra aktörer
- serviceinsatser som stöd med städning, tvätt, inköp, ärenden, matlådor.
- personlig vård som stöd med kläder, hygien, dusch samt stöd vid måltider.
- trygghetslarm
- dagverksamhet

- växelvård, korttidsboende.
- särskilt boende
- utreder ansökan om färdtjänst för personer med demenssjukdom.

2.5 Hemtjänst

Utför biståndsbedömda insatser i det egna hemmet. Kontaktar vid behov distriktssköterska, rehab, anhörigkonsulent och biståndshandläggare efter samtycke från den enskilde. Varje brukare har en egen kontaktperson. En genomförandeplan upprättas av kontaktpersonen tillsammans med den enskilde och ev. anhöriga/närstående. En levnadsberättelse kan utgöra en viktig grund i att lära känna den enskildes historia vanor och värderingar. Kontaktpersonen kan vara ett stöd för den enskilde i kontakt med övriga aktörer inom vård- och omsorg. Lokala rutiner vid kognitiv svikt och demensdiagnos bygger på att så få personal som möjligt arbetar runt den demenssjuke personen.

2.6 Dagverksamhet

Biståndsbedömd insats. Dagverksamhet kan ge avlastning till anhöriga/närstående genom att den enskilde vistas där en eller några dagar i veckan.

I Sigtuna kommun finns i dag en dagverksamhet vilken är belägen i anslutning till Ymers äldreboende.
Uppdraget är att erbjuda samvaro och aktiviteter för den enskilde samt stöd till närstående. Dagverksamheten samverkar med hemtjänst och närstående.
Målsättningen är att genom aktivering och social stimulans hjälpa personer med demenssjukdom att bibehålla funktioner, bryta isolering och få struktur i sin vardag.

2.7 Korttidsvård

Korttidsboende är en biståndsbedömd insats vilket den enskilde som bor i ordinärt boende kan ansöka om.
Verksamheten har BPSD administratörer och arbetar utifrån ett personcentrerat arbetssätt och med kontaktmannaskap. Kontaktmannen har huvudansvaret för att arbetet anpassas så mycket som möjligt utifrån den enskildes behov och önskemål samt håller kontakt med anhörig/närstående.
Genomförandeplan upprättas där kontaktperson tillsammans med den enskildes anhöriga/närstående formulerar den enskildes behov och önskemål.
Hälso- och sjukvårdsinsatser utförs upp till sjuksköterskenivå av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.

2.8 Särskilt boende för äldre – SÄBO

Beslut om särskilt boende är en biståndsbedömd insats. Säbo har avdelningar med inriktning somatisk eller demens för att möta olika behov hos den enskilde.
Omvårdnadspersonalen ger stöd och hjälp i vardagen till den enskilde.
Sjuksköterskan ansvarar för kontakten med läkaren, iordningställer och administrerar läkemedel samt bedömer och följer upp hälsotillstånd. Arbetsterapeut och fysioterapeut ansvara för bedömning och träning av aktivitets- och funktionsförmåga samt förskrivning av hjälpmedel.

I särskilt boende med inriktning omvårdnad demens arbetar personal med fördjupad spetskompetens inom demensområdet såsom till exempel Silviasyster. Ett av kommunens boende är Silvia certifierat vilket innebär all personalen är utbildade i demensvård vid Silviahemmet.
Personalen arbetar med BPSD, bemötandeplaner och kontaktmannaskap.
Ett salutogent förhållningssätt och ett personcentrerat arbetssätt står i fokus.
Den enskildes behov kartläggs och riskbedömningar görs och följs upp regelbundet.
Genomförandeplan och hälsoplaner ligger som grund för den enskildes vård- och omsorg.

Säbo erbjuder palliativ vård och personalen arbetar utifrån ett palliativt förhållningssätt. Alla verksamheter registrerar i Svenska palliativregistret.

3 Stöd till anhöriga/närstående

Syftet med stödet till anhöriga/närstående är att minska de anhörigas/närståendes fysiska och psykiska belastning. I stöd kan ingå utbildning, avlösning/avlastning samt individuellt anpassade stödinsatser.
Här beskrivs stöd och insatser de olika aktörerna i Sigtuna erbjuder till anhöriga/närstående.

3.1 Vårdcentralerna

Är en länk mellan de olika aktörerna vid uppföljning. Gör uppföljande telefonsamtal och hembesök. Förmedlar vid behov kontakt med biståndshandläggare och anhörigkonsulent.

3.2 Minnesmottagningen

Erbjuder anhöriga/närstående stödsamtal hos sjuksköterskan.

Navigeringskurs

Minnesmottagning håller navigeringskurs två gånger om året. En på våren och en på hösten. Kursen håller vid fem tillfället per termin, där man bjuder in representanter från kommunen, biståndhanläggare, jurist, överförmyndarenheten anhörigkonsulent, dagverksamhet samt från demensförbundet.

3.3 Myndighetsenheten

Biståndshandläggare informerar om kommunens olika insatser och stödjer den anhöriga/närstående i ansökningsprocessen. Biståndshandläggaren kan förmedla kontakt till
kommunens anhörigkonsulent.

3.4 Anhörigkonsulenter

Kommunens anhörigkonsulent erbjuder samtal till den enskilde och anhöriga/närstående både enskilt eller i grupp. Är behjälplig att förmedla kontakt med biståndshandläggare och vårdcentral samt träffpunkter och frivilligorganisationer. Är behjälplig med kontakter till andra aktörer i vårdkedjan.

Anhörigkonsulent kan informera om vart man som anhörig/närstående kan vända sig för att få stöd i kommunen eller inom regionen. Anhörigkonsulent kan också informera om frivilligorganisationer, handikapp- och pensionärsföreningar, samfund och andra intresseorganisationer. Det anordnas föreläsningar och aktiviteter.

Personer som vårdar eller stödjer en person med demenssjukdom/kognitiv sjukdom ges möjlighet att bära ett anhörigvårdarkort. Anhörigvårdarkortet skall fungera som en trygghet både för personen som ger stöd och hjälp och för den som är beroende av hjälpen. Anhörigvårdarkortet innehåller bland annat information på den som ger hjälp och den som är beroende av dennes hjälp. För att få ett anhörigvårdarkort kontaktas anhörigkonsulenten.

3.5 Hemtjänst

Hemtjänst kan stödja den enskilde i vardagliga aktiviteter och på så sätt avlasta den närstående. Ett bra samarbete mellan hemtjänst och anhöriga/närstående kan öka tryggheten i hemmet. Hemtjänst kan om samtycke finns från den enskilde återkoppla till anhöriga/närstående hur det fungerar och är uppmärksamma på om behovet förändras.

3.6 Dagverksamhet

Dagverksamhet kan ge avlastning till anhöriga/närstående genom att den enskilde vistas där en eller några dagar i veckan. Dagverksamheten återkopplar till anhöriga/närstående hur det fungerar i verksamheten.

3.7 Korttidsboende

En insats som kan sökas av den enskilde för att dennes anhöriga/närstående ska få avlastning.
Växelvård är en biståndsbedömd insats då den enskilde regelbundet vistas på ett korttidsboende i avlastande syfte för dennes närstående.

3.8 Särskilt boende

Kontaktpersonen håller närmast kontakt med anhöriga/närstående. Sjuksköterskan ger stöd kring hälsotillstånd och sjukdomssymtom.

4 Våra utvecklingsområden

4.1 SIP - Samordnad individuell plan

Vården och omsorgen ska samplanera stödet och ha gemensamma uppföljningar. SIP – är en modell för samplanering som ska användas för alla medborgare. Den kan aktualiseras av alla parter, även den enskilde eller anhöriga/närstående.

Det finns en risk att vården och omsorgen tappa kontakt med personer med demenssjukdom som inte själva söker stöd eller tackar nej till stöd. Personer som fått diagnos behöver uppmärksammas i tid. Personer med demenssjukdom som bor i ensamhushåll behöver uppmärksammas. Risk för att gå allt för lång tid utan stöd.

Mål:

Att aktörerna har hittat former för fungerande samplanering av stödet till personer med demenssjukdom(inklusive uppföljning), i sjukdomens alla faser.

(Gemensam uppföljning av stödet till den enskilde. Behovet lyft av biståndshandläggare. Är ett stärkt krav på detta i de nya nationella riktlinjerna.)

4.2 Informationsöverföring

För en sammanhållen vård och omsorg behöver informationsöverföring säkerställas mellan de olika aktörerna.

Prioriterade områden för upprätta rutin för informationsöverföring bedöms vara;

- Mellan rehab och hemtjänst angående hjälpmedel i hemmet.
- Mellan hemsjukvård och hemtjänst; även klargöra kommunikation kring olika ansvarsområden (te x inköp inkontinenshjälpmedel).
- Mellan hemtjänst och dagverksamhet

Samt plan för att sprida information/implementera ny rutin för informationsöverföring, delegering mm mellan hemsjukvården och dagverksamheten

Informationsöverföring via NPÖ är nytt och inte känt än. Det ska användas i de fall det är tillämpligt

Mål:

Förslag till rutin för informationsöverföring finns framtaget för de områden som uppfattas som angelägna/ problematiska.

4.3 Munhälsa

Munhälsa hos personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom är viktigt ur många aspekter såsom till exempel hälsa, välbefinnande och socialt. Munhälsa är ett område vilket särskilt fokuseras på i det nya regionala vårdprogrammet.

Av flera skäl kan det vara svårt att tillgodose behovet av stöd för en bra munhälsa inom det ordinarie stödet. Det kan t ex uppfattas som obehagligt, den enskilde vill inte medverka, hinns inte med glöms bort. FOU har tillsammans med kommuner och tandvård tidigare tagit fram ett dokument med fyra verktyg som kan underlätta för hemtjänst, myndighet, hemsjukvård och minnesmottagning att uppmärksamma munhälsa. Dokumentet anpassas lokalt och bifogas lokala programmet.

Mål:

Klargjort uppdrag och ansvar avseende att uppmärksamma munhälsa samt tagit fram förslag till lokala rutiner för valda områden.

4.4 Information till medborgare

Förslag att utforma informationsmaterial om demens/kognitiv sjukdom (broschyr eller liknande om det samlade stödet)

Mål:

Att erbjuda medborgare information och kunskap om demens/kognitiv sjukdom och i vilka former stöd kan erbjudas.

4.5 Utveckling av samverkan kring personer med funktionsnedsättning och kognitiv sjukdom/ demens

Arbetet med att ta fram ett reviderat lokalt program inkluderar personer med funktionsnedsättning. Ansvarig och personal från kommunens omsorgsverksamhet samt socialpsykiatri har medverkat. I förslag till lokalt program finns, i en bilaga, ett en början till beskrivning av stödet och verksamheterna inom kommunen.

Arbetsgruppens önskemål är att det ska bildas en särskild utvecklingsgrupp där de berörda aktörerna medverkar; minnesmottagning vid Huddinge sjukhus, Kognitiva mottagningen i Solna, biståndshandläggare för LSS och socialpsykiatri , representanter från den kommunala hälso- och sjukvården.

Uppdraget kan vara att komplettera/ revidera den bilaga som nu finns till förslag till lokalt program .

5 Referenser och styrande dokument

Utöver de lagar, riktlinjer och styrdokument som reglerar vård och omsorg finns särskilda styrdokument för vård och omsorg vid demenssjukdom/ kognitiv svikt.

Nationellt

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/demens/

Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen 2019

https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/vagledning/ett-standardiserat-insatsforlopp-vid-demenssjukdom-en-modell-for-mangprofessionell-samverkan.pdf

Dagverksamhet för personer med demenssjukdom - En vägledning

https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2020-6-6797.pdf

Regionalt

Regionalt vårdprogram för kognitiv sjukdom, Region Stockholm 2019

https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/vardprogram/kognitiv-sjukdom.pdf

Samverkan vid vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svik. Överenskommelse mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län, 2012

https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/samverkansomraden/samverkan-kommun-och-landsting/vard-och-omsorg-vid-demenssjukdom.pdf

6 Bra länkar

Här läggs in länkar till sidor med information, forskning mm inom demensområdet

https://termbank.socialstyrelsen.se

https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/vardriktlinjer/nationella-riktlinjer-for-vard-och-omsorg-vid-demenssjukdom/material/

http://www.demenscentrum.se/

http://www.alzheimerforeningen.se/

http://www.aldrecentrum.se/

http://www.octopus.se/index.php?Cat=nyheter&File=index

https://www.kunskapsguiden.se/Sidor/start.aspx

https://www.demensforbundet.se/

http://www.vardalinstitutet.net/ tematiska rum/leva med demens

7 Bilagor

7.1 Definition av begrepp

Aktör

Olika verksamheter som deltar i vården kring den enskilde.

Anhörig

Person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna.

Källa: Socialstyrelsens termbank

BPSD-symtom

Beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom uppstår hos en stor del av dem med kognitiv sjukdom/demenssjukdom när förmågan att förstå och tolka intryck blir sämre. Symtom som kan uppstå är till exempel depression, agitation, sömnstörning eller rastlöshet. Nationella riktlinjer betonar omvårdnadsåtgärder som främsta behandlingsalternativ.

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt ska utses för den enskilde om den enskilde begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet och alltid vid vård i livets slut.

Den fasta vårdkontakten kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och kan bistå den enskilde i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter och vara den enskildes kontaktperson.

God man och förvaltare

En god man eller förvaltare hantera ekonomiska och juridiska ärenden åt en medmänniska om inte klara av att göra det själv.

Dagverksamhet

Bistånd i form av sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering utanför den egna bostaden

Källa: Socialstyrelsens termbank

Kognitiv sjukdom/ demenssjukdom

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan.

Munhälsobedömning

Den som har tandvårdsstödsintyg har rätt till en årlig munvårdsbedömning. Det innebär en enklare undersökning som utförs av hygienist eller tandläkare. Undersökningen utförs i hemmet eller på SÄBO. Den enskilde och dennes kontaktperson får tips och råd kring munvård.

Närstående

Närstående eller annan person som står den enskilde nära.

Källa: Socialstyrelsens termbank

Palliativ vård

Hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående.

Källa: Socialstyrelsens termbank

Palliativt förhållningssätt

Förhållningssätt som kännetecknas av helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut.

Källa: Socialstyrelsens termbank

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård kan beskrivas som en vård som strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov.

Samordnad individuell plan (SIP)

Den som i sin yrkesutövning inom socialtjänst och hälso- och sjukvård upptäcker behov av samordning av insatser ska initiera till SIP med den enskildes samtycke. Kommunen och regionen har ansvar för att det görs en samordnad individuell plan när den enskilde har behov insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Alla aktörer kan kalla till SIP.

Samtycke

Frivillig, särskild och otvetydig viljeyttring genom vilken en person som tillfrågats om något, efter att ha fått information, godtar det frågan gäller.

Rätten till frivillighet, självbestämmande och inflytande gäller alla, oberoende av beslutsförmåga. Insatser från hälso-och sjukvård och socialtjänsten är frivilliga och någon form av samtycke från den enskilde krävs. Samtycke krävs för att delge information till andra aktörer i vårdkedjan och inhämtas så tidigt som möjligt från den enskilde, för att underlätta kommunikation och informationsöverföring i vårdkedjan. Det kan vara svårt för den enskilde att själv ta olika kontakter. Med samtycke kan vårdaktören underlätta genom att erbjuda sig att förmedla kontakter så att den enskilde blir kontaktad av rätt aktör.

Samtycke kan uttryckas på flera olika sätt:

- Uttryckligt samtycke där personen ger ett aktivt samtycke, genom att tex säga ja
- Konkluderat samtycke där personen agerar på ett sätt som underlättar åtgärden
- Presumtivt samtycke där personen finner sig i åtgärden utan att ge uttryck för motvilja.

Skydd, begränsnings och tvångsåtgärder

En åtgärd anses som skyddsåtgärd förutsatt att patienten samtycker till åtgärden och syftet med åtgärden är att skydda, stödja eller hjälpa patienten. Tvångs- och begränsningsåtgärder är enligt gällande regelverk inte tillåtet inom vård- och omsorg

Särskilt boende för äldre (SÄBO)

Boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd.

Källa: Socialstyrelsens termbank

Tandvårdsstödsintyg

Om den enskilde har ett omfattande omvårdnadsbehov kan denne vara berättigad till tandvårdsstödsintyg för att få nödvändig tandvård. Intyget kan utfärdas av biståndshandläggare, distriktssköterska för personer i ordinärt boende samt av sjuksköterska inom SÄBO.

7.2 Omsorgen för funktionsnedsatta

Bakgrund
Tidigare användes begrepp som begåvnings- eller förståndshandikapp. I diagnostiska sammanhang används numera psykisk utvecklingsstörning eller intellektuell funktions-nedsättning. Intellektuell funktionsnedsättning används idag internationellt. Personer med intellektuell funktionsnedsättning är en mycket heterogen grupp varför utredningen måste anpassas efter individen. Medellivslängden för personer med intellektuell funktionsnedsättning är längre än tidigare till följd av bättre behandlingsmöjligheter. Åldrandet för personer med intellektuell funktionsnedsättning är högst individuellt. Med stigande ålder ökar risken att insjukna i kognitiv sjukdom, det gäller såväl för personer med intellektuell funktionsnedsättning likväl som för övriga populationen. Nya uppskattningar avseende personer med intellektuell funktionsnedsättning talar för att ca 5% har kognitiv sjukdom vid 40-års ålder och ca 50% vid 60-års ålder. För övriga populationen uppskattas 1-3% ha drabbats av kognitivsjukdom vid 65 års ålder och 50% vid 90 års ålder. Således framgår tydligt att målgruppen har högre risk än övriga populationen att drabbas av kognitiv sjukdom och med debut i yngre ålder. Många personer med Downs syndrom utvecklar kognitiv sjukdom av alzheimertyp eftersom de har en extra kromosom 21 vilket kodar för det protein som tros vara en av huvudorsakerna till Alzheimers sjukdom.

Erfarenheten visar att kognitiv sjukdom har ett tre gånger snabbare förlopp vid Downs syndrom. Symtom som hos andra ofta kommer senare i sjukdomsutvecklingen kan vara ett tidigt tecken på kognitiv sjukdom hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Personen kan t ex bli tillbakadragen, få humörsvängningar, få sämre förmåga att klara sig i dagliga aktiviteter (t ex vid hygien, klädsel, hushållssysslor). Personer med intellektuell funktionsnedsättning brukar även få störd dygnsrytm relativt tidigt i sjukdomsförloppet.

Utredning av kognitivsjukdom har länge försvårats av att specifika diagnostiska instrument vid intellektuell funktionsnedsättning saknats. I dag finns särskilda verktyg för screening och utredning som har utvecklats och bör användas vid utredning för målgruppen, så som exempelvis tidiga tecken (1).
I Sigtuna kommun har vissa enheter inom omsorgen för funktionsnedsatta använt sig av kartläggningsverktyget tidiga tecken i upp till åtta år. Detta arbetssätt önskar vi ska få spridning till alla enheter. Detta är ett utvecklingsområde för oss.

Kartläggningsinstrumentet tidiga tecken är utvecklat av det nationella norska kompetenscentret för åldrande och hälsa. Tidiga tecken är ett utvecklingsprogram för utvecklingsstörning och åldrande. Tidiga tecken är inte ett diagnosverktyg men kan vara ett bra hjälpmedel i en utrednings- och diagnostiseringsprocess. Den ska användas över lång tid och man bör starta när personen befinner sig i en stabil fas i vuxenlivet. För personer med Downs syndrom rekommenderar de att man börjar mellan 35-40 år och 50 år för övriga personer inom målgruppen.

Kontrollerna/registreringarna görs en gång per år och den tar ca en timme att utföra. Materialet upplevs som lätt att arbeta med. Kartläggningsinstrumentet består av fem delar; allmänna upplysningar, checklista för hälsa, kartläggning av förändringar av färdigheter, checklista för förändringar av kognition och beteende, checklista för bakrundshändelser vad gällande miljö och socialt nätverk, sammanfattning, utvärdering och plan för ytterligare undersökningar och åtgärder.

Vid beteendemässiga tecken på att allt inte står rätt till arbetar vi på ett strukturerat sätt med att analysera möjliga bakomliggande orsaker, tillse att de basala behoven är tillgodosedda samt att planera individanpassade åtgärder för att stötta individen till ett bättre mående. Vi önskar att denna arbetsstruktur ska sprida sig till alla enheter, där så är tillämpligt. Detta utgör ett utvecklingsområde för oss.

Utöver detta samarbetar vi med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation samt med anhöriga/närstående.

Gruppboende Socialpsykiatri

Det finns två gruppboende med inriktning socialpsykiatri i Sigtuna kommun. Gruppboendena är bemannat dygnet runt och tillhör verksamt inom Omsorgen för funktionsnedsatta- Socialpsykiatri.
Inom gruppboendena har vi som mål att kunna ge boende ett så välfungerande socialt och tryggt liv som möjligt i den optimal hälsa som dem har, med hjälp och stöd av personalen. Vi vill stärka boendes tilltro till sin egen förmåga genom stöd och pedagogiskt arbete. Målet är att de boende ska kunna bli så självständiga som möjligt, gärna att de på sikt klarar av ett eget boende.
Personal har mycket nära kontakt med boendena vi ser/observerar snabbt när hälsan försämras. Så fort personalen ser/upptäcker någon förändring hos boende, rapporteras det direkt till SSK och antecknas i Lifecare och HSL. Vid behovs kontaktas personal till psykosteamet, Vårdcentral, MAK, MAS, Handläggare, och Akuten.
Det finns personal som är närståendestödsombud. Närståendestödsombudets ansvarar att säkra närståendeperspektivet i den egna verksamheten samt synliggöra de närstående och deras behov samt ge information.
Personal ser och upptäcker först tidiga tecken på olika sjukdom hos boenden/patienten. Vid sjukdoms tecken hos den enskilde kontaktas SSK. Personal dokumenterar i systemet (Lifecare, HSL) och vidare kontaktar till olika vård.