

Vård och omsorg vid demenssjukdom.

PROGRAM

Uttrycker värdegrund och önskvärd utveckling av verksamheten.

POLICY

Uttrycker ett värdegrundsbaserat förhållningssätt och principer för vägledning.

STRATEGI

Konkretiserar ett program eller en policy och utgör en grund för Prioritering.

HANDLINGSPLAN

Beskriver konkreta mål och åtgärder.

RIKTLINJER

Säkerställer ett riktigt agerande och en god kvalitet vid handläggning och utförande.

Beslutad av Programdirektör Social välfärd den 1 oktober 2018

Dokumentansvarig på politisk nivå: Programnämnd Social välfärd

Dokumentansvarig på tjänstemannanivå: Programdirektör Social välfärd

Läsanvisning

Riktlinjerna ska vara vägledande och styrande för verksamheter som möter personer med demenssjukdom i Örebro kommun. Avsnitt 2 är ett rent kunskapsunderlag. Avsnitt 3–6 anger de metoder, arbetssätt och stödformer som kommunen behöver ha för att ge en god vård och omsorg till personer med demenssjukdom och leva upp till de nationella riktlinjerna inom området

Sammanfattning

Riktlinjerna bygger på Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, stöd för styrning och ledning. De områden som haft högst evidens i de nationella riktlinjerna ska vara prioriterade i Örebro kommuns verksamheter.

Den demenssjukes vårdkedja ska vara individanpassad, tydlig och hänga ihop. All personal ska arbeta utifrån ett multiprofessionellt arbetssätt, med regelbundna uppföljningar. Samverkan mellan professioner både inom och utanför kommunen är en förutsättning för en god vård och omsorg av demenssjuka.

En tidig och korrekt diagnos underlättar den fortsatta behandlingen. Anhöriga är mycket viktiga för att göra en beskrivning av sjukdomshistoria. Regionens läkare ansvarar för att sätta diagnos men kommunens medarbetare har ansvar för att stödja diagnossättningen. En regelbunden uppföljning ska göras på de personer som fått en diagnos och biståndshandläggare behöver involveras tidigt.

Tidiga tecken på demenssjukdom behöver uppmärksammas och förändringar i tillståndet uppmärksammas av samtliga personer runt den enskilde så att signaler kan förmedlas till hälso- och sjukvårdspersonalen.

Utbildningsinsatser till alla yrkeskategorier, är ett stort utvecklingsområde. I synnerhet bör påbyggnads- och fördjupningsutbildningar prioriteras. Biståndshandläggare, LSS-handläggare och omvårdnadspersonal är prioriterade yrkeskategorier. Utbildningsinsatser riktade till anhöriga lyfts också fram.

Riktlinjerna anger vilka stödformer som bör finnas för samtliga personer med demenssjukdom oavsett ålder och deras anhöriga. I de flesta fall handlar det om stödformer som redan finns i kommunens verksamhet. Några av dessa behöver stärkas och utvecklas. Anhörigstödet behöver utvecklas i hela vårdkedjan och hemvården behöver utveckla personkontinuiteten. Örebro kommun saknar ett demsteam med möjlighet att ge stödinsatser i hela vårdkedjan.

I kommunens särskilda boendeformer förordas ett byte av boendeform om det tydligt gagnar den enskilde. För att använda kompetens och resurser på bästa sätt bör personen erbjudas en annan boendeform när personen inte längre är i behov av ett särskilt omhändertagande. Et byte mellan boendeformer ska alltid föregås av en samordnad individuella planering (SIP).

Innehåll

Läsanvisning	3
Sammanfattning.....	3
Innehåll.....	4
1. Inledning	5
Målgrupp och avgränsning	5
Syfte	5
Mål.....	5
Nationellriktlinjer för vård- och omsorg vid demenssjukdom	5
Värdegrund	6
Etik.....	6
Rehabiliterande arbetssätt	6
Personcentrerad vård.....	6
Samverkan runt individen	7
2. Kunskapsunderlag	7
Fakta om demenssjukdom.....	7
Olika typer av demenssjukdom	7
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.....	8
Konfusion	9
Riktlinjer för andrasjukdomstillstånd som kan påverka demenssjukdomen	9
Stadieindelning vid demenssjukdomar	10
3. Utredning, diagnos och behandling	11
Basal demensutredning	11
Utvidgad demensutredning	12
När demensdiagnos är satt	12
Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom, BPSD	13
Prioriterade områden vid vård och behandling	14
4. Uppföljning	15
5. Utbildning.....	15
Introduktion för ny personal.....	15
Påbyggnad och fördjupning	16
6. Stödformer i Örebro kommun.....	16
Stödformer i hela vårdkedjan	17
Stödformer innan diagnos är satt	18
Stödformer i tidig fas.....	18
Stödformer i medelsvår fas	20
Stödformer i sen fas	21
Referenser.....	23
Litteratur.....	23
Bilaga:.....	24

1. Inledning

Målgrupp och avgränsning

Riktlinjernas målgrupp är politiker, tjänstemän och verksamhetschefer som ett stöd för planering och prioritering. Riktlinjerna kan också vara ett stöd för yrkesverksamma för beslut i individärenden och underlag för rutiner i verksamheten.

Riktlinjerna omfattar personer med en diagnostiserad eller misstänkt demenssjukdom. Kommunens insatser mot andra diagnosgrupper med kognitiv svikt av andra orsaker behöver regleras i andra dokument.

Detta dokument beskriver i första hand de arbetssätt och åtgärder som Örebro kommun ansvarar för själva eller i samverkan med regionen. Många av de åtgärder för demenssjuka som genomförs faller inom ramen för det generella arbetet i Örebro kommun och regleras i flera fall genom andra riktlinjer.

Syfte

Den demenssjukes vårdkedja ska vara individanpassad, tydlig och hänga ihop. All personal ska arbeta utifrån ett multiprofessionellt arbetssätt, med regelbundna uppföljningar. Samverkan mellan professioner både inom och utanför kommunen är en förutsättning för en god vård och omsorg av demenssjuka.

Mål

- Vård och omsorg om demenssjuka ska utgå från varje individs unika förutsättningar
- Anhöriga ska stödjas och erbjudas att vara delaktiga i vården och omsorgen
- Kunskaper om personcentrerad vård, ett rehabiliterande arbetssätt och teambaserad vård ska genomsyra arbetet i hela vårdkedjan.
- Vården och omsorgen av demenssjuka ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet inom ämnesområdet.

Nationella riktlinjer för vård- och omsorg vid demenssjukdom

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom som utgör grunden för detta dokument. I de nationella riktlinjerna ger Socialstyrelsen rekommendationer om prioriterade områden vid vård och omsorg vid demenssjukdom. Dessa har varit vägledande i detta dokument. Socialstyrelsen har rangordnat rekommendationerna och i denna riktlinje har rekommendationerna med prioritet 1–3, inkluderats. I bilaga 1 anges de prioriterade områdena med hänvisning till avsnitt i kommunens riktlinjer.

De sju prioriterade områdena i ”En nationell strategi för demensvård” (Socialstyrelsen 2017) har också varit vägledande.

1. Samverkan mellan sjukvård och socialtjänst
2. Personal

3. Kunskap och kompetens
4. Uppföljning och utvärdering
5. Anhöriga och närstående
6. Samhälle
7. Digitalisering och välfärdsteknik

Värdegrund

Vård- och omsorg vid demenssjukdom ska följa den värdegrund som finns uttalad i lagstiftning, i kommunens övergripande dokument och på förvaltningsnivå.

Etik

Etiska frågor är ofta aktuella då demenssjukdom påverkar nästan alla aspekter av livet. Värderingar och normer, t ex synen på människan eller vilka handlingar som är lämpliga, är viktiga och berör både diagnostik, behandling och vård. Frågorna och svaren är sällan enkla och okomplicerade utan kräver ofta en aktiv etisk reflektion med utgångspunkt både i kunskaper och värderingar.

Rehabiliterande arbetssätt

I Örebro kommun ska ett rehabiliterande arbetssätt användas. Det innebär att alla yrkeskategorier sluter upp med insatser vid rätt tidpunkt för att ge den enskilde möjligheten att dirigera sin egen rehabilitering utifrån egna mål och resurser. Vid bedömning av vilken insats som ska erbjudas ska därför alltid individens möjlighet att öka sin självständighet och förbättra eller bibehålla sin aktivitets- och funktionsförmåga beaktas.

Personcentrerad vård

Termen personcentrerad vård används för att särskilja den från den modell där patienten är det passiva målet för en medicinsk intervention (och där fokus för många vårdprofessioner ligger på patientens behov i stället för på resurser). Istället för att sjukvården ensidigt sätter upp rekommendationer, används överenskommelser och gemensam planering. Personcentrerad vård innebär ett partnerskap mellan den enskilde, närstående och yrkesverksamma i vården med utgångspunkt i patientens sjukdomshistoria och hela livssituationen för att skapa mål och strategier för genomförande och kort- och långsiktig uppföljning.

Personcentrerad vård innebär att vården och omsorgen:

- bemöter personen med demenssjukdom som en person med egen självkänsla samt egna upplevelser och rättigheter, trots förändrade funktioner
- strävar efter att förstå vad som är bäst för personen utifrån dennes perspektiv
- värnar personens självbestämmande och möjlighet till medbestämmande
- ser personen med demenssjukdom som en aktiv samarbetspartner
- tillsammans med anhöriga deltar i den kontinuerliga vård och omsorgsplaneringen, om personen med demenssjukdom så önskar
- möter personen med demenssjukdom i dennes upplevelse av världen
- strävar efter att involvera personen med demenssjukdoms sociala nätverk i vården och omsorgen
- försöker upprätta och bevara en relation till personen med demenssjukdom

Samverkan runt individen

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom. Med hälso- och sjukvård avses här och i fortsättningen insatser från båda huvudmännen där det inte tydligt framgår att det är ett kommunalt ansvar.

För att genomföra utredning av demenssjukdomen och för adekvata vård- och omsorgsåtgärder krävs en nära samverkan inom och mellan huvudmännens organisationer. Kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård måste samarbeta runt individen och ha en aktiv samverkan med såväl Regionens öppna som slutna vård.

2. Kunskapsunderlag

Fakta om demenssjukdom

Antalet personer med demenssjukdom beräknas till 160 000 i hela riket år 2016. Proportionellt utifrån befolkning skulle det innebära att det finns över 2 200 personer med demenssjukdom i Örebro kommun. Det stämmer väl med Alzheimerföreningens uppskattning att det finns cirka 5 000 personer med demenssjukdom i Örebroregionen. Man beräknar att 24 000 personer insjuknar varje år i riket vilket skulle innebära 350 personer i Örebro.

Samhällets kostnader för demenssjukdom är höga, cirka 60-65 miljarder kronor årligen i Sverige, och kan förväntas öka med allt fler äldre i befolkningen. Kommunerna bär största delen (>80 procent) av kostnaderna i form av stöd i ordinärt boende och omvårdnad vid särskilt boende.

Utöver kostnader för vården och omsorgens i samhällets regi tillkommer kostnaderna för anhörigas insatser. Anhöriga gör stora och oavlönade vårdinsatser, drabbas inte sällan av överansträngningsreaktioner fysiskt och psykiskt, måste vara sjukskrivna eller gå ned i arbetstid, allt med konsekvenser för samhällskostnaderna. Det finns uppskattningar att anhöriga svarar för tre fjärdedelar av den totala vården. Oavsett osäkerheten i beräkningarna kan man konstatera, att vården av demenssjuka skulle få stora svårigheter utan de anhörigas insats.

Olika typer av demenssjukdom

Att diagnostisera demenssjukdom

Nuvarande former av diagnostiska instrument för demenssjukdom är inte tillräckligt utvecklade för att kunna användas vid screening för sjukdomen. Det saknas en standardiserad metod ("gold standard") som identifierar demenssjukdom och utesluter andra sjukdomar. Det finns flera olika typer av demenssjukdomar. De olika demenstillstånden ger olika typer av symtom hos den sjuke, och det är viktigt att veta vad demenssjukdomen och dess symtom beror på för att rätt behandling ska kunna ges. Av flera skäl är det viktigt att misstänkt demenssjukdom utreds så snart som möjligt. Inte sällan upptäcks behandlingsbara orsaker till symptomen, t ex B12-vitaminbrist. De symptomlindrande läkemedel som idag finns för Alzheimers sjukdom är verksamma främst i sjukdomens tidiga faser. Bristande precision i definitioner av olika former av demenssjukdom begränsar möjligheterna att skilja dem från varandra.

Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom står för ca 60 procent av samtliga fall av demens i Sverige. Symtomen kommer smygande och tilltar efterhand. Typiska tidiga symtom är svårigheter att minnas till exempel namn och händelser i närtid, koncentrationssvårigheter, lätta språkstörningar och nedsatt orienteringsförmåga.

Sjukdomen gör att hjärnvävnad gradvis förstörs då nervceller börjar förtvina och dö i onormal omfattning. Hela storhjärnan drabbas men framför allt hjäss- och tinningloberna.

Frontotemporal demens/ Pannlobsdemens

Symtomen varierar beroende på i vilken del av hjärnan som sjukdomsprocessen börjar. Vanligen är det pannloben. Härifrån styrs bland annat koncentration, omdöme och impuls kontroll. Personligheten hos den som insjuknar börjar långsamt förändras och allt oftare betar sig personen inadekvat eller omdömeslöst. Sämre initiativförmåga och flexibilitet är andra tidiga tecken, liksom plötsliga och till synes oförklarliga vredesutbrott. Personen blir ofta apatisk, rastlös, självupptagen och känslomässigt avtrubbad. Förmågan att känna empati försämras gradvis.

Lewykroppsdemens/ Parkinson med demens

Lewykroppsdemens står för cirka 10-15 procent av samtliga demensfall. Den är sannolikt gravt underdiagnostiserad, det vill säga många har sjukdomen utan att ha fått en diagnos. Lewykropparna innehåller det skadliga proteinet alfa-synuklein och kan finnas i hjärnbarken och hjärnstammen men även i delar av nervsystemet. Ansamlingarna var kända sedan tidigare under namnet Lewykroppar som är typiska för Parkinsons sjukdom.

Parkinsons sjukdom orsakas av brist på signalsubstansen dopamin. Utmärkande drag är stela leder, darrningar, hasande rörelser och andra motoriska symptom. Men sjukdomen kan även leda till demens, i sådana fall alltid under senare delen av sjukdomsförloppet.

Vaskulär demens (blodkärlsdemens)

Vaskulär demens är den näst vanligaste orsaken till demens och står för 25-30 procent av samtliga fall. Den kallas ofta blodkärlsdemens eftersom symptomen framkallas av skador och sjukliga förändringar i hjärnans blodkärl. Det är vanligt att vaskulär demens förekommer samtidigt med Alzheimers sjukdom i blandformsdemens.

Huntingtons sjukdom

Den är mycket ovanlig, i Sverige beräknas 5 av 100 000 personer ha sjukdomen.

Downs syndrom

Vid Downs syndrom finns en väldokumenterad risk att tidigt utveckla demens med ett hastigare sjukdomsförlopp än normalbefolkningen. Från första demenstecknet till dödsfall, är förloppet cirka 5 år. Att en person med utvecklingsstörning har begränsad förmåga att göra sig förstådd ställer ökade krav på omgivningen. Den kommunala vården och sjukvården behöver tillsammans utveckla metoder att observera, bedöma och bemöta begynnande demensutveckling hos personer med Downs syndrom.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Vid demenssjukdom kan en rad olika sekundära symtom uppträda. De brukar sammanföras under benämningen beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). BPSD kan uppträda under hela sjukdomsförloppet och symtomen kan vara övergående. Symtomen kan variera och bero på flera orsaker. De kan exempelvis bero på den demenssjuka personens oförmåga att korrekt bearbeta information och förmedla sig, vilket exempelvis kan leda till hallucinationer, vanföreställningar och aggressivitet. BPSD är mycket plågsamma för den som drabbas, men också för de anhöriga.

Konfusion

Personer med demenssjukdom kan även drabbas av konfusion. Konfusion yttrar sig som snabbt påkommen förvirring i tid och rum. Symtomen kan skifta snabbt mellan kraftig förvirring och korta stunder av medvetenhet. Förutom en ofta uttalad rädsla hos den drabbade förekommer även hallucinationer och vanföreställningar.

Konfusion har oftast en bakomliggande orsak, till exempel en kroppslig sjukdom eller skada. När det gäller konfusion koncentreras behandlingen till exempel att hitta och åtgärda den utlösande faktorn, ett exempel kan vara att minska en för hög läkemedelsdos, avsluta en olämplig läkemedelsbehandling eller behandla en annan sjukdom än demenssjukdomen.

Tillståndet kräver snabb utredning av bakomliggande orsaker för att möjliggöra snabba åtgärder eftersom tillståndet kan vara livshotande om det inte hävs. Personer med demenssjukdom är särskilt känsliga för att utveckla ett konfusionstillstånd.

Både BPSD och konfusion kräver en noggrann analys av tänkbara utlösande och förvärrande faktorer för att möjliggöra en god behandling.

Riktlinjer för andra sjukdomstillstånd som kan påverka demenssjukdomen

Denna riktlinje gäller vård och omsorg av demenssjuka. Det är angeläget att kommunen har fungerande rutiner och arbetsätt runt andra diagnosgrupper som också kan påvisa kognitiv svikt.

Det är vanligt att personer med demenssjukdom utvecklar depression. Behandling med SSRI-preparat kan ge viss effekt. Det vetenskapliga stödet för att behandla depression vid demenssjukdom är dock begränsat.

Det finns andra vanliga symtom som kan förväxlas med demenssjukdom. Tillstånd med kognitiv försämring till följd av hypo- eller hypertyroidism (under- eller överproduktion av sköldkörtelhormon) saknar samband med demenssjukdom, men behöver givetvis upptäckas och behandlas.

Ohälsosamma levnadsvanor som exempelvis riskbruk av alkohol kan vara en orsak till kognitiv störning. Sjukvården bör erbjuda utredning av demenssjukdom efter minst två månaders alkoholfrihet till personer med kognitiv svikt samtidigt med alkoholberoende eller missbruk. Beprövad erfarenhet talar för att alkoholfrihet förbättrar diagnostiken. Rekommendationer om åtgärder till personer med missbruk och beroende finns i Socialstyrelsens: *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*.

Personer med multipel skleros och Parkinsons sjukdom kan även vara drabbade av demenssjukdom. Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom* ger rekommendationer om åtgärder.

Personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kan även vara drabbade av demenssjukdom. I *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2011* och *Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* ges rekommendationer för åtgärder vid de olika tillstånden.

Stadieindelning vid demenssjukdomar

Vid misstanke om demenssjukdom är det viktigt med en snabb och adekvat teambaserad medicinsk utredning för att bedöma den kognitiva funktionen och om möjligt fastställa eller utesluta demenssjukdom.

För personer med intellektuella funktionsnedsättningar finns ett kartläggningsinstrument ”Tidiga tecken” där personal runt den enskilde kan uppmärksamma förändringar i beteendet och signalera dessa till hälso- och sjukvårdspersonal.

Tidiga tecken som bör uppmärksammas är:

- minnet, särskilt närminne eller arbetsminne.
- språklig förmåga
- uppmärksamhet och koncentration
- rumslig orientering
- tidsmässig orientering
- planeringsförmåga.
- motivation och förmåga att genomföra aktiviteter
- emotionell kontroll

Lindrig kognitiv störning innebär en kognitiv nedsättning som är fastställd utifrån tester eller uppgifter från anhöriga, men där diagnoskriterierna för demenssjukdom inte är uppfyllda. Svikten är heller inte så omfattande att det sociala livet eller arbetet påverkas. Ibland kan symtomen gå tillbaka. Lindrig kognitiv störning kan ha flera orsaker, till exempel somatisk eller psykisk sjukdom hos en äldre skör person. Den vanligaste orsaken är tidig demenssjukdom, exempelvis Alzheimers sjukdom. En vanlig benämning för detta tillstånd är även det engelska uttrycket ”mild cognitive impairment” (MCI).

Det är av stort värde att diagnosen sätts tidigt i sjukdomsförloppet så att den demenssjuke kan vara delaktig i beslutet om adekvata insatser och framtida behov av vård och omsorg. Personer med en demenssjukdom har rätt att få en diagnos.

Diagnostiserad demenssjukdom brukar delas upp i tre stadier:

- Mild demenssjukdom betecknar ett tidigt skede när personen kan klara sig utan stora insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver hjälp för att klara vardagliga sysslor.
- Svår demenssjukdom

Stadierna är en vägledning för vilken vård- eller behandlingsform som kan erbjudas.

3. Utredning, diagnos och behandling

Basal demensutredning

Hälso- och sjukvården ska erbjuda utredning av en demenssjukdom. Vid en demensutredning är det distriktsläkaren som bär ansvaret att ställa en korrekt diagnos efter en utredning som sker i multiprofessionell samverkan. Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar att initiera kontakt med läkare vid misstanke om en demenssjukdom. Arbetsterapeutens aktivitets- och funktionsbedömning utgör ofta underlag för en demensutredning.

En basal demensutredning ska innehålla:

- Strukturerad sjukhistoria
- Intervju med anhöriga
- Fysiskt och psykiskt tillstånd
- Kognitiva test
- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga
- Blodprovstagning
- Datortomografi

Hälso- och sjukvården bör erbjuda intervjuer med anhöriga till personer med misstänkt demenssjukdom som en del i den basala demensutredningen. Enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden väsentligt till möjligheten att ställa korrekt diagnos. Utan åtgärden är risken stor att symtomen missas, vilket får konsekvenser för fortsatt korrekt vård- och omsorgsplanering.

En strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga i samband med basal utredning för demenssjukdom, bidrar till bättre diagnostisk tillförlitlighet vid diagnostik av misstänkt demenssjukdom som en del i den basala demensutredningen. Aktiviteter i det dagliga livet (ADL förmågan) avtar succesivt vid en demenssjukdom. De instrumentella ADL funktionerna som städning, tvätt och sköta hemmet avtar först och de personliga ADL aktiviteterna klä sig, förflyttning och påklädning kommer i ett senare skede av sjukdomen.

Vid utredning av misstänkt demenssjukdom ingår objektiva tester av kognitiva funktioner som kan väljas utifrån varje individ:

- Mini Mental State Examination (MMSE)
- Klocktestet är ett kort bedömningsinstrument som mäter bland annat konstruktionsförmåga och exekutiv förmåga.
- RUDAS som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom och annat modersmål än svenska eller annan kulturell bakgrund.
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- A Quick Test of Cognitive Speed (AQT) är ett relativt nytt testinstrument
- Det kognitiva screeningbatteriet (KSB) är ett sammanfattande utredningsbatteri som består av flera välkända tester.

Utredningen innehåller även en kartläggning av symtom, tänkbara orsaker och utlösande moment där även psykiska och kroppsliga sjukdomar beaktas.

Läkemedelsbehandlingen ska ses över. Behandling med läkemedel som kan ha en negativ inverkan på det centrala nervsystemet bör om möjligt avslutas. Behandling med läkemedel för att förbättra den kognitiva förmågan bör övervägas. En tidigt insatt grundbehandling mot Alzheimers sjukdom kan minska risken för att BPSD symtom utvecklas.

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas. Svikten måste vara uttalad och sänkt från en tidigare högre kognitiv nivå om en demensdiagnos ska kunna ställas.

Vid särskilda förutsättningar kan demensutredningen behöva anpassas. En regelbunden teambaserad uppföljning behöver tillskapas för de personer som har Downs syndrom och riskerar att få en demensutveckling.

Handledning, utbildning och kvalitetssäkrade insatser bör finnas på varje gruppbostad där det bor personer i riskzonen för utvecklingsstörning och demens.

För en tillförlitlig klinisk diagnos skall symptomen i kriteriet som angivits ha funnits i minst 6 månader. Om tiden med tydliga symptom är kortare kan diagnosen bara bli preliminär. Tidpunkten när diagnosen blir satt har avgörande betydelse för åtgärderna.

Utvidgad demensutredning

Det är distriktsläkare som har ansvaret att sätta en diagnos men när underlaget behöver kompletteras med ytterligare utredningar så sänder de en remiss för en utvidgad utredning. Det kan vara:

- Datortomografi och neuropsykiatrisk undersökning, magnetresonanstomografi, m.fl.
- Utredning av demenssjukdom till personer med kognitiv svikt och samtidigt alkoholberoende eller missbruk.
- Demensutredning vid Downs syndrom. Dementia Scale for Down Syndrome (DSDS)

Inom hälso- och sjukvården är det svårt att endast på kliniska grunder och frågor skapa en uppfattning runt svårigheter hos patienter med utvecklingsstörning. Det är därför mycket viktigt att ta tillvara berättelser från personal som finns runt personen och anhöriga. Samtliga behöver noga förbereda ett samordningsmöte och extra tidsutrymme behöver skapas för att kunna tydliggöra och fastslå förändringarnas orsaker.

När demensdiagnos är satt

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda gemensam information och planering av nuvarande och framtida behov av vård- och omsorgsinsatser till nydiagnostiserad person med demenssjukdom. Detta har god effekt på den sjukes och de anhörigas förmåga att anpassa sig till den nya livssituationen. Den strukturerade utredningen av funktions- och aktivitetsförmåga är ett bra underlag för information, planering och åtgärder.

Det är angeläget att all information ges gemensamt till den demenssjuke och dennes anhöriga om den enskilde samtycker.

Om diagnosen ställs i tidig fas när demenssjukdomen är mild återstår ofta många år av livet och det gäller att undvika onödiga begränsningar men samtidigt ha en realistisk förväntning på aktivitets och funktionsförmåga framöver. Den sjuke har vid en tidig diagnos en möjlighet att påverka sina sista år i livet i större omfattning än om diagnosen sätts senare. Viktiga frågor att diskutera är boende, behov av körkort och tillgång till socialt stöd.

Det vanligaste är att få en demensdiagnos när sjukdomen har övergått till en måttlig svårighetsgrad. Då är den demenssjuke personen, och i förekommande fall anhöriga, oftast medvetna om sjukdomen, men behöver lämplig information om sjukdomen och dess prognos samt möjligheter till stödinsatser och avlösning för anhöriga. Det är önskvärt att kontakt tas med socialtjänsten även om behov av omsorgsinsatser inte föreligger. Detta för att möjliggöra snabbt insättande av lämpliga stödinsatser om vårdande anhöriga skulle få förhinder att vårda, till exempel bli allvarligt sjuka.

Vid en sen demensdiagnos, när personen har svåra symtom, kan det vara svårt att ge information till den demenssjuke – även om det alltid måste erbjudas. De aktuella åtgärden riktar sig i det här stadiet främst till vårdarna, anhöriga eller personal. Det är viktigt att informera om sjukdomens svårighetsgrad eftersom sjukdomsrelaterat beteende lätt kan misstolkas som medvetna handlingar. I sådana situationer behöver den demenssjuke stöd och vägledning istället för tillrättavisande. Behovet av stödinsatser kan komma att underskattas i det här stadiet, dels för att den sjuke kan vara till synes kognitivt intakt vid kortare kontakt, dels för den demenssjuke personen förnekar behovet av hjälp.

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom, BPSD

Det finns två grundläggande faktorer för att vård och behandling av den demenssjuke ska lyckas. Personalen behöver ha kunskap om de olika typer av demenssjukdomar som finns och vilka symtom de ger. Personalen behöver också ha kunskap om det förhållningssätt och det systematiska arbete med bakomliggande åtgärder som BPSD registret erbjuder.

En strukturerad uppföljning och utvärdering av BPSD och effekten av insatta åtgärder bidrar till att uppnå en god och säker personcentrerad vård och omsorg. Arbetet med BPSD förutsätter ett multiprofessionellt teambaserat arbete. Dessa tillstånd ska först och främst behandlas genom att man försöker tolka symtomen för att finna lämpliga behandlingsstrategier, i andra hand och undantagsvis med farmakologisk terapi. Åtgärderna syftar till att bedöma och åtgärda de bakomliggande orsakerna till olika uppkomna symtom genom att till exempel anpassa den fysiska miljön och personalens bemötande.

De olika symtom som ingår i BPSD-begreppet kan inte alla behandlas på ett och samma sätt. Det finns inte någon universalbehandling, utan man måste i varje enskilt fall analysera vilka specifika symtom patienten lider av och behandla dessa (eller den bakomliggande orsaken) var för sig.

Nationellt register för Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD – registret)

Grundarbetet startade på Minneskliniken i Malmö av professor Lennart Minthon. Registret startade i november 2010 med syfte att genom tvärprofessionella åtgärder minska förekomsten av allvarlighetsgraden av det lidande det innebär att vara demenssjuk och samtidigt öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. BPSD-registret är ett nationellt register och stöds av Sveriges kommuner och landsting. Registret ger en bra struktur i vårdarbetet och stödjer implementeringen av de nationella riktlinjerna. Utbildning av certifierade utbildare görs i Skåne och de som genomfört utbildningen har sedan behörighet att undervisa på hemmaplan. Teamarbetet med tydliga mål och personcentrering ger ett gemensamt språk för personalen. Målet är att alla runt den enskilde ska ha en gemensam bemötandeplan, så att alla gör lika. De ständiga uppföljningarna ger en kvalitetssäkring som bidrar till verksamhetsutveckling.

Skattningar i registret görs efter en så kallad Neuro Psychiatric Inventory (NPI)-skala, där förekomst och allvarlighetsgraden av symtomen eller beteendemönster poängsätts. Dessa är vanföreställningar, hallucinationer, agitation, depression, ångest, upprymdhet, apati, hämningslöshet, lättretlighet, motorisk rastlöshet, sömnstörningar och matlust.

Prioriterade områden vid vård och behandling

Alla verksamheter inom Örebro kommun ska utifrån individens behov och situation aktivt arbeta med de prioriterade områden som lyfts fram i de nationella riktlinjerna för Vård och omsorg vid demenssjukdom

- Anpassad måltidsmiljö
- Utevistelse
- Individanpassad fysisk aktivitet
- Munhälsa och problematik vid ätande
- Individuellt planerade toalettbesök
- Erbjudna och utvärdera fysiska skyddsåtgärder
- Individuellt anpassa kognitiva hjälpmedel
- Medverka i uppföljning av läkemedelsbehandling
- Kontinuitet av personal runt individen
- Stöd till anhöriga
- Ett särskilt omhändertagande av anhöriga till yngre demenssjuka.

4. Uppföljning

Hälso- och sjukvården och Socialtjänsten bör erbjuda en regelbunden och sammanhållen uppföljning av situation och behov. Detta gäller både medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser till personer med demenssjukdom

Det är nödvändigt med en aktiv uppföljning, eftersom en demenssjuk person inte kan förväntas ta initiativ till kontakt med hälso- och sjukvården och socialtjänsten på ett adekvat sätt och särskilt inte allt eftersom sjukdomen fortskrider. God samverkan mellan vård och omsorg och regelbundna, helst fysiska, möten kan underlätta för en aktiv uppföljning.

I uppföljning av vården och omsorgen av person med demenssjukdom används de verktyg som är reglerade via författningar. Biståndshandläggaren bör regelbundet följa upp beviljade insatser till person med demenssjukdom. Kontinuerlig uppföljning av vård, omsorg och behandling i kommunens verksamhet sker i vårdplaner och genomförandeplaner.

Återkommande uppföljningar utförs multiprofessionellt av personer från både hälso- och sjukvård och socialtjänst i en Samordnad individuell plan (SIP). Sammanhållen uppföljning är en viktig förutsättning för den personcentrerade vården och omsorgen.

5. Utbildning

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerat med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och behandling till personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom. Experter bedömer att åtgärden är en förutsättning för god omvårdnad för personer med demenssjukdom.

Det är enhetschefens ansvar att se till att personalen har utbildning för sina arbetsuppgifter. Demensvård är en vårdform som fodrar utbildningsinsatser på flera olika nivåer introduktion, påbyggnad, fördjupning och specialisering. Detta gäller samtliga yrkeskategorier som arbetar med personer med demenssjukdomar.

Utbildningsinsatser till anhöriga är ett utvecklingsområde, det är av största vikt att undervisnings och stödinsatser ges till anhöriga så att de har kunskaper om sjukdomen och får instruktioner om den personliga vården.

I det följande ges en sammanfattning av de utbildningar som ska genomföras i Örebro kommun. Det är angeläget att kompetensutveckling inom demensområdet utvecklas för samtliga yrkeskategorier.

Introduktion för ny personal

All personal ska genomgå introduktionsutbildning i Demens ABC, ett rehabiliterande arbetssätt, förflytningsutbildning/lyftkörkort och palliativ vård.

Demens ABC

Demens ABC är Svenskt Demenscentrums webbutbildning baserad på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. All personal i kommunen som arbetar i verksamheter som kommer i kontakt med demenssjuka ska genomföra Demens ABC som en introduktionsutbildning.

Rehabiliterande arbetssätt

Ett rehabiliterande arbetssätt innebär att alla yrkeskategorier sluter upp med insatser vid rätt tidpunkt i en aktiv samverkan för att ge den enskilde möjligheten att dirigera sin egen rehabilitering utifrån egna mål och resurser i en ständig process. En webbaserad utbildning i ett rehabiliterande arbetssätt finns framtagen. All personal ska genomgå denna utbildning.

Förflytningsutbildning/lyftkörkort

Introduktionsutbildningen på introduktionsnivå följs av fördjupad förflytningsutbildning (tredagars).

Palliativ vård

All personal ska genomgå webb-utbildning i palliativ vård

Påbyggnad och fördjupning**Demens ABC plus**

För påbyggnad finns Demens ABC plus. Plusutbildningarna är mer specialiserade och kommer att rikta sig till olika verksamheter och målgrupper.

Biståndshandläggare och LSS-handläggare ska genomföra Demens ABC plus för handläggare

Personcentrerad omvårdnad och BPSD registret

Alla enheter som vårdar personer med demenssjukdom ska arbeta med och få utbildning i BPSD- registret. Det har som syfte att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomst och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och därmed öka livskvalitén för personen med demenssjukdom. Det ger en struktur i omvårdnadsarbetet med tydliga mål och ett gemensamt språk för personalen där teamarbete mellan alla i personalgrupperna ger stöd för implementering av de nationella riktlinjerna.

En tydlig kompetenstrappa behöver utvecklas där samtliga delar tydliggörs. Grundkompetens, påbyggnad och fördjupning för samtliga yrkeskategorier behöver beskrivas. Påbyggnadsutbildning för specialister behöver utvecklas. Här behöver särskilt biståndshandläggarnas behov som varit eftersatt uppmärksammas.

6. Stödformer i Örebro kommun

Med stödformer avses verksamheter eller insatser. En stödform kan innefatta vård, omsorg och stöd. De flesta stödformerna finns redan men behöver i flera fall stärkas och utvecklas för att leva upp till riktlinjerna. Kommunens stödformer kan beskrivas i en vårdkedja. En vårdkedja innebär inte en linjär process som är allmängiltig för alla individer. Vårdkedjan ger en bild över de olika vård- och stödformer som står till buds och att de måste hänga ihop.

Vårdkedjan för personer med demenssjukdom



Stödformer i hela vårdkedjan

Anhörigstöd

Anhöriga har en betydelsefull roll för personer med demenssjukdom och utför en stor del av vården och omsorgen. Ett anhörigstöd måste kunna erbjudas individuellt av alla verksamheter i vårdkedjan. Varje verksamhet bör också informera om det mer specifika stöd som Anhörigcentrum kan ge. Anhörigcentrum är en resurs som kan erbjuda ett individuellt anhörigstöd och har flera insatser som riktar sig specifikt till demenssjuka. Dessa finns beskrivna i riktlinjen för anhörigstöd.

Anhörigcentrums insatser:

- är inte behovsprövade
- utgår från anhörigas upplevda behov av stöd
- planeras utifrån de förutsättningar och omständigheter som finns i varje enskild situation

I de nationella riktlinjerna förordas att anhöriga bör erbjudas psykosociala träningsprogram.

Demenssteam

Örebro kommun har inte tidigare haft ett demenssteam men för att leva upp till kraven på en god vård och omsorg vid demenssjukdom så bör kommunen inrätta ett multiprofessionellt demenssteam.

Uppdraget bör omfatta personer med demenssjukdom i hela vårdkedjan och innehålla.

- Handledning, råd och stöd i individärenden
- Stöd och bedömning inför insatser till särskilda målgrupper
- Resurs i kompetensutveckling av medarbetare

En förutsättning är att teamet följer forskning och kunskapsutveckling inom området.

Digitalisering och välfärdsteknik

En viktig del av vård och omsorg och rehabilitering i hela vårdkedjan är att erbjuda anpassad digitalisering och välfärdsteknik för den enskilde och anhöriga i hela sjukdomsförloppet.

All välfärdsteknik ska utgå från den enskilde personens behov och önskemål.

Välfärdsteknik kan användas för att säkra olika risksituationer för den enskilde.

Tekniken ska skapa ett värde för den enskilde och alltid vara individuellt anpassad.

Området är expansivt och det är viktigt att kommunen aktivt tar in ny välfärdsteknik och utvecklar de nya möjligheterna så personer med demenssjukdom får en anpassad och användbar teknik.

Stödformer innan diagnos är satt

Minnesmottagningen

Minnesmottagningen drivs i samverkan med Regionens hälso- och sjukvård och har en nyckelroll för personer i tidig fas av demenssjukdomen. Mottagningen är en öppen verksamhet dit personer som upplever att de fått minnesproblematik kan vända sig utan någon remiss. Många utredningar görs på minnesmottagningen och vid behov sänder minnesmottagningen en remiss för utvidgad demensutredning inom Regionen. En anhörigkonsulent är anställd på minnesmottagningen som ger den anhörige och råd och stöd.

Minnesmottagningen gör också en uppföljning av demensutredningen, erbjuder stödjande samtal till den enskilde och vid behov en plan för vidare åtgärder.

Seniorlotsar

Seniorlotsar informerar vid seniormöten och under förebyggande hembesök om Örebro kommuns stöd och hjälp för personer som upplever att minnet har förändrats. Alla får information om den öppna minnesmottagningen. Hjälp erbjuds att kontakta olika former av stödinsatser och ”Hälsa på” innan ansökan till dagvård erbjuds.

Distriktsarbetsterapeuter

Distriktsarbetsterapeuterna får remisser från distriktsläkaren om kognitiva bedömningar och aktivitetsbedömningar som ett underlag till en demensutredning. Arbetsterapeuten gör hembesök och genomför olika former av utredningar i hemmet. I samband med detta genomförs också arbetsterapeutiska åtgärder vid behov.

Stödformer i tidig fas

Dagverksamhet

Riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom fastslår att det ska finnas psykosociala stödprogram i grupp för personer med demenssjukdom. I Örebro kommun finns god tillgång till dagverksamheter med olika inriktningar.

Dagverksamheter är till för personer med behov av stöd i den dagliga livsföringen.

Målsättningen är att främja en trevlig samvaro, goda matvanor, fysiska och meningsfulla aktiviteter. Det övergripande syftet är att ge tillgång till en vardagsrehabilitering och specifika åtgärder för att underlätta kvarboende i den ordinära bostaden. I Örebro kommun är dagverksamheterna indelade i tre inriktningar, dagvård med social inriktning, dagvård med demensinriktning och dagrehabilitering.

Dagvård med demensinriktning kan beviljas både som en insats enligt SoL och HSL. Beslut ska fattas i samråd med ansvarig i respektive dagverksamhet med demensinriktning och ska följas upp regelbundet. Målgrupp är personer i ordinärt boende med lätt/medelsvår demens eller kognitiv störning med dement beteende som t.ex. glömska, förändrat socialt beteende.

Om demensutredning inte är gjord ska initiativ tas till att en demensutredning påbörjas, ansvarig är den som beslutat om demensdagvård. För att stimulera gruppaktiviteter finns dagvård med demensinriktning på olika nivåer.

Behovsbedömning

När en demensdiagnos är fastställd bör den enskilde och anhöriga få kontakt med en biståndshandläggare/LSS-handläggare. Tidigt i förloppet kan den enskilde ofta framföra sina åsikter om hur den framtida omsorgen ska organiseras. Olika stödåtgärder behöver tidigt presenteras såsom möjlighet till avlösning, dagverksamhet och korttidsvård så att rätt stödinsatser kan erbjudas när behov uppstår. Anhörigas arbetsbörda behöver hela tiden observeras och stödinsatser erbjudas.

Bedömning av den demenssjukes behov kräver ofta att flera professioner, såväl inom, som utanför, den kommunala organisationen samverkar. I de fall det är relevant ska biståndshandläggaren därför inhämta uppgifter från andra.

Hälso- och sjukvårdspersonal inom kommunal verksamhet

För de personer som uppvisar kognitiv svikt ska initiativ tas till en utredning om demenssjukdom. För personer med en diagnostiserad demenssjukdom ska Samordnad individuell plan (SIP) upprättas och följas upp.

Personer med demenssjukdomar har ofta svårt att inse sjukdomens svårigheter och anhörigas situation. Andra sjukdomstillstånd kan vara svåra att upptäcka och diagnostisera.

Den enskilde behöver hålla kvar de aktiviteter och vanor som finns i vardagen och stöd åtgärder behöver skapas allteftersom sjukdomen framskrider. Arbetsterapeutiska insatser i ordinärt boende och rehabiliteringsinsatser i hemmet ska genomföras.

Hemtjänst

Stöd till personer med en demenssjukdom kan vara svårt att tillgodose via traditionell hemtjänst som ofta ges i form av punktinsatser. Punktinsatser kan vara mycket svårt för den enskilde att ta emot eftersom tids- och rumsuppfattning är nedsatt. Personerna har ofta svårt att ta emot hjälp från många olika och okända personer. Personkontinuitet är därför av största vikt. Behovet av hjälp kan skifta och den praktiska hjälpen måste kunna ges på olika nivå efter dagsform. Personen har ofta bristande insikt och svårigheter att påkalla uppmärksamhet och ge signal om ett hjälpbehov. Olika former av larm kan vara till nytta och erbjudas så tidigt som det går i sjukdomsförloppet.

För anhöriga till demenssjuka kan möjlighet till avlösning i hemmet vara ett bra stöd. Avlösning i hemmet beviljas av biståndshandläggare då en anhörig vid enstaka tillfälle eller regelbundet behöver få avlösning. Insatsen är avgiftsfri upp till 12 timmar per månad.

Personlig assistans

Personer med demenssjukdom kan också ha personlig assistans enligt LSS. Sannolikt kommer gruppen att öka då antalet äldre personer med assistans ökar. Även denna grupp behöver få ta del av andra stödinsatser som kommunen erbjuder.

Stödformer i medelsvår fas

För att vara aktuell för en boendeform som riktar sig till demenssjuka krävs en demensdiagnos eller att en basal demensutredning är genomförd.

Korttidsvård

Korttidsvården i Örebro kommun är indelad i två huvudinriktningar. En del av platserna används för personer som är i behov av utredning av fortsatt vårdbehov och rehabilitering. Den andra delen har fokus på trygghetsskapande åtgärder. Inom korttidsvården är kognitiv svikt vanligt förekommande inom alla inriktningar och det kan finnas personer med behov av demensutredning på alla enheter. Det ska finnas särskilda platser för personer som uppvisar en kognitiv svikt/eller har en demensdiagnos. Flytt mellan olika korttidsenheter kan vara en stor belastning för den enskilde och bör undvikas om det inte tydligt gagnar den enskilde.

Under vårdtiden ska den enskildes resurser identifieras och möjlighet till rehabilitering ges. Det är av stor vikt att alla medarbetare inom korttidsvården har goda kunskaper om vård och omsorg av demenssjuka och att vård och behandling anpassas till den demenssjukas specifika behov. Den tvärprofessionella bedömningen ska sammanställas och fungera som ett underlag för fortsatt vård, omsorg och rehabilitering.

Trygghetsplats i form av växelvård är aktuell för personer som bor i ordinärt boende och har behov av omsorgsinsatser och tillsyn samtidigt som anhöriga är i behov av avlösning i sin roll som vårdare. Att ha regelbundet återkommande perioder av växlande vård mellan egna bostaden och korttidsvård kan bidra till att den enskilde kan bo kvar hemma i sitt ordinära boende längre än vad som annars hade varit möjligt.

En annan form av trygghetsplatser finns för personer som väntar på plats på vård- och omsorgsboende och inte kan vänta i det egna hemmet.

Gruppboende för personer med funktionsnedsättning

Personer som finns i boendeformer för personer med funktionsnedsättning kan också få en demensdiagnos. Målsättningen bör så långt som möjligt vara att dessa personer kan fortsätta att bo kvar i sin invanda miljö. En flytt till en specifik boendeform för demenssjuka ska endast göras om det tydligt gagnar den enskilde. Innan detta sker ska alltid en bedömning göras med stöd av kommunens demenssteam och en samordnad individuell planering (SIP) genomföras.

Vård- omsorgsboende för personer med demenssjukdom

Personer med en demenssjukdom ska bo i separata boendeformer med anpassad miljö där personalen har kompetens om bemötande av personer med sjukdomsbilden. Örebro kommun har olika boendeformer för personer med demenssjukdom. Syftet är att kunna omhänderta demenssjuka på bästa sätt utifrån sjukdomsbild.

Det är angeläget att boende för demenssjuka inte medför att vården blir kollektiv i stället för personcentrerad. Oavsett hur specialiserade boendeformerna är så kommer de personer som bor i respektive grupp alltid bestå av individer med olika intressen och personligheter som har kommit olika långt i sjukdomsförloppet och har olika grader av funktionsbortfall. Det innebär att arbetet måste organiseras på ett sådant sätt att individen kan få vård och omsorg efter sina förutsättningar. Syftet är att skapa en tillåtande miljö där det finns utrymme för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och att personalen har god kunskap om bemötande av personer med dessa svårigheter.

Boendeformer för demenssjuka ska ha en inkluderande boendemiljö och vara småskaligt. I Örebro kommun uppfyller de flesta boendegrupper kriterier för småskalighet – Ett begränsat antal lägenheter som är fysiskt avgränsade, med vissa gemensamma utrymmen. Prioriteringen bör därför ligga på att skapa inkluderande boendemiljöer oavsett vilken utformning lokalerna har.

Gruppboende för personer med demenssjukdom

I denna boendeform får personen mer social stimulans. Aktiviteter genomförs tillsammans i boendegruppen utifrån individuella och/eller boendegruppens önskemål.

Boendegrupperna består av personer som är i medelsvår fas i sjukdomen. Varje enhetschef har inom sitt ansvarsområde flera olika boendegrupper så att möjlighet finns att motivera till byte av boendeform till vårdboende inom boendet eller till andra boenden om det skulle vara bättre för den enskilde.

Gruppboendet bör erbjuda

- Stöd för att upprätthålla en meningsfull tillvaro, självkänsla, trygghet och säkerhet.
- Social stimulans och gemenskap i vardagliga aktiviteter, individuellt och/eller i grupp.
- Stöd och stimulans i det vardagliga livet för att upprätthålla funktioner, förmågor och vanor.

Stödformer i sen fas

För att vara aktuell för en boendeform som riktar sig till demenssjuka krävs en demensdiagnos eller att en basal demensutredning är genomförd.

Vårdboende för personer med demenssjukdom

I denna boendeform får personen en permanent plats. Aktiviteter anpassas för personer utifrån individuella behov.

Boendegrupperna består av personer som är i sen fas i sjukdomen.

Vårdboendet bör erbjuda

- Enkla intryck och upplevelser, som trots svår demens ger stöd att upprätthålla en meningsfull tillvaro.
- Aktiviteter/stimulans som är individinriktade i en miljö som är lugn och ställer låga krav.
- Omfattande stöd och hjälp i vardagen och med medicinska behov.

Inriktningar för personer med speciella behov

Genom att anpassa bemötande och miljö kan många demenssjuka med specifika behov bo i ett vanligt vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom. Vid vissa speciella symtom kan det vara bäst, både för den demenssjuke och medboende på enheten att kunna erbjuda en speciell boendeform. Specialinriktningarna kräver kompetens hos personalen att möta/ge det särskilda omhändertagande som behövs och en högre personaltäthet än i andra boendeformer.

För inriktningar för personer med speciella behov krävs noggranna kriterier för vilka som ska bo där. Personer som bor på en specialinriktning måste följas upp regelbundet så att vårdformen är den rätta, i annat fall ska en flytt till en annan vårdnivå erbjudas.

För använda kompetens och resurser på bästa sätt krävs att de personer som bor på ett boende med speciella behov flyttar till en annan boendeform när sjukdomsbilden förändrats så att personen inte längre är i behov av ett särskilt omhändertagande. För att möjliggöra flytt måste den enskilde och/eller dennes företrädare redan vid inflyttning informeras om att en flytt till annan enhet kan bli aktuell.

Samordnade individuell planering (SIP) som följs upp regelbundet ska genomföras för personer med speciella behov med ställningstagande till om det särskilda behovet kvarstår.

Boende för demenssjuka med särskilda behov

Är avsett för personer med svåra beteendemässiga symtom som inte är tillfälliga.

Boendet karaktäriseras av:

- tillåtande vårdmiljö där det finns utrymme för beteendemässiga symtom
- individanpassat bemötande i individuella möten och situationer

Boende för demenssjuka med särskilt behov i form av frontotemporal symtombild

Är avsett för personer som har en frontotemporal hjärnskada på grund av demenssjukdom vilket kräver särskilt bemötande.

Boendet karaktäriseras av:

- strukturerad vardag med tydliga ramar i en stressfri miljö

Boende för demenssjuka med missbruksproblematik

Är avsett för personer som har en demenssjukdom kombinerat med missbruk vilket kräver särskilt bemötande. Målgruppen för denna boendeform är ofta yngre än i de övriga boendeformerna.

Boendet karaktäriseras av:

- tillåtande vårdmiljö där omgivningens krav anpassas till den enskilde
- beredskap att stödja anhöriga till yngre personer

Referenser

Litteratur

Socialstyrelsen, 2016, -Nationella riktlinjer Remissversion - Vård och omsorg vid demenssjukdom

Socialstyrelsen, 2017 - En nationell strategi för demenssjukdom - Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022

Örebro kommun - Värdegrund och värdighetsgarantier för vård och omsorg

[Länk till Örebro kommuns hemsida](#) 2017-11-05

Örebro kommun - Strategi för införande av ett rehabiliterande arbetssätt - KS 1417/2016

Örebro kommun - Riktlinje för dagverksamhet inom vård och omsorg -Vv310/2016

Örebro kommun -Riktlinjer för stöd till anhöriga- Vård och omsorg - Vv195/2016,Vö 214/2016

Bilaga:

Prioriterade områden i nationella riktlinjer

I tabellen beskrivs de områden som ges prioritet 1-3 i de nationella riktlinjerna. I den sista kolumnen finns sidhänvisning till var de beskrivs i Örebro kommuns riktlinje.

UTBILDNING	Prioritet	Sida
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård till vård- och omsorgspersonal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom.	1	17-18
Socialtjänsten bör erbjuda utbildning om demenssjukdom till biståndshandläggare och LSS-handläggare som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom.	2	18
MULTIPROFESSIONELLT ARBETE		
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom.	1	7,12,14,16,17
STÖDINSATSER		
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda gemensam information och planering av nuvarande och framtida behov av vård- och omsorgsinsatser till nydiagnostiserad person med demenssjukdom.	1	20
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda en regelbunden och sammanhållen uppföljning av situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser, till personer med demenssjukdom.	1	16
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda strukturerad uppföljning och utvärdering av BPSD och effekt av insatta åtgärder till personer med demenssjukdom och beteendemässiga och psykiska symtom.	1	14-15,18
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument till personer med demenssjukdom.	2	15
Socialtjänsten bör erbjuda anpassad måltidsmiljö, exempelvis små grupper, tid för att kunna äta i lugn och ro och möjlighet att själv komponera måltid till personer med demenssjukdom.	2	15
Socialtjänsten bör erbjuda individuellt planerade toalettbesök till personer med måttlig till svår demenssjukdom.	2	15

STÖDINSATSER		
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av fysiska skyddsåtgärder till personer med demenssjukdom och insatta fysiska skyddsåtgärder.	1	15
Socialtjänsten bör erbjuda strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av välfärdsteknik till personer med demenssjukdom och insatt välfärdsteknik.	1	20
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel till personer med demenssjukdom.	2	15
Socialtjänsten bör erbjuda möjlighet till utomhusvistelse till personer med demenssjukdom.	2	15
Socialtjänsten bör erbjuda dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom till personer med mild till måttlig demenssjukdom.	1	21
Socialtjänsten bör erbjuda dagverksamhet som är anpassad för yngre personer med demenssjukdom till yngre personer med demenssjukdom.	1	21
Socialtjänsten bör erbjuda småskaligt särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom till personer med måttlig till svår demenssjukdom.	3	23
Socialtjänsten bör erbjuda särskilt boende med inkluderande boendemiljöer anpassade för personer med demenssjukdom till personer med måttlig till svår demenssjukdom.	2	24
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda ett utbildningsprogram till anhöriga till personer med demenssjukdom.	2	18,19, 20
Socialtjänsten bör erbjuda avlösning, exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet till anhöriga till personer med demenssjukdom.	2	22
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda individuellt anpassat stöd till unga anhöriga till personer med demenssjukdom.	2	15, 19