SVENLJUNGA KOMMUN

plan

Demenshandlingsplan Svenljunga kommun

Beslutat av	Socialnämnden
Beslutandedatum	2022-05-11 § 40
Ansvarig	
Revideras	Vid behov
Följas upp	Årligen



Innehållsförteckning

Bakgrund 3
Mål 4
Syfte 5
Utredning och samtycke – vid kognitiv svikt 5
Informationsöverföring 7
SIP, samordnad individuell plan 8
Läkemedel 9
Multiprofessionellt teambaserat arbete 10
Demensteamet 11
Anhörigstöd 12
Myndighetsutövning-bistånd 13
Vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom 13
Personcentrerad omvårdnad 14
Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD 15
Senior Alert 17
Fallrisk 18
Skydds- och begränsningsåtgärder 19
Nutrition 21
Munhälsa 24
Hygiensituationen 25
Palliativ vård vid demenssjukdom 28
Bilaga 1 29
Referenser 30

Bakgrund

Före 1970-talet var synsättet på personer med demenssjukdom mer fokuserat på hjärnskadan än personen bakom hjärnskadan. Synsättet började svagt förändras i mitten på 1970-talet då det blev aktuellt med gruppvård och en ökad medvetenhet att aktiviteter stimulerar hälsan positivt. Under de senaste årtionden har det bedrivits mer forskning om personer med demenssjukdom vilket gör att synsättet har förändrats i positiv riktning. (Sjöbeck & Berglund, 2011)

I Sverige har Socialstyrelsen tagit del av den evidensbaserade forskningen inom demensområdet och gett ut publikationen: Nationella Riktlinjer – vård och omsorg vid demenssjukdom. Riktlinjerna är rekommendationer och bör vara ett stöd för varje kommun så att de kan bedriva en evidensbaserad omvårdnad för demensdrabbade personer och deras anhöriga. Riktlinjerna rekommenderar att använda ett teambaserat multiprofessionellt arbetssätt vilket innebär att olika yrkesprofessioner bidrar med sin kompetens för att skapa en ökad kontinuitet och ett helhetsperspektiv. (Socialstyrelsens nationella riktlinjer, 2017)

Socialstyrelsen införde 2012 en värdegrund i socialtjänstlagen. En värdegrund är viktig eftersom den visar vilka etiska värden och normer som ligger till grund för en verksamhet. Värdegrunden anses vara ett etiskt förhållningssätt och ska vara ett stöd för alla medarbetare i deras arbete. Den nationella värdegrunden finns i Socialtjänstlagens 5 kap. 4§ och lyder enligt följande: ”Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande”. (Socialstyrelsen, 2012)

All evidensbaserad forskning visar att ett personcentrerat förhållningssätt är den metod och en grundförutsättning för en bra omvårdnad kring den demensdrabbade personen. Vid ett personcentrerat förhållningssätt innebär det att personen sätts i centrum och inte diagnosen. Det är viktigt att omvårdnadspersonal förstår effekterna av skadorna i hjärnan hos personen med demenssjukdom för att kunna minska personens lidande genom att hjälpa och stödja på rätt sätt. Förhållningssättet gör att personens egna resurser, erfarenheter och värderingar används i den dagliga skräddarsydda omvårdnaden. Att skräddarsy omvårdnaden för personer med demenssjukdom ger möjligheten att bevara personens värdighet, självkänsla trots sviktande funktioner. Det är viktigt med en översyn av miljön runt personen med demenssjukdom eftersom en bra miljö kan underlätta vardagen och ge trygghet. I ett personcentrerat förhållningssätt värdesätts anhöriga och personalen runt den demensdrabbade personen. (Edberg, 2011; Socialstyrelsens nationella riktlinjer, 2017)

Idag är Alzheimers sjukdom den vanligaste demenssjukdomen. Vid Alzheimers sjukdom förtvinar hjärncellerna i hjärnbarken och det bildas proteininlagringar vilket

gör att signalerna mellan hjärnans celler får svårare att ledas vidare. Det finns idag inget bot mot Alzheimers sjukdom men den drabbade personen kan under en period i sin sjukdom medicinera med symtomlindrande läkemedel. Medicinen kan under denna period påverka att signalen mellan hjärnans celler fungerar bättre och personen kan bli mer aktiv. Den näst vanligaste demenssjukdomen är vaskulär demens. En vaskulär demens orsakas av förändringar i hjärnans blodkärl, åderförfettning. Ett högt blodfett och ett högt blodtryck är riskfaktorer för att utveckla en stroke men även en vaskulär demens. En vaskulär demens debuterar ofta efter att en person har haft en stroke. Det finns även andra demenssjukdomar men dessa är mer ovanliga och förekommer inte i lika stor utsträckning som Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. (Svenskt demenscentrum, 2016)

Socialdepartementet har genom den statliga prioriteringsutredningen, Vårdens svåra val SOU 1995:5, prioriterat att personer med nedsatt autonomi t.ex. demenssjukdomar bör vara en prioriterad grupp vid fördelning av resurser på politisk och administrativ nivå. Beslutet om prioriteringen utgår från de tre etiska principerna: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Enligt människovärdesprincipen har alla människor lika värde och samma rätt vilket inte ska styras av dina personliga egenskaper och funktion i samhället. Behovs- och solidaritetsprincipen menar att resurserna bör tillfalla de människor eller verksamheter vilka har det största behoven. Personer med demenssjukdom hör till denna grupp eftersom de inte alltid är medvetna om sitt människovärde och har mindre möjligheter än andra att göra sin röst hörd. Kostnadseffektivitetsprincipen menar att vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt eftersträvas utifrån en förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. De tre etiska principerna är rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen och att kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de båda övriga principerna. (SOU 1995:5, 2015)

Mål

Utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer kvalitetssäkra ett personcentrerat förhållningssätt inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom som har kommunala insatser utifrån socialtjänstlagen och/eller hälso- och sjukvårdslagen, både i ordinärt boende, vård och omsorgs boende samt i våra dagverksamheter.

Syfte

Syftet med den lokala demenshandlingsplanen är att säkerställa det övergripande målet för personer med demenssjukdom och deras anhöriga/närstående genom att tydliggöra vad som bör göras- hur, när och av vem.

Utredning och samtycke – vid kognitiv svikt

Varje person med kognitiv svikt har rätt till en medicinsk utredning för att bedöma den kognitiva funktionen och om möjligt fastställa eller utesluta demenssjukdom. Den basala utredningen sker inom primärvårdens regi men i de fall där den basala demensutredningen inte varit tillräcklig eller om det finns andra omständigheter eller att en person är under 65 år, skickas en remiss till specialist för en utvidgad demensutredning. (Socialstyrelsens nationella riktlinjer, 2017.

Vad	**Vem**	**Hur**	**När**	**Uppföljning**
Misstanke om kognitiv svikt.	Läkarbesök.	Anamnes; samtal med person och anhöriga. Körkort - vapen? Rökning-alkohol? Bedömning av fysiskt och psykiskt tillstånd. Remiss till datortomografi av hjärna. Se checklista vid demensutredning, Närhälsan (se bilaga 1).	Förhöra sig om behov finns av kontakt med andra yrkeskategorier ex. arbetsterapeut/fysio-terapeut, äldresjuksköterska eller sjuksköterska.	
	Läkare/sjuksköter-ska inom Närhälsan/ hemsjukvården.	Provtagning enligt Närhälsans riktlinjer (se bilaga 1).	Enligt ordination.	
	Sjuksköterska i Närhälsan. Sjuksköterska i kommunen.	Kognitiva tester och anhörigintervju (MMSE-Sr+ klocktest, RUDAS). (Ragnar Åstrands strukturerade intervju)	Enligt ordination av läkare.	
	Arbetsterapeut/ fysioterapeut inom Närhälsan/kommun	Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga.	Enligt ordination läkare/sjuksköterska för komplettering till utredning.	
Information	Utredande läkare.	Resultat av utredning	När utredning är	Årskontroll.

till berörd person och till anhöriga vid diagnos		meddelas berörd person och anhöriga vid återbesök till utredande läkare eller via besök i hemsjukvården.	färdig.	
Vid årskontroll	Läkarbesök samt bedömning av äldresjuksköterska via Närhälsan. Vid anslutning till kommunal hemsjukvård görs bedömning av sjuksköterska i kommunen.	Provtagning enligt årskontroll. Kognitiva tester enligt ordination av läkare. Uppföljning av social situation.	En gång per år.	Vid behov av stöd i hemmet pga. försämrad social situation, tas kontakt med biståndshandläggare i kommunen av äldre-sjuksköterska i Närhälsan eller av sjuksköterska i kommunen. Ev. kontakt med anhörigstödet.
Samtycke Närhälsan	Läkare eller äldresjuksköterska.	Ett muntligt samtycke inhämtas från berörd person och dennes anhöriga när behovet finns för stödinsatser från kommunen. Samtycket dokumenteras i journalen.	När behov uppstår av stöd i hemmet från kommunen.	Vid kontakt med berörd person och dennes anhöriga.
Samtycke kommunen	Sjuksköterska. Biståndshandläggare.	Ett skriftligt samtycke inhämtas av sjuksköterska vid inskrivning i hemsjukvården. Ett muntligt samtycke inhämtas av biståndshandläggare i samband med vårdplanering inför planerade insatser från kommunen.	När behov finns. Dokumenteras även i journal av sjuksköterska och biståndshandläggare.	Årlig uppföljning av sjuksköterska i hemsjukvården. Dokumenteras i journal.

Informationsöverföring

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) är stiftad av Socialdepartementet och började gälla januari 2018. Lagen ska underlätta för de personer som efter en vistelse inom sluten hälso- och sjukvård är i behov av insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller öppna vården för att främja en vård och socialtjänst av god kvalitet.

Västra Götalandsregionen och Västra Götalands kommuner (VästKom) har utifrån SFS 2017:612, gett ut en övergripande gemensam rutin om in- och utskrivning i hemsjukvård och inskrivning i Närsjukvårdsteam. En Rutin för informationsöverföring via IT-tjänst för öppenvårdsprocess i Södra Älvsborg. (länk)

Svenljunga kommun har skapat en egen lokal rutin för att säkerställa tillämpningen av SFS 2017:612. Rutinen finns på Svenljunga kommuns medarbetarwebb. För öppenvårdsprocesser och tvåpartskommunikation hänvisar Svenljunga kommun till den övergripande gemensamma rutinen om in och utskrivning i hemsjukvård vilken används för personer i kommunen som har en demenssjukdom och är i behov av utökat omvårdnadsbehov utifrån HSL och SoL insatser.

Vad	Vem	Hur	När	Uppföljning
Informations-överföring från Närhälsan till kommun.	Läkare. Sjuksköterska.	Tvåparts-kommunikation. (SAMSA)	Vid behov av inskrivning i kommunal hemsjukvård eller kontakt med biståndshandläggare för ändrat bistånd.	Avvikelser i Närvårdssamverkan. (länk medarbetarwebb)
Informations-överföring från kommun till Närhälsan.	Sjuksköterska. Biståndshandläggare. Arbetsterapeut. Fysioterapeut.	Tvåparts-kommunikation. (SAMSA)	Vid kontakt med Närhälsan. Vid utskrivning ur kommunal hemsjukvård.	Avvikelser i Närvårdssamverkan.
Informations-överföring från sluten hälso- och sjukvård till kommun och Närhälsan.	Sjuksköterska. Biståndshandläggare. Utskrivningskoordinator. Arbetsterapeut. Fysioterapeut. Läkare.	Treparts-kommunikation. (SAMSA)	Vid kontakt med kommun och Närhälsan för planering inför hemgång och fortsatta insatser efter sjukhusvistelse. Informationsöverföring.	Uppföljning och fortsatt planering sker inom kommunen av biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och

			Behov av inskrivning i hemsjukvården.	enhetschef. Läkare från Närhälsan. Avvikelse i Närvårdssamverkan.
Informations-överföring från sluten hälso- och sjukvård, kommun eller Närhälsan vid annat landsting till kommun.	Sjuksköterska. Biståndshandläggare. Arbetsterapeut. Fysioterapeut. Läkare.	Via telefonrapport samt komplettering med information och uppgifter via fax till respektive hemsjukvårds område/patientansvarig sjuksköterska i kommun.	Vid kontakt med kommun och Närhälsan för planering inför hemgång och fortsatta insatser efter sjukhusvistelse. Informationsöverföring. Behov av inskrivning i hemsjukvården.	Uppföljning och fortsatt planering sker inom kommunen av biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och enhetschef. Läkare från Närhälsan. Ev. avvikelsehantering.
Informations-överföring från kommun till sluten hälso- och sjukvård, kommun eller Närhälsan vid annat landsting.	Sjuksköterska. Biståndshandläggare. Arbetsterapeut. Fysioterapeut. Läkare.	Via telefonrapport samt komplettering med information och uppgifter via fax till respektive avdelning på sluten hälso- och sjukvård eller till hemsjukvård/ patientansvarig sjuksköterska i kommun, eller till sjuksköterska Närhälsan.	Informationsöverföring. Läkarkontakt. Utskrivning ur hemsjukvården.	Ev. avvikelsehantering.

SIP, samordnad individuell plan

Vid vissa fall för personer med demenssjukdom kan en samordnad individuell plan (SIP) användas för att få en bättre planering av insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård under en längre tid. En SIP gör det tydligt vad de olika verksamheterna ansvarar för och vilka kontaktpersoner som är aktuella. Anhöriga och den enskilde blir även delaktig i aktuell vård och omsorgsinsatser. En SIP administreras och

dokumenteras via informationssystemet SAMSA. Uppföljning av SIP ska ske gemensamt av berörda huvudmän. Riktlinjen för samordnad individuell plan, SIP finns på Svenljunga kommuns medarbetarwebb för mer information. (Se länk medarbetarwebb)

Läkemedel

Det finns i nuläget ingen botande läkemedelsbehandling mot demenssjukdom. En person som fått en Alzheimers diagnos, Lewy body demens eller Parkinsons sjukdom med demens ska erbjudas läkemedel (kolinesteras-hämmare) då detta kan positivt påverka den kognitiva funktionen och lindra kognitiva symtom under en period. Det är viktigt med regelbunden läkemedelsuppföljning då dessa läkemedel kan ge biverkningar.

Om en demenssjuk person uppvisar depressionstillstånd används antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat). Antidepressiva läkemedel kan användas för att behandla aggressivitet vid beteendemässiga eller psykiska symtom.

Om en person med demenssjukdom uppvisar svåra beteendemässiga eller psykiska symtom där andra icke-farmakologiska åtgärder visat på dålig effekt kan det bli aktuellt med läkemedelsbehandling. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att i undantagsfall pröva behandling med antipsykosläkemedel under en begränsad tidsperiod, lämpligen så kort tid som möjligt då det finns en hög risk för biverkningar av dessa läkemedel.

Vid oro och ångesttillstånd används ofta Oxazepam. Klometiazol används ibland till natten som dämpande när personen har en konfusion med samtidig sömnstörning. Användandet av Oxazepam och Klometiazol kan ge biverkningar och kan även ge negativa effekter tex försämrad kognition och sedering vilket ger personen en ökad fallrisk.

Det är viktigt att behandlingstiden är så kort som möjligt med ovanstående läkemedel och att behandlingen kontinuerligt följs upp med en förnyad bedömning av nytta och risk för den demenssjuke personen. (Socialstyrelsens nationella riktlinjer, 2017, Äldrekompassen, 2021).

Icke-farmakologisk behandling

Grunden för en icke-farmakologisk behandling är en personcentrerad vård och omsorg där det görs en översyn och anpassning av den fysiska miljön och personalens bemötande. Det innebär att för varje person med beteendemässigt eller psykiska symtom behövs en översyn av vilka de utlösande faktorerna är och hur vi kan åtgärda dessa orsaker. Orsaker till beteendemässiga eller psykiska symtom kan vara behov

som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem eller svårigheter att tolka eller hitta i den omgivande miljön. Det kan också vara för stora krav på den demenssjuke, brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög läkemedelsdos eller olämpliga läkemedel. Beteendemässiga eller psykiska symtom kan också orsakas av personens hjärnskada. (Socialstyrelsens nationella riktlinjer, 2017, Äldrekompassen, 2021).

Multiprofessionellt teambaserat arbete

För att säkerställa en personcentrerad vård och omsorg utifrån ett personcentrerat förhållningssätt behövs det ett teambaserat arbetssätt där olika yrkesprofessioner tillsammans bedömer, följer upp den demenssjukes resurser för att säkerställa rätt insatser.

Vad	Vem	Hur	När	Uppföljning
Ett personrelaterat ärende i behov av multiprofessionell bedömning.	Enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och vård-och omsorgspersonal.	Ärendet lyfts på teammöte enligt rutin för teammöte. (länk medarbetarwebb). Alla närvarande är insatta i ärendet. Helhetssyn.	Vid nyinflyttning. Vid nyinskrivning. När ett personrelaterat ärende uppstår som kräver multiprofessionell bedömning.	Planering/ansvars-fördelning bestäms på teammötet t.ex. begränsnings-åtgärd, Senior alert, BPSD, symtomskattning eller annan individuell åtgärd samt planera tid för individuell åtgärds-uppföljning. Insats från demensteamet.
Ett personrelaterat ärende i behov av multiprofessionell bedömning av demensteamet.	Enhetschef, sjuksköterska, vård- och omsorgspersonal.	Ärendet lyfts med demensteamet. Demensteamet återkopplar hur ärendet kommer omhändertas t.ex. observation, handlingsplan, handledning eller en utbildning för aktuell personalgrupp.	När ett personrelaterat ärende uppstår som kräver multiprofessionell bedömning av demensteamet.	Uppföljning av insatser från demensteamet enl. rutin. Utvärdering av demensteamets insatser i personrelaterat ärende enligt rutin.

Demensteamet

I Svenljunga kommun finns sedan våren 2019 ett demensteam. Demensteamet består i dagsläget av sjuksköterska, personal från rehab och undersköterskor som alla är specialutbildade inom omvårdnad för personer med demenssjukdom. Till demensteamet finns även kopplat en arbetsterapeut som bidrar med sin specifika kunskap kring hjälpmedel vid en kognitiv svikt. Demensteamet arbetar för en kvalitetssäker vård och omsorg för personer med demenssjukdom vilka har insatser från hemsjukvården eller socialtjänsten i kommunen.

Demensteamet kan vara behjälpliga med individuella stödinsatser både inom ordinärt boende, vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom eller somatiskt vård- och omsorgsboende. Även dagverksamhet och korttidsavdelningar är inkluderade. Demensteamet erbjuder hembesök till demenssjuka och deras anhöriga i ordinärt boende.

Demensteamet kan bistå med en kunskapsutveckling genom att skräddarsy utbildningstillfällen för vård- och omsorgspersonal, hemtjänstpersonal och på detta sätt öka kompetensen kring personer med demenssjukdom och deras omvårdnad. Det finns även ett samarbete med kommunens anhörigstöd för att kunna ge stöd till de demenssjukas anhöriga. Att regelbundet gemensamt kunna anordna anhörigträffar med aktuella utbildningar som passar anhöriga är viktigt för att ge dem en trygghet i sin vardag.

Demensteamet kan handleda och stötta personalgrupper både teoretiskt och praktiskt. Att aktivt arbeta med den nationella värdegrundens innebörd kan ge våra personalgrupper en ökad förståelse för den personcentrerade omvårdnaden i det praktiska arbetet. Att stärka personalen är viktigt för att öka kompetensen bland våra personalgrupper.

Att åter implementera arbetet med BPSD-registret i våra verksamheter är en uppgift där demensteamet har en viktig roll. Att använda sig av ett nationellt kvalitetsregister för att kunna utveckla det dagliga arbetet på våra avdelningar samt att kunna mäta de personcentrerade insatserna är viktigt. Demensteamet kan hjälpa till att stötta och öka möjligheten till att BPSD registret används som ett verktyg i våra verksamheter.

Demensteamets olika professioners samlade kunskaper bidrar till att teamet försöker arbeta teambaserat när de skapar handlingsplaner vid individuella stödinsatser. Detta är viktigt för att säkerställa ett evidensbaserat arbetssätt som utgår från en personcentrerad vård och omsorg. Genom regelbundna uppföljningar och

utvärderingar av sina insatser, åtgärder och utbildningar skapas en möjlighet att kontinuerligt säkerställa sin egen kvalitet och framtida förbättringsarbete.

Anhörigstöd

Att vara anhörig till en person med en demenssjukdom förändrar ofta hela livet. Som anhörig behövs råd, stöd och kunskap om demenssjukdomen och vilket förhållningssätt som är bäst gentemot den som är sjuk. Anhöriga behöver också veta vilka rättigheter de har och vart de vänder sig för att få hjälp att klara det nya livet. Det är inte ovanligt att anhöriga hamnar i krissituation när den närstående blir demenssjuk. De får ta ett ökat ansvar och känner ängslan och oro inför framtiden. Därför är det viktigt att lyfta fram de anhörigas situation och att ge dem stöd och hjälp för att motverka utmattning, okunskap och desperation som på sikt kan leda till våld och psykisk ohälsa. (Demensförbundet, u.å.)

Enligt Socialtjänstlagens 5kap. 10§ så ska Socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för personer som vårdar en närstående som är äldre, långvarigt sjuk eller har en funktionsnedsättning. Arbetet med stöd till anhöriga ska omfatta socialtjänstens alla verksamheter. Syftet är att minska de anhörigas psykiska och fysiska belastning. För en del personer handlar det om att få hjälp med insatser som deras närstående behöver, för andra handlar det om att de själva behöver få information eller utbildning av kommunen. Det är viktigt att anhöriga genom hela sjukdomsprocessen kan känna tillhörighet dvs. att de involveras i vården, att de genom information känner sig delaktiga och att de känner sig betydelsefulla genom att bidra till en god vård och omsorg. Vård och omsorg ska vara av sådan kvalité att anhöriga kan lita på att deras nära får den vård och omsorg de behöver, och att de som arbetar inom vård och omsorg lyssnar till anhöriga. (Socialdepartementet, 2018)

Kommunens anhörigrådgivare

- är en person som anhöriga kan kontakta för att utforma ett enskilt/personligt stöd t.ex. enskilda samtal, gruppträffar, ”måbra” aktiviteter, nätbaserat anhörigstöd eller Facebook- grupp
- informerar om olika stödåtgärder såsom avlösning, korttidsplats, dagvård m.m.
- informerar om mötesplatser för anhöriga såsom anhörigcaféer, anhörigträffar, gruppträffar, informationsträffar
- informerar även intresseföreningar så som Anhörigas Riksförbund, Demensförbundet och Svenskt Demenscentrum etc.

Hemvårdsbidrag

Hemvårdsbidrag är ett ekonomiskt bidrag som personen med demenssjukdom kan ansöka om för att kunna ge en symbolisk summa till sin anhörig som tar ett stort ansvar för dennes vård och omsorg. Bidraget är skattefritt och söks via kommunens biståndshandläggare.

Avlösning

Anhörig kan ansöka om kostnadsfri avlösning i hemmet 10 timmar/månad.

Anhörig kan ansöka om fler timmar avlösning utöver de 10 kostnadsfria timmarna, som är dock förenade med en kostnad. Avlösningen sker av personal från hemtjänsten.

Mötesplatser

Anhörigcafé finns dit den anhörige samt dess närstående kan komma och träffa andra som befinner sig i liknande situationer.

Myndighetsutövning-bistånd

Hjälp och stöd från socialtjänsten kan beviljas både med hjälp i hemmet och genom vård- och omsorgsboende. Hjälpen kan riktas både till personen med demenssjukdom för omsorg men även för trygghet, meningsfullhet och gemenskap och till anhöriga för avlastning. Insatser i hemmet utförs av hemtjänstpersonal och kan vara hemtjänstinsatser och avlösning för anhöriga. Insatser i verksamhet kan vara: dagvård, växelvård, korttidsvård och vård- och omsorgsboende. Det finns även möjlighet till ekonomisk ersättning i form av hemvårdsbidrag till anhöriga som vårdar en närstående i hemmet. Insatserna beviljas av handläggare efter ansökan. Även trygghetslarm och trygghetkamera kan beviljas av handläggare efter ansökan.

Vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom

När en demenssjukdom fortskrider kommer personens individuella hjälpbehov att öka och behoven som att äta, sova, sköta sin hygien, att klä sig och gå på toaletten påverkas och det blir svårare att klara sin vardag. Dygnsrytmen kommer ofta i obalans och skapar en otrygghet för den drabbade och deras anhöriga. För att ge personen och deras anhöriga trygghet finns möjligheten att ansöka om vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom.

Ett vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom innebär egen lägenhet i ett boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom. Boendet bör vara personligt och hemlikt utformat. Det ska finnas möjlighet till utevistelse för personer som önskar detta. Den psykosociala boendemiljön bör kännetecknas av trygghet och tillgänglighet där personen kan uppleva ett meningsfullt innehåll i sin vardag. Inflyttningen till vård och omsorgsboende bör vara planerat så att den demenssjuke, dennes anhöriga och personalen på boendet känner att inflyttningen blev av bra kvalitet för alla berörda. (länk inflyttningsprocess medarbetarwebben, verkställighet)

Bemanning på boenden där personer med demenssjukdom vistas eller bor
Enligt Socialtjänstförordningen (SFS 2001:937) ska varje vård- och omsorgsboende där en person med demenssjukdom bor eller vistas vara bemannat dygnet runt. Bemanningen ska säkerställa att personal snabbt kan uppmärksamma om en person med demenssjukdom är i behov av hjälp och utan dröjsmål kan ge personen ett sådant stöd och sådan hjälp som är till skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa. Socialförvaltningen ska säkerställa följsamhet till detta.

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerat förhållningssätt är den metod och en grundförutsättning som ska användas i omvårdnaden kring den demensdrabbade personen. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att personen sätts i centrum och inte dennes diagnos. Förhållningssättet leder till att vi försöker att skräddarsy omvårdnaden kring varje person med demenssjukdom med hjälp av deras levnadsberättelse och med individuella stödinsatser som stävar efter att bevara dennes värdighet och självkänsla samt minska det personliga lidandet trots sviktande funktioner. (Edberg, 2011)

En följd utav en demenssjukdom är att kommunikationsförmågan blir försämrad, både att uttrycka sig och tolka ord samt skrift. En person med demenssjukdom blir mer lyhörd för gester, tonfall, ögonkontakt och minspel. Allt eftersom demenssjukdomen fortskrider avtar dessa funktioner och det är betydelsefullt hur vi uttrycker oss för att skapa bästa möjliga kommunikation. (Skog 2016)

Det finns olika kognitiva hjälpmedel vars syfte är att ge personen med demenssjukdom stöd för minnet. Ett kognitivt hjälpmedel kan öka eller behålla personens självständighet och aktivitetsförmåga men kan också ge trygghet och säkerhet för att möjliggöra kvarboende i hemmet. Kognitiva hjälpmedel är till exempel spisvakter, medicinpåminnare, hjälpmedel för att orientera sig i tid eller för att finna föremål som tappats bort. Det är viktigt att hjälpmedlen är individuellt anpassade

efter den demenssjuke personens specifika behov och mentala och fysiska förutsättningar.

I Svenljunga kommun använder vi oss av olika metoder för att underlätta kommunikationen mellan personal och personen med en demenssjukdom. Exempel på metoder är:

- reminiscens – att minnas med hjälp av bilder.
- validation – att fortsätta på en mening, ställa följdfrågor för att på så sätt bekräfta individens verklighet och minnen.
- musik – träna de olika sinnena, väcka minnen, uppmuntra till rörelse och aktivitet eller till avslappning.
- dofter – lukten av mat och nybakat för att stimulera hungerkänslan, väcka minnen och uppmuntra till aktivitet.
- taktil stimulering – beröring för att öka trygghetskänsla och välbefinnande.
- BikeAround – att cykla med hjälp av en styr- och trampenhet samt mjukvara som med hjälp av Google Street View gör det möjligt att cykla och uppleva platser i hela världen. Kopplas ihop med en tv-skärm.
- iPad – appar med olika funktioner bl.a. ”mat, musik och minnen.”
- INMU – en vibrationskudde för sensorisk stimulering – Relax/Dance
- Tovertafel-spel - en bordskanon, som finns på våra demensenheter. Spelet inspirerar till en naturlig rörelse hos deltagarna. Deltagarna kan spela tillsammans vid bordet och skapa glädje och självförtroende. Olika svårighetsgrader finns på spelen.

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD

I kommunen arbetar vi med nationella kvalitetsregister för att säkerställa individuella stödinsatser för en person med demenssjukdom: BPSD, Senior alert samt Svenska Palliativregistret.

BPSD drabbar någon gång ca 90 % av dem som drabbats av en demenssjukdom. Några symtom på BPSD kan vara aggressivitet, oro, hallucinationer, sömnstörningar, vandrande, ropande eller ångest. Dessa symtom kan orsaka ett stort lidande för den demensdrabbade men även för anhöriga och vårdpersonal. BPSD registret är ett

verktyg som har till syfte att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten, allvarlighetsgraden och lidandet som BPSD innebär för personen med demenssjukdom. (BPSD-registret, 2019)

Vad	Vem	Hur	När	Uppföljning
Försämrad livskvalité orsakad av beteende-mässiga och psykiska symtom vid demens-sjukdom.	Enhetschef.	Ansvar för BPSD utförs och att BPSD- administratörer finns på sin enhet. Bemanningsansvarig.	Alltid för sin enhet enligt kommunens rutiner.	Regelbundet enligt kommunens rutiner. Avvikelse-hantering enligt rutin.
	Sjuksköterska.	Deltaga i Neuro Psychiatric Iventory = NPI-skattning med information om diagnoser, läkemedel, mätvärden och fysiska/psykiska individuella åtgärder. Skapa ev. hälsoärende i journalsystem och dokumentera under BPSD. Ordinera beteendeschema för att följa en persons beteende över dygnet. Ordinera smärtskattnings-skala-Abbey Pain Scale – vid misstanke om smärta där en person själv har svårt att beskriva sin smärta.	Vid BPSD symtom. Ev. nyinskrivning.	Individuell uppföljning men minst 1 ggr/år. Teammöte. Individuella uppföljningar enligt skapade åtgärder. Avvikelse-hantering enligt rutin. Beteendeschema följs upp regelbundet av sjuksköterska. Smärtskattnings-skala följs upp regelbundet av sjuksköterska.
	Vård- och omsorgspersonal.	Strukturerad bedömning utifrån Neuro Psychiatric Inventory = NPI- skattning. Registrering av resultat och individuella åtgärder i BPSD registret. BPSD administratör på varje enhet. Dokumentera i genomförandeplan.	Vid BPSD symtom. Ev. nyinskrivning.	Individuell uppföljning men minst 1 ggr/år Teammöten. Genomförande-plan. Avvikelse-hantering enligt rutin.

		Informera anhöriga. Utföra registrering i ordinerat beteendeschema och smärtskattnings-skala. Återkoppling till sjuksköterska/enhetschef vid avvikande mönster/värden i beteendeschema/ smärtskattnings-skala.		
Implementering av BPSD-registret som arbets-verktyg.	Demensteam. Enhetschef.	Administratörs-träffar. Individuellt stöd till olika enheter.	Regelbundet under året.	Utvärdering av arbetet med BPSD-registret på respektive enheter. Statistik-uppföljning/redo-visning.

Senior Alert

Syftet med Senior alert är att arbeta förebyggande kring trycksår, undernäring och risk för fall. Att arbeta förebyggande kring ovanstående områden kan främja hälsa hos våra äldre personer oavsett diagnos, då dessa områden har en stark koppling till varandra. Till exempel: en undernärd person har en högre risk att ramla vilket kan orsaka en höftfraktur. En höftfraktur ger en ökad risk att utveckla trycksår. (Senior alert, 2019) Är person även drabbad av en demensdiagnos blir detta ytterligare en faktor som kan påverka hälsan negativt. I Senior alert finns möjligheten att arbeta förebyggande kring ohälsa i munnen och blåsdysfunktion men i Svenljunga kommun har vi valt att i nuläget prioritera trycksår, undernäring och risk för fall. (se rutin Vårdprevention, medarbetarwebb)

Vad	**Vem**	**Hur**	**När**	**Uppföljning**
Identifiera personer med risk för undernäring, trycksår och fall.	Enhetschef.	Ansvar för att Senior alert ombud finns på sin enhet. Åtgärdsansvar enligt Senior alert och bemannings-ansvarig.	Alltid för sin enhet enligt kommunens rutiner.	Regelbundet enligt kommunens rutiner. Avvikelse-hantering enligt rutin. Teammöte – uppföljning.

	Sjuksköterska.	Övergripande ansvar för att riskbedömningar erbjuds, informera anhöriga/personen angående Senior alert och skapa åtgärder enligt Senior alert.	Ny inskrivning, ny inflyttning samt vid behov.	Årlig riskbedömning eller vid behov. Teammöte.
	Vård- och omsorgspersonal.	Kontaktperson medverkar för att skapa åtgärder enligt Senior alert. Senior alert ombud dokumenterar registrering i registret. Kontaktperson dokumenterar i genomförandeplan.	Ny inskrivning, ny inflyttning samt vid behov och vid årlig uppföljning.	Årlig riskbedömning eller vid behov. Teammöte.
	Arbetsterapeut/ fysioterapeut.	Medverka på teammöte, skapa åtgärder enligt Senior alert. Bedömning av behov för vidare åtgärd.	Ny inskrivning, ny inflyttning samt vid behov och vid årlig uppföljning.	Årlig riskbedömning eller vid behov. Teammöte. Uppföljning av hjälpmedel enligt förskrivnings-processen/ hjälpmedelsrutin.

Fallrisk

Det är viktigt att arbeta preventivt och att identifiera personer med en ökad fallrisk för att förebygga fallolyckor. Vårt normala åldrande innebär att kroppens organ åldras i takt med att vi blir äldre. Det är normalt att få skörare skelett, en försämrad muskulatur och balans samt en sämre syn. Att vara äldre innebär också en ökad risk för sjukdomar som kräver medicinering som i sin tur kan öka risken för fall. Att utöver normala åldersförändringar även drabbas av en demenssjukdom medför att personen får en ökad risk för fall då demenssjukdomen i kombination med nedsatt syn och hörsel gör att personens uppmärksamhetsförmåga försämras och riskbedömningen för att skada sig blir nedsatt. (Hylen Ranhoff, 2010)

Vad	**Vem**	**Hur**	**När**	**Uppföljning**

Att förebygga fallolyckor.	Enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, vård- och omsorgspersonal.	Fallriskbedömning enligt Senior alert.	Vid inflyttning till demensboende. Vid nyinskrivning i hemsjukvården. Vid fallolycka.	Årlig uppföljning enligt Vårdpreventions-rutin.
Om fallrisk identifierats.	Enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, vård- och omsorgspersonal.	Planera och förebygga åtgärder för att motverka fall enligt Senior alert. Checklista av hemmiljö – fördjupad utredning/ åtgärd efter riskbedömning enligt Senior alert. Hälsoärende – Fallrisk - skapas av sjuksköterska där aktuella preventiva åtgärder dokumenteras. Bedömning av arbetsterapeut/ fysioterapeut för vidare åtgärd.	Teammöte. När fallrisk identifierats för att förebygga fallolycka.	Teammöte. Genomförande-plan. Årskontroll. Fallolycka dokumenteras i hälsoärende av vård och omsorgspersonal. Om fallolycka ger fysisk skada ska avvikelse skrivas enligt rutin av vård- och omsorgspersonal. Avvikelse-hantering enligt rutin. Uppföljning av hjälpmedel enligt förskrivnings-processen/ hjälpmedelsrutin.

Skydds- och begränsningsåtgärder

En demenssjukdom gör att personen får en nedsatt förmåga att bedöma risken för skador både på sig själva och ibland även på andra människor. För att den demensdrabbade inte ska skada sig själv eller andra och därigenom tappa sin värdighet behövs ibland skydds- och begränsningsåtgärder som ett komplement till tidigare valda individuella åtgärder. Skydds- och begränsningsåtgärder är åtgärder som riskerar att ligga på gränsen mellan vad som tycks vara skyddande, begränsande eller ytterst frihetsberövande. Dessa åtgärder måste vidtas för den demensdrabbade personens bästa och för att stärka dennes värdighet och livskvalité. En skydds- och begränsningsåtgärd får aldrig användas om inte den demensdrabbade har gett sitt

samtycke. Se lokal riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder inom Svenljunga kommun.(länk medarbetarwebben)

Vad	Vem	Hur	När	Uppföljning
Skydds- och begräns-ningsåtgärd vid uppenbar risk för skada.	Enhetschef.	Ett övergripande ansvar för hur individuella skydds – och begränsnings-åtgärder och generella passiva larm används på enheten. Riskanalys enligt Checklista för bedömning av begränsningsåtgärd. Ansvar att larmombud finns på enheten.	Alltid för sina enheter enligt kommunens rutiner. Se kolumn under:	Regelbundet enligt kommunens rutiner. Teammöte. Vid individuella behov. Avvikelsehanterin g enligt rutin.
	Sjuksköterska.	Ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser. Riskanalys enligt Checklista för bedömning av begränsningsåtgärd. Förskriver individuella larm (sensor, dörr och GPS-larm) och sänggrindar enligt förskrivningsprocess. Hälsoärende – aktuellt larm - skapas för dokumentation.	När det finns en uppenbar risk för personen att utsätts för skada och när andra omvårdnadsåtgärder inte är tillräckliga. Indikation för skydds- och begränsnings åtgärder är: återkommande fall, yrsel-, syn- eller balansrubbningar, nedsatt kognitiv - eller kommunikations-förmåga, nedsatt orienteringsförmåga. Teammöte.	Teammöte. Uppföljning enligt förskrivnings-processen. Årskontroll. Vid individuella behov. Avvikelse-hantering enligt rutin.
	Arbetsterapeut/ fysioterapeut.	Ansvar för aktivitetsförmåga/ funktionsbedömning, förskriver bälten, brickbord enligt förskrivnings-process. Hälsoärende – aktuell åtgärd – skapas för	Se kolumn ovanför:	Teammöte. Uppföljning enligt förskrivnings-processen/ hjälpmedelsrutin. Vid individuella behov. Avvikelse-

		dokumentation. Checklista se ovan.		hantering enligt rutin.
	Vård- och omsorgspersonal.	Kontaktar berörd enhetschef, sjuksköterska och arbetsterapeut när behov finns. Ansvarar för att utföra insatser enligt ordination. Dokumentera i hälsoärende och genomförandeplan enligt rutin. Larmombud.	Se kolumn ovanför:	Teammöte. Genomförande-plan. Vid individuella behov. Avvikelse-hantering enligt rutin.
Samtycke till skydds- och begränsnings åtgärd.	Enhetschef. Sjuksköterska. Arbetsterapeut.	Personen själv lämnar samtycke till skydds- och begränsningsåtgärd genom någon av följande samtycke: uttryckligt samtycke, konkluderat samtycke, presumerat samtycke eller inre samtycke. För kunskap om samtyckets innebörd: läs Riktlinjen på medarbetarwebben. Inhämtning av samtycke: dokumenteras i journal.	När det finns en uppenbar risk för personen att utsättas för skada och när alla andra omvårdnadsåtgärder inte är tillräckliga.	1 gång/år. Dokumenteras i journal. Ett samtycke kan när som helst återkallas av personen och då får skydds- och begränsnings-åtgärden inte längre användas.

Nutrition

Personer med demenssjukdom har en ökad risk att drabbas av undernäring vilket inte alltid beror på nedsatt aptit utan kan orsakas av praktiska och kognitiva svårigheter. Att hitta till och från mataffären, att känna igen matredskap och att organisera sina inköp kan vara svårigheter tidigt i sjukdomsbilden. När sjukdomen fortskrider tillkommer besvär med att hantera glas och bestick men även problem med att inte kunna tolka sina sinnesintryck som att inte kunna identifiera sin mat på tallriken. Vid senare fas i demenssjukdomen kan personen få svårt att svälja, börja äta med fingrarna eller behöva bli matad. (Skog, 2013). Länk till Vårdgivarwebben

Vad	Vem	Hur	När	Uppföljning
Måltidens sociala betydelse för personen i ordinärt boende.	Vård- och omsorgspersonal. Biståndshandläggare.	Fråga personen och anhöriga.	När behov uppstår. Biståndsbedömning.	Teammöte. Genomförande-plan. Uppföljning av bistånd enligt rutin.
Måltidens sociala betydelse för personen i vård- och omsorgsboende.	Enhetschef. Vård- och omsorgspersonal.	Fråga personen och anhöriga.	Ankomstsamtal. När behov uppstår.	Teammöte. Genomförande-plan.
Att bejaka personens önskan om måltidssituation i ordinärt boende.	Vård- och omsorgspersonal. Biståndshandläggare.	Individuella åtgärder kring måltidssituation och måltidsmiljö. Dokumentera i genomförandeplan.	Vid förändringar i personens måltidssituation. Biståndsbedömning.	Teammöte. Genomförande-plan. Uppföljning av bistånd enligt rutin.
Att bejaka personens önskan om måltidssituation i vård- och omsorgsboende.	Enhetschef. Vård- och omsorgspersonal.	Individuella åtgärder kring måltidssituation och måltidsmiljö. Dokumentera i genomförandeplan.	Ankomstsamtal. Vid förändringar i personens måltidssituation.	Teammöte. Genomförande-plan.
Att identifiera riskpersoner för undernäring. Att identifiera personer med tugg och/eller sväljsvårighe	Enhetschef.	Bemanningsansvar, ansvar för kostombud, ansvar för måltidsmiljö, ansvar för nattfasta samt övergripande Senior alert ansvar.	Alltid för sina verksamheter enligt kommunens rutiner.	Regelbundet enligt kommunens rutiner. Avvikelse-hantering enligt rutin.

ter.				
	Sjuksköterska.	Inhämta information om problematik. Ordinera viktkontroll, vätskelista och kostregistrering, Skriva kostintyg, ordinera mellanmål, kontakta dietist och läkare vid behov. Senior alert/MNA-bedömning. BMI – kontroll. Samtal med vård- och omsorgspersonal, enhetschef och anhöriga.	Vid nyinskrivning. Vid misstanke om viktnedgång. Vid misstanke om tugg och/eller sväljsvårigheter. Vid lång nattfasta. Vid ordination av läkare/dietist. Vid inflyttning till demensboende.	Teammöte. Årskontroll. Individuella uppföljningar enligt ordination av läkare/dietist. Anhörigkontakt. Individuella uppföljningar. Avvikelse-hantering enligt rutin.
	Vård- och omsorgspersonal.	Viktkontroll. Identifiera risker i måltidsmiljön. Möjliggöra en bra måltidsmiljö. Utföra mätning av nattfasta, utföra vätske- och kostregistrering samt utföra individuella åtgärder kring måltidssituationen. Rapport till sjuksköterska/ enhetschef vid förändringar i matintag. Behov av hjälpmedel för att äta. Sittställning vid matbord. Kontakt med rehab för	Enligt ordination från sjuksköterska/ enhetschef och rehab.	Teammöte. Återkoppling till sjuksköterska/ enhetschef och rehab. Dokumentera i genomförande-plan. Avvikelse-hantering enligt rutin.

		bedömning. Kostombud.		

Munhälsa

Västra Götalandsregionen har enligt Tandvårdslagen (1985:125) ansvar för uppsökande och nödvändig tandvård. Enligt Tandvårdsförordningen (1998:1338) ska regionen och kommunen samverka kring personer som är berättigade till särskilt tandvårdsstöd. Om personen är berättigad till särskilt tandvårdsstöd styrs av graden av omvårdnadsbehov och om förbättringsutsikten bedöms vara liten. En demenssjuk person blir berättigad till särskilt tandvårdsstöd när omvårdnadsbehovet ökar då sjukdomen försämras. Om personen med demenssjukdom fått ett intyg utfärdat för nödvändig tandvård då berättigar intyget till att personen betalar samma avgift hos tandläkaren som för övrig hälso- och sjukvård och att summan ingår i högkostnadsskyddet och ger rätt till frikort under resterande högkostnadsperiod. (länk intranätet Munhälsa-Tandvårdsstöd)

Vad	Vem	Hur	När	Uppföljning
Munhälsans betydelse för personens väl-befinnande.	Enhetschef, sjuksköterska, vård- och omsorgspersonal, biståndshandläggare	Fråga personen och anhöriga.	Ankomstsamtal. När behov finns. Vid biståndsbedömning.	Teammöte. Genomförande-plan. Uppföljning av bistånd enligt rutin.
Att bejaka personens egen önskan kring munhälsa.	Enhetschef, sjuksköterska, vård- och omsorgspersonal, biståndshandläggare	Individuella åtgärder kring munhälsa. Dokumentera i genomförandeplan.	Ankomstsamtal. Vid förändringar i personens munhälsa. Vid biståndsbedömning	Teammöte. Genomförande-plan. Uppföljning av bistånd enligt rutin.
Behov av nödvändig tandvård.	Sjuksköterska. Biståndshandläggare.	Utfärdar intyg om nödvändig tandvård.	Enligt rutin när behov finns.	Årlig munhälso-bedömning. Teammöte. Genomförande-plan.
Munhälso-bedömning.	Enhetschef. Tandhygienist.	Enklare kontroll av personens munhåla, tänder	En årlig bedömning av tandhygienist på personer som har behov av	Teammöte. Genomförande-plan. Individuella

		och tandersättningar. Vård- och omsorgspersonal/ anhöriga är med vid bedömning.	nödvändig tandvård.	ordinationer följs upp av vård- och omsorgspersonal och sjuksköterska enligt ordination. Ev. tandläkarbesök.
	Sjuksköterska.	Utfärdar hälsodeklaration.	Inför munhälsobedömning.	Komplettera hälso-deklarationen med nya diagnoser inför årlig munhälso-bedömning. Kontakt med tandhygienist.

Hygiensituationen

Allt eftersom en demenssjukdom fortskrider kommer personens individuella hjälpbehov att öka. Att sköta toalettbehov samt sin hygien blir ofta svårare då den demensdrabbade kanske inte kan tyda kroppens signaler och ibland kanske inte förstår innebörden av ordet toalett eller vad den används till. (Sandman, 2011) För att kunna sköta sina toalettbehov är det viktigt att möjliggöra att den demensdrabbade hittar både till och inne på toaletten. Vilket kan göras genom att använda kontrastfärger på toalettdörr, kakel, toalettring/lock samt markera ljusknapp och använda färgade handdukar. Det är viktigt att färg, form och ljus samverkar för att stödja funktionen och välbefinnandet hos den demensdrabbade. (Wijk, 2015)

Vad	**Vem**	**Hur**	**När**	**Uppföljning**
Personens individuella toalett/ hygienvanor i ordinärt boende.	Vård- och omsorgspersonal. Biståndshandläggare.	Fråga personen och anhöriga.	När behov finns-biståndsbedömning.	Teammöte. Genomförande-plan. Uppföljning av bistånd enligt rutin.
Personens individuella toalett/ hygienvanor	Enhetschef. Vård- och omsorgspersonal.	Fråga personen och anhöriga.	Ankomstsamtal.	Teammöte. Genomförande-plan.

i vård- och omsorgsboende.				
Att bejaka personens önskan om toalett/ hygienvanor i ordinärt boende.	Vård- och omsorgspersonal. Biståndshandläggare.	Individuella åtgärder kring toalett/hygienvanor. Dokumentera i genomförandeplan.	När behov finns- biståndsbedömning	Teammöte. Genomförande-plan Uppföljning av bistånd enligt rutin.
Att bejaka personens önskan om toalett/ hygienvanor i vård- och omsorgsboende.	Enhetschef. Vård- och omsorgspersonal.	Individuella åtgärder kring toalett/hygienvanor. Dokumentera i genomförandeplan.	Ankomstsamtal.	Teammöte. Genomförande-plan.
Förändringar i personens toalett/ hygienvanor.	Enhetschef.	Bemanningsansvar. Ansvar för inkontinensombud.	Alltid för sina verksamheter enligt kommunens rutiner.	Regelbundet enligt kommunens rutiner. Avvikelse-hantering enligt rutin.
	Sjuksköterska.	Inhämta information om problematik. Förskriver inkontinens-hjälpmedel enl. för-skrivningsprocess. Läkarkontakt vid behov. Skapa hälsoärende kring inkontinenshjälp-medel. Samtala med vård- och omsorgspersonal, enhetschef och anhöriga.	Vid förändring i personens toalett/hygienvanor.	Teammöte. Årskontroll. Individuella egna uppföljningar och enligt ordination. Anhörigkontakt. Avvikelse-hantering enligt rutin.
	Arbetsterapeut/	Inhämta information	Vid förändring i personens	Teammöte.

	Fysioterapeut.	om problematik. Översyn av miljö i badrum. Förskriver individuella hjälpmedel enligt förskrivnings-process, Samtala med vård och omsorgspersonal, enhetschef och anhöriga.	toalett/hygienvanor.	Individuella egna uppföljningar. Anhörigkontakt. Avvikelse-hantering enligt rutin.
	Vård och omsorgspersonal.	Identifiera förändringar i personens toalett/hygienvanor samt identifiera risker i badrumsmiljön. Rapportera till sjuksköterska/enhetschef/ arbetsterapeut/ fysioterapeut vid förändringar i toalett/hygienvanor Möjliggöra en bra miljö i badrum och utföra individuella åtgärder kring toalett/hygienvanor Inkontinens-ombud. Toalett/hygien-vanor. Möjliggöra en bra miljö i badrum och utföra individuella åtgärder kring toalett/hygienvanor Inkontinensombud.	Vid förändring i personens toalett/hygienvanor.	Teammöte. Dokumentera i genomförande-plan. Återkoppling till enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut/ fysioterapeut Avvikelse-hantering enligt rutin.

Palliativ vård vid demenssjukdom

Palliativ vård förknippas ofta med vård i livets slutskede. Ordet palliativ kommer från latinska ordet pallium som betyder mantel. En mantel kan symbolisera att den omsluter, tröstar och värmer den sjuka personen. Palliativ vård betyder lindrande vård, vilket kan ges under lång tid vid demenssjukdom. Den palliativa vården indelas i två faser – en tidig fas, som pågår i månader till år samt en sen fas – som kan pågå i dagar, veckor eller månader och omfattar livets sista tid. (Skog, 2013)

Att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt leder till att vi försöker skräddarsy omvårdnaden kring varje person med demenssjukdom. När personen försämras i sin sjukdom gör detta förhållningssätt att vi kan bevara personens värdighet intill livets slut. I kommunen arbetar vi med palliativa registret vilket är ett nationellt kvalitetsregister för att säkerställa individuella stödinsatser för personer i livets slutskede. (länk medarbetarwebben, Handlingsplan för palliativ vård)

Bilaga 1

Checklista: Vid demensutredning, Närhälsan Svenljunga vårdcentral

- Hereditet.
  Finns demenssjukdom i släkten.
- Socialt,
  aktiviteter i vardagen
- Utbildning
- Yrkesexposition
  (Lösningsmedel, insektsgift mm)
- Körkort
  Svårt att bedöma i tidigt skede, svårigheter att klara femhörning och klockan, ett observandum
- Vapen
- Tidigare sjukdomar
  Kärlsjukdomar, hypertoni, diabetes, hypothyreos, depression x flera, Parkinsons sjukdom ökar risken för demensutveckling. Upprepade skatrauma?
- Kem-lab.
  Hb, sänka, blodsocker, natrium, kalium, kreatinin, calcium, albumin, TSH, homocysteinnivå och urinsticka. Vikt
- MMSE + KLOCKTEST
  (även pat. med 28-29 poäng kan ha en handikappande demens). MMSE används som kvalitativt mått, se på utförandet och tempo, man får ej stirra sig blind på poäng.
  Klocktest mycket känsligt i tidigt skede. Får ej ensamt användas som diagnosredskap vid tidiga symtom, utan som screening.
- Datortomografi
- Remiss till arbetsterapeut/fysioterapeut
  – för kognitiva bedömningar, aktivitets/ funktionsbedömning som kan vara komplement i demensdiagnostiken.
  – för kognitiva hjälpmedel, bostadsanpassning och råd i vardagen om behov finns.

Anhörig anamnes

Viktigt att man tar anamnes av anhöriga i enrum, förändringarna i personligheten är viktig, många törs ej berätta om svårigheterna hemma, övergrepp med våld.
Använd Ragnar Åstrand strukturerade Anhörigintervju.

Referenser

BPSD-registret. (2019). Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Malmö. https://www.bpsd.se/

Demensförbundet. (u.å.). https://www.demensforbundet.se/att-vara-anhorig/

Edberg, A.-K. (2011). Personcentrerad omvårdnad. I A.-K. Edberg (Red.), Att möta personer med demens (2. Uppl., ss. 151-168). Lund: Studentlitteratur.

Hylen Ranhoff, A. (2010). Den äldre patienten. I M. Kirkevold, K. Brodkorb, A. Hylen Ranhoff (Red.), Geriatrisk omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten (ss. 73-84). Stockholm: Liber.

Sandman, P. -O (2011). Omvårdnad relaterat till kroppsliga behov. I A.-K. Edberg (Red.), Att möta personer med demens (2. Uppl., ss. 257-270). Lund: Studentlitteratur.

Senior alert. (2019). Ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. Jönköping. Hämtad 19 november, 2019, från https://www.senioralert.se

SFS 2001:937. (2018). Socialtjänstförordningen. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:612. (2017). Lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612

SOU 1995:5.(2015). Vårdens svåra val. Stockholm: Socialdepartementet.

Sjöbeck, Barbro., & Berglund, M. (2011). En salutogen demensvård. I A.-K. Edberg (Red.), Att möta personer med demens (2. Uppl., ss. 225-241). Lund: Studentlitteratur.

Skog, M. (2013). Den fundamentala och kroppsnära vården och omsorgen vid demenssjukdom: Måltider och svårigheter att äta. I H. Basun., M. Skog., L.-O. Wahlund., & H. Wijk (Red.), Boken om demenssjukdomar (ss. 119-128). Stockholm: Liber.

Skog, M. (2013). Gemensam värdegrund och arbetssätt – etik och reflektion: Palliativt synsätt. I H. Basun., M. Skog., L.-O. Wahlund., & H. Wijk (Red.), Boken om demenssjukdomar (ss. 237-239). Stockholm: Liber.

Skog, M. (2016). Kommunikation & demenssjukdom – ökad förståelse i samtal och möten. Stockholm: GOTHIA fortbildning.

Socialdepartementet.(2018). Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom. Stockholm. Länk

Socialstyrelsen. (2012). Äldreomsorgens nationella värdegrund – ett vägledningsmaterial. Stockholm: Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2012-3-3.pdf

Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen. Länk

Svenskt demenscentrum. (2016). Fakta om demens, Demenssjukdomar. Hämtad 20 november, 2019, Länk http://www.demenscentrum.se

Västkom. (2021). Gemensam riktlinje om in- och utskrivningar från sluten hälso- och sjukvård. Västra Götalandsregionen. Länk Intranätet. Riktlinje Samverkan vid in- och utskrivning VG (vgregion.se)

Lokal riktlinje SAMSA Svenljunga kommun…länk

Wijk, H. (2015). Färgsättning som kod, ledtråd och förskönande faktor. I H. Wijk (Red.), Vårdmiljöns betydelse (ss. 165-183). Lund: Studentlitteratur.

Äldrekompassen. (2020-21). Vägledning vid läkemedelsbehandling hos sköra äldre, Terapigrupp Läkemedel och äldre, länk Västra Götalandsregionen.

Noteringar

Närhälsan har tagit del och godkänt de delar i handlingsplanen där de är involverade: Utredning och samtycke – vid kognitiv svikt, informationsöverföring och bilaga 1.