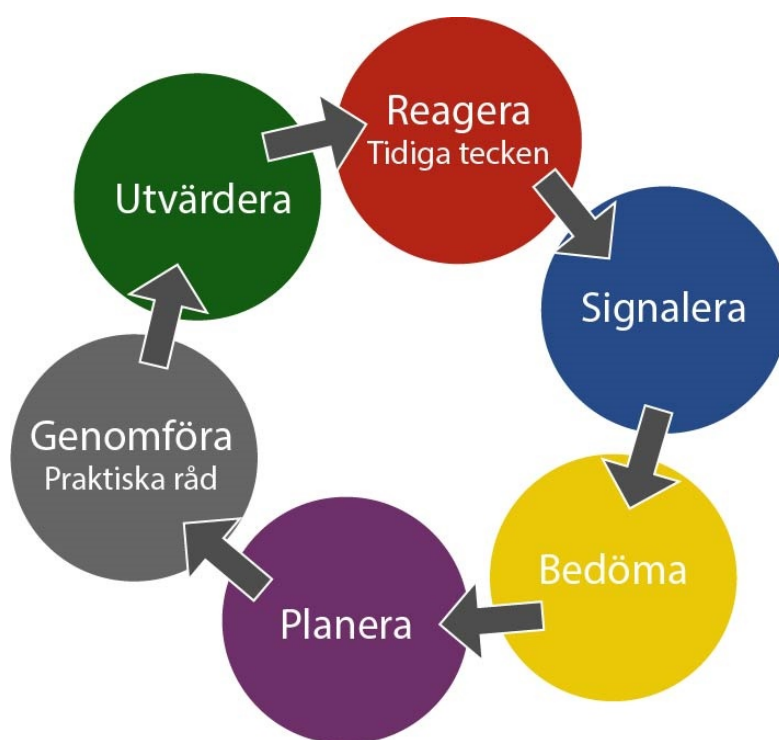




Lokalt vårdprogram

Kognitiv sjukdom (demenssjukdom)



Innehållsförteckning

1.	Inledning	4
1.1.	Syfte	4
1.2.	Mål.....	4
1.3.	Diagnoskriterier	4
1.4.	Värdegrunden uttrycks i lagstiftningen	5
2.	REAGERA – Tidiga tecken	6
2.1.	Anhörigstöd	6
3.	SIGNALERA – Vem ska kontaktas?	7
3.1.	Vem signalerar jag till?	7
3.2.	Anhörigstöd	8
4.	BEDÖMA	9
4.1.	Bedömning av vårdnivå.....	9
4.2.	BPSD – Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom	10
4.3.	Palliativ vård	10
4.4.	Utvecklingsstörning/intellektuell funktionsnedsättning	11
4.4.1.	Bedömningsinstrument.....	11
4.5.	Anhörigstöd	11
4.6.	Bedömningsdokument	12
4.6.1.	Riskbedömningar	12
4.6.2.	Kognition	12
4.6.3.	Smärta.....	12
4.6.4.	Läkemedel.....	12
4.6.5.	ADL	12
4.6.6.	Kognitivt hjälpmedel	13
4.6.7.	Gångförmåga/balans/motorik	13
4.6.8.	Miljö.....	13
4.6.9.	Måltidssituation	13
4.6.10.	Övrigt.....	13
5.	PLANERA	14
5.1.	Personcentrerad omvårdnad.....	14
5.2.	Personberättelse/levnadsberättelse.....	15
5.3.	Multiprofessionellt teamarbete	15
5.3.1.	Professionernas uppdrag	16
5.4.	Kommunala insatser	17
5.5.	Anhörigstöd	19

6.	GENOMFÖRA – Praktiska råd.....	20
6.1.	Nollvisionen - att hitta vägar utan tvång och begränsningar.....	20
6.2.	BPSD – Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom	21
6.3.	Relaterade dokument.....	22
6.3.1.	Praktiska råd i omvårdnad.....	22
6.3.2.	Annat av betydelse.....	23
6.4.	Anhörigstöd	23
7.	UTVÄRDERING	24
7.1.	Uppföljning och utvärdering	24
7.2.	Vårdgivare Skåne.....	24
8.	ANHÖRIGSTÖD	25
9.	UTBILDNING, PRAKTISK TRÄNING OCH HANDLEDNING FÖR PERSONALEN	26

1. Inledning

Detta vårdprogram är ett led i strävan att förbättra vården och omsorgen för personer med varaktig kognitiv svikt. Programmet riktar sig till olika yrkesgrupper som kommer i kontakt med nämnda målgrupp och deras anhöriga. Det är avsett att användas som stöd i olika arbetsmoment och vid handledning.

Vårdprogrammet bygger på socialstyrelsens rekommendationer och beskriver bland annat arbetsprocess, ansvar och riktlinjer för arbetet vid kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Denna uppdaterade version överensstämmer väl med rekommendationerna från [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom](#) som utgavs av Socialstyrelsen i dec 2017.

Rekommendationerna rangordnas (prioriteras) 1-10 där 1-3 *bör* användas, 4-7 *kan* användas och 8-10 *kan i undantag användas*. Även [Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom](#), 2018, har används i detta arbete.

Socialstyrelsen (sept. 2020) har utarbetat [indikatorer](#) och tagit fram målnivåer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer. Lokalt vårdprogram har tagit del av dessa.

1.1. Syfte

Syftet med detta lokala vård- och omsorgsprogram är att öka förutsättningarna för personalen att genom tidig reaktion och agerande, ligga "steget före" i bedömning och insatsplanering för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom och att förbättra stödet till deras anhöriga.

1.2. Mål

Målet med vårdprogrammet är: att med ett hälsobefrämjande perspektiv på kognitiv svikt, kunna förebygga, men även förutse och lindra problem som oundvikligen uppstår vid kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

1.3. Diagnoskriterier

Demens är ett samlingsnamn för symptom som orsakas av skador eller sjukdomar i hjärnan. Ordet demens är på väg ut ur språkbruket och kommer att ersättas av kognitiv sjukdom, men i skärningspunkten kommer båda benämningarna att användas.

Symtomen kan yttra sig på olika sätt beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. Språk, tidsuppfattning och orienteringsförmåga är andra så kallade *kognitiva förmågor* som påverkas negativt. Även oro, nedstämdhet och beteendeförändringar kan tillhöra sjukdomsbilden. Sammantaget leder symptomen till att personen har svårt att klara sin dagliga tillvaro utan stöd.

För att ställa diagnosen används de [internationella kriteriemanualerna](#). I Sverige används vanligen DSM-V eller ICD-10.

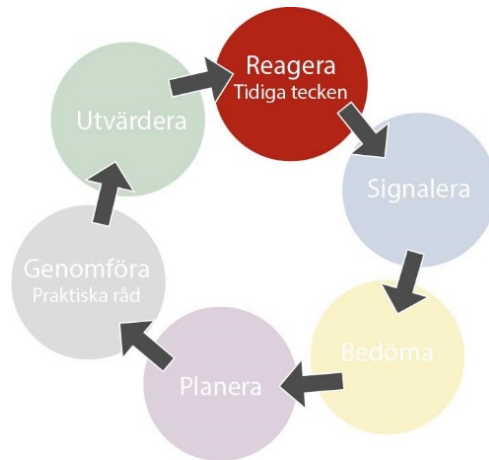
1.4. Värdegrunden uttrycks i lagstiftningen

De grundläggande värderingar som uttrycks i lagstiftningen innebär att personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom:

- ska få sin integritet och sitt självbestämmande respekterat
- ska få tillgång till insatser på jämlika villkor och att insatserna är lätt-tillgängliga
- ska få sina rättigheter respekterade
- ska kunna känna sig trygga
- inte får diskrimineras, till exempel uteslutas från vård och omsorg på grund av kön, etnicitet, ålder eller diagnos.

Dessa grundläggande värderingar uttrycks i socialtjänstlagen [SOL \(2001:453\)](#), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade [LSS \(1993:387\)](#), och hälso- och sjukvårdslagen [HSL \(1982:763\)](#) som har stöd i regeringsformen och Europakonventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

2. REAGERA – Tidiga tecken



Det är viktigt att **reagera** tidigt på ett förändrat beteende för att snabbt kunna motverka eller lindra problemen vid kognitiv svikt

Ett förändrat beteende kan vara symptom på sjukdom. Det är viktigt att utredning görs för att kunna arbeta med att förebygga problem som kan uppstå vid kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Även hos personer med diagnostiserad kognitiv sjukdom är det viktigt att reagera på nya symptom. Det kan betyda behov av förändrade insatser för den personen.

För mer information klicka på länk:

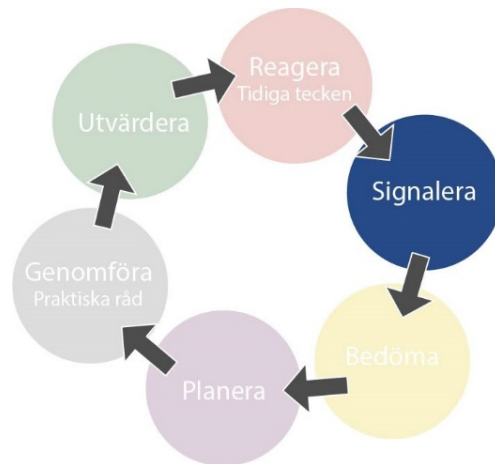
- [Tecken att reagera på](#). Symtomen kan vara tecken på andra sjukdomar.

2.1. Anhörigstöd

För mer information klicka på aktuell länk:

- [Stöd för dig som anhörig/närstående](#)
- [Demenslotsen](#) - ett digitalt anhörigstöd
- [En Bra Plats](#)

3. SIGNALERA – Vem ska kontaktas?



3.1. Vem signalerar jag till?

För personer som **redan har kontakt med en sjuksköterska och är inskrivna i HSL** via vård – omsorgsförvaltningen i Helsingborg gäller följande:

Den som reagerar på nyttillkomna symptom eller andra förändringar ska rapportera dessa iakttagelser till **Omvårdnadsansvarig sjuksköterska** i området, som i sin tur beroende på situation ombesörjer kontakt med:

- personens husläkare
- specialistvården då dessa är inkopplade
- biståndshandläggare
- arbetsterapeut
- fysioterapeut

Gällande **personer som har SOL** – insatser via vård – omsorgsförvaltningen, **men inte är inskrivna i HSL** gäller följande:

Den som reagerar på nyttillkomna symptom eller andra förändringar, kan efter att ha inhämtat samtycke från personen, eller om personen önskar, hjälpa till att förmedla kontakt med t ex biståndshandläggare via Helsingborg kontaktcenter telefon: 042-10 50 00, husläkare/vårdcentral och om det finns anhöriga, till anhörigstödet.

OBS

Om behovet finns ang. råd och stöd av en sjuksköterska, kan man alltid kontakta områdes-sjuksköterskorna.

Gällande personer utan kontakt med vård- och omsorgsförvaltningen i Helsingborg

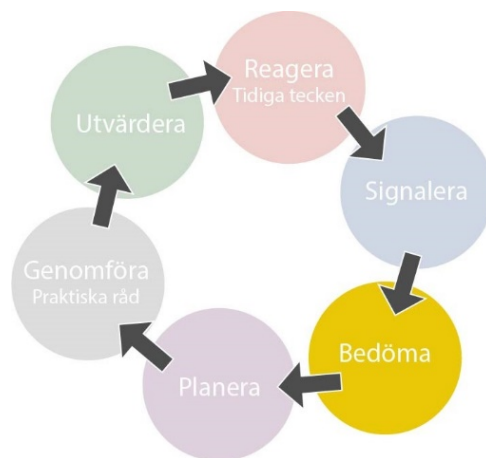
Den som reagerar på nytillkomna symtom eller andra förändringar, kan efter att ha inhämtat samtycke från personen, eller om personen önskar, hjälpa till att förmedla kontakt med t ex biståndshandläggare via Helsingborg kontaktcenter telefon: 042-10 50 00, husläkare/vårdcentral och om det finns anhöriga, till anhörigstödet.

3.2. Anhörigstöd

För mer information klicka på aktuell länk:

- [Stöd för dig som anhörig/närstående](#)
- [Demenslotsen](#) - ett digitalt anhörigstöd
- [En Bra Plats](#)

4. BEDÖMA



Det multiprofessionella teamets helhetsbedömning av personen är ett betydelsefullt komplement till läkarens bedömningar. Anhörigas medverkan är ovärderlig.

Bedömningen är en förutsättning för att avgöra behovet av insatser enligt SOL och HSL, kunna fastställa mål med insatserna och göra detaljerade vårdplaner.

OBS! Förmågan att planera och verkställa kan vara kraftigt nedsatt hos en person med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Viktigt att tänka på hur "tröskelbegreppet" gäller. Vid kognitiva svårigheter ska vi "ställa oss på tröskeln" trots att personen fysiskt kan ta sig till vårdcentralen men på grund av de kognitiva svårigheterna inte klarar av att ta sig till vårdcentral. Alltså erbjuda insatser i hemmet

4.1. Bedömning av vårdnivå

Om personen har varaktiga kognitiva svårigheter är det av största vikt att biståndshandläggaren, efter samtycke, samverkat med andra aktörer runt personen och anhöriga för att få en helhetsbedömning av personens funktioner och omvårdnadsbehov.

4.2. BPSD – Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

- Erbjuder strukturerad uppföljning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och utvärdering av insatta åtgärder till personer med BPSD (prioritet 1)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

De flesta personer som har en kognitiv sjukdom/demenssjukdom drabbas någon gång under sjukdomsförloppet av BPSD, www.bpsd.se. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer, vanföreställningar, depression eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdomen, men även för anhöriga och vårdpersonal. Nationella riktlinjer påtalar att "hälso- och sjukvården minst en gång per år bör följa upp bland annat beteende förändringar (BPSD)"

Vård och omsorgsförvaltningen i Helsingborg har beslutat att alla personer med diagnos på kognitiv sjukdom/ demenssjukdom och som har insatser från förvaltningen, ska erbjudas denna bedömning 2 ggr/år.

[Här hittar du rutinen för arbete med BPSD-registret.](#)

Vård och omsorgsförvaltningen i Helsingborg har sedan 2016 använt BPSD-registret för att genom ett systematiskt sätt säkerställa och kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

BPSD-processen i [hemvård](#) och [vårdboende](#) finns på intranätet under HSL-rutin/BPSD.

4.3. Palliativ vård

Vid kognitiv sjukdom och palliativ vård är det viktigt att ha ett palliativt förhållningssätt tidigt i sjukdomsbilden.

Nationell vårdplan för palliativ vård, NVP, erbjuder ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda patientens palliativa vårdbehov, önskemål och prioriteringar. Detta kan öka trygghet, delaktighet och livskvalitet både för patient och närstående. Det är även en hjälp för personal att uppmärksamma viktiga aspekter. NVP behöver bli ett naturligt stöd i vården i tidig palliativ fas.

För mer information klicka på aktuell länk:

- [Palliation ABC](#) – webbutbildning
- [Nationell vårdplan palliativ vård](#)
- [Lokala vårdprogram för palliativ vård](#)

4.4. Utvecklingsstörning/intellektuell funktionsnedsättning

Den ökade livslängden och den ökade självständigheten hos personer med intellektuella funktionsnedsättningar kan medföra svårigheter att upptäcka och uppmärksamma nya och annorlunda tecken på åldrande och tidig utveckling av kognitiv sjukdom. Det är viktigt med evidensbaserade utredningsmetoder, tidig upptäckt och rätt diagnos.

För många sjukdomar, som kan förväxlas med begynnande demens, finns möjligheter till terapeutisk och medicinsk behandling. Att skilja ut och fastställa en begynnande demensutveckling har blivit stor utmaning inom vård och omsorg. En konstaterad demensutveckling fordrar ett genomtänkt anpassat bemötande och rätt till medicinsk behandling.

Det främsta kriteriet vid misstanke om begynnande kognitiv sjukdom/demenssjukdom är att fastställa om det finns bestående funktionsförluster och ihållande försämringar. Vid de första misstankarna om försämring finns det sällan så kallade basmått att jämföra tidigare funktioner med. Det är ofta svårt att bedöma förändringar som sker smygande över lång tid.

4.4.1. Bedömningsinstrument

[Funca](#) används som ett verktyg att utvärdera brukarnas mående i teamet och kan ligga till grund för fortsatta insatser. Vid behov tar habiliteringsteamet hjälp från demenssjuksköterska.

Habiliteringsteamet handleder personalen i det förändrade pedagogiska arbetet utifrån den kognitiva nivå man befinner sig på och stöttar personalen att följa med i förändringsprocessen hos brukaren.

Att leva som andra innebär att habiliteringsteamet stöttar brukare och deras personal i att de ska få samma möjligheter till vård, utredning och behandling som övriga samhället.

4.5. Anhörigstöd

För mer information klicka på aktuell länk:

- [Stöd för dig som anhörig/närstående](#)
- [Demenslotsen](#) - ett digitalt anhörigstöd
- [En Bra Plats](#)

4.6. Bedömningsdokument

För mer information om varje dokument, klicka på den aktuella länken så länkas du vidare.

4.6.1. Riskbedömningar

Ska användas:

- [Senior alert](#): Nutrition, fall, trycksår, munhälsa, blåsdysfunktion
- [BPSD](#): Bakomliggande orsaker, orosprofil, smärta,
- [Åtgärder – Checklista fall](#)
- [Fallbroschyr 2021](#)

4.6.2. Kognition

Kan användas

- [GBS- funktionsskattning](#)
- [Neurokognitiv symtomenkät](#), webbversion
- [Anhörig/närståendeintervju \(pappersform\)](#)
- [Kognitiv checklista vid arbetsterapeutisk bedömning av ADL-förmåga](#)

4.6.3. Smärta

Kan användas:

- [Abbey pain scale](#)
- [ESAS](#)
- [VAS](#)

4.6.4. Läkemedel

Kan användas:

- [Phase-proxy](#)
- [Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi](#)
- [Läkemedelsbehandling](#)

4.6.5. ADL

- [Kognitiv checklista vid arbetsterapeutisk bedömning av ADL-förmåga](#)

4.6.6. Kognitivt hjälpmedel

- [Tids/planeringshjälpmedel](#)
- [Kognitivt stöd/hjälpmedel](#)
- GPS - *diskussion pågår om detta ska användas*

4.6.7. Gångförmåga/balans/motorik

Kan användas:

- [Short Physical Performance Battery – S \(SPPB-S\)](#): Tydligt test som ger information om både balans, gångförmåga och styrka. Rekommenderas av FYSS i deras kapitel om Demens.
- [TUG samt TUG med tillägg](#)

4.6.8. Miljö

Bör användas:

- [Bedömning av miljö för ökad delaktighet och aktivitet, med tillhörande checklista.](#)

4.6.9. Måltidssituation

Kan användas:

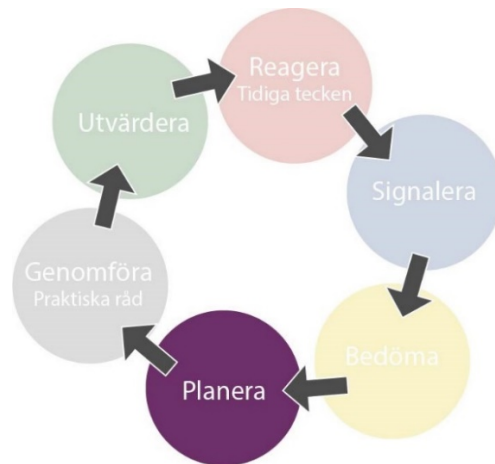
- [MEOF-II](#) – Bedömning av svårigheter vid måltid – samt bedömning av behov av anpassad måltidsmiljö.

4.6.10. Övrigt

Bör användas:

- [Checklista demens](#): Hemtjänst/särskilt boende/dagverksamhet är ett verktyg som bygger på de nationella riktlinjerna.
- [Aktivitets- och sömnprofil](#)
- Personberättelse/levnadsberättelse
 - [Att tänka på innan du lämnar ut dokumentet personberättelsen](#)
 - [Varför berätta en personberättelse](#)
 - [Personberättelse - vårdboende](#)
 - [Personberättelse – hemvård](#)

5. PLANERA



När resultatet av bedömningarna är klara ska det göras en planering för vård och omsorgsinsatserna. All planering av vård och omsorg utgår från [Socialstyrelsens Nationella riktlinjer om vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017](#).

När det är konstaterat att personen har en kognitiv sjukdom/demenssjukdom ska vård- och omsorgsplaneringen utgå från den palliativa vårdfilosofin vars hörnstenar är:

- Symtomkontroll
- Teamarbete
- Anhörigstöd
- Kommunikation/relation

Tydliga planer med mål och åtgärder/insatser för hur vården och omsorgen ska bedrivas utifrån personens behov görs i dokumentationssystemet Procapita

5.1. Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad vård och omsorg en av grundförutsättningarna för en god vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

Vid personcentrerad vård och omsorg sätts personen och inte sjukdomen i fokus. Det är människan som är viktigast, inte diagnosen. Syftet är att få personen att uppleva sin tillvaro meningsfull. Det är personligheten och upplevelse av situationen som ska vara utgångspunkten. Eftersom människor är olika behöver insatserna och miljön göras personlig

Personcentrerad vård och omsorg innebär att man inte kan bemöta alla människor med på samma sätt. Tvärtom måste bemötandet anpassas efter varje människas personlighet, erfarenheter och nuvarande situation. Det betyder att du behöver veta en hel del om personen. Det är nästan omöjligt att vårda en person med kognitiv sjukdom/demenssjukdom på ett adekvat sätt utan att ha kunskap om hans/hennes personberättelse/levnadsberättelse.

För mer information klicka på aktuell länk:

- [Personcentrerad omvårdnad](#)
- [Bra förhållningssätt](#)

5.2. Personberättelse/levnadsberättelse

[Personberättelse/levnadsberättelse](#) är ett arbetsverktyg för oss som personal. Ett sätt att lära känna personen och förstå reaktioner utifrån det som den värderat och upplevt tidigare i livet. Därför är personberättelsen/levnadsberättelsen en viktig pusselbit för att planera relevanta insatser.

Tänk på att personberättelsen/levnadsberättelsen inte är ett facit utan en vägledning. Det är viktigt att även läsa av hur personen fungerar och tänker i nutid. Vi förändrar vårt sätt att vara genom hela livet trots sjukdom.

Personberättelsen/levnadsberättelsen är personens egendom. Den kan fyllas på av personen, eventuellt dess anhöriga och våra observationer som personal.

Stöddokument finns under bedömningsinstrument

Läs gärna Bertha Ragnarsdottirs bok ” Här är ditt liv, Greta Pettersson”

För mer information klicka på aktuell länk:

- [BPSD - livsberättelse](#)

5.3. Multiprofessionellt teamarbete

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom (*prioritet 1*).

Demensprofilerade hemtjänstlag (*prioritet 4*)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

Att arbeta multiprofessionellt innebär att olika professioner samarbetar i team och bidrar med olika kunskaper och kompetens. Hur teamet ser ut kan variera över tid utifrån behoven. I takt med sjukdomens fortskridning ökar behovet av vård och omsorg och olika professioner kan då bli inkopplade.

Betydelsefulla personer i teamet är anhöriga, biståndshandläggare, kontaktansvarig/undersköterska, enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Andra professioner kopplas in efter behov.

Varje yrkesgrupps specifika plan kring personen är viktig, och tillsammans strävar de mot personens övergripande mål.

5.3.1. Professionernas uppdrag

Biståndshandläggarens uppdrag är att utreda, bedöma och besluta inkomna ansökningar och anmälningar enligt Socialtjänstlagen skyndsamt, effektivt och utan att åsidosätta rättssäkerheten samt följa upp besluten.

Med hjälp av vår demenskonsult/Silviasyster ska vi även hantera personer med kognitiv svikt/sjukdom på bästa sätt.

Det ingår även i uppdraget att arbeta förebyggande, det kan innebära hembesök för att informera om kommunens insatser i god tid.

När det gäller personer med kognitivsvikt/sjukdom är det vanligt att ärenden återkommer över tid och behovet av stöd och hjälp förändras i takt med att sjukdomen gör det.

Enhetschefens uppdrag är att ge förutsättningarna att arbeta med de olika kvalitetsregister som staden har åtagit sig att delta i, såsom Palliativregistret, Senior alert och BPSD-registret samt att säkerställa att det görs en skattning/individ 2ggr/år.

Undersköterskan/kontaktansvarig har en central roll och är den som har god kännedom om personen. Kontaktansvarigas roll är att se till att varje hyresgäst får den bedömning personen har rätt till vid de tillfällen personen skall ha den och förbereda, involvera sina kollegor.

Sjuksköterskans uppdrag är att utifrån hälso- och sjukvårdslagen (HSL) stärka hälsa, förebygga sjukdomar och ohälsa, att återställa och bevara den enskildes individuella möjligheter och behov. Även att minska lidandet och ge möjlighet till en värdig tillvaro, men även värdig död. Att reagera över BPSD symtom eller tecken på kognitiv svikt (teamarbetet). Eventuellt kalla till SIP/kontakta läkare det vill säga vara "spindeln" i nätet. Att följa nationella riktlinjer för att kvalitetssäkra vården och arbeta med kvalitetsregister.

Arbetsterapeuten bedömer förmågan att klara vardagliga aktiviteter och motverka passivisering. Identifierar andra nöjes/hobbyaktiviteter som personen uppskattar som meningsfulla. Målet är att fortsätta vara aktiv och delaktig i sitt liv. Åtgärder som kan vara aktuella är aktivitetsbalans,

miljöanpassningar, utprovning av hjälpmedel både för fysiska behov och som stöd för kognitiva och exekutiva funktioner samt välfärdsteknik.

Fysioterapeutens är specialiserad på människors rörelseförmåga. De arbetar med sambandet mellan fysisk och psykisk funktion, rörelse och hälsa och kan genom sin kunskap hjälpa människor på olika sätt. Det handlar om att främja hälsa, förebygga sjukdom och skada. Det är också att hjälpa människor att återfå funktion efter skada, att behålla bästa möjliga rörelseförmåga och funktion kopplat till olika aktiviteter som en person vill och behöver klara av i sin vardag.

Anhörigas delaktighet i teamet ger en inblick i vem personen är och vad som ger trygghet och livskvalitet. Vilken roll vill den anhöriga spela.

Andra professioner, såsom läkare, demenssjuksköterska och kurator kan också ingå i detta team beroende på behov och åtgärder

5.4. Kommunala insatser

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 (*prioritet 2*)
- anpassad måltidsmiljö till personer med demenssjukdom i ordinärt boende (*prioritet 2*)
- erbjuda möjlighet till utomhusvistelse till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*).
- Erbjuder individuellt planerade toalettbesök, (*prioritet 2*)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

Socialtjänsten bör

- erbjuda dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom till personer med mild till måttlig demenssjukdom (*prioritet 1*)
- erbjuda dagverksamhet som är anpassad för yngre personer med demenssjukdom till yngre personer med demenssjukdom (*prioritet 1*).

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

Socialtjänsten bör

- erbjuda avlösning, exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet, till anhöriga till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*).

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

Socialtjänsten bör

- erbjuda särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom till personer med måttlig till svår demenssjukdom (*prioritet 2*).

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

När det blir svårare att få ihop vardagen på egen hand, sköta t ex hemmet, personliga omsorg, måltider, sociala kontakter och avlösning kan det finnas behov av insatser från kommunen.

Insatser enligt Socialtjänstlagen (SOL)

Biståndshandläggarna utreder och fattar beslut gällande insatser enligt Socialtjänstlagen.

Utförarna (exempelvis hemservice, hemvård, dagverksamhet) planerar beviljade insatser tillsammans med den enskilde.

Exempel på kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen;

- Trygghetslarm
- Hemservice
- Dagverksamhet
- Dygnsavlösning
- Avlösning i hemmet
- Hemvård
- Korttidsboende
- Vårdboende

Insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Vårdcentralen tar kontakt med sjuksköterska i hemsjukvården som bedömer om hemsjukvård ska erbjudas.

Insatser från arbetsterapeut och fysioterapeut kan påbörjas efter kontakt med den enskilde.

Exempel på kommunala insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen

- Hemsjukvård
- Träning
- Hjälpmedelsutprovning

Läs mer här [Hemsjukvård | Helsingborg.se](https://helsingborg.se/hemsjukvard) och här [Hjälpmedel | Helsingborg.se](https://helsingborg.se/hjalpmedel)

Om personen har varaktiga kognitiva svårigheter är det av största vikt att biståndshandläggaren, efter samtycke, och andra aktörer runt personen och anhöriga samverkar för att få en helhetsbedömning av personens funktioner och omvårdnadsbehov.

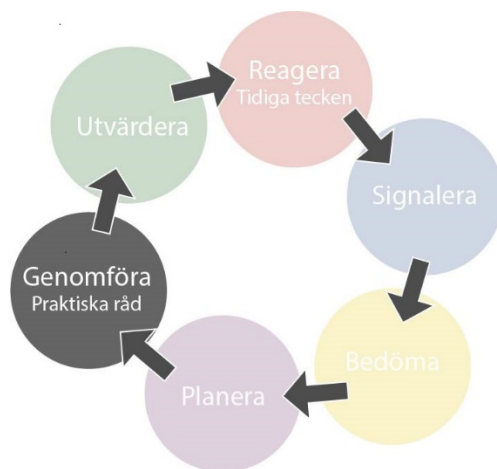
Vid bifall av vårdboende bedöms behovet av vårdnivå enligt lokala placeringsrutiner. För mer information tryck på [placeringsrutiner](#).

5.5. Anhörigstöd

För mer information klicka på aktuell länk

- [Stöd för dig som anhörig/närstående](#)
- [Demenslotsen](#) - ett digitalt anhörigstöd
- [En Bra Plats](#)

6. GENOMFÖRA – Praktiska råd



Genomföra – praktiska råd Tydliga planer med mål och åtgärder/insatser för hur vården och omsorgen ska bedrivas utifrån personens behov görs i aktuellt dokumentationssystemet.

De vårdplaner som planerats på aktuella bedömningar ska nu genomföras. Vid genomförandet ska förutom det som står under planering även Nollvision och BPSD beaktas.

Praktiskt stöd för utförandet finns under avsnitt 6.4.1. Praktiska råd i omvårdnad

6.1. Nollvisionen - att hitta vägar utan tvång och begränsningar

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

- Erbjuder strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av fysiska skyddsåtgärder, (prioritet 1)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

- Erbjuder strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av välfärdsteknik (prioritet 1)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

Idag finns inget lagstöd för att använda tvång och begränsningar i vård och omsorg vid kognitiv sjukdom/demenssjukdom, även om syftet är att skydda personen.

Det finns många vårdboende som inte har några problem med olåsta dörrar. På dessa boende finns inte tvång och begränsningar med som ett omvårdnadsalternativ. Det visar att det är möjligt att använda förhållningssätt och arbetsmetoder som kan förebygga och hantera svåra omvårdnadssituationer

Förutsättningen är en personcentrerad omsorg med personberättelsen/levnadsberättelse som gör att varje person kan bemötas utifrån sina förutsättningar, intressen och behov.

[Demenscentrum har tagit fram ett utbildningspaket](#) som vänder sig både till yrkesverksamma inom vård och omsorg och anhöriga. Paketet innehåller handbok, anhörigskrift, webbutbildning, mobil-appar och en introduktionsfilm för chefer och arbetsledare.

- [Riktlinjer för användning av tvångs- och skyddsåtgärder.](#)

Kommunikationsförmågan och förståelsen försämras hos personer med kognitiv svikt i takt med att den kognitiva sjukdomen/demenssjukdomen framskrider. Rätt förhållningssätt ger personen en möjlighet att kunna behålla kontakten med omvärlden samt bevara sin självkänsla och integritet. I olika omvårdnadssituationerna är det därför viktigt att använda sig av medvetna omvårdnadsstrategier som är anpassade efter den funktionsförmåga som personen uppvisar. Till hjälp har vi genomförandeplanen, BPSD-registrets bemötandeplan med kopplade åtgärder.

Även miljöns utformning är viktig att tänka på för att ge trygghet. Den ska vara utformad och ge stöd för att underlätta aktivitet och delaktighet för personer med kognitiv sjukdom.

Kom ihåg att dokumentera och signera. Eftersom en person med kognitiv sjukdom/demenssjukdom inte alltid kan uttrycka sig och förklara hur de vill ha det, är det extra viktigt med noggrann dokumentation och kommunikation om hur insatserna ska genomföras och personen bemötas.

6.2. BPSD – Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

- Erbjuder strukturerad uppföljning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och utvärdering av insatta åtgärder till personer med BPSD (prioritet 1)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

Vård och omsorgsförvaltningen i Helsingborg har beslutat att alla personer med diagnos på kognitiv sjukdom/ demenssjukdom och som har insatser från förvaltningen, ska erbjudas denna bedömning 2 ggr/år, [se rutin för BPSD](#).

Vård och omsorgsförvaltningen i Helsingborg har sedan 2016 använt BPSD-registret, www.bpsd.se, för att genom ett systematiskt sätt säkerställa och kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

BPSD-processen i [hemvård](#) och [vårdboende](#) finns på intranätet under HSL-rutin/BPSD.

6.3. Relaterade dokument

För mer information om varje dokument, klicka på aktuell länk.

6.3.1. Praktiska råd i omvårdnad

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. (prioritet 2)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

Socialtjänsten bör:

- erbjuda individuellt planerade toalettbesök till personer med måttlig till svår demenssjukdom (prioritet 1)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

- [Nollvision](#)
- [Iagstödande förhållningssätt](#)
- [Praktiska råd i bemötande](#)
- [Hygiansituationen/dusch](#)
- [Svårigheter att klä sig](#)
- [Munhälsa](#)
- [Måltidssituationen](#)
- [Toalettbesök](#)
- [Personen nekar ta emot vårdinsatser](#)
- [Sexualitet](#)
- [Svåra situationer](#)
- Handlingsplan – när hyresgäst avviker från boendet
 - Finns i dokumentationsprogrammet
- [Rutin för hyresgäster som avviker från boendet](#)

- Handlingsplan i ordinärt boende. Individuell bedömning som står i genomförandeplanen
- [Rutin när kund inte öppnar i ordinärt boende](#)
- [Nödvärnsrätt](#)
- [Förflyttning](#)
- [Smärta](#)
- [Bra förhållningssätt](#)
- [Palliativ vård](#)

6.3.2. Annat av betydelse

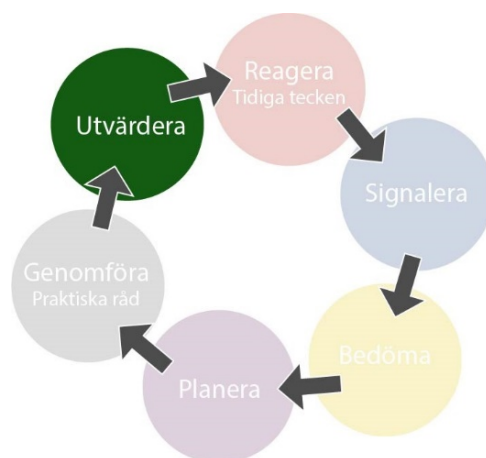
- [Personberättelse/levnadsberättelse](#)
- [Personcentrerad omvårdnad](#)
- [Validation](#)
- [Möta beteendeförändringar](#)
- [Reminiscens](#)
- [Taktil beröring](#)

6.4. Anhörigstöd

För mer information klicka på aktuell länk

- [Stöd för dig som anhörig/närstående](#)
- [Demenslotsen](#) - ett digitalt anhörigstöd
- [En Bra Plats](#)

7. UTVÄRDERING



7.1. Uppföljning och utvärdering

Hälsö- och sjukvården och socialtjänsten bör:

- Erbjuder en regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser till personer med demenssjukdom (*Prioritet 1*)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

Socialtjänsten bör:

- erbjuda strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av välfärdsteknik till personer med demenssjukdom och insatt välfärdsteknik (*prioritet 1*)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

Sjukdom med varaktig kognitiv funktionsnedsättning/demenssjukdom är obotlig och det sker en successiv försämring trots läkemedel och rätt omvårdnad. Därför är det viktigt att teamet kontinuerligt följer upp och rapporterar nytillkomna symtom och förändringar, för att kunna revidera genomförandeplanen så den överensstämmer med det aktuella behovet.

Alla insatser, medicinska och sociala, ska kontinuerligt följas upp och utvärderas enligt de uppföljningsdatum som är fastställda.

Välfärdsteknologin kan ha stor betydelse och påverkan av en persons integritet. Det är därför viktigt att kontinuerligt utvärdera den tekniska utrustningen

7.2. Vårdgivare Skåne

- [Vårdprogram för sjukdomar med varaktig kognitiv svikt](#)

8. ANHÖRIGSTÖD

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda ett utbildningsprogram till anhöriga till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*)
- erbjuda individuellt anpassat stöd till unga anhöriga till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*).

Socialtjänsten bör

- avlösning, exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet, till anhöriga till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda relationsbaserade stödprogram, tillsammans med personen med demenssjukdom, till anhöriga till personer med demenssjukdom

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

Helsingborgs stad har anhörigkonsult med övergripande ansvar för anhörigstödet på vård och omsorgsförvaltningen.

- Anhörigstödet erbjuder olika insatser både i grupp och enskilt. [För mer information se Helsingborgs stads webbsida.](#)
- [En bra plats](#) – nätverk och information för anhöriga
- [Demenslotsen](#) – vägvisare för anhöriga till person med kognitiv sjukdom

9. UTBILDNING, PRAKTISK TRÄNING OCH HANDLEDNING FÖR PERSONALEN

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

- erbjuda långsiktig och kontinuerlig utbildning som är kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för vård- och omsorgspersonal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom (*prioritet 1*)
-

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

Socialtjänsten bör:

- erbjuda biståndshandläggare och LSS-handläggare som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom utbildning om demenssjukdomar (*prioritet 1*)
-

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017

- Nya Demens ABC (webbutbildning)
- Demens ABC – Plus (webbutbildning)
 - Särskilt boende
 - Hemtjänst
 - Biståndshandläggare
- Kunskapscentrum för demenssjukdomar – Kurskatalog
- Migrationsskolans webbutbildning på olika språk (under uppdatering)
- BPSD-webbutbildning
- Nollvision
- Smärta (webbutbildning)