ANNAS LED

FÖR EN TRYGG OCH SÄKER DEMENSVÅRD I HALLAND

Fastställd: 2012-04-13

Uppdaterade länkar 2016-01-19

Halmstad

Laholm

Varbergs kommun

FALKENBERG

Kungsbacka

HYLTE

Region Halland

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning

Bästa livsplatsen för Anna och Lars 4
Annas led - för en trygg och säker demensvård i Halland 4
Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 5
Samverkan för en trygg och säker demensvård 6

Berättelseserie med nationella och regionala riktlinjer

3.1 Anna och Lars tar hand om sin hälsa (hälsofrämjande och förebyggande) 7
3.2 Annas första symtom (att upptäcka tecken på demenssjukdom) 9
3.3 Anna blir inlagd på sjukhuset (Hallands sjukhus) 11
3.4 Anna besöker vårdcentralen (basal utredning) 14
3.5 Anna besöker Minnesmottagningen (utvidgad utredning) 18
3.6 Anhöriga till Anna (stöd till anhöriga) 22
3.7 Lars känner inte igen Anna (BPSD - Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) 25
3.8 Anna börjar på dagverksamhet 28
3.9 Anna flyttar till särskilt boende 31
3.10 Annas sista tid (palliativ vård) 34
3.11 Anna 52 år (yngre personer med demenssjukdom) 37

Förutsättningar för en god vård och omsorg

Personcentrerad omvårdnad 41
Multiprofessionellt arbete 43
Personalutbildning 45

Bilagor

1. Demenssamordnare i kommunen 46
2. Demenssamordnare i närsjukvården 47
3. Arbetsgrupp Annas led 48

Kapitel 3. Annas led - för en trygg och säker demensvård i Halland

Inledning

Bästa livsplatsen för Anna och Lars

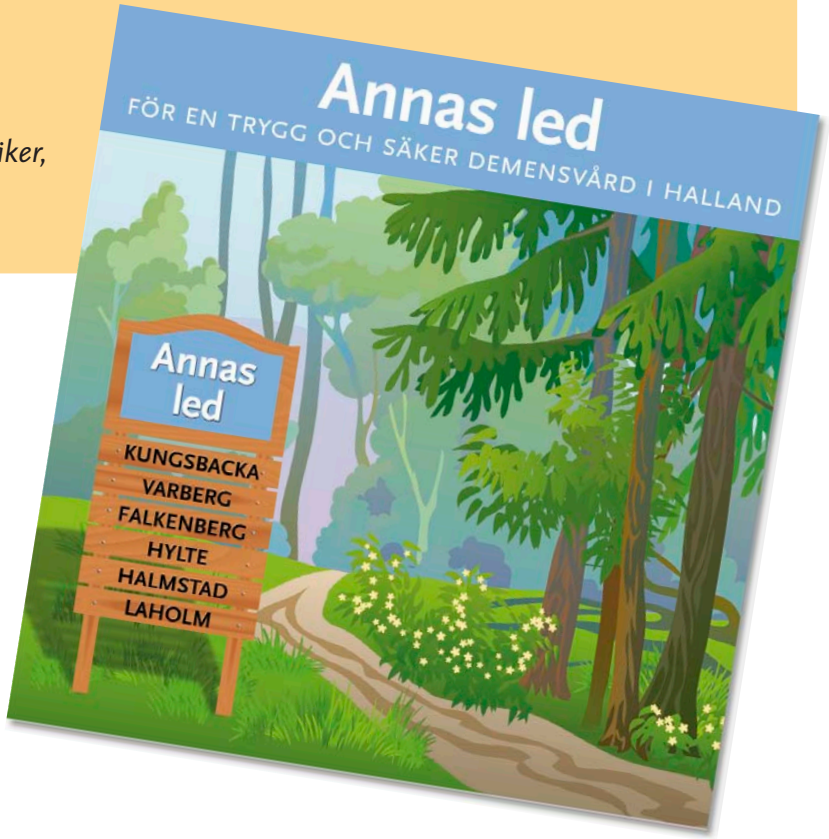
Annas led - för en trygg och säker demensvård i Halland är kapitel 3 i berättelsen om Anna och Lars, som beskriver regional samverkan inom olika områden inom vård och omsorg för äldre personer i Halland. Områden som berörs är t ex förebyggande arbete, rehabilitering och demens.

Annas led - för en trygg och säker demensvård i Halland

Kapitel 3 *Annas led* är en modell för regionala riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom i Halland. Modellen beskriver hur arbetet och samarbetet kring demensvården bör fungera i vårdkedjan mellan närsjukvård, specialistvård och kommunerna i Halland. Modellen fastställdes den 13 april 2012 på strategisk nivå i Hallands stödstruktur för regional samverkan inom socialtjänsten.

Anna är en fiktiv person med kognitiv svikt (d.v.s. har symtom på demenssjukdom eller har en demenssjukdom). För att tydligt beskriva vårdkedjan och kontaktvägarna med fokus på personer med demens används en fiktiv berättelseserie om Anna. Anna är ett av de vanligaste namnen i Halland.

Vision Annas led:
Anna befinner sig på Hallandsleden,
den kända vandringsleden genom Halland.
På sin vandring, vid kontakterna inom vården
och omsorgen, kan hon känna sig trygg och säker,
oavsett var hon väljer att gå



Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010

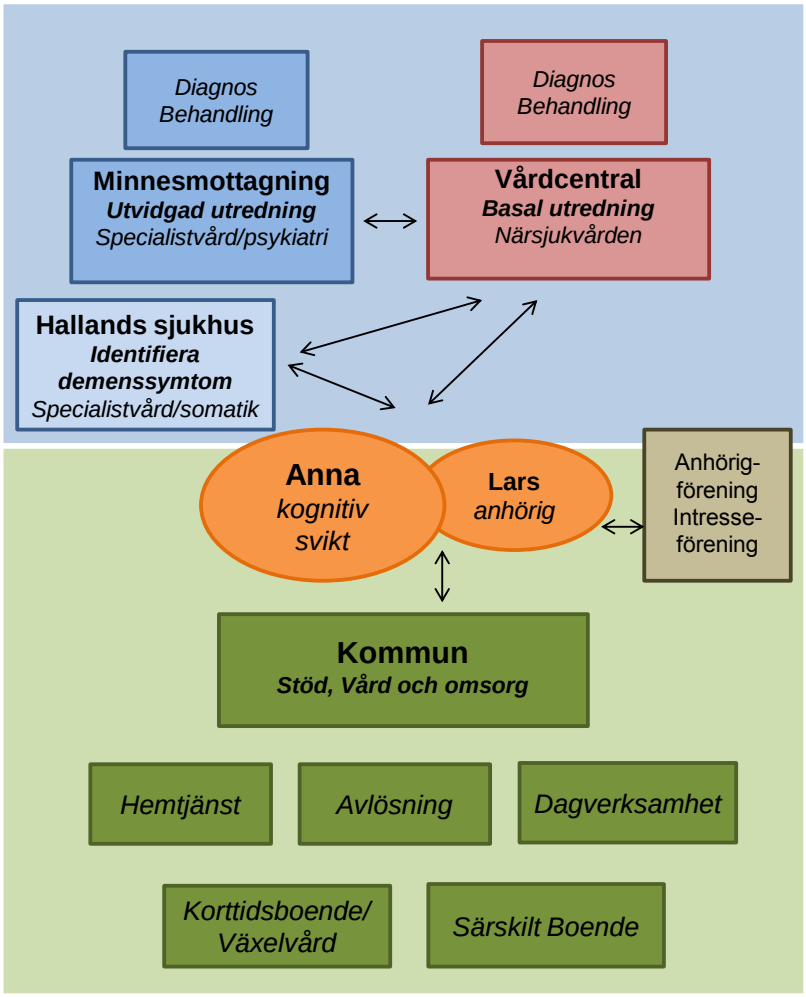
Modellen baseras på de nationella demensriktlinjerna som är de första inom området. Det övergripande syftet med riktlinjerna är att bidra till kvalitetsutveckling och god resurshållning. Därmed vill Socialstyrelsen bidra till att stärka den enskildes möjligheter att få god vård och omsorg.

Riktlinjerna innehåller rekommendationer med prioriteringar som beskriver vad hälso- och sjukvården och socialtjänst bör göra. De är rangordnade i en skala 1 - 10 där siffran 1 anger åtgärder med störst angelägenhetsgrad.

Riktlinjerna omfattar hela vårdkedjan samt förebyggande arbete och riskfaktorer. I arbetet med riktlinjerna har tyngdpunkten legat på kommunernas vård och omsorg och landstingens primärvård. Anledningen är att merparten av personer med demenssjukdom får vård och omsorg därifrån.

Riktlinjerna lyfter fram evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom och för stöd till deras anhöriga.
Riktlinjerna finns på Socialstyrelsen hemsida:
http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom/omriktlinjerna

Annas kontaktvägar



Samverkan – för en säker och trygg demensvård

Att drabbas av demenssjukdom innebär ofta att man får behov av olika insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst, vilket förutsätter en nära samverkan mellan specialistvården, närsjukvården och kommunen.

För personer med demenssjukdom är denna samverkan särskilt viktig, då sjukdomen ofta medför att personens förmåga till delaktighet och beslut försämras.

För att kunna stärka personens oberoende i det dagliga livet bör omsorgs- och vårdinsatserna samordnas och ske i dialog mellan personen med demenssjukdom och dennes anhöriga eller andra företrädare. Samverkan är väsentligt, då det minskar risken att personen ”faller mellan stolarna” och gör att demensvården blir tryggare och säkrare.

Lagarna stärker samverkan

Både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen innehåller allmänna bestämmelser om samverkan och samarbete mellan huvudmännen.

Den 1 januari 2010 infördes nya bestämmelser om samordning av insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård – Individuell plan. *Individuell plan, 3 f § HSL och i 2 kap. 7 § SoL*

De nya bestämmelserna innebär att när en person har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen och landstinget/regionen tillsammans upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att personen ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska upprättas tillsammans med personen, om det är lämpligt och möjligt för denne att delta. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Kap 3.1 Anna och Lars tar hand om sin hälsa

Hälsofrämjande och förebyggande

Anna och Lars bor tillsammans i Halland. De har varit relativt friska genom livet.

Anna trivs med att syssla med sina blommor och tycker om heminredning, medan Lars spelar golf och är allmänt sportintresserad.

Båda är aktiva i pensionärsföreningen och går ibland till kommunens mötesplats mitt i centrum. De går gärna på aktiviteter som föredrag, dans och musik.

Vid ett föredrag om hälsa pratades det om den viktiga vardagsmotionen och paret fick tipset att gå ut och promenera ofta, vilket har blivit en god vana. De blev även inspirerade till att kontrollera sitt blodtryck.

Anna och Lars deltar i en grupp som träffas regelbundet för att äta lunch tillsammans. De ger varandra tips på recept och provar att laga ”nya” maträtter från olika länder.

De hjälper till att passa barnbarnen som de tycker är livets efterrätt. De tycker det mesta är sig likt, men skillnaden mot de egna småbarnsåren är stor eftersom de nu har mer tid och tålamod.

Vad säger nationella riktlinjerna?

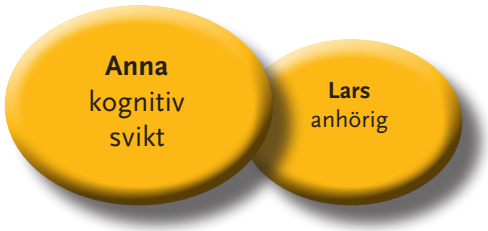
- Uppmärksamma att fysisk aktivitet och mentalt och socialt stimulerande aktiviteter kan minska risken för demenssjukdom (prioritet 3)
- Uppmärksamma att behandling av högt blodtryck i medelåldern kan minska risken för demenssjukdom (prioritet 3)

Vad är Hälsofrämjande och förebyggande arbete?

En viktig roll för vården och omsorgen är att främja hälsa och förebygga sjukdom. Det hälsofrämjande arbetet fokuserar på att ge medborgarna förutsättningar att öka kontrollen över sin egen hälsa och bibehålla eller förbättra den. Det förebyggande arbetet fokuserar på att identifiera och minska risken för t.ex. sjukdomar och skador. Exempel på åtgärder i arbetet kan vara att skapa mötesplatser för äldre och att erbjuda rådgivning kring hälsofrämjande levnadsvanor.

Det finns vetenskapligt stöd för sambandet mellan demenssjukdomar, framförallt Alzheimers sjukdom, och vår livsstil. Det gör att alla bör vara uppmärksamma på att det är viktigt att se över sin livsstil i medelåldern. Det finns stöd för att högt blodtryck, rökning samt nedsatt fysisk och social aktivitet kan öka risken för demens senare i livet.

Vem gör vad för Anna i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet?



NÄRSJUKVÅRD	*SPECIALISTVÅRD*	*KOMMUN*
Råd/hänvisning *i samband med besök på vårdenhet*	*Råd/hänvisning* *i samband med besök/sjukhusvistelse*	*Råd/hänvisning* *I samband med stöd/vård/omsorg* *Förebyggande insatser, exempelvis:* *Skapa mötesplatser för äldre (dvs vuxna över 65 år) för gemenskap och social aktivitet*

Nyckelpersoner

Personal som arbetar med Hälsofrämjande och förebyggande insatser

Informationsmaterial/Kunskapsunderlag

- Broschyr: ***Guide för goda levnadsvanor***, Region Halland 2012
  Klicka på länken eller sök på "guide för goda levnadsvanor" på ***www.regionhalland.se***
- ***Terapirekommendationer 2015***, Region Halland Läkemedelskommittén,
  kap 1 Hälsofrämjande levnadsvanor.
  Klicka på länken eller sök på "terapirekommendationer" på ***www.regionhalland.se***
- ***Smart Vardag,*** Hjälpmedelscentrums hemsida, Region Halland, här kan man läsa t.ex. var man kan köpa smarta ting och länk till visningsmiljöer i länet,
  Klicka på länken eller sök "smart vardag" på ***www.regionhalland.se***

Kap 3.2 Annas första symtom

Upptäcka tecken på demenssjukdom

Anna börjar bli glömsk och har börjat ringa mer till sin dotter Lena. Ibland flera gånger om dagen om samma saker. Lena tänker: ”nu märks det att mamma inte är ung längre”.

Lars försöker stötta Anna och tar över många av hennes sysslor. Han har börjat känna sig tröttare allteftersom han har fått ta över mer ansvar.

Anna tycker själv att det fungerar bra hemma men ibland har hon sett lite dyster ut och även börjat dra sig undan.

En dag tar Lena med sin mamma på en utflykt för att pigga upp henne. På resan blir det tydligt att Anna behöver mera stöd än vad Lena tidigare förstått.

Lena och Lars föreslår för Anna att hon ska prata med sin läkare om sin glömska och vad den kan bero på. De säger också att de gärna följer med som stöd om Anna vill.

Demensdefinition enligt WHO:

”Demens är ett syndrom som beror på en progressiv hjärnsjukdom. Demens innebär störning av högre kortikala funktioner som minne, tänkande, orientering, förståelse, räkneförmåga, inlärningskapacitet, språk och omdöme. Medvetandet är inte grumlat.

Försämringen av kognitiva funktioner åtföljs ofta av försämring av emotionell kontroll, socialt beteende eller motivation. Demens medför avsevärd försämring av intellektuella funktioner och påverkar dagliga aktiviteter som tvättning, påklädning, ätande och toalettbesök”

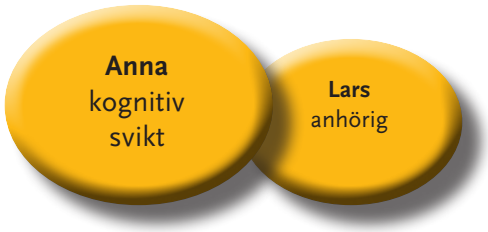
Symtomen ska ha funnits i minst sex månader för en säker klinisk diagnos.

Att upptäcka tecken på en demenssjukdom

Tidiga symtom på demens kan vara svåra att upptäcka. Ibland har sjukdomen ett smygande förlopp, ibland ett mer trappstegsliknande eller snabbare förlopp. Det vanligaste demenssymtomet är minnesstörning, men det finns även andra symtom som kan påverka och förändra personen på olika sätt. Exempel kan vara försämrad orienteringsförmåga, planeringssvårigheter och personlighetsförändringar.

Det är viktigt att personalen är observant på om det finns tecken på kognitiv svikt hos personer som söker för andra åkommor, som t.ex. nedstämdhet, eftersom alla inte har insikt om sina svårigheter. Demensliknande symtom kan ibland uppstå vid tillstånd som t.ex. infektioner, förgiftningar, tumörer och depression. Tidig utredning är alltid önskvärt för att bekräfta eventuell demenssjukdom eller för att få reda på att man inte har sjukdomen, utan att problemet har en annan förklaring.

Vem gör vad för att upptäcka Annas tecken på demenssjukdom?



NÄRSJUKVÅRD	*SPECIALISTVÅRD*	*KOMMUN*
Fånga symtom *I samband med vårdbesök*	*Fånga symtom* *I samband med besök/sjukhusvistelse*	*Fånga symtom* *I samband med stöd/vård/omsorg*

Nyckelpersoner

Personal inom närsjukvård, specialistvård och kommun

Informationsmaterial/Kunskapsunderlag

- Webbutbildning: ***Demens ABC*** bygger på Socialstyrelsens nationella demensriktlinjer Klicka på länken ovanför eller sök på "Demens ABC" på ***www.demenscentrum.se***
- Webbutbildning:***Demens ABC PLUS***
  Klicka på länken ovanför eller sök på "Demens ABC PLUS"***www.demenscentrum.se***
- Svenskt demenscentrum ***www.demenscentrum.se***

Kap 3.3 Anna blir inlagd på sjukhuset

Hallands sjukhus

En dag snubblar Anna i hemmet och faller illa. Lars misstänker att det kan vara ett benbrott. Anna åker med ambulans till akutmottagningen. Undersökningarna visar en höftfraktur och Anna blir opererad och inlagd på sjukhuset.

När personalen frågar Anna om hennes hälsohistoria så berättar hon inget om sin glömska men personalen märker att hon är förvirrad och orolig hela tiden.

Sjuksköterskan frågar Lars om problematiken. Han berättar då om Annas glömska, att de diskuterat problemen i familjen och att de funderat på att ringa till Annas läkare.

Läkaren bestämmer att det ska göras en enklare bedömning, där man uppmärksammar Annas minnesproblematik.

Därefter beslutar läkaren att det bör göras en demensutredning och skriver därför en remiss till Annas läkare på vårdcentralen.

Innan Anna skrivs ut har man en vårdplanering på sjukhuset. Bland annat lämnas information om remissen för demensutredning och diskussioner förs om Anna har ett behov av hemtjänst för hjälp med hygien och påklädning.

Vad säger nationella riktlinjerna?

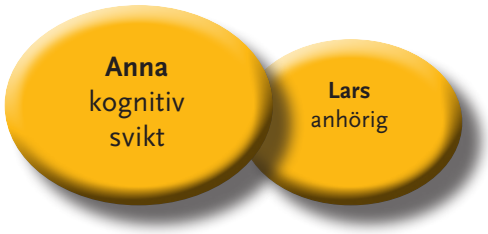
- Hälso- och sjukvården bör göra en basal demensutredning för utredning av personer med misstänkt demenssjukdom
- Hälso- och sjukvården bör utreda och behandla de bakomliggande orsakerna till konfusionssymtom (prioritet 1)

Att identifiera demenssymtom

Syftet med basal demensutredning är att fastställa om personen har en demenssjukdom eller om symtomen beror på någon annan sjukdom eller bakomliggande orsak. Det är närsjukvården som har ansvaret för den basala demensutredningen. Det finns ingen enkel utredningsmetod som kan fastställa om en person har en demenssjukdom, utan diagnostiken grundar sig på en sammanvägd bedömning av olika undersökningar.

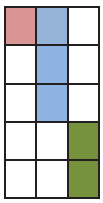
Ibland kan det vara svårt att skilja på demens och förvirringstillstånd (konfusion). Konfusion kan orsakas av t.ex. läkemedelsbehandling, infektion, miljöombyte eller demenssjukdom. Vid konfusion brukar symtomen komma akut, med ett växlande förlopp av oklarhet och klarhet. Behandlingen går ut på att hitta den utlösande orsaken och sedan få konfusionen att läka ut genom att låta personen vistas i en lugn och trygg miljö.

Vem gör vad när Anna vistas på Hallands sjukhus?



NÄRSJUKVÅRD	*SPECIALISTVÅRD*	*KOMMUN*
	Identifiera demenssymtom *Kognitiv test, t ex MMSE-SR*	
	Remiss till närsjukvården för demensutredning	
Samordnad vårdplanering *Läkaren på sjukhuset överrapporterar till läkaren i närsjukvården*	*Samordnad vårdplanering* *Bedömning av behov av insatser, hjälpmedel, stöd, information och planering* *Information om planerad/skickad remiss för demensutredning*	*Samordnad vårdplanering* *Bedömning av behov av insatser, hjälpmedel, stöd, information och planering*
Basal demensutredning *(se avsnitt basal demensutredning)*		

Nyckelpersoner



Läkare
Sjuksköterska
Arbetsterapeut
Vårdplaneringsteamet
Handläggare

Stöddokument

- Kognitiva tester utifrån personens individuella sjukdomsbild, för enhetligt användande använd t.ex. ***skalor och instrument på Svenskt demenscentrum***
  Klicka på länken ovanför eller sök på "skalor och instrument" på ***www.demenscentrum.se***
- ***Terapirekommendationer 2015,*** Region Halland Läkemedelskommittén, kap 3 Demenssjukdomar
  Klicka på länken ovanför eller sök på "Terapirekommendationer" på ***www.regionhalland.se***
- **Nytt stöddokument - *Trygg hemgång***

Informationsmaterial/Kunskapsunderlag

- Handbok: ***Råd till dig som möter patienter med demenssjukdom*** av Margareta Skog, Stockholm
  Klicka på länken ovanför eller sök på "demenshandbok" på ***www.vardgivarguiden.se***
  Kan beställas via e-post: informationsmaterial.lfs@sll.se Artikelnr 110205-001

- Webbutbildning: ***Demens ABC***, bygger på Socialstyrelsens nationella demensriktlinjer
  Klicka på länken eller sök på "Demens ABC" på***www.demenscentrum.se***

- Webbutbildning: ***Demens ABC PLUS***
  Klicka på länken eller sök på "Demens ABC PLUS" på ***www.demenscentrum.se***

- Webbutbildning: Nätbaserad vårdutbildning i demens,
  http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/kunskapscentrum-for-demenssjukdomar/Utbildning/Natbaserad-vardutbildning-i-demens/
- Informationsmaterial om kommunens hjälp och stöd, se aktuell kommuns hemsida

Kap 3.4 Anna besöker vårdcentralen

Basal utredning

Anna har fått tid för utredning hos läkaren på vårdcentralen. Lars är ombedd att vara med för att båda ska kunna ge och få information om Annas hälsotillstånd och vidare planering.

Anna är lite misstänksam och förstår inte riktigt varför hon ska genomgå alla de undersökningar som föreslås. Hon tycker inte att hon har några större svårigheter.

Läkaren informerar om varför en utredning är viktig och att rätt diagnos är väsentlig för att kunna sätta in rätt behandling. Efter en stunds samtal med Lars och läkaren beslutar sig Anna för att genomgå utredningen.

Anna och Lars får veta att demenssamordnaren på vårdcentralen kommer att kontakta dem för samtal och att det är hon som samordnar kontakterna under och efter utredningen.

När alla undersökningar är klara blir Anna och Lars kallade till återbesök hos läkaren. Vid besöket får Anna besked om att hon har Alzheimers sjukdom och hon erbjuds läkemedelsbehandling.

Då Lars har många frågor om sjukdomen och vad det finns för stöd att få förmedlas kontakt med kommunens demenssamordnare.

Vad säger nationella riktlinjerna?

- Strukturerad anamnes (prioritet 1)
- Intervju med anhöriga (prioritet 1)
- En bedömning av fysiskt och psykiskt tillstånd (prioritet 1)
- Kognitiva tester (MMT, klocktest) (prioritet 1)
- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmågan (prioritet 1)
- Strukturell hjärnavbildning med datortomografi (prioritet 2)
- Blodprovstagning för att utesluta förhöjd nivå av kalcium eller homocystein samt störd sköldkörtelfunktion (prioritet 2)
- Vid klinisk misstanke ta prover för neuroborrelius, hiv, eller neurosyfilis (prioritet 1)
- Erbjuda kognitiva hjälpmedel till personer med mild till måttlig demenssjukdom (prioritet 4)
- Erbjuda behandling med kolinesterashämmare (donepezil, galantamin och rivastigmin) mot kognitiva symtom till personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom (prioritet 2)
- Erbjuda behandling med memantin mot kognitiva symtom till personer med måttlig till svår Alzheimers sjukdom (prioritet 3)
- Följa upp behandlingen i samband med inställning av dosen och därefter regelbundet, minst en gång per år, samt i samband med eventuell utsättning (prioritet 1)
- Socialtjänsten bör genomföra tidig social utredning (prioritet 1)
- Minst årligen bör Hälso- och sjukvården och socialtjänsten göra en medicinsk och social uppföljning av läkemedelsbehandling, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser (prioritet 1)

Vad är basal demensutredning?

Syftet med basal demensutredning är att fastställa om personen har en demenssjukdom eller om någon annan sjukdom eller bakomliggande orsak kan förklara symtomen.

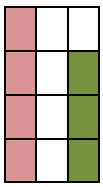
Dessutom fastställs vilken typ av demenssjukdom det är, vilka funktions- och aktivitetsnedsättningar sjukdomen medför, vad som kan minska eller underlätta för dessa och vilken behandling som är lämplig. Man skapar också underlag för den fortsatta vårdplaneringen.

Ett teambaserat arbetssätt där olika professioner bidrar med sina bedömningar är väsentligt och underlättar för en bättre helhetsbild. Den sjukes och de anhörigas delaktighet i utredningsprocessen är också viktig och bör alltid vara en naturlig del i samverkansarbetet kring patienten.

Vem gör vad när Anna besöker vårdcentralen?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
Basal demensutredning Strukturerad anamnes Anhörigintervju Fysiskt och psykiskt tillstånd Kognitiva test (MMSE-SR, klocktest) Funktions- o aktivitetsförmåga CT-hjärna Blodstatus Vid misstanke: serologi för neuroborrelius, HIV, neurosyfilis Längd och vikt (Svedem) Remiss från läkare	Konsultation minnesmottagning	Patient med kommunal hälso- och sjukvård Behjälplig i delar av utredningen efter remiss från läkare MMSE-SR, Anhörigintervju
Diagnos Muntlig och skriftlig information om utredningsresultat Ev erbjuda läkemedelsbehandling Körkort? Vapen? Vid samtycke information till kommunens demenssamordnare Vårdplanering, samverkan, behov av stödinsatser t ex dagverksamhet, avlösning, anhörigutbildning		Demenssamordnare informeras om demensdiagnos Vårdplanering, samverkan, behov av stödinsatser t ex dagverksamhet, avlösning, anhörigutbildning
Hjälpmedel Bedöma, informera och erbjuda kognitiva hjälpmedel		Hjälpmedel Bedöma, informera och erbjuda kognitiva hjälpmedel
Remiss till minnesmottagningen: Läkare skickar remiss till minnesmottagningen: Vid oklarheter om diagnos eller behandling efter basutredning. Vid demenssjukdom i tidigt skede och eller demensmisstanke hos yngre personer (>65 år) efter basutredning. För utredning av svårbehandlad BPSD	Utvidgad demensutredning (se avsnitt utvidgad utredning)	
Uppföljning (minst årlig) Medicinsk och social uppföljning av läkemedel, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar, beviljade biståndsinsatser samt körkort Samverkan		Uppföljning (minst årlig) Medicinsk och social uppföljning av läkemedel, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser Samverkan
Medverka i kvalitetsregister Svenska Demensregistret (SveDem)		

Nyckelpersoner



Läkare
Demenssamordnare
Sjuksköterska
Arbetsterapeut

Stöddokument/Hjälpmedel

- **Anhörigintervju Ragnar Åstrands** mall för enhetligt användande använd t.ex. skalor och instrument på Svenskt demenscentrum.
  Klicka på länken ovanför eller sök på "anhörigintervju" på ***www.demenscentrum.se***
- **MMSE-SR**, för enhetligt användande använd t.ex. skalor och instrument på Svenskt demenscentrum.
  Klicka på länken ovanför eller sök på "mmse-sr" på ***www.demenscentrum.se***
- **Klocktest**, för enhetligt användande använd t.ex. skalor och instrument på Svenskt demenscentrum.
  Klicka på länken ovanför eller sök på "klocktest" ***www.demenscentrum.se***
- ***Terapirekommendationer 2015,*** Region Halland Läkemedelskommittén,
  kap 3 Demenssjukdomar
  Klicka på länken eller sök på terapirekommendationer på ***www.regionhalland.se***
- Formulär och manualer, Svenska demensregistret,
  http://www.ucr.uu.se/svedem/index.php/dokument/cat_view/8-manualer-och-formulaer

Informationsmaterial/Kunskapsunderlag

- Kartläggningsinstrumentet Tidiga tecken, uppföljning av äldre personer med utvecklingsstörning. I kartläggningen bedöms bland annat kognitiva funktioner, praktiska och sociala färdigheter. http://www.tidigatecken.se/material.html
- Smart Vardag, Hjälpmedelscentrums hemsida, Region Halland, här kan man läsa t.ex. var man kan köpa smarta ting och länk till visningsmiljöer i länet
  http://www.regionhalland.se/sv/om-region-halland/1a-sidan/smart-vardag/

Kap 3.5 Anna besöker Minnesmottagningen

Utvidgad utredning

Vid den basala utredningen framkom svårigheter att säkerställa diagnos och därför skrivs en remiss till minnesmottagningen.

Vid Annas första besök intervjuar sjuksköterskan Anna om hennes situation och svårigheter. Lena och Lars får också berätta om hur de upplever situationen. Bland annat berättar de om hur Annas glömska ställer till det i vardagen, som när hon inte hittade hem från affären.

Det bestäms att Anna ska få träffa en neuropsykolog och en arbetsterapeut för ytterligare bedömning. Hon erbjuds också tid hos kuratorn.

Anna och Lars har fått tid hos läkaren för besked om utredningens resultat. Anna får veta att hon har Alzheimers sjukdom och erbjuds läkemedelsbehandling.

De får också en skriftlig information om sjukdomen, vilka hjälp- och stödinsatser som finns. Båda erbjuds att delta i demensutbildning.

Sjuksköterskan håller kontakt med Anna och Lars för att höra hur det går med medicinen. De berättar då att Anna känner sig piggare och att hon återigen börjat följa med Lars på de dagliga promenaderna.

De träffas för ett uppföljningssamtal och det bestäms att demenssamordnaren ska ringa till dem. När Annas medicinering sedan fungerar väl fortsätter behandlingen i närsjukvården.

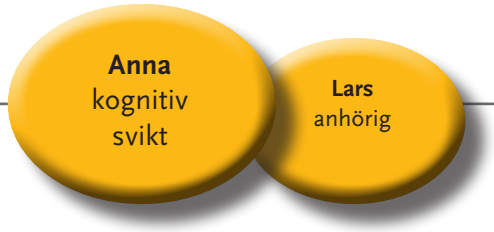
Vad säger nationella riktlinjerna?

- Neuropsykologiska test (prioritet 2)
- Strukturell hjärnavbildning med magnetkamera (prioritet 2)
- Lumbalpunktion för analys av biomarkörer (prioritet 2)
- Funktionell hjärnavbildning med SPECT (prioritet 4)
- Erbjuda kognitiva hjälpmedel till personer med mild till måttlig demenssjukdom(prioritet 4)
- Erbjuda behandling med kolinesterashämmare (donepezeil, galantamin och rivastigmin) mot kognitiva symtom till personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom (prioritet 2)
- Erbjuda behandling med memantin mot kognitiva symtom till personer med måttlig till svår Alzheimers sjukdom (prioritet 3)
- Följa upp behandlingen i samband med inställning av dosen och därefter regelbundet, minst en gång per år, samt i samband med eventuell utsättning (prioritet 1)
- Minst årligen bör Hälso- och sjukvården och socialtjänsten göra en medicinsk och social uppföljning av läkemedelsbehandling, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser (prioritet 1)

Vad är utvidgad utredning?

Utvidgad utredning rekommenderas då patienten är under 65 år eller när den basala utredningen inte gett tillräcklig information för att ta ställning till diagnos och behandling, oavsett ålder. Det kan t ex vara personer med svårbedömda symtom, misstänkt MCI (mild kognitiv svikt) eller misstanke om ovanlig demenssjukdom. Utvidgad utredning kan också bli aktuellt vid Parkinson-plussjukdomar med kognitiv svikt, sekundära demenssjukdomar eller vid önskan om ”second opinion”.

Syftet med utredningen är liksom vid basal utredning att fastställa om personen har en demenssjukdom och i så fall vilken typ, eller om någon annan sjukdom eller bakomliggande orsak kan förklara symtomen. Utredningen ger också svar på vilken behandling som är lämplig samt skapa underlag för den fortsatta vårdplaneringen. Ett multiprofessionellt, teambaserat arbetssätt som bygger på samverkan med patienten, anhöriga och berörda vårdaktörer är väsentligt för att få en helhetsbild av personens resurser och svårigheter.

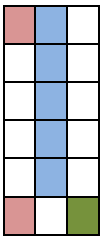


Vem gör vad när Anna besöker minnesmottagningen?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
Basal Utredning (se avsnitt basal utredning) Läkare skickar remiss till minnesmottagningen: Vid oklarheter om diagnos eller behandling efter basutredning. Vid demenssjukdom i tidigt skede och eller demensmisstanke hos yngre personer (>65 år) efter basutredning. För utredning av svårbehandlad BPSD		Råd/hänvisning i samband med stöd/vård och omsorg
	Utvidgad demensutredning Utredningen utgår från den basala utredningen inom närsjukvården (se basal utredning) Strukturerad anamnes från patient och anhörig Ev följande kompletterande bedömningar/undersökningar: Fysiskt, psykiskt och neurologiskt status/tillstånd, kognitiva tester, Funktion- och aktivitetsförmåga Social utredning Blodstatus Likvorprover (biomarkör), Hjärnavbildning (MR,SPECT), Hjärnfysiologi (EEG) Körkort? Vapen?	
	Diagnos Muntlig och skriftlig information om utredningsresultatet Ev erbjuda läkemedelsbehandling Vid samtycke information till kommunens demenssamordnare Vårdplanering samverkan t ex behov av stödinsatser	Demenssamordnare informeras om demensdiagnos Vårdplanering samverkan t ex behov av stödinsatser
Hjälpmedel Bedöma, informera och erbjuda kognitiva hjälpmedel	Hjälpmedel Bedöma, informera och erbjuda kognitiva hjälpmedel	Hjälpmedel Bedöma, informera och erbjuda kognitiva hjälpmedel
	Patient och anhörigstöd Erbjuda psykosocialt stödprogram individuellt eller i grupp Erbjuda utbildningsprogram i samverkan med kommunen	Anhörigstöd Erbjuda utbildningsprogram i samverkan med specialistvården

	Uppföljning (minst årlig) *Medicinsk och social uppföljning av läkemedel, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar, beviljade biståndsinsatser samt körkort.* *Samverkan*	*Uppföljning (minst årlig)* *Medicinsk och social uppföljning av läkemedel, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser.* *Samverkan*
Fortsatt uppföljning *(se basal utredning)* *Informationsöverföring* *Samverkan*	*Remissvar till närsjukvård*	
	Medverka i kvalitetsregister *Svenska Demensregistret (SveDem)*	

Nyckelpersoner



Läkare
Sjuksköterska
Arbetsterapeut
Neuropsykolog
Kurator
Demenssamordnare

Stöddokument/Hjälpmedel

- Kognitiva tester utifrån personens individuella sjukdomsbild, för enhetligt användande använd t.ex. ***skalor och instrument på Svenskt demenscentrum***.
  Klicka på länken ovanför eller sök på "skalor och instrument" på ***www.demenscentrum.se***
- Anhörigintervju, Ragnar Åstrands mall, för enhetligt användande använd t.ex. ***skalor och instrument på Svenskt demenscentrum.***
  Klicka på länken ovanför eller sök på "anhörigintervju" på ***www.demenscentrum.se***
- ***Terapirekommendationer 2015***, Region Halland Läkemedelskommittén,
  kap 3 Demenssjukdomar.
  Klicka på länken ovanför eller sök på "terapirekommendationer" på ***www.regionhalland.se***
- Formulär och manualer, Svenska demensregistret http://www.ucr.uu.se/svedem/index.php/dokument/cat_view/8-manualer-och-formulaer

Informationsmaterial/Kunskapsunderlag

- Informationsmaterial om kommunens hjälp och stöd, se aktuell kommuns hemsida
- Smart Vardag, Hjälpmedelscentrums hemsida, Region Halland, här kan man läsa t.ex. var man kan köpa smarta ting och länk till visningsmiljöer i länet,
  http://www.regionhalland.se/sv/om-region-halland/1a-sidan/smart-vardag/

Kap 3.6 Anhöriga till Anna

Stöd till anhöriga

Lars känner sig ensam och övergiven då Anna behöver mer och mer stöd för att klara sin vardag. Lena ser att pappa Lars är trött och lovar att hjälpa till mer.

Anders, parets son, kommer med sin familj på besök till julen och ser sina föräldrars situation och svårigheter.

Familjen diskuterar situationen och kommer överens om att Lena ska ringa kommunens demenssamordnare som hon träffat tidigare för information och stöd.

En tid senare får Lars och Anna besök av demenssamordnaren, kommunens handläggare och en person från anhörigstödet.

Till en början får Lars hjälp med avlösning i hemmet. Han får också veta att det finns hemtjänst och korttidsboende, något som han sedan använder när han reser till Anders.

Lars börjar också på en anhörigutbildning och där träffar han andra som är i samma situation. Lars vill lära sig mer om Annas sjukdom och mår bra då han kan dela med sig av sina erfarenheter till de andra.

Vad säger nationella riktlinjerna?

- Erbjuda utbildningsprogram och psykosociala stödprogram (prioritet 2)
- Erbjuda olika former av avlösning (prioritet 2)
- Erbjuda kombinationsprogram (prioritet 3)
- Erbjuda specifikt anpassat stöd och individuellt anpassad avlösning till anhöriga till yngre personer med demenssjukdom (prioritet 3)

Vad är stöd till anhöriga?

Det finns idag olika former av stöd till anhöriga. Stödet kan handla om att ge kunskaper för att klara av vårdsituationen eller information om samhällets stödinsatser, s.k. utbildningsprogram. En form av stöd är psykosociala stödprogram som fokuserar på att hjälpa den anhörige att bearbeta sina känslor och upplevelser i rollen som anhörigvårdare. Det kan också handla om olika former av avlösning där den anhörige får möjlighet att ägna sig åt annat och koppla av. Det finns även intresse- och anhörigföreningar som bland annat erbjuder stödsamtal och information.

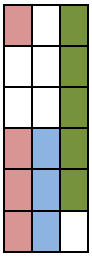
Socialstyrelsen säger att en anhörigvårdare är en person som vårdar eller stödjer en närstående person som är långvarigt sjuk, är äldre eller som har funktionsnedsättning.

När en person insjuknar i en demenssjukdom påverkas hela familjen. Invanda mönster och roller förändras ofta. För att anhöriga ska känna sig trygga är det viktigt att anhörigstödet ges tidigt. Dessutom kan stödets positiva effekter förstärkas om det är flexibelt och personligt utformat i dialog med de anhöriga.

Vem gör vad för att stödja Annas anhöriga?

NÄRSJUKVÅRD	*SPECIALISTVÅRD*	*KOMMUN*
Stöd/råd/hänvisning *i samband med vårdbesök*	*Stöd/råd/hänvisning* *i samband med besök/sjukhusvistelse*	*Stöd/råd/hänvisning* *I samband med stöd/vård och omsorg*
Basal demensutredning *Anhörigintervju* *Anhörig ges muntlig/skriftlig information om utredningsresultatet*		
	Utvidgad demensutredning *Minnesmottagningen* *Anhörigintervju* *Anhörig ges muntlig/ skriftlig information om utredningsresultatet*	
	Anhörigstöd *Erbjuda utbildningsprogram* *Erbjuda psykosocialt stödprogram, individuellt eller i grupp*	*Anhörigstöd* *Erbjuda utbildningsprogram* *Erbjuda psykosocialt stödprogram, individuellt eller i grupp*
		Erbjuda avlösning *t ex i hemmet eller på korttidsboende*
Uppföljning *Erbjuda samtal med anhöriga*	*Uppföljning* *Erbjuda samtal med anhöriga*	*Uppföljning* *Erbjuda samtal med anhöriga*

Nyckelpersoner



Demenssamordnare
Person verksam inom anhörigstöd
Handläggare
Arbetsterapeut
Sjuksköterska
Kurator

Stöddokument

- Anhörigintervju, Ragnar Åstrands mall, för enhetligt användande använd ***t.ex. skalor och instrument på Svenskt demenscentrum.***
  Klicka på länken ovanför eller sök på "anhörigintervju" på ***www.demenscentrum.se***
- Levnadsberättelse, ett exempel på mall är ***Livsboken*** som finns hos Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA).
  Klicka på länken ovan eller sök på "livsboken" på ***www.fsa.se***

Informationsmaterial/Kunskapsunderlag

- Broschyr: **Demenssjukdom – stöd för dig som har en demenssjukdom och för dina närstående,** Socialstyrelsen
  Klicka på länken här ovanför eller sök på "demenssjukdom" på***www.socialstyrelsen.se***
- Svenskt demenscentrum, **Leva med demens, Anhörig och närstående**
  Klicka på länken ovanför eller gå in under bilden "Leva med demens" på***www.demenscentrum.se***
- Demensförbundet, anhörigorganisation för demenssjuka och anhöriga ***www.demensforbundet.se***
- Alzheimersföreningen i Sverige – ett stöd för drabbade och anhöriga ***www.alzheimerforeningen.se***
- Anhörigas riksförbund (AHR), en organisation som stöder anhöriga och andra närstående som vårdar någon i hemmet eller på institution ***www.ahrisverige.se***

Kap 3.7 Lars känner inte igen Anna

BPSD - Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Efter ett tag blir hemsituationen svårare för Lars. Anna tar inte längre några initiativ till att sköta sin hygien. Vid varje duschtillfälle uppstår en konflikt mellan Lars och Anna. Lena försöker hjälpa till men inte heller hon lyckas.

Lars tar då kontakt med demenssamordnaren i kommunen för att få råd och stöd. Hon och biståndshandläggaren besöker Lars och Anna. Anna får därefter hemtjänst i form av personlig omvårdnad, vilket avlastar Lars.

Efter ytterligare en tid börjar Anna bli rastlös, får svårt att sova och ser saker som inte andra ser.

Lars diskuterar situationen med demenssamordnaren som kontaktar kommunens resursteam inom demens.

Anna och Lars erbjuds ett hembesök och tillsammans med Annas kontaktman och sjuksköterska görs en strukturerad bedömning av Annas situation.

De kommer fram till att Anna ska få prova massage och musik. Med många små åtgärder blir Anna efter ett tag lugnare och vardagen blir enklare.

Vad säger nationella riktlinjerna?

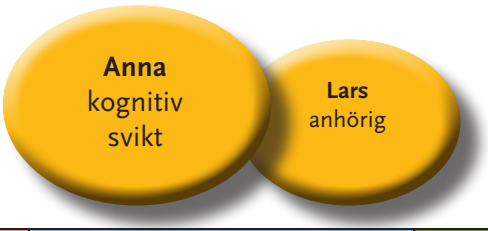
- Utreda bakomliggande orsakerna till symtomen och åtgärda dessa (prioritet 1)
- Personcentrerad omvårdnad (prioritet 1)
- Anpassa den fysiska miljön ex. lugn ljudmiljö (prioritet 2)
- Utomhusvistelse minskar aggressivt beteende (prioritet 2)
- Multiprofessionellt teamarbete förebygger och minskar BPSD (prioritet 2)
- Personer med vandringsbeteende skall erbjudas fysisk aktivitet med måttlig intensitet (prioritet 3)
- Erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel (SSRI) vid samtidig depression (prioritet 3)
- Musik och sång minskar agitation (prioritet 5)
- Personer med aggressivt beteende skall erbjudas fysisk aktivitet (prioritet 5)
- Massage och aromaterapiterapi minskar oro och agitation (prioritet 6)
- Minst årligen bör Hälso- och sjukvården och socialtjänsten göra en medicinsk och social uppföljning av läkemedelsbehandling, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser (prioritet 1)

Vad är BPSD? (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet någon form av beteendemässiga eller psykiska symtom. BPSD omfattar en rad olika symtom som har två saker gemensamt – de orsakar stort lidande för personen med demenssjukdom och de är ofta särskilt svåra att möta för närstående och vårdpersonal. Det kan handla om beteendemässiga symtom som aggressivitet, skrik, vandring, plockande eller störd dygnsrytm. Det kan också handla om psykiska symtom som hallucinationer, vanföreställningar, ångest eller depression. En utredning av BPSD syftar till att bedöma och åtgärda de bakomliggande orsakerna till symtomen.

Grunden för behandlingen är en personcentrerad omvårdnad och en översyn och anpassning av den fysiska miljön. När omvårdnadsinsatser visat sig otillräckliga kan läkemedel bidra till att personer med BPSD förbättras.

Vem gör vad när Anna har BPSD-problematik?



NÄRSJUKVÅRD	*SPECIALISTVÅRD*	*KOMMUN*
Råd/hänvisning/medicinsk behandling *kring BPSD-problematik* *ev Läkemedelsgenomgång*		*Utreda bakomliggande orsaker* *exempelvis:* *personens personlighet* *personens allmäntillstånd* *fysiska miljön, behov av* *fysisk aktivitet, utevistelse* *vårdarens bemötande* *läkemedel* *Medverka i kvalitetsregistret BPSD, (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)* *registret kan bidra till minskad BPSD och vara ett stöd för att skapa struktur i vård arbetet*
Remiss till minnesmottagningen	*V.B utreda BPSD*	
Uppföljning *Ev läkemedelsgenomgång,* *Somatisk bedömning* *Samverkan*		*Uppföljning* *Symtomskattning* *Ev insatser* *Samverkan*

Nyckelpersoner

Demenssamordnare
Handläggare
Kontaktman
Resursteam inom demens, (personer utbildade inom området och BPSD-registret)
Läkare

Stöddokument

- Skattningsskala NPI-NH, BPSD-registret
  http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2010/05/NPI-NH-svensk-version.pdf
- Levnadsberättelse, ett exempel på mall är ***Livsboken*** som finns hos Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA).
  Klicka på länken ovan eller sök på "livsboken" ***på www.fsa.se***
- ***Terapirekommendationer 2015***, Region Halland Läkemedelskommittén, kap 3 Demenssjukdomar, avsnitt BPSD
  Klicka på länken ovanför eller sök på "terapirekommendationer på ***www.regionhalland.se***

Informationsmaterial/Kunskapsunderlag

- Webbutbildning: ***Demens ABC,*** bygger på Socialstyrelsens nationella demensriktlinjer
  Klicka på länken eller sök på "Demens ABC" ***på www.demenscentrum.se***
- Webbutbildning BPSD, BPSD registret
  http://bpsd.se/player/player.html
- Informationsfilm om BPSD-registret http://www.bpsd.se/
- BPSD-registret http://www.bpsd.se/

Kap 3.8 Anna börjar på dagverksamhet

Lars upplever att Anna blivit mer orolig på natten och har svårt att på eget initiativ sysselsätta sig. Han får ta ett ännu större ansvar i hemmet och känner sig allt tröttare. Lars pratar med Lena då han känner att de behöver hjälp.

Handläggaren kontaktas och i samråd med Anna, Lars och Lena beslutas att Anna ska börja på dagverksamheten.

Familjen gör tillsammans ett besök på dagverksamheten och får träffa personalen och får information. Handläggaren och Anna kommer överens om att Anna ska börja på dagverksamheten två dagar i veckan.

Personalen gör en bedömning av hur Anna fungerar i vardagen och tar reda på hennes intressen. Lars har möjlighet att ta del av dagens händelser eftersom man skriver dagbok. Det gör att han känner sig trygg.

På en anhörigträff får Lars se och prova olika hjälpmedel som kan underlätta i vardagen. Han får också tips om enkla förändringar som de kan göra i hemmiljön.

Anna har beviljats färdtjänst och taxin kommer alltid enligt bokad tid. Ibland får Lars och chauffören hjälpas åt att förklara för Anna varför taxin kommer och hämtar henne.

Anna trivs på dagverksamheten och Lars tycker att det fungerar bra. Då Anna är på dagverksamheten får han lite tid för sig själv och kan göra det som inte blir gjort när Anna är hemma.

Vad säger nationella riktlinjerna?

- Erbjuda plats i dagverksamhet som specifikt riktar sig till personer med demenssjukdom (prioritet 2)
- Till yngre personer med demenssjukdom erbjuda plats i dagverksamhet som specifikt riktar sig till denna målgrupp (prioritet 3)
- Ge personer med demenssjukdom en personcentrerad omvårdnad (prioritet 1)
- Erbjuda personer med demenssjukdom möjlighet att delta i individuellt anpassade aktiviteter inklusive fysisk aktivitet (prioritet 1)

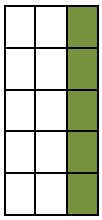
Vad är dagverksamhet?

På dagverksamhet kan personer med demenssjukdom, som oftast bor i eget boende, träffas och umgås. Syftet med dagverksamhet är att ge vård och omsorg samt att bidra till social samvaro, dagliga aktiviteter och sysselsättning. Dagverksamheten kan också ge struktur och innehåll i vardagen, vilket hjälper personen med demenssjukdom att bevara sina funktioner längre. Syftet är också att ge anhöriga en möjlighet till återhämtning och avkoppling.

Vem gör vad när Anna är på dagverksamhet?

NÄRSJUKVÅRD	*SPECIALISTVÅRD*	*KOMMUN*
Råd/hänvisning *i samband med besök på vårdenheten*	*Råd/hänvisning* *i samband med besök/sjukhusvistelse*	*Tillhandahålla Dagverksamhet* *som specifikt riktar sig till personer med demenssjukdom* *bedömning av aktivitet och delaktighet*
		Erbjuda anhörigstöd *(se avsnitt anhörigstöd)*
		Uppföljning *följa upp kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, beviljade biståndsinsatser, eventuella beteendeförändringar*

Nyckelpersoner



Handläggare
Personal på dagverksamheten
Demenssamordnare
Arbetsterapeut
Sjukgymnast

Stöddokument

- Levnadsberättelse, ett exempel på mall är ***Livsboken*** som finns hos Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA).
  Klicka på länken ovan eller sök på "livsboken" på ***www.fsa.se***

Informationsmaterial/ Kunskapsunderlag

- Webbutbildning: ***Demens ABC,*** bygger på Socialstyrelsens nationella demensriktlinjer
  Klicka på länken eller sök på "Demens ABC" på ***www.demenscentrum.se***
- ***Smart Vardag,*** Hjälpmedelscentrums hemsida, Region Halland, här kan man läsa t.ex. var man kan köpa smarta ting och länk till visningsmiljöer i länet.
  Klicka på länken ovanför eller sök på"smart vardag" på ***www.regionhalland.se***

Kap 3.9 Anna flyttar till särskilt boende

Anna har fått plats på ett boende för personer med demenssjukdom. Innan hon bestämmer sig besöker hon tillsammans med Lars och Lena boendet. I samband med besöket får de information om boendet och om mallen *Levnadsberättelse* där hon kan fylla i sina önskemål och levnadsvanor.

Innan Anna flyttar in har Lars och Lena möblerat hennes lägenhet med möbler och personliga tillhörigheter som de vet att Anna tycker om. De har dessutom satt ihop ett familjealbum som finns i lägenheten.

Annas blivande kontaktman tar kontakt innan Anna flyttar in på boendet.

Anna flyttar in och träffar sin kontaktman. Efter ett tag blir Lars och Anna inbjudna till ett ankomstsamtal. Vid samtalet diskuteras Annas vardag och det görs en plan kring den hjälp hon behöver. De pratar även om Lars situation.

Boendet är vackert färgsatt med kontraster för att underlätta för Anna att hitta. Utemiljön är också anpassad så att Anna har möjlighet att enkelt ta promenader.

Anna är gärna med på sittgympa och tycker om att hjälpa till att sköta om blommorna både ute och inne. Anna lyssnar gärna på musik och sjunger med personalen.

Vad säger nationella riktlinjerna?

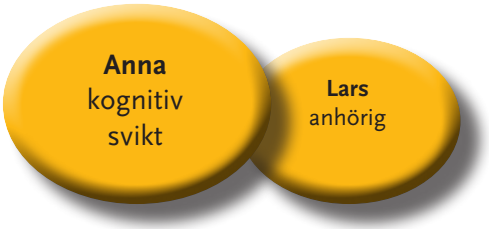
- Förbereda flytten genom att i god tid ge information och om möjligt engagera närstående, ge möjlighet till platsbesök samt ta del av personens sjuk- och livshistoria (prioritet 2)
- Erbjuda småskaligt särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom (prioritet 3)
- Tillhandahålla en fysisk miljö som är personligt utformad, berikad och hemlik (prioritet 1)
- Säkerställa en lugn ljudmiljö (prioritet 2)
- Erbjuda möjlighet till utevistelse (prioritet 2)
- Färgsätta och utforma den fysiska miljön så att den underlättar möjligheterna att orientera sig (prioritet 4)
- Erbjuda en psykosocial miljö som kännetecknas av trygghet och tillgänglighet och där man kan få ett meningsfullt innehåll i dagen (prioritet 1)
- Erbjuda personer med demenssjukdom möjlighet att delta i individuellt anpassade aktiviteter inklusive fysisk aktivitet (prioritet 1)
- Ge personer med demenssjukdom en personcentrerad omvårdnad (prioritet 1)
- Följa upp behandlingen mot kognitiv svikt vid Alzheimers sjukdom i samband med inställning av dosen och därefter regelbundet, minst en gång per år samt i samband med eventuell utsättning (prioritet 1)

Vad är Särskilt boende med demensinriktning?

Särskilt boende beviljas till personer som har en diagnostiserad demenssjukdom och som har behov av vård och omsorg dygnet runt. Boendet ska vara specifikt anpassat för personer med demenssjukdom. Småskaligt boende leder till högre kontinuitet, vilket innebär färre personer som den enskilde träffar i sitt dagliga liv vilket leder till ökad livskvalitet. Flera enheter med demensinriktning kan med fördel finnas inom samma fastighet. Arbetssättet byg-ger på en personcentrerad omvårdnad. Detta innebär att fokus är på individen och inte på sjukdomen.

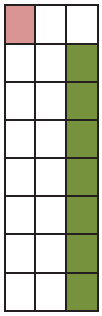
Boendet ska erbjuda en fysisk miljö som är personligt utformad, berikad, hemlik, med en lugn ljudmiljö och möjlighet till utevistelse. En adekvat färgsättning ska användas, för att underlätta orientering.

Vem gör vad när Anna är på särskilt boende?



NÄRSJUKVÅRD	*SPECIALISTVÅRD*	*KOMMUN*
Råd/hänvisning/medicinsk behandling *Läkemedelsgenomgång*	*Råd/hänvisning* *I samband med besök/sjukhusvistelse*	*Tillhandahålla småskaliga särskilt boende* *specifikt anpassat* *fysisk miljö som är personlig, berikad och hemlik* *lugn ljudmiljö* *färgsätta och utforma den fysiska miljön så att den underlättar att orientera sig*
		Flytten till SÄBO *Ge information i god tid, erbjuda besök, personal fått information om levnads-berättelse och behov av vård och omsorg.*
		Erbjuda en psykosocial miljö *Kännetecknas av trygghet och tillgänglighet* *Få ett meningsfullt innehåll i vardagen*
		Stöd till anhöriga *(se avsnitt anhörigstöd)*
Fortsatt Uppföljning *(se basal utredning)* *Samverkan*		*Uppföljning* *följa upp kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, beviljade biståndsinsatser, eventuella beteendeförändringar* *Samverkan*

Nyckelpersoner



Läkare
Demenssamordnare
Handläggare
Personal inom Anhörigstöd
Sjuksköterska
Arbetsterapeut
Sjukgymnast
Kontaktman

Stöddokument

- Levnadsberättelse, ett exempel på mall är ***Livsboken*** som finns hos Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA).
  Klicka på länken ovanför eller sök på "livsboken" på ***www.fsa.se***
- Kvalitetsregister Senior Alert http://www.lj.se/senioralert
- ***Terapirekommendationer 2015,*** Region Halland, Läkemedelskommittén, kap 3 Demenssjukdomar
  Klicka på länken ovanför eller sök på "terapirekommendationer" på ***www.regionhalland.se***
- ***Läkemedelsgenomgångar*** i Halland, Region Halland. Klicka på länken eller sök på "läkemedelsgenomgångar" på Region Hallands Extranät ***www.extra.regionhalland.se***
- Bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom som har svårt att beskriva sin smärta i tal, ***Abbey Pain Scale,*** Svenska palliativ registret.
  Klicka på länken ovanför eller sök på "kunskapsstöd" på ***www.palliativ.se***

Informationsmaterial/Kunskapsunderlag

- Webbutbildning: ***Demens ABC,*** bygger på Socialstyrelsens nationella demensriktlinjer
  Klicka på länken eller sök på "Demens ABC" på ***www.demenscentrum.se***

Kap 3.10 Annas sista tid

Palliativ vård

Anna försämras efter en tid på boendet, hon har helt tappat talet, fått sämre balans och är allmänt tröttare. Hon har gått ner i vikt och verkar ibland inte förstå hur hon ska tugga och svälja. Lars och barnen är oroliga och undrar om Anna fått en ny sjukdom

Tillsammans med kontakman, sjuksköterska och läkare sitter man ner och diskuterar. Lars och barnen får reda på att de nya symtomen och svårigheterna beror på hennes demenssjukdom.

Efter ett par månader har Annas krafter ytterligare avtagit, hon värjer sig mot att komma upp, det är svårt att få i Anna läkemedel och föda.

Lars och barnen har ett nytt möte med läkaren där man pratar om att Anna är i livets absoluta slutskede och de får en skrift som de kan läsa. Läkaren ordinerar vid-behovsmediciner i injektionsform mot bl.a. smärta, oro, illamående och rosslig andning.

Lars är hos Anna så mycket han orkar. Barnen har närståendepenning och får ersättning från försäkringskassan när de tar ledigt från sina arbeten för att vara med Anna.

Efter ytterligare en tid avlider Anna lugnt, med både Lars och barnen hos sig, efter att dagen innan varit lite piggare. Ett par veckor efter Annas bortgång pratar kontaktmannen och sjuksköterskan med Lars och barnen om Annas sista tid.

Vad säger nationella riktlinjerna?

- Ge palliativ vård enligt Världshälsoorganisationens rekommendationer (prioritet 1)

Palliativ vård, WHO definition från 2002:

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvalitet för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem.

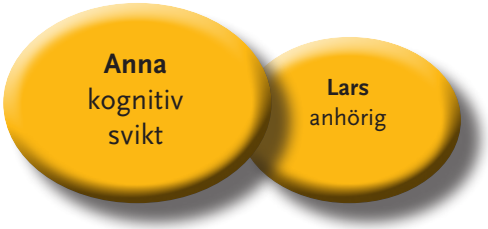
Vad är palliativ vård?

Palliativ vård betyder vård som riktar sig mot symtomen, en lindrande vård. Målet är att varken förkorta eller förlänga livet utan att skapa förutsättningar för bästa möjliga livskvalitet. Det är svårt att exakt förutsäga hur lång tid en människa har kvar att leva. Den palliativa vården omfattar vanligen en tidig fas, som är lång, och en sen fas, som är kort och omfattar dagar, veckor eller någon månad. Det är vanligt att personer med demenssjukdom får svårigheter att äta och svälja i livets slutskede.

De flesta närstående önskar vara delaktiga i vården och omsorgen av den döende personen och stödet till närstående är en viktig del av den palliativa vården.

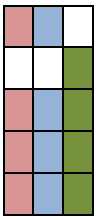
För att den palliativa vården ska fungera utifrån personens behov krävs samverkan mellan olika professioner och inte minst mellan olika vårdgivare.

Vem gör vad när Anna får palliativ vård?



NÄRSJUKVÅRD	*SPECIALISTVÅRD*	*KOMMUN*
Palliativa insatser/läkemedel *Identifiera, behandla och lindra olika tillstånd/symtom*	*Palliativ vård* *Identifiera, behandla och lindra olika tillstånd/symtom*	*Palliativ vård* *Identifiera, behandla och lindra olika tillstånd/symtom*
Brytpunktsamtal vid vård i ordinärt eller särskilt boende *Samtal mellan ansvarig läkare och patient, alternativt patientens ställföreträdare, om ställningstagande att övergå till palliativ vård i livets slutskede*	*Brytpunktsamtal vid vård på sjukhus* *Samtal mellan ansvarig läkare och patient, alternativt patientens ställföreträdare, om ställningstagande att övergå till palliativ vård i livets slutskede*	
	Erbjuda *Efterlevandesamtal vid vård på sjukhus* *samtal mellan vård- och omsorgspersonal och den avlidnas närstående en tid efter dödsfallet*	*Erbjuda* *Efterlevandesamtal vid vård i ordinärt eller särskilt boende* *samtal mellan vård- och omsorgspersonal och den avlidnas närstående en tid efter dödsfallet*
	Medverka i kvalitetsregister *Svenska palliativregistret*	*Medverka i kvalitetsregister* *Svenska palliativregistret*

Nyckelpersoner



Läkare
Kontaktman
Sjuksköterska
Arbetsterapeut
Sjukgymnast

Stöddokument

- Dödsfallsenkäten www.palliativ.se
- Bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom som har svårt att beskriva sin smärta i tal, ***Abbey Pain Scale,*** Svenska palliativregistret.
  Klicka på länken ovanför eller sök på "kunskapsstöd" på ***www.palliativ.se***

Informationsmaterial/Kunskapsunderlag

- Broschyr: Frågor när livet går mot sitt slut,
  http://www.regionhalland.se/PageFiles/1699/Fragor_nar_livet_gar_mot_sitt_slut.pdf
- Broschyr: Till närstående, Vid livets slut,
  http://www.stockholmssjukhem.se/Forskning--utbildning/SPN/Filer-att-lasa-och-eller-att-ladda-ner/
- FAS UT 3 ”Att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedelsbehandling”
  http://www.fasut.nu/
- ***Nationellt vårdprogram för palliativ vård*** 2012-2014
  Klicka på länken ovanför eller sök på "palliativ" på ***www.cancercentrum.se***
- På Svenska palliativregistret hittar ni bland annat information, lathundar och dokument om:
  - Vad bör ett ***brytpunktssamtal*** innehålla och när ska det genomföras?
  - ***Lathund för läkare i kontakt med patienter i livets slut***
  - ***Efterlevandesamtal***

  Klicka på länken ovanför eller sök på "kunskapsstöd" på ***www.palliativ.se***

Kap 3.11 Anna 52 år

Yngre personer med demenssjukdom

Anna arbetar inom hemtjänsten och är gift med Lars som jobbar inom byggbranschen. De har två barn och ett av barnen bor hemma.

På arbetsplatsen ser man en förändring hos Anna. Annas chef samtalar med henne och de kontaktar gemensamt Annas läkare. I hemmet märker man ingenting och Anna får hjälp att förklara svårigheterna för sin familj.

I samråd med Anna skickas en remiss till Minnesmottagningen för utvidgad utredning. Anna blir avlastad i sina uppgifter på arbetet. Familjen har förstått Annas problematik och försöker stötta henne.

Utredningen på minnesmottagningen leder till en demensdiagnos och Anna börjar i en samtalsgrupp.

Anna får ett talande armbandsur som hjälper henne att hålla reda på tiden. Med stöd från anhöriga och kommunens ledsagare kan hon fortsätta med sina aktiviteter och intressen.

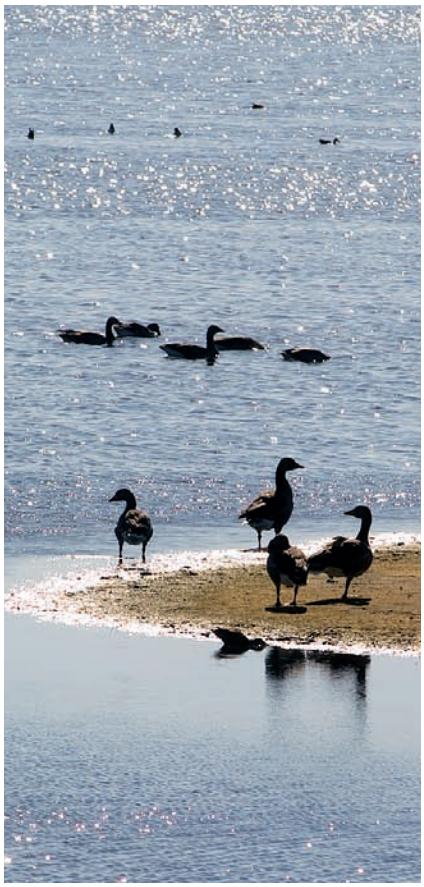
Anhöriga tackar ja till en demensutbildning för att få mer kunskap och även träffa andra personer i samma situation.

Då det gått en tid börjar Anna på dagverksamhet tre dagar i veckan och hon trivs med att vara där.

När Anna sedan behöver mer stöd erbjuds hon en plats på ett boende. Lars och barnen är ofta där. Personalens stöd gör att de både känner sig trygga och har kvar sin familjekänsla.

Vad säger nationella riktlinjerna?

- Erbjuda specifikt anpassat stöd och individuellt anpassad avlösning till anhöriga till yngre personer med demenssjukdom (prioritet 3)
- Erbjuda plats i dagverksamhet som specifikt riktar sig till yngre personer med demenssjukdom (prioritet 3)
- Erbjuda kognitiva hjälpmedel till personer med mild till måttlig demenssjukdom (prioritet 4)
- Erbjuda behandling med kolinesterashämmare (donepezil, galantamin och rivastigmin) mot kognitiva symtom till personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom (prioritet 2)
- Erbjuda behandling med memantin mot kognitiva symtom till personer med måttlig till svår Alzheimers sjukdom (prioritet 3)
- Följa upp behandlingen i samband med inställning av dosen och därefter regelbundet, minst en gång per år, samt i samband med eventuell utsättning (prioritet 1)
- Socialtjänsten bör genomföra tidig social utredning (prioritet 1)
  Minst årligen bör Hälso- och sjukvården och socialtjänsten göra en medicinsk och social uppföljning av läkemedelsbehandling, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser (prioritet 1)



Yngre personer med demenssjukdom

Demenssjukdomar drabbar inte bara äldre personer. Varje år insjuknar även personer i yrkesverksam ålder. Den sociala och psykologiska situationen ser annorlunda ut om man är mitt i livet än om man är äldre. Hela nätverket drabbas. Det är viktigt att se hela familjens situation och att minderåriga barn uppmärksammas.

De yngre personerna är ofta yrkesverksamma och fysiskt friska och har behov av ett speciellt anpassat stöd för att kunna leva ett fortsatt aktivt liv utifrån sina önskemål och behov. De kan söka hjälp enligt både Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)och enlig Socialtjänstlagen(SoL).

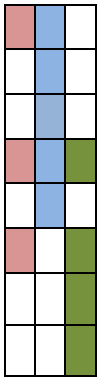
Det är viktigt att tidigt se över behovet av kognitiva hjälpmedel för att kunna underlätta vardagen. Stödet till anhöriga skall anpassas. Dagverksamhet för den sjuke är ett positivt stöd och en förutsättning för många anhöriga att kunna fortsätta arbeta

Under den utvidgade utredningen är det viktigt med samverkan mellan olika professioner för en bred bild av patientens och familjens livssituation.

Vem gör vad för Anna som är en yngre person med demenssjukdom?

NÄRSJUKVÅRD	SPECIALISTVÅRD	KOMMUN
Basal Utredning (se basal utredning) därefter remiss till minnesmottagning Yngre personer <65 år med fortsatt misstanke om demenssjukdom		Råd/ hänvisning I samband med stöd/vård/omsorg
	Utvidgad demensutredning Utredningen utgår från den basala utredningen inom närsjukvården. Därefter utvidgad för denna grupp och med det ställningstagande som gäller, se avsnitt utvidgad utredning. Bedömning av sjukskrivningsgrad/sjukersättning	
Hjälpmedel Uppföljning kring aktivitets/funktionsförmåga och hjälpmedel Översyn av hemmiljö	Hjälpmedel Utreda aktivitets/funktionsförmåga samt behov av hjälpmedel. Initiera dessa. Samverka	Hjälpmedel Uppföljning kring aktivitets/funktionsförmåga och hjälpmedel Översyn av hemmiljö
	Patient och anhörigstöd Erbjuda psykosocialt stödprogram individuellt eller i grupp Erbjuda utbildningsprogram i samverkan med kommunen	Anhörigstöd Erbjuda utbildningsprogram I samverkan med specialistvården
Fortsatt uppföljning (se basal utredning) Informationsöverföring samverkan	Uppföljning (minst årlig) Medicinsk och social uppföljning av läkemedel, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar, beviljade biståndsinsatser samt körkort. Samverkan	Uppföljning (minst årlig) Medicinsk och social uppföljning av läkemedel, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser. Samverkan
		Insatser och verksamheter Tillhandahålla anpassade insatser för yngre personer med demenssjukdom och deras anhöriga, t ex dagverksamhet, avlösning, boende
	Medverka i kvalitetsregistret Svenska Demensregistret (SveDem)	

Nyckelpersoner



Läkare
Sjuksköterska
Neuropsykolog
Arbetsterapeut
Kurator
Demenssamordnare
Handläggare SoL/LSS
Personal inom Anhörigstöd

Stöddokument

- Kognitiva tester utifrån personens individuella sjukdomsbild, för enhetligt användande använd t.ex. ***skalor och instrument på Svenskt demenscentrum***
  Klicka på länken ovanför eller sök på "skalor och instrument" på ***www.demenscentrum.se***
- Anhörigintervju, Ragnar Åstrands mall, för enhetligt användande använd t.ex. ***skalor och in-strument på Svenskt demenscentrum***
  Klicka på länken ovanför eller sök på "skalor och instrument" på ***www.demenscentrum.se***
- ***Terapirekommendationer 2015,*** Region Halland Läkemedelskommittén, kap 3 Demenssjukdomar
  Klicka på länken ovanför eller sök på "Terapirekommendationer" på ***www.regionhalland.se***
- Riktlinjer för ett LSS-utlåtande och uppgifter som bör finnas med i ett LSS-utlåtande söker du fram via Region Hallands Intra- och eller Extranät.

Informationsmaterial/Kunskapsunderlag

- ***Smart Vardag,*** Hjälpmedelscentrums hemsida, Region Halland, här kan man läsa t.ex. var man kan köpa smarta ting och länk till visningsmiljöer i länet,
  Klicka på länken eller sök "smart vardag" på ***www.regionhalland.se***

Personcentrerad omvårdnad

Enligt nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten ge personer med demenssjukdom en personcentrerad omvårdnad (prioritet 1)

Personcentrerad omvårdnad är ett förhållningssätt som bygger på en humanistisk människosyn och utgår från att alla människor har lika värde och ges möjlighet att leva så bra som möjligt. Syftet är att utgå från vars och ens personlighet och olika behov, det unika hos varje människa.
Förhållningssättet bygger på att stärka personens resurser och självkänsla, för att uppnå välbefinnande och hälsa under sjukdomens hela förlopp.

Arbetssättet innebär också att personens livsmönster, vanor och intressen tillvaratas, vilket ökar möjligheten att skapa trygghet för personen i vardagen.

Exempel på hur man kan arbeta personcentrerat

- Se den ”friska personen” och inte sjukdomen.
- Bemöt personen på ett sätt som gör det lätt för henne att uppleva sitt fulla människovärde. Skapa en levande relation med personen.
- Uppmuntra personen att vara med och bestämma saker i stort och smått om det egna livet. Se personen som en aktiv samarbetspartner.
- Försök att hjälpa personen att ha kvar sin personlighet trots att minnet och andra funktioner sviktar. Bekräfta personens upplevelse av världen.
- Hjälp personen att orientera sig i tid och rum om hon vill det.
- Sträva efter att förstå vad som är bäst för personen utifrån hennes perspektiv.
- Försök att förstå svårtolkade beteenden med hjälp av kunskap om personen.
- Anpassa både den fysiska miljön och vårdens och omsorgens innehåll till de behov som personen har. Ta hänsyn till särskilda språkliga och kulturella behov.
- Gå in för att göra anhöriga och andra i det sociala nätverket delaktiga i vården.

Exempel på metoder och arbetssätt

VALIDATION/FEILMETODEN, Ett arbetssätt som hjälper personalen att lättare förstå och klara av den demenssjukas uttryck av exempelvis oro, rädsla och klagorop på ett bra sätt.
Tankemodellen är att: Empati bygger förtroende ⟶ Förtroende ger säkerhet ⟶ Säkerhet ger styrka ⟶ Styrka stärker självkänslan ⟶ Självkänslan minskar stressen
http://www.youtube.com/watch?v=CrZXz1oFcVM

SNOEZELEN, Metoden beskriver hur sinnesstimulering kan användas för att stimulera de olika sinnena i syfte att uppnå välbefinnande i en kravlös atmosfär.
Snuffelen = snusa, lukta, använda sina sinnen – vara aktiv
Doezelen = dåsa – koppla av
http://www.youtube.com/watch?v=EhL9qEfclLo&feature=related

REALITETSORIENTERING, Syftar främst till att träna personer med demens att orientera sig i ”den verkliga världen”. Erfarenhetsmässigt så tycks metoden inte vara tillämplig på personer med svår demenssjukdom.

REMINISCENS, Betyder hågkomst eller minne och metoden bygger på personens minnen. Upplevelser från barn- och ungdomsåren finns länge kvar hos den demenssjuke personen. Med hjälp av igångsättare ”triggers”, på engelska, som fotografier eller föremål kan kommunikationen underlättas.

JAG-STÖDJANDE FÖRHÅLLNINGSSÄTT, En metod som har sin utgångspunkt i psykoanalytisk jagpsykologi. Den går ut på att stärka den demenssjuka personens sviktande jagfunktioner (förmågor). För att kunna stödja sviktande funktioner måste man skaffa sig en bild av den demenssjukes jagprofil. Man måste bedöma hur välbevarade de olika jagfunktionerna är. Syftet är att hjälpa den demenssjuke att på bästa möjliga sätt bruka sina kvarvarande funktioner – att ta vara på det friska.

Stöddokument

- Levnadsberättelse, ***Livsboken*** är ett verktyg för att lära känna och ta tillvara personens intressen. Den kan bl.a. bidra till ett mer personligt bemötande.
  Klicka på länken ovanför eller sök på "livsboken" på ***www.fsa.se***
- ***Qualid*** är ett instrument för att mäta livskvalitet vid svår demenssjukdom. Personer med demenssjukdom i sent stadium har ofta svårt att själva berätta hur de mår.
  Klicka på länken ovanför eller sök på "qualid" på ***www.demenscentrum.se***

Multiprofessionellt teambaserat arbete

Enligt nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten säkerställa ett multiprofessionellt teambaserat arbete inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom (prioritet 2)

Vid utredning, bedömning och utformning av olika vård- och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom behövs ofta bedömningar och insatser ifrån flera olika yrkesgrupper.

Att arbeta multiprofessionellt innebär att olika yrkesprofessioner samarbetar i team. Teamens sammansättning kan variera över tid och förändras kontinuerligt utifrån behoven. Allt eftersom personens behov av vård och omsorg ökar, blir det aktuellt med åtgärder från andra professioner. Det kan vara sjuksköterskor, arbetsterapeuter, handläggare, kurator och undersköterska.

Teamarbetet ställer också krav på samverkan både inom den egna verksamheten och över huvudmannagränserna. Detta för att få ett helhetsperspektiv så att personens unika behov kan tillvaratas och lyftas fram och för att säkerställa vårdkedjan.

Teamarbetet förutsätter anhörigas delaktighet och det multiprofessionella arbetet kan bidra till trygghet och god livskvalitet både för personen med demenssjukdom och för de anhöriga.

Beskrivning av nyckelpersoner i det multiprofessionella teamet

Arbetsterapeut
Arbetsterapeuten genomför en bedömning av hur vardagen och de dagliga aktiviteterna fungerar. Bland annat kan de ge råd om anpassning av boendemiljön, förskriver hjälpmedel och utför kognitiva tester.

Demenssamordnare i kommunen, se bilaga 1

Demenssamordnare i närsjukvården, se bilaga 2

Handläggare inom SoL och LSS
Handläggaren ansvarar för bedömning av behov av bistånd (hjälpinsatser) enligt socialtjänstlagen och/eller enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Kontaktman
Kontaktmannens uppdrag är bl.a. att se till att varje person får en personcentrerad omvårdnad. Alla personer inom äldre- och handikappomsorg erbjuds en kontaktman i personalgruppen.

Kurator
Kuratorn är den psykosociala experten i hälso- och sjukvården. Kuratorsstödet kan ha olika innehåll, ibland är det ett praktiskt stöd/rådgivning och ibland ett psykologiskt stöd i samband med tex en krissituation eller att hantera en förändrad livssituation.

Läkare
Läkaren har det medicinska ansvaret för patienten och har ansvaret för demensutredning, läkemedelsbehandling och uppföljning.

Person verksam inom anhörigstöd
Personerna har uppdraget att stödja och hjälpa anhöriga genom att t.ex. erbjuda stödsamtal, information och må-bra-aktiviteter. De kan även leda anhöriggrupper och ge stöd till personal inom socialtjänsten.

Neuropsykolog
Den legitimerade psykologen har vidareutbildning inom neuropsykologi och utför kvalificerade neuropsykologiska utredningar av kognitiva funktioner, kliniska bedömningar och behandling.

Sjukgymnast
Sjukgymnasten är specialiserad på människors rörelseförmåga. Bland annat kan de arbeta med bedömning av personens gångförmåga, träna förflyttning, fysisk träning samt förskriva hjälpmedel.

Sjuksköterska
Sjuksköterskan genomför bedömning av personens hälsotillstånd och omvårdnadsbehov. Sjuksköterskan planerar och utför omvårdnads- och medicinska åtgärder.

Personalutbildning, kompetens till baspersonal

Enligt nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten ge personal, främst vårdbiträden och undersköterskor, som arbetar inom vård, omvårdnad och omsorg om personer med demenssjukdom möjligheter till utbildning som är långsiktig, kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback (prioritet 1).

För både personer med demenssjukdom och deras närstående leder ökad kunskap om vård och omsorg bland personalen till en säkrare och tryggare tillvaro. Även för personalen har utbildning och regelbunden handledning visat på ökad arbetstillfredsställelse och minskad upplevelse av utbrändhet.

En långsiktig kompetensutveckling som innehåller utbildning i kombination med praktisk träning, handledning och feedback kommer med största sannolikhet att minska personalomsättningen och därmed höja verksamhetens kvalitet.

I samband med anställning av ny personal inom demensvården bör säkerställas att personalen har erfarenhet och kompetens som motsvarar verksamhetens krav. Arbetsgivaren bör upprätta en beskrivning av vilken kompetens som ska finnas i de olika verksamheterna. Beskrivningen kan vara ett bra underlag redan i rekryteringsprocessen.

Förslag på lämpliga utbildningar för kompetensutveckling inom demensområdet är t.ex. utbildning till Silviasyster, webbaserad ABC-utbildning, lagstiftning, handledar- värdegrund- etikutbildning. Därutöver kan kurser i ämnesspecifika utbildningar vara lämpligt.

Länkar till webbutbildningar

- Webbutbildning: ***Demens ABC***, bygger på Socialstyrelsens nationella demensriktlinjer
  Klicka på länken eller sök på "Demens ABC" på ***www.demenscentrum.se***
- Webbutbildning: ***Demens ABC PLUS***
  Klicka på länken eller sök på "Demens ABC PLUS" ***www.demenscentrum.se***
- Webbutbildning BPSD, BPSD registret http://media.bpsd.se/player/player.html
- Webbutbildning: Nätbaserad vårdutbildning i demens http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/kunskapscentrum-for-demenssjukdomar/Utbildning/Natbaserad-vardutbildning-i-demens/

Demenssamordnare i kommunen

Rollen som demenssamordnare innebär att ha samordningsansvar för personer med misstänkt demenssjukdom och de som har en diagnostiserad demenssjukdom, anhöriga och personal inom den kommunala vården och omsorgen.

I samordningsansvaret ingår att initiera och påbörja demensutredning, efter remiss från läkare, för de personer som faller inom kommunens ansvar enligt hälso- och sjukvårdsavtal mellan Region Halland och kommunerna i Halland. Exempel på vad som kan ingå är MMT och patient- och anhörigintervju.

I rollen som demenssamordnare ingår samverkan med närsjukvården och minnesmottagningen/specialistvården kring t.ex. medicinska och sociala uppföljningar, anhörigutbildning, informationsträffar och att vara sammankallande till vårdplaneringar, där även representanter från närsjukvården och minnesmottagning/specialistvård ingår, utifrån patientens individuella behov.

I ansvaret ingår också att vara kontaktperson för personen med demenssjukdom och eventuella anhöriga samt att ge råd, stöd och information kring sjukdomen. Det är även viktigt att kunna vägleda och lotsa personen rätt inom de olika verksamheterna i regionen och kommunen.

Samordningsansvariga både i kommunen och inom närsjukvården har en central roll i processen runt den demenssjuke och anhöriga och har regelbunden kommunikation på olika sätt för att undvika att demenssjuka personer ”ramlar mellan stolarna”

I rollen som samordnare ingår att se till att kommunens arbete med demenssjuka personer sker utifrån modellen ”Annas led” i samverkan med verksamhetsansvarig och vara ett stöd för övriga kolleger inom kommunen.

Demenssamordnare i kommunen kan t.ex. vara en demenssjuksköterska/demensarbetsterapeut/demensundersköterska med specifikt uppdrag och det är väsentligt att personen har kompetens och intresse för utredningsarbetet och den demenssjuke personens situation samt dennes anhöriga. Demenssamordnaren bör även ingå i ett regionalt demensnätverk för att utveckla samverkansformer och den egna kompetensen.

Det finns minst en demenssamordnare i varje kommun i Halland.

Demenssamordnare i närsjukvården

Rollen som demenssamordnare innebär att ha samordningsansvar för de personer som utreds för misstänkt demenssjukdom och de som har en diagnostiserad demenssjukdom samt är listade på vårdenheten.

I samordningsansvaret ingår att i ett nära samarbete med ansvarig läkare vara behjälplig och utföra delar i utrednings- och uppföljningsarbetet. Exempel på vad som kan ingå är MMT, patient- och anhörigintervju, utvärdering av eventuell insatt behandling samt att bevaka att återbesök och regelbundna uppföljningar sker på vårdenheten.

I rollen som demenssamordnare ingår samverkan med kommun och specialistvård/minnesmotagning kring t.ex. medicinska och sociala uppföljningar, anhörigutbildning, informationsträffar och att vara sammankallande till vårdplaneringar, där även representanter från kommun och specialistvård/minnesmottagning ingår, utifrån patientens individuella behov.

I ansvaret ingår också att vara kontaktperson för personen med demenssjukdom och eventuella anhöriga samt att ge råd, stöd och information kring sjukdomen. Det är även viktigt att kunna vägleda och lotsa personen rätt inom de olika verksamheterna i regionen och kommunen.

Samordningsansvariga både i kommunen och inom närsjukvården har en central roll i processen runt den demenssjuke och anhöriga och har regelbunden kommunikation på olika sätt för att undvika att demenssjuka personer ”ramlar mellan stolarna”

I rollen som samordnare ingår att se till att vårdenhetens arbete med demenssjuka personer sker utifrån modellen ”Annas led” i samverkan med verksamhetsansvarig och vara ett stöd för övriga kolleger på vårdenheten.

Demenssamordnare i närsjukvården kan t.ex. vara en sjuksköterska/arbetsterapeut med specifikt uppdrag och det är väsentligt att personen har kompetens och intresse för utredningsarbetet och den demenssjuke personens situation samt dennes anhöriga.

Demenssamordnaren bör även ingå i ett regionalt demensnätverk för att utveckla samverkansformer och den egna kompetensen.

Det finns minst en demenssamordnare som är kopplad till varje vårdenhet inom Vårdval Halland och vid mindre vårdenheter kan exempelvis samordnaren vara kopplad till flera.

Arbetsgrupp

En regional processgrupp och lokala arbetsgrupper i varje kommun har tillsammans arbetat med att ta fram modellen ”Annas led” för regionala riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom i Halland. Utöver processgrupp och arbetsgrupper har referenspersoner och personal ute i verksamheterna bidragit med värdefulla synpunkter under arbetets gång.

Ett stort tack till alla!

Regional processgrupp
Eva Persson, regional processledare, Region Halland
Eva Franzen, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Kungsbacka kommun
Carina Göök, arbetsterapeut, Lyra Rehab
Maria Grönberg, demenssjuksköterska, Varbergs kommun
Annelie Georgsson, kurator, Minnesmottagningen, Psykiatrin Halland
Jeanette Carlstrand, demenssjuksköterska, Falkenbergs kommun
Liselotte Hozjan, demenssjuksköterska, Hylte kommun
Ann-Charlotte Jacobsson, demenssjuksköterska, Halmstads kommun
Leif Moberg, enhetschef, Laholms kommun

Lokala arbetsgrupper

Kungsbacka
Eva Franzen, lokal processledare, Kungsbacka kommun
Susanne Lundin, demenssjuksköterska, Kungsbacka kommun
Tea Hwit, enhetschef, Kungsbacka kommun
Ingrid Olausson, enhetschef, Kungsbacka kommun
Sofia Waernlund, biståndshandläggare äldre, Kungsbacka kommun
Pia Helmersson, biståndshandläggare yngre, Kungsbacka kommun
Anna Klasson, biståndshandläggare yngre, Kungsbacka kommun
Bodil Herfors, anhörigstödjare, Kungsbacka kommun
Carina Göök, arbetsterapeut, Lyra Rehab

Varberg
Maria Grönberg, lokal processledare, Varbergs kommun
Lena Nilsson, verksamhetschef, Humana omsorg
Annika Gustafsson, sjuksköterska, Varbergs kommun
Mona-Lisa Turesson, arbetsterapeut/syn och hörselinstruktör, Varbergs kommun
Monalis Karlsson, anhörigombud, Varbergs kommun
Kristina Kjellgren, affärsområdeschef, Varbergs kommun
Pirjo Wågestrand, metodhandledare/omsorgshandläggare, Varbergs kommun
Eva Törneberg, arbetsterapeut, Vårdcentralen Håsten
Per Högfeldt, distriktsläkare, Vårdcentralen Västra Vall
Annelie Georgsson, kurator, Minnesmottagningen, Psykiatrin Halland
Barbro Rydin, MAS, Varbergs kommun (adjungerande)
Irené Lundgren, utvecklingsledare Varbergs kommun (adjungerande)

Falkenberg
Jeanette Carlstrand, lokal processledare, Falkenbergs kommun
Ninni Larsson, undersköterska, Falkenbergs kommun

Eva Bjäräng, sjukgymnast, Falkenbergs kommun
Martina Lund, enhetschef, Falkenbergs kommun
Anna Hurtig, arbetsterapeut, Falkenbergs kommun
Maria Konnéus, anhörigombud, Falkenbergs kommun
Barbro Adler, undersköterska, Falkenbergs kommun
Johanna Jeppsson, undersköterska, Falkenbergs kommun
Ann-Charlotte Nilsson, arbetsterapeut, Vårdcentralen Ullared
Annelie Georgsson, kurator, Minnesmottagningen, Psykiatrin Halland

Hylte
Liselotte Hozjan, lokal processledare, Hylte kommun
Bengt Hansson, sjuksköterska, Hylte kommun
Lena Borg, omsorgshandläggare, Hylte kommun
Terese Montell, arbetsterapeut, Hylte kommun
Lisbeth Johansson, demenssamordnare, Hylte kommun
Yvonne Englund, undersköterska, Hylte kommun
Veronika Lagerqvist, undersköterska, Hylte kommun
Viveka Sylwan, anhörigkonsulent, Hylte kommun
Elisabeth Svensson, distriktssjuksköterska, Vårdcentralen Torup
Lisbeth Larsson, arbetsterapeut, Vårdcentralen Hylte

Halmstad
Ann-Charlotte Jacobsson, lokal processledare, Halmstads kommun
Anne Isaksson, äldrepsykiatrisjuksköterska, Minnesmottagningen, psykiatrin Halland
Anette Håkansson, anhörigombud, Halmstads kommun
Cecilia Björklund, distriktssjuksköterska, Capio Citykliniken Halmstad
Elisabeth Skarpemo, arbetsterapeut, Capio Citykliniken Halmstad
Eva Persson, utvecklare, Region Halland
Nora Aleksic, distriktssjuksköterska, Vårdcentralen Nyhem

Laholm
Leif Moberg, lokal processledare, Laholms kommun
Marie Nilsson, sjuksköterska, Humana omsorg
Carina Hedblom, arbetsterapeut Vårdcentralen Centrum
Eva Svensson, undersköterska, Laholms kommun
Carina Hagström, undersköterska, Laholms kommun
Birgitta Fritzon, undersköterska, Humana omsorg
Jessica Johansson, sjuksköterska, Laholms kommun
Anna-Lill Andersson, biståndshandläggare, Laholms kommun

Referenspersoner
Elsa Andersson, läkare/geriatriker, minnesmottagningen Halmstad
Efstratios Chrysoulakis, distriktsläkare/geriatriker Vårdcentralen Nyhem
Anett Karlsson, Anhörigas riksförbund
Kerstin Ribberlöv, Demensförbundet
Lise-Lotte Severinsson, verksamhetscontroller, Hallands sjukhus
Aina Suneklis Sandén, verksamhetsutvecklare, Närsjukvården Halland
Maria Hallberg, distriktsläkare/geriatriker, Husläkarna Varmbadhuset Varberg

Berättelsen om Anna och Lars innehåller modeller för regional samverkan inom vård och omsorg för äldre personer i Halland.

Detta kapitel beskriver hur arbetet och samarbetet kring demensvården bör fungera mellan närsjukvård, specialistvård och kommunerna i Halland.

För att tydligt beskriva vårdkedjan med fokus på personer med demens används en fiktiv berättelse om **Anna**. Anna är ett av de vanligaste namnen i Halland.

Anna befinner sig på Halland**sleden**, den kända vandringsleden genom Halland. På sin vandring, vid kontakterna inom vården och omsorgen, kan hon känna sig **trygg** och **säker** oavsett var hon väljer att gå.