



Sunne
kommun

Styrdokument

Handlingsplan vid demenssjukdom





Dokumenttyp	Handlingsplan
Diarienummer	KS/2024:91
Beslutad av	Kommunstyrelsen 2024-04-11, § 65
Reviderad av	
Dokumentansvarig	Enhetschef hälso- och sjukvård

Innehåll

1. Bakgrund	4
2. Syfte	5
3. Mål	5
4. Metod	5
4.1 Samverkan mellan hälso- och sjukvård och social omsorg	5
4.2 Personal	6
4.3 Kunskap och kompetens	6
4.4 Levnadsberättelser	7
4.5 Genomförandeplan	7
4.6 Miljö och aktiviteter	7
4.7 BPSD	8
4.8 SveDem	8
4.9 Anhöriga och närstående	8
4.10 Samhälle	9
4.11 Digitalisering och välfärdsteknik	9
4.12 Uppföljning och utvärdering	9
5. Implementering av handlingsplan	9
6. Här kan du läsa mer	10

1. Bakgrund

I dagsläget finns det mellan 130 000 och 150 000 personer som lever med en kognitiv sjukdom i Sverige och i Värmland beräknas ca 5000 personer ha en kognitiv sjukdom inklusive demenssjukdom. Varje år beräknas mellan 20 000 och 25 000 personer insjukna. Antalet personer med en kognitiv sjukdom förväntas öka kraftigt efter år 2020 och nästan fördubblas fram till 2050.

Det går inte att bota en demenssjukdom, utan syftet med hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens åtgärder är att underlätta vardagen och bidra till en så god livskvalitet som möjligt i sjukdomens olika palliativa skeden. Övergripande för vården och omsorgen vid demenssjukdom är att den ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Detta förhållningssätt syftar till att sätta personen med demenssjukdom i fokus och att ha en mer personlig omvårdnad och vårdmiljö, samt förståelse för de olika problem och svårigheter som kan uppstå i samband med sjukdomen.

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomen beteendemässiga eller psykiska symtom. Det kan handla om vanföreställningar, hallucinationer, agitation, depression, ångest, eufori, apati, avflackning, irritabilitet och avvikande motoriskt beteende. Dessa symtom orsakar stort lidande för personen med demenssjukdom. Ofta är det också svårt för anhöriga, närstående och vårdpersonal att möta personer med demenssjukdom och dessa symtom. Den regelbundna och strukturerade uppföljningen kan leda till minskat lidande för dessa personer genom riktade åtgärder.

Socialstyrelsen rekommenderar därför att hälso- och sjukvården och socialtjänsten följer upp personer med demenssjukdom och utvärderar effekten av insatta åtgärder i syfte att lindra symtomen och i möjligaste mån kompensera för den funktionsnedsättning som demenssjukdomen medför.

Att drabbas av demenssjukdom leder till omfattande konsekvenser för de som insjuknar, för anhöriga, närstående och för hela samhället. Den nationella strategin för demenssjukdom ska verka för förbättringar inom sju strategiska områden:

- Samverkan mellan hälso- och social omsorg
- Personal
- Kunskap och kompetens
- Uppföljning och utvärdering
- Anhöriga och närstående
- Samhälle
- Digitalisering och välfärdsteknik

Den nationella strategin harmonierar med omställningen till Nära vård - tillsammans utvecklar vi hälsa, vård och omsorg i Värmland och de fyra utvecklingsområdena:

- Proaktivt, hälsofrämjande och förebyggande arbete
- Personcentrerat förhållningssätt
- Överbrygga gränser och mellanrum och samordna våra resurser
- Digitala verktyg och välfärdsteknik

2. Syfte

Att med handlingsplanen ge medarbetare stöd i att uppnå de övergripande målen.

3. Mål

Arbetsätt, metoder och bemötande ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt för att personer med demenssjukdom ska leva i trygghet och ges möjlighet att leva sitt liv hela livet. Anhöriga och närstående till personer med demenssjukdom ska ges stöd som bidrar till att möjliggöra en fungerande vardag.

4. Metod

Beskriver arbetsätt för hur målen ska uppnås.

Centralt för olika stödinsatser vid demenssjukdom är att de ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, samt att de erbjuds i en god psykosocial miljö med fokus på individen. Stödet behöver utgå från personens egna önskemål och kvarvarande förmågor.

4.1 Samverkan mellan hälso- och sjukvård och social omsorg

En förutsättning för personcentrad vård är att man arbetar teambaserat kring individen, där varje profession bidrar med sin kompetens för ett helhetsperspektiv i det dagliga arbetet.

Den teambaserade samverkan kan ske på flera sätt både inom den egna organisationen och med andra vårdgivare, utifrån individens behov och situation.

Exempel på samverkan är:

- samordnad individuell planering (SIP) vid t ex utskrivning från sjukhus
- utredning vid Minnesmottagning
- regelbundna teamkonferenser, t ex mellan biståndshandläggare och Minnesmottagning

- teamsamverkan inom hemtjänst, boenden (både inom SoL och LSS), daglig verksamhet och korttid exempelvis vid BPSD-skattningar
- vid flytt mellan verksamheter, exempelvis från hemtjänst till särskilt boende eller när flera olika verksamheter är involverade. Överrapporteringar ska ske på ett strukturerat sätt så att viktig information alltid följer den enskilde.

Viktigt att anhörigperspektivet tydliggörs i samverkan mellan socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården och regionens hälso- och sjukvård.

4.2 Personal

Personalkontinuitet är särskilt viktigt för personer med demenssjukdom, det vill säga att träffa så få personal som möjligt. Hög kontinuitet i hemtjänsten är en utmaning att få till i planeringen, men har hög prioritet. Kontinuitet förenklar tidig upptäckt av demenssjukdom, förbättrar möjligheten att bedriva personcentrerad vård och omsorg, förbättrar kommunikationen och skapar en trygghet för personen med demenssjukdom.

Det bör finnas personal med extra kunskap och erfarenhet om hur man bemöter personer med demenssjukdom, exempelvis specialistundersköterskor med inriktning demens, inom alla arbetsgrupper där det finns personer med demenssjukdom.

Personal bör fortlöpande ges handledning, möjlighet till reflektion och kunskapsutveckling.

En förutsättning för den personcentrerade vården är att all personal har genomgått webb-utbildningen demens ABC.

4.3 Kunskap och kompetens

För att arbeta med personer med demenssjukdom ska man ha utbildning/kunskap om:

- *Demens ABC*. Syftet med utbildningen är bland annat att öka kunskapen om hur man genom god vård och omsorg kan minimera användningen av lugnande läkemedel och tvingande skyddsåtgärder.
- *Demens ABC plus* utifrån verksamhet.
- *BPSD*. All personal ska ha kunskap om metoden BPSD. Inom varje arbetsgrupp ska det finnas tillräckligt med utbildade administratörer för att tillämpa arbetssättet BPSD.
- *IBIC*. Handläggare och utförare ska ha kunskap och använda arbetssättet individens behov i centrum (IBIC) som är ett arbetssätt för att beskriva resurser, behov och mål.

All personal ska ha kunskap om:

- Rutin BPSD
- Rutin för användande av skyddsåtgärder

- Rutin för personal inom Socialtjänsten gällande *Våld i nära relationer*
- Rutin för anhörigstöd
- *Åldern har sin rätt – Att åldras med intellektuell funktionsnedsättning*. Demenscentrum
- Vid behov ha kunskap om nationella minoriteter

4.4 Levnadsberättelser

Alla personer med demenssjukdom ska ha en levnadsberättelse för att stödja bemötandet.

Levnadsberättelsen är ett viktigt dokument som ligger till grund för den personcentrerade vården och omsorgen. Den ger personalen en värdefull information om vem personen är, har varit och hur personen har levt sitt liv tidigare. Levnadsberättelsen ska vara lättillgänglig och aktuell.

4.5 Genomförandeplan

För att säkerställa att den enskilde får tillgång till personcentrerad vård ska en genomförandeplan tydliggöra hur insatser ska genomföras och hur personen med demenssjukdom ska bemötas.

Genomförandeplanen ska följas upp vid behov eller minst två gånger per år. Med behov menas exempelvis förändring av livssituationen eller när behovet av stöd förändras.

4.6 Miljö och aktiviteter

Den fysiska miljön har stor betydelse för personer med kognitiva svårigheter. Därför bör alla personer med demenssjukdom ha en beskrivning av individuella miljöanpassningar i den egna genomförandeplanen.

Personer med demenssjukdom har behov av meningsfulla aktiviteter eller annan stimulans, som omfattar både fysisk aktivitet och social samvaro. Aktiviteterna bör vara individuellt anpassade. Det kan till exempel handla om utevistelse, hushållssysslor, fysisk aktivitet, musik, dans och andra kulturella aktiviteter eller annat som stimulerar personen och som ger utrymme för egen tid där personen är i centrum. Aktivitet kan också innebära att få vara delaktig i livets vardagsaktiviteter.

För personer som är i en sen fas av sjukdomen eller som är svårt somatiskt sjuka kan det vara svårt att delta i aktiviteter som kräver att de själva utför aktiviteterna. Stimulans kan i detta sammanhang vara att se på då någon annan utför en aktivitet. Av vikt är dock att personen med demenssjukdom är i centrum och involveras i det som utförs genom att berätta om det som sker.

Att vara lyhörd för den enskildes behov och önskemål, till exempel varierande dagsform eller lust att delta i olika aktiviteter, är en viktig del av det personcentrerade förhållningssättet.

4.7 BPSD

Beteendemässiga- och psykiska symtom vid demens (BPSD) är ett kvalitetsregister och ett av det viktigaste verktyget i arbetet med personer med demenssjukdom.

Syfte och mål med arbetssättet BPSD är att genom multiprofessionella åtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom och därigenom öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

BPSD ger personalen en tydligare, mer genomtänkt struktur att arbeta efter i form av bemötande-/kommunikationsplan och omvårdnadsåtgärder, vilket indirekt även kan bidra till stöd och hjälp för anhöriga.

Personer med demensdiagnos ska ha minst en skattning per år.

Styrgrupp BPSD har ett uppdrag att följa upp mål, syfte och processer inom verksamheterna. Gruppen ska ta fram åtgärdsplaner efter behov och ansvara för årlig översyn av BPSD rutin.

4.8 SveDem

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att samla in data om personer med demenssjukdom för att förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige.

SveDem består av olika delar tex Säbo och *hemsjukvård med omsorgsinsatser*. I Sunne ska uppföljning och registrering ske minst en gång per år inom Säbo. Ambitionen är att starta upp arbetet med SveDem även inom *hemsjukvård med omsorgsinsatser*.

En regelbunden och strukturerad uppföljning syftar till att bedöma sjukdomen, dess konsekvenser och personens behov av medicinskt och socialt stöd, samt att se till att dessa behov tillgodoses. Hälso- och sjukvårdens uppföljning omfattar vanligtvis en medicinsk undersökning, en läkemedelsgenomgång, en strukturerad bedömning av personens funktions- och aktivitetsförmåga samt ett samtal med anhöriga eller andra närstående.

4.9 Anhöriga och närstående

Enligt socialtjänstlagen ska personer som vårdar, hjälper eller stödjer en äldre, sjuk person eller en person med funktionsnedsättning erbjudas stöd. Det förebyggande anhörigstödet ska kännetecknas av individualisering, flexibilitet och kvalitet.

När en person insjuknar i demenssjukdom påverkas anhöriga och andra närstående. Det är angeläget att anhörigas behov uppmärksammas tidigt och att involverad personal tar initiativ till anhörigstöd.

Det är viktigt att den anhöriga får:

- Information om vilka former av anhörigstöd som finns både med och utan biståndsbeslut

- Anpassad information om demenssjukdomens symtom, orsaker, samt förväntad utveckling kan exempelvis ges vid anhörigträff eller utbildning
- Anhöriga ska med personens samtycke vara inkluderade i utformning av insatser från socialtjänsten exempelvis vid upprättande av genomförandeplan och levnadsberättelse
- Anhörig ska tillsammans med personen med demenssjukdom erbjudas välkomstsamtal vid inflyttning på särskilt boende, samt kontakt med verksamheten utifrån överenskommelse

4.10 Samhälle

Verksamheten ska underlätta för personer med demenssjukdom att vara en del av samhället i genomförandet av insatser.

I all planering och ändringar av verksamhetens lokaler ska den demenssjukes perspektiv beaktas utifrån evidensbaserad kunskap.

Verksamheten ansvarar för att vid förfrågan ge generell information om demenssjukdom till exempelvis intresseorganisationer eller andra intresserade.

4.11 Digitalisering och välfärdsteknik

Verksamheten ska kunna erbjuda personer med demenssjukdom välfärdsteknik i syfte att öka delaktighet och självständighet utifrån behov och förmåga. Exempel på välfärdsteknik kan vara trygghetskamera, GPS och läkemedelsautomat/skåp. Verksamheten ska också omvärldspana inom området för att ha god kännedom om vilka alternativ som finns.

Tekniska lösningar kan underlätta kontakten både mellan personen med demenssjukdom och dennes anhöriga och mellan personal och anhöriga och kan på så sätt öka den anhöriges trygghet och delaktighet.

4.12 Uppföljning och utvärdering

Verksamheten följs upp på nationell nivå bland annat genom den årliga rapporten *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen*. Uppföljningen sker också via kvalitetsregistren SveDem och BPSD både på nationell och lokal nivå.

5. Implementering av handlingsplan

Enhetschefer inom respektive verksamhet ansvarar för att upprätta en plan för vilka åtgärder eller aktiviteter som ska genomföras för att uppnå målen i handlingsplanen. Som stöd kommer Socialtjänstens ledning att ta fram en prioriteringsordning för handlingsplanens metoder och inom vilken tidsperiod. Åtgärderna och aktiviteterna ska återkommande följas upp av Socialtjänstens ledning.

Handlingsplanen ska följas upp vartannat år.

6. Här kan du läsa mer

1. Demenscentrum (2017). Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar.
2. Nationellt kliniskt kunskapsstöd (2023). Vårdförlopp för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.
3. Region Värmland (2019). Vård- och omsorgsprogrammet vid demenssjukdom – en samverkansmodell i Värmland.
4. Socialstyrelsen (2017). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm.
5. Socialstyrelsen (2019). Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom.
6. Socialstyrelsen (2019). Kunskapsstöd om dagverksamhet för personer med demenssjukdom.
7. Socialstyrelsen (2020). Kunskapsstöd för att främja insatser för en god munhälsa vid demenssjukdom.
8. Socialstyrelsen (2020). Nationella riktlinjer målnivåer. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Målnivåer för indikatorer.
9. Socialstyrelsen (2022). En nationell strategi för demenssjukdom. Slutrapport 2022.
10. Socialstyrelsen (2022). Nationell anhörigstrategi.
11. Socialstyrelsen (2022). Webbutbildning om nationella riktlinjer för att främja en kunskapsbaserad vård och omsorg.
12. Socialstyrelsen (2023). Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring.