

# Lokal handlingsplan för demensvård **Ulricehamns kommun och primärvård**

---

## Innehåll:

Bakgrund, mål, syfte, utvärdering

Utredning, uppföljning

Dagverksamhet

Inflyttning till särskilt boende

BPSD – beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

Hjälpmedel och träning

Skydds- och begränsningsåtgärder

Handledning och utbildning

Bilagor 1 - 8

## Bakgrund

Ulricehamns kommun har drygt 23 000 invånare. Ca 5 100 personer är 65 år eller äldre och av dessa är ca 1 550 personer >80 år. Enligt statistiska uträkningar (prevalens) bör det finnas ca 410 medelsvårt till svårt demenssjuka i kommunen.

Ett delregionalt vårdprogram för Demens finns framtaget för hälso- och sjukvårdspersonal inom vårdsamverkan<sup>1</sup>. Ett lokalt vårdprogram ses här som en överenskommelse mellan vårdgivare om vårdstandard för en behovs-/diagnos och/eller sjukdomsgrupp. Det delregionala vårdprogrammet skall baseras på nationella riktlinjer och evidensbaserad kunskap inom området. I maj-2010 publicerades Nationella riktlinjer för vård- och omsorg vid demenssjukdom 2010<sup>2</sup>.

En god demensvård bedrivs med både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen som grund. Det kräver en fungerande samverkan mellan huvudmännen där en medveten gemensam strategi står i fokus för hur mötet med och omhändertagandet av personer med demens och deras närstående ska ske under hela sjukdomsutvecklingen. Med hänsyn till de lokala förutsättningar som finns i Ulricehamn är det därför angeläget att det lokala vårdprogrammet bryts ner till en praktisk handlingsplan som tydliggör särskilda rutiner och förhållanden inom Ulricehamns kommun och vårdcentralsområde. Ulricehamns kommun ska arbeta enligt personcentrerad vård.

## Mål och Syfte

Målet med en lokal handlingsplan för demensvård i Ulricehamn är en kvalitetssäkrad och god demensvård utifrån Nationella riktlinjer för vård- och omsorg vid demenssjukdom 2010 samt det framtagna delregionala vårdprogrammet för Demens.

Syftet är att den lokala handlingsplanen skall tydliggöra vad som skall göras, hur, när och av vem. Ett annat syfte är att vi tillsammans skapar en medveten, gemensam strategi i Ulricehamn för hur vården och omsorgen om personer med demens och deras närstående ska ske under hela sjukdomsutvecklingen.

## Revidering

Revidering av handlingsplan sker tillsammans med berörda representanter från personalgrupper. I de områden där uppdragen är gemensamma med primärvården sker revidering med personer utsedda i närvårdssamverkan.

## Utvärdering

Demensansvarig sammanställer årligen måluppfyllelse utifrån den framtagna handlingsplanen.

---

<sup>1</sup>”Demens – Delregionalt vårdprogram för personal i hälso- och sjukvården inom närvårdssamverkan Södra Älvsborg”, [http://narvardssamverkan-sodra-alsvsborg.vregion.se/upload/N%c3%a4rv%c3%a5rdssamverkan%20S%c3%b6dra%20%c3%84lvsborg/Dokument/V%c3%a5rdprogram/Demens/V%c3%a5rdprogram\\_Demens%202012-08-13.pdf](http://narvardssamverkan-sodra-alsvsborg.vregion.se/upload/N%c3%a4rv%c3%a5rdssamverkan%20S%c3%b6dra%20%c3%84lvsborg/Dokument/V%c3%a5rdprogram/Demens/V%c3%a5rdprogram_Demens%202012-08-13.pdf)

<sup>2</sup> Nationella riktlinjer för vård- och omsorg vid demenssjukdom 2010. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-5-1>

## Utredning - uppföljning vid demenssymtom

VAD	VEM	HUR	NÄR	UPPFÖLJ
Alla som söker för demenssymtom ska utredas		Utredningen sker på vårdcentralen. Initiativ kan komma från vårdtagaren, närstående eller ssk, dsk samt demensansvarig inom den kommunala omsorgen. I vissa fall krävs remiss till specialistnivå.	När behovet framkommer.	
	<b>Läkarbesök</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anamnes</b> Genom samtal med vårdtagaren samt närstående. Körkort – vapen? Rökning – alkohol?</li> <li>• <b>Neuropsykiatrisk status, Orienterande neurologisk status</b></li> </ul>	Förhöra sig om behov av kontakt med andra yrkeskategorier ex. arbetsterapeut, sjukgymnast eller demensansvarig	
	Läkare på vårdcentral, lab, ssk  dsk i kommunen: Om patienten är inskriven i den kommunala hälso & sjukvården (HSV)	<b>Provtagning</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blodstatus (B-Hb, B-Lpk,) B-sr</li> <li>• B-glucos</li> <li>• S-Natrium, S-Kalium, S-Calcium, albuminnormerat, S-kreatinin</li> <li>• S-ALP, S-ALAT</li> <li>• Thyreoideaprov</li> <li>• B-kobalaminer, P-folat och S-homocystein</li> <li>• Urinsticka</li> <li>• Datortomografi av hjärnan (CT)</li> <li>• Längd och vikt</li> <li>• (Eventuellt EKG, koncentrationsprov av läkemedel, serologi mot Borrelia, HIV, ortostatiskt prov, röntgen hjärt-lungor</li> </ul>		

## Utredning - uppföljning vid demenssymtom

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ssk på vårdcentral.</li> <li>Om personen är ansluten till kommunal hemsjukvård görs test/bedömning av demensansvarig i kommunen.</li> </ul>	<b>Kognitiva test samt anhörigintervju.</b> Någon eller fler av dessa test kan användas: <ul style="list-style-type: none"> <li>AQT, MMSE-SR, Klocktest, KSB</li> <li>Ragnar Åstrands symtomenkät (till anhörig)</li> </ul>		
	Arbetsterapeut . Primärvård eller kommun	<b>Bedömning av ADL/IADL</b> Fastställd metod för bedömning av ADL/IADL	Vid behov av komplettering i utredningen	
<b>Information till vårdtagare/närstående vid diagnos</b>	Utredande läkare	Resultat av utredningen kommuniceras med vårdtagare samt närstående vid återbesök till utredande läkare.	När utredningen är färdig.	
<b>Informationsöverföring, vårdcentral - kommun</b>	Utredande läkare resp demensansvarig sköterska i primärvården	Utredande läkare eller sköterska i primärvården meddelar demensansvarig i kommunen fastställd diagnos	När diagnos är satt och vårdtagare samt anhöriga är underrättade	Rapport om avvikelse i vårdsamverkan
<b>Informationsöverföring i kommunen</b>	Demensansvarig i kommunen	I de fall vårdtagaren är ansluten till hemsjukvården informeras patientansvarig sjuksköterska. Ansvarar för att informationen om utredningen samt diagnos förs in i kommunens datajournal.	När utredningen är färdig.	Avvikelsehantering "brist i information"
<b>Uppföljning</b>	Läkarbesök samt test/bedömning av ssk. Om personen är ansluten till kommunal hälso- och sjukvård görs test/bedömning av demensansvarig i kommunen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se "kognitiva test".</li> <li>Årskontroll provtagning</li> <li>Sammanställning/läkarbesök</li> </ul>	En gång per år	

## Dagverksamhet

<b>VAD</b>	<b>VEM</b>	<b>HUR</b>	<b>NÄR</b>	<b>UPPFÖLJ</b>
<b>Beslut om dagverksamhet</b>	Biståndshandläggare Demensansvarig	enl SoL 4:1. Dagverksamhet kan efter behov beviljas 1 – 5 dagar per vecka.	Efter ansökan	Minst en gång per år av biståndshandläggare.
<b>Informationsöverföring</b>	Biståndshandläggare samt Demensansvarig Enhetschef Undersköterska	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meddelandehantering till enhetschef samt dagverksamhet om att uppdrag finns att hämta.</li> <li>• Demensansvarig överför ev. kompletterande information till personalen på dagverksamheten.</li> <li>• Om personen är inskriven i hemsjukvård sedan tidigare ska informationsöverföring även ske från ansvarig ssk till ssk på dagverksamheten.</li> <li>• Enhetschef eller undersköterska på dagverksamheten meddelar biståndshandläggare när personen börjar på dagverksamhet och vid förändringar</li> </ul>	När beslut finns.	En gång per år av demensansvarig samt enhetschef.

## Inflyttning till särskilt boende, (bilaga 7 – 8)

VAD	VEM	HUR	NÄR	UPPFÖLJ
För att beviljas gruppboende för personer med demenssjukdom ska personen vara utredd och demensdiagnos ska vara fastställd	Läkare, biståndshandläggare demensansvarig	1. Demensansvarig eller ssk/dsk dokumenterar i HSV journalen 2. Beslut om särskilt boende görs av biståndshandläggaren	Diagnos ska finnas senast vid beslut av insatsen.	En gång/år av demensansvarig och eller enhetschef
Erbjuda boende	Enhetschef på boendet eller efter överenskommelse biståndshandläggare.	Telefonsamtal. Biståndshandläggaren meddelar vem som är lämpligt att kontakta. (Sökande eller anhörig/godman.)	När boendeplaneraren meddelat att ledig lägenhet finns.	
Visning av lägenhet	Enhetschef tillsammans med kontaktman.	Personligt besök av sökande och/eller anhörig/godman	Efter överenskommelse	
Ankomstsamtal/ Inflyttningsinformation	Enhetschef Kontaktman Anhörig/godman och ev sökande	Enl. fastställda rutiner. <i>Bilaga 7.</i> Meddela biståndshandläggarna att sökande tackat ja.	När sökande tackat JA	
Beslut/uppdrag ”Hemtjänst på Särskilt boende”	Biståndshandläggare	Nytt beslut på aktuella insatser vid inflyttning. Skickas till boendet enl. gällande rutin.	Snarast/före inflyttning.	
Informationsöverföring	Kontaktman på boendet Kontaktman i hemtjänst Arbets terapeut/sjukgymnast Ssk/Dsk Dagverksamhetspersonal Personal på korttidsboende Demensansvarig	Enl. fastställda rutiner. <i>Bilaga 8.</i> Dokumentera i systemet och informera kollegor. ”Mottagande” yrkeskategori är ansvarig för att informationsöverföring sker.	Snarast/före inflyttning.	

## Inflyttning till särskilt boende, (bilaga 7 – 8)

VAD	VEM	HUR	NÄR	UPPFÖLJ
Upprätta genomförandeplan	Kontaktman, brukare Anhörig/godman	Levnadsberättelse och insatser går igenom och planeras. Genomförandeplanen ska skrivas under av anhörig/godman alternativt den boende om det är lämpligt	Snarast/före inflyttning. Inom 14 dagar efter beviljad insats.	
Öka tillgängligheten i boendet vid inflyttning	Enhetschef Kontaktman	Personalförstärkning under dagen. Kontaktmannen ska vara med den person som flyttar in om det inte är uppenbart olämpligt eller efter anhörigas önskemål.	Inflyttningsdag	
Inskrivningssamtal	Ssk/dsk Anhörig/godman Ev. personen som flyttat in.	Samtal vid inskrivning i hemsjukvården om det inte har varit aktuellt tidigare. Däremot inte sagt att man behöver skriva in personen om inget behov finns.	Snarast efter inflyttningen.	
Teamträff	Alla yrkeskategorier	Genomgång av behov och insatser enligt gällande rutin för teamträff.	Första teamträffen efter inflyttning.	
Återkopplingsamtalsamtal	All berörd personal Anhörig/godman Ev. brukaren	Genomgång av förändrade insatser/genomförandeplan samt samtal om hur de upplevt inflyttningen.	Snarast efter Teamträffen dock senast 8 veckor efter inflyttning.	

## Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD ( bilaga 1 – 6)

<b>VAD</b>	<b>VEM</b>	<b>HUR</b>	<b>NÄR</b>	<b>UPPFÖLJ</b>
<b>Beslut om BPSD-utredning</b>	Ssk/dsk	Genom samråd med berörd personal	När symtom uppmärksammas	En gång per år.
<b>Faktainsamling ska göras</b>	Berörda yrkeskategorier kontaktman	Se lista (bilaga 1.)	Så snart som möjligt	
<b>Symtomanalys ska göras</b> <b>Registrering/analys i BPSD-registret</b>	Berörda yrkeskategorier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registreringschema minst 1 – 2 veckor (se bilaga 2.)</li> <li>• Skattning med NPI - NH (se bilaga 3.)</li> </ul>	Så snart som möjligt	
<b>Val av analysmodell/förklaring (se bilaga 4.)</b>	Samråd med berörda yrkeskategorier.	Gemensamt möte Ssk kallar.	När symtomanalys samt faktainsamling är färdig.	
<b>Åtgärd</b>	Berörda yrkeskategorier Eventuellt läkarkontakt.	Se bilaga 5.	efter vald analysmodell/förklaring	
<b>Utvärdering/nyorientering</b>	Berörda yrkeskategorier	Gemensamt möte Sjuksköterska kallar.	Beroende på vald analysmodell/åtgärd.	
<b>Dokumentation Uppföljning</b>	Respektive yrkeskategori	<ul style="list-style-type: none"> <li>• i HSV-journalen under psykosocialt</li> <li>• BPSD-registret</li> </ul>	Fortlöpande	
<b>Samverkan med närstående</b>	Sjuksköterska samt kontaktman	Om möjligt personlig kontakt, i andra hand via telefon.	Fortlöpande under hela processen	
<b>Ordlista för BPSD ligger som bilaga 6.</b>				



## Hjälpmedel och träning

<b>VAD</b>	<b>VEM</b>	<b>HUR</b>	<b>NÄR</b>	<b>UPPFÖLJ</b>
<b>Att bevara personens bästa möjliga egenaktivitet/ funktionsförmåga</b>	<p>Arbetsterapeut sjukgymnast i primärvård eller kommun Demensansvarig</p> <p>Demensansvarig Arbetsterapeut</p> <p>Arbetsterapeut Sjukgymnast Sjuksköterska</p>	<p>Tidig bedömning av funktionsförmåga och analys av personens egenaktivitet i hemmiljö.</p> <p>Sprida kunskap om användning av kognitiva hjälpmedel till anhöriga och personal Ge tips och råd för att underlätta i vardagen</p> <p>Förskrivning av individuellt anpassade hjälpmedel Utformning av träningsprogram</p>	<p>Vid påbörjad utredning Över tid</p> <p>Vid hembesök I omvårdnads-situationen Vid planerade handledningsmöten</p> <p>Över tid</p>	<p>Vid vårdplanering/ uppföljningsmöten Vid förändrat vårdbehov</p> <p>Förskrivare ansvarar för uppföljning och utvärdering av hjälpmedlen</p>
<b>Informationsöverföring</b>	<p>Annan vårdgivare Arbetsterapeut Sjukgymnast</p> <p>Mellan personalgrupper i kommunal vård</p>	<p>SVPL Telefonkontakt</p> <p>Meddelandehantering Telefonkontakt Via vård/behandlingsplaner</p>	<p><i>Vid behov av SoL, HSV insatser</i></p> <p>Vid förändrat vårdbehov</p>	<p>Avvikelse i vårdsamverkan</p> <p>Avvikelse rapporterering ”Brist i informationsöverföring”</p>

## Skydds- och begränsningsåtgärder

VAD	VEM	HUR	NÄR	UPPFÖLJ
<p>Tillgodose brukarens behov av kontinuitet och <b>säkerhet i vården med hänsyn till respekt för brukarens självbestämmande och integritet.</b></p> <p>Skydds- och begränsningsåtgärder vid uppenbar risk för skada.</p> <p><b>Följ förvaltningens rutin/riktlinje för användande av skydds- och begränsningsåtgärd:</b></p> <p><i><a href="https://www.ulricehamn.se/sto-dochomsorg/halso-och-sjukvard/riktlinjer-for-halso-och-sjukvard/">https://www.ulricehamn.se/sto-dochomsorg/halso-och-sjukvard/riktlinjer-for-halso-och-sjukvard/</a></i></p>	<p><b>Enhetschef</b> har ett övergripande ansvar för hur skydd och begränsningsåtgärder används på enheten.</p> <p><b>Sjuksköterska</b> är samordningsansvarig för hälso- och sjukvårdsinsatser.</p> <p><b>Arbetsterapeut</b> ansvarar för ADL-bedömning, aktivitetsplan samt förskriver bälten, brickbord och sänggrindar</p> <p><b>Omvårdnadspersonal</b> utför insatserna enligt genomförandeplan och vårdplan HSV</p> <p><b>Demensansvarig, tillsammans med sjuksköterska</b> ansvarar för handledning av personal för att minimera användande av fysiska skydds- och begränsningsåtgärder.</p>	<p>Omvårdnadspersonal, närstående/företrädare kontaktar enhetschef eller i förekommande fall demensansvarig för utredning och ev. beslut tillsammans med team medlemmarna</p> <p><b>Brukarens/patientens samtycke</b> för skydd/begränsning krävs. <b>Vid nedsatt kognitiv förmåga eller kommunikationssvårigheter</b> värderas upplevelsen hos brukaren av åtgärden, se angiven rutin.</p> <p><b>Riskanalys</b> görs samt beslut fattas och dokumenteras i HSV-journal och SoL.</p> <p>Närstående/god man/förvaltare informeras om åtgärder.</p> <p><b>Skydd och begränsning förutsätter en aktivitetsplan och kontinuerlig utvärdering av åtgärden.</b></p>	<p>När det föreligger en uppenbar <b>risk för brukaren att utsättas för skada och när alla andra omvårdnadsåtgärder inte är tillräckliga.</b></p> <p>Indikation för skydd och begränsning:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Återkommande fall</li> <li>• Yrsel-, syn- eller balansrubbningsfall</li> <li>• Nedsatt kognitiv- eller kommunikationsförmåga</li> <li>• Nedsatt orienteringsförmåga</li> </ul>	<p><b>Vid varje tillfälle för åtgärden</b> och efter individuella behov dock minst 2 gånger/år.</p>

## Utbildning - handledning

VAD	VEM	HUR	NÄR	UPPFÖLJ
<b>Utbildning/ fortbildning</b>	<p>Externa föreläsare Demensansvarig i kommunen Patientansvarig sjuksköterska</p> <p>PAL=patientansvarig läkare PAS=patientansvarig sköterska</p>	<p>Av enhetschef planerade utbildningar om demens/demensvård</p> <p>Gemensamma utbildningar med andra vårdgivare</p> <p>Patientrelaterad medicinsk utbildning av PAL vid behov. Initieras av sjuksköterska PAS</p>	<p>Över tid</p> <p>Vid uppföljningsmöten på enheterna</p>	<p>Måluppfyllelse Värderas av enhetschef, deltagare</p>
<b>Omvårdnadshandledning</b>	<p>Handledare med fördjupad kunskap i demensvård</p> <p>Externt Demensansvarig i kommunen Sjuksköterska Arbetsterapeut Sjukgymnast Undersköterska</p>	<p>Processinriktad handledning med olika professioner vid planerade möten där händelser och svårigheter diskuteras och förstås</p> <p>Situationsanpassad handledning i omvårdnadsarbetet</p>	<p>Över tid</p> <p>Vid behov</p>	<p>Handledningens innehåll och kvalitet utvärderas en gång/år</p>