



**BJURHOLMS
KOMMUN**

SN18-053 739
KS18-117 003

Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Föreskrifter
Plan
Policy
Program
Reglemente

Riktlinjer

**Strategi
Taxa**

Innehåll

Inledning	3
Syfte	3
Övergripande mål	3
Områden.....	3
Allmänt om demens	3
Stadieindelning	4
Dagverksamhet	5
Ordinärt boende.....	5
Behovsbedömning socialutredning	5
Demensutredning och uppföljning	5
Anhörigsamtal och levnadsberättelse	6
Risikoförebyggande arbetet.....	7
Nollvision för tvång och begränsningar i demensvården	7
Hemsjukvård.....	7
Demensteamet	9
Ansvarsfördelning.....	10
BPSD.....	12
Konfusion vid demenssjukdom	12
Behandling och omvårdnad vid BPSD.....	13
Riskanalys, händelseanalys	13
Rutiner i Västerbotten	14
Konsultationer.....	14
Vid behov av slutenvård	14
Stöd till anhöriga.....	14
Anhörigavlösning	15
Hemvårdsbidrag	15
Anhörig som vårdar en svårt sjuk individ i livets slut kan ansöka om närståendepenning från Försäkringskassa.....	15
Referenser.....	16

Inledning

Bjurholms kommuns riktlinje för vård och omsorg vid demenssjukdom utgår ifrån Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2018), Vårdprogram Utredning vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Västerbottens län samt stiftelsen Svenskt demenscentrum.

Syfte

Riktlinjerna syftar till att ge vårdpersonal på olika nivåer vägledning i arbetet med personer med demenssjukdom. De vänder sig även till beslutsfattare i kommunen, som genom riktlinjerna får ett underlag för planering, utveckling och prioriteringar av verksamheter för personer med demenssjukdomar.

Övergripande mål

Personer med demenssjukdom bosatta i Bjurholms kommun ska erbjudas en god vård och omsorg baserat på kunskap, engagemang, professionellt bemötande och teamarbete.

Områden

Riktlinjerna gäller vid utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödinsatser, läkemedelsbehandling och utbildning.

Utifrån kommunens riktlinjer ska verksamheten utarbeta lokala rutiner som fördjupar och konkretiserar arbetet för en god demensvård. Till exempel rutiner för:

- Skattnig av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (NPI) med omvårdnadsåtgärder i första hand för att minska användning av läkemedel
- Registrering och uppföljning i Sve Dem och BPSD register
- Demensteamet, stödinsatser
- Utbildning demens ABC; Demens ABC+ och Nollvision
- Regelbunden handledning för personal
- Begränsningsåtgärder
- Stöd till anhöriga
- Personcentrerade aktiviteter, gruppaktiviteter och personcentrerade vårdmiljöer
- Demensspecialiserad sjuksköterska
- Demensspecialiserad undersköterska

Allmänt om demens

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan som kan förekomma vid ett antal olika tillstånd och sjukdomar. Det finns över 100 mer eller mindre vanliga sjukdomar, ofta neurologiska, som i sin symtombild har kognitiv påverkan. Även vid hög ålder kan den kognitiva förmågan påverkas av andra mer vanliga sjukdomar där kombinationen hög ålder och multisjuklighet kan leda till påtaglig kognitiv nedsättning. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara uttalad och sänkt från en tidigare högre kognitiv nivå, och så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Stadieindelning

Mild demenssjukdom betecknar ett tidigt skede när personen kan klara sig utan stora insatser från sjukvården och socialtjänsten.

Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i sjukdomen när personen behöver hjälp för att klara vardagliga sysslor.

Svår demenssjukdom betecknar det skede när personen behöver hjälp med det mesta.

Lindrig kognitiv störning innebär nedsättning som är fastställd utifrån tester eller uppgifter från anhöriga men där kriterier för diagnos inte är uppfyllda.

BPSD - Beteendemässiga och psykiska symtom samt konfusion betecknar personens oförmåga att korrekt bearbeta information och förmedla sig, vilket exempelvis kan leda till hallucinationer, vanföreställningar och aggression, vilket kräver en noggrann analys av tänkbara och utlösande faktorer för att möjliggöra en god behandling.

Tillämpning av Riktlinjerna inom verksamheten för Äldre och personer med funktionsnedsättning

Boende för personer med demenssjukdom

Johannesgården Ett boende för brukare med måttlig demens. Johannesgården har 9 boendeplatser fördelade kring två dagrum. Boendet har en hemtrevlig miljö och ligger vackert och lite avskilt från centrum. Det finns en stor uteplats och naturvänlig omgivning som möjliggör daglig utevistelse. Varje boende hyr sin lägenhet på ca 33 kvm. Lägenheterna har egna badrum. I varje lägenhet finns möjlighet till trygghetslarm, som är kopplade till personalens bärbara enheter. På Johannesgården arbetar undersköterskor och vårdbiträden. Sjuksköterska finns tillgänglig dygnet runt. Vardagar dagtid finns arbetsterapeut och sjukgymnast i tjänst.

Solrosen Ett boende för brukare med svår demens. Solrosen har 7 boendeplatser och ett gemensamt dagrum och kök. Avdelningen ligger i byggnaden Älvgården och har tillgång till gemensamma ytor i övriga huset. Precis utanför avdelningen ligger Sinnenas Trädgård som möjliggör daglig utevistelse i vacker natur. Varje boende hyr sin lägenhet med eget badrum på ca 27 kvm. I varje lägenhet finns möjlighet till trygghetslarm, som är kopplade till personalens bärbara enheter. För brukare som även har fysiska funktionsnedsättningar finns taklyftar installerade i lägenheterna. På Solrosen arbetar både undersköterskor och vårdbiträden. Sjuksköterska finns tillgänglig dygnet runt. Vardagar dagtid finns arbetsterapeut och sjukgymnast i tjänst.

Övriga boendeformer

För personer med demensdiagnos utan svåra BPSD symtom verkställs boendebeslut på något av kommunens övriga särskilda boende. Oavsett vilket boende den enskilde bor på ska all personal, både ordinarie och vikarier, ha kompetens om demenssjukdomar för att kunna erbjuda personcentrerad vård och omsorg. Detta är viktigt då äldre kan utveckla demens även om de bor i ordinärt boende eller på ett annat särskilt boende. Om behov uppstår för individen med demenssjukdom i övrigt särskilt boende eller ordinärt boende ska Riktlinjerna för vård vid demenssjukdom och BPSD registret användas. Inom kommunens särskilda boende finns 4 platser för

korttidsvistelse och avlastning varav 2 platser är avsedda för personer med demenssjukdom.

Dagverksamhet

I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom rekommenderar Socialstyrelsen att socialtjänsten ska tillhandahålla dagverksamhet som specifikt riktar sig till personer med demenssjukdom. Bjurholms kommun har idag en dagverksamhet, enheten Humlan. Den enskildes behov och önskemål ska ligga till grund för planering och vistelse i dagverksamheten. Den enskilde ansöker om dagverksamhet för att kunna bo kvar hemma längre. Dagverksamheten fungerar även som en avlösning för anhöriga. Målet med dagverksamheten är att försöka bevara och förbättra de funktioner personen med demens har kvar.

Ordinärt boende

Då allt fler äldre bor kvar i den egna bostaden allt längre, bedöms antalet personer med demenssjukdom öka även i eget boende. Att ge stöd till personer med demensdiagnos i deras eget hem ställer krav vad gäller flexibilitet och möjlighet att möta oförutsedda händelser. För att skapa trygghet och god omvårdnad och därmed möjliggöra kvarboende i det egna boendet så länge det är önskvärt finns det kommunala demensteamet och stödinsatser att tillgå för personer inskrivna i kommunala hemsjukvården.

Behovsbedömning socialutredning

Inte bara vid utförande av insatser utan redan vid behovsbedömningen krävs det anpassningar för att möta behoven hos personer med demenssjukdom. Det kan vara svårt att förstå och tolka personens behov och samtidigt kan demenssjukdom i sig medföra att personen inte alltid på ett adekvat sätt kan ge uttryck för sin vilja, sina behov och önskemål. När demensproblematik förekommer ska alltid en dialog föras med demenssjuksköterskan där handläggare väger in alla kända fakta av hur behovet lämpligast kan tillgodoses. Kriterier som gäller vid verkställighet på boende för personer med demens är diagnos och/eller dialog med demenssjuksköterska.

Demensutredning och uppföljning

Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom bör en person med kognitiv svikt, där den bakomliggande orsaken till symtomen inte är känd genomgå en basal demensutredning.

För personer som omfattas av hälso- och sjukvård i ordinärt boende ansvarar Primärvården för basal demensutredning. Utredningen kan göras i samverkan med kommunens HSL personal genom bedömning av ADL och kognitiva funktioner samt anhörigsamtal som en del i underlaget för primärvårdsläkarens medicinska bedömning/diagnossättning.

Om utredning och diagnostik aktualiseras i särskilt boende görs utredning av primärvårdens läkare i samverkan med kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. Utredning i samband med vistelse i kommunalt korttidsboende bör undvikas. Om detta ändå sker ansvarar primärvården för utredning och diagnostik.

Om den basala utredningen inte ger tillräcklig med information för att fastställa diagnos bör personen remitteras för utvidgad utredning på specialistnivå.

När behoven förändras ska en individuell planering genomföras för att bedöma den enskildes nya behov av tillsyn, omsorg och vård. Vid ändrade behov kan flytt till något av kommunens övriga särskilda boende rekommenderas.

Uppföljning av läkemedelsbehandling, sjukdomsutveckling och biståndsinsatser

- a) Uppföljning av läkemedelsbehandling och sjukdomsutveckling för personer i ordinärt boende görs i primärvården i samband med hembesök eller mottagningsbesök på hälsocentralen
- b) För personer i särskilt boende görs uppföljning av primärvårdens läkare i samverkan med kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. Uppföljning enligt SoL genomförs av kommunens biståndshandläggare
- c) Läkemedelsgenomgångar ska varje person med demensdiagnos få minst 1g/år.
- d) Varje person med demensdiagnos ska få minst en uppföljning per år av kommunens Demensteam.

Läs mer i vårdprogrammet: [Utredning vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Västerbottens län](#)

Vård och behandling av personer med demenssjukdom

Individen i centrum

Personcentrerad omvårdnad innebär att personen och inte demenssjukdomen sätts i fokus och tar utgångspunkt i den demenssjukes upplevelse av sin verklighet. Personcentrerad omvårdnad syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att förstå beteenden och psykiska symtom ur den demenssjukes perspektiv.

Anhöringsamtal och levnadsberättelse

De personcentrerade arbetssätten ska utgå från information om personens livsmönster, värderingar och preferenser. Anhöriga är en viktig resurs för att vi ska kunna få kännedom om den demenssjuka personens livshistoria, personlighet, intressen m.m. Detta kan i regel fångas bra genom att personalen använder sig av levnadsberättelser. En strukturerad anhörigintervju kan genomföras med den anhörige som känner patienten väl och sedan lång tid har en regelbunden inblick i hennes/hans vardag.

Genomförandeplan

Person med demensdiagnos ska ha en Genomförandeplan. Kopia av genomförandeplanen ska finnas hos den enskilde/anhörige. Planering av personens vård och omsorg ska utgå från intervju med den enskilde och anhöriga, biståndsbeslut och tidigare dokumentation (när sådant finns), och levnadsberättelse. De insatserna som kommunen bistår med ska konkretiseras i genomförandeplanen. Den enskilde/anhörige ska få möjlighet att aktivt medverka i upprättande av genomförandeplanen. Genomförandeplanen innebär en planering på hur beviljade insatser ska utföras inom respektive biståndet, t ex: anhörigstöd, hemtjänst, hjälpmedel, färdtjänst, dagverksamhet, avlösning i hemmet, korttidsvård/växelvård, särskilt boende. Bemötandeplan, aktivitetsplanering, miljöbeskrivning och riskbedömningar är en del av genomförandeplanen.

Metoder

Personcentrerat arbetssätt är grunden i all omvårdnad men kunskap om andra arbetssätt och metoder berikar arbetet och möjliggör andra infallsvinklar när situationen så kräver. Exempel på andra metoder följer nedan och dessa användas efter behov i omvårdnaden av demenssjuka personer, för att tillgodose behovet av ett värdigt liv och känsla av välbefinnande.

Validering: Bekräfta känslor med ord, beröring och kroppsspråk. Syfte: att öka självkänsla, minska stress, förbättra kommunikationsförmåga och öka välbefinnandet hos personer med demenssjukdom.

Reminiscens: Hågkomst. Foton, föremål, lukter, musik. Att tänka på eller reflektera över livserfarenheter, dela minnen med andra och tala om det förflutna. Användbart i alla stadier av demenssjukdomen. Syfte – att stärka identitet, integritet och kontinuitet.

Snoezelen: Betyder snusa eller slumra. Stimulering av syn, hörsel, beröring, smak och lukt: Ex ljus- och ljudeffekter, mjuka ytor, lugnande musik och välluktande oljor. Individuellt eller i grupp. Syfte – minska icke önskvärt beteende och främja önskvärt beteende, gagna välbefinnande, öka interaktion och kommunikation med andra samt gynna relationer och minska konflikter. Läs mera om olika metoder

<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetssatt/>

Risikoförebyggande arbetet

Det risikoförebyggande arbetet syftar till att öka livskvalitén, förebygga ohälsa och skapa ett strukturerat arbetssätt. Genom att använda ovanstående arbetsmetoder så bedrivs ett risikoförebyggande arbete hela tiden.

Ytterligare ett viktigt verktyg i det risikoförebyggande arbetet är de nationella kvalitetsregistren som hjälper oss att fortlöpande och systematiskt utveckla vården och omsorgens kvalitet. Bjurholms kommun ska använda sig av följande kvalitetsregister:

- BPSD-registret svenskt register för Beteendemässiga och psykiska symtom vid Demens
- SveDem, svensk register för nydiagnostiserade patienter med demenssjukdom
- Senior Alert, kvalitetsregister för vård och omsorg
- Palliativa registret, för fortsatt utveckling av vården i livets slutskede

Nollvision för tvång och begränsningar i demensvården

Vårdpersonal och anhöriga ställs ibland inför svåra val. Ska tvång och begränsningar användas för att skydda personen eller ska åtgärderna undvikas för att inte kränka personens integritet och värdighet? Tvångs- och begränsningsåtgärder riskerar att kränka en persons integritet, självkänsla och värdighet. Det har heller inget stöd i lagen. Lagstiftningen betonar vikten av den enskilda individens rätt till självbestämmande. Många situationer som uppstår och riskerar att leda fram till att otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder används kan förebyggas och undvikas. Grunden för demensvård i Bjurholms kommun är att så långt som möjligt undvika tvång och begränsningar. För att göra det möjligt behövs kunskap, arbetsmetoder, redskap samt ett multiprofessionellt team som tillsammans arbetar med riskbedömning, planering, utvärdering och dokumentation.

Hemsjukvård

Kommunen ansvarar för hemsjukvård till personer i ordinärt och särskilt boende och vid korttidsvistelse. Vid demenssjukdom tar kommunen över huvudansvaret när behovet så kräver, efter en samordnad planering med landstinget. I hemsjukvården ansvarar kommunens sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/ fysioterapeut för

bedömningar och ordinationer. Utifrån fysiska och kognitiva förmågor hos personen med demenssjukdom avgörs vilka insatser som hemsjukvården ska göra i samarbete med patientansvarig läkare. För att kunna ha ett helhetsperspektiv på den demenssjuka personens situation är det viktigt att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens uppföljning är sammanhållen.

Förutsättningar för tillämpning av Riktlinje för vård och omsorg av personer med demenssjukdom

Baskunskap

Alla som möter personer med demenssjukdomar ska ha genomfört Demenscentrums webbaserade utbildning Demens ABC och/eller Demens ABC plus och Noll vision

- a) Enhetschef gör inventering av behov av utbildning ska genomföras årligen
- b) Övriga Webbaserade kurser ska användas utifrån utbud och behov i verksamheten ex. <http://www.demenscentrum.se/>

1. Demenssjuksköterska

- a) Kompetensen ska utvecklas och tillvaratas i organisationen
- b) Demenssjuksköterska ska ha VUB demens eller geriatrik eller distriktssköterska med intresse och påbyggnadsutbildning i vård av personer med demenssjukdom
- c) Demenssjuksköterska ska vara utbildad i BPSD och SveDem register
- d) Demenssjuksköterska ska ha kännedom om och kunna använda sig av bedömningsinstrument samt utbilda och handleda vårdpersonal
- e) Demenssjuksköterska är organiserad inom HSL enheten och utför uppdrag som demenssjuksköterska med en del av sin tjänstgöringsgrad

2. Demensspecialiserad undersköterska

- a) Kompetensen ska utvecklas och tillvaratas i organisationen
- b) Demensundersköterskor är organiserade inom olika verksamheter men ingår i och utför uppdrag utifrån ett kommunalt demensteamets ansvarsområde med en del av sin tjänstgöringsgrad

3.Handledning

- a) I det praktiska omvårdnadsarbetet av arbetsledare, sjuksköterskor, demensteamet, demensspecialiserad undersköterska
- b) Regelbunden extern professionell handledning för att reflektera, medvetandegöra och hålla mål och metoder levande minst 2ggr/år

4. Utan tvång och begränsningar

- a) Som grund i detta arbete ska utbildningspaketet Nollvision som svenskt demenscentrum tagit fram användas
- b) Vårdpersonal ska ha kännedom om lokal rutin för tvång och begränsningsåtgärder och omgivningsanpassning

Kvalitetssäkring

Att de nationella riktlinjerna är vägledande och att ett personcentrerat arbetssätt används ska

- a) Alla vårdtagare som bor på boende för demenssjukdom och som ger sitt samtycke vara registreras i BPSD registret. Om samtycke inte ges kan verktygen i registret användas utan registrering.
- b) Om behov uppstår för vårdtagare med demenssjukdom i särskilt boende och för personer inskrivna i hemsjukvård ska BPSD registret användas som ovan

Den enskildes och anhörigas delaktighet

Den enskildes och anhörigas kunskap tas tillvara genom

- a) Ankomstsamtal
- b) Levnadsberättelse
- c) Individuella och gruppaktiviteter
- d) Genomförandeplan
- e) Bemötandeplan
- f) Munhälsa
- g) Riskbedömningar enligt Senior Alert
- h) Planerade aktiviteter för anhöriga

Demensteamet

I kommunens finns ett lokalt demensteam. Teamet består av ordinarie medlemmar: sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, undersköterska med speciella kunskaper inom området demens, samt vård- och omsorgspersonal från flera olika enheter inom Bjurholms ÄPF verksamheter. Enhetschef för demensboende, rehabiliteringsassistent för dagverksamhet, biståndshandläggare och anhörigkonsulent är utomordinarie medlemmar som kallas vid behov.

Demensteamet ska inte själva vara primärt ansvarig för individer/brukare utan vara ett stöd till den vård- och omsorgspersonal som är ansvarig på enheten.

Demensteamet ska göra en bedömning och analys av problemet i samråd med personal som arbetar på enheten. Därefter tillsammans med den enskilde, anhöriga och personal på enheten gemensamt föreslå åtgärder/strategier som dokumenteras i genomförandeplan för SoL och vårdplan för HSL insatser.

Demensteamets ansvar

- Att bistå och handleda vårdpersonal och anhöriga utifrån Nationella riktlinjer för vård av personer med demenssjukdom.
- Att stärka och säkra vårdkedjan genom samverkan och samarbete med andra aktörer inom demensvården och omsorgen.
- Att involvera anhörigstöd i samverkan med bl. a anhörigkonsulent.
- I samarbete med äldreomsorgens kompetensutvecklare initiera och vidareutveckla grundutbildning till nyanställd personal gällande personcentrerad omvårdnad och bemötande vid demenssjukdom.
- Att implementera nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom samt söka och sprida ny evidens och kunskap och vid behov ge fördjupade kunskaper till erfaren personal och anhöriga gällande omvårdnad och bemötande vid demenssjukdom.
- Att ge arbetsplatsnära utbildning, handledning och feedback till vård- och omsorgspersonal inom äldreomsorgen vid specifika omvårdnadsproblem inom demensvården. Hemtjänstgrupper och personal vid enheter inom äldreboenden ska erbjudas arbetsplatsnära utbildning, handledning och feedback med utgångspunkt från nationella riktlinjer och länsövergripande vårdprogram för demensvården med fokus på personcentrerad omvårdnad. Vid handledning fokusera på symtom och besvär vid demenssjukdom som

personalen och anhöriga upplever svåra att bemöta och hantera som t ex beteendemässiga och psykiska symtom.

Ansvarsfördelning

All personal som arbetar med personer med demenssjukdom ansvarar för att

- Ge personen med demenssjukdom en personcentrerad omvårdnad utifrån Bjurholms kommuns Riktlinje för vård vid demens sjukdom
- Medverka i multiprofessionellt teamarbete kring den enskilda personen
- Dokumentera i patientjournal utifrån sin kompetens och medverkan i teamarbetet
- Delta i utbildning som är kombinerad med praktisk träning och handledning
- Minst årligen göra en social uppföljning av personen med demenssjukdom gällande: kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, ev. beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser
- Utredda bakomliggande orsaker till BPSD
- Regelbundet bedöma näringstillstånd, fallrisk, risk för trycksår och munhälsa
- Kontinuerligt observera och utvärdera hur personen upplever eventuella fysiska begränsningsåtgärder och personalen bör få utbildning och handledning för att minska dessa
- Identifiera, dokumentera och rapportera ev. vanvård i omsorgen av personen med demenssjukdom
- Ge palliativvård enligt WHO:s och Nationella palliativvårdsprogram

Enhetschef

- Har det yttersta ansvaret för att befintliga rutiner är kända och följs. Ansvarar även för att fast anställd och långtidsvikarierande personal erbjuds och genomgår utbildning i demens ABC/demens ABC + och Noll vision utifrån fastställd rutin.
- Att anmäla deltagare till utbildningar
- Att det i den årliga verksamhets/kvalitetsberättelsen framgår antalet medarbetare som genomgått utbildningen
- Att dokumentation om vilken personal som har deltagit utbildning och när de genomgått utbildningen förs in ett gemensamt dokument (t ex på intranätet).

Enhetschef för särskilt boende för demensvård ansvarar även för

- Att sammankalla Demensteamet
- Utifrån Bjurholms kommuns riktlinje för demensvård utarbeta rutiner som fördjupar och konkretiserar arbetet för en god demensvård på enheten
- Extern handledning, gruppaktiviteter för anhöriga vid behov
- Initiera insatser och uppföljningar av Demensteamet

Sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut

- Ska vara väl insatt i och arbeta efter de olika arbetsmetoder, rutiner och riktlinjer som finns upprättade.
- Utifrån sitt kompetensområde arbeta för att utveckla vården av personer med demens och säkerställa att den teoretiska kunskapen omsätts och kombineras med erfarenhetsbaserad kunskap
- Rapportera iakttagelser till läkare och dokumentera

- Initiera basal eller fullständig demensutredning

Demensspecialiserad sjuksköterska

- Initierar behov av Demensteamet
- Sammanställa teamets och göra även egna bedömningar, mätningar, åtgärdsförslag och utvärderingar
- Handledda och utbilda i demensvård och BPSD
- Initiera kontakt med anhöriga och hälso- och sjukvård och extern handledning vid behov
- Vara kontaktperson för BPSD och SveDem register
- Vara kontaktperson för demensnätverk
- Initiera basal och fullständig demensutredning

Demensspecialiserad undersköterska

- Ska vara väl insatt i och arbeta efter de olika arbetsmetoder, rutiner och riktlinjer som finns upprättade.
- Att utifrån sitt kompetensområde arbeta för att utveckla omvårdnaden av personer med demens och säkerställa att den teoretiska kunskapen omsätts och kombineras med erfarenhetsbaserad kunskap
- Använda BPSD register och skattningsinstrument
- Rapportera iakttagelser till sjuksköterska och dokumentera
- Utforma bemötandepplaner utifrån egna observationer och samarbete med övrig vårdpersonal och HSL personal
- Följa upp vården och omsorgen av den enskilde och dokumentera

Omvårdnadspersonal

- Ska vara väl insatt i och arbeta efter de olika arbetsmetoder, rutiner och riktlinjer
- Rapportera iakttagelser till sjuksköterska och demensspecialiserad undersköterska och dokumentera
- Vara flexibla och beredda att arbeta där behoven är störst
- Samarbeta och vara behjälplig till Demensteamet

Biståndshandläggare

- Bedöma, besluta och följa upp beslut om bistånd till personer med demenssjukdom
- Genomgå utbildningar om demenssjukdom
- Närvara på kallelse av Demensteamet
- Känna till rutiner och strategier för vård av personer med demenssjukdom utifrån Bjurholms kommuns Riktlinje

Anhörigkonsulent

- Ger stöd, råd och information till anhöriga
- Genomgått utbildningar om demenssjukdom
- Deltar i möten och gruppaktiviteter med anhöriga
- Ger stöd, råd, information till Demensteamet
- Närvarar på möten med Demensteamet på kallelse
- Känner till rutiner och strategier för vård av personer med demenssjukdom utifrån denna Riktlinje

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

- Har enligt 24 § Hälso- och sjukvårdslagen det yttersta ansvaret för att vården tillgodoser patientsäkerheten.

Verksamhetschef är ansvarig för att

- Det finns förutsättningar för att arbeta utifrån Riktlinje för vård av personer med demenssjukdom inom Bjurholms kommun

BPSD

Begreppet BPSD betyder beteendemässiga och psykiska symtom. Nio av tio personer med demenssjukdom drabbas av detta någon gång under sjukdomsförloppet. BPSD ska inte förväxlas med en diagnos vid demenssjukdom. Beteendeförändringar kan tolkas som ett uttryck för personens hjärnskada och/eller som meningsfull kommunikation hos en person med nedsatt förmåga att kommunicera. Beteendeförändringarna kan därutöver tolkas som en respons på anhöriga och professionella vårdares beteenden till exempel orealistiska förväntningar och krav, maktkamper, inte avpassade och motsägande handlingar, aggressiva och förödmjukande reaktioner, okunskap om individens behov, eller utmattnings hos vårdaren. De kan också ses som ett uttryck för obehagskänslor orsakade av smärta eller somatiska tillstånd som påverkar hjärnans funktion som till exempel infektioner, uttorkning, lågt blodsocker och förändringar i sköldkörtel.

BPSD- symtom

Affektiva symtom: depression, mani, ångest, oro, irritabilitet

Psykosymtom: hallucinationer, vanföreställningar: felaktig identifiering

Hyperaktivitet: agitation, vandringsbeteende, ropbeteende, sömnstörning

Apati: initiativlöshet, tillbakadragenhet, förlust av intresse

Konfusion vid demenssjukdom

Konfusion är ett förvirrings- och stresstillstånd som alltid har en bakomliggande orsak och som medför stora risker för medicinska komplikationer och ökad dödlighet om det inte behandlas. En utredning av konfusion syftar liksom vid utredning av beteendemässiga och psykiska symtom till att bedöma och åtgärda de bakomliggande orsakerna till symtomen. Konfusion kan orsakas av till synes obetydliga påfrestningar som trötthet, infektion, smärta, läkemedel eller stress till följd av ett miljöbyte. Det kan även orsakas av mer allvarliga sjukdomstillstånd, till exempel hjärtinfarkt, övergående cirkulationsstörning i hjärnan, blodpropp i lungan eller blödning i hjärnhinnan efter en lättare fallskada. Behandlingen inriktar sig i första hand på de utlösande faktorerna och på att minska stress och oro hos individen.

Grunden för behandlingen är en personcentrerad omvårdnad och multiprofessionellt teambaserat arbete. Först då omvårdnadsinsatser och behandling av utlösande faktorer visat sig otillräckliga kan hälso- och sjukvården pröva:

1. Behandling med antipsykosmedel (risperidon)
2. Aktivering dagtid med tillägg av klometiazol nattetid
3. Behandling med antipsykosmedel (risperidon)

4. och klometiazol förutsätter en kort behandlingstid, utvärdering av effekten efter två veckor samt regelbundet ställningstagande till utsättning eller dosminskning.

Behandling och omvårdnad vid BPSD

Läkemedelsverkets rekommendationer vid behandling av BPSD ska vara vägledande i vården och omsorgen av personer med demenssjukdom och BPSD:

- a) Utredning/kartläggning av symtom, tänkbara orsaker och utlösande moment samt eventuella pålagrade psykiska eller kroppsliga sjukdomar.
- b) Översyn av farmakologisk behandling: Överväg utsättande av läkemedel med potentiellt negativ effekt på centrala nervsystemet och insättande av behandling för förbättring av den kognitiva förmågan. Tidigt insatt grundbehandling mot Alzheimers sjukdom kan minska risken för utveckling av BPSD.
- c) Optimerad vårdmiljö och bemötande: Tillfredsställande av individens basala behov såsom mat, dryck, sömn, trygghet, aktivitet och stimulans samt skötsel av basala kroppsliga behov. Individen med demensdiagnos ska ha en individuell miljöbeskrivning samt ett bemötandeplan i sin genomförandeplan.
- d) För individer i eget boende: Utbildning/information till individen, anhöriga respektive andra vårdgivare såsom hemtjänst där demenssköterska/motsvarande spelar en central roll. Stöd och avlastning för anhörigvårdare.
- e) För individer i särskilt boende: Utbildning/information till personalen. Speciellt viktigt är en god miljö, tillräcklig personaltäthet och anhörigas medverkan.
- f) Vid otillräcklig effekt ställningstagande till farmakologisk behandling:
 1. Vid depressiva symtom är SSRI preparat förstahandsval.
 2. Vid irritabilitet, agitation och oro kan SSRI preparat prövas.
 3. Memantin kan ha effekt vid främst agitation och aggressivitet.
 4. Vid psykotiska symtom och aggressivitet som orsakar lidande för patienten och/eller potentiell fara för individen eller andra kan risperidon i dos upp till 1,5 mg/dag prövas. Preparatet skall användas mycket restriktivt på grund av en ökad risk för allvarliga biverkningar, bland annat stroke, liksom en ökad dödlighet.
 5. Vid behov av akut sedation kan oxazepam prövas under kort tid och med adekvat övervakning av patienten.
 6. Om dämpande läkemedel som neuroleptika eller anxiolytika sätts in planeras i första hand en kort behandlingstid, med utvärdering av effekt och eventuella bieffekter inom två veckor. Ställningstagande till utsättning/dosminskning skall göras regelbundet.

Risikanalys, händelseanalys

Genomförs när behov uppstår under vårdtiden. Se riktlinje för identifiering och hantering av risker och händelser samt rutin för strukturerad arbetsätt runt BPSD problematik. Om risk för individen eller dess medboende säkerhet uppstår ska läkare informeras och MAS kontaktas.

Demenssteamets uppdrag vid BPSD

- a) Vara tillgängligt för vårdpersonal och hemtjänstpersonal vid frågor och initiativ för akut och planerad bedömning och åtgärd
- b) Bedöma individens behov av vård och omsorg, bemötande och miljön utifrån NPI skattningar, observationer, mätningar och andra rekommenderade bedömningsverktyg,
- c) Medverka vid uppsökande verksamhet, basaltredningar, uppföljningar
- d) Kontakta och sammankalla teamet
- e) Kontakta läkare och hälso- och sjukvård eller annan vårdgivare vid behov
- f) Initiera demensutredningar och läkemedelsgenomgångar
- g) Handleda vårdpersonal i vårdplaner, genomförandeplaner och bemötandeplaner som bygger på individens vårdbehov
- h) Utbilda, stötta och handleda personal i demensfrågor och BPSD register
- i) Handleda personal i dokumentation av genomförandeplaner och bemötandeplaner
- j) Vara en resurs man kan kalla på när det behövs, speciellt när personer med demenssjukdom fått komplikationer i sin sjukdom
- k) Regelbundet följa upp planerad vård och behandling
- l) Bedöma behov av bedömning från biståndshandläggare och anhörigkonsulent
- m) Kontakta och sammankalla anhöriga regelbundet och vid behov
- n) Hålla sig uppdaterad om kunskap och beprövad erfarenhet på sitt ansvarsområde
- o) Ingå demensnätverk inom länet och riket

Rutiner i Västerbotten

Konsultationer

I Västerbotten har de psykogeriatriska verksamheterna vid länets sjukhus till uppgift att stödja hälsocentraler och kommuner när det gäller omhändertagande av personer med BPSD. Detta stöd kan ske genom telefonkontakt eller via videouppkoppling.

Vid behov av slutenvård

Personer med demensdiagnos och svår BPSD, där annat medicinskt tillstånd uteslutits, bör i första hand erbjudas plats vid psykogeriatrisk vårdavdelning efter samråd med ansvarig geriatriker. Om personen är i behov av vård enligt LPT görs en bedömning i samråd med psykiatriker om det är möjligt att vårda personen vid en psykogeriatrisk enhet. Vid bedömning av behov av vård vid slutenvård psykiatrisk vårdavdelning skallställningstagande till överflyttning till psykogeriatrisk vård görs dagligen i samråd med ansvarig geriatriker. Läs mer i VLL vårdprogram.

Stöd till anhöriga

Många anhöriga stödjer, hjälper och ger omsorg till en person med demenssjukdom under lång tid. Efter hand kan den anhöriges situation bli mer och mer krävande både fysiskt, psykiskt och socialt och kontakt med kommunens anhörigkonsulent kan ofta underlätta och bör uppmuntras. Anhörigkonsulenten kan ex ge stöd genom enskilda samtal, anhöriggrupper, information eller utbildning, men även förmedla kontakt till biståndshandläggare m.fl. när så krävs.

Kommunens biståndshandläggare fyller en viktig funktion i kartläggningen av personer som har behov av stöd. De kommer tidigt i kontakt med personer som är i behov av insatser för stöd i eget boende eller i behov av ett särskilt boende. Det är av största vikt att det finns en fungerande informationsöverföring till den enskilde om

vilket stöd som finns att tillgå som anhörig till en person som behöver den anhöriges stöd och vård.

Den enskilde ska ha tillgång till information om vad anhörigstödet innebär och vilka insatser som man kan ta del av. Informationen ska vara lättillgänglig vilket innebär att den ska vara lätt att förstå och möjlig att ta del av.

Inom särskilt boende är det boendechefen som har ansvar för stödet till anhöriga till de boende. Anhörigkonsulenten står för råd och vägledning till chefen.

Chef inom hemtjänsten fyller en viktig funktion i att fånga upp hur och när behovet av anhörigstöd kan bli aktuellt. Detta sker genom den information som hemtjänstpersonalen samlar på sig i alla dagliga kontakter med kunder.

Genom hälso- och sjukvårdskontakter i ordinärt boende skapas en bra bild av vilka behov av stöd och omsorgsinsatser som finns för personer som har svårigheter att uppsöka vård. Ibland sammanfaller det med personer som i övrigt inte har några insatser från den kommunala hemtjänsten. I dessa situationer är personalen (distriktssköterskor, fysioterapeut, arbetsterapeut) inom Hemsjukvården den viktiga länk som kan förmedla vilket stöd som kan ges till anhöriga som vårdar den sjuka. Inom funktionshindersområdet är det chefen inom som har ansvar för stödet till de funktionshindrades anhöriga. Anhörigkonsulenten står för råd och vägledning.

Anhörigavlösning

Korttidsboendet är ett viktigt stöd till personer som bor kvar i ordinärt boende trots stora omvårdnadsbehov. Insatsen ges utifrån en biståndsprövning. Insatsen kan vara korttidsvistelse, avlösning, rehabilitering eller växelvård.

Hemvårdsbidrag

Hemvårdsbidrag är en ekonomisk ersättning för den som vårdar en närstående. För att få den ska hjälpen som ges vara av personlig karaktär, d.v.s. hjälp med exempelvis hygien, på och avklädning etc.

Närståendepenning

Anhörig som vårdar en svårt sjuk individ i livets slut kan ansöka om närståendepenning från Försäkringskassa.

Kvalitetsindikatorer/Egenkontroller

Kvalitetsrapport, Egenkontroll 2ggr/år baserad på Socialstyrelsens indikatorer för uppföljning av demensriktlinjer

- a) Antal personal som genomgått utbildning
- b) Antal demensspecialiserade undersköterskor
- c) Antal personer som har fått stöd till anhöriga (under ett kalenderår)
- d) Antal personer som har demensdiagnos
- e) Antal personer med påbörjade demensutredningar under ett år
- f) Antal personer som behandlas med antipsykotiska läkemedel
- g) Antal personer som har tvångs- och begränsningsåtgärder
- h) Antal personer som har beviljats dagverksamhet
- i) Antal personer som har erbjudits personcentrerade aktiviteter varje vecka
- j) Antal personer vid särskilt boende som har miljöbeskrivningar i GP
- k) Antal personer som har bemötandepaner
- l) Antal externa handledningar under 1 år
- m) Uppföljningar och analyser på individ och gruppnivå utifrån BPSD registret

Referenser

Nationella riktlinjer vid demenssjukdom

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom>

VLL Vårdprogram: [Utredning vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Västerbottens län](#)

Utbildning: <http://www.demenscentrum.se/>

Kvalitetsregister www.bpsd.se; www.svedem.se; www.palliativ.se;

<http://plus.rjl.se/senioralert>

Metoder och arbetssätt <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetssatt/>

Bilagor

1. Råd om bemötande
2. Råd om boendemiljö
3. Förhållningssätt
4. Anhörigintervju
5. Klocktest
6. SÄBO Checklista
7. SÄBO Vägledning
8. HT Checklista
9. HT Vägledning