

# Vårdprocessprogram – Demens

## Västra Östergötland



Majken 72 år



Hembesök



Diagnos

# Syfte med Vårdprocessprogram – Demens

---

Vårdprocessprogrammet (VPP) Demens för Västra Östergötland är framtaget på uppdrag av Länskommittén för samverkan mellan Landstinget i Östergötland och kommunerna i Östergötland (Länsslako).

Syftet med VPP Demens är att ta fram gemensamma riktlinjer för utredning, vård och behandling. VPP riktar sig till de som i sin profession möter personer med demenssjukdom.

Följande krav finns på ett Vårdprocessprogram:

- VPP är ett dokument som ger en samlad beskrivning av hur vården av en definierad patientgrupp ska vara utformad.
- VPP ska utformas i konsensus mellan de vårdgivare som är aktuella i vårdkedjan.
- VPP ska innehålla beskrivning av vilka indikatorer som ska användas för att mäta resultat av vården inom det aktuella området.
- VPP ska innehålla beskrivning av hur ”följsamheten” till programmet ska kunna följas upp i länsdelen. Med ”följsamhet” menas i vilken utsträckning riktlinjerna i programmet tillämpas inom de olika delarna av vården.

- VPP skall beskriva ansvarsfördelning och rutiner när det gäller kritiska övergångar mellan vårdnivåer och organisationer. Såväl ansvarsfördelning som rutiner skall vara tydligt beskrivna. (LIÖ's riktlinjer för utformning av VPP 2005)

VPP innehåller en beskrivning av hela processen och en fördjupning inom två områden som vi anser vara centrala för kvaliteten inom demensvården:

1. Få till stånd en fungerande utredningskedja som är flexibel och bred. Med detta menar vi att enheterna inom Närsjukvården i Västra Östergötland (NSV) ska samverka för att åstadkomma tidig utredning/diagnossättning/behandling.
2. Tydliggöra behovet av kompetensutveckling för personal inom kommun och landsting.

Arbetsgruppen anser att arbetet med att utveckla demensvården bör fortgå i form av ett nätverk för demensvården i Västra Östergötland som följer upp och reviderar.

## Fakta om Demens

---

Uppskattningsvis är drygt 140 000 individer i Sverige drabbade av demens. Detta skulle motsvara ungefär 1 400 i västra Östergötland. Tidigare har det gjorts regionala uppskattningar till drygt 1 600 individer vilket skulle ungefär motsvara 140–160 nya fall varje år.

Ungefär 65 % orsakas av Alzheimers demens (AD), 10 % räknas som vaskulär demens (VD), 5 % kallas frontotemporal demens (FTD). Därtill finns Lewy-body demens (LBD), demens vid Parkinsons sjukdom (PD) samt blandformer. Den vanligast förekommande bland-

formen är Alzheimers demens med cerebrovaskulär skada, särskilt i den äldre populationen.

Demenssyndromet orsakas alltid av sjukdom och är inte en normal åldersförändring. I det tidiga skedet av sjukdomsutvecklingen kan det vara svårt att dra gränsen. Symptomen kan innebära svårigheter för patienten att planera, hitta, tala, förstå, ta initiativ, uppleva, visa och kontrollera känslor och i stort att tänka som förut. Den minsta gemensamma nämnaren är minnesbesvär.



Majken har problem med sitt minne

## Majken är 72 år, änka och har två barn

---

Hon bor i hyreslägenhet. Sedan några år tillbaka har Majken fått tilltagande problem med sitt minne. Då hon kör bil kan det ibland hända att hon inte riktigt känner igen sig, vilket hon tidigare gjort. Det har börjat komma påminnelser kring obetalda räkningar och dottern tycker inte att mamma är lika noga med sin hygien och klädsel längre. Dessutom har hon magrat en del...

I överenskommelse med Majken och hennes dotter har vi fått möjlighet att följa med Majken. Från tiden då hennes symtom på demenssjukdom debuterar tills hon får utökat stöd av kommunen för att klara av att bo kvar hemma. Vi som arbetat med detta vårdprocessprogram är mycket tacksamma för möjligheten att vi fick följa med Majken under denna tidsperiod.

## Innehåll

---

- Upptäcka
- Utreda
- Flödesschema
- Diagnos: Behandla/Följa upp
- Kommunens vård och omsorg
- Närståendestöd och Information
- Förhållningssätt värdegrund
- Utvecklingsområden
- Litteraturhänvisning

# Upptäcka

---

Majken har hjälp med städning en gång var 14:e dag. Undersköterskan Britt, som är kontaktman, ser att Majken inte är som vanligt och kontaktar dottern. Tillsammans pratar Britt och dottern med Majken, som så småningom accepterar att kontakt får tas med vårdcentralen.

Vi som är personal inom landsting/kommun har ett professionellt ansvar för att se och reagera på symptom

vid begynnande demens. Det kan vara minnes- eller språkstörningar, tilltagande svårigheter i vardagen eller att hitta, en förändrad personlighet eller psykiska symptom såsom nedstämdhet, ångest eller initiativlöshet. Det är av stor vikt att personer med dessa symptom tidigt kommer till utredning. Detta då det dels är lättare att motivera till kommunala bistånd samt att det idag finns medicinsk behandling som lindrar symptom.



Kontaktman ser att Majken inte är som vanligt.

# Nyckelfrågor

---

- Kontaktmannaskap
- Kompetens
- Kontinuitet

## **Kontaktmannaskap och kontinuitet**

Kontaktmannaskap tillämpas i såväl hemtjänst, dagverksamhet som i särskilda boenden. Det är särskilt viktigt att ha ett väl utvecklat kontaktmannaskap i vården/omsorgen om personer med demenssjukdom. Vårdtagaren behöver en välkänd person i sin närhet som vet hur han/hon vill ha det och som han/hon kan känna tillit till. Närstående behöver någon att knyta an till med frågor, hjälp och stöd.

Ett väl fungerande kontaktmannaskap kräver god planering där allt börjar med en tidig kontakt. Ett bra första möte utgör den viktiga grunden för en fungerande kontaktmannarelation. Det är kontaktmannen som knyter an vid inflyttning, ber närstående om hjälp med en levnadsberättelse och inbjuder till ankomstsamtal. Kontaktmannen ansvarar för upprättande av genomförandeplan och social dokumentation. Det är kontaktmannen som känner vårdtagaren bäst och fungerar som dennes företrädare i kontakten med övriga vården och omsorgen. Viktiga verktyg för kontaktmannen är levnadsberättelsen, kommunikationen med närstående och dokumentationen där genomförandeplanerna ska ses som ett levande dokument som följer vårdtagarens behov. Kontaktmannaskap bygger på god kontinuitet vad gäller personer som vårdar och vidare på funger-

ande relationer. Därutöver kan det vara värdefullt att även utse en avbytare eller vice kontaktman. En enkel överenskommelse kan upprättas mellan närstående och kontaktman. I överenskommelsen skriver kontaktmannen in vad man kommit överens om och vad som är kontaktmannens uppdrag.

I en välfungerande demensomsorg finns kontaktmannaskap som en garant för personlig omvårdnad från första insatsen till den sista.

## **Kompetens och utbildning**

Personal behöver regelbunden handledning i bemötande och frågor som gäller förhållningssätt. Man behöver också sätta sig ner med sitt arbetslag för reflektion och utvärdering, få diskutera hur vi gör i olika vårdssituationer och om vi arbetar på samma sätt? Det är viktigt att följa de rutiner som är överenskomna. Vårdtagaren ska känna trygghet.

All personal som arbetar i äldreomsorgen skall ha en grundutbildning inom demensvård. För de som arbetar på demensenheter byggs kunskaperna vidare i olika steg så att en djupare kompetens och kunskap skapas. Hemtjänstpersonalen behöver kunskap och någon form av checklista för att se och förstå tecken på demenssjukdom. Hemtjänst till demenssjuka personer ställer högre krav på kontinuitet och kompetens. En avdelad grupp personal som fått särskild utbildning och vill arbeta med personer med demenssjukdom kan bidra till ökad trygghet i det egna boendet.

# Utredning: Behandling – Uppföljning

---

Majken fick tid på sin vårdcentral två veckor efter kontakt. Dottern Gudrun följer med Majken på läkarbesöket där distriktsläkaren gör en medicinsk bedömning. Detta för att utesluta andra medicinska sjukdomar som kan ge demensliknade symptom. I samband med läkarbesöket träffar också dottern den distriktsköterska med demensansvar som arbetar på vårdcentralen. I detta möte kan dottern beskriva hur situationen varit senaste tiden. Nu etableras också en viktig kontakt för Majken och dottern.

En fungerande utredning vid demens kräver teamarbete. Teamet består oftast av läkare, distriktsköterska med demensansvar samt en arbetsterapeut. Det inledande hembesöket ger trygghet i testsituationen och information om den sjukes vardag. Närståendes beskrivning av sjukhistorien behövs också för att ge en helhetsbild av hur personens problem har utvecklats.

Modellen kräver tydligt patientfokus vilket innebär att vi som profession prioriterar att patienten kommer till utredning, diagnos och behandling och inte vem/vilken enhet som hanterar detta. En demens-/minnesutredning bör omfatta:

- Medicinsk sjukhistoria och riktad kognitiv anamnes. Läkaren och sjuksköterskan skapar sig en bild av sjukdomar och mediciner.
- Undersökning av kognitiv-, psykiatrisk-, neurologisk- och kroppslig status. Läkare undersöker så att nuvarande hälsotillstånd kan värderas tillsammans

med den aktuella sjukhistorien. Det blir ofta aktuellt att göra röntgen och ta blodprover. Prover från ryggmärgsvätskan görs i vissa fall på Minnesmottagningen.

- Neuropsykologisk undersökning med lämplig metod. Sjuksköterskan eller läkaren gör några tester på hjärnans funktioner, ofta med MMT och Klocktest.
- Funktionsbedömning av arbetsterapeut. En bedömning av livssituationen och eventuella insatser från kommun eller sjukvård i övrigt är viktigt för att kunna bedöma sjukdomens svårighetsgrad, dess konsekvenser och framtida behov av hjälp.
- Social utredning med beskrivning av levnadsförhållanden och familjesituation. Eventuella insatser från kommun eller sjukvård.
- Slutbedömning med diagnossättning. Läkaren sammanfattar utredningen och ger besked om diagnos och eventuell medicinering. En planering av medicinska och andra åtgärder bör ske.
- Vårdplanering kan göras på många olika sätt även om den oftast sker i samverkan mellan patient, närstående och representanter från landsting och kommun. Det viktigaste är att den som är beroende av hjälp, nu eller i en inte för avlägsen framtid, är aktualiserad i kommunen eller åtminstone vet vem man kan ta kontakt med. Vår modell bygger på att varje vårdcentral har tillgång till distriktsköterska med demensansvar som ansvarar för vårdplaneringen.



## Nyckelfrågor

---

- Tidig utredning
- Bredd i utredningsmöjligheterna
- Utredningsgaranti; utredning ska påbörjas inom en månad
- Varje vårdcentral har en distriktssköterska med demensansvar

## Kvalitetsindikatorer

---

- Vårdplanering finns

När en patient med minnesstörning kommer till VC fångar distriktssköterskan upp problematiken och konsulterar distriktsläkaren som beslutar om utredning. Läkarbesöket har också syftet att utesluta andra sjukdomar.

En distriktssköterska med demensansvar kopplas in och påbörjar kontakt med patienten. Det är viktigt med kontinuitet under utredningen/behandlingen. Utredning ska påbörjas inom en månad.

Läkare och utredande team ansvarar för att diagnos sätts och att närstående och patient informeras.

# Diagnos: Behandling – Uppföljning

---

När diagnosen stod klar så kallades Majken och hennes dotter till ett besök på vårdcentralen där information gavs om att hon har Alzheimers sjukdom. På vårdcentralen var både läkaren och distriktssköterskan med demensansvar med. Läkaren gav information om diagnosen och behandlingen. Distriktssköterskan informerade om uppföljningen och erbjuder fortsatt kontakt.

## Diagnostillfälle

Vid diagnostillfället ska patienten alltid ha med sig närstående. Patient och närstående ska få en bra och

individuellt anpassad information både muntligt och i skrift. Distriktssköterskan etablerar kontakt och lämnar här ett aktuellt telefonnummer och tillsammans görs det upp en plan för uppföljning. Det är viktigt att uppföljning sker även om läkemedel inte är insatt. Distriktssköterska skall vara uppmärksam på om patienten/närstående har behov av kommunala insatser eller stöd och kan då erbjuda sig att förmedla kontakt till kommunens demenssköterska/biståndshandläggare.



Majken och hennes dotter får diagnos.



## Nyckelfrågor

---

- Ge tid!
- Information både muntligt och i skrift
- Använd checklistan ”Kvalitetssäkring av information”
- Närståendestöd

## Kvalitetsindikatorer

---

- Registrera i SveDem
- Informationschecklista
- Vårdplanering finns

Information ska ges av utredande enhet, specialistmottagning eller vårdcentral, till både patient och närstående när diagnos är ställd. Vid informationstillfället ska utredande team vara med; läkare och sjuksköterska/undersköterska. Läkaren är medicinskt ansvarig och distriktssköterska med demensansvar eller sjuksköterskan på minnesmottagning ska vara den kontakt som utgör kontinuitet och följer/stödjer patient och närstående under sjukdomens förlopp. Information ges både muntligt och skriftligt, information ges individuellt med hänsyn till patientens sjukdomsstadie och familjesituation.

Mapp med skriftlig information lämnas (om sjukdom, behandling, aktuella läkemedel, visitkort med namn och telefonnummer/-tider till teamets medlemmar).

Det är viktigt att prata med både patient och närstående. Specialistmottagning eller vårdcentral följer upp genom telefonsamtal oavsett medicinering eller inte medicinering (efter 1v, 3v, 3 och 6 månader). Distriktssköterska med demensansvar ska aktivt fråga och vara lyhörd för hur föregående besök upplevts, hur patient

och närstående har det och fånga upp det behov av stöd som finns.

Distriktssköterska med demensansvar eller sjuksköterskan på minnesmottagning ska informera, förmedla kontakter till befattningar både inom närsjukvård och kommun. De skall vidare finnas kvar för patient och närstående under hela sjukdomsförloppet. Om patient utretts på minnesmottagning och överflyttas till VC ska kontakt VC vara ordnad. Vid inflyttning särskilt boende övertar sjuksköterska (medicinska frågor) och undersköterska kontakten enligt enhetens riktlinjer för kontaktmannaskap.

Närstående ska erbjudas en plan för närståendestöd. Denna plan ger närstående möjlighet att få uttrycka eget behov av stöd. Den demenssjukes behov av insatser från närsjukvård och kommun är beroende av närståendes förmåga att stödja och ge omvårdnad. Det är inte självklart att alla närstående har samma förmåga och möjlighet att ge omvårdnad. Stöd till hela familjen är viktigt då demenssjukdom påverkar alla familjerelationer.

Varje demensdiagnos ska registreras i kvalitetsregistret SveDem. Inrapporteringen bör göras av distriktssköterskan med demensansvar eller motsvarande.

# Så här ska vi jobba...

Tilltagande minnes- eller språkstörningar eller andra svårigheter med vardagen är tecken på att något inte är som vanligt. Det är av stor vikt att personer med symptom på begynnande demens kommer till utredning. Vid besök på vårdcentral kan en utredning påbörjas.

Efter maximalt tre månader ska patient och närstående ha fått träffa en läkare. När diagnosen är klar kallas patient och närstående till ett besök på vårdcentralen där information om diagnosen ges. Tillsammans görs det upp en plan för uppföljning.



## Upptäcka



## Diagnostillfälle



- Diagnos
- Information, muntlig – skriftlig
- Stöd
- Behandling/uppföljningsplan
- Vårdplanering

Max

## Vårdgaranti

- Om detta ej uppfylls på vårdcentral eller minne



Max 1 månad

Minnetin

Minnetin - alternativ vård-  
mottagning



## Utreda 1

- Distriktsköterska med demensansvar
- Sjukhistoria
- Tester
- Hembesök



Max 3 månader

## Utreda 2

- Läkare
- Undersökning
- Röntgen
- Prover



# Kommunal: Vård – Omsorg

---

Det har gått en tid från det att Majken fick diagnosen Alzheimers sjukdom. Det har blivit nödvändigt att förstärka stödet till Majken. Hemtjänsten har hittat gammal mat i kylskåpet, hon har ringt på grannarnas dörr och inte hittat hem. Hemtjänsten har kontaktat dottern som sedan kontaktar kommunen. Biståndshandläggare Roger är på besök och går tillsammans med Majken och dottern igenom situationen.

Kommunen har enligt Socialtjänstlagen (2001:453) det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap, 2§).

Det betyder att när behov av hjälp kommer till kommunens kännedom ska kontakt etableras med kommunens biståndshandläggare som utreder insatsbehovet. Kommunen bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande socialtjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.

Andra lagstiftningar som styr kommunens ansvar är:

- LSS (Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade)
- HSL (Hälso- och Sjukvårdslagen)

## Nyckelfrågor

---

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Kunskap</li><li>• Kompetens</li><li>• Livskvalitet</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Kontinuitet</li><li>• Tillgång till Demenssjuksköterska i varje kommun</li></ul> |
|--|--|

## Kvalitetsindikatorer

---

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Utbildning enligt utbildningsplan</li><li>• Personalkontinuitet</li><li>• Levnadsberättelser</li><li>• Kontaktmannaskap</li><li>• Genomförandeplaner finns</li><li>• IHP</li></ul> |
|--|

Kommunen bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller andra bistånds-/serviceinsatser underlätta för den enskilde att bo kvar i ordinärt boende.

Kommunen har sjukvårdsansvaret i de särskilda boendena och på dagverksamheterna. I det ordinära

boendet har primärvården sjukvårdsansvaret. I flera kommuner tar man ett samlat ansvar speciellt för de nyinsjuknade i eget boende där kommunens demenssjuksköterska ofta är involverad.

Hemtjänst ges till personer som har svårigheter att på egen hand klarar av det dagliga livet i hemmet. Insatserna kan bestå av personlig omvårdnad, städning, tvätt, inköp med mera. Det kan vara hemtjänsten som först kommer i kontakt med personer som drabbats av demenssjukdom.

Dagverksamhet för personer med demenssjukdom skiljer sig från andra dagverksamheter. Detta genom

att allt måste vara väl planerat från första början med utgångspunkt från vårdtagarens behov och svårigheter. Första kontakten med vårdtagaren är ofta ett hembesök för att övervinna osäkerhet och lära känna varandra. En successiv inskolning kan vara aktuell där vårdtagaren blir hämtad av dagverksamhetens personal tillsammans med färdtjänsten. Färdtjänstens chaufför bör vara väl insatta i sitt uppdrag och beredda att hjälpa till lite extra. Det är ofta nödvändigt att personalen på dagverksamheten ringer i förväg motiverar och påminner om besöket och färdtjänstresan. Vistelsen på dagverksamheten har flera syften; den hemmavarandes närstående kan behöva några timmars vila, besökaren på dagverksamheten får social stimulans, deltagandet i aktiviteter och sysslor fungerar upprätthållande och stärker självförtroendet.

Det ideala förhållandet för att möta vårdtagare och närståendes behov är en dagverksamhet med tillgång till växelvårdsplatser.

Växel- och korttidsvård är en form av avlastning för närstående som fortfarande vill och kan vårda hemma. Perioder av regelbunden växelvård ger den närstående möjlighet att vila och hämta krafter. Det är viktigt att växelvård kan erbjudas i en invand miljö som upplevs trygg och igenkännande för den enskilde.

Bor man i ordinärt boende så ansvarar vårdcentralen för förskrivna hjälpmedel. Kommunen har ansvar för hjälpmedel i särskilt boende. Hjälpmedel som kan vara aktuella är; spisvakt, dörrlarm, olika hjälpmedel för tidsorientering, bildtelefon och nödsändare.

Genomförandeplan eller individuell vårdplan ska upprättas på alla enligt Sociallagstiftningen och är ett levande dokument. Det behöver fortlöpande utvärderas och uppdateras vad gäller individens behov av anpassat stöd. Man tar också hänsyn till närståendes situa-

tion och behov för att kunna se när eventuell utökning av insatser behövs.

En första kontakt i form av ett hembesök är värdefullt både för den demenssjuke och för dennes närstående. Det är vanligtvis kontaktmannen och sjuksköterskan som gör hembesöket innan inflyttning till särskilt boende eller dagverksamhet. När det handlar om insatser från hemtjänsten görs hembesöket endast av kontaktmannen.

Det är kontaktmannen som inbjuder till ankomst-samtal. Förutom vårdtagare, närstående, kontaktman och sjuksköterska kan även arbetsterapeut, sjukgymnast och enhetens chef delta i mötet. Ankomstsamtalen har två syften; dels att vårdtagaren och dennes närstående ska få tillfälle att få ställa frågor och bli informerade om boendet, dels att de professioner som är närvarande får information som underlag för en individuellt anpassad vård och omsorg.

Levnadsberättelsen är central i den individanpassade omvårdnaden och används i alla demensverksamheter. Den fylls i av vårdtagaren eller dess närstående. Personal kan vara behjälplig. Det är bra om levnadsberättelsen börjar användas redan i hemtjänsten och följer vårdtagaren genom alla verksamheter. För att kunna bemöta och vårda en person med demenssjukdom på bästa sätt är levnadsberättelsen ett viktigt verktyg. Ju mer du vet om en person desto lättare är det att vårda. Vad har personen för värderingar, rädslor, glädjeämnen och så vidare?

Varje människa är unik! Levnadsberättelsen får gärna kompletteras med fotografier och bilder som betyder något för vårdtagaren och där det finns en nedskrivna historia kring bilden som man kan återberätta när vårdtagarens minne sviktar.

# Närståendestöd – Information

---

Närstående har också behov av stöd för att kunna orka med den förändrade livssituationen som demenssjukdom innebär. Dottern Gudrun har erbjudits tid för samtal med distriktssköterskan med demensansvar. Här ges information, tid för frågor och erbjudande om fortsatt stöd.

När en person drabbas av demenssjukdom förändras livet också för de närstående. Närstående ska ges möj-

lighet att ge uttryck för eget behov av stöd för att orka och klara den nya livssituationen. Stöd till närstående måste vara individuellt utformat.

Information till den sjuke och närstående ges individuellt med hänsyn den sjukes sjukdomsstadie och familjens livssituation.



Majkens dotter får stödsamtal.



## Nyckelfrågor

---

- Demensansvarig sjuksköterska i kommunerna och inom NSV
- Individuellt utformat stöd
- Professionen bör aktivt söka upp och erbjuda stödinsatser

## Kvalitetsindikatorer

---

- Erbjudna stödplan för närstående

Kompetent personal i alla verksamheter är många gånger det bästa närståendestödet.

Närståendes del i planering av vården är viktig och det är angeläget att närstående kommer in i ett tidigt skede. Olika former av vårdplaneringar behövs sedan under sjukdomsförloppet, med olika teambildningar efter patient/närståendes behov. Första vårdplaneringen ska göras av närsjukvården vid diagnostillfället.

Olika former av närståendestöd:

- Närståendeeinformation, muntlig och skriftlig information
- Skriftligt informationsmaterial
- Information till andra språkgrupper
- Tillgång till Demensansvarig sjuksköterska ska finnas i varje kommun
- Anhörigstödjare. Utbildade kontakter som närstående kan vända sig till när behov av individuella samtal, närståendegrupper, råd och stöd behövs. Kontakten förmedlas av minnesmottagning, VC eller demenssjuksköterska

- Anhörigkonsulent finns i en del kommuner
- Anhöriggrupper: samtal, stresshantering
- Anhörigcirklar: information, studiecirklar  
Anhörig-brukar/grupp: gemensamma träffar, information, trivsel och sociala kontakter
- Kommunala demenssjuksköterskor. De arbetar ofta med stöd till brukare/närstående i olika former såsom, råd, stöd, ”lotsning”
- Avlösning i hemmet finns som bistånd eller serviceinsats i en del kommuner
- Dagverksamheter, öppna och biståndsbedömda, växelvårdsplatser/korttidsplatser kan vara ett stöd för närstående
- Träffpunkt västra länsdelen med öppettider kvällar och helger för yngre demenssjuka och närstående bör finnas.

# Förhållningssätt – Värdegrund

---

Vår utgångspunkt är klar; varje människa måste få behålla sin särart och integritet.

Det är en svår och ansvarsfylld uppgift att vårda personer med demenssjukdom. Det gäller både om man har vårdandet som yrke eller om man tar hand om en demenssjuks närstående.

Följande påståenden är resultatet av arbetsgruppernas arbete med förhållningssätt, värdegrund och dessa anser vi skall präglade vården i vår länsdel:

- Respekt för varje människas behov och önskemål
- Ett gott och professionellt bemötande är en behandling

Utvecklingsområden inom Vårdprocessprogram Demens i Västra Östergötland:

- Gemensamt starta kommunal dagverksamhet för yngre personer med demens
- Utveckla gemensamma informationstillfällen för familjer; läger, chatt för unga närstående och dylikt
- Gemensamt kommunalt boende för yngre personer med demens och personer med BPSD-problematik (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid demens)

- Utveckla samverkan med intresseorganisationerna
- Gemensam kunskaps-/kompetensutveckling
- BPSD-team, jourtid inom NSV
- Arbeta vidare med gränssnitt mot psykiatri
- Utredda gråzonsfrågor i hjälpmedelsfrågan
- Skapa likvärdighet vad gäller vård och omsorg i västra länsdelen
- Utse ansvarig för fortsatt arbete inom demensvården
- Nätverk, fortsatt samverkan mellan landsting och kommuner
- Genomföra kompetensplanen, återkommande temadagar, återkommande fortbildning
- Utveckla användandet av Meddix och liknande som verktyg i vårdplaneringen för att säkerställa en fungerande vårdkedja under utredning och efter ställd diagnos
- Stödplan för närstående
- Demenskompetenscentrum ligger i Väster
- Utveckla information om demens-hemsidor.

## Nyckelfrågor

---

- Uthållighet
- Samverkan

Ett viktigt stöd för Majken är hennes dotter. Därför är det viktigt att närstående erbjuds en närståendestödsplan. Denna plan ger närstående möjlighet att få uttrycka eget behov av stöd. Den demenssjukes behov

av insatser från närsjukvård och kommun är beroende av närståendes förmåga att stödja och ge omvårdnad. Det är inte självklart att alla närstående har samma förmåga och möjlighet att ge omvårdnad. Stöd till hela familjen är viktigt då demenssjukdom påverkar alla familjerelationer.



Majken och hennes dotter Gudrun på vårpromenad.

# För dig som vill veta mer

För den som vill veta mer så lämnar vi förslag på litteratur och hemsidor.

## Litteratur

- SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) har i en rapport Demenssjukdomar – En systematisk litteraturoversikt (2006) skrivit att det finns ganska mycket forskning om stöd till demenssjukas närstående.
- Kontaktmannaskap, en väg till bättre äldrevård (Leif Gustavsson, Hans Falk och Bengt Richt)
- Anhörigboken (Demensförbundet)
- Samvaro med dementa (Jane Cars/Birgitta Zander)
- Vård av personer med demenssjukdom (SBU)
- Trädgård – en möjlighet för alla (Vårdalinstitutet, Inge Dahlenborg)
- Taktill massage (Vårdalsinstitutet, Christina Karlsson, leg. Sjuksköterska)
- Validation – Feilmetoden (Studentlitteratur 1994).
- Handikappanpassning för personer med demenssjukdom (Vårdalinstitutet, Eva Arntzen)
- Goda miljöer och aktiviteter för äldre (Helle Wijk)
- På väg mot en god demensvård (DS 2003:47, Socialdepartementet)

## Länkar

- I Motala och Vadstena har Demensförbundet lokalavdelningar, [www.demensforbundet.se](http://www.demensforbundet.se).
- I Mjölby har Alzheimerföreningen startat en lokal-förening, [www.alzheimerforeningen.se](http://www.alzheimerforeningen.se). Båda organisationerna tillhör riksorganisationer och arbetar både för de demenssjuka och för deras närstående.
- AHR, anhörigas riksförbund är en rikstäckande organisation som är politiskt och religiöst obunden, [www.ahrisverige.se](http://www.ahrisverige.se).
- [www.sjukvardsradgivningen.se](http://www.sjukvardsradgivningen.se)
- [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- [www.vardalinstitutet.net](http://www.vardalinstitutet.net)
- [www.boxholm.se](http://www.boxholm.se)
- [www.mjolby.se](http://www.mjolby.se)
- [www.motala.se](http://www.motala.se)
- [www.vadstena.se](http://www.vadstena.se)
- [www.odeshog.se](http://www.odeshog.se)
- [www.lio.se](http://www.lio.se)

### Projektledare:

Tommy Hallén – Medicinskt ansvarig ssk, Motala Kommun

### Primärvården NSV:

Gunilla Wallberg – Distriktsläkare, Roger Bergeling – Distriktsläkare, Eva-Lotta Hamberg – Distriktsköterska, Barbro Johansson – Distriktsköterska, Gun-Britt Aspemar – Arbetsterapeut, Irene Haraldsson – Distriktsköterska, Marianne Thunberg – Distriktsläkare

### Minnesmottagningen NSV:

Nicklas Granqvist – Överläkare, Lisbet Tergeland – Sjuksköterska

### Rehab Väst NSV:

Boel Eklund – Arbetsterapeut

### Motala Kommun:

Olof Rask – Demenssköterska, Mariann Strömberg – Demenssköterska, Birgitta Piringar – Undersköterska/Anhörigstödjare, Gunnel Johansson – Biståndshandläggare

### Ödeshögs Kommun:

Gunilla Carlsson – Biståndshandläggare

### Boxholms Kommun:

Katarina Lundén – Demenssköterska

### Vadstena Kommun:

Ulla Larsson – Medicinskt ansvarig ssk, Hans Falk – Verksamhetschef äldreomsorg

### Mjölby Kommun:

Britten Bergström – Demenssköterska, Helena Karlsson – Medicinskt ansvarig ssk, Malin Gustavsson – Sjuksköterska, Monica Carlsson – Biståndshandläggare

### Intresseföreningarna har medverkat på internat 3–4 april 2008:

Alzheimerföreningen Mjölby, Demensföreningen Motala, Demensföreningen Vadstena

### Tack till:

Karin Steinvall – Klinisk Adjunkt NSV/HU för korrekturläsning och kloka synpunkter.



Dottern Gudrun och Majken på läkarbesök.







**Mjölby Kommun**



**Närsjukvården**  
i västra Östergötland



**Motala**



**Ödeshögs kommun**



**BOXHOLMS KOMMUN**



**VADSTENA  
KOMMUN**