



Beslutad av: Hälsa-och omsorgsnämnden
Framtagen av: Områdeschefer
Uppdaterad: <Uppdaterad>

Beslutsdatum: 2024-04-23
Dokumentansvarig: Områdeschef
Diarienummer: HON/2024-00066
Giltighetstid: Tillsvidare

Innehåll

1	Inledning	3
2	Kommunens ansvar	3
3	Behovstrappa vid kognitiv svikt	3
4	Personcentrerad vård	4
5	Demensteam	4
6	BPSD Nationellt register	4
7	Ansvar	5
	7.1 Nämndens ansvar	5
	7.2 Förvaltningschef/områdeschefer	5
	7.3 Enhetschef.....	5
	7.4 Demenssjuksköterska	5
	7.5 Arbetsterapeut.....	5
	7.6 Fysioterapeut/sjukgymnast.....	6
	7.7 Specialistundersköterska demens	6
	7.8 Omvårdnadspersonal	6
8	Samverkan med regionen	6
9	Anhörigstöd	7

1 Inledning

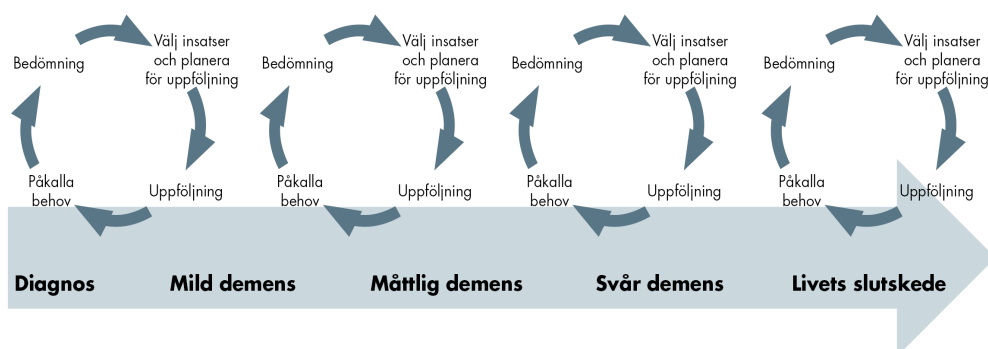
Varje år insjuknar mellan 20 000 och 25 000 personer i en demenssjukdom eller kognitiv svikt som är begreppet som används i Osby kommun. Det innebär att det finns mellan 130 000 och 150 000 personer med kognitiv svikt i Sverige idag. Antalet kommer nästan att fördubblas fram till år 2050 (Socialstyrelsen). Gemensamt för personer med kognitiv svikt är att symtomen på olika sätt påverkar det dagliga livet. Med stigande ålder ökar risken för någon typ av kognitiv svikt. Vid misstanke ska en utredning göras.

2 Kommunens ansvar

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap. 2 § Socialtjänstlagen). Rätten till bistånd regleras i 4 kapitlet 1 § i Socialtjänstlagen. Hälsa och omsorgsnämnden ska främja den enskildes möjlighet att leva ett självständigt liv. Respekt skall visas för den enskildes rätt att själv bestämma och att få behålla sin integritet, identitet och eget ansvar för sin livssituation (SoL kap 1, 1 § ”portalparagrafen”). Detta skall vara vägledande vid bedömning av behov och vid genomförande av insatser för alla individer. Nämnden ska främja den enskildes möjlighet att bo kvar hemma med bibehållen livskvalité även om individen har någon typ av demenssjukdom.

3 Behovstrappa vid kognitiv svikt

I Socialstyrelsens skrift om standardiserat vårdförlopp för personer med kognitiv svikt beskrivs att olika insatser behöver sättas in i olika stadier av sjukdomen. Här behövs även i vissa stadier samverkan mellan olika huvudmän. Socialstyrelsen beskriver processen i denna modell denna för insatser.



I Osby kommun arbetar verksamheterna med att utföra insatser utifrån personens behov av stöd i de olika stadierna av sin kognitiva svikt. Verksamheten har utformat en behovstrappa vid kognitiv svikt som bygger på att insatser startar med insatser i hemmet eller dagverksamhet för att sedan utökas till vård och omsorgsboende om tillsyn behövs under hela

dygnet. Denna trappa finns även kopplad till de 8 faserna som beskrivs av demenscentrum ofta inträffar hos personer med kognitiv svikt.

Verksamheten kan utifrån sin blid av personens behov flytta individen mellan olika enheter inom kommunens verksamheter för att rätt vårdnivå ska kunna verkställas. Insatser som kommunen erbjuder finns beskrivna i riktlinjer avseende insatser inom äldreomsorgen.

4 Personcentrerad vård

Att arbeta personcentrerat är en av grundförutsättningarna för en god vård och omsorg för personer med kognitiv svikt. Vid personcentrerad vård och omsorg sätter personalen personen och inte dennes symtom i fokus. Det är människan som är viktigast, inte diagnosen. Syftet är först och främst att personen ska uppleva sin tillvaro som meningsfull. Det är dennes personlighet och upplevelse av verkligheten som ska vara utgångspunkten. Eftersom personer är olika behöver insatserna och vårdmiljön göras mer personlig än i en vård och omsorg som är uppgifts- och sjukdomscentrerad (demenscentrum).

5 Demensteam

Enligt Socialstyrelsens demensstrategi behöver olika yrkesgrupper samarbeta kring utredning, planering och utformning av vård- och omsorgsinsatser för personer med kognitiv svikt. I insatsförloppet vid kognitiv svikt är multiprofessionella demensteam grunden i mycket av arbetet. Flera professioner och verksamheter behöver samverka över hela sjukdomsförloppet för att vården och omsorgen ska ha hög kvalitet.

I Osby finns därför en övergripande grupp i kommunen där områdeschefer, enhetschefer, demenssjuksköterskor hs-personal och demensspecialister arbetar med rammar och utveckling av verksamheten för personer med kognitiv svikt samt kring kommunens anhörigstöd. Denna grupp tar fram riktlinjer, arbetssätt och handlingsplaner kring utveckling, utbildning och förbättringar i verksamheten.

I den direkta vården kring individerna arbetar team bestående av demenssjuksköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, demensspecialister och omvårdnadspersonal gemensamt för att utforma insatser på ett personcentrerat sätt. De tar fram rutiner och handlingsplaner kring hur olika professioner i teamet verkar och samarbetar kring individerna.

6 BPSD Nationellt register

BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens – drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en kognitiv svikt. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framför allt för personen med dessa symtom, men även för närstående och vårdpersonal. Förekomst av BPSD innebär en minskad livskvalité. För att nå framgång inom omsorgen, krävs det förutom ett gott bemötande och en god omsorg, även en tydlig

struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demenssjukdomar. Registret möjliggör systematisk förbättring och utveckling av individbaserade problem, åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård samt omsorg.

I Osby kommun används BPSD-registret i syfte att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär. Det kan genom detta, öka livskvaliteten för personen med kognitiv svikt.

7 Ansvar

7.1 Nämndens ansvar

Nämnden har ansvar att formulera mål för förvaltningens verksamheter samt att systematiskt följa upp verksamhetens resultat. Nämnden ska även tillse att förvaltningarna har ekonomiska förutsättningar att bedriva god vård.

7.2 Förvaltningschef/områdeschefer

Förvaltningschef och områdeschefer har ett strategiskt ansvar för att tillsammans med verksamheten skapa riktlinjer och rutiner som ger förutsättningar att skapa möjligheter att utföra en god vård för personer med kognitiv svikt. Områdeschefer har även ansvar att systematiskt leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och inom budget ge ramar att förbättra verksamheten.

7.3 Enhetschef

Enhetschefer driver enhetens utvecklings och kvalitetsarbete med stöd av demensteam. De säkerställer att personal arbetar utifrån de processer, riktlinjer, rutiner och andra handlingsplaner som är fastställda för att skapa en god personcentrerad vård. Enhetschefer har ansvar att hålla sig uppdaterad inom demensområdet samt arbeta utifrån BPSD och insatser som främjar personcentrerad vård för vårdtagare inom ordinärt och särskilt boende.

7.4 Demenssjuksköterska

Demenssjuksköterska arbetar som en länk mellan primärvård och kommun för att knyta samman insatserna från de olika huvudmännen. De arbetar utifrån tröskelprincipen men kan även vara delaktiga i proaktiva insatser för att skapa relation med vårdtagare och anhöriga innan kommunala insatser ges. Tillsammans med handläggare kan de ge stöd i bedömning av proaktiva insatser till anhöriga och personer med kognitiv svikt stöd. Demenssjuksköterskorna ger även ge stöd till personalgrupper och handleder personal kring personcentrerade arbetssätt i både inom ordinärt boende och Vård och omsorgsboende.

7.5 Arbetsterapeut

Arbetsterapeuten är en naturlig del i demensteamet och bidrar med kompetens kring aktivitetsbalans, struktur, tydliggörande och omgivningsanpassning. Arbetsterapeuten ger råd, stöd och träning i dagliga aktiviteter, utför ADL bedömningar, handleder personal, ger råd om vardagsrehabilitering, bedömer hjälpmedelsbehov och förskriver hjälpmedel.

Arbetsterapeuter arbetar med att bidra till ökad aktivitetsförmåga och delaktighet i vardagen för att skapa en personcentrerad vård som bidrar till ökat välmående.

7.6 Fysioterapeut/sjukgymnast

Sjukgymnasten/fysioterapeuten är en naturlig del i demensteamet och bidrar med kompetens kring rörelseförmåga. Sjukgymnasten/fysioterapeuten ger råd, stöd och träning i dagliga fysiska aktiviteter, handleder personal, ger råd om vardagsrehabilitering, bedömer hjälpmedelsbehov och förskriver gånghjälpmedel. Sjukgymnasten/Fysioterapeuten arbetar med att bidra till ökat välmående och bibehållande av fysiska förmågor utifrån personcentrering som bidrar till ökat välmående.

7.7 Specialistundersköterska demens

Specialistundersköterskan är en naturlig del i demensteamet. De utgår från sin specialistkompetens för att kunna handleda grupper genom att reflektera kring situationer som uppstår på enheterna eller i vårdtagarens hem. De bidrar även aktivt i framtagandet av olika handlingsplaner för vårdtagarna. Specialistundersköterskan dokumenterar de uppgifter som avviker från de planer som är fastställda. I Osby kommun används företrädesvis specialistundersköterskorna i dagligt arbete på enheterna närmst vårdtagaren. De används även viss del av tjänst efter överenskommelse med enhetschef i sitt specialistuppdrag.

7.8 Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal är en naturlig del av teamet och bidra med sin kunskap kring den nära vården och det dagliga livet och förutsättningarna för vårdtagaren. Omvårdnadspersonal följer genomförandeplaner, handlingsplaner eller andra planer utifrån BPSD samt utföra delegerade uppgifter som stärker välmående. Omvårdnadspersonal dokumenterar de uppgifter som avviker från de planer som är fastställda.

8 Samverkan med regionen

I kommunens samverkansforum mellan primärvård/slutenvård/kommun lyfts regelbundet frågan kring personer med kognitiv svikt och hur kommun tillsammans med primärvård och slutenvård kan vara proaktiva i insatser för att skapa vägar mellan huvudmännen. I detta forum lyfts hur samverkan ska fungera mellan de olika huvudmännen.

Demenssjuksköterskorna träffar regelbundet representanter från primärvården för samverkan mellan huvudmännen och att kunna ge individuella insatser till personer med kognitiv svikt. Primärvården kan efter samtycke från vårdtagare lämna uppgifter till kommunens demenssjuksköterskor kring individer som kan behöva stöd från kommunen.

Demenssjuksköterskorna ser ett behov av att skapa relation med vårdtagare och anhöriga tidigt för att informera om kommunens insatser när behov uppstår.

I samverkansforum mellan enhetschefer, MAS och eventuellt andra huvudmän inom primärvården lyfts frågan kring hur gemensamma arbetssätt för personer med kognitiv svikt kan utföras för att nå en förbättrad samverkan kring personer med kognitiv svikt

I enskilda fall där insatser utförs av både kommun och primärvård utförs en SIP (samordnad individuell plan) för att tydliggöra insatser och kontaktvägar vid olika skeende i sjukdomsförloppet.

9 Anhörigstöd

Enligt socialtjänstlagen 5 kap.10 § socialtjänstlagen (2001:453), ska socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk och som stödjer en individ som har funktionshinder så även kognitiv svikt. Alla anhöriga som har behov av stöd ska erbjudas detta av handläggare från kommunen.

I Osby kommun ger flera insatser som bidrar till att stötta anhöriga som vårdar en person med kognitiv svikt. Beskrivning av dessa insatser finns i riktlinje för äldreomsorgen [Riktlinjer avseende insatser inom äldreomsorgen \(osby.se\)](#)

I Osby kommun hålls träffar med utbildningar för närstående till personer med kognitiv svikt. Utbildningar utgår ifrån att ge kunskap kring hur kognitiv svikt påverkar individer. Hur man som närstående kan vara ett stöd och vad kommunens närstående kan förvänta sig av kommunens olika insatser.

Träffar anordnas även för anhöriga till de som bor på demensboende eller har stöd av hemtjänstgrupp med inriktning demens. Dessa träffar ger anhöriga möjlighet att dela upplevelser och funderingar kring hur det är att vara närstående till en demenssjuk person. På dessa träffa ges även viss utbildning.

Demenssjuksköterskor kan även utföra individuella samtal, ge råd och stöd till närstående som behöver lyfta sina funderingar och utmaningar i att vara anhörigvårdare. Kontaktuppgifter till demenssjuksköterskor finns på kommunens hemsida.

Referenser

[En demensstrategi för Sverige – det första steget är taget \(socialstyrelsen.se\)](#)

Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom—en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. www.socialstyrelsen.se, juni 2019