

# DEMENSPLAN 2017-2022 FÖR ESLÖVS KOMMUN

Inledning .....	3
Demografisk utveckling i Eslövs kommun.....	3
Olika typer av demenssjukdom.....	4
Anhöriga till personer med demenssjukdom.....	4
Värdegrund.....	4
Eslövs kommuns organisation .....	5
Demenssjuksköterska.....	5
Demenshandedare .....	5
Demensteam.....	5
Stödinsatser .....	6
Dagverksamhet.....	6
Anhörigstöd.....	7
Insatser i hemmet .....	7
Särskilt boende .....	8
Demens och utvecklingsstörning .....	8
Utrikesfödda personer med demenssjukdom .....	8
Omvårdnad.....	9
Personcentrerad vård och omsorg.....	9
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom .....	9
Personalkontinuitet.....	10
Kunskap och kompetens .....	10
Fysisk aktivitet och demenssjukdom .....	10
Senior Alert .....	11
Ökad fallrisk.....	11
Undernäring.....	11
Samtycke .....	11
Nollvisionsarbete.....	12
Digitalisering och välfärdsteknik .....	12
Våld i nära relation.....	13
Vård i livets slutskede .....	13
Källor.....	14

## **Bil 1 Handlingsplan Eslövs kommun**

## Inledning

Demenssjukdom är en kronisk sjukdom med dödlig utgång där den drabbades kognitiva förmågor succesivt försämras. I Sverige finns idag cirka 160 000 personer med demenssjukdom och antalet beräknas fördubblats till år 2050.

Det går idag inte att bota demenssjukdom men det är möjligt att med olika vård och omsorgsinsatser lindra symtom, underlätta vardagen och förbättra livskvaliteten för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Det är därför viktigt att alla med demenssymtom utreds samt får diagnos och behandling.

Risken att insjukna i demenssjukdom ökar med stigande ålder. Åtta procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en demenssjukdom. Antalet personer med demenssjukdom förväntas öka kraftigt efter 2020 när det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår hög ålder.

Förekomst av demenssjukdom i olika åldersgrupper:

60-64 år: 1 procent  
65-69 år: 1,50 procent  
70-74 år: 3 procent  
75-79 år: 6 procent  
80-84 år: 12 procent  
85-89 år: 25 procent  
90-94 år: 37 procent  
95- : 48 procent

## Demografisk utveckling i Eslövs kommun

Prognosen för Eslövs kommun visar kraftiga ökning av medborgare i åldersgrupperna 76-90 år. Kommunens prognos slutar vid 90 år, därför kan inte ökning i åldersgrupperna över 90 år presenteras.

Åldersintervall	Prognos invånare 2017	Prognos invånare 2030	Skillnad i procent	Skillnad i personer	Ökning med demens*
66-70	1763	1973	11,9%	210	3
71-75	1577	1547	-1,9%	-30	-1
76-80	1077	1306	21,3%	229	14
81-85	724	1096	51,4%	372	45
86-90	697	881	26,4%	184	46

\* Enligt tabellen ovan; Förekomst av demenssjukdom i olika åldersgrupper

### **Olika typer av demenssjukdom**

Diagnoskriterierna för psykiatri har nyligen förändrats. Enligt de nya kriterierna har ordet demens försvunnit och ersatts med kognitiv sjukdom. Socialstyrelsen använder dock fortfarande begreppet demenssjukdom och därför används detta begrepp här.

Det finns flera typer av demenssjukdom. Några av de vanligaste är Alzheimers sjukdom, Vaskulär demens, Lewy kroppsjukdom och Frontotemporal demenssjukdom. Det finns också så kallad blanddemens som innebär att personer har både Vaskulär demens och Alzheimers sjukdom.

Demenssjukdom kan ha olika symtom och förlopp beroende av vilken demenssjukdom personen lider av. En förutsättning för att kunna ge en god vård och omsorg till personer med demenssjukdom är att patienten genomgått en utredning för att fastställa en diagnos.

### **Anhöriga till personer med demenssjukdom**

Anhöriga och närstående till personer med demenssjukdom har ofta en viktig roll gentemot personen med demenssjukdom och i samarbetet med vården och omsorgen. I det tidiga sjukdomsskedet ger anhöriga stöd i vardagen och i ökande utsträckning i omvårdnaden. Under det senare sjukdomsskedet, när den demenssjuka oftast bor på ett särskilt boende, behöver den anhörige fungera som en länk till den demenssjukes tidigare liv. Deras kunskaper och erfarenheter är viktiga i vården och omsorgen av den demenssjuke och det är viktigt att deras kunskaper tas tillvara.

### **Värdegrund**

Värdegrunden för vården av och omsorgen om personer med demenssjukdom uttrycks i lagstiftningen, socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt i LSS. Detta innebär att den demenssjuke:

- ska få sin integritet och sitt självbestämmande respekterat
- ska få tillgång till insatser på jämlika villkor och att insatserna är lättillgängliga
- ska få sina rättigheter respekterade
- ska kunna känna sig trygg
- inte får diskrimineras, till exempel uteslutas från vård och omsorg på grund av kön, etnicitet, ålder eller diagnos.

## **Eslövs kommuns organisation**

### **Demenssjuusköterska**

I Eslövs kommun finns en demenssjuusköterska. Demenssjuusköterskans roll är:

- Medborgarens lots in i den kommunala verksamheten
- Närståendestöd via utbildning och handledning
- Uppsökande verksamhet tillsammans med personal från region Skåne
- Handledning/rådgivning i kommunens verksamhet
- Omvärldsbevakning

### **Demenshandledare**

Demenshandledare är undersköterskor med specialistutbildning inom demenssjukdom, som innehar särskild tjänst. Dessa undersköterskor har ett särskilt uppdrag som handledare till personal och till anhöriga och närstående.

### **Demensteam**

I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom rekommenderas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör säkerställa ett multiprofessionellt teambaserat arbete inom vården och omsorgen för personer med demenssjukdom. Det finns ingen tydlig definition av hur ett sådant team ska se ut.

Uppgifterna för ett demensteam är att förmedla kunskap till personal, närstående och personer med demenssjukdom. Teamet ska också kunna ge personalen stöd i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom, speciellt vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).

Ett demensteam i Eslöv består av demenssjuusköterska, sjuusköterska på demensboende, undersköterskor med specialistkompetens inom demenssjukdom, arbetsterapeut, fysioterapeut samt biståndshandläggare. Ytterligare yrkesgrupper kan behöva tillföras gruppen. Detta beslutar demensteamet internt.

Demensteamet samverkar över huvudmannagränser. Detta innebär att demensteamet samverkar med till exempel äldresjuusköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut på vårdcentralen.

## **Stödinsatser**

Kognitiv svikt leder till olika former av funktionsnedsättningar som förvärras över tid, då sjukdomen fortskrider och övergår till svårare stadier. Olika typer av stöd i vardagen behövs. Stödet anpassas till personens situation. Stödet utgår från personens egna önskemål och kvarvarande förmågor.

Att en person insjuknar i en kognitiv svikt påverkar också de anhöriga. Anhöriga till personer med demenssjukdom kan därför behöva stöd för egen del och hjälp med att hantera relationen till personen med demenssjukdom.

Det är viktigt att utveckla standardiserade och personcentrade insatser som innefattar både uppföljning inom hälso- och sjukvården och sociala stödinsatser till både anhöriga och personer med demenssjukdom. Insatserna kan till exempel vara handledning och utbildning. Standardiserade insatsförlopp innebär en ökad kvalitet genom att alla erbjuds samma insatser, men bedömningen av behovet av insatsen är personcentrerad. Insatserna är utefter vetenskap och beprövad erfarenhet till hjälp och stöd för den demenssjuke personen och dess anhöriga. Ansvar för att åtgärder inom ett standardiserat insatsförlopp genomförs ligger hos demensteamet.

## **Dagverksamhet**

En dagverksamhet för demenssjuka ska finnas. Hit kommer personer som bor i ordinärt boende. De ska ha fått sin demensdiagnos innan de får tillgång till denna verksamhet.

Demenssjuksköterskan bedömer behovet och undersöker att det finns en demensdiagnos. Biståndshandläggaren beviljar ansökan från den demenssjuke.

Dagverksamheten för personer med demenssjukdom ska vara anpassade till sjukdomen och därigenom bidra till social samvaro, struktur och innehåll under dagen. Syftet med dagverksamhet är att ge personen med kognitiv svikt möjligheten att bo kvar i sitt hem och samtidigt erbjuda anhöriga en tillfällig avlastning.

Det är det individuella behovet av dagverksamhet som styr frekvensen på besök, men personen med demenssjukdom ska erbjudas dagverksamhet vid minst två tillfällen per vecka.

För personer med tidig kognitiv svikt finns måltidsgrupp. För att delta i denna grupp ska man endast ha lindriga tecken på kognitiv svikt och ej behöva hjälp i övrigt. Demenshandledaren ansvarar för denna grupp och bjuder in till deltagande. Den är ej biståndsbedömd.

Socialstyrelsen rekommenderar att kommunen erbjuder målgruppsanpassad dagvård. Exempel på målgruppsanpassning är grupper för yngre personer med demenssjukdom eller grupper för personer med demenssjukdom som har annat modersmål än svenska. Utvärderingar kring vilka olika målgrupper man behöver anpassa för behöver löpande göras.

### **Anhörigstöd**

Att vara anhörig och stödja en person med demenssjukdom är ofta påfrestande. Anhöriga upplever en börda uttryckt i både allmän belastning, besvikelse, isolering och känslomässig belastning. Syftet med stöd till anhöriga är att minska anhörigas psykiska och fysiska belastning. Stöd ges i form av utbildning, avlösning och individuellt anpassat stöd.

Ett utbildningsprogram består av information och utbildning om demenssjukdom, dess symtom, orsaker och förväntad utveckling. Utbildningen innehåller också information kring hur anhöriga kan bemöta olika typer av symtom hos personer med demenssjukdom samt information om olika behandlings- och stödinsatser från samhället.

Det finns olika former av avlösning som stöd för anhöriga. Avlösning kan vara att personen med demenssjukdom deltar i dagvård ett par gånger i veckan, eller så kan det innebära att den demenssjuke personen med jämna mellanrum vistas på korttidsplats. Avlösning kan också innebära att personal under några timmar avlöser den anhöriga i den demenssjukes bostad så att den anhöriga kan ägna sig åt något annat.

När det gäller avlösning på korttidsenheten så beviljar biståndshandläggare växelvård med den intervall som familjen har behov av.

### **Insatser i hemmet**

När behov uppkommer kan den demenssjuke behöva stöd och hjälp i vardagen. Det kan vara svårt för biståndshandläggare att bedöma graden av insatser som behövs. För att underlätta för ett korrekt beslut får personer med demensdiagnos ett rambeslut på tre veckor då bedömning av behov görs. Beslut fattas sedan av biståndshandläggare. Beslutet omprövas årligen

med en tre veckors ramperiod. Vid behov görs omprövningen med tätare intervall.

### **Särskilt boende**

När personer med demenssjukdom blir sämre i sin sjukdom och inte längre klarar sig i ordinärt boende med stödinsatser, måste en flytt till särskilt boende övervägas. När detta sker ska demensteamet involveras.

För personer med demenssjukdom ska det finnas särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom. Detta boende ska ha en hemlik boendemiljö. Aktuella forskningsresultat visar på att den fysiska utformningen av boendemiljön påverkar den enskildes aktivitet, delaktighet och välmående.

### **Demens och utvecklingsstörning**

Allt fler personer med utvecklingsstörning lever friska under en allt längre tid och allt fler personer med en intellektuell funktionsnedsättning uppnår en ålder motsvarande pensionsålder och över. Därmed utvecklar dessa personer också problem när det kommer till åldrande och demenssjukdomar.

Omkring 50-60 procent av personer med utvecklingsstörning drabbas av demenssjukdom. I Sverige finns ungefär 1750 personer med diagnostiserad demenssjukdom och samtidig utvecklingsstörning. Demenssjukdom hos personer med utvecklingsstörning kan vara svår att upptäcka då symtomen på demenssjukdom kan förväxlas med utvecklingsstörningen.

Personer med Downs syndrom utvecklar demenssjukdom tidigt. Vid 60 års ålder har ungefär hälften av alla personer med Down syndrom tydliga tecken på demenssjukdom. Dessa personer drabbas ofta av Alzheimerliknande demenssjukdom.

### **Utrikesfödda personer med demenssjukdom**

I Sverige beräknas det finnas ungefär 20 000 utrikesfödda personer med kognitiv sjukdom. Fram till år 2036 förväntas denna siffra fördubblas.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom så ska personcentrerad vård bland annat innebära att vården och omsorgen särskilt ska beakta behov relaterade till att personer har annan kulturell och språklig bakgrund. För denna grupp av demenssjuka personer kan sjukdomen innebära att deras förmåga att prata svenska går förlorad.



## **Omvårdnad**

### **Personcentrerad vård och omsorg**

Vård och omsorg vid demenssjukdom sker genom ett personcentrerat förhållningssätt. Detta innebär att personen som lever med en demenssjukdom sätts i fokus, inte diagnosen. Förhållningssättet syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att ha en förståelse för att olika problem kan uppstå, som till exempel beteendemässiga och psykiska symtom. I den personcentrerade vården och omsorgen uppmuntras personen, ibland tillsammans med anhöriga, att berätta om sig själv och sitt liv för att underlätta förståelsen av personens livsmönster, värderingar och preferenser. Målet är att personen ska uppleva sin tillvaro så trygg och meningsfull som möjligt. Detta kräver personal som har förståelse för hur varje enskild person upplever sin tillvaro. Vården, omsorgen och bemötandet måste anpassas efter varje enskild individ.

De personer som har en diagnostiserad demenssjukdom och som har insatser från kommunen ska ha en nedtecknad levnadsberättelse. Denna berättelse ska göras tillsammans med den demenssjuke och anhöriga. Berättelsen ska tas fram så tidigt som möjligt efter diagnos.

### **Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom**

Vid demenssjukdom kan en rad olika sekundära symtom uppträda. De brukar sammanföras under benämningen beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). BPSD kan uppträda under hela sjukdomsförloppet. Det kan handla om hallucinationer, vandring, vanföreställningar eller ångest. Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomstiden BPSD symtom. Symtomen kan orsaka stort lidande för personen med demenssjukdom och är ofta svåra att bemöta för anhöriga, vårdpersonal och medboende.

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av demenssjuka med fokus på att minska BPSD problematiken genom olika tvärprofessionella vårdåtgärder. För att minska BPSD stöder registret en process i fyra steg: 1) Observation 2) Analys 3) Åtgärder 4) Utvärdering. Registret används till att ta fram en bemötandeplan för varje individ.

Att använda sig av registreringen av BPSD i kvalitetsregistret för att ta fram individuella bemötandeplaner för samtliga demenssjuka med BPSD symtom är en högt prioriterad fråga.

### **Personalkontinuitet**

Kontinuitet bland personalen är särskilt viktigt för personer med kognitiv sjukdom. Brister i kontinuitet hos personalen i hemtjänst är en stor utmaning inom vård och omsorg. Det försvårar tidig upptäckt av kognitiv sjukdom, försämrar möjligheten att bedriva personcentrerad vård och omsorg, försvårar kommunikationen och skapar en bristande trygghet för en person med kognitiv sjukdom.

Vissa undersköterskor i hemtjänst ges extra kunskaper i vård och bemötande av personer med demenssjukdom. Dessa undersköterskor ansvarar sedan för personer med demenssjukdom med allvarliga symptom. Undersköterskorna får handledning av demenshandledaren.

### **Kunskap och kompetens**

En grundläggande förutsättning för god vård och omsorg är kunskap. Hemtjänsten får allt större ansvar eftersom fler personer med många samtidiga sjukdomar och komplexa vård och omsorgsbehov bor hemma. Detta utan att all personal har adekvat utbildning. Det är viktigt att den omvårdnadspersonal som arbetar nära personer med demenssjukdom får utbildning. Även legitimerad personal behöver en ökad kunskap om behoven hos personer med demenssjukdom. En höjd kunskapsnivå hos personalen måste till för att höja livskvaliteten för personer med demenssjukdom.

Demens ABC är Svenskt Demenscentrums webbutbildning baserad på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Samtlig personal inom vård och omsorg ska genomföra denna utbildning. Samtlig personal som arbetar på demensboende, eller på annat sätt särskilt med demenssjuka ska även genomföra webbutbildningen Demens ABC plus. Biståndshandläggare ska genomföra Demens ABC plus för biståndshandläggare.

Varje verksamhet behöver inventera vilken kunskap som behövs för att kunna bedriva en god vård för demenssjuka personer. Utefter denna inventering görs en långsiktig plan för höjning av kunskapsnivån hos personalen.

### **Fysisk aktivitet och demenssjukdom**

Fysisk inaktivitet är vanligt bland personer med demenssjukdom. Detta då de ofta har problem med att genomföra aktiviteter på egen hand. Då fysisk aktivitet är bra för många sjukdomar bland annat för att minska symtom och

öka livskvaliteten, så är det viktigt att personer med demenssjukdom får möjlighet till fysisk aktivitet.

### **Senior Alert**

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention. Genom att arbeta med de fem områdena; fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen samt blåsdysfunktion som ingår i senior alert så täcks många av de riskfaktorer som äldre har in. Detta är risker som även uppkommer för personer med demenssjukdom. I vissa fall är risken ökad på grund av demenssjukdomen.

### **Ökad fallrisk**

Den successivt försämrade balans- och gångförmågan bidrar tillsammans med nedsatt kognition till att fallrisken ökar. Personer med demenssjukdom har dubbelt så stor risk för fallolyckor och frakturer.

### **Undernäring**

Personer med demenssjukdom löper hög risk för undernäring och nutritionsstödet ska därför vara en integrerad del av behandlingen. Viktnedgång och förändrat ätbeteende är ett välkänt symptom under utvecklandet av demenssjukdom. Undernäringen kan leda till mindre muskelmassa, ökad fallrisk, försämrat immunförsvar, ökad risk för trycksår och depression. Om viktförlusten upptäcks tidigt kan åtgärder sättas in för att bromsa denna.

En person med demenssjukdom kan få problem med att minnas om en måltid ägt rum och hur matlagning går till. De kan också ha svårt att identifiera lukter och att använda bestick och glas.

Förmågan att äta minskar gradvis under sjukdomsförloppet och ska bedömmas kontinuerligt av personal med kompetens på området. Tugg- och sväljsvårigheter är vanligt i det sena skedet av Alzheimers och Parkinsons sjukdom. Logopeder och dietister har en viktig funktion i teamet runt den demenssjuke patienten för att bedöma behov av konsistensanpassad kost.

### **Samtycke**

Då insatser enligt HSL och SoL bygger på frivillighet förutsätter de den enskildes samtycke. Samtycke innebär ett accepterande eller godtagande av föreslagna villkor.

Förutsättningar för ett samtyckes rättsliga giltighet är att:

- Det har lämnats av någon som är behörig att ge samtycket
- Den samtyckande är kapabel att förstå innebörden av samtycket
- Vederbörande har full insikt om relevanta omständigheter
- Samtycket har lämnats frivilligt
- Samtycket är allvarligt menat

En person kan när som helst återkalla sitt samtycke

### **Nollvisionsarbete**

En nollvision inom demensvården innebär en demensvård utan tvång och begränsningar. Även om tvångsåtgärderna sägs användas med ett gott syfte för att skydda den demenssjuke, så är tvångsåtgärder inte förenligt med svensk lagstiftning. Svensk vård och omsorg bygger på principerna om individens rätt till självbestämmande och integritet. Detta framgår både i hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen och socialtjänstlagen.

Tvång och begränsningar definieras som alla handlingar, anordningar eller åtgärder som görs mot någons vilja.

Att bli tvingad eller begränsad kan påverka en person på olika sätt. Ofta upplevs det kränkande och har en negativ inverkan på personens värdighet och självkänsla. Tvingande eller begränsande åtgärder kan även ha en rad andra negativa medicinska och sociala konsekvenser som till exempel ökad fallrisk, ökad risk för trycksår, ökad aggressivitet, ökad ångest samt ökad risk för depression.

Personcentrerad vård och omsorg av personer med demenssjukdom ger ett ökat välbefinnande hos den sjuke. Att arbeta personcentrerat gör också att många svåra situationer kan undvikas. Det personcentrerade arbetet behöver inriktas på att förebygga situationer så att tvingande och begränsande åtgärder inte ses som enda utvägen. Den legitimerade personalen, omvårdnadspersonalen samt anhöriga måste alla vara delaktiga i detta arbete. Cheferna har en viktig roll genom att ge förutsättningarna för detta arbete.

### **Digitalisering och välfärdsteknik**

Utvecklingen av tekniska lösningar inom välfärden går snabbt. Här finns en stor potential för personer med demenssjukdom i avseende att behålla sin självständighet och få ökad delaktighet i samhället.

Det är viktigt att det finns en plan för den framtida ökade digitaliseringen så att den verkligen ger de demenssjuka en ökad självständighet och delaktighet, så att den enskilde får ett ökat oberoende och kvalitetsförbättringar. Ny teknik får aldrig leda till en opersonlig kall vård där integriteten hotas och otryggheten ökar.

Används videoövervakning, GPS eller passiva larm så får de endast användas med samtycke.

### **Våld i nära relation**

Våld mot äldre i relationer har på allvar uppmärksammats först på senare år. Äldre som lider av demenssjukdom är särskilt utsatta för våldsrisker. Demenssjukdomar kan innebära ökad förvirring och svårigheter att orientera sig. Detta kan skapa ångest och därmed en risk för konflikter och aggressioner. Äldre personer med demenssjukdom som utövar våld eller uppvisar aggressivt beteende löper också risk att själv utsättas för våld och övergrepp.

Aggressivitet är ett av de beteendemässiga och psykiska symtom som kan drabba en person med demenssjukdom. Detta kan leda till våld riktat mot andra boende, personal eller anhöriga. Vid anhörigvård i hemmet kan våldet riktas mot den som vårdar. Omvänt finns det också en risk att anhörig som upplever att vården innebär en tung börda kan tillgripa våld mot vårdtagaren.

### **Vård i livets slutskede**

Personer med demenssjukdom har samma behov av palliativ vård i livets slutskede som andra. Särskilda svårigheter som personal och anhöriga kan ställas inför är svårigheten att kommunicera. Patienten har svårt att förmedla sig till exempel vid smärta. Ett bra sätt att arbeta är att använda skattningsskalor. För att upptäcka förändrade beteenden krävs god personkännedom och detta kräver kontinuitet hos personalen.

## **Källor**

Befolkningsstatistik.qvw Eslövs kommun intranät 2017-10-01

Iwarsson, Susanne, *Uppdrag för regeringskansliet Dnr 2006:3/2008/10 Utformning av olika boendemiljöer för äldre*, 2008

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010*, 2010

Socialstyrelsen, *Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014*, 2014

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – remissversion*, 2016

Socialstyrelsen, *En nationell strategi för demenssjukdom – Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022*, 2017

Svenskt demenscentrum, *Nollvision - För en demensvård utan tvång och begränsningar*, 2015