



**LOKALT PROGRAM  
KOGNITIV SJUKDOM  
/DEMENS**

**Sammanhållen vård och omsorg  
för personer med kognitiv sjukdom  
/demens och deras närstående.**



# Sammanfattning

Det lokala programmet beskriver insatser och aktörer från tidig svikt till särskilt boende (Säbo) och omfattar samverkan kring personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom över 65 år. Det lokala programmet är skrivet för alla yrkesgrupper som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom och deras närstående.

Järfällas lokala program Demens har reviderats genom två workshops under våren 2019 dit alla aktörer i vårdkedjan bjudits in och bidragit till innehållet. Arbetsgruppen har bestått av Maud Brantlind demensvårdutvecklare i Järfälla kommun, Eva-Sofie Nilsson enhetschef på minnesmottagningen och Elisabeth Lauritzen FOU nu. Texten har sammanställts av Maud Brantlind, demensvårdsutvecklare Järfälla kommun.

Chefsgruppen består av chefer på vårdcentraler och primärvårdsrehabilitering, minnesmottagning samt chefer inom kommunens verksamheter.

Det lokala programmet har antagits av chefsgruppen hösten 2019.

Det lokala programmet är uppdelat i olika delar. Tanken är att du som läsare kan söka information under olika rubriker som beskriver olika aspekter av vårdkedjan. Viss information återfinns därför på fler ställen i programmet.

# Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Inledning.....	3
Bakgrund.....	3
Begrepp i vårdkedjan.....	6
Aktörer som ger stöd genom vårdkedjan .....	10
Stöd till den enskilde.....	15
Stöd till närstående.....	18
Informationsöverföring .....	20
Samverkansområden i Järfälla .....	22

# Inledning

Det här är ett lokalt program i Järfälla kring samverkan vid kognitiv sjukdom/ demenssjukdom. Det är framtaget i ett gemensamt arbete mellan aktörer i Järfälla kommun och Region Stockholm (landstinget). Första versionen upprättades 2012. Programmet har reviderats genom två workshops under våren 2019. Det lokala programmet beskriver insatser och aktörer från tidig svikt till särskilt boende (Säbo) och omfattar samverkan kring personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom över 65 år. Dokumentet beskriver olika aktörers roller, stödet till den enskilde och dennes närstående samt samverkanspunkter i vårdkedjan för personer med kognitiv sjukdom/ demenssjukdom i Järfälla.

## Bakgrund

### Vad är kognitiv sjukdom/demenssjukdom

Kognitiv sjukdom/demenssjukdom är ett samlingsnamn på sjukdomar med det gemensamt att de drabbar hjärna och leder till kognitiv funktionsnedsättning. Förloppet är progressivt och leder till ett ökat hjälpbehov för den enskilde. De vanligaste formerna är av Alzheimertyp och av Vaskulär typ. Antalet personer med demenssjukdom ökar numerärt i takt med att antalet äldre ökar i samhället. Med tiden leder sjukdomen till omfattande funktionsnedsättning och inverkar stort på den enskildes och dennes närståendes livssituation. Under sjukdomsförloppen kommer den enskilde och dennes närstående i kontakt med många olika aktörer i vårdkedjan. Dessa behöver hitta former för samverkan kring en sammahållen vård och omsorg samt säkerställa att informationsöverföring mellan olika utförare fungerar.

### Nationella styrdokument

Vården av personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom styrs av Nationella riktlinjer samt lagar som Hälso-och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. Nationella riktlinjer "Vård och omsorg vid demenssjukdom" kom ut i sin första upplaga 2010. Riktlinjerna har sedan utvärderats och en reviderad upplaga kom ut 2017 ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)). Nationella riktlinjer betonar vikten av personcentrerad vård, levnadsberättelse och arbete i multiprofessionella team. "Nationell strategi för demenssjukdom" utkom 2018 och är ett underlag för prioriterade insatser där sju problemområden belyses. Behovet av samverkan är ett av dem.

## **Regionalt vårdprogram**

Våren 2019 kom det regionala vårdprogrammet i sin tredje upplaga och innehåller riktlinjer och rekommendationer för en kunskapsbaserad och likvärdig vård utifrån de Nationella riktlinjerna. I programmet används genomgående benämningen kognitiv sjukdom när demenssjukdom avses. Programmet har utökats med flera områden och innehåller åtgärder från prevention till palliativ vård där bl.a. ansvaret mellan primärvård, specialistvård och kommunal vård och omsorg beskrivs.

## **Lokalt program**

Den enskilde med kognitiv sjukdom/ demenssjukdom ska kunna leva ett värdigt liv och känna välbefinnande trots sjukdom. En överenskommelse mellan Region Stockholm (landstinget) och kommunerna i Stockholms län upprättades 2012. Den beskriver huvudmännens ansvar för samverkan för att säkerställa en god vård och omsorg för personen med kognitiv sjukdom/ demenssjukdom samt stödet till dennes närstående. Enligt överenskommelsen har båda huvudmännen ett gemensamt ansvar för att lokala program utarbetas, följs upp och revideras.

I samarbete mellan aktörer i kommun och Regionen (landstinget) utarbetades under 2012 ett gemensamt lokalt program kring stöd och samverkan för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom och dennes närstående i Järfälla. Former för samverkan reglerades i ett samverkansavtal.

Det lokala programmet har nu reviderats under 2019 utifrån de förändringar som skett både lokalt, regionalt och nationellt. De Nationella riktlinjerna bygger på evidens som vänder sig till både socialtjänst och hälso- och sjukvård och tar upp delar som är gemensamt ansvar samt rekommendationer specifikt riktade till respektive verksamhet. I de gemensamma frågorna behöver arbetet kring hur vi samverkar i Järfälla utvecklas och förtydligas med tydliga rutiner.

## **Syfte med det lokalt program**

Syftet med det lokala programmet är att underlätta samverkan i Järfälla, för att ge ett samordnat stöd av hälso- och sjukvårdinsatser samt social omsorg, till den enskilde och dennes närstående genom hela sjukdomsförloppet.

## **Målet med samverkan**

Målet är en sammahållen vårdkedjan som kan underlätta vardagen för den enskilde samt bidra till så god livskvalitet som möjligt. Vården ska präglas av ett personcentrerat förhållningssätt och en god psykosocial miljö med fokus på individen. Stödet bör utgå ifrån personens egna önskemål och kvarvarande funktioner.

## **Revidering av Järfällas lokala program**

Det är verksamheterna på lokal nivå som själva bestämmer vad det lokala programmet ska innehålla. Revideringen av det lokala programmet har skett genom två workshops där vårdcentraler, primärvårdsrehabilitering, minnesmottagning, hemtjänstutförare, äldreheten, dagverksamhet, särskilt boende och andra stöd-funktioner i kommunen varit inbjudna. Arbetsgruppen har bestått av Maud Brantlind demensvårdutvecklare i Järfälla kommun, Eva-Sofie Nilsson enhetschef på minnesmottagningen och Elisabeth Lauritzen FOU nu. Det sammanställda reviderade programmet skickades ut på remiss där alla hade möjlighet att återkoppla med synpunkter och förslag på textinnehåll.

Arbetet med att upprätthålla och utveckla frågor och samverkansrutiner kommer ske genom chefsmöten varje termin som Järfälla kommun kallar till. Det lokala programmet kan kompletteras med rutiner kring samverkansfrågor som arbetsgrupper tar fram, till mötet att besluta om. Nytt samverkansavtal skrivs under 2019.

- Lokala programmet vänder sig till de som i sitt arbete möter personer med kognitiv sjukdom/ demenssjukdom eller misstanke om detta.
- Lokala programmet beskriver olika vårdgivares roller och ansvarsområden samt hur samverkan kring viktiga frågor kan se ut.
- Lokala programmet beskriver hur informationsöverföringen mellan olika vårdinstanser sker för att säkerställa att information om den enskilde följer personen genom vårdkedjan.

# Begrepp i vårdkedjan

Här beskrivs några vanliga begrepp som används kring personer med kognitiv sjukdom/ demenssjukdom och som kan förekomma i det lokala programmet.

## **Kognitiv sjukdom/ demenssjukdom**

Kognitiv sjukdom/demenssjukdom är ett samlingsnamn på sjukdomar med det gemensamt att de drabbar hjärna och leder till kognitiv funktionsnedsättning. Vanliga symtom kan vara minnessvikt, nedsatt orienteringsförmåga, språkpåverkan, förändrad personlighet eller svårigheter att utföra invanda aktiviteter.

## **Aktör**

Olika verksamheter som deltar i vården kring den enskilde.

## **Den enskilde**

Personen med kognitiv sjukdom/ demenssjukdom.

## **Närstående**

Anhörig eller annan person som står den enskilde nära.

## **Kontaktperson/kontaktman**

Undersköterska i hemtjänst eller på Särskilt boende som ansvarar lite extra för den enskilde och är den som håller närmast kontakt med närstående.

## **Personcentrerad vård**

En personcentrerad vård innebär att vårdgivaren kan sätta sig in i och förstå vad den enskilde upplever. Ett personcentrerat förhållningssätt kräver en god psykosocial miljö med fokus på individen. Stödet bör utgå ifrån personens egna önskemål och kvarvarande funktioner.

## **Levnadsberättelse**

Levnadsberättelse underlättar förståelsen för den demenssjukes livsmönster, värderingar och preferenser. Genom levnadsberättelsen kan vårdgivare bättre lära känna den enskilde. Levnadsberättelse introduceras med fördel tidigt i sjukdomsförloppet och följer den enskilde genom vårdkedjan. En kommunövergripande levnadsberättelse kommer tas fram och läggas upp på kommunens webbplats under hösten 2019.

## **God man och förvaltare**

En god man eller förvaltare hantera ekonomiska och juridiska ärenden åt en medmänniska som inte klara av att göra det själv. För mer information, se kommunens webbplats [jarfalla.se/omsorgochstod/godmanforvaltareochformyndare/vadinne-bargodmanellerforvaltare.4.22bf3491157ca38f4cfc1c18.html](http://jarfalla.se/omsorgochstod/godmanforvaltareochformyndare/vadinne-bargodmanellerforvaltare.4.22bf3491157ca38f4cfc1c18.html)

## **Framtidsfullmakt**

En framtidsfullmakt är en fullmakt som någon ger en fysisk person, till exempel en närstående för att företräda hen. För mer information se föräldrabalken (1949:381).

## **Fast vårdkontakt**

En fast vårdkontakt ska utses för den enskilde om hen begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Den fasta vårdkontakten kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och kan bistå den enskilde i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter och vara den enskildes kontaktperson.

## **Samtycke**

Rätten till frivillighet, självbestämmande och inflytande gäller alla, oberoende av beslutsförmåga. Alla Hälso- och sjukvårdsinsatser samt insatser enligt Socialtjänstlagen är frivilliga och någon form av samtycke från den enskilde krävs.

Samtycke krävs för att delge information till andra aktörer i vårdkedjan och inhämtas så tidigt som möjligt från den enskilde, för att underlätta kommunikation och informationsöverföring i vårdkedjan. Det kan vara svårt för den enskilde att själv ta olika kontakter. Med samtycke kan vårdaktören underlätta genom att erbjuda sig att förmedla kontakter så att den enskilde blir kontaktad av rätt aktör.

### **Samtycke kan uttryckas på flera olika sätt:**

**Uttryckligt samtycke** där personen ger ett aktivt samtycke, genom att tex säga ja.

**Konkluderat samtycke** där personen agerar på ett sätt som underlättar åtgärden

**Presumtivt samtycke** där personen finner sig i åtgärden utan att ge uttryck för motvilja.

## Stöd i hemmet

Vårdcentralen ansvarar för hälso- och sjukvårdinsatser via vårdcentral eller hem-sjukvård. Primärvårdsrehabiliteringen ansvarar för hjälpmedel och träning i hemmet. Kommunen ansvarar för biståndsbedömda sociala insatser som till exempel hemtjänst, avlösning och dagverksamhet.

## Samordnad individuell plan (SIP)

Den som i sin yrkesutövning inom socialtjänst och hälso- och sjukvård upptäcker behov av samordning av insatser ska initiera till SIP med den enskildes samtycke. Kommunen och Regionen har ansvar för att det görs en samordnad individuell plan när den enskilde har behov insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Alla aktörer kan kalla till SIP. Skrivningen om individuell plan hittar du i nya Hälso- och sjukvårdslagen, 16 kapitlet 4 § och Socialtjänstlagen 2 kapitlet 7 §. För mer info se källförteckningens webbadress till SKL.

## Menprövning

Sekretess innebär ett förbud att röja en uppgift, vare sig det sker muntligen, genom utlämnande av en allmän handling eller på annat sätt. Om en person, till följd av allvarlig psykisk störning, demens eller medvetslöshet inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretessen inte att de uppgifter som behövs för att patienten ska kunna få nödvändig vård och omsorg lämnas ut. Om samtycke inte kan ges eller inte kan inhämtas men samverkan och informationsöverföring anses nödvändig, kan en menprövning göras. Detta ska dokumenteras i journal (ref OSL 2009).

**13 §** Om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretess enligt 1 § inte att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område.

Ur 25 kap. OSL

## Funktionsbevarande vård

Ett arbetssätt som syftar till att göra den enskilde delaktig och stödja personen att själv få fortsätta göra det hen kan.



## **BPSD-symtom**

Beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom uppstår hos en stor del av dem med kognitiv sjukdom/demenssjukdom när förmågan att förstå och tolka intryck blir sämre. Symtom som kan uppstå är till exempel depression, agitation, sömnstörning eller rastlöshet. Nationella riktlinjer betonar omvårdnadsåtgärder som främsta behandlingsalternativ. För mer information kring arbetsmetoder, se [www.bpsd.se](http://www.bpsd.se)

## **Särskilt boende för äldre (Säbo)**

En biståndsbedömd insats som erbjuder heldygnsomsorg samt hälso- och sjukvårdinsatser. Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvårdinsatser upp till sjuksköterskenivå samt omsorgsinsatser. Regionen (landsstinget) ansvarar för läkarinsatser.

## **Skydd, begränsnings och tvångsåtgärder**

En åtgärd anses som skyddsåtgärd förutsatt att patienten samtycker till åtgärden och syftet med åtgärden är att skydda, stödja eller hjälpa patienten. Tvångs- och begränsningsåtgärder är enligt gällande regelverk inte tillåtet i vården.

## **Teambaserat arbetssätt**

Ett arbetssätt där personal inom Hälso- och sjukvård och social omsorg samarbetar kring den enskilde och tillsammans bidrar till ett helhetsperspektiv.

## **Tandvårdsstödsintyg**

Om den enskilde har ett omfattande omvårdnadsbehov kan denne vara berättigad till tandvårdsstödsintyg för att få nödvändig tandvård. Intyget kan utfärdas av biståndshandläggare eller distriktssköterska för personer i ordinärt boende samt av sjuksköterska inom Säbo. Om personen har svårt att ta sig till tandläkare kan ett mobilt tandvårdsteam göra hembesök. [www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-var-den/kostnader-och-ersattningar/kostnader-och-ersattningar-inom-tandvard/tandvard-om-du-har-stort-omvardnadsbehov-i-dagliga-livet/](http://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-var-den/kostnader-och-ersattningar/kostnader-och-ersattningar-inom-tandvard/tandvard-om-du-har-stort-omvardnadsbehov-i-dagliga-livet/)

## **Munhälsobedömning**

Den som har tandvårdsstödsintyg har rätt till en årlig munvårdsbedömning. Det innebär en enklare undersökning som utförs av hygienist eller tandläkare. Undersökningen utförs i hemmet eller på Säbo. Den enskilde och dennes kontaktperson får tips och råd kring munvård.

# Aktörer som ger stöd genom vårdkedjan

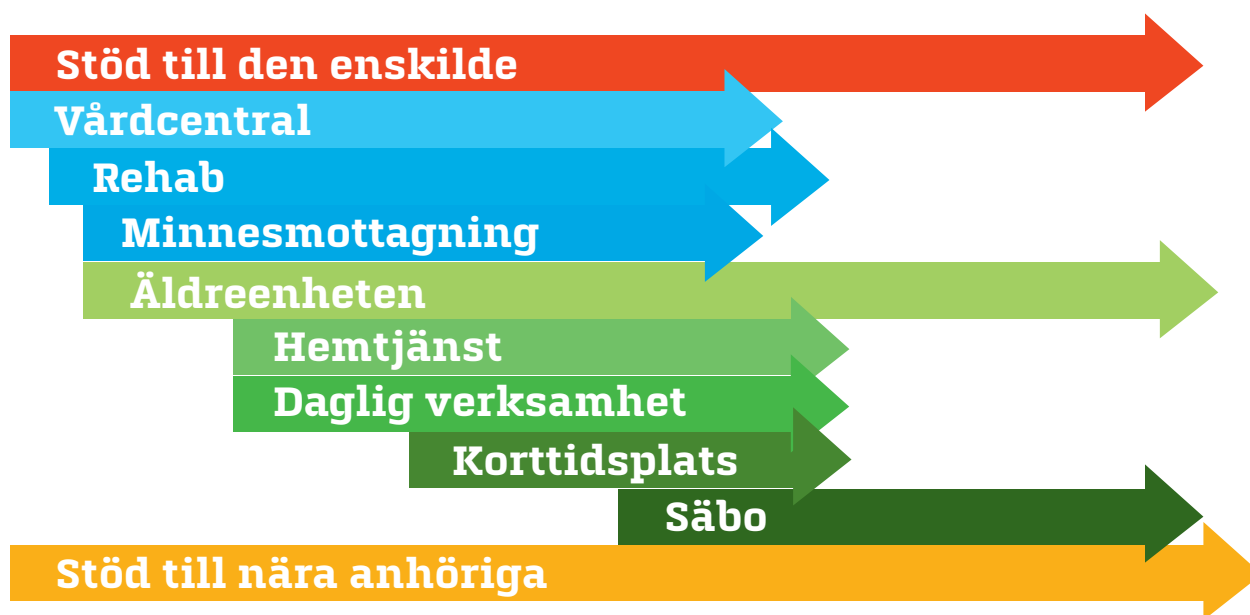
■ Region Stockholm

■ Järfälla kommun

**Mild**

**Måttlig**

**Svår**



## Region Stockholm

### Vårdcentralen

Ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser för personer i ordinärt boende. Här arbetar sjuksköterskor och läkare.

Vårdcentralen gör den basala minnesutredningen vid misstänkt kognitiv sjukdom/demenssjukdom. De ansvarar för årlig medicinsk uppföljning av patienter med demensdiagnos. Distriktssköterskan kan vara behjälplig med tex läkemedelshantering, vid behov av inkontinenshjälpmedel. Hen gör hembesök och har mottagningsbesök och är en viktig kontaktperson till anhöriga. Vid behov finns hemsjukvård att tillgå.

*Finns med i vårdkedjan från tidig fas, fram till den enskilde flyttar in på Säbo.*

## Primärvårdsrehabilitering

Ansvarar för rehabiliteringsinsatser och hjälpmedelsförskrivning för personer i ordinärt boende. Här arbetar arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, dietist och kiropraktor. De har både mottagningsbesök samt Hemrehabiliteringsteam. Ingen remiss krävs. Även dietisten gör hembesök. Medverkar genom aktivitetsbedömning vid minnesutredningen efter remiss från vårdcentralen. Arbetar förebyggande kring fall genom bedömning och träning.

Arbetar med anpassningar och med hjälpmedelsutprovning. Kan vara på plats hemma hos patienten inom 24 timmar efter utskrivning från sjukhusvård för att om möjligt undvika återinskrivning på sjukhus.

*Finns med i vårdkedjan från basal utredning till den enskilde flyttar in på Säbo*

## Minnesmottagning

Utför utvidgad utredning efter remiss på personer över 65 år. Teamet består av läkare, sjuksköterska, psykolog, kurator, undersköterska och arbetsterapeut. Innan remiss till minnesmottagningen har den enskilde genomgått en basal minnesutredning. Minnesmottagningen har ett konsultativt arbetssätt gentemot vårdcentraler och andra remittenter vid basal minnesutredning och vid läkemedelsbehandling. Den enskilde och dennes närstående erbjuds stödinsatser på minnesmottagningen under utrednings och uppföljningsperiod. Utbildning för närstående till nydiagnostiserade med kognitiv sjukdom/demenssjukdom erbjuds varje termin i form av föreläsning. Kommunens anhörig- och demensstöd brukar även vara på plats för att informera och svara på frågor samt knyta en första kontakt.

Minnesmottagningen har långtidsuppföljning av vissa diagnosgrupper men finns annars med i vårdkedjan under utvidgad utredning och uppföljningsperiod.

Den enskilde återremitteras sedan till sin vårdcentral för vidare uppföljning.

*Finns med i vårdkedjan under utvidgad utredning och uppföljningsperiod.*

## BPSD-teamet

Ett specialistteam som ger stöd och råd vid svåra symtom både i hemmet och på särskilt boende. Teamet består av läkare, sjuksköterska och arbetsterapeut. De arbetar konsultativt efter läkarremiss och gör hembesök i ordinärt boende och på Säbo.

<https://www.norrastockholmspsykiatri.se/vard-hos-oss/for-vardgivare-och-samarbetspartner/Konsultteam/BPSD-teamet/>

*Finns med tillfälligt i vårdkedjan*



# Järfälla kommun

## Stöd och förebyggande

En enhet som arbetar mot alla som bor i kommunen. Insatserna är kostnadsfria och icke biståndsbedömda.

Anhörigkonsulenten informerar aktörer i vårdkedjan om sin roll så att de kan slussa närstående till kommunens anhörigstöd. Stödet kan ges som enskilda samtal. Den som vill erbjuds möjlighet att delta i en grupp.

Demensvårdsutvecklaren ger stöd till den enskilde med misstanke om eller fastställd demensdiagnos samt ger stöd till närstående. Erbjuder handledning till personal inom hemtjänst och Säbo. Gör vid behov hembesök ensam, tillsammans med anhörigkonsulent eller biståndshandläggaren.

*Finns med genom hela vårdkedjan för den enskilde och närstående*

## Mötesplatser

Det finns fyra mötesplatser i Järfälla. Dessa är öppna vardagar och syftar till att erbjuda meningsfull sysselsättning samt möjlighet till fysiska och sociala aktiviteter för personer över 65 år. På alla mötesplatser finns tillgång till gym. Här arbetar aktivitetssamordnare. Aktiviteterna är kostnadsfria.

*Finns med tidigt i sjukdomförloppet.*

## Hemtjänst

Hemtjänst utför biståndsbedömda insatser i hemmet. Hemtjänst arbetar utifrån levnadsberättelse och med kontaktmanaskap. Insatserna sker som punktinsatser och fördelas utifrån behov under dagen, kvällen och natten. Skriftlig information, om vald utförare med bl.a. kontaktuppgifter, lämnas hos den enskilde vid första besöket. Personalen bär ID-bricka. Hemtjänst strävar efter att så få olika personal som möjligt ska arbeta hos den enskilde, ny personal introduceras. Arbetet sker utifrån genomförandeplan och hemtjänst återkopplar till bistånd vid förändrat behov.

*Finns med från mild/måttlig fas och tills den enskilde flyttar in på Säbo*

## Äldreheten

Biståndshandläggare utreder och bedömer den enskilds behov av insatser och stöd. Bedömningarna utgår från Socialtjänstlagen och den enskildes behov ska styra utformningen av insatser. Beslut fattas enligt 4 kap. 1§ Socialtjänstlagen och den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Vid handläggning används modellen IBIC (individens behov i centrum) en modell för strukturerat och behovsinriktat arbetssätt. Besluten följs upp årligen eller vid förändrat behov.

Biståndshandläggaren informerar om vilket stöd som finns att ansöka om i kommunen och kan vara behjälplig i kontakten med andra om den enskilde själv har svårt att ta kontakt. Är behjälplig vid ansökan om god man eller förvaltare. Deltar vid SIP i hemmet samt på sjukhus.

### **Exempel på olika typer av insatser den enskilde kan ansöka om:**

- Avlösning i hemmet, ledsagning, promenader, social samvaro, stöd vid kontakt med andra aktörer
- Serviceinsatser som stöd med städning, tvätt, inköp, ärenden, matlådor.
- Personlig vård som stöd med kläder, hygien, dusch samt stöd vid måltider.
- Larm av olika slag tex trygghetslarm, dörrlarm, digital nattillsyn.
- Trygg hemgång efter sjukhusvistelse.
- Dagverksamhet, växelvård, korttidsboende.
- Särskilt boende

*Finns med i vårdkedjan under hela sjukdomsförloppet*

## Dagverksamhet

Dagverksamhet, en eller flera dagar/vecka ges efter biståndsbeslut. Ger den enskilde social stimulans och ett sammanhang i vardagen och kan avlasta anhöriga.

*Finns med i vårdkedjan från mild till måttlig fas fram till att den enskilde flyttar in på Säbo*

## **Trygg hemgång**

Trygg hemgång är en biståndsbedömd insats som innebär hjälp och stöd till den enskilde vid stor oro i samband med hemgång från sjukhus eller korttidsboende. Stödet ges dagtid under högst fem dagar av en erfaren undersköterska från kommunen. Efter trygg hemgång tar hemtjänsten vid med insatser som den enskilde ansökt om och blivit beviljad.

*Finns med tillfälligt vid behov i vårdkedjan*

## **Korttidsplats/växelvård**

Korttidsplats är en biståndsbedömd insats efter sjukhusvistelse eller i syfte att avlasta närstående. Växelvård är en biståndsbedömd insats då den enskilde regelbundet vistas på ett korttidsboende i syfte att avlasta dennes närstående.

*Finns med i vårdkedjan under måttlig fas av sjukdomen*

## **Särskilt boende för äldre (Säbo)**

Säbo erbjuder vård till livets slut. Säbo har avdelningar med inriktning som somatiskt, demens och äldrepsykiatri för att möta olika behov hos den enskilde. Omsorgspersonalen ger stöd och hjälp i vardagen till den enskilde. Sjuksköterskan ansvarar för kontakten med läkaren, iordningställer och administrerar läkemedel samt bedömer och följer upp hälsotillstånd. Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för bedömning och träning av aktivitets- och funktionsförmåga samt förskrivning av hjälpmedel.

I en del verksamheter arbetar personal med fördjupad spetskompetens som Silvia-syster och Silviasjuksköterska. Boendet erbjuder en lugn och trygg miljö anpassad för personer med demenssjukdom och har ett individanpassat arbetssätt. Personalen håller i aktiviteter för de boende, arbetar personcentrerat och i multiprofessionella team. Den enskildes behov kartläggs och riskbedömningar görs och följs upp regelbundet. Genomförandeplan och hälsoplaner ligger som grund till vården och omsorgen.

*Finns med i vårdkedjan från måttlig fas till livets slut.*



# Stöd till den enskilde

Den enskilde kan ha svårt att själv se och söka hjälp och stöd genom vårdkedjan. Aktörerna i vårdkedjan behöver samverka för att hålla samman vårdkedjan och stödet till den enskilde. Här beskrivs det stöd som olika aktörer i Järfälla kan erbjuda den enskilde.

## Hjälp att upptäcka tidiga tecken

Tidiga tecken vid kognitiv sjukdom/ demenssjukdom kan vara försämrat närminne, svårigheter att orientera sig, svårigheter att hitta ord, förändrad personlighet eller svårare att utföra vardagliga aktiviteter. Den enskilde kan behöva hjälp och stöd i kontakt med vårdcentral för eventuell minnesutredning samt kontakt med biståndsenheten för utredning kring sociala insatser.

## Utredning, diagnos och ev. läkemedelsbehandling

Den basala utredningen görs på vårdcentralen. Vid behov remiteras den enskilde till minnesmottagningen för vidare utredning.

Vårdcentralen erbjuder årlig uppföljning och har utarbetade rutiner kring kallelse och rutiner för att följa upp uteblivna besök. Distriktssköterskan kan vara behjälplig vid t.ex behov av stöd kring läkemedelshantering eller inkontinenshjälpmedel.

På minnesmottagningen får den enskilde stöd genom information och deltagande i sin utredning. Den enskilde får vid återbesök hos läkare information om eventuell diagnos och behandling. Det finns möjlighet till stödsamtal med psykolog och kurator. Arbetsterapeut erbjuder hjälpmedelsförskrivning, intyg vid bostadsanpassning samt stöd kring strategier i vardagen efter behov under den period som den enskilde är aktuell på mottagningen. Minnesmottagningen förmedlar efter samtycke kontakt till primärvård och kommunstöd via remiss och diagnosintyg till biståndshandläggare och demensvårdutvecklare.

## Munvård

Den som har ett stor omvårdnadsbehov kan vara berättigad till tandvårdsstöd. Intyget kan utfärdas av distriktssköterska eller biståndshandläggare.

## Hjälp att klara vardagen

Primärvårdsrehabiliteringen utför aktivitetsbedömning t.ex i samband med utredning samt kan förskriva hjälpmedel och ge stöd i strategier i vardagen, se över boendemiljön samt vara behjälplig med intyg vid behov av bostadsanpassning. De kan även exempelvis ge stöd vid behov av träning, fallförebyggande rådgivning samt i frågor kring nutrition.

## Stöd och förebyggande insatser

Kommunens demensvårdutvecklare erbjuder samtal kring symtom och strategier i vardagen, enskilt och i grupp. Hen finns ute på mötesplaster där den enskilde lätt kan komma i kontakt för att ställa frågor och få vägledning. Gruppträffar för personer i mild sjukdomsfas ger möjlighet att träffa andra i samma situation och utbyta erfarenheter. Hen gör vid behov hembesök samt förmedlar kontakt till andra aktörer.

## Ansöka om stöd

Biståndshandläggaren på äldreheten utreder behov av stödinsatser och motiverar den enskilde att ta emot dessa. När biståndshandläggaren får ett diagnosintyg tas kontakt med den enskilde för att erbjuda hembesök där de informerar om de olika stödinsatser som kommunen kan erbjuda. Biståndshandläggaren följer årligen upp beviljade insatser och utreder behov av ytterligare sådana. Biståndshandläggaren kan vid behov ta stöd av kommunens demensvårdutvecklare vid hembesök för att tex motivera den enskilde att ta emot insatser.

## Stöd i hemmet

Hemtjänst utför biståndsbedömda insatser, tex, ledsagning, serviceinsatser, trygghetslarm och stöd vid personlig omvårdnad. När den enskilde blivit beviljad hemtjänstinsatser tar vald utförare kontakt och gör ett hembesök där insatserna planeras tillsammans med den enskilde. En levnadsberättelse används för att fånga den enskildes vanor, personlighet och intressen. Den enskilde har en kontaktperson som kan ge extra stöd i kontakter med andra. Hemtjänst har en dialog med tex anhöriga och vårdcentral vid behov samt återkopplar till äldreheten kring utförda insatser. En kontaktbok hemma hos den enskilde kan underlätta kommunikation med andra aktörer som också arbetar i den enskildes hem.

## **Särskilt stöd vid oro**

Trygg hemgång är en biståndbedömd insats om den enskilde eller närstående känner stor oro kring hemgång från sjukhus och har extra behov av stöd de första dagarna efter sjukhusvistelse. Insatsen kan även vara aktuell om den enskilde befinner sig i hemmet.

## **Stimulans och aktivitet**

Dagverksamhet syftar till att ge struktur och innehåll i dagen, bryta social isolering och bidra till meningsfulla aktiviteter och samvaro. Vid intresse av dagverksamhet kan den enskilde göra ett besök för att få en uppfattning om verksamheten. Ring och boka en tid. Ansökan om dagverksamhet görs hos äldreheten. Vid beviljad dagverksamhet ordnar kommunen med turbundna resor till och från verksamheten. På dagverksamheten serveras lunch samt för- och eftermiddagsfika.

## **Särskilt boende för personer med demenssjukdom**

Korttidsboende är en biståndsbedömd insats som den enskilde som bor i ordinärt boende kan ansöka om efter till exempel sjukhusvistelse eller för att avlasta närstående.

Växelvård är en biståndsbedömd insats då den enskilde som bor i bor i ordinärt boende regelbundet vistas på ett korttidsboende i avlastande syfte för dennes närstående.

När behov av stöd och hjälp inte kan tillgodoses i hemmet kan den enskilde ansöka om särskilt boende (Säbo). Vården där ska utgå från ett personcentrerat arbetssätt där levnadsberättelsen och tidigare vanor ligger som grund för hur vården planeras. Den enskilde möblerar sin lägenhet med till exempel egna möbler, tavlor, textilier och foton. Den enskilde har en kontaktperson som lär känna hen lite extra. Personalen stöttar den enskilde att vara så delaktig som möjligt i vardagliga aktiviteter, erbjuder samvaro samt gemensamma och enskilda aktiviteter. Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för bedömning och träning samt förskrivning av hjälpmedel. Sjuksköterskan ansvarar för kontakten med läkaren, iordningställer och administrerar läkemedel samt bedömer och följer upp hälsotillstånd. Säbo erbjuder vård till livets slut.



# Stöd till närstående

Den närstående har en viktig roll i vården av den enskilde. Hen blir ofta den som håller ihop vårdkedjan så länge den enskilde bor i ordinärt boende. Även den närståendes livssituation påverkas och hen har behov av eget stöd för att hantera den förändrade livssituationen liksom kunskap för att möta och ha förståelse för de symtom som uppstår. Här beskrivs det stöd som olika aktörer i Järfälla kan erbjuda närstående.

## Vårdcentral

På vårdcentralen finns sjuksköterskan som kontaktperson till närstående. Vid behov av samtalsstöd och stöd vid vissa praktiska frågor finns på en del vårdcentraler kurator att tillgå.

## Minnesmottagning

Närståendes kontakt med minnesmottagningen börjar redan vid kallelse till nybesök om den enskilde samtycker till detta. Sjuksköterska kontaktar då närstående per telefon och informerar om utredningen och svarar på eventuella frågor. Närstående har vid nybesöket en stund själva med läkaren. Närstående är också delaktiga vid återbesök till läkare då eventuell diagnos förmedlas. Sjuksköterska finns tillgänglig dagtid måndag till fredag vid behov av stödjande samtal per telefon eller möjlighet att ställa frågor. Under tiden på minnesmottagningen kan stödsamtal bokas med kurator eller psykolog efter behov. Minnesmottagningen erbjuder utbildning i föreläsningssform för närstående till nydiagnostiserade

## Stöd och förebyggande

Kommunens anhörigkonsulent erbjuder stöd till närstående genom enskilda samtal där den närstående kan prata av sig och få stöd och råd samt information om vad som finns för anhöriga i samhället. De kan också få delta i en anhöriggrupp där man får information, råd och stöd. I gruppen ges möjlighet att prata med andra i samma eller liknande situation.

Kommunens demensvårdutvecklare ger råd och stöd kring bemötandestrategier, att planera framåt, förståelse av symtom och sjukdomsförlopp samt motivera till att ta emot insatser. Stödet ges enskilt genom telefonsamtal, vid hembesök eller genom möten på neutral plats.

## **Primärvårdsrehabilitering**

Kan ge stöd genom att till exempel initiera en demensutredning.

## **Äldreenheten**

Biståndshandläggare informerar om kommunens olika insatser och stödjer den närstående i ansökningsprocessen. Biståndshandläggaren kan förmedla kontakt till kommunens anhörigkonsulent och demensvårdsutvecklare.

## **Hemtjänst**

Hemtjänst kan stödja den enskilde i vardagliga aktiviteter och på så sätt avlasta den närstående. Ett bra samarbete mellan hemtjänst och närstående kan öka tryggheten i hemmet. Hemtjänst återkopplar till närstående hur det fungerar och är uppmärksamma på om behovet förändras. En kontaktbok i hemmet kan underlätta kommunikationen mellan hemtjänst, närstående och andra aktörer.

## **Dagverksamhet**

Dagverksamhet kan ge avlastning till närstående genom att den enskilde vistas där en eller några dagar i veckan. Dagverksamheten återkopplar till närstående hur det fungerar i verksamheten.

## **Korttidsboende/växelvård**

En insats som kan sökas av den enskilde för att dennes närstående ska få avlastning. Växelvård är en biståndsbedömd insats då den enskilde regelbundet vistas på ett korttidsboende i avlastande syfte för dennes närstående.

## **Säbo**

När den enskilde flyttar till Säbo ombeds anhöriga att fylla i en levnadsberättelse för att underlätta för personalen att lära känna den enskilde på ett djupare plan. Kontaktpersonen håller närmast kontakt med närstående. Sjuksköterskan ger stöd kring hälsotillstånd och sjukdomssymtom.

# Informationsöverföring

Den enskilde kan behöva stöd att hålla ihop sina vårdkontakter. Samtycke inhämtas så tidigt som möjligt för att underlätta informationsöverföring mellan olika aktörer i vårdkedjan. Den enskilde ska informeras varje gång information ska lämnas till annan aktör. Här beskrivs några situationer som lyfts fram av verksamheter som särskilt angelägna att hitta bra former för informationsöverföringen i Järfälla.

## Samverkan kring insatser i hemmet

Samverkan i hemmet sker mellan främst vårdcentral/hemsjukvård och hemtjänst. För att underlätta kommunikationen finns ett förslag till en gemensam infomapp hos den enskilde. Arbetssättet behöver tydliggöras i det lokala programmet.

## Biståndshandläggare och hemtjänst vid behov av ytterligare insatser

Den enskildes kontaktperson eller samordnaren kontaktar biståndshandläggare vid förändrat behov av stöd. Biståndshandläggaren gör en ny bedömning och insatserna utformas tillsammans med den enskilde och hemtjänstutföraren.

## Utskrivning från sjukhus

Vid behov sammankallar vårdcentralen till SIP enligt LUS:en. Där kan den enskilde ansöka om utökade insatser i samband med utskrivning från sjukhus. Biståndshandläggaren informerar hemtjänstutföraren om behovet av insatser vid hemkomst från sjukhus.

## Dagverksamhet, biståndshandläggare och hemtjänst

För att det ska fungera så bra som möjligt med insatsen dagverksamhet behövs samverkan och informationsöverföring mellan dagverksamheten, hemtjänst och biståndshandläggaren. Det kan handla om små justeringar i någons dagliga rutin som kan underlätta eller möjliggöra vistelsen på dagverksamhet. Personalen på dagverksamheten är också de som träffar den enskilde under en längre sammanhållen tid och med regelbundenhet och de har ofta möjlighet att se förändringar och kan signalera till biståndshandläggaren i tid när de ser att det finns behov av utökat stöd i hemmet.

## **Trygg hemgång**

Trygg hemgång kan ge stöd i kontakten med andra aktörer i vårdkedjan som primärvårdsrehabilitering och vårdcentral. Trygghemgångsteamet har tät kontakt med biståndshandläggare för att utvärdera behovet av insatser och överrapporterar sedan till vald hemtjänstutförare för fortsatta insatser.

## **Korttidsboende/växelvård**

En dialog mellan vårdcentral, hemtjänst och växelvårdsboendet krävs för en säker vård och omsorg för den enskilde. När den enskilde kommer från sjukhus till korttidsplats överrapporterar sjukhusets sjuksköterska till enhetens sjuksköterska. När den enskilde återgår till hemmet överrapporterar enhetens sjuksköterska till distriktsköterskan. Vid behov av hjälpmedel eller fortsatt träning sker överrapportering till primärvårdsrehabiliteringen. Biståndshandläggaren informerar hemtjänstutföraren som planerar insatserna.

Vid växelvård är en bra kommunikation mellan vårdcentral, korttidsboende, hemtjänst och biståndshandläggaren viktig för en sammahållen vård. Biståndshandläggaren meddelar vårdcentralen så snart som möjligt, när den enskilde har fått beviljad växelvård. Distriktsköterskan behöver ha några arbetsdagar på sig för att rapportera över patienten samt skicka aktuell medicinlista till enheten.

## **Dagverksamhet och Säbo**

När det är dags för den enskilde att flytta till Säbo kan informationsöverföring mellan personal på dagverksamhet och personal på Säbo underlätta vid den första tiden på boendet. Om samtycke finns kan levnadsberättelsen som den enskilde fått möjlighet att fylla i när de började på dagverksamheten följa med till Säbo.

## **Överrapportering till Säbo**

När den enskilde blir beviljad och tackat ja till plats på Säbo behöver biståndshandläggaren meddela vårdcentralen omgående. Rutiner behöver utvecklas kring detta. Distriktsköterska överrapporterar till boendets sjuksköterska gällande t.ex mediciner, hälsotillstånd och läkemedelslista. Läkaren på boendet har tillgång till tidigare läkarjournaler. Hemtjänstpersonalen och/eller dagverksamhet har ofta träffat den enskilde under längre tid och har kunskap om den enskildes vanor och rutiner. Överrapportering mellan hemtjänst och undersköterska på Säbo bör ske vid flytt.

# Samverkansområden i Järfälla

Den enskilde och dennes närstående behöver stöd i att hålla ihop vårdkedjan. Här beskrivs de samverkanspunkter som framkommit vid revideringens två workshops, där stödet behöver samordnas för att säkerställa en trygg och säker vård och som vi vill utveckla samverkan kring.

## Samverkansmöten

För att utveckla och hålla det lokala programmet aktuellt kallar Järfälla kommun till samverkansmöte minst en gång/termin. Samverkansgruppen består av chefer från de olika verksamheterna, både inom kommunen och regionen, verksamma i Järfälla. Gruppen är beslutsfattande. Mellan mötena kan arbetsgrupper bereda underlag kring frågor som uppkommit på mötena för att utveckla rutiner och belysa samverkanspunkter.

## Att känna igen tidiga tecken

All glömska handlar inte om en begynnande kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Glömska är heller inte alltid ett av de första symtomen. Även andra symtom kopplade till intellektet kan påverkas. Alla aktörer i vårdkedjan behöver ha kunskap om tidiga tecken för att stödja den enskilde att söka hjälp. Den enskilde kan behöva hjälp och stöd i kontakt med vårdcentral för eventuell minnesutredning samt kontakt med biståndsenheten för utredning kring sociala insatser. Information kring sjukdom och bemötande finns på [www.demencentrum.se](http://www.demencentrum.se)

## Utreda minnessvikt och behovet av stöd

Vid sviktande kognitiv förmåga eller misstanke om demenssjukdom är det viktigt att utreda detta och utesluta andra möjliga orsaker. Alla som uppmärksammar en person med sviktande kognition bör hänvisa denne att uppsöka primärvården. Ibland kan den enskilde behöva hjälp och stöd i att ta kontakt. Utredning vid misstanke om demenssjukdom sker främst på vårdcentral. Utredningen sker evidensbaserat följer de steg som anges i [www.viss.se](http://www.viss.se). Om diagnos inte kan ställas av vårdcentral kan patienten remiteras till minnesmottagning för utvidgad utredning.

Kommunen ansvarar för den sociala utredningen enligt socialtjänstlagen. Vid fastställd diagnos skickas efter samtycke ett diagnosintyg till biståndsenheten som kontaktar den enskilde och erbjuder hembesök för att informera om insatser och kartlägga behovet av stöd.



## **Att motivera den enskilde att ta emot hjälp och stöd**

Den enskilde har inte alltid insikt om sin sviktande förmåga och kan behöva motiveras för att acceptera och ta emot hjälp och stöd. Samverkan kan behövas för att skapa en relation till den enskilde. Olika aktörer kan på olika sätt erbjuda stöd i syfte att skapa en relation. Även närstående kan vara till hjälp för att motivera och möjliggöra att den enskilde tar emot insatser. Om en aktör i vårdkedjan eller närstående upptäcker en person som har behov av stödinsatser men inte vill ta emot det, kan en orosanmälan till kommunens servicecenter göras på tel 08-580 285 00. En biståndshandläggare försöker då få kontakt med den enskilde.

## **Uppföljning av behovet av stöd för den enskilde**

Vårdcentralens läkare följer årligen upp den enskildes hälsotillstånd och eventuell läkemedelsbehandling. Vårdcentralen kontaktar biståndshandläggare om de uppmärksammar att den enskilde har behov av sociala insatser. Vårdcentralen är behjälplig med intyg för färdtjänst, förmedlar kontakt med primärvårdsrehabilitering vid behov av hjälpmedel eller bostadsanpassning.

Biståndshandläggaren följer vid behov eller årligen upp behovet av sociala insatser. I samband med uppföljning har biståndshandläggaren en dialog med olika aktörer för att få en uppfattning kring hemsituation och behovet av stöd. Biståndshandläggaren kan vara behjälplig med kontakter med t.ex. vårdcentral om den enskilde själv har svårt att ta kontakten.

## **Samordning av insatser i hemmet**

Vid behov att samordna insatser i hemmet då flera aktörer ger stöd till den enskilde och närstående kan insatserna behöva samplaneras. Efter samtycke kallar den som uppmärksammat behovet berörda aktörer till ett gemensamt möte tillsammans med den enskilde och ev. närstående. Respektive yrkesgrupp dokumenterar i sin journal kring mötet. För mer information, se webbutbildningen på demenscentrums webbplats [www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/sip/](http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/sip/)

SIP görs även vid behov inför utskrivning från sjukhus. Det är då vårdcentralen som är sammankallande. Se SIP för äldre på SKL's webbplats [skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip/sipforaldre.8958.html](http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip/sipforaldre.8958.html)

## Att bemöta svåra symtom

Många personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom utvecklar under sjukdomen svåra symtom som till exempel oro, depression, rastlöshet eller agitation så kallad BPSD-symtom. Socialstyrelsen förordar framförallt omvårdnadsåtgärder som åtgärd. På [www.bpsd.se](http://www.bpsd.se) finns en webbutbildning samt arbetsmaterial att tillgå.

För personer som bor i ordinärt boende krävs en samverkan mellan framför allt vårdcentral och hemtjänst/anhöriga samt biståndshandläggare för att möta dessa symtom. När svåra symtom uppstår kallar en aktör i vårdkedjan till en gemensam planering. Vägledning om arbetssätt finns till exempel på [www.bpsd.se](http://www.bpsd.se).

Om symtomen är svåra att komma till rätta med kan vårdcentralens läkare skriva en remiss till BPSD-teamet för konsultation och hjälp att ta fram en handlingsplan. [www.norrastockholmspsykiatri.se/vard-hos-oss/for-vardgivare-och-samarbets-partner/Konsultteam/BPSD-teamet/](http://www.norrastockholmspsykiatri.se/vard-hos-oss/for-vardgivare-och-samarbets-partner/Konsultteam/BPSD-teamet/)

Inom Säbo finns utarbetade arbetssätt för att kartlägga och bemöta problemen. Många enheter är ansluta till eller arbetar enligt BPSD-registret riktlinjer. Även Säbo kan skicka remiss för konsultation till BPSD-teamet.

## Behovet av munvård

Munhälsa blir ofta nedsatt när den enskilde har svårt att sköta sin munhygien och har svårt att komma iväg till tandvården. Genom samverkan kan personen få stöd i att sköta sin munvård. Ett munvårdsprogram tog fram 2014 och låg då som bilaga till det lokala programmet. Där finns tre enkla frågor som DU kan ställa för att uppmärksamma behovet av tandvård.

- Har du träffat en tandläkare de senaste två åren?
- Har du besvär från munnen?
- Finns det saker du undviker att äta för att det är besvärligt för dig?

Hjälp att sköta munhygien och ledsagning till tandläkare är andra åtgärder som kan bidra till bättre munhälsa. Mer information om stöd vid tandvård finns på vårdguiden [www.1177.se](http://www.1177.se)

## Läkemedelshantering

I hemmet: Läkemedel hanteras av den enskilde själv eller med stöd av distrikt-sköterska eller hemsjukvården. Hemtjänst eller närstående kan vara behjälplig vid läkemedelshantering efter egenvårdsintyg. Egenvårdintyg utfärdas av vårdcentral/husläkarmottagning och skickas till biståndshandläggaren om den enskilde behöver stöd genom till exempel handräckning/påminnelse vid läkemedelsintag. Hemtjänst återkopplar till vårdcentral/hemsjukvård om den enskilde inte längre klarar läkemedelshantering med stöd av hemtjänst.

### På dagverksamhet

Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar under vistelsetiden på dagverksamhet. Den enskilde har med sig sina läkemedel och kan vid behov få hjälp av personalen. Personalen på dagverksamheten får delegering från sjuksköterska.

### På växelvård

Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar, se kommunens MAS-riktlinjer. Den enskilde har med sig sina egna läkemedel samt läkemedelslista och får hjälp av omvårdnadspersonalen vid behov. Sjuksköterska delegerar till omvårdnadspersonalen efter utbildning och prövning.

### Korttidsboende

Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Sjuksköterska delegerar till omvårdnadspersonalen efter utbildning och prövning.

### Säbo

Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Sjuksköterska delegerar till omvårdnadspersonalen efter utbildning och prövning. Samtliga boende står på DOS-recept.

## Risk för viktnedgång

Risken för undernäring ökar vid kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Dels förändras hunger/mättnadskänslan och dels kan den enskilde få svårare att tillreda måltider, komma ihåg att äta eller kan få svårare att förstå måltidssituationen. Läkemedel kan bidra till illamående eller dålig smak i munnen. Även eftersatt munvård kan skapa obehag i munnen och leda till viktnedgång. Alla i vårdkedjan behöver uppmärksamma om matvanor förändras eller den enskilde går ner i vikt. Den enskilde kan behöva utökad stöd vid måltider av till exempel hemtjänsten, läkemedelsgenomgång eller tandvård. Arbetsterapeut kan ge råd kring måltidsmiljö och hjälpmedel och dietisten kan ge råd till exempel kring näringsberikning och konsistensanpassning.

## Vård i livets slut

Demenssjukdomar har ofta ett långsamt förlopp och det kan vara svårt att bedöma tiden för ett brytpunktssamtal om att livets slutskede närmar sig. Personer med demenssjukdom avlider ofta på Säbo. Vården och omsorgen ska präglas av ett personcentrerat förhållningssätt och vara multiprofessionellt teambaserat. Det kräver kunnig personal som har kännedom om den enskilde och ett nära samarbete med närstående som även de är i behov av stöd. Många personer med demenssjukdom har svårt att uttrycka sig verbalt, och för att bedöma smärta hos dem är Abbey Pain Scale ett validerat instrument. Om personen vistas hemma krävs ett nära samarbete mellan hemtjänst och hemsjukvården. <http://media.palliativ.se/2017/01/V%C3%A5rdprogram.pdf>

## Samverkan kring förebyggande åtgärder

Både i det ordinära boende och på Säbo samverkar olika yrkesgrupper kring förebyggande åtgärder gällande fall, malnutrition, trycksår. I ordinärt boende behöver vårdcentral, primärvårdsrehabilitering och hemtjänst samverka med den enskilde och närstående. Inom Säbo finns som regel rutiner för regelbundna riskbedömningar.

Åtgärder kring fallprevention kan handla om översyn av miljö, läkemedelsgenomgång, balansträning eller hjälpmedelsutprovning.

Åtgärder kring malnutrition/risk för undernäring kan handla om att se över måltidsmiljön, näringsinnehåll och konsistens, munstatus och aktivitetsnivå.

Åtgärder kring trycksårsrisk kan handla om förebyggande eller behandlande dynor eller madrasser, smärtstillande, rörelseförmåga, lägesändringar eller nutrition. Se vidare [plus.rjl.se/senioralert](http://plus.rjl.se/senioralert).

## Behov av kontinuerlig utbildning

En återkommande fråga under workshopen är behovet av utbildning. Nationella riktlinjer betonar vikten av kontinuerlig utbildning, handledning och reflektion. Det finns idag ett antal olika webbutbildningar att tillgå, framför allt från demenscentrums webbplats [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se). De länkade utbildningarna vänder sig till olika personalgrupper, verksamhetsområden samt till anhöriga. Information finns även att tillgå på olika språk.

# Kontaktlista Regionen

Information om regionens aktörer hittar du på [www.1177.se](http://www.1177.se)

Verksamhet	Aktör	Adress	Hemsida	Telefon
<b>Vårdcentral/ husläkar- mottagning</b>	Barkarby Vårdcentral	Jaktplan 3	<a href="http://www.barbarbyvardcentral.se">www.barbarbyvardcentral.se</a>	08-123 408 00
	Familjeläkarna i Barkarby	Barkarbyv. 51	<a href="http://www.famlak.se">www.famlak.se</a>	08-21 52 00
	Kallhälls nya vårdcentral	Kopparv. 2B	<a href="http://www.knvc.se">www.knvc.se</a>	08-587 220 00
	Capio Vård- central Viksjö	Viksjöplan 47	<a href="http://www.capio.se">www.capio.se</a>	08-408 822 30
	Jakobsbergs vårdcentral	Birgittav. 2A	<a href="http://jakobsbergsvardcentral.se">jakobsbergsvardcentral.se</a>	08-123 363 30
	Husläkarmot- tagning Jakobsberg	Riddarplatsen 36	<a href="http://www.hlmjakobsberg.se">www.hlmjakobsberg.se</a>	08-124 051 57
	Vibblaby huslä- karmottagning	Järfällavägen 100	<a href="http://www.vibblaby.se">www.vibblaby.se</a>	08-584 302 50
<b>Primärvårds- rehabilitering</b>	Järfälla Rehab	Birgittav. 2A	<a href="http://www.rehabnordvast.se">www.rehabnordvast.se</a>	08-123 456 50
	AF Fysiocenter	Järfällav. 106	<a href="http://www.affysiocenter.se">www.affysiocenter.se</a>	08-684 258 86
<b>Minnes/kogni- tiv mottagning</b>	Kognitiva mottagningen Jakobsbergs- geriatriken	Birgittav. 2A	<a href="http://geriatrik.sll.se/vara-kliniker/jakobsbergsgeriatriken/minnesmottagning/">geriatrik.sll.se/vara-kliniker/jakobsbergsgeriatriken/minnesmottagning/</a>	08-587 322 10
	Kognitiva mot- tagningen Solna	Karolinska vägen 37A	<a href="http://www.karolinska.se">www.karolinska.se</a>	08-517 713 66
	Jakobsbergsge- riatriken	Birgittav.2A	Avd. 4 Konfusionsavdel- ning	08-123 400 00
<b>BPSD-teamet</b>	Psykiatri nord- väst	S:t Görans sjukhus	<a href="http://www.norrastock-holmpsykiatri.se">www.norrastock-holmpsykiatri.se</a>	08-123 487 10



# Kontaktlista Järfälla kommun

Information om kommunens aktörer hittar du på [www.jarfalla.se](http://www.jarfalla.se)

Verksamhet	Aktör/ Kontaktperson	Adress	Hemsida/ E-post	Telefon
<b>Stöd och förebyggande</b>	Karoline Lundvall	Tornerpl. 28		
Demensvårds- utvecklare	Maud Brandlind	Riddarpl. 36	maud.brand- lind@jarfalla.se	08-580 290 20
Anhörigkonsulent	Hanna Aju Malin Karlsson	Riddarpl. 36	<a href="http://www.jarfalla.se/anhorig">www.jarfalla.se/ anhorig</a>	08-580 289 27 08-580 284 41
Fixartjänst	Thim Granlund	Riddarpl. 36	<a href="http://www.jarfalla.se">www.jarfalla.se</a>	08-580 289 23
Öppna verksam- heter/seniorträffar	Kallhälls seniorträff	Kärnmakarg. 3	<a href="http://www.jarfalla.se">www.jarfalla.se</a>	08-580 296 44
	Barkarby seniorträff	Jaktplan 2	<a href="http://www.jarfalla.se">www.jarfalla.se</a>	08-580 282 07
	Jakobsbergs seniorträff	Birgittavägen 6	<a href="http://www.jarfalla.se">www.jarfalla.se</a>	08-580 294 63
	Flottiljens seniorträff	Korpralsvägen 53	<a href="http://www.attendo.se/flottiljen">www.attendo.se/ flottiljen</a>	08-410 731 18
Dagverksamheter	Tallbohov	Snapphanev. 22	<a href="http://www.jarfalla.se">www.jarfalla.se</a>	08-580 298 82
	Oasen	Nibblevägen 15	<a href="http://www.jarfalla.se">www.jarfalla.se</a>	08-580 299 10
	Finska Barkarby Metsola	Jaktplan 2	<a href="http://www.jarfalla.se">www.jarfalla.se</a>	08-580 292 80
<b>Äldreheten</b>	Servicecenter	Riddarpl. 5	<a href="http://www.jarfalla.se/omsorgochstod">www.jarfalla.se/ omsorgochstod</a>	08-580 285 00

<b>Verksamhet</b>	<b>Aktör/ Kontaktperson</b>	<b>Hemsida/ E-post</b>	<b>Telefon</b>
<b>Hemtjänst</b>		<a href="http://www.jarfalla.se">www.jarfalla.se</a>	
Hemtjänstutförare	Järfälla hemtjänst	<a href="http://www.jarfalla.se">www.jarfalla.se</a>	08-580 299 12
	Adela omsorg	<a href="mailto:donja@adelaomsorg.se">donja@adelaomsorg.se</a>	010-16 65 004
	Aman Care AB	<a href="mailto:kristina.pettersson@amanca-re.se">kristina.pettersson@amanca-re.se</a>	08-36 90 50
	Ansvarsfull omsorg	<a href="mailto:hoja@ansvarsfullomsorg.se">hoja@ansvarsfullomsorg.se</a>	08-658 64 00
	Nordisk hemtjänst och omsorg	<a href="mailto:maria@nordiskomsorg.se">maria@nordiskomsorg.se</a>	08-85 80 40
	Proffssystem i Stockholm	<a href="mailto:hengame@proffssystem.se">hengame@proffssystem.se</a>	08-590 831 13
	Vesta Care	<a href="mailto:info@vestacare.se">info@vestacare.se</a>	08-580 800 09
	Vivianne omsorg	<a href="http://www.vivianneomsorg.se">www.vivianneomsorg.se</a>	08-580 355 20
	Sund & trygg omsorg	<a href="mailto:sinikka@sundomsorg.se">sinikka@sundomsorg.se</a>	08-29 74 11
	Vård 24 AB	<a href="mailto:hudda@vard24.se">hudda@vard24.se</a>	073-787 46 37
<b>Särskilt boende</b>	<b>Namn</b>	<b>Adress</b>	<b>Stadsdel</b>
	Tallbohov, JK	Snapphanevägen 22	Jakobsberg
	Flottiljen, Attendo	Korpralsvägen 51-55	Barkarbystaden
	Viksjo äldreboende, Attendo	Tegvägen 7	Viksjo
	Björken, JK	Agrarvägen 6-8	Viksjo
	Olovslund, JK	Novembervägen 17	Jakobsberg
	Kastanjen, JK	Birgittavägen 6	Jakobsberg
	Linden Ansvar & omsorg	Vibblabyvägen 101	Jakobsberg
	Lönnen Ansvar & omsorg	Vibblabyvägen 97-99	Jakobsberg
	Eken, JK	Kopparvägen 2A	Kallhäll
	Smeden, JK	Smedvägen	Kallhäll

# Källförteckning

## Styrdokument

Nationella riktlinjer 2017 Socialstyrelsen [www.socialstyrelsen.se/aldre/demens](http://www.socialstyrelsen.se/aldre/demens)

Nationell strategi 2017 Socialstyrelsen [www.socialstyrelsen.se/aldre/demens](http://www.socialstyrelsen.se/aldre/demens)

Nationells vårdprogram för vård i livets slut. <http://media.palliativ.se/2017/01/V%C3%A5rdprogram.pdf>

Regionalt vårdprogram SLL 2019 <https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/behandlingsstod/vardprogram/kognitiv-sjukdom.pdf>

MAS-Riktlinjer Järfälla kommun <https://www.jarfalla.se/underwebbar/utforarwebben/utforarwebben/mas.4.3a966e6a14a5ee50070cb1a3.html>

## Webbutbildningar

Svenskt demenscentrum webbutbildning demensABC <http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/>

Svenskt demenscentrum, webbutbildning samplanerad individuell plan <http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/sip/>

SKL, SIP för äldre: <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip/sipforaldre.8958.html>

Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. <http://www.bpsd.se/>

## Informationssidor

Kunskapsguide [www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se)

Palliativt kunskapscentrum <https://pkc.sll.se/>

Senior Alert, ett kvalitetsregister för vård och omsorg <https://plus.rjl.se/senioralert>

Svenskt demenscentrum [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)

## Övriga länkar och dokument

BPSD-teamet Stockholm <https://www.norrastockholmspsykiatri.se/vard-hos-oss/for-vardgivare-och-samarbetspartner/Konsultteam/BPSD-teamet/>

Tandvårdsstödsintyg <https://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/kostnader-och-ersattningar-inom-tandvard/tandvard-om-du-har-stort-omvardnadsbehov-i-dagliga-livet/>

VISS.se <http://www.viss.nu/Handläggning/Vardprogram/Geriatrik/Demenssjukdomar/>  
Överenskommelse mellan lanstinget och kommunerna i Stockholms län 2012 <http://www.storsthlm.se/download/18.b2d5f301506f9a8a861007f/1552548450463/%C3%96verenskommelse%20om%20v%C3%A5rd%20och%20omsorg%20f%C3%B6r%20personer%20med%20demenssjukdom%20eller%20kognitiv%20svikt.pdf>



JÄRFÄLLA



Region Stockholm

**Järfälla kommun**

17780 Järfälla

08-580 285 00

[jarfalla.se](http://jarfalla.se)