



Handlingsplan demensvård 2024-2026



 Eda kommun	Styrdokument	
	Dokumenttyp	Handlingsplan
	Beslutad av	Socialnämnden 2022-12-06 § 228
	Dokumentansvarig	Verksamhetschef vård och stöd
	Reviderad av	MAS/verksamhetsutvecklare
	Träder i kraft	2023-01-04 Revidering som beslutats av Socialnämnden 2024-10-08 §179

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	4
1.1 Värdegrund.....	4
1.2 Vad är demenssjukdom.....	4
1.3 Förekomst av demenssjukdom.....	5
1.4 Symtom på demenssjukdom.....	5
1.5 Utredning vid misstanke om demenssjukdomar.....	5
1.5.1 Basal demensutredning.....	5
1.5.2 Utvidgad demensutredning.....	6
2 Behovsbedömning och verkställighet.....	6
2.1 Utredning och beslut om insatser.....	6
2.2 Genomförande.....	6
2.3 Personcentrerad omvårdnad.....	7
2.3.1 Levnadsberättelse.....	7
3 Demensvård i Eda kommun.....	7
3.1 Ordinärt boende.....	7
3.1.1 Kognitiva teamet.....	8
3.1.2 Hemtjänst.....	8
3.1.3 Valfärdsteknik och skydds- och begränsningsåtgärder.....	8
3.1.4 Social aktivering.....	8
3.1.5 Anhörigstöd/-avlastning.....	9
3.1.6 Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet.....	9
3.1.7 Rehabilitering och hjälpmedel.....	9
3.2 Korttids- och växelvård.....	9
3.3 Särskilt boende med demensinriktning.....	9
3.3.1 Parboende.....	10
4 Kvalitetsregister.....	10
4.1 SveDem – kvalitetsregister.....	10
4.2 BPSD-registret.....	10
5 Personal.....	11
5.1 Kvalifikation och kompetens.....	11
5.2 Multiprofessionellt teamarbete.....	11
5.3 Bemötande och förhållningssätt.....	11
5.4 Begränsningsåtgärder.....	11
5.5 Läkemedel.....	12
6 Utvecklingsområden.....	12
6.1 Kompetensförsörjning.....	12
6.2 Beteendemässiga och psykiska symtom av allvarlig karaktär.....	12
6.3 Hot och våld.....	12
6.4 Yngre personer samt personer med annan etnisk bakgrund, med demenssjukdom.....	13
7 Övrigt.....	13
7.1 Målnivåer.....	13
7.1.1 Resultat Eda kommun 2024.....	14
7.2 Uppföljningar /statistik.....	14
7.3 Länkar till mer information.....	14

1 Inledning

Personer med demenssjukdom i alla boendeformer har rätt till god omsorg och omvårdnad, funktionsbevarande stimulering och tillgång till personal med kunskap om demenssjukdomar. Syftet med handlingsplanen för vård och omsorg vid demenssjukdom 2024–2026 är att ta fram metoder som säkerställer att vården och omsorgen till personer med demenssjukdom är av bra kvalitet och följer Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2017).

1.1 Värdegrund

All vård och omsorg som erbjuds i Eda kommun ska genomsyras av kommunens värdegrund. Den enskilde ska känna sig trygg i sina kontakter med vård och stöd. Kontakten ska kännetecknas av tydlighet, respekt och tillit. Verksamheten ska verka för kontinuitet, tillgänglighet och hög rättssäkerhet. Arbetet ska vara kunskapsbaserat och bygga på omvärldsbevakning, helhetssyn och förebyggande arbete. Verksamheten ska verka för god kvalitet och den enskilde ska ha möjlighet att påverka och ha inflytande i sin dagliga livsföring.

Verksamheten ska tillhandahålla aktuell och lättillgänglig information samt skapa förutsättningar för mötesplatser. Kommunens hälso- och sjukvård ska vara av god kvalitet och med god hygienisk standard samt tillgodose den enskildes behov av trygghet i vård och behandling. En god patientsäkerhet ska finnas samt säker hantering av hjälpmedel. Förhållningssättet i verksamheten för att uppnå målen utgår från medborgarfokus och kännetecknas av småskalighet, tillgänglighet, smidighet och kvalitet.

1.2 Vad är demenssjukdom

Demens är ett syndrom - ett samlingsnamn för ett antal symtom – som inte tillhör det normala åldrandet. Det är ett sjukdomstillstånd som drabbar individens kognitiva (intellektuella) funktioner. Det finns tre huvudgrupper av demenssjukdom; primärdegenerativa sjukdomar, vaskulära sjukdomar och sekundära sjukdomar.

- Primärdegenerativ demenssjukdom betyder att nedbrytningen av nervceller i hjärnan börjar utan att orsaken till celldöden är känd. Till de primärdegenerativa demenssjukdomarna räknas Alzheimers sjukdom, frontotemporal (pann- och tinningslober skadas) samt Lewy Body demens och Parkinsons sjukdom med demens.
- Vaskulär demens kallas ibland blodkärlsdemens och orsakas av att blodproppar eller blödningar stryper syretillförseln till olika delar av hjärnan.
- Vid sekundära demenssjukdomar finns en känd orsak som kan, men inte behöver leda till demens. Till denna grupp av sjukdomar hör könssjukdomar som syfilis och HIV, liksom alkoholmissbruk.

Det är vanligt att en person har flera olika former av demens och det kan vara svårt att avgöra vilken form en person har drabbats av. Detta gäller särskilt i de högre åldersgrupperna.

1.3 Förekomst av demenssjukdom

Det är vanligt att uppleva minnesstörningar när man blir äldre. Efter 65 års ålder ökar risken betydligt – upp till var femte person över 80 år är drabbad. I Sverige beräknas ca 150 000 personer vara drabbade av demenssjukdom. I Sverige insjuknar ca 20 000–25 000 personer per år och vanligast förekommande är Alzheimers sjukdom som står för 60–70% av fallen. Vaskulära demenssjukdomar utgör mellan 20 och 30 %, medan övriga demensformer uppskattas till ca 10 %.

Det finns studier som tyder på att den åldersspecifika incidensen (nyinsjuknandet) och prevalensen (förekomst inom vissa grupper) av demenssjukdom i höginkomstländer minskar. Bedömningen är att antalet personer med demenssjukdom i Sverige ändå kommer att öka eftersom antalet äldre ökar. En prognos från Svenskt demenscentrum visar på följande antal personer med demenssjukdom:

År 2030: 188 000

År 2050: 253 000

Den är baserade på dagens befolkningsprognoser och att det inte utvecklas nya behandlingsmetoder eller bättre förebyggande åtgärder som kan påverka antalet.

1.4 Symtom på demenssjukdom

Alla demenssjukdomar leder på sikt till att minnet blir sämre, men även andra kognitiva symtom förekommer som t.ex. sämre tankeförmåga, sämre kommunikationsförmåga, svårigheter att orientera sig samt minskad praktisk förmåga. Ett vanligt symtom förutom minnesstörning är agnosi, vilket innebär tolkningssvårigheter. Vid agnosi får den enskilde ökande svårigheter att känna igen kända ansikten, föremål och/eller miljöer. Språkliga förändringar, afasi, förekommer också och innebär svårigheter att uttrycka sig eller förstå innebörden av vad som sägs eller uttrycks i text. Till symtomen vid demenssjukdom kan även höra tilltagande problem att styra handlingar och rörelser viljemässigt, s.k. apraxi.

1.5 Utredning vid misstanke om demenssjukdomar

Vid fastställande av demensdiagnos görs en sammanvägd bedömning av olika undersökningar och provtagning. Att utreda demens handlar bl.a. om att utesluta andra orsaker till den enskildes symtom.

1.5.1 Basal demensutredning

Basal demensutredning utförs inom primärvården, t.ex. en vårdcentral, och vissa delar av utredningen kan utföras av kommunens demenssjuksköterska. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska följande delar ingå i en basal demensutredning:

- Anamnes (sjukdomshistoria).
- Bedömning av fysiskt och psykiskt tillstånd.
- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga.
- Kognitiva test.
- Blodprover.

- Skiktröntgen av hjärnan.
- Intervju med anhöriga.

1.5.2 Utvidgad demensutredning

Utvidgad demensutredning görs när basal utredning inte är tillräcklig för att ställa rätt demensdiagnos eller utesluta demenssjukdom. Det är till exempel vanligt att yngre personer med misstänkt demenssjukdom utreds och bedöms inom ramen för en utvidgad demensutredning. Utvidgade utredningar görs vid minnesmottagningar eller annan specialistklinik.

2 Behovsbedömning och verkställighet

En tidig utredning av behov av stöd och hjälp syftar till att öka möjligheterna för personer med demenssjukdom att påverka sin kommande omsorg och omvårdnad. Det kan vara svårt att förstå och tolka den demenssjukes behov i ett senare skede och samtidigt kan demenssjukdomen i sig medföra att personen inte har förmåga att ge uttryck för sin vilja, sina behov och önskemål. Den demenssjuke kan också ha svårt att ta till sig information.

2.1 Utredning och beslut om insatser

En första kontakt med kommunens insatser sker många gånger i samband med utredning då kommunens demenssjuksköterska är delaktig. I början av sjukdomsförloppet räcker oftast stödet från kommunens kompetensteam inom demens för att vardagen ska fungera. Senare i sjukdomsförloppet blir behovet större och ansökan om andra insatser behöver göras. På den enskildes, eller anhöriga initiativ, görs hembesök av kommunens biståndshandläggare för att utreda den enskildes hjälpbehov. Hembesök kan även göras av legitimerad personal som kan bevilja insatser i form av t.ex. hemsjukvård, kognitiva hjälpmedel och rehabilitering.

Biståndsbedömda insatser och ordinationer inom hälso- och sjukvård ska regelbundet följas upp och utvärderas. Målet med den vård och omsorg som ges är att den enskilde får bibehålla sin självständighet och skapa en meningsfull tillvaro i dennes invanda miljö så långt det är möjligt.

2.2 Genomförande

Efter att insatser beviljats ska den demenssjuke få en individuell genomförandeplan upprättad tillsammans med personal, eventuellt med hjälp av anhöriga. I genomförandet ska det tydligt framgå på vilket sätt den demenssjuke behöver få stöd för att kompensera konsekvenserna av sjukdomen och hur kvarvarande förmågor kan bibehållas. I genomförandeplanen ska även ingå planering av personcentrerade och gemensamma aktiviteter samt individuella.

Strategier för bemötande framgår i bemötandeplanen enligt BPSD (se mer information under punkten 4.2). I genomförandeplanen ska framgå att det finns en bemötandeplan. Delar i bemötandeplanen som är av stor vikt kan även föras in i genomförandeplanen.

2.3 Personcentrerad omvårdnad

Begreppet personcentrerad omvårdnad innebär att personen och inte sjukdomen sätts i fokus. Målet med en god vård och omsorg om personer med demenssjukdom är att skapa ett livsrum i ordinärt boende eller särskilt boende från tidig diagnos till livets slut, där det är lätt att vara demenssjuk och där man har rätt att vara demenssjuk. Personen med demenssjukdom ska kunna leva ett värdigt liv och känna välbefinnande trots sjukdom. Grundläggande är att personen med demenssjukdom får fortsätta att vara en egen person med egna rättigheter och att personen sätts före sjukdomen. God vård och omsorg förutsätter inte bara kunskaper om den sjukes förmågor och bristande förmågor utan också kunskap om personens värdegrund och personlighet.

Hälsohistorien, intervjuer med personen själv, dennes anhöriga eller andra yrkesutövare, t.ex. kontaktperson i hemtjänst är viktiga kunskapskällor för att uppnå personcentrerad omvårdnad.

2.3.1 Levnadsberättelse

Levnadsberättelsen ska ligga till grund för vården och omsorgen enligt de nationella riktlinjerna. En nedtecknad levnadsberättelse är ett viktigt hjälpmedel för att planera en personcentrerad vård och omsorg.

Levnadsberättelse finns tillgänglig på kommunens hemsida så att den kan skrivas ut och fyllas i ett tidigt skede av sjukdomen. Denna kan skrivas ut från hemsidan av den enskilde själv/närstående. Den kan även lämnas ut av biståndshandläggare eller av kognitiva teamet. Levnadsberättelsen bör därefter följa den enskilde vid eventuell flytt till annat boende.

3 Demensvård i Eda kommun

I första hand erbjuds personer med demenssjukdom insatser som ger möjligheter att bo kvar i hemmet och få stanna kvar i sin invanda och trygga miljö. Stödet ska så långt som möjligt anpassas efter den enskildes behov men hänsyn ska också tas till anhörigas önskemål och delaktighet. Insatserna i hemmet kan så småningom, eller vid vissa tillfällen, behöva kompletteras med t.ex. dagverksamhet, korttidsplats eller växelvård.

När insatserna inte längre räcker till för en trygg och säker situation i hemmet finns möjlighet att ansöka om särskilt boende enligt socialtjänstlagen.

3.1 Ordinärt boende

Insatser i ordinärt boende kan beviljas/erbjudas i form av:

- kontakt med kognitiva teamet
- hemtjänst som t.ex. stöd vid personlig vård, matdistribution
- olika typer av larm
- social aktivering
- anhörigstöd
- anhörigavlastning

- hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet t.ex. läkemedelspåminnare/läkemedelstilldelning
- rehabilitering och hjälpmedel.

3.1.1 Kognitiva teamet

I den kommunala organisationen för demensvård finns resurs i form av demenssjuksköterska. Demenssjuksköterskan ingår i kompetensteamet tillsammans med en undersköterska med utbildning inom demensvård samt arbetsterapeut. Demenssjuksköterskans huvuduppgift är att jobba med personer med demenssjukdom och deras närstående i ordinärt boende. Teamet utgör ofta den första kontakten i samband med att den demenssjuke utvecklar sin sjukdom och förändringar sker av det individuella stödbehovet. Hembesök av teamet görs efter individuella behov.

Kognitiva teamets uppgifter:

- Samverkan med Region Värmland vid utredning/uppföljning kring personer med misstänkt eller konstaterad demenssjukdom (se även överenskommelse med Eda vårdcentral).
- Stödinsatser till enskilda inom målgruppen och deras anhöriga.
- Konsultativt arbetssätt för personer där ansvaret ligger hos annan personal t.ex. på särskilda boenden.
- Delaktighet kring handledning och utbildning av personal inom demensområdet.
- Övergripande ansvar kring kvalitetsregistren BPSD och Svedem.
- Delta i avstämningsmöte med biståndshandläggare.
- Delta som konsult i anhörigstöd/grupper.

3.1.2 Hemtjänst

Den kommunala hemtjänsten innefattar oftast praktiska, vardagliga hjälpinsatser som är service- och omvårdnadsinriktade.

Hemtjänsten ska så långt som möjligt anpassas till den enskildes behov men även till anhörigas behov, önskemål och delaktighet. Kraven på trygghet och kontinuitet är höga och insatserna ska baseras på en detaljerad och strukturerad genomförandeplan.

Målet med hemtjänst samt hemsjukvårdsinsatser är att personen med demenssjukdom ska kunna bo kvar i sin hemmiljö med stöd av personal och anhöriga så långt som möjligt.

3.1.3 Valfärdsteknik och skydds- och begränsningsåtgärder

Valfärdsteknologi och miljöanpassningar kan minska tvång och begränsningar i vården och öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom. Samtliga åtgärder baseras på frivillighet.

3.1.4 Social aktivering

Beslut om social aktivering tas av biståndshandläggare. Målet är att den enskilde ska känna välbefinnande.

3.1.5 Anhörigstöd/-avlastning

En demenssjukdoms konsekvenser påverkar inte bara den som är sjuk utan även familj och vänner. Det är viktigt att de får information, att de bjuds in och får känna att deras delaktighet i vården och omsorgen är betydelsefull. Anhöriga kan vara i behov av stöd, råd och avlastning med kort varsel och kan behöva knyta kontakt så snart som möjligt med berörda personer inom kommunens organisation. Anhörigavlastning beslutas av biståndshandläggare och målet är att anhöriga ska känna delaktighet och trygghet.

3.1.6 Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet

Om den enskilde behöver stöttning i t.ex. läkemedelstilldelning, så kan man få detta stöd via hemsjukvården. I vissa fall kan insatsen läkemedelstilldelning utföras via välfärdsteknik. Vid utprovning av välfärdsteknik sker detta med fördel tidigt i sjukdomsförloppet.

Sjuksköterska ansvarar även för att ge stöd till den enskilde, anhöriga och personal i omvårdnad och medicinska frågor.

3.1.7 Rehabilitering och hjälpmedel

Rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel utförs i hemmet av arbetsterapeuter/fysioterapeuter. Inom demensvården är kognitiva hjälpmedel ett stöd och hjälp till ökad självständighet för den enskilde.

3.2 Korttids- och växelvård

Individuella behov av tillfällig vård kan tillgodoses via korttidsplats. Det är av stor vikt att den demensdrabbade personen erbjuds en kvalitetsfylld tillvaro och möts av demenskunnig personal i en miljö anpassad för personer med demenssjukdom. Vid beslut om insatsen korttidsplats, ska en bedömning utifrån individens behov göras och ställning ska tas till var insatsen ska verkställas. Beslutet kan verkställas på särskilt boende för personer med demenssjukdom eller på korttidsboendet i Åmotfors.

Vid växelvård vistas den enskilde under förutbestämda perioder växelvis i hemmet och på växelvårdsplats. Växelvårdsplats verkställs på korttidsboendet i Åmotfors.

3.3 Särskilt boende med demensinriktning

En plats på särskilt boende är något som merparten av personer med demenssjukdom behöver i sjukdomens slutfas då trygghet och god omvårdnad är viktiga inslag som inte kan tillfredsställas på övriga vårdnivåer.

Vid ansökan om särskilt boende utreds behovet och det görs en bedömning av vilken typ av boenden som bäst motsvarar den enskildes behov.

Utredningen utförs av biståndshandläggare där möjlighet finns att ta hjälp av arbetsterapeut och/eller sjuksköterska för att få ytterligare underlag till utredning och bedömning. För att få plats på särskilt boende med demensinriktning krävs att den enskilde genomgått en basal utredning och fått en demensdiagnos.

De senaste årens utbyggnad av särskilda boendeplatser i Charlottenberg är ett led i att samla vården för personer med demenssjukdom på samma ort. Det innebär att resurser och kompetens samordnas och kan användas på ett effektivt sätt.

Målet är att bibehålla en god livskvalitet för den enskilde.

3.3.1 Parboende

Vid ansökan om särskilt boende finns möjligheten för par att ansöka om parboende och parboende erbjuds så långt som möjligt i gemensam lägenhet.

Om inte detta är möjligt kan lägenhet erbjudas som finns i närheten till boendet, till den som inte är demenssjuk.

4 Kvalitetsregister

4.1 SveDem – kvalitetsregister

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården för personer med demenssjukdom i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom. Som regel görs en första registrering (grundregistrering) i SveDem inom primärvården i samband med att den enskilde efter utredning får sin demensdiagnos. Uppföljning och registrering i registret sker därefter en gång per år.

I samband med att den kommunala hälso- och sjukvården kopplas in flyttas registreringen över från primärvården till kommunen. Om grundregistrering saknas görs denna av kommunen.

Målet är att registrering i SveDem görs i hemsjukvård, särskilt boende för äldre samt inom LSS verksamheten för de personer som har en demenssjukdom diagnostiserad.

4.2 BPSD-registret

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som främst syftar till att öka välbefinnande och livskvalitet för personer med demenssjukdom samt kvalitetssäkra vården.

BPSD står för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och är vanligt vid demenssjukdom. Ungefär 90% av alla personer med demenssjukdom drabbas någon gång under sjukdomstiden av symtom, till exempel aggression, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. De kan orsaka ett stort lidande för den som drabbas och bör uppmärksammas och försöka åtgärdas så fort som möjligt.

BPSD-registret syftar till att genom tvärprofessionella åtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av symtom och det lidande som detta innebär. Genom detta ökas livskvalitén för personer med demenssjukdom.

I Eda kommun arbetar vi idag enligt en handlingsplan för att implementera arbetssättet och BPSD registret i alla verksamheter för att kunna ge en likvärdig vård för personer med demenssjukdom oavsett boendeform. Utbildning sker löpande.

5 Personal

Målet är att alla personalkategorier i Eda kommun som arbetar och kommer i kontakt med personer som har en demenssjukdom, ska vara väl insatta i hur man säkerställer och verkar för en god livskvalité utifrån den enskildes behov. För råd, stöd och utbildning finns kommunens kompetensteam inom demens. Fortbildning och handledning ska finnas på de olika enheterna.

5.1 Kvalifikationer och kompetens

Vid arbete inom demensvård behövs, förutom social och medicinsk kompetens, personliga egenskaper och ett stort intresse och motivation för att arbeta med denna typ av vård. Demensområdet kräver kunskaper och förhållningssätt anpassat till personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Medarbetare som arbetar med personer med demenssjukdom i Eda kommun bör ha utbildning för detta. Varje medarbetare bör genomgå webbutbildning inom området demens.

Utbildning i BPSD-registret sker enligt upprättad handlings- och tidsplan.

5.2 Multiprofessionellt teamarbete

I nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom trycker Socialstyrelsen särskilt på vikten av multiprofessionellt teamarbete vid demensvård. Personer med demenssjukdom har komplexa behov som innebär att flera olika kompetenser behövs för att få ett heltäckande omhändertagande. Till kompetensteamet demens kopplas därför vid behov andra professioner som exempelvis sjuksköterskor och rehabpersonal.

I teamarbete krävs även samverkan med andra vårdgivare. Därför finns en överenskommelse mellan vård och stöd och Eda vårdcentral som beskriver samarbetet. Överenskommelsen följs upp och revideras årligen eller oftare om behov finns.

5.3 Bemötande och förhållningssätt

För personer med demenssjukdom krävs extra fokus på bemötande och förhållningssätt.

Alla människor är unika och därför måste vården och omsorgen vara unik och individanpassad. Med tillräcklig stimulans och aktivering kan vissa symtom lindras och ge enskilda med demenssjukdom en god tillvaro.

5.4 Begränsningsåtgärder

Alla vård- och omsorgsinsatser enligt socialtjänstlagen, LSS och hälso- och sjukvårdslagen, bygger på frivillighet. Det innebär att användande av brickbord, sänggrindar, dörrlarm, låsta dörrar mm inte får användas i syfte att begränsa den enskilde och dennes frihet.

Åtgärderna kan däremot användas som skydd eller hjälpmedel om den enskilde samtycker. Åtgärderna får inte ersätta personal eller på annat sätt innebära att vårdens kvalitet minskar.

Syftet med åtgärden ska vara att skydda, stödja och hjälpa.

5.5 Läkemedel

Vid beteendemässiga och psykiska symtom eller andra besvär bör andra åtgärder provas innan läkemedel ordineras.

I de fall där personcentrerade omvårdnadsinsatser är otillräckliga vid beteendemässiga och psykiska symtom och tillståndet orsakar lidande ska läkemedelsbehandling övervägas enligt rekommendationer.

6 Utvecklingsområden

6.1 Kompetensförsörjning

Svårigheter att rekrytera personal inom vård- och omsorgsykten är ett problem som Eda kommun har, liksom övriga Sverige. Kommunen behöver jobba med att bli en attraktiv arbetsgivare för att säkerställa tillgången på kompetent personal inom demensvården. Brist på personal kan leda till försämrad kvalitet på omvårdnad, ensamhet och inaktivitet för den enskilde.

Utveckling: Erbjud en god arbetsmiljö och möjligheter till olika former av utbildning, t.ex. omvårdnad och språk. Kommunen behöver även utveckla samverkan med olika frivilligorganisationer som kan erbjuda aktivering och social samvaro i olika former. Den möjlighet till samvaro som finns i dag, vänder sig i första hand till personer utan kognitiv svikt.

6.2 Beteendemässiga och psykiska symtom av allvarlig karaktär

Beteendemässiga och psykiska symtom är vanligt bland personer med demenssjukdom och innebär ett lidande för personen. Detta gäller särskilt när den enskilde har beteendemässiga och psykiska symtom av allvarlig karaktär. Det är viktigt att vården bygger på frivillighet utan förekomst av tvång och begränsningsåtgärder. Enligt nationella riktlinjer för ska behandlingar och metoder inom demensvården vara evidensbaserade och utvärderade. Det innebär att vården måste utvecklas på ett sätt så att den möter de aktuella behoven och att tillgängliga resurser ska användas på ett optimalt sätt.

Utveckling: Behov finns av anpassade platser på särskilt boende där möjligheten finns för avskildhet, små grupper och personal som har kompetens för personer som svår BPSD. Behovet är delvis tillgodosett genom öppnande av nya enheter där möjlighet finns till avgränsningar i miljön.

6.3 Hot och våld

Även om förebyggande arbete fungerar tillfredsställande går det inte alltid att undvika situationer med hot och våld. I dessa situationer ska det finnas en väl utarbetad handlingsplan som anger hur personal ska agera i situationer av hot och våld. För att kunna ta fram en handlingsplan måste en

riskbedömning först göras för att kartlägga vilka risker för hot och våld som finns på enheten.

Utveckling: Jobba med riskanalyser och handlingsplan samt ut- och fortbildning av vårdpersonal i t.ex. lågaffektivt bemötande.

6.4 Yngre personer samt personer med annan etnisk bakgrund, med demenssjukdom

Det är få personer som drabbas av demenssjukdom före 65 års ålder men i de fall där det sker ställs det ofta andra krav och behov av insatser än hos äldre personer, detta med tanke på familjesituation och arbete. Vård av personer med annan etnisk bakgrund ställer också andra krav där en demenssjukdom kan innebära att den drabbade tappar sitt nya språk och bara pratar sitt modersmål. Att skapa individuellt anpassat stöd för nämnda grupper ställer stora krav på socialtjänst och hälso- och sjukvård i kommunen.

Utveckling: Vid behov öka samverkan med andra kommuner.

7 Övrigt

7.1 Målnivåer

Socialstyrelsen har satt följande nationella målnivåer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

1. Fullständig basal demensutredning ≥ 90 %
2. Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen ≥ 90 %
3. Behandling med demensläkemedel vid Alzheimers sjukdom ≥ 75 % i primärvården ≥ 80 % i specialistvården
4. Regelbunden uppföljning ≥ 90 %
5. Behandling med antipsykosläkemedel ≤ 10 % i särskilt boende, ≤ 5 % i ordinärt boende
6. Levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformande ≤ 98 %
7. Individuella miljöanpassningar i genomförandeplanen ≤ 98 %
8. Strategier för bemötande i genomförandeplanen ≤ 98 %
9. Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans ≤ 98 %
10. Initiativ till anhörigstöd i samband med demensdiagnos ≤ 95 %

Genom arbete med kvalitetsregistret SveDem kan aktuella siffror tas fram för hur Eda kommun förhåller sig till dessa vissa av ovanstående målnivåer.

7.1.1 Resultat Eda kommun 2024

Område 5: 7,7%

Område 6: 67,3%

Område 7: 84,6%

Område 8: 84,6%

Område 9: 75%

7.2 Uppföljningar /statistik

I november varje år dras statistik från berörda kvalitetsregister ut av demenssjuksköterska och Silviasyster och skickar detta till närmaste chef som vidarebefordrar till berörda.

7.3 Länkar till mer information

[Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom](#)

[Svenskt Demenscentrum](#)

[Demensförbundet](#)

[1177 – demenssjukdomar](#)

[1177 – anhörigstöd](#)

[Anhörigas riksförbund](#)

[Nationellt kompetenscentrum anhöriga](#)

[Arbetsmiljöverket – förebyggande arbete](#)

[SveDem – Svenska demensregistret](#)

[BPSD-registret](#)