

Lokalt samverkansprogram Danderyds kommun

Samordnad vård och omsorg för personer med demenssjukdom/kognitiv sjukdom

Ett samarbete mellan Danderyds kommun, primärvårds rehab, husläkarmottagningar och Danderyds geriatriska minnesmottagning

Antagna av socialnämnd 2019-06-17 SN 2019/0139

DANDERYDS
KOMMUN



Innehåll

Förord	3
Inledning	3
Syfte.....	4
Bakgrund.....	4
Kommun och Region Stockholm	4
Fokusområden inom samverkan	4
Ansvarsområden inom samverkan.....	5
Husläkarmottagning.....	5
Minnesmottagning	5
Primärvårds rehabilitering	6
Kommunen	6
Samordnad individuell plan (SIP)	7
Avvikelser.....	7
Kontaktuppgifter.....	7
Länkar och källhänvisningar.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.

Förord

Till grund för samverkansrutinerna ligger Socialstyrelsens riktlinjer för ”Vård och omsorg vid demenssjukdom” 2010 och 2017. Utgångspunkten har varit att skapa samverkan utifrån befintliga resurser, kompetens och uppdrag. En arbetsgrupp med representanter från berörda verksamheter utarbetade 2014 tillsammans med FOU ett lokalt program. Programmet fastställdes i socialnämnden den 17 juni 2014 och uppdateringar har gjorts en gång per år. Under hösten 2018 och våren 2019 och hösten 2021 har en arbetsgrupp reviderat det lokala programmet utifrån de nya riktlinjerna, som kom 2017.

I arbetsgruppen 2021 har följande personer ingått:

Maria Alm, avdelningschef äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialkontoret
Catherine Emödi Berglund, demenssamordnare/anhörigkonsulent, Socialkontoret
Rita Berg, gruppchef för biståndshandläggarna, Socialkontoret
Louise Thageson, arbetsterapeut, Aktivera Kiropraktik & Rehab
Sanna Rosén, leg. arbetsterapeut, MåBra hälsa
Camilla Lannerfors, Klusterledare och verksamhetschef, Danderyds vårdcentral
Enander Alva, enhetschef, Djursholms husläkarmottagning och Enebybergs vårdcentral

Inledning

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. För att den kognitiva svikten ska uppfylla kriterierna för demenssjukdom ska svikten vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas och den kognitiva funktionen ska vara sänkt jämfört med tidigare nivå.

Enligt uppgifter från nya nationella riktlinjer för ”Vård och omsorg vid demenssjukdom” (2017) så beräknas ca 150 000 personer i Sverige ha en demenssjukdom. Varje år insjuknar ca 25 000 personer. Antalet personer med demenssjukdom förväntas öka kraftigt efter år 2020 då det stora antalet personer som föddes på 40-talet uppnår hög ålder. Förekomsten av demenssjukdom stiger med ökande ålder.

I Danderyds kommun år 2020, fanns det enligt svenskt Demenscentrum 8176 personer som är äldre än 60 år. Av dessa har uppskattningsvis 654 personer en demenssjukdom. Andelen äldre över 80 år är högre i Danderyd än i många andra kommuner i Sverige. I kommunen bor 160 personer i särskilt boende, resterande i eget boende.

Demenssjukdomar hör till gruppen folksjukdomar och är vanliga i de högre åldrarna, men förekommer även hos yngre personer. I demens begreppet ingår att störningen skall vara förvärvad i vuxen ålder och att den innebär en långdragen och omfattande nedgång i intellektuell, känslomässig och praktisk kapacitet jämfört med hur personen varit tidigare.

Demenssjukdom går inte att bota utan hälso- och sjukvården och socialtjänstens åtgärder syftar till att underlätta vardagen samt upprätthålla livskvalitet i sjukdomens olika skeden. Samverkan mellan kommun och landsting är en förutsättning för att lyckas att ge stöd, vård och omsorg vid rätt tid, på rätt sätt och i rätt omfattning utifrån individuella behov och önskemål. Kognitiv sjukdom enligt regionalt vårdprogram 2019 ska i likhet med demenssjukdom ses som en beskrivning av funktionsnivån snarare än en specifik sjukdom. Begreppet kognitiv sjukdom tar ett större grepp och sätter den kognitiva svikten i fokus.

Syfte

Syftet med dessa samverkansrutiner är att tydliggöra ansvars- och rollfördelningen mellan berörda aktörer samt beskriva formerna för samverkan kring den enskilde.

Bakgrund

På uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och Kommunförbundet Stockholms län (KSL) utarbetades en regional överenskommelse mellan länens kommuner och landsting för vård och omsorg om personer med demenssjukdom.

Danderyds kommun undertecknade i november 2013 ”Överenskommelse mellan kommuner och landsting i Stockholms län om vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras närstående” som KSL tagit fram.

I december 2017 gav Socialstyrelsen ut nya riktlinjer för ”Vård- och omsorg om demenssjukdom”. I mars 2019 kom det nya regionala vårdprogrammet ”Kognitiv sjukdom”.

Kommun och Region Stockholm

Socialtjänstens omsorg ska inriktas på att kommunens invånare med demenssjukdomar får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Socialnämnden ska verka för att människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra (*socialtjänstlagen, SoL, 5 kap 4 §*).

Primärvården ansvarar för att öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (*hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 2017:30 2 kap 6 §*).

Region Stockholm har i uppdrag att svara för förebyggande hälso- och sjukvård (*hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 2017:30 2 kap 2 §*). Det innebär bl.a. att identifiera personer eller grupper som riskerar att drabbas av ohälsa.

Fokusområden inom samverkan

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2017 fokuserar på utredning för eventuell diagnos, uppföljning av insatser, multiprofessionellt arbete, stödinsatser, utbildning och läkemedelsbehandling. Här följer en kortfattad beskrivning av fokusområdena.

Utredning

Vid misstanke om demenssjukdom ska de olika aktörerna verka för att en utredning kan initieras inom primärvården.

Uppföljning

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten följer upp personer med demenssjukdom och utvärderar effekten av insatta åtgärder i syfte att lindra symtomen och i möjligaste mån kompensera för den funktionsnedsättning som demenssjukdomen medför.

Multiprofessionellt arbete

I utredningen, planeringen och utformningen av olika vård- och omsorgsinsatser vid demenssjukdom behövs det som regel bedömningar och åtgärder från flera olika yrkesgrupper. I tidiga faser av sjukdomen är fokus på medicinsk utredning och diagnos via primärvård och minneskliniker. När personens behov av vård- och omsorg ökar blir andra professioners kunskap och insatser inom kommunal- hälso- och sjukvård och socialtjänst allt viktigare.

Stödinsatser

Gemensamt för olika stödinsatser inom vården och omsorgen vid demenssjukdom är att det ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt samt att det erbjuds i en god psykosocial miljö med fokus på individen. Socialstyrelsen rekommenderar olika typer av stödinsatser för att täcka olika behov, såsom hemtjänst, särskilt boende eller dagverksamhet.

Utbildning

För att kunna erbjuda en god och personcentrerad vård och omsorg för personer med demenssjukdom är det viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten arbetar för att höja medarbetarnas kompetens inom området.

Läkemedelsbehandling

Socialstyrelsen rekommenderar läkemedelsbehandling för att lindra symtom som är konsekvenser av demenssjukdomen.

Beroende på aktörens ansvarsområde tillämpas en eller flera fokusområden. Här nedan följer en beskrivning av de olika aktörernas ansvarsområden i Danderyds kommun.

Ansvarsområden inom samverkan

Husläkarmottagning

Kontakt med husläkarmottagningen i syfte att få en medicinsk bedömning kan tas av den enskilde, anhöriga, kommunal leverantör, rehabiliteringen eller biståndshandläggare.

Husläkarmottagningen ansvarar för den basala demensutredningen enligt VISS .Utredningen ska innefatta anamnes, anhörigintervju, bedömning av fysisk och psykiskt tillstånd, kognitiva test, aktivitets- och funktionsbedömning, datortomografi och blodprover. Vid behov konsulteras minnesmottagningen för utvidgad utredning.

Efter avslutad utredning skickas efter samtycke ett diagnosintyg till kommunens avdelning för äldre- och personer med funktionsnedsättning. Intyget ska också innehålla uppgifter om personen önskar kontakt med kommunens biståndshandläggare. Vid behov så skickas läkarintyg för färdtjänst.

Görs bedömningen att det finns behov av insatser enligt SoL vid pågående utredning eller vid uppföljning görs en anmälan till kommunens biståndshandläggare.

Minnesmottagning

Minnesmottagningen och Kognitiva mottagningen på KS för personer yngre än 65 år har i uppdrag att utföra utvidgad minnesutredning enligt VISS efter remiss från husläkare. Mottagningarna har också ett konsultativt uppdrag mot primärvården, vilket innebär stöd och handledning till primärvården.

Efter avslutad utredning skickas efter samtycke ett diagnosintyg till kommunens avdelning för äldre- och personer med funktionsnedsättning. Intyget ska också innehålla uppgifter om personen önskar kontakt med kommunens biståndshandläggare. Vid behov så skickas läkarintyg för färdtjänst.

Minnesmottagningarna ansvarar för uppföljning av personer under 65 år, personer med diagnos Levy Body Demens och Frontallobsdemens.

Primärvårds rehabilitering

Kontakt med primärvårds rehabilitering kan tas för bedömning av behov av insatser eller som del i en basal utredning. Kontakt kan tas av husläkarmottagningen, leverantör av kommunala insatser, biståndshandläggare.

Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga. Vid behov och efter den enskildes samtycke kontaktas hemtjänsten.

Arbetsterapeuten skriver intyg för anpassning av bostaden och kan vid behov hjälpa personen att ansöka hos kommunen om bostadsanpassningsbidrag. Dietisten ger tips och råd om förhållningssätt kring matsituationen och nutritionsstöd.

Görs bedömningen att det finns behov av insatser enligt SoL vid pågående utredning eller vid uppföljning görs en anmälan till kommunens biståndshandläggare.

Kommunen

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

Biståndshandläggaren utreder den enskildes behov av och rätt till hjälp och stöd från kommunen. Det kan exempelvis handla om hemtjänst eller särskilt boende.

Biståndshandläggaren följer upp hur stödet fungerar minst en gång per år och om den enskildes behov ändras beslutas vilka förändringar som ska göras i stödet.

Kommunens anhörigstöd ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller har en funktionsnedsättning. Stödet kan innebära träffpunkter, utbildning och psykosocialt stöd som ska vara anpassat efter ålder.

Anhörigstödet åtgärder kan minska depression och stress samt förebygga ohälsa och öka livskvaliteten hos anhöriga. De positiva effekterna av stödet tycks kunna förstärkas om det erbjuds tidigt i sjukdomsförloppet. Demenssamordnarens uppdrag innebär att vara en länk mellan minnesmottagningen, husläkarmottagningarna samt kommun. Demenssamordnaren bjuder in alla anhöriga till nydiagnostiserade personer med demenssjukdom till en digital navigeringskurs som är en utbildningsserie i samarbete nationellt kompetenscentrum anhörig och region Stockholms anhörigkonsulenter. Inom kommunens ansvarsområde ingår färdtjänsthandläggning och bostadsanpassning.

Samordnad individuell plan (SIP)

SIP är ett viktigt verktyg inom socialtjänst och hälso- och sjukvård för att samordnande insatser ska kunna ske på ett effektivt och sammanhållet sätt. När en person har behov av insatser både från socialtjänst och hälso- och sjukvård ska parterna tillsammans med den enskilde upprätta en individuell plan om inte den enskilde motsätter sig detta.

Den personal som uppmärksammar eller får kännedom om att den enskilde har behov av en SIP ska ta initiativ till att en sådan upprättas.

Våld mot äldre

Oavsett ålder kan personer som vården möter vara utsatta för våld av närstående. För att detta ska kunna upptäckas så tidigt som möjligt behöver personer som arbetar med äldre först och främst få kunskaper om hur man känner igen tecken på våld.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (*SOSFS 2014:4*) ställer krav både på socialtjänst och hälso- och sjukvård att kunna erbjuda våldsutsatta personer stöd och hjälp.

Avvikelser

Avvikelser från denna rutin rapporteras inom den egna organisationen enligt rutiner för avvikelshantering. Avvikelser går igenom vid det årliga samverkansmötet.

Uppstår hinder för samverkan hanterar de berörda professionerna det mellan varandra i första hand. Vid behov av förtydligande samverkansrutiner inom något särskilt område rapporteras detta till avdelningen för äldre- och personer med funktionsnedsättning, som har det övergripande ansvaret för den lokala samverkansrutinen och kontakt sker med avdelningschef.

Kontaktuppgifter

Vårdguiden 1177

Biståndshandläggare tfn växel 08-568 910 00

Minnesmottagningen tfn 08-123 577 71

Kognitiv mottagning Solna tfn 08-517 713 66

Anhörigstöd tfn växel 08-568 910 00

Socialjouren tfn 08-410 200 40, mån-tors 16.30-02.00, fre-sön 16.00-02.00

NoA tfn 08-128 899 00

