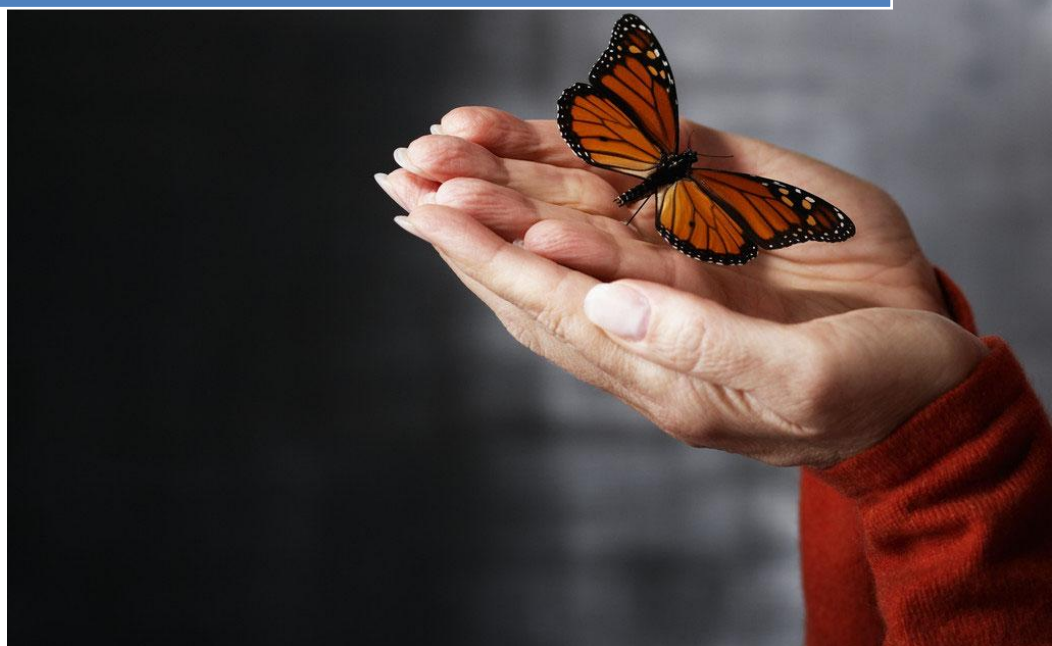


Lokala riktlinjer för utredning, vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Nacka kommun



Anna-Lena Möllstam, projektledare
Nacka kommun/Stockholms läns landsting
2012-11-19



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Bakgrund.....	3
2	Fakta om demenssjukdomar i Nacka kommun	3
3	Syfte.....	3
4	Tidig upptäckt	3
5	Processkarta.....	4
6	Basal utredning i primärvård.....	4
6.1	Lokalt vårdprogram för primärvården i Nacka kommun	4
6.1.1	Minnesutredning läkare	4
6.1.2	Minnesutredning sjuksköterska	5
6.1.3	Aktivitets- och funktionsbedömning av arbetsterapeut.....	6
6.1.4	Beslut om demensdiagnos.....	6
6.1.5	Diagnosbesked.....	6
6.1.6	Årlig uppföljning	7
7	Utvidgad utredning på Minnesmottagning.....	8
7.1	Kompletterande utredning	8
7.2	Diagnosbesked.....	8
7.3	Uppföljning.....	8
8	Åtgärder efter ställd diagnos	8
8.1	Diagnosintyg.....	8
8.2	Registrering i demensregistret.....	8
9	Tidig information från Nacka kommun.....	9
9.1	Hembesök	9
9.2	Informationsöverföring	9
10	Demenssjuksköterska i kommunen.....	9
11	Frivillig- och patientorganisationer	10
12	Riktlinjernas giltighet.....	10

1. Bakgrund

Nationella och regionala riktlinjer

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom antogs av Socialstyrelsen i maj 2010. I korthet rekommenderas en personcentrerad vård och omsorg, ett multiprofessionellt teamarbete och långsiktiga utbildningsinsatser för vård- och omsorgspersonal kombinerade med bland annat handledning. Vidare rekommenderas initialt en basal sedan vid behov en utvidgad demensutredning, medicinsk och social uppföljning minst en gång per år, symtomlindrande läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom samt en utredning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Slutligen rekommenderas anpassad dagverksamhet och anpassat särskilt boende. Rekommendationer ges också om anhörigstöd. Ovan nämnda områden bedöms av Socialstyrelsen som centrala för att uppnå önskat resultat dvs. att personer med demenssjukdom har tillgång till vård och omsorg av god kvalitet.

Stockholms läns landsting har även ett regionalt vårdprogram för demens. Dokumentet utgör riktlinjer för hur vård och omsorg för personer med demenssjukdom bör bedrivas i Stockholms län. Det riktar sig till all personal inom hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom, såväl i öppna som i slutna vårdformer.

Med stöd av Demensrådet i Stockholms län har vård- och omsorgsgivare i Nacka genom projekt Demensteam Nacka tagit fram lokala riktlinjer för följande områden:

- Tidig upptäckt
- Basal utredning
- Utvidgad utredning
- Tidig information från kommunen
- Anhörigstöd
- Årliga uppföljningar

2. Fakta om demenssjukdomar i Nacka

År 2010 fanns enligt SBU's beräkningar 1 033 personer med demenssjukdom i Nacka. Antalet ställda diagnoser var 576, varav 360 var kvinnor och 216 var män.

Prevalens när det gäller personer med demenssjukdom >30 år är för år 2019 knappt 1 400 personer.

3. Syfte

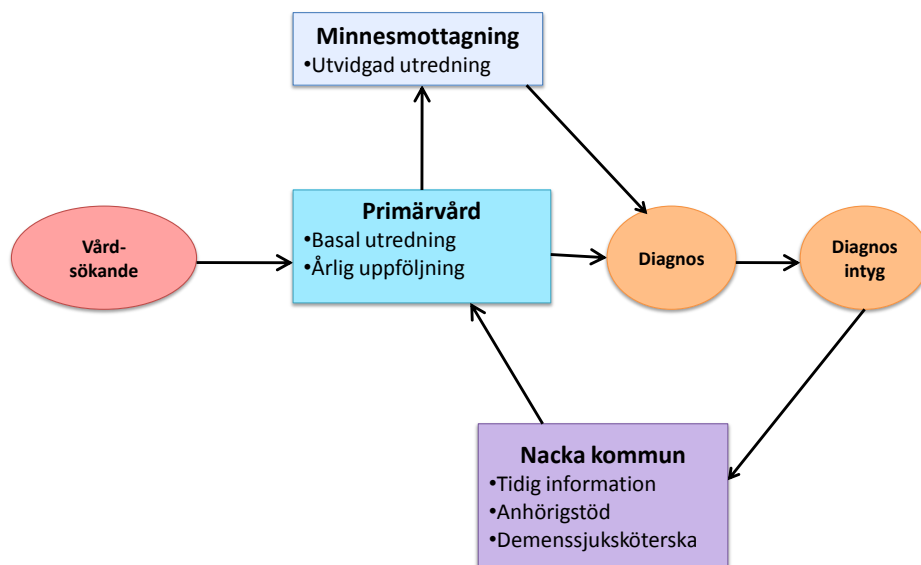
Syftet med riktlinjerna är att tydliggöra hur olika verksamheter ska samverka kring personer med demenssjukdom och deras närstående. Riktlinjerna omfattar vården och omsorgen om personer med demenssjukdom bosatta i ordinärt boende i Nacka samt stödet till deras närstående.

Arbetet med utredning, behandling och omvårdnad ska bedrivas i nära samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

4. Tidig upptäckt

All personal inom kommun och landsting har ett professionellt ansvar att se och reagera på symtom vid begynnande demens. Det kan vara minnes- eller språkstörningar, tilltagande svårigheter i vardagen eller svårigheter att orientera sig, en förändrad personlighet eller psykiska symtom på nedstämdhet, ångest eller initiativlöshet. Det är av stor vikt att personer med dessa symtom tidigt kommer till utredning.

5. Processkarta



6. Basal utredning i primärvård

Vårdcentralerna har en central roll i genomförandet av den basala utredningen och ansvarar för själva utredningen samt behandling och vårdplanering för listade patienter. Som stöd för arbetet med basala utredningar är ett lokalt vårdprogram för primärvården framtaget av medarbetare på Boo vårdcentral och Nacka RehabCentrum.

6.1 Lokalt vårdprogram för primärvården i Nacka kommun vid minnesutredning och uppföljning av patienter med demenssjukdom

6.1.1 Minnesutredning läkare

- Se VISS för fullständig utredning.
- Använd journalmall för demenssjukdom/utredning.
- Överväg andra diagnoser; depression, neurologisk sjukdom, läkemedelsbiverkningar.
- Viktigt med somatisk status då patienter med minnessvårigheter har svårt att tolka/uttrycka kroppsliga symtom.

Vid anamnes kring kognitiva funktioner fråga kring:

- Minnesstörning (glömt avtalade möten, behöver skriva minneslappar).
- Bristande rumsuppfattning (hittar inte vid bilkörning, vid promenad i områden där man hittat tidigare).
- Språkstörning (svårt att hitta ord, svårigheter att förstå instruktioner i tal och skrift).
- Apraxi (svårt att hantera verktyg, telefon, hushållsapparater).
- Agnosi (svårt att förstå vad saker används till, använder t ex. tandborste som hårborste).
- Exekutiv störning (planera och genomföra saker).
- Personlighetsförändring (förlorad impuls kontroll, ändrande intressen).

Checklista:

- Gör MMT/MMSE och klocktest alternativt be sjuksköterska göra detta. Journalför på sökord MMT och beskriv vad patienten får avdrag för samt beskriv klocktestet och pentagrammet.
- Boka anhörig/närstående till sjuksköterska på 30 min. besök (alternativt kan anhörig/närstående träffa sjuksköterska samtidigt som läkare träffar patienten första gången). Boka även patienten till sjuksköterska 30 min. tid för kompletterande anamnes om läkare bedömer att detta behövs.
- Fråga och journalför kring körkort och vapeninnehav.
- EKG.
- CT-skalle (fråga efter atrofi, vaskulära förändringar).
- Prover: blodstatus, SR, CRP, b-glukos, krea, Na, K, Ca, alb, leverprover, TSH, kobalmin, folat, urinstatus.
- Planera för uppföljande besök då patienten får besked om undersökningsresultat och eventuell diagnos. Be att anhörig/närstående är med om möjlighet finns. Lämna skriftlig information så att patienten vet när uppföljning ska ske.
- Kontakta den sjuksköterska på vårdcentralen som gjort anhörigintervju och eventuellt kompletterande patientanamnes samt ta del av remissvaret från arbetsterapeut (remissen skrivs av sjuksköterska). Ta beslut om diagnos kan ställas alternativt avfärdas eller om remiss ska skrivas till Minnesmottagningen Aleris Geriatrik Nacka AB eller till Minnesmottagningen, Karolinska i Huddinge.

6.1.2 Minnesutredning sjuksköterska

Boka patientens anhörig/närstående antingen samtidigt som patienten träffar läkaren eller vid ett annat tillfälle.

Anhörigbesök:

- Gör anhörigintervju (finns att skriva ut från VISS). Dokumentera med sökord anhörigsamtal. Dokumentera i patientens journal enbart.

Patientbesök:

- Fråga om sömn (hur sover patienten).
- Fråga om matintag (kan patienten själv handla mat, laga mat).
- Ta vikt och längd.
- Fråga kring dagliga aktiviteter och om patienten har hemtjänst.

- Gör MMT/MMSE och klocktest om inte läkaren gjort detta.
- Remittera patienten för aktivitetsbedömning av arbetsterapeut som ett led i minnesutredning. Informera patienten om att arbetsterapeut kommer kontakta patienten. Arbetsterapeuten vill veta: om patienten sökt själv eller på andras initiativ, andra sjukdomstillstånd som kan vara viktiga att veta, MMT/MMSE resultat och om poängavdrag, kommentera inom vilket område, vem som ska kontaktas för hembesök, patienten direkt eller någon annan.
- Kontrollera att det är bestämt hur patienten ska få besked om svar på utredningen, finns planerat återbesök eller planerad telefonuppföljning?

6.1.3 Aktivitets- och funktionsutredning av arbetsterapeut

Arbetsterapeutens roll i den basala utredningen består i att göra en aktivitets- och funktionsutredning i hemmet. Detta som en kompletterande del i den slutliga diagnosen. Aktivitets- och funktionsutredningen genomförs med stöd av standardiserade ADL-instrument (Aktiviteter i Dagligt Liv - instrument) och bedömningen innefattar en intervju- samt en observationsdel.

Efter inkommen remiss med förfrågan om aktivitets- och funktionsutredning (remissinnehåll se 6.1.2) kontaktas patienten eller eventuellt annan hänvisad person via telefon för bokning av hembesök. Även en skriftlig kallelse skickas.

Två hembesök utförs;

- Vid första hembesöket görs en intervju med patienten för information kring sjukhistoria, genomgång av ADL-funktioner gällande personlig vård, boendeaktiviteter, fritidsaktiviteter mm. samt en fysisk miljöinventering.
- Vid andra besöket utförs en strukturerad aktivitetsbedömning vilken skall vara en vardagsaktivitet som patienten är van att utföra regelbundet. Patienten informeras innan utförandet om vilka moment aktiviteten skall innehålla och efter avslutad aktivitet sammanfattas denna tillsammans med patienten avseende upplevelse av utförandet.

Patienten informeras om att remissvar kommer att skickas till remittent. Hembesöken journalförs och remissvar skickas.

Om behov av interventioner finns gällande minnesstödjande-(kognitions)hjälpmedel, bostadsanpassning eller råd och stöd i hemmet till anhöriga/närstående, hemtjänst mm. fortsätter arbetsterapeuten med åtgärder. Sjukgymnast kopplas in vid behov.

6.1.4 Bedömning om demensdiagnos

Ansvarig sjuksköterska informerar respektive läkare om remissvaret så att läkaren och sjuksköterska tillsammans med arbetsterapeutbedömning kan ta beslut om demensdiagnos kan ställas eller avskrivas eller om patient ska remitteras vidare.

Om osäkerhet råder inför diagnosställandet eller om differentialdiagnos behövs kan det vara aktuellt med remiss till Minnesmottagning för specialistbedömning. Steg 1 utredning enligt Viss ska vara gjord.

Vid osäkerhet kontakta gärna Minnesmottagningen för konsultation.

6.1.5 Diagnosbesked

Be anhörig/närstående följa med vid besök, om möjligt bör även sjuksköterska som varit med i utredning vara med vid besöket.

Läkare:

- Ta ställning till om medicinering i form av acetylcholinesterashämmare eller memantin ska påbörjas.
- Ge skriftlig information om ansvarig läkare, telefonnummer och namn till kontaktsjuksköterska och biståndshandläggare.
- Ge skriftlig information om vidare planering (som grund för uppföljning; läkarbesök en gång per år och sjuksköterskebesök en gång per år). Om läkemedel sätts in, tätare uppföljning i början.
- Skicka (om patienten tillåter) diagnosintyg till biståndshandläggare med följande information; typ av demens, grad av demens (mild, måttlig, svår) och vilka kognitiva svårigheter detta medför för den enskilde i vardagen, social situation och kontaktuppgifter till anhörig/närstående samt vem som är patients ansvariga läkare.

Sjuksköterska:

- Upprätta vårdplan, uppdatera anhörigkontaktuppgifter samt sätt patient på väntelista för årlig uppföljning.

6.1.6 Årlig uppföljning

Uppföljning av diagnostiserade patienter ska genomföras minst en gång per år.

Checklista vid årligt uppföljningsbesök hos läkare:

Använd journalmall för demenssjukdom. Be att anhörig/närstående är med.

- Kroppsligt hälsotillstånd.
- Psykiskt hälsotillstånd (nedstämdhet, oro, sömn, aggressivitet).
- Gå igenom läkemedel.
- Utvärdera demenssymtom. Mallen "utvärdering av demenssymtom" som finns i VISS kan användas.
- Prover efter behov.
- Om anhörig/närstående är med fråga kring anhörigas situation t ex. sömn, beteendestörningar hos den sjuka t ex. aggressivitet.
- Se till att patienten finns med på väntelistan för årlig uppföljning annars meddela sjuksköterska.
- Informera ansvarig sjuksköterska om besöket.

Checklista vid årligt uppföljningsbesök hos sjuksköterska:

Använd journalmall för demenssjukdom. Be att anhörig/närstående är med.

- Nutritionsbedömning MNA.
- Bedöm funktionsnivå t ex. avseende personlig hygien.
- Om behov föreligger avseende t ex. minnesstödjande- (kognitions)hjälpmedel, spisvakt, gånghjälpmedel, stödhandtag eller vid oklarheter när det gäller patientens aktivitets- eller funktionsförmåga, skriv remiss till arbetsterapeut.
- Bedöm förmåga att hantera läkemedel och om patienten behöver skrivas in i hemsjukvården.
- Fråga om kontakt önskas med kommunens biståndshandläggare.
- Om anhöriga/närstående är med fråga kring deras situation, t ex. sömn.
- Informera respektive läkare om besöket.

- Se till att socialmedicinska och anhörigkontaktoppgifter är uppdaterade inklusive uppgifter om omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
- Se till att patienten finns på väntelistan och uppdatera denna.

7. Utvidgad minnesutredning vid demenssjukdom på Minnesmottagning

Om osäkerhet råder om diagnos eller differentialdiagnos behövs kan det vara aktuellt med remiss för specialistbedömning.

Vid osäkerhet kontakta gärna minnesmottagningen för konsultation.

7.1 Kompletterande utredning

Utredning kan komma att kompletteras med:

- EEG
- Lumbalpunktion
- Neuropsykologisk utredning
- Eventuellt kan ytterligare undersökningar bli aktuella.

7.2 Diagnosbesked

Efter att utredningen kompletterats hålls diagnosrund för konsensus. Patienten kallas till diagnosåterbesök tillsammans med anhörig/närstående. Kurator deltar vid detta besök. Eventuella intyg avseende godman utfärdas. När utredningen är avslutad erhåller remittent remissvar.

7.3 Uppföljning

Vid insatt behandling följs patienten upp på minnesmottagningen avseende sin demenssjukdom.

Vid behov av minnesstödjande- (kognitions)hjälpmedel eller andra typer av hjälpmedel skrivs remiss till arbetsterapeut på Nacka RehabCentrum.

Remiss skrivs till primärvården när patienten avslutas på minnesmottagningen och hela vårdansvaret återgår till primärvården.

8. Åtgärder efter ställd diagnos

Den läkare som ställt diagnosen ansvarar för att nedanstående åtgärder blir genomförda i de fall det är aktuellt.

8.1 Diagnosintyg

Efter avslutad utredning – basal eller utvidgad – skickas (om patienten tillåter) ett diagnosintyg till kommunens biståndshandläggare med följande information: typ av demens, grad av demens (mild, måttlig, svår) och vilka kognitiva svårigheter detta medför för den enskilde i vardagen, social situation och kontaktoppgifter till anhörig/närstående, vem som är patients ansvariga läkare och distriktssköterska/sjuksköterska på minnesmottagningen. Intyget ska även innehålla uppgift om kunden/patienten önskar kontakt med kommunens biståndshandläggare och/eller demenssjuksköterska.

8.2 Registrering i demensregistret

Alla nydiagnostiserade patienter ska, efter patientens godkännande, registreras i det Svenska Demensregistret (SveDem).

9. Tidig information från Nacka kommun

Om den enskilde med demenssjukdom eller dennes anhörig/närstående, enligt diagnosintyget, önskar kontakt med kommunen erbjuder biståndshandläggaren ett hembesök eller en telefonkontakt där man informerar om möjligheten att ansöka om bistånd och informerar om vilka insatser Nacka kommun erbjuder till personer med demenssjukdom och deras anhöriga/närstående. Vid hembesök kan även en demenssjuksköterska närvara och delge information om anhörigstöd och demenssjukdomar.

Vid hembesöket/telefonkontakten får den enskilde och dennes anhörig/närstående information om hur hjälpen kan se ut samt hur den kan komma att svara upp mot kommande behov.

När kunden ansöker om insatser inleder biståndshandläggaren en utredning och tar beslut om vilka insatser som kan beviljas för att den enskildes behov skall tillgodoses.

Exempel på insatser från kommunen som kan stödja den enskilde och/eller dennes anhörig/närstående är:

- Dagverksamhet
- Matdistribution
- Hemtjänst
- Trygghetslarm
- Avlösning i hemmet
- Korttidsvistelse
- Omvårdnadsbidrag
- Särskilt boende
- God man

9.1 Informationsöverföring till primärvården eller minnesmottagningen

Efter medgivande från den enskilde förmedlas resultatet av det tidiga informationsmötet/kontakten vidare till ansvarig distriktssköterska i primärvården eller till ansvarig sjuksköterska på minnesmottagningen. Se bilaga "Blankett för informationsöverföring".

10. Demenssjuksköterska i Nacka kommun

Demenssjuksköterskan kan ge råd, stöd och vägledning till den som har drabbats av eller har frågor om demenssjukdomar. Anhöriga/närstående kan vända sig till demenssjuksköterskan för att få hjälp, stöd och information var man kan vända sig.

Man kan kontakta demenssjuksköterskan om man önskar:

- Information om demenssjukdomar.
- Information om olika stödinsatser.
- Bemötande och förhållningssätt.
- Delta i anhöriggrupp.

Demenssjuksköterskan leder anhöriggrupper för anhöriga/närstående till personer med demenssjukdom som sköter sin anhörig/närstående i ordinärt boende. Demenssjuksköterskan är också rådgivare till hemtjänst och äldreboenden samt erbjuder följande stödinsatser:

- Demensföreläsningar till anhöriggrupper.
- Hembesök till personer med demenssjukdom i ordinärt boende.

- Enskilda stödsamtal/rådgivning för anhöriga/närstående.
- Föreläsningar och handledning till personalen inom hemtjänsten och särskilt boende.
- Gemensamma aktiviteter för anhöriga/närstående och anhörigvårdare.

11. Frivillig- och patientorganisationer

www.demenscentrum.se

www.alzheimerforeningen.se

www.demensforbundet.se

12. Riktlinjernas giltighet

Riktlinjerna gäller fr o m. undertecknande av Vård i Samverkan, Lokal överenskommelse om vård i samverkan mellan vårdgivarna i Nacka och tillsvidare.

Riktlinjerna är framtagna i samverkan mellan Boo vårdcentral, Minnesmottagningen Aleris Geriatrik Nacka AB, Nacka RehabCentrum och Äldreenheten Nacka kommun.

Nacka den 19 november 2012

Anna-Lena Möllstam, projektledare
Enheten för planering och utveckling
Nacka kommun