vingaker.se

Vingåkers kommun

Handlingsplan för vård och omsorg vid demenssjukdom

Socialnämnden

Flik 6.17

Dokumenttyp	Handlingsplan
Dokumentnamn	Handlingsplan för vård och omsorg vid demenssjukdom
Fastställd	2014-01-29, SN § 4
Beslutande	Socialnämnden
Giltighetstid	Tills vidare
Processägare	Socialchef
Senast reviderad	**2023-02-27 § 43**
Detta dokument gäller för	Socialnämnden

Innehållsförteckning

1. Inledning 4
2. Personal och kompetens 4
Demensteamet 4
Mål för demensteamet 5
3. Värdegrund 6
Personcentrerad vård och omsorg 6
4. Målnivåer 7
Indikator och Nationell målnivå: 7
Process 8
Demensutvecklare redovisar statistik för målnivåerna en gång per år till ledningsgrupp äldreomsorg och Socialnämnd. Utvärdering av resultat och åtgärder sker i samarbete demensutvecklare och enhetschefer för respektive enhet 8
Behandling med antipsykosläkemedel 8
Levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformande 8
Individuella miljöanpassningar i genomförandeplanen 9
Strategier för bemötande i genomförandeplanen 9
Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans 9
Ett tidigt initiativ till anhörigstöd är utgångspunkten för stöd till anhöriga. 9
5. Vårdkedjan 10
..... 10
6. Behovsbedömning 11
Standardiserat insatsförlopp 11
Hemtjänst och dagverksamhet 11
Arbetssätt vid inflyttning från hemtjänst Minnas till SÄBO 12
SÄBO 12
7. Kvalitetsregister 12

1. Inledning

Personer med demenssjukdom, såväl i ordinärt boende som särskilt boende har rätt till god omsorg och omvårdnad, funktionsbevarande stimulering samt tillgång till personal som har kunskap om sjukdomen. Utifrån nationella riktlinjer och det länsgemensamma programmet skall vården av personer med demenssjukdom vara likvärdig i hela landet/länet och programmets riktlinjer ska säkerställa att den sjukes behov tillgodoses på ett kunskapsbaserat sätt.

Syftet med denna handlingsplan är att utifrån det länsgemensamma programmet och de nationella riktlinjerna dels beskriva hur vården av personer med demenssjukdom skall bedrivas i Vingåkers kommun, dels ge stöd till personal inom den kommunala omsorgen i att använda metoder som ger omvårdnaden en bra kvalitét. Målet är att all personal inom den kommunala vård och omsorgen, som i sitt arbete kommer i kontakt med personer som har en demenssjukdom, skall känna till handlingsplanen och tillämpa denna i sitt dagliga arbete.

Handlingsplanen är utarbetad av demensteamet på uppdrag av socialnämnden. I demensteamet ingår olika yrkeskompetenser, tanken med demensteamet är att samla kunskap och spetskompetens för att utveckla demensvården inom hela äldreomsorgen. Demensteamet har som uppdrag att revidera handlingsplanen varje mandatperiod.

Vid framtagandet av planen har underlag hämtats från Länsgemensamt program för vård och omsorg av demenssjuka (Närvård i Sörmland, 2019)

Microsoft Word - Länsgemensamt program vid demenssjukdom 191017 (sormland.se)

och Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2017)

https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf

2. Personal och kompetens

Demensteamet

- Demensutvecklare har det övergripande ansvaret för utveckling av vård- och omsorgen för brukare med demensdiagnos. Demensutvecklaren är sammankallande till demensteamet.
- Den kommunala verksamheten för personer med demenssjukdom förutsätter en adekvat minnesutredning (primärvården), fortlöpande vårdplanering, anhörigstöd samt handledning av personal. För att tillgodose detta finns ett demensteam bestående av följande kompetenser:
- Sjuksköterska för hemsjukvård Minnas
- Enhetschef för demensboende och
- Enhetschef för demenshemtjänst Minnas
- Arbetsterapeut för Minnas
- Anhörigsamordnare
- Biståndshandläggare från äldreomsorgen
- Specialistundersköterska i demenskunskap

Respektive enhetschef utser sin medarbetare som medlem i demensteamet. Vård- och omsorgschef ansvarar för att en i teamet är utsedd till sammankallande om Demensutvecklartjänsten är vakant.

Mål för demensteamet

- Vara ett stöd för att nå nationella målnivåer inom demensvården.
- Att vara en resurs för att förmedla kunskap och ge ökad medvetenhet hos personal i kommun och anhöriga.
- Medverka till en fungerande vårdkedja mellan kommunen, primärvården och slutenvården.

Teamets uppdrag är att leda utveckling och kvalitetssäkring av kommunens vård- och omsorg för brukare med demenssjukdom genom att:

1. Utarbeta rutiner och arbetsmetoder för vården av personer med demenssjukdom.
2. Omvärldsbevaka och uppdatera nyheter i verksamheten.
3. Vid behov kan delar av demensteamet medverka vid vårdplanering.
4. Informera om olika stödinsatser till personer med demenssjukdom och till anhöriga.
5. Utbilda och handleda personal, kontinuerligt och då problem uppstår.
6. Att se till att det finns en fungerande vårdkedja samt utveckla samarbetet på lokal nivå och tillsammans med regionens minnesmottagning, samt utveckla samarbete med andra sörmländska kommuner.
7. Revidera handlingsplan demens under varje mandatperiod.

Vård och omsorgspersonal i Vingåkers kommun som arbetar med personer som har en demenssjukdom ska ha kunskap om vad det kan innebära att leva med demenssjukdom för personen och dennes anhöriga. Personalen ska arbeta utifrån lagar, riktlinjer och rutiner som styr verksamheten. All personal ska även ha kännedom om anhörigperspektiv.

Under 2023 kommer Vingåkers kommun påbörja sitt arbeta med att certifiera sig enligt Stjärnmärkt. Stjärnmärkt är **en utbildningsmodell som vänder sig till särskilda boenden, dagverksamheter, hemtjänst- och biståndshandläggarenheter**. Syftet är att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats.

All personal i Vingåkers kommun som arbetar med personer med demenssjukdom ska ha baskompetens inom demensområdet. De webbutbildningar all personal ska ha som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom är Demens ABC, Demens ABC plus för aktuell verksamhet, Nollvision och BPSD. Diplom ska lämnas till enhetschef efter genomförd utbildning. Tid för reflektion ska om möjligt avsättas och möjliggöras.

https://demenscentrum.se/Utbildning
BPSD – Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens

Stjärnmärkt – en utbildningsmodell | Demenscentrum

Personal i demensvården ska årligen erbjudas kompetensutveckling inom området, samt olika slag av handledning:

- Vid behov handledning med delar av demensteamet för att reflektera, medvetandegöra och hålla vårdfilosofi, mål och metoder levande.

3. Värdegrund

Följande värdegrund är hämtad från det Länsgemensamma programmet för vård och omsorg av demenssjuka (2019). Det länsgemensamma programmet är reviderat 2019 av Samverkansrådet för vård- och omsorg vid demenssjukdom, på uppdrag av Länsstyrgruppen för Närvård i Sörmland.

Varje person som lider av demenssjukdom har rätt

- Att veta vilken sjukdom som orsakar demenssymtomen
- Att få en adekvat medicinsk vård för sin sjukdom
- Att så länge som möjligt behålla sin funktionsduglighet med stöd av planenlig och individuell vård
- Att behandlas som en fullvuxen människa
- Att känna att han eller hon tas på allvar
- Att vara utan lugnande läkemedel om det är möjligt
- Att bo i en välkänd och trygg miljö där hans eller hennes särskilda behov beaktas
- Att vara med människor som känner hans eller hennes levnadshistoria och vanor
- Att regelbundet få röra sig utanför hemmet
- Att varje dag under handledning få delta i meningsfull verksamhet som stödjer den vuxna människans jagbild
- Att få beröring: kramar, ömhet och en annan människas närhet
- Att få vård som förverkligas av yrkesskicklig personal, som är insatt i vården av personer med demens

(Virginia Bell och David Troxel, Alzheimer’s Disease International, 21 september 1994)

Personcentrerad vård och omsorg

Vård och omsorg vid demenssjukdom sker genom ett personcentrerat förhållningssätt. Det innebär att personen som lever med demenssjukdom sätts i fokus, inte diagnosen. Förhållningssättet syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att ha en förståelse för att olika problem kan uppstå, till exempel beteendemässiga och psykiska symtom. I den personcentrerade vården och omsorgen uppmuntras personen med demenssjukdom, ibland tillsammans med anhöriga, att berätta om sig själv och sitt liv för att underlätta förståelsen för den demenssjukes livsmönster, värderingar och preferenser i en berättelse. Livsberättelsen är utgångspunkt för att kunna ge en personcentrerad vård och omsorg. Den personcentrerade vården och omsorgen innebär att personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten:

- Bemöter personen med demenssjukdom som en person med egen självkänsla och egna upplevelser och rättigheter, trots förändrade funktioner
- Strävar efter att förstå vad som är bäst för personen med demenssjukdom utifrån dennes perspektiv
- Värnar om personen med demenssjukdoms självbestämmande och möjlighet till medbestämmande
- Ser personen med demenssjukdom som en aktiv samarbetspartner

- Deltar tillsammans med anhöriga i den kontinuerliga vård- och omsorgplaneringen, om personen med demenssjukdom så önskar
- Möter personen med demenssjukdom i dennes upplevelse av världen
- Strävar efter att involvera personen med demenssjukdoms sociala nätverk i vården och omsorgen
- Försöker upprätta och bevara en relation till personen med demenssjukdom.

Den personcentrerade vården och omsorgen underlättas av att vården och omsorgen är multiprofessionell och teambaserad. Syftet med detta arbetssätt är att bidra till en kontinuitet i vården och omsorgen och till att underlätta bedömningar som kräver flera kompetenser. Att vården och omsorgen är multiprofessionell och teambaserad bidrar också till ett helhetsperspektiv i den vård och omsorg som erbjuds.

4. Målnivåer

Socialstyrelsen har tagit fram nationella målnivåer för vården och omsorgen till personer med demenssjukdom. Målnivåerna anger hur stor andel personer med demenssjukdom som bör komma i fråga för en viss behandling eller annan åtgärd. Målnivåerna ger hälso- och sjukvården och socialtjänsten tydliga kvalitetsmål som bidrar till en god och jämlik vård och omsorg. Avsikten är att följa upp regionernas och kommunernas arbete med att nå de fastställda målnivåerna och göra eventuella justeringar om resultaten visar att de ligger för högt eller för lågt i förhållande till den önskvärda nivån. Målnivåerna ingår också som en del i Socialstyrelsens arbete för att genomföra den nationella demensstrategin. Utgångspunkten för målnivåarbetet är de indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna för vård och omsorg till personer med demenssjukdom.

Målnivåer för vården och omsorgen till personer med demenssjukdom. 1–4 berör i första hand regionerna den 5e och 10:e berör både region och kommun, 6–9 berör kommunens arbete.

Indikator och Nationell målnivå:

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 %

Målnivåerna som presenteras av Socialstyrelsen har i flera fall hamnat på en hög nivå i förhållande till de resultat som vissa regioner och kommuner presterar idag. Därför är det lämpligt att Vingåkers kommun sätter upp egna delmål, för att längre fram nå de nationella målnivåerna.

Mål nr	Nationellt mål	Nuläge 2022	Mål 2023	Mål 2024	Mål 2025	Mål 2026
5	10 % i säbo 5 % i ordinärt boende					
6	98 %	41 %	60%	75%	80%	98%
7	98 %	17 %	30%	40%	50%	60%
8	98 %	31 %	50%	75%	80%	98%
9	98 %	53-73 %	75%	85%	90%	95%
10	95 %					

I Vingåker fokuseras uppföljning på mål 6 och 8.

Process

Demensutvecklare redovisar statistik för målnivåerna en gång per år till ledningsgrupp äldreomsorg och Socialnämnd. Utvärdering av resultat och åtgärder sker i samarbete demensutvecklare och enhetschefer för respektive enhet.

Behandling med antipsykosläkemedel

Behandlingen vid BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom) är inriktad på att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symtomen. Det kan vara behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem eller svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön. Andra vanliga orsaker är brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög läkemedelsdos eller en kombination av olämpliga läkemedel. Om en person med demenssjukdom uppvisar svåra beteendemässiga eller psykiska symtom och andra åtgärder inte visat sig ha effekt kan det bli aktuellt med läkemedelsbehandling. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att hälso- och sjukvården i undantagsfall kan pröva behandling med antipsykosläkemedel. Detta bör dock endast ske när omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön har visat sig vara otillräckliga. Läkemedelsbehandlingen bör pågå under så kort tid som möjligt.

Levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformande

En levnadsberättelse är ett skriftligt dokument som ligger till grund för den personcentrerade vården och omsorgen. Informationen i levnadsberättelsen ger en god bild av vem personen är och har varit. Detta ger vård- och omsorgspersonalen en möjlighet att inta personens perspektiv, det vill säga få en förståelse för hur personen med demenssjukdom kan tänkas uppfatta världen och den specifika situationen, vilket kan vara till hjälp i bemötandet. Personens upplevelse av världen och olika situationer kan förändras över tid. Det gör att dokumentet kan behöva kompletteras löpande, allteftersom livet framskrider.

Inom alla verksamheter av personer med demensdiagnos i Vingåkers kommun används idag levnadsberättelsen ”Du vet” som ett arbetsverktyg för personalen att kunna hjälpa personen på ett så bra sätt som möjligt. **Bilaga 1**

Individuella miljöanpassningar i genomförandeplanen

Många personer med demenssjukdom tillbringar en stor del av sin tillvaro inom äldreboendet eller den egna lägenheten och innemiljön är därför central för de som bor där. En väl genomtänkt miljö som är tydlig samt lätt att tolka och förstå kan underlätta för personer med kognitiva svårigheter och har betydelse för deras välbefinnande. Utöver generella miljöanpassningar har personer med demenssjukdom behov av individuella anpassningar. Det kan till exempel handla om att lägenheten är personligt möblerad för att bidra till igenkänning och välbefinnande och att belysningen och dukningen vid måltider är anpassad till den enskildes behov.

Strategier för bemötande i genomförandeplanen

Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att personen med demenssjukdom sätts i fokus, och inte diagnosen. Personen med demenssjukdom bör bemötas som en unik och kapabel person med självkänsla och rättigheter, trots förändrade funktioner. Personalen bör värna om personens självbestämmande och betrakta hen som en aktiv samarbetspartner. För att säkerställa att personalen arbetar personcentrerat bör strategier för bemötande vara dokumenterade i den enskildes genomförandeplan. Strategierna bör beskriva hur personen ska bemötas för att kunna fungera optimalt trots sviktande förmågor, och i formuläret ges konkreta exempel på detta.

Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans

Personer med demenssjukdom har behov av meningsfulla aktiviteter eller annan stimulans, som omfattar både fysisk aktivitet och social samvaro. Aktiviteterna bör vara individuellt anpassade och ges under en för personen avsatt tid. Det kan till exempel handla om utevistelse, hushållssysslor, fysisk aktivitet, musik, dans och andra kulturella aktiviteter eller annat som stimulerar personen och som ger utrymme för egen tid där personen är i centrum. Aktivitet innebär också att få vara delaktig i utförande av det dagliga livets normala aktiviteter. För att säkerställa att den enskilde får tillgång till personcentrerade aktiviteter bör dessa vara dokumenterade i den enskildes genomförandeplan.

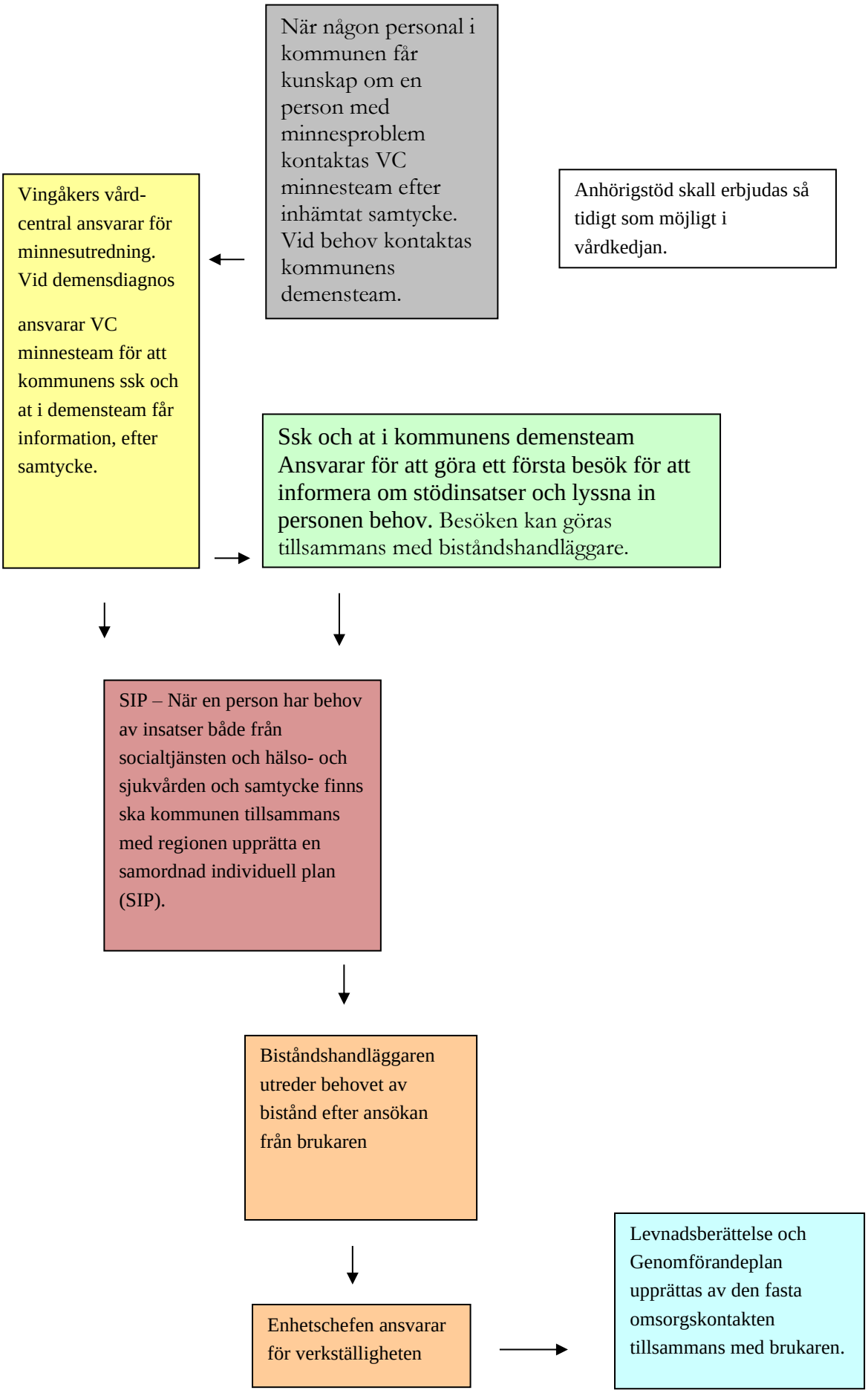
Ett tidigt initiativ till anhörigstöd är utgångspunkten för stöd till anhöriga.

Demensvården i Vingåker bedrivs med anhörigperspektiv. När en person insjuknar i demenssjukdom påverkas de anhöriga och andra närstående. Det är angeläget att anhörigas behov uppmärksammas tidigt och att vårdgivaren tar initiativ till anhörigstöd. Det är viktigt att den anhöriga får information om de former av anhörigstöd som finns både med och utan biståndsbeslut. Det är viktigt att anhöriga får möjlighet att delta i informations och utbildningsprogram där de får strukturerad information om bland annat demenssjukdomens symtom, orsaker samt förväntade utveckling.

På anhörigcentrum erbjuds stödgrupper, enskilda samtal, må-bra aktiviteter och utbildningar och informationsträffar med syfte att minska anhörigas psykiska och fysiska belastning.
Förmedling av kontakt med anhörigstödet ges via vårdgivaren per telefon eller internpost efter anhörigas medgivande. Kontakt med anhörigcentrum utgår från anhörigas upplevda behov av stöd och planeras utifrån de förutsättningar och omständigheter som finns i varje enskild situation.

Nationella riktlinjer – Målnivåer – Vård och omsorg till personer med demenssjukdom (socialstyrelsen.se)

5. Vårdkedjan



6. Behovsbedömning

Den kommunala arbetsterapeuten och sjuksköterskan för Minnas påbörjar sitt arbete när de fått utredning och diagnos från vårdcentralen. För brukare som önskar kontakt med kommunen skickas Ett meddelande i journalsystemet skickas till biståndshandläggare med information om demensdiagnos. Ett första hembesök utförs av biståndshandläggaren i tidigt skede för att informera om stödinsatser och lyssna in personens och anhörigas behov. **Bilaga 2**
Ibland gör biståndshandläggare, den kommunala demensarbetsterapeuten och demenssjuksköterskan gemensamt hembesök vilket gör det lättare att identifiera de behov som finns. I de fall biståndshandläggare får första kontakt med person med demenssjukdom kontaktas minnesteam på Vårdcentralen Vingåker för informationsöverföring till demensteam kommun innan åtgärder påbörjas.

Standardiserat insatsförlopp

Socialstyrelsens modell för standardiserat insatsförlopp efter diagnosticering av demenssjukdom syftar till att ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten stöd för samverkan och ett systematiskt arbetssätt kring personen med demenssjukdom. Modellen kan medverka till en mer jämlik vård och omsorg över landet eftersom det tydliggörs vilka insatser som behöver erbjudas en person med demenssjukdom under hela sjukdomsförloppet. Grunden för vård och omsorg för en person med demenssjukdom är ett personcentrerat förhållningssätt. Modellen är därför avsedd att stödja ett personcentrerat arbetssätt.

Modellen består av tre delar som hänger samman:

- De insatser, särskilda perspektiv och viktiga områden som behöver beaktas för en person med demenssjukdom både vid kontakt med socialtjänsten och med hälso- och sjukvården
- Exempel på samverkansformer mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, både mellan huvudmän och inom verksamheter
- Verktyg för att underlätta samverkan, exempelvis samordnad individuell plan. Översiktligt innebär det att modellen består av vad som behöver göras – erbjuda insatser, hur detta kan göras – genom demensteam och samverkansteam och vilka verktyg som kan användas – exempelvis samordnad individuell plan

Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan (socialstyrelsen.se)

Bilaga 4 sid 87-90 Vingåker– ett teambaserat arbetssätt

Hemtjänst och dagverksamhet

Då allt fler äldre bor kvar i den egna bostaden allt längre, bedöms antalet personer med demenssjukdom öka även i eget boende. Därför finns nu ett arbetslag (Minnas) där målsättningen är att det ska finns personal i arbete som är specialutbildade inom demensområdet under veckans alla dagar. Demenshemtjänst ska tillsammans med demensdagvården ansvara för ett antal personer med demenssjukdom och deras anhöriga som bor i ordinärt boende. Syftet är att möjliggöra kvarboende i det egna hemmet.
Syftet med dagverksamheten är att kunna erbjuda personer med demenssjukdom omsorg, sociala aktiviteter och samvaro med andra, men även att kunna avlasta anhöriga. Genom att beviljas dagverksamhet kan möjligheter att kunna bo kvar i det egna hemmet öka. Detta genom att personen med demenssjukdom får stimulans, en struktur på vardagen och möjlighet till aktivitet. Detta leder i sin tur till att funktioner som annars skulle gå förlorade kan upprätthållas.

Efter att insatser enligt Sol beviljas ska personen med demenssjukdom få 1-2 kontaktpersonal utsedd från hemtjänst Minnas eller demensdagvården. Ett lära känna besök bokas av kontaktpersonalen med personen med demenssjukdom och om personen samtycker kan även anhörig alt god man delta. Utifrån beviljade insatser och levnadsberättelsen upprättar kontaktpersonen en genomförandeplan tillsammans med personen med demenssjukdom. Om personen med demenssjukdom själv önskar kan hjälp tas av anhörig. I genomförandeplanen ska det framgå tydligt på vilket sätt personen med demenssjukdom behöver få stöd för att kompensera konsekvenserna av sjukdomen och hur kvarvarande förmågor kan bibehållas. I planen ska även planering av individuella och gemensamma aktiviteter ingå. Både den biståndsbedömda delen och genomförandeplanen ska regelbundet följas upp och omprövas.

Arbetssätt vid inflyttning från hemtjänst Minnas till SÄBO

- Flödesschema skonsam inflytt följs. **Bilaga 3**
- Kontaktpersonal på SÄBO utses och gör hembesök innan inflytt.
- När personen med demenssjukdom flyttar in ska det finns en planering för att fast omsorgskontakt eller annan välkänd personal från hemtjänst Minnas är med de tre första dagarna på SÄBO om behov finns.

SÄBO

I Vingåkers kommun finns i dagsläget fyra avdelningar riktade till personer med demensdiagnos. Personer med demensdiagnos finns även på andra avdelningar. Personalen har en utökad kunskap i att kunna hantera de komplexa situationer som kan uppstå i omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Målet är att arbeta på ett strukturerat sätt med personcentrerad omvårdnad utifrån BPSD-registret.

7. Kvalitetsregister

Kvalitetsregister som kommunen använder sig av är:

- BPSD-registret, svenskt register för Beteendemässiga och psykiska Symtom vid Demens. https://bpsd.se/
- Senior Alert, ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg https://www.senioralert.se/
- Swedem https://www.ucr.uu.se/svedem/
- Palliativa registret, för fortsatt utveckling av vården i livets slutskede. Start - Svenska palliativregistret

LIVSBERÄTTELSE »DU VET«

Vingåkers kommun

Levnadsberättelse

Vem är du och varför har du blivit den du blivit? Genom att fylla i det här dokumentet är du med och skapar grunden i vård och omsorgsplaneringen; så kallad personcentrerad omvårdnad.

Innehållet i Levnadsberättelsen ska föras in i den sociala dokumentation i Treserva. Om du själv inte kan fylla i din levnadsberättelse så kan du göra det tillsammans med någon som känner dig väl.

Börja med att svara på den här frågan:

Har du fyllt i levnadsberättelsen tidigare?

☐ Ja ☐ Nej

Om du svarat Ja – hur kan vi i så fall ta del av den?

Om du svarat Nej – gå vidare och svara på frågorna, skapa din levnadsberättelse!

Till fjärilens minne

Säg inte, att ingenting blir kvar
av den vackraste fjärilen livet gav.
Säg inte, att vingarnas färg bleknar bort
och försvinner i vinden som stoft, som stoft.
Om fjärilens kropp måste gömmas i grav,
är ändå den svindlande flykten kvar!

– Bo Setterlind

På Vingåkers kommuns webbplats vingaker.se kan du läsa mer om olika former av stöd och omsorg för dig med demenssjukdom och dina anhöriga.

Dokumentet är upprättat mars 2021 av Jenny Stavem, verksamhetsutvecklare demens på Strängnäs kommun.

Bild framsida: Sara Ohlsson.

– MIN LEVNADSBERÄTTELSE –

Upprättat datum: _____

Uppdaterad datum: _____

Jag/vi har varit delaktig i att fylla i: _____

_____

_____

Mitt namn: _____

Men kallas ibland: _____

Min personlighet

Till exempel: drivkrafter, hur hanterar du problem, hur vill du bli bemött, hur vill du ta del av information (skriftligt, sms, telefon, mail), sällskaplig/inte sällskaplig, vad gör dig glad/ledsen, morgonmänniska/kvällsmänniska, är det viktigt att saker är på ett speciellt sätt, vad ger dig guldkant i livet, ängslig/orolig, psykisk ohälsa (nu eller tidigare i livet), nedstämd någon speciell tid på året? Sexualitet.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Mina matvanor

Till exempel rutiner kring mat, favoritmat, portionsstorlek, dryck, vegetariskt, kulturellt, ekologiskt, matallergier, något jag inte vill äta?

Personlig stil

Till exempel klädstil, frisyr, färgval, parfym/rakvatten, skönhetsartiklar, vanor/skönhetsvård.

Mina vanor och ovanor

Till exempel ”snoozare” (gillar att ligga kvar i sängen på morgonen), dryckesvanor, duschvanor (uppifrån och ner, inte duscha håret, hur ofta, speciella hygienprodukter), speciell sovställning, speciell madrass (mjuk/ hård), täcke/ kuddar, speciella procedurer vid sänggående, föremål på nattduksbordet, belysning sovrum, radio, ev. nattplagg, ”sängfösare”, mat/dryck nattetid?

Mina intressen

Till exempel musik, instrument, trädgård, böcker/ljudböcker, tidningar, djur, kläder, idrott/träning, film, spel, dans, smink, resor, sociala medier, mindfullness/meditation. Vad vill du fortsätta med/inte fortsätta med? Behöver du hjälp med att kunna fortsätta upprätthålla dessa?

Min syn på religion/ livsåskådning

Till exempel utövning av religion/livsåskådning, något som vi behöver ta hänsyn till, vill du ha hjälp att upprätthålla din religionsutövning/livsåskådning, ateist.

Mitt engagemang

Till exempel förening, organisation, församling, politik.

Miljöer jag trivs i

Till exempel vid havet, i skogen, inomhus/utomhus, på sjön, hemmet etc?

Mina föräldrar

Vill du berätta något om dina föräldrar?

Mina syskon

Vill du berätta något om dina syskon?

Min barndom

Vill du berätta något om ditt barndomshem? Viktiga personer för dig när du var liten? Viktiga barndomsminnen?

Min ungdom

Till exempel skoltid, studier, ungdomsminnen, ungdomskärlek, lumparminnen, viktiga personer för mig under min ungdom, mitt första jobb.

Mitt vuxenliv

Till exempel bostadsorter genom livet, mitt yrkesliv, min familj och släkt, viktiga personer under mitt vuxenliv, socialt nätverk.

Mina relationer

Beskriv relationer med andra i omgivningen nu och då.

Minnen av glädje och sorg

Till exempel trauman, svåra livshändelser, viktiga glädjestunder/minnen.
Har du varit utsatt för våld?

Mina vardagsaktiviteter

Till exempel hygienrutiner, lyssna på radion, städning, promenader, tv (streamingtjänster?), handarbeta, träna, handla (internetshopping?), tv-spel.

Delaktighet

Vad är viktigt för dig att vara delaktig i genom hela livet? Till exempel samhällsdebatter, nyheter, modenytt, matlagning, inköp, tvätt, betala räkningar och/eller inredning. Vad är viktigt utifrån delaktighet i omvårdnad?

Högtider jag firar

Till exempel vilka högtider/helgdagar firar du och hur vill du fira dem, fredags/lördagsmys? Söndagsmiddag?

Ensamhet

Upplever du dig ensam och vad kan vi i så fall göra för att du ska känna dig mindre ensam?

Bemötande

Hur vill du bli bemött? Vad är viktigt för dig i bemötandet?

Övrigt, något du vill tillägga?

Vingåkers kommun
Telefon: 0151-191 00 | E-post: kommun@vingaker.se
Parkvägen 8 | 643 80 Vingåker | www.vingaker.se

Bilaga 2:

Första hembesök till person med demenssjukdom

Aktuell person:

Diagnos:

Anhöriga:

Första kontakt anhöriga:

Datum:

Samtycke och från vem:

Annan vårdgivare	Ja	Nej
Anhöriga	Ja	Nej
NPÖ	Ja	Nej
Kvalitetsregister	Ja	nej

Nuvarande situation:

Behov och förväntningar (ADL, mediciner, hjälpmedel, omvårdnad, aktivitet)

Informera om:

Demensteamet, HSV, Minnas HT, DDV, Kostnader, Anhörigstöd, Levnadsberättelse

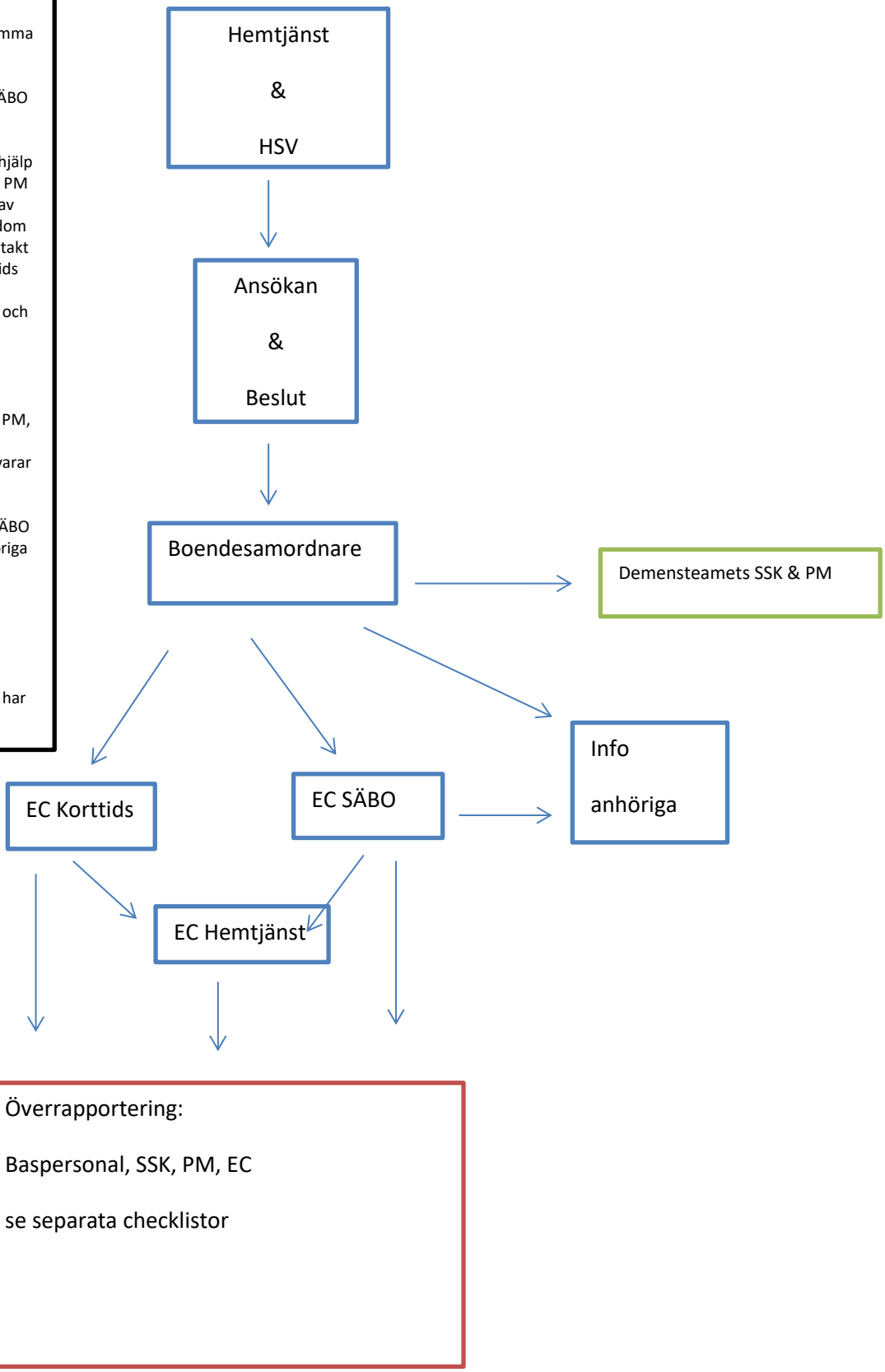
Mapp med info utlämnat: Ja Nej

Sammanfattning

Beslut, vem har ansvar för vad:

Uppföljning:

Skonsam inflytt till korttids och SÄBO

1. Brukaren har hemtjänst och/eller HSV. Kan även komma via sjukhus.
2. Brukaren gör en ansökan antingen till korttids eller SÄBO
3. Inväntar beslut, som går till boendesamordnaren
4. Boendesamordnare kan ta hjälp av demensteamets SSK och PM för rådgivning av placering av personer med demenssjukdom
5. Boendesamordnare tar kontakt med EC på SÄBO eller korttids och anhöriga.
6. Enhetscheferna på Korttids och SÄBO tar kontakt med EC hemtjänst för info.
7. EC korttids, enhetschef och SÄBO tar kontakt med sin baspersonal - dag och natt, PM, och SSK.
8. Respektive yrkesgrupp ansvarar för att rapportera till mottagande enhet
9. När brukaren flyttar in på SÄBO kontaktar EC på SÄBO anhöriga och informerar.
10. Överrapportering enligt separata checklistor från respektive yrkeskategori

Viktigt att komma ihåg: EC på korttids informerar hemtjänst EC när brukaren har vistats på korttids och går till SÄBO.