

DEMENSTEAM

EN NATIONELL ÖVERBLICK

ULLA HARALDSON
SVEN ERIK WÅNELL

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2009:09
ISSN 1401-5129



STIFTELSEN STOCKHOLMS LÄNS
ÄLDRECENTRUM
Stockholm Gerontology Research Center

FÖRORD

Demensteam är – när man söker i den internationella forskningen – ofta namnet på ett team som ger vård och omsorg till personer med demenssjukdom. I en nordisk kontext står begreppet demensteam däremot ofta för ett tvärprofessionellt team som arbetar både konsultativt och individuellt. Vanligt är att teamets uppdrag är att underlätta att personer med demenssjukdom får en tidig diagnos och ofta också bistå i det arbetet, och att via handledning, utbildning och individuella kontakter säkerställa att den person som har en demenssjukdom och dennes närstående får adekvat stöd under hela sjukdomsförloppet. Det är denna form av demensteam som beskrivs i denna rapport.

Underlaget till rapporten har ursprungligen samlats in i syfte att ge Stockholms läns landstings Demensråd vägledning vid utformning av en försöksverksamhet med demensteam i stadsdelen Kungsholmen. En arbetsgrupp inom Demensrådet bestående av Lena Nylund, Kerstin Brantemark, Anna-Karin Berger, Eva Stål-Söderberg och projektledare Ulla Haraldson har via olika kontakter och nätverk sökt identifiera var det finns demensteam, och haft kontakt med ett tjugotal team i landet. Informationen hämtades enligt en särskild mall in via hemsidor, intervjuer och i en del fall studiebesök.

Materialet bedömde Demensrådet tillsammans med Äldrecentrum och Svenskt demenscentrum så intressant och av allmänintresse att vi vill publicera det som en rapport. Det är vår förhoppning att denna rapport ska bidra till kunskapen om vad demensteam är, och vilken roll de kan ha för att utveckla och säkerställa en god demensvård.

Stockholm 2009-08-10

Sven Erik Wånell
Chef Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	1
Bakgrund.....	3
<i>Demenssjukdomarna.....</i>	<i>3</i>
<i>Anhöriga</i>	<i>4</i>
<i>Möjligheten att bo kvar i sitt hem</i>	<i>4</i>
<i>Förebyggande</i>	<i>5</i>
<i>God demensvård kräver kunskap.....</i>	<i>6</i>
Demensteam.....	7
<i>Terminologi.....</i>	<i>7</i>
<i>Antal demensteam i landet.....</i>	<i>7</i>
<i>Nordisk överblick.....</i>	<i>7</i>
<i>Olika roller</i>	<i>7</i>
<i>Organisation.....</i>	<i>8</i>
<i>Orsaker till att projektet startades.....</i>	<i>9</i>
<i>Informationsspridning/kanaler</i>	<i>9</i>
<i>Utmaningar teamen mött</i>	<i>10</i>
<i>Erfarenheter.....</i>	<i>11</i>
<i>Utvärderingar.....</i>	<i>11</i>
Exempel på demensteam.....	13
<i>Strukturerade samverkansmodeller, landsting och kommun huvudmän</i>	<i>13</i>
<i>Strukturerade samverkansmodeller, landstinget huvudman.....</i>	<i>15</i>
<i>Team som arbetar både med struktur och individ, kommun huvudman.....</i>	<i>18</i>
<i>Team som företrädesvis arbetar konsultativt, landsting och kommun huvudmän</i>	<i>19</i>
<i>Team som företrädesvis arbetar konsultativt, kommun huvudman</i>	<i>20</i>
<i>Team som arbetar konsultativt och med anhörigstöd, kommun huvudman</i>	<i>21</i>
<i>Team som arbetar konsultativt och även individuellt, kommun och landsting huvudman.....</i>	<i>23</i>
<i>Team som även har visst ansvar för vård/omsorg, kommun och landsting huvudman.....</i>	<i>24</i>
<i>Team där minnesutredningar är en viktig del, landstinget huvudman.....</i>	<i>25</i>
<i>Team med specialinriktning, landsting och kommun samverkar.....</i>	<i>27</i>
<i>Team där minnesutredningar är en viktig del, landsting och kommun huvudman</i>	<i>28</i>
<i>Team som även har visst ansvar minnesutredningar, kommun huvudman</i>	<i>31</i>
<i>Team som avvecklats</i>	<i>32</i>
Bilagor	36
<i>Bilaga 1. Demenssjuksköterskor och demensteam i landet</i>	<i>36</i>
<i>Bilaga 2. Mall för kartläggning demensteam</i>	<i>43</i>
<i>Bilaga 3. Kontaktpersoner.....</i>	<i>44</i>

SAMMANFATTNING

Denna rapport syftar till att ge en bild av sammansättning och funktion för de demensteam i landet som arbetar tvärprofessionellt. Det finns i dagsläget varken någon enhetlig definition vad ett demensteam är, eller någon nationell inventering av teamen. Team startas och läggs ned. Många är finansierade av nationella stimulansmedel, vissa av dem har blivit permanentade, andra har en mer osäker framtid. Därför kan denna rapport bara spegla vissa utvecklingstendenser och några former av demensteam. Kartläggningen har utförts av en arbetsgrupp inom Stockholms läns landstings Demensråd. Materialet samlades ursprungligen in som en bas för planeringen av demensteam i Stockholms län.

Ett demensteam kan ha olika uppgifter och bemanning beroende på syftet med verksamheten. Vissa team arbetar enbart konsultativt. Flertalet team arbetar med anhörigstöd. Vissa team utför vård- och omsorgsuppgifter. Många av teamen i denna studie arbetar med minnesutredningar. Vissa deltar vid biståndsbedömningar och vårdplaneringar.

Sju av teamen har både landsting och kommun som sina huvudmän, sex har kommunen och sex landstinget som huvudman. I de flesta teamen finns distriktssköterska/demenssjuksköterska och arbetsterapeut. Biståndshandläggare finns med i eller samverkar nära med cirka hälften av teamen. Undersköterskor finns ofta i team som riktar sig till hemtjänsten. Andra yrkesgrupper, som kurator, sjukgymnast och logoped, finns i enstaka team. Teamen har vanligen tillgång till geriatrikerkonsult eller samarbetar med husläkare.

I kartläggningen framkom olika motiv för att teamen startades, som att förbättra möjligheten att bo kvar hemma, ge möjlighet till diagnos i ett tidigt skede, öka kunskapen hos de som arbetar med personer med demenssjukdom och få en sammanhängande vårdkedja så att personen med demenssjukdom och dennes närstående får adekvat stöd från kommun och landsting under hela sjukdomsförloppet.

Teamen har haft olika fokus och därmed olika målgrupper. Flertalet av dem har haft i uppdrag såväl att kunna komma in i ett tidigt skede av sjukdomen som att under sjukdomsförloppet vara ett stöd till patienten, dennes närstående och personal. Teamen har informerat om sig via olika kanaler, som broschyrer på vårdcentral, apotek, hos biståndshandläggare och hemtjänst, patient- och anhörigorganisationer, hemsida, annonsering i ortspressen, medverkan på arbetsplatsmöten och anhörigträffar etc.

Teamen har arbetat olika länge, har olika huvudmannaskap, arbetsuppgifter och bemanning. Det går därför inte att dra några generella slutsatser. Det finns ännu inte några jämförande studier som skulle kunna ge vägledning vilka modeller som kan bidra mest till god vård och välbefinnande för personen som är demenssjuk och dennes närstående. Det finns inte heller några studier från de andra nordiska länderna. Demensteam utanför Norden har vanligen ett annat uppdrag, att bedriva vård och omsorg, och forskning kring dessa team är därför inte helt relevanta i en

nordisk kontext. Några reflexioner kan dock göras med ledning av det insamlade materialet om de 20 team som var i gång när studien gjordes, och de tre som då hade avvecklats.

Det finns en tendens att antalet team ökar i landet. Några har arbetat sedan länge men under de senaste åren har det varit en stor ökning. Detta kan till dels tillskrivas de nationella stimulansmedlen, men några av dessa projekt har redan permanentats. Starten av teamen synes vara ett svar på att man identifierat brister i vårdkedjan och i stödet till den enskilde och dennes närstående.

Givet denna inriktning på demensteamet är det viktigt att demensteamet hittar bra informationskanaler som passar i de(n) kommun(er) det verkar i, så att teamet får förutsättningar att komma in i en tidig fas av sjukdomen, och att det är enkelt och obyråkratiskt att kontakta teamet.

Cirka hälften har gemensamt huvudmannaskap, vilket ur samverkanssynpunkt synes vara det optimala. Att teamen är tvärprofessionella har fördelar i en ofta fragmentiserad vård, där samverkan mellan olika yrkesgrupper är en bristvara. Det behövs också både socialt, kurativt och medicinskt stöd under demenssjukdomen.

Några projekt har haft svårt att hitta samarbetsformer, och konstaterar att det varit bra om alla parter varit med från början. Det är viktigt med bra förankring hos förvaltning och politisk ledning i länet. Det kan underlätta för teamet att få ett fungerande samarbete med alla aktörerna runt den äldre. Några team vittnar om problem i samarbetet med husläkare och distriktsarbetsterapeut, vilket kanske skulle ha kunnat undvikas om teamets mandat varit tydligare. Likaså kan en anledning till att några team avvecklats vara att förankringen hos beslutsfattarna varit för låg hos dessa.

Flera av teamen har startat tack vara ”eldsjälar”. De kan ha varit beroende av någon drivande person, och det är sårbart om denne blir sjuk eller slutar sin anställning.

Det är viktigt att hitta bra stödformer till hemtjänstpersonalen. Behovet av utbildning och handledning är stort. Samarbetet med biståndshandläggarna underlättas, menar några, när det finns biståndshandläggare med i teamet

Att ett strukturerat arbetssätt, tvärprofessionellt och över huvudmannaskapsgränserna, har förutsättningar att ge en bättre omsorg till i vart fall inte högre kostnad kan göras troligt med ledning av de studier som gjorts kring den så kallade Kalmarmodellen. Med oförändrade kostnader har en så långt kan bedömas heltäckande diagnostisering kunnat ske, och därmed har en god plattform lagts för att kunna ge behandling och stöd i ett tidigt skede. Kalmar läns landsting gör bedömningen att tidig diagnos med olika insatser minskar belastning på sjukvården, främst akutsjukvården och möjliggör att bo kvar hemma längre.

BAKGRUND

Denna rapport syftar till att ge en överblick av vad som avses med begreppet demensteam och ge bilder av ett antal demensteam i landet. Att ge en fullständig överblick av demensteam i landet är inte möjligt. Definitionerna av vad som är ett demensteam och vad som är dess uppgifter varierar. Det finns i dagsläget ingen nationell inventering av dem. Demensteam startas och läggs ned. Många är finansierade av nationella stimulansmedel, vissa av dem har blivit permanentade, andra har en mer osäker framtid. Därför kan denna rapport bara spegla vissa utvecklingstendenser och några former av demensteam genom exempel från ett antal landsting och kommuner.

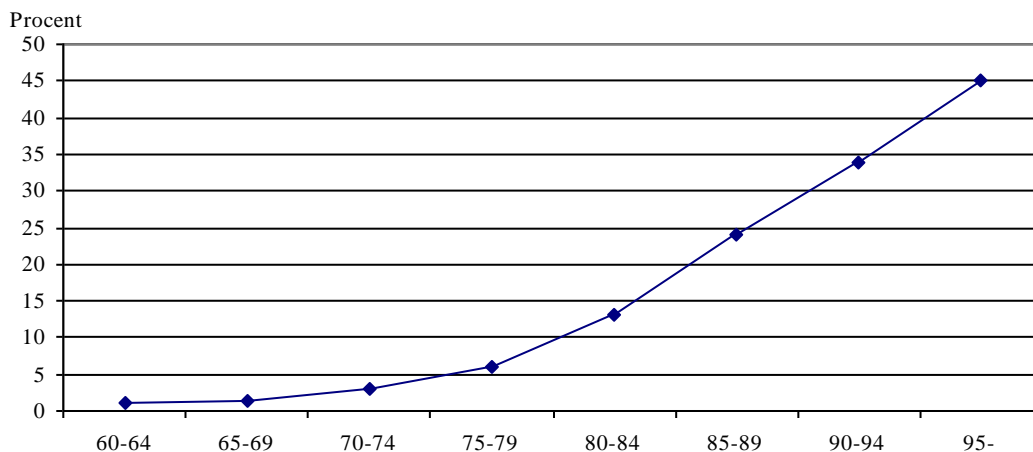
Kartläggningen av demensteam i landet har utförts av en arbetsgrupp inom Stockholms läns landstings Demensråd. Materialet samlades ursprungligen in som en bas för planeringen av demensteam i Stockholms län. Rapporten är skriven tillsammans med Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum och Svenskt demenscentrum.

Urvalet av enheter som beskrivs i rapporten har gjorts med ledning av sökning på nätet, egen kunskap och information från Svenskt demenscentrum och patientorganisationer. Arbetsgruppen har inriktat sitt arbete att söka tvärprofessionella team, och i första hand de som arbetar över huvudmannaskapsgränserna och med utredningar. Kartläggningen har genomförts via intervjuer med projektledare/motsvarande enligt intervjumall (bilagd) och information på respektive enhets hemsida. Uppgifterna i denna rapport har stämts av med respektive demensteam.

Syftet med studien var att sammanställa syfte/mål med demensteam, huvudmannaskap, teamets roll i vårdkedjan, teamets sammansättning, kontakter med närstående, utvärderingsunderlag, arbetsmetoder och varför vissa team upphört. Inledningsvis ges en bakgrund om demenssjukdomarna för att belysa vad ett demensteam kan se som sitt uppdrag. Därefter ges beskrivningar av några demensteam i landet.

Demenssjukdomarna

Demens kan beskrivas som ett syndrom som karaktäriseras av förlust av intellektuella och emotionella förmågor av en sådan svårighetsgrad att det påverkar den dagliga funktionen och livskvaliteten. Demens är en progressiv sjukdom som leder till en gradvis försämring av kognitiv och fysisk funktionsförmåga och till en förtidig död. Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen och beräknas utgöra 50-60 procent av alla sjukdomsfall. Vaskulär demens utgör 20-25 procent av demensfallen och i övriga fall är demens ett av symtomen vid andra neurologiska sjukdomar som hjärntumör, Parkinsons sjukdom etc.



Figur 1. Prevalens av demens per åldersklass. Källa: (Fratiglioni et al 2001)

Andelen äldre med demenssjukdom ökar med stigande ålder. Förekomsten är mycket låg före 60 år, medan nästan varannan har en demenssjukdom i de högsta åldrarna (95 år och över).

Demenssjukdomen leder till en försämrad förmåga att klara vardagliga sysslor. Demens leder också till försämringar i fysisk funktionsförmåga vilket successivt påverkar dagliga aktiviteter som att sköta sin personliga hygien, röra sig eller äta. Förutom minnesstörningar är personlighetsförändringar och beteendeförändringar vanliga. Demenssjukdom är den enskilt viktigaste faktorn för flytt till särskilt boende.

Cirka 150 000 personer uppskattas ha någon form av demenssjukdom och antalet beräknas om 15 år ha ökat till 180 000 personer och till cirka 240 000 personer år 2050.

Anhöriga

Demenssjukdomarna beskrivs ofta som de anhörigas sjukdom, eftersom de förändringar som följer med demenssjukdomens utveckling starkt påverkar de anhöriga. Anhöriga, ofta äldre själva, har en helt avgörande roll i vård och omsorg om äldre och de förväntas spela en än större roll i framtiden. Det finns två sidor av anhängvården i folkhälsoarbetet. Dels är närstående viktiga för hälsan hos de äldre de vårdar. Dels påverkas deras egen hälsa i hög grad av de förutsättningar de har för att ge denna vård.

Möjligheten att bo kvar i sitt hem

Kvarboendeideologin har varit ledstjärna för svensk äldrepolitik sedan 1950-talet. Med rätt stöd kan även personer med demenssjukdom bo kvar hemma. Hemmet är ofta den plats där mycket av ens liv passerat, det står för en kontinuitet i livet även när mycket förändrats runt om en – från att ha varit platsen för familjen är det nu

änkans hem, med alla hennes minnen. För personen med demenssjukdom kan det egna hemmet, med allt det vardagliga, kända, fungera som ett stöd för den egna identiteten. Stöd i form av teknik och hjälpmedel blir då viktigt för att ge trygghet och ökad självständighet i vardagen för den demenssjuke och dennes närstående.

Förebyggande

Säkra riskfaktorer för demenssjukdom är hög ålder, demenssjukdom i släkten och en genetisk faktor (ApoE e4¹). Dessa faktorer är svåra att göra något åt, men under de senaste åren tyder resultatet från longitudinella studier på att det också finns flera livsstilsrelaterade riskfaktorer för demens.

Kontroll av blodtrycket

Ett flertal studier har visat att högt blodtryck är en riskfaktor för att insjukna i en demenssjukdom. Man har även visat att användandet av blodtryckssänkande läkemedel minskar risken att få Alzheimers sjukdom och demens.

Ett aktivt och socialt liv i hög ålder

Också livsstilen har en klar betydelse för risken att utveckla demenssjukdom. Flera studier visar på ett samband mellan väl fungerande socialt nätverk samt intellektuell och social stimulans och minskad risk för demens. Detta tyder på att man genom att uppmuntra och underlätta för äldre människor att hålla kontakt med släkt och vänner samt att på olika sätt vara aktiva kan bidra till att minska risken för att de insjuknar i demenssjukdom.

Kost, alkohol och läkemedel

Det finns vidare studier som visat att fettsnål diet som innehåller mycket fisk och antioxidanter (t.ex. grönsaker och frukt) kan minska risken för demens. Höga kolesterolvärden och fetma i medelåldern ökar risken för demens senare i livet. Genom att minska vikten och behandla höga kolesterolvärden med lipidsänkande² läkemedel, statiner, kan man möjligen minska risken för demens.

Tidig upptäckt

Det är viktigt att diagnostisera demens tidigt. Behandling och olika former av stödåtgärder kan då bli effektivare. Lätt nedsättning av minne/kognition, MCI (mild cognitive impairment) är nu i fokus för forskningen som ett risktillstånd för demens. MCI är inte någon diagnos utan ett syndrom som indikerar en ökad risk för demenssjukdom. Alla äldre människor med kognitiva störningar utvecklar inte demens. Personer med MCI bör följas upp så att rätt stöd och eventuell medicinering kan sättas in genast när diagnosen Alzheimers sjukdom är fastställd.

¹ Ungefär var fjärde person har denna gen

² ”fettsänkande”

God demensvård kräver kunskap

Personer med demenssjukdom har större behov än andra äldreomsorgstagare att få insatserna av personer man känner, personkontinuitet som ger trygghet. Personalen måste ha kunskap om hur man bemöter personer med demenssjukdom. Den palliativa vårdfilosofin kan tjäna som en god grund – en aktiv helhetsvård av den sjuke och familjen genom ett tvärfackligt sammansatt vårdlag, vid en tidpunkt när förväntningarna inte längre är att bota.

DEMENSTEAM

Terminologi

Ordet demensteam ger cirka 13 500 träffar på Google. Granskar man några av träffarna finner man snart att det inte finns någon enhetlig definition på vad ett demensteam är. Vissa kommuner, t.ex. Stockholms stad, använder begreppet för hemtjänstteam som enbart arbetar med personer med demenssjukdom och som har personal med specialutbildning för detta. Det vanliga är dock att demensteam används för tvärprofessionellt sammansatta team. I denna rapport beskrivs enbart team som arbetar tvärprofessionellt.

Antal demensteam i landet

Äldrecentrum genomförde på Socialstyrelsens uppdrag i december 2008 en kartläggning av utbudet av insatser för personer med demenssjukdom. Av denna framgår att det i de 271 av landets 290 kommuner som besvarat enkäten fanns demensteam i nästan hälften (135 kommuner, se bilaga). Demenssjuksköterska fanns enligt enkätsvaren i 197 av de kommuner som besvarat enkäten. Endera team eller demenssjuksköterska fanns i 211 av kommunerna (78 %). I storstäderna är det ovanligare och i Stockholms stad är dessa funktioner ännu bara i en första startfas. Jämfört med en kartläggning Socialdepartementet genomförde 2002 har andelen kommuner och stadsdelar som angett att de har demensteam ökat från 35 procent till 45 procent.

Nordisk överblick

Demensteam finns redan i många kommuner i de nordiska länderna. De har olika bemanning och uppgifter. I Norge finns det en koordinator eller ett team i 130 av landets 430 kommuner, men uppgifterna är liksom i Sverige olika. I Danmark visar en undersökning från Kommunernes Landsforening att alla kommunerna har minst en koordinator eller konsulent för koordinering, rådgivning om och undervisning i demens.

Olika roller

Ett demensteam kan ha olika uppgifter och bemanning beroende på syftet med verksamheten. Vissa team arbetar enbart konsultativt. Flertalet team arbetar med anhörigstöd. Vissa team utför vård- och omsorgsuppgifter. Många av teamen i denna studie arbetar med minnesutredningar.

Uppgifterna styrs också av var i demensförloppet demensteamet har sin fokus. Flertalet av de demensteam som beskrivs i denna studie har sin fokus i demenssjukdomens tidiga skede – att underlätta tidig diagnos och insatser i ett tidigt

skede, och i faser mellan diagnos och till dess att omsorgsbehovet är så stort att det behövs ett demensboende. Vanliga uppgifter för demensteam är

- Delta i och utföra demensutredningar.
- Delta i biståndsbedömningar och vårdplanering.
- Vara en länk mellan olika vårdnivåer och vårdgivare.
- Arbeta med handledning till och kompetensutveckling av personal inom äldreomsorg och primärvård.
- Vara stöd till närstående.
- Arbeta med uppsökande verksamhet.
- Initiera informations- och kompetenshöjande insatser för allmänheten.

Andra uppgifter som vissa team har är t.ex.

- att skapa en tydlig struktur för landstingets och kommunernas insatser för personer med demenssjukdom
- att sprida kunskap om bra förebyggande insatser
- att underlätta för den enskilde att få en minnesutredning i en tidig fas av sjukdomen
- att bistå primärvården med spetskompetens och/eller minnesutredningar
- att arbeta med hemtjänstinsatser anpassat för personer med demenssjukdom.
- att ha telefonrådgivning till personal och allmänhet.

Som vi kommer att se kan dessa olika roller kombineras på olika sätt i de studerade teamen.

Organisation

Organisation, bemanning och uppdrag påverkas av huvudmannaskap och om kommunen har hemsjukvårdsansvaret eller inte. Nio av teamen har både landsting och kommun som sina huvudmän, sex har kommunen och fem landstinget som huvudman.

I gemensamt drivna team (primärvård och kommun) ingår oftast sjuksköterska, läkare, arbetsterapeut och biståndsbedömare/handläggare. I de kommuner där man har hemsjukvården finns distriktssköterskor, biståndshandläggare, distriktsarbetsterapeuter och demenssjuksköterskor i samma organisation. Läkarinsatserna kan då ske på konsultbasis. I de fall då både landsting och kommuner är huvudmän för ett team har det ofta en bredare sammansättning från alla professioner.

I de flesta teamen finns distriktssköterska/demenssjuksköterska och arbetsterapeut. Biståndshandläggare finns med i eller samverkar nära med cirka hälften av teamen. Undersköterskor finns ofta i team som riktar sig till hemtjänsten. Andra yrkesgrupper, som kurator, sjukgymnast och logoped, finns i enstaka team.

Teamen har vanligen tillgång till geriatrikerkonsult eller samarbetar med husläkare.

Teamets organisation påverkas också av var initiativet togs och vilka arbetsområden som är i fokus. Är det geriatriska kliniken som identifierat att problemet är att minnesutredningar sker i för sen fas har teamet sin bas i kliniken, är det stödet till anhöriga som är i fokus har teamet oftast en bas i kommunen och nära koppling till dess anhörigverksamhet. Vissa team har en nära koppling till förvaltningschefer/motsvarande, andra lever sitt liv mer anonymt.

Drygt en tredjedel, sju av teamen, har funnits i ett år, fem team mellan två och fem år och sex team i cirka 10 år.

Orsaker till att projektet startades

I kartläggningen framkom olika motiv för att teamen startades, här listas de vanligaste:

- Öka möjligheter att bo kvar hemma
- Luckor att fylla i vårdkedjan (t.ex.: efter diagnos finns inget stöd förrän man behöver kommunens insatser)
- Brister i samverkan, stärka samverkan, underlätta för olika yrkeskategorier att samverka
- Likvärdig behandling
- Säkerställa utredning och behandling
- Hitta personer med möjlig demenssjukdom tidigt
- Erbjudna diagnos, behandling, uppföljning och stöd
- Vara behjälplig till läkare i primärvården, t.ex. vid misstänkt demens
- Ge tidigt stöd till patient och närstående
- Säkerställa bra insatser vid utredning och behandling av vård ur patient och anhörigperspektiv
- Arbeta med demens strukturerat
- Följa patient från tidigt skede till flytt på särskilt boende, genom utredning och strukturerade uppföljningar
- Stöd vid BPSD-problematik³; Undvika onödiga inläggningar, trygga utskrivningar
- Kunskapspridning. Förstärka stöd i kommunens demensomsorg/vård genom att stötta personal, anhöriga.

Informationsspridning/kanaler

Teamen har haft olika fokus och därmed olika målgrupper. Flertalet av dem har haft i uppdrag såväl att kunna komma in i ett tidigt skede av sjukdomen som att under sjukdomsförloppet vara ett stöd till patienten, dennes närstående och

³ BPSD = beteendemässiga och psykologiska symptom vid demens

personal. För att fullgöra detta uppdrag måste teamen göra sig kända. Detta har skett via olika kanaler:

- Broschyrer som t.ex. finns på vårdcentral, apotek, kommunen, hos biståndshandläggare och hemtjänst, patient- och anhörigorganisationer
- Annonser i tidningar
- Hemsida
- Information till samverkanspersoner
- Föreläsning för anhöriga
- Information till politiker och beslutsfattare
- Öppet hus
- Visningsrum kognitiva hjälpmedel i teamets lokaler
- Metodbok på intranätet samt i en pärm på vardera primärvårdsmottagning.

Vissa projekt berättar att det kan vara svårt nå ut till vissa grupper, som husläkaren. Ett team som funnits i 10 år konstaterar däremot att de är så förankrade även utanför vården och omsorgen att "elbolaget ringt för att de misstänkt demens när personen inte betalt sin räkning".

Utmaningar teamen mött

Flera av teamen har startat tack vare "eldsjälar". De kan ha varit beroende av någon drivande person, och det är sårbart om denne blir sjuk eller slutar sin anställning. Ett team hade inte haft någon projektledare, men konstaterar att det hade behövts från start.

Några projekt har haft svårt att hitta samarbetsformer, och konstaterar att det varit bra om alla parter varit med från början. Det kan också vara administrativt tungt mellan olika vårdgivare.

Det är, påpekar några, viktigt med bra förankring hos förvaltning och politisk ledning i länet, t.ex. när det uppstår svårigheter i samarbetet med läkare eller mellanchefer. "Projektet måste vara förankrat högst upp och längst ner." Projektledaren måste också ge återkoppling till förvaltning, politisk ledning och samverkanspartners.

Det är viktigt att hitta bra stödformer till hemtjänstpersonalen. Det finns behov av kontinuitet och att det är få personer runt personen vilket skapar trygghet. Också viktigt att det är personal som valt att arbeta med demens. Det finns svårigheter med att kunskapsnivån varierar hos olika professioner i kommunerna.

Samarbetet med biståndshandläggarna underlättas, menar några, när det finns biståndshandläggare med i teamet

Många team ska vara stöd till vårdcentraler/husläkarverksamheter. Det kan vara en risk att nyttan av detta inte synliggörs. Nytt, menar vissa av de intervjuade, kan finnas t.ex. om läkare kan hänvisa patient till teamet efter diagnos.

Erfarenheter

Teamen har arbetat olika länge, har olika huvudmannaskap, arbetsuppgifter och bemanning. Det går därför inte att dra några generella slutsatser. Det finns ännu inte några jämförande studier som skulle kunna ge vägledning vilka modeller som kan bidra mest till god vård och välbefinnande för personen som är demenssjuk och dennes närstående. Några reflexioner kan dock göras med ledning av det insamlade materialet om de 23 teamen.

Det finns en tendens att antalet team ökar i landet. Några har arbetat sedan länge men under de senaste åren har det varit en stor ökning. Detta kan till dels tillskrivas de nationella stimulansmedlen, men några av dessa projekt har redan permanentats. Starten av teamen synes vara ett svar på att man identifierat brister i vårdkedjan och stödet till den enskilde och dennes närstående.

Givet denna inriktning på demensteamet är det viktigt att demensteamet hittar bra informationskanaler som passar i de(n) kommun(er) det verkar i, så att teamet får förutsättningar att komma in i en tidig fas av sjukdomen, och att det är enkelt och obyråkratiskt att kontakta teamet.

Cirka hälften har gemensamt huvudmannaskap, vilket ur samverkanssynpunkt synes vara det optimala. Att teamen är tvärprofessionella har fördelar i en ofta fragmentiserad vård, där samverkan mellan olika yrkesgrupper är en bristvara. Det behövs också både socialt, kurativt och medicinskt stöd under demenssjukdomen. Intervjuerna med projektledarna antyder att samarbetet är starkt mellan de olika yrkesgrupperna i de kommuner som har hemsjukvårdsansvaret även i ordinärt boende. I de kommunerna finns även en längre erfarenhet av sammanhållen hemvård.

Av olika skäl visar sig vikten av en förankring hos och stöd på chefsnivå i landsting och kommun. Det kan underlätta för teamet att få ett fungerande samarbete med alla aktörerna runt den äldre. Några team vittnar om problem i samarbetet med husläkare och distriktsarbetsterapeut, vilket kanske skulle ha kunnat undvikas om teamets mandat varit tydligare. Likaså kan en anledning till att några team avvecklats vara att förankringen hos beslutsfattarna varit för låg hos dessa.

Utvärderingar

Det finns inga nordiska studier som visar vilken effekt demensteam av den typ som beskrivs i denna rapport har. Demensteam utanför nordens har vanligen ett annat uppdrag, att bedriva vård och omsorg, och forskning kring dessa team är därför inte helt relevanta i en nordisk kontext.

Den enda svenska studien av ett demensteam hittills har gjorts av FoU Välfärd vid Region Gävleborg. Där beskrivs erfarenheter från demensteamet i Gästrikland. Teamets uppdrag var att komma in i en tidig fas av demenssjukdomen vilket var

svårt att förverkliga. Oftast kopplades teamet in i särskilt svåra ärenden och i en sen fas i demenssjukdomen. Utvärderingen visar dock att teamet såg detta som ett bra sätt att utnyttja teamets kompetens. Demensteamet skulle inte heller arbeta direkt mot anhöriga, utan konsultativt gentemot ordinarie vårdgivare. I själva verket kom en fjärdedel av teamets operativa insatser att ägnas direktkontakter med anhöriga och den demenssjuke. En orsak var att den ordinarie vårdgivaren hade bristande kompetens och tid att möta de anhörigas stora stödbehov. Vanligen kopplades teamet in via biståndshandläggare eller kommunal sjuksköterska. Däremot tog vårdbiträden och undersköterskor sällan kontakt, trots att de var den yrkesgrupp som hade minst kunskaper om demens och minst stöd i sitt arbete (Tillberg Mattsson, Demensteamet i Gästrikland, FoU rapport 2008:1).

En vetenskaplig artikel behandlar den så kallade Kalmarmodellen, där landstinget har en struktur för att förbättra tidig diagnostik i primärvården. Med oförändrade kostnader har en så långt kan bedömas heltäckande diagnostisering kunnat ske, och därmed har en god plattform lagts för att kunna ge behandling och stöd i ett tidigt skede (Jedenius m.fl. 2008 Sc.J.ofPr.HealthCare). Kalmar läns landsting gör bedömningen att tidig diagnos med olika insatser minskar belastning på sjukvården, främst akutsjukvården och möjliggör att bo kvar hemma längre (Strömqvist okt 2006, konferenspresentation).

Några studier är på gång, bl.a. från Nestor FoU-center (http://www.nestor-foucenter.se/projekt/Demens/Samverkan_demens.htm) om verksamheten vid Nynäs vård och Dalarnas Forskningsråd om teamet i Borlänge (http://www.dfr.se/projekt_en.asp?ID=288).

Det är angeläget att det, gärna på nordisk bas, sker en forskningsbaserad utvärdering av demensteamet för att belysa dess nytta för den sjuke och dennes anhöriga, för personal och samhällsekonomiskt.

EXEMPEL PÅ DEMENSTEAM

Att strukturera demensteamen är inte helt enkelt, eftersom deras uppdrag och huvudfokus ser olika ut och inte följer några helt tydliga mönster. Nedan används följande indelning, där dock gränserna är flytande mellan de olika teamen;

- Teambaserade arbetsätt för en bättre struktur
- Team som företrädesvis arbetar konsultativt
- Team som både arbetar konsultativt och med anhörigstöd
- Team som främst eller som del av sitt arbete utför vård/omsorg
- Team där minnesutredningar är en central uppgift
- Team som avvecklats

Uppdelning inom dessa sex rubriker görs också efter om det är kommun, landsting eller båda som är huvudmän. I bilaga 2 redovisas kontaktpersoner för teamen.

Strukturerade samverkansmodeller, landsting och kommun huvudmän

Samverkansprojekt i Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt

Inom sjukvårdsområdet i sydvästra Skåne finns etablerade former för samarbete mellan kommun, primärvård och specialistvård. Sjukvårdsdistriktet består av Malmö stad och kommunerna Trelleborg, Svedala och Vellinge, med cirka 350 000 innevånare. Arbetet bedrivs i tre olika former, varav de två som bedrivs vid universitetssjukhuset är permanent verksamhet.

Närsjukvårdsprojekt i Demensvård i sydvästra Skåne

För att skapa förutsättningar för en god och kostnadseffektiv vård, med befolkningens behov som utgångspunkt, startade Närsjukvårdsprojektet 2006. En regionövergripande styrgrupp, med representation från kommun, primärvård och specialistvård har bildats. Projektet är godkänt av förvaltnings- och ledningsgruppen i Malmö, Trelleborg, Svedala samt i Vellinge. Region Skåne och Socialstyrelsen stödjer projektet ekonomiskt.

Ett syfte är att bygga upp en välfungerande kommunikation mellan de olika huvudmännen för att kunna göra rätt åtgärd på rätt nivå och vid rätt tidpunkt. Närsjukvårdsprojektet syftar till att skapa en stabil modell för identifiering och omhändertagande av personer med demens för att därmed undvika onödigt lidande hos individen och även onödiga problem och vårdkostnader.

I varje stadsdel utses nyckelpersoner med intresse för demenssjukdomar. Hemvården och vårdcentralen ska samarbeta för att identifiera de individer som har en oupptäckt demenssjukdom. Vårdcentralens distriktssjuksköterska/or startar minnesmottagning på vårdcentralen och fungerar även som processansvarig/a. Denna funktion finansieras av projektet. I samband med projektstarten utbildades

involverad personal inom hemvård och primärvård av utsedda personer inom projektet.

Nyckelpersonerna från kommunen, vårdcentralen och Neuropsykiatriska kliniken kommer att bilda ett nätverk som ska hålla tät och kontinuerlig kontakt för att ge varandra stöd och råd. En årlig konferens med gemensamma kompetenshöjande föreläsningar och workshops planeras.

Neuropsykiatriska kliniken

Neuropsykiatriska kliniken vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö har tillsammans med primärvård och kommun arbetat fram en modell för utredningsprocessen. Det neuropsykiatriska teamet består av läkare, sjuksköterskor, skötare, och arbetsterapeut. Teamet har även tillgång till kurator, psykolog samt sjukgymnast. Teamet demensutreder personer som inte har möjligheter att utredas i primärvården eller på Neuropsykiatriska kliniken mottagning. Genom medicinsk rådgivning/behandling och vägledning till personal/närstående i den direkta omvårdnaden fångas tidigt beteendemässiga och psykiska symtom upp. Detta kan förhindra inläggning i specialistvårdens slutenvård. Teamet erbjuder även handledning och utbildning i demenssjukdomar och bemötande som skraddarsys efter behov. Teamet sköter uppföljning av patienter från Neuropsykiatriska kliniken slutenvård som inte kan skötas via mottagningen.

Teamet ska genom konsultverksamhet

- Sprida kunskap om demenssjukdomar hos personal som arbetar med demenssjuka inom upptagningsområdet.
- Genomföra demensutredningar, påbörja och följa upp behandlingar.
- Ge stöd och utbildning till närstående.
- Genom handledning och vägledning förbättra vårdarnas förmåga att hantera uppkomna situationer.
- Ge behandlingsförslag till patientansvarig läkare.

Den som inte har möjlighet att komma till Neuropsykiatriska kliniken mottagning ska få hjälp att få demensdiagnos. Syftet är att förbättra tillvaron för den som är demenssjuk och att förbättra möjligheterna för närstående, kommun och primärvård att ge den vård den demenssjuke behöver. En ambition är att minska behovet av utredning och behandling i slutenvården. Patienterna skall i möjligaste mån få hjälp i sin hemmiljö.

Samarbetet mellan primärvård, Kommun och den neuropsykiatriska kliniken har stärkts. Tidiga insatser och bättre utnyttjande av resurser har gjort att kliniken vårdplatser har halverats utan att vårdkän har ökat. Den demenssjuka kan i dag erbjudas hjälp och behandling i sitt hem. Kompetensen hos vårdpersonal har förbättrats genom utbildning, vägledning och handledning. Detta har resulterat i en kostnadsminskning på 85 procent jämfört med vad liknande insatser kostar inom Neuropsykiatriska kliniken slutenvård.

Yngreverksamheten vid neuropsykiatriska kliniken

Vid Neuropsykiatriska kliniken minnesmottagning finns ett team med olika professioner såsom läkare, arbetsterapeut, kurator, psykolog, sjukgymnast, sjuksköterska och skötare som erbjuder alla som är 65 år och yngre och fått demensdiagnos:

- Ingå i ett strukturerat behandlingsprogram som riktar sig till patient och närstående
- Kuratorskontakt
- Kontinuerlig bedömning av arbetsterapeut och sjukgymnast avseende funktionsförmåga så att hjälpinsatser/vardagsteknik kan sättas in i ett tidigt skede
- Årlig informationskväll – ”mingelkväll” dit samtliga nydiagnostiserade patienter och deras närstående inbjuds
- Samtals-/informationsträffar riktade enbart till yngre patienter
- Samtals-/informationsträffar riktade till de yngre patienternas närstående

Sedan oktober 2007 samverkar yngreverksamheten med Malmö stad i form av en dagverksamhet för yngre med demenssjukdom. Dagverksamheten är ett projekt som Malmö stad är ansvarig för och som drivs i samverkan med Neuropsykiatriska kliniken UMAS.

Strukturerade samverkansmodeller, landstinget huvudman

Kalmarmodellen – systematiskt stöd i hela sjukdomsfasen

Kalmarmodellen utgår från riktlinjer för demensvården, senast reviderade i december 2008, framarbetade gemensamt av landstinget och länets kommuner. Kalmar län har 12 kommuner, folkmängden år 2008 var 234 000 personer. Det finns 28 vård-/hälsocentraler i primärvårdsregi och ett tio tal privatpraktiserande mottagningar. Specialistutredningar utförs vid sjukhusen i Västervik och Kalmar.

Arbetsättet utvecklades 1998 i södra Kalmar läns landsting. En viktig del har varit att utbilda distriktssköterskor till demensansvariga. Dessa distriktssköterskor ska sköta allt från det att kontakt tagits med den äldre till att läkare gör en bedömning. Syftet är att möta patienten i ett så tidigt stadium som möjligt, kunna ge hjälp och stöd i dennes närmiljö, i det egna hemmet. De som är involverade är demensansvarig distriktssköterska i primärvården, distriktsläkare i primärvården, handläggare i kommunen, specialistkompetens i geriatriken, och vid behov distriktsarbetsterapeut och kurator.

Initiativ till demensutredning kan komma från läkare, distriktssköterska, undersköterska, handläggare, vårdbiträde eller anhörig. Den demensansvariga sjuksköterskan ansvarar för demensutredningen och gör först ett hembesök för bedömning. Bedömningen lämnas till den ansvariga distriktsläkaren som beslutar om utredning eller annan åtgärd. Distriktsläkaren beslutar om vilka åtgärder som

skall vidtas enligt checklista/vårdprogram. Om utredning initieras ansvarar sjuksköterskan för uppföljning enligt lista, såsom anamnes (patient och närstående), MMSE, klocktest, blodtryckskontroll m.m. Patient och närstående informeras om kommunens handläggare som vid behov startar sin del i utredningen för bistånd av hjälp och stödinsatser. Läkarbesök bokas för undersökning och remisser utfärdas för nödvändiga undersökningar. Vid det andra läkarbesöket informeras patient och närstående om utredningens resultat. Vid behov utfärdas remiss till specialistklinik. En vårdplanering hålls därefter med patient, närstående och personal från primärvård och kommun. Uppföljning av individuella vårdplaner och uppföljning av behandling vid demenssjukdom sker efter sex och 12 månader utifrån checklistan.

Demenssamordnare/vårdutvecklare har utbildat länets 25 demensansvariga distriktssköterskor och kommunens handläggare (specifika handläggare för personer med demenssjukdom).

Landstinget bedömer att denna arbetsmodell kunnat bidra till

- att identifiera patienten tidigare i sjukdomen (vid i snitt MMSE⁴ 19 år 1999, vid 25 år 2005)
- att den äldre kan bo kvar längre hemma
- att anhöriga blir en partner i vårdprocessen
- få akutfall (inget fredagskaos)
- tydlig arbetsfördelning
- framförhållning i arbetet
- bättre läkemedelsanvändning för äldre
- 15 procent färre äldre som söker ”akuten”
- oförändrad besöksfrekvens på vårdcentraler

Anhörigstöd anordnas av primärvårdens demenssjuksköterska och omfattar tre utbildningstillfällen. Efter dessa tre träffar ansvarar kommunen för sammankallande av anhörigrupper, cirka en gång per månad, men samarbetet fortsätter mellan kommun och primärvård vad gäller lokaler och föreläsare.

Västmanlandsmodellen – Neurokognitiv utredning och uppföljning i primärvården. Från tidig upptäckt genom hela vårdkedjan.

Initiativet till Västmanlandsmodellen kom från geriatriska kliniken i Västerås, och är en vidareutveckling av ”Kalmarmodellen”. Projektet finansieras med stimulansmedel och startade i november 2007, pågår 2009 ut. Syftet är att hitta patienterna tidigt i sjukdomsutvecklingen för behandling.

Projektet består av en heltids projektledare för projektet i sin helhet. I projektet ingår deltids läkare, distriktssköterska och arbetsterapeut fördelade i de pilotområden som ingår i projektet. För år 2009 är det totalt 14 primärvårdsområden, av länets totalt 34 i Västmanlands län, som har ca 262 000 invånare.

⁴ MMSE (Mini Mental State Examination) är ett screeningtest för att mäta kognitiva funktioner

I övrigt sker teambemanningen utifrån den enskilde individens behov. Teamet arbetar utifrån en välstrukturerad process och utgår från primärvårdsmottagningen. De arbetar tillsammans med övriga i det professionella nätverket runt patienter och anhöriga. Hembesök görs av demensansvarig distriktssköterska samt arbetsterapeut, som utgör centrum i teamet. Tidig kontakt tas med kommunens biståndshandläggare och demensvårdsutvecklare m.fl., i samråd med patient och anhörig. Tanken är att de som sedan kommer in i patientens professionella nätverk, gör det utifrån vad den enskilda patienten och dess anhöriga behöver. Syftet med det är att hela tiden ha starkt fokus på patientens och anhörigas behov.

All personal i de primärvårdsområden som är med har genomgått "Demenskompetens" skapad av Jan Marcusson. En av geriatriklinikens specialistläkare har utgått från den i kompetensutvecklingen. Teamet har tid för handledning enligt behov på respektive primärvårdsområde. En del har varje vecka och andra har varannan vecka.

I projektet har man börjat bygga en e-utbildning av processen tillsammans med landstingets lärcentrum. Detta för att utbilda "kärnan" i primärvårdens team – läkare, demenskoordinerande distriktssköterska och arbetsterapeuten. Man utvecklar också en metodbok som ska finnas på landstingets intranät, för att lätt kunna visa nyanställd personal m fl. hur man arbetar med patientgruppen. Likaså fungerar metodboken som en "karta" i en arbetsvardag.

Som uppföljning görs en retrospektiv studie där MMT-snitt, från de 2 förevarande åren, jämförs med MMT-snitt under projekttiden. Denna statistik visar om man hittar fler och/eller tidigare. Ganska omgående visade projektet goda resultat som kontinuerligt följs upp med hälsoekonomisk analys.

Vidare gör teamet en retrospektiv studie där de hör hur anhöriga, två år tillbaka i tiden, har upplevt omhändertagandet vid utredning och uppföljning. De jämför sedan med dem som blir utredda enligt teamets process.

Svårigheterna är att förhållanden kan vara olika i olika kommuner. Det är därför viktigt med ett bra lokalt nätverk i länets kommuner – vilket man anser att man har i Västmanland. Dessutom bjuds kommunledningarna in vid projektpresentation i primärvården. Då skapas det genast en kontaktyta och kommunerna kan då starta en "parallellprocess", för adekvat stöd, till de patienter som utreds och följs upp i primärvården. Det finns också ett nätverk i Västmanland där kommunernas demenssamordnare och primärvårdens demenskoordinerande distriktssköterskor finns med.

Ett hinder kan ibland vara att man inte ser de hälsoekonomiska fördelarna med arbetssättet. Som projektledaren är det viktigt att processen är väl förankrad hos dem som beslutar (koncern- och politisk ledning).

Fokus i projektet är att kvalitetssäkra och – utveckla processen. Att skapa en process som ska vara "livskraftig" och "okänslig" för omständigheter. I det arbetet

ingår, bland annat e-utbildning, metodbok, förankring i verksamheter och ledning, förankring i lokala samt nationella riktlinjer men också i en ekonomisk ersättningsmodell förankrad i kvalitetsmål. Det sistnämnda utvecklingsarbetet sker i samarbete med koncernledningen och en hälsoekonom. För övrigt sker projektarbetet med stort stöd från koncern- och politisk ledning.

Team som arbetar både med struktur och individ, kommun huvudman

Demensteamet i Jönköping

Teamet är en permanent verksamhet som startade i slutet på 90-talet med två demensteam i olika delar av kommunen. Sedan hösten 2003 är det ett demensteam som omfattar hela kommunen. Detta är ett samarbetsavtal mellan Jönköpings kommun och Jönköpings läns landsting. Kommunen har nära 125 000 innevånare.

Syftet är

- att följa patient/närstående längs hela vårdkedjan
- att finnas som stöd/konsult både för insatser gällande social och/eller medicinsk karaktär
- att fortbilda, utbilda och handleda personal inom demensomsorg och hemtjänst
- att vara en resurs för biståndshandläggare, distriktssköterskor, distriktsläkare m.fl.
- att utveckla demensomsorgen inom kommunen

Bemanningen på kommunsidan är två arbetsterapeuter, tre sjuksköterskor, tre biståndshandläggare. En demensansvarig distriktssköterska/distriktsarbetsterapeut på varje vårdcentral är knuten till teamet. En överläkare från Geriatriska kliniken är knuten till teamet som rådgivare och konsult.

Teamet medverkar i pågående utvecklingsgrupper både på kommunal och på specialistnivå t.ex. i samverkansgrupp kommun-geriatrik gällande personer med beteendeproblematik. Teamet deltar i diskussioner rörande framtida behov av dagverksamhet, korttidsboenden och gruppboenden för personer med demensproblematik.

Teamet ger stöd till patient/närstående i form av samtal, information enskilt eller i grupp. De genomför hembesök efter att ha blivit kontaktad av någon som observerat problematiken. Teamet kan initiera utredning på vårdcentral och biståndsbedömning. Teamet utför en kognitiv skattning samt anhörigintervju i hemmet, som en del i en demensutredning. Teamet stödjer och följer den sjuke och anhöriga genom hela vårdkedjan.

Teamet följer upp specifik läkemedelsbehandling enligt lokal rekommendation från geriatrisk klinik. Det ansvarar för placering på kommunens dagvård,

korttidsvård samt boenden för personer med demensproblematik. Utifrån dess vårdkedjetänkande har det kännedom om patienten vilket gör att placering utgår från individuella, sociala samt gruppdynamiska förutsättningar.

Teamet tillhandahåller utbildning/handledning inom kommunens verksamheter. Det ger utbildning/information till studenter på Hälsohögskolan, till pensionärsorganisationer, närstående och där det efterfrågas.

Team som företrädesvis arbetar konsultativt, landsting och kommun huvudmän

Team i Gästrikland

Demensteamet startade 2005 i form av ett samverkansavtal mellan de fyra kommunerna Gävle, Hofors, Ockelbo och Sandviken samt primärvården Gästrikland och Gävle sjukhus. Gävle har 90 000, Sandviken 37 000, Hofors 10 000 och Ockelbo 6 000 innevånare.

Demensteamet består av arbetsterapeuter, biståndshandläggare och sjuksköterskor som arbetar konsultativt gentemot kommun- och landstingsanställd personal. Fem är kommunanställda och tre landstingsanställda

Ledningsgruppen består av olika chefsfunktioner från kommunernas äldreomsorg, chefen för primärvårdens arbetsterapeuter och chefen för Geriatriska kliniken. Teamet har ingen chef, teammedlemmarna turas om att vara samordnare och dokumentera arbetet och vara en länk mot ledningsgruppen.

Samverkansavtalets syfte är bl.a. att det konsultativa arbetssättet ska vara ett lärande i samverkan och att utvecklingen inom demensområdet ska spridas och komma till praktisk användning. Teamet har en viktig roll som brobyggare mellan professioner och huvudmän i Gästrikland. De flesta av teamets insatser initieras genom att någon från ordinarie demensvården tar kontakt med en teammedlem som har samma huvudman och även profession. Teamet förmedlar även kontakter mellan vårdgivarna. De landstingsanställda har "hela Gästrikland" som arbetsfält, de kommunanställda arbetar oftast i "egna kommunen", detta var dock inte tanken utan alla skulle arbeta över hela området.

Teamet kan arbeta operativt konsultativt; teamet arbetar då parallellt med ordinarie vårdgivare i enskilda ärenden. T ex kan teamet träffa en personalgrupp på ett särskilt boende för att ge stöd och råd i bemötandet av en orolig pensionär. Teamet kan också arbeta strategiskt konsultativt. Här handlar det övervägande om fortbildning och verksamhetsutveckling. Studiecirkel riktade till kommunanställd personal dominerar men även insatser för att förbättra rutiner och arbetsplanering hos personalgrupper vid särskilda boenden. Teamet ger utrymme för reflektion/bekräftelse, är flexibelt, kan rycka ut med kort varsel, "kommer utifrån och kan vara obekväma", har spetskunskap och har kännedom om specialfall, omvärldsbevakar och sprider kunskapen vidare.

Teamet ska inte arbeta direkt mot enskilda anhöriga utan parallellt med ordinarie vårdgivare. En fjärdedel av teamets operativa insatser utgörs dock av direktkontakt med enskilda anhöriga eller patienter. Erfarenheter från teamet visar på att ordinarie vårdgivare ofta har brist på både kunskap och tid för att bemöta de anhörigas stora stödbehov.

Det framkommer att hemtjänstpersonal generellt har mindre kunskap om demens och mindre stöttning i sitt arbete än de som arbetar i särskilda boenden. Ändå riktade teamet få insatser till hemtjänstpersonal. Anledningen kan vara den rent konsultativa rollen, dvs. att hemtjänstpersonalen inte hör av sig. En möjlig utvecklingsväg bedöms vara att teamet får mandat att spela en mer aktiv, uppsökande roll i kunskapsspridningen och i skapandet av större kontinuitet och kvalitet i demensvården.

Som redovisats ovan har FoU Välfärd vid region Gävleborg genomfört en utvärdering som visar att samarbetet fungerar väl (FoU rapport 2008:1), men att teamet i högre utsträckning bör gå ut själv för att nå ut i en tidig fas och nå ut till vårdbiträden och undersköterskor. Även om teamet skulle ha en konsultativ roll gentemot personal har det fått en viktig roll för stöd till anhöriga och patienter.

Team som företrädesvis arbetar konsultativt, kommun huvudman

Demenscentrum i Örebro

Demenscentrum är en permanent verksamhet med Örebro kommun som sin huvudman. Örebro har cirka 132 000 innevånare. Verksamheten startade 1994 och är en del av Örebro kommuns demensvård. Demensteamet bildades 2000 och består av medarbetare från verksamhetens olika vårdformer.

I Demenscentrum finns följande verksamheter: samtlig demensdagvård hos kommunen, korttids- och växelvård för demenssjuka, olika boendegrupper för yngre, frontotemporala, BPSD och vårdboende för personer med demenssjukdom och arbetar enligt vårdkedjan för demenssjuka.

Verksamheten är ett kunskapscentrum i demensvård i Örebro och en resurs för andra kommuner eller andra intressenter exempelvis serviceföretag, församlingar, tandvård, bostadsföretag som möter personer med demenssjukdom. Verksamheten arbetar med att utifrån vetenskapliga studier, samt nya krav och efterfrågan, ständigt utveckla och förbättra vården.

Demensteamet består av enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och undersköterska som har största delen av sin tjänstgöring inom Demenscentrums vårdverksamheter. Demensteamet träffas regelbundet för planering och genomförande av de olika uppdrag som efterfrågas.

Demensteamet erbjuder utbildning anpassad för verksamheterna i samråd med kund. Utbudet består av: fem halvdagar grundutbildning i demens, fördjupnings-

utbildning, temautbildningar exempelvis: BPSD, dagvård, natt. Konsultationer och handledning erbjuds också till personalgrupper.

Teamet ger stöd till olika personalkategorier i skilda frågor kring den goda demensvården. Teamet kan också få frågor från någon enhet som till exempel kan handla om organisationsfrågor eller frågor kring demenssjukdom. Frågorna kan besvaras genom telefonsamtal eller besök. En mer djupgående konsultation läggs upp i tre steg; observation, träff med berörda samt uppföljning. Teamet ger även handledning och rådgivning till andra kommuner i länet, kyrkan och väntjänst.

Demensteamet samarbetar med kommunens anhörigcentrum. Teamet medverkar vid anhörigträffar.

Information om teamet sprids via foldrar, kontakter, och kommunens webbsida.

Team som arbetar konsultativt och med anhörigstöd, kommun huvudman

Demensteamet i Kungälv

Huvudman är Kungälv kommun med nära 40 000 innevånare. Teamet kom till på politikiskt initiativ, startade februari 2008 och är tvåårigt. En bakgrund var att flera äldreboenden för personer med demens hade öppnats och att en demenssjuksköterska anställdes. Arbetsterapeut och sjukgymnast på Kommun-Rehab fick i uppdrag att arbeta specifikt mot personer med demens. Stimulansbidrag söktes och erhöles för start av ett demensteam. Bemanningen är en heltids demenssjuksköterska, tre undersköterskor samt arbetsterapeut och sjukgymnast som arbetar konsultativt.

Teamets uppdrag är kunskapsspridning. Demensteamet vill hjälpa till med att utveckla och förstärka stödet i kommunens demensomsorg/vård genom att stötta personal, anhöriga/närstående och medborgare. Det arbetar tvärprofessionellt, dock utan läkare. Det arbetar både mot ordinärt och särskilt boende. Det samverkar med alla vårdcentraler i kommunen samt minnesmottagningen på Mölndals sjukhus. Kontakt fås via telefon, remisser, samarbete med biståndshandläggarna.

Arbetsformerna är samtal, hembesök, information och stöttning till den äldre och dennes närstående; insatser i hemtjänst och särskilt boende genom utbildning, uppföljning, återkoppling, omvårdnadshandledning, hjälpmedel och förflyttnings problematik. Teamet kan också bistå med ledsagning, MMT och att initiera läkarbesök.

Information om teamet sprids via foldrar, hemsida, ”mun till mun”, via projektet ”Säkerhet för äldre”, massmedia, APT, besök på vårdcentraler, Alzheimer-föreningen och demensförbundet.

Personalen bedömer att arbetssättet är bra, ”vi känner att vi når fram”. Det tog dock tid att etablera demensteamet i kommunen.

Demensteam i Partille

Demensteamet i Partille drivs av kommunen med cirka 34 000 innevånare som ett projekt under 2008 och 2009. Projektet startade eftersom kommunen bedömde att fler och fler personer drabbas av demenssjukdom och att det därmed uppstod ett ökat behov av insatser från kommunen. Dessutom gavs möjlighet att söka stimulansmedel. Syftet är att möjliggöra kvarboende i egna hemmet för personer med demenssjukdom. Projektet finansieras med stimulansmedel. Teamet har begränsad samverkan med landstinget, har besökt vårdcentralerna och lämnat informationsmaterial.

Teamet består av demenssköterska (75 %), arbetsterapeut (75 %), specialutbildad undersköterska (50 %). Alla har bred kunskap om och lång erfarenhet av demens och de problem som sjukdomen kan medföra. Härutöver finns en projektledare (ca 12 timmar/vecka) som håller i möten, rapporterar till beställare och sköter det administrativa så att teammedlemmarna kan lägga tid på de som behöver hjälp. Projektledaren ingår inte i demensteamet.

I första hand riktar sig demensteamet till personer med demens som bor i ordinärt boende. Personerna får kontakt med teamet via kommunens olika verksamheter t ex bistånd, hemtjänst. Anhöriga kontaktar teamet och vissa ringer själva. Basutredningen sköts av primärvård/ landsting men teamet medverkar vid behov. Alla patienter som teamet varit i kontakt med följs upp. Teamet samverkar med minnesmottagningen i Mölndal, läkare, hemsjukvård, rehabilitering, hemtjänst, anhöriga, verksamhetschefer mfl.

Demensteamets insatser är kostnadsfria och kräver inget biståndsbeslut.

Teamet ger råd och stöd åt personer med demenssjukdom, deras anhöriga och omsorgspersonal. Det gör man bland annat genom att erbjuda enskilda samtal och hembesök, rådgivning och utbildning av anhöriga samt handledning åt personal. Demensteamet hjälper också till att pröva ut kognitiva hjälpmedel för personer med demens.

Demenssjuksköterskan gör testerna. Arbetsterapeuter tipsar om hjälpmedel. Övriga uppgifter; samtal, information, stöttning utförs av alla i teamet. Hembesök utförs av alla. Som bedömningsinstrument används MMT. Uppföljning sker vid behov via telefon eller besök av den som teamet haft mest kontakt med personen

Demensteamet håller i utbildningar och handledning för personal som arbetar med personer med demenssjukdom. Teamet medverkar även på arbetsplatsmöten och har genomfört en studiecirkel för anhöriga. I kommunen finns en anhörigsamordnare som teamet arbetar nära tillsammans med. Teamet medverkar på anhörigträffar varannan vecka.

Information om teamet sker på vårdplaneringsmöten samt informationsblad som lämnats på vårdcentraler.

Teamet ser ett behov av att ha med en biståndshandläggare i teamet, för att underlätta arbetet. Dessutom behövs mer insats från demenssköterska än 75 %. Det är med nuvarande bemanning svårt att hinna med, under 2008 har teamet registrerat över 100 nya ärenden. Varje ärende tar tid med initiala besök, insatser, uppföljning, telefonkontakt, samtal med anhöriga. osv.

Team som arbetar konsultativt och även individuellt, kommun och landsting huvudman

Borås demensteam

Huvudman för Borås demensteam är landstinget och kommunen – några i teamet är anställda av kommun och några av primärvården. Projektet startade november 2007 och beräknas pågå hela 2009. Teamet är tvärprofessionellt med fokus på hembesök i patientens egen miljö. Teamet består av två arbetsterapeuter, två sjuksköterskor, två undersköterskor på halvtid och en sjukgymnast. Borås har cirka 100 000 innevånare.

Syftet är att fylla luckor i dagens vård. Efter diagnos på vårdcentralen finns inget förrän man behöver kommunens insatser. Teamet vill vara ett stöd under denna period. Råd och stöd till patient och närstående, utprovning av kognitiva hjälpmedel, hjälpa till med kontakter med berörda, t.ex. vårdcentral, kommunen osv.

Teamet arbetar i första hand för personer som bor i eget boende. Teamet gör inga egna utredningar men är behjälplig i de fall där vårdcentralen vill ha mer hjälp med utredningen. Har visningsrum för kognitiva hjälpmedel som är öppet för alla. Har telefonlinje öppet varje vardag 9-15. som alla i teamet ansvarar för. Patienter som de träffar bor i eget boende och är under eller över 65 år. Teamet har inga krav på diagnos utan kan vara läkaren behjälplig i utredningen. Teamet erbjuder enligt sin hemsida:

- Samtalskontakt via telefon på vardagar
- Hembesök om Ni önskar, eller så kan vi träffas i våra lokaler
- Visningsrum för hjälpmedel som underlättar vardagen
- Förmedla kontakt med anhöriggrupper och andra verksamheter i Borås Stad
- Vi är kostnadsfria

Teamet har startat nätverk för demenssköterskor på vårdcentral, och planerar nätverk med biståndshandläggare i kommun för att förbättra samarbete. Teamet har också startat ett nätverk lokalt för arbetsterapeuter.

Teamet förmedlar kontakter med anhöriggrupper och andra verksamheter i Borås stad och samarbetar med datastödet Action. Teamets undersköterskor arbetar även

med Action, med gruppträffar för både närstående och de demenssjuka under 12 tillfällen. Ett av tillfällena hos teamet i visningsrummet med kognitiva hjälpmedel. Teamet samarbetar om patienterna, de kan vara både aktuella hos teamet och ingå i actiongruppen.

Broschyrer om teamet finns på alla vårdcentraler samt hos kommunernas biståndsbedömare, sjuksköterskor mm. Teamet har varit ute hos alla frivilligorganisationer och pensionärsföreningar och informerat. Teamet skall ut till alla hemtjänstgrupper och informera om sig, om demens i stort, tidiga tecken osv. Teamet är delaktigt i inspirationsdagar om demens för att sprida sitt uppdrag och sina erfarenheter vidare.

En svårighet teamet pekar på är att eftersom teamet arbetar för att ge stöd till vårdcentral och inte ta över någons arbete så finns det risk att projektet eller nyttan med projektet inte synliggörs. Nyttan, menar teamet, kan vi ju själva se genom att vi hjälper våra patienter. Nyttan är också att läkare och sjuksköterska på vårdcentralen vet att de har någon att hänvisa till efter satt diagnos. Svårigheter hittills är att nå ut till läkare och att få dem att hänvisa till teamet, som har kommit en bra bit på väg, och arbetar på detta kontinuerligt.

Team som även har visst ansvar för vård/omsorg, kommun och landsting huvudman

Demensteam i Borlänge

Projektet startades 2006 med stöd av pengar från Kompetensstegen, men from 2008 är det en permanent verksamhet. Huvudmän är Dalarnas läns landsting och Borlänge kommun. Borlänge har 48 000 innevånare. Teamet arbetar för personer som bor i ordinärt boende. Målet med projektet är att verka för att ge vårdtagare med demenssjukdomar en god och säker omvårdnad, ökad trygghet och ökade förutsättningar för att bo kvar i det egna hemmet. Teamet svarar även för en ökad utbildning i demensvård för hemtjänstpersonalen. Personalgruppen består av distriktssköterska och arbetsterapeut från vårdcentralen, biståndshandläggare, enhetschef och speciellt utbildad hemtjänstpersonal i kommunen. Personalen som utför hemtjänstinsatserna har genomgått en fem veckor lång demensutbildning vid kommunens vuxenutbildning samt mindre kurser och föreläsningar såsom ”Trädgård i vården”, ”Musik i vården” och ”En bättre demensvård”.

Personen ”skrivs in i” teamet antingen via vårdcentralen eller är redan känd av kommunen. Det är inte alltid personen i fråga har en demensdiagnos vid inskrivning och då initieras en sådan av distriktssköterskan. Demensteamet stödjer även de anhöriga genom avlastning, information om demenshandikappet och information om intresseorganisationer. Anhörigträffar sker i mindre grupper och det finns en anhörigkonsulent.

Det har varit svårt att hitta samarbetsformerna, alla parter hade behövt vara med från början. Distriktssköterskor önskar att de kan vara med mera i teamet, de

förväntas ibland svara på frågor om personer de inte känner. Det saknades länge någon person som höll samman teamet men nu är det enhetschefen som har den funktionen vilket fungerar bra. Avståenden är stora i Borlänge vilket ger restider för hemtjänstpersonalen, men det är viktigt att det är samma hemtjänstpersonal som återkommer till vårdtagarna.

Dalarnas forskningsråd utvärderar projektet löpande och en slutrapport kommer under 2009.

Team där minnesutredningar är en viktig del, landstinget huvudman

Utökat ansvar för minnesmottagningen vid Nynäs vård

I Nynäshamns kommun med 25 000 innevånare finns Nynäs vård, som bl.a. bedriver geriatrisk vård. Under våren 2004 formulerade geriatriken, primärvården och äldreomsorgen i Nynäshamn en önskan om att stärka samverkan kring äldre personer med demenssjukdom. Nestor FoU-center intervjuade äldre personer som gjort en minnesutredning. Resultatet visade återkommande avbrutna eller utdragna utredningsprocesser, avsaknad av lokal samordning och att den äldre och dennes närstående ofta lämnades ensamma utan stöd och uppföljning.

Minnesenheten vid Nynäs vård fick därför ett uppdrag från Stockholms läns landsting att ansvara för minnesutredningar i både steg 1 och steg 2. Den ska följa upp de personer som fått diagnos och vara rådgivande för äldre bland allmänheten samt deras närstående. Den ska även vara resurs för kompetensutveckling för personal inom hemtjänst, dagverksamhet, särskilt boende och äldreomsorg. Minnesenheten ska följa den äldre före, under och efter utredningen, och ändamålsenliga kontaktnät mellan geriatrik, kommun och primärvård skall etableras.

Minnesenheten erbjuder råd och stöd för personer med demenssjukdom/kognitiv svikt och deras närstående. Efter behov från den äldre/närstående fungerar enheten som "lots" och informerar om möjliga kontakter med äldreomsorg och äldreomsorg. Den är tillgänglig för telefonrådgivning kl 08.00-17.00. Enheten samverkar med biståndshandläggare för att följa upp den äldres situation när den äldre har insatser från äldreomsorgen.

Enheten leder anhörigstödgrupp för make/maka, sambo. Under våren 09 kommer en informationsträff att hållas för söner/döttrar till personer med demens.

Kuratorn i teamet ger bl.a. individuellt samtalsstöd till anhöriga, har motiverande samtal med patienter t.ex. när det gäller dagvård. Kuratorn kan också följa med patienten på "studiebesök" till dagvården. Kuratorn är också rådgivande vid ekonomiska frågor t.ex. vid flyttning till särskilt boende och tar också hand om färdtjänstfrågor, god man frågor etc.

Minnesenheten på Nynäs Vård har startat handledning/utbildning för hemtjänstpersonal och personal på särskilt boende och dagverksamhet. Personalen

har varit i omgångar på studiebesök till Minnesenheten och de uppmuntras till att kontakta enheten vid frågor som rör det dagliga arbetet. Berörda enhetschefer har fått information om verksamheten. Minnesenheten ger också stöd/handledning vid individuella patientfall till personalen på särskilda boenden när det gäller bemötande och BPSD problematik.

Personalen på minnesenheten består av 1,6 sjuksköterska (2 personer), 0,75 arbetsterapeut + 0,25 projektkoordinator (1 person), 0,75 läkare (1 person), 0,25 kurator (1 person), 0,10 logoped (1 person) och 0,50 biståndshandläggare (1 person).

Nynäs vård har informerat om detta arbete genom öppet hus 2007, annons i Nynäs Posten, via det allmänna infobladet om anhörigstödgrupper i kommunen mm. Vidare har verksamheten presenterats till kommunens enhetschefer för hemtjänst, särskilda boenden och dagverksamhet. Infoskärm finns i entrén till sjukhuset med presentation av Minnesenheten.

En utvärdering sker via Nestor FoU-Center, och den kommer att slutrapporteras i en FoU-rapport 2011.

Mobilt Demensteam inom primärvården. Marks primärvård, Svenljunga primärvård och Tranemo primärvård.

Teamet startade september 2003, med statliga stimulansmedel. Huvudman är landstinget. I teamet ingår 1,5 fasta tjänster, en heltids sjuksköterska och en halvtids arbetsterapeut.

Demensteamets huvudsakliga uppgift är att vara respektive patientansvarig läkare (PAL) behjälplig vid misstanke att demenssjukdom föreligger. Teamet gör basutredningen, anamnes, tester samt funktionsbedömning, vanligen vid hembesök. Teamet jobbar till stor del med remisser från respektive PAL. Men det förekommer också att biståndshandläggare aktualiserar ett ärende eller att anhöriga ringer direkt. När det är biståndshandläggare eller anhöriga som aktualiserar ett ärende är det demensteamet som kopplar in respektive PAL.

Demensteamets uppdrag är att:

- Efter initiativ från läkare, sjuksköterska i kommun och primärvård och biståndshandläggare utföra utredningar och andra förberedande åtgärder innan diagnos kan fastställas och stödinsatser påbörjas.
- Göra uppföljning av läkemedelsbehandling och andra stödinsatser såsom kognitiva hjälpmedel.
- Initiera/samverka till de stödåtgärder som kan bli aktuella i det enskilda fallet.
- Förmedla praktisk och teoretisk kunskap till personen med demenssjukdom och dennes närstående.
- Att arbeta konsultativt och vara en resurs till andra vårdgivare i frågor som rör demenssjukdom och problematik som kan uppstå kring detta.
- Främja samverkan mellan vårdgivare för att personer med demenssjukdom och deras närstående ska få det stöd de har rätt till.

- Utveckla stöd/råd till demenssjuka och närstående i olika vardags-situationer ("Hjälpmedelstorget").

I Marks primärvård har teamet initierat anhörigutbildning (5 tillfällen) i samarbete med kommunens anhörigkonsulenter.

Det finns administrativa och kommunikativa svårigheter för ett effektivt arbete över primärvårdsgränserna.

Kalixmodellen – tidig upptäckt och minnesutredning

Huvudman är Norrbottens läns landsting. Teamet arbetar inte bara med demens utan även med andra diagnosgrupper eftersom vi är en vårdcentral. Däremot har gruppen utbildning och långårig kompetens inom området. Distrikts-arbetsterapeuten och distriktssköterskan ingår i team med distriktsläkare i utredning och uppföljning av kognitiv svikt.

Upprinnelsen till arbetsmodellen var de nya möjligheterna med bromsmedicinbehandling. En arbetsgrupp påbörjade arbete för att finna metoder hur de kunde utreda, behandla och följa upp demenspatienter. Syftet med arbetet är att följa patienter från tidigt skede till flytt till särskilt boende genom utredning och strukturerade uppföljningar. Ambitionen är att ge ett gott omhändertagande av patienten och vara ett stöd för anhöriga. Anhörig och/ eller patient kan söka själv för första bedömning.

Första besök sker till läkare eller arbetsterapeut. Arbetsterapeuten träffar alla patienter. Distriktsarbetsterapeuten gör hembesök vid behov, använder bedömningsinstrument enligt Luria och olika tester. Patienterna utreds på vårdcentralen. En del skickas till Geriatriska kliniken. Distriktssköterskan kommer in oftast angående medicineringen och hon hjälper också till vid uppföljningen.

Gruppen har en fortlöpande kontakt via aktuella patienter med hemtjänsten. Gruppen är tillgänglig för uppföljningar utefter patienternas och anhörigas behov. De kan kontakta gruppen när som helst. Den förmedlar också kontakt med anhörigföreningar och kommunen som har egna anhöriggrupper.

Uppföljningar görs enligt SATS- Modellen, behandlingsstudie ledd från Psykogeriatriska enheten i Malmö.

Team med specialinriktning, landsting och kommun samverkar

Mobila demensteamet i Linköping – stöd och behandling vid svåra symptom

Huvudman är Östergötlands läns landsting i samverkan med Linköpings kommun. Projektet startade 2007, som ett samverkansprojekt mellan Geriatriska kliniken, primärvården och Linköpings kommun. Sjuksköterska på Geriatriska kliniken är

vårdprocessledare/projektansvarig på 40 procent. I teamet ingår även två undersköterskor på 40 procent, en arbetsterapeut på 20 procent och tillgång till läkare.

Syftet är att utveckla vården för personer med demenssjukdom med svåra symtom (BPSD) genom skapandet av en modell för utvecklad samverkan mellan geriatrika kliniken, demensenheten, Linköpings kommuns äldreomsorg och primärvården. *Delsyfte 1:* stöd i sitt ordinarie boende, undvika onödiga inläggningar. Teamet utreder, diagnostiserar, behandlar och vägleder under en begränsad period och på ett sådant sätt att den primära vårdgivaren kan ta tillbaka det fulla vårdansvaret när teamets insatser är avslutade. *Delsyfte 2:* att skapa flexibla och trygga utskrivningar för den enskilde från slutenvårdsplatserna på Geriatriska kliniken. *Delsyfte 3:* Utveckla lärprocessen. Vara en koppling/komplement till andra utbildningsinsatser och handledning

Teamet verkar för att individen ska ges vård och stöd i sitt ordinarie boende och kan vara ett alternativ till inläggning på sjukhus. De erbjuder diagnostik, behandling, stöd och vägledning.

Team där minnesutredningar är en viktig del, landsting och kommun huvudman

Söderhamns demensteam

Gävleborgs läns landsting och Söderhamns kommun är huvudman för teamet, som är permanent verksamhet i landstinget och projekt i kommunen, finansierat med stimulansmedel. Söderhamn har cirka 26 000 innevånare. Teamet arbetar för personer i ordinärt boende. Teamet startade september 2007. Kommunens del i teamet permanentades 1/1 2009 och den demenshandläggare som tidigare arbetat halvtid fick nu heltid.

I demensteamet arbetar idag en distriktssköterska (demenssköterska) på heltid anställd av primärvården och en handläggare (demenshandläggare) på heltid anställd av kommunen. Teamet arbetar ihop med sina vård- och omsorgsgrannar via en samverkansgrupp.

Syftet med teamet är samverkan mellan kommun och primärvård för att hitta gemensamma riktlinjer och en strävan efter att kunna möta personen så tidigt som möjligt i sjukdomsprocessen. Detta för att stödja och erbjuda hjälp i personens närmiljö, i det egna hemmet.

Det behövs ingen remiss för att komma i kontakt med teamet. Kontakt kan ske från anhöriga, den enskilde själv, personal i hemtjänst, läkare, distriktssköterskor, biståndshandläggare, anhörigkonsulent och andra aktörer inom vård och omsorg. Ibland kan specialistmottagning kontakta demensteamet om en person som genomgått en utredning hos dem och ett behov av stöd, hjälp och eventuellt kommunala insatser behövs.

Distriktssköterskan i teamet ansvarar för demensutredningen och kan göra ett besök för en första bedömning och då om behov finns utföra minnestest i hemmet hos den enskilde. Hon följer upp den demenssjuke och deras anhöriga var 6:e månad med MMT, klocktest och även anhörigas upplevelse av förändringar i sjukdomsbilden. Hon arbetar mot samtliga distriktsläkare och rapporterar till läkaren efter att minnestest/bedömning gjorts. Distriktsläkaren tar sedan beslut om en demensutredning skall göras eller annan åtgärd. Demenshandläggaren i teamet ansvarar för information om stöd och hjälpinsatser som finns inom kommunen. Detta kan ske i informativt syfte i ett tidigt skede för att den enskilde och anhöriga, alternativt rättslig företrädare skall känna trygghet i att veta var de kan vända sig om de vill ansöka om insatser.

Handläggaren ansvarar vid ansökan för bedömning av behov av bistånd enligt socialtjänstlagen. Gemensamma hembesök kan även ske tillsammans med anhörigkonsulent, hemtjänstpersonal, boendehandläggare, hemtjänsthandläggare, socialtjänsten eller annan aktör inom vård och omsorg.

Uppföljning av beviljade insatser sker regelbundet vilket demenshandläggaren ansvarar för. Vårdplanering sker efter läkarbesök och då är demenssköterskan i teamet sammankallande. I vårdplaneringen deltar som regel anhöriga, handläggare och demenssköterska.

Genom demensprojektet har fyra personal vid Klockarbo dagverksamhet genomgått en handledar och reflektionsutbildning som ges av Silviahemmet. Handledarna är genom detta utbildade i att leda reflektionsgrupper i demensvården. Handledarnas kompetens används i äldreboenden och inom hemtjänsten där de när behov och efterfrågan finns leder reflektionsgrupper. Personal kan vända sig till demensteamet vid frågor och funderingar.

Teamet ansvarar tillsammans med anhörigkonsulent för anhöriggrupper. Träffar med anhöriggrupperna sker under åtta tillfällen. De första fyra träffarna arrangeras av demensteamet. Därefter har anhörigkonsulenten ytterligare tre träffar och sedan har vi en sista avslutande träff där demensteamet deltar.

Teamet har medverkat i lokaltidningen, information om teamet finns på Söderhamns kommuns hemsida. Teamet har varit ute och informerat olika yrkesgrupper i kommunen och på hälsocentraler liksom nationellt.

Hagfors minnesmottagning

Projektet startade 2007, av landstinget i samarbete med Hagfors kommun, som har cirka 15 000 innevånare. I teamet ingick från start demenssjuksköterska, anhörigstödare samt läkare. Anhörigstödare finns inte längre kvar i teamet men finns att tillgå vid behov. Teamet har också tillgång till en distriktsläkare samt geriatrisk konsult.

Syftet är att utveckla en gemensam minnesmottagning för att på ett tidigt stadium fånga upp personer, även yngre med begynnande demensproblematik och att utveckla gemensamma strategier för ett förebyggande arbete.

Teamet tar emot alla remisser från distriktsläkare i Hagfors och Ekshärad. Man kan även söka utan remiss.

Arbetsterapeut och demenssjuksköterska träffar patienten och anhörig tillsammans på ett första besök då arbetsterapeut för den kognitiva testningen och demenssköterskan gör anhörigintervju. De tillhör olika huvudmän och dokumenterar därför inte i samma journalsystem men sammanställer svaren och skickar dem till inremiteringen. Anhöriga erbjuds anhörigträff och patienten och anhörig är alltid välkomna att höra av sig om de funderar över något. Vid behov tas kontakt med biståndshandläggare eller kommunarbetsterapeut. På den gemensamma teamträffen beslutas om fortsatt behandling/utredning och uppföljning, dock inte för de patienter som remitteras av övriga distriktsläkare. Demenssjuksköterskan har handledning till annan personal.

Anhöriggrupper ordnas samt att det finns tillgång till anhörigstödjare i kommunen.

Nyköping, demensteam och demenslag

Nyköpings kommun har sedan 2006 ett demensteam, landstingets primärvård i Nyköping startade under 2007 fyra demenslag. Demensteamet består av demenssjuksköterska och omsorgspersonal. Demenslagen består av distriktssköterska, läkare och arbetsterapeut. Demensteam i vård och omsorg i kommunen har till syfte att stödja personalen i deras arbete med demenssjuka och anhöriga till demenssjuka. Demenslagen i primärvården är en utvecklingsinsats av de gemensamma program som tagits fram mellan kommun och landsting.

Initiativ till demensutredning kan komma från vårdcentralen eller kommunens demensteam. Primärvårdens team består av distriktssköterska, arbetsterapeut och läkare som gör ett hembesök när information om behov av utredning har inkommit. Distriktsläkaren beslutar om vilka åtgärder som skall vidtas enligt checklista/vårdprogram. Nödvändiga förberedelser görs på vårdcentralen som MMT-test och viss blodprovtagning. Därefter skicks remiss till minnesmottagningen som påbörjar utredningen för både äldre och yngre. (Är personen äldre och redan visat många tecken på demens görs utredningen på vårdcentralen).

Är vårdtagaren utredd och inte inskriven i kommunens omsorg skickas ett meddelande till demenssjuksköterskan. Demenssjuksköterskan är koppling mellan primärvårdens demenslag och kommunens demensteam.

En arbetsterapeut på minnesmottagningen på Nyköpingslasarett utbildar personalen i kommunerna i samråd med demenssjuksköterskan i kommunen.

Svårigheter har varit att få med distriktsläkarna till teamen. Ett annat problem är att det behövs mer sociala insatser, det har varit mycket sjukvård

Demenssteam i Tranås

Teamet startade 1996. Huvudmän är Jönköpings läns landsting och Tranås kommun. Initiativet togs från slutenvården för att man skulle klara av flertalet basala utredningar inom primärvården. Tranås har 19 000 innevånare.

Från primärvården arbetar tre distriktssköterskor (en per stadsdelsområde) 10 procent av sin tjänst, en arbetsterapeut likaså 10 procent och en läkare medverkar 2 timmar varannan vecka vid teamkonferens. Från kommunen finns en biståndshandläggare på kvartstid och en halvtids demenssköterska.

Påkallande av att starta minnesutredning kan komma från patienten, anhörig, hemtjänst, läkare, slutenvård etc. Utredningen sker ofta vid hembesök. Uppföljning görs som regel en gång per år.

Kommunens teammedlemmar handleder och utbildar kontinuerligt demensombud och personal i hemtjänst, vårdboende, gruppboende för demenssjuka. Teamet kan som helhet stötta anhöriga och personal med samtal.

Information om teamet sker via broschyrer till allmänheten och till personal vid arbetsplats- och yrkesträffar.

Team som även har visst ansvar minnesutredningar, kommun huvudman

Team i Sunne och Torsby

I Sunne kommun med 13 500 innevånare startades i kommunal regi år 2002 minnesmottagningsprojektet. I Torsby med 14 000 innevånare startade i slutet av 1990-talet ett projekt med inriktning på insatser i så tidig fas som möjligt i sjukdomsprocessen.

Båda projekten är numera permanent verksamhet, med respektive kommun som huvudman. Bemanningen i Sunne är en distriktssköterska och en undersköterska (heltider) och en arbetsterapeut (0,8). Bemanningen i Torsby är en heltids demenssjuksköterska och två undersköterskor (0,8).

Teamet i Sunne finns för att göra utredningar och stödja närstående. Teamet får kännedom om personer med misstänkt demenssjukdom via vårdcentralen och från närstående eller andra personer. Det finns inget remisstvång till minnesmottagningen. Utredningen görs på minnesmottagningen eller i patientens hem. Undersköterska och distriktssköterskan gör nödvändig blodprovtagning och distriktssköterskan gör minnestestet. Läkaren ställer diagnos, meddelar om diagnos och om eventuell medicinering. Vissa personer vidareutreds, antingen på Torsby sjukhus eller på centralasarettet i Karlstad.

Teamet har svarat för den kompetensstegefinansierade utbildningen i demens som funnits i Sunne.

Den anställda undersköterskan i Sunne arbetar halva sin tid med anhörigstöd, finansierat med Länsstyrelsemedel.

Teamet i Sunne har marknadsfört sig via annonser i Sunne tidning, vilket haft effekt, teamet hade innan annonseringen haft svårt att nå ut till allmänheten.

Kontakt med demensteamet i Torsby kan tas av alla, patienten själv, anhöriga, allmänheten, personal inom den egna organisationen eller via remiss från läkare. Efter kontakt gör demensteamet hembesök hos patienten och anhöriga i eget hem eller på särskilt boende. Patient skall av teamet beredas hjälp med bedömning av demens/BPSD symtom samt stödsamtal. Demenssjuksköterskan ansvarar för kognitiv funktionsbedömning. Undersköterskorna i teamet genomför på delegation ordinerade blodprovstagningar mm. Resultatet av bedömningen överlämnas till ansvarig läkare för beslut om demensutredning eller andra medicinska ställningstaganden.

Uppföljning av behandling vid demenssjukdom ska genomföras av demenssjuksköterskan med kognitiva tester cirka två månader och sex månader efter diagnos/behandling och därefter årligen samt när behov uppstår däremellan i samråd med ansvarig läkare.

När patienten fått demensdiagnos av läkare skall, när detta kommer till demensteamets kännedom, hembesök erbjudas inom tre veckor för en gemensam vårdplanering. Stöd och utbildning till patienten bokas in efter behov/önskemål.

Teamet har även ett stort samarbete med biståndshandläggarna och även folktandvården.

Anhöriga samt alla personalkategorier skall kunna få stöd/handledning/utbildning eller vid behov telefonrådgivning av teamet. Därutöver ska anhöriga erbjudas deltagande i anhöriggrupp för att ges möjlighet att träffa andra i liknande situationer. Även personal skall ges möjlighet till handledning i grupp av teamet. Stöd i kontakt med annan vårdgivare skall ges vid behov. Anhörigträffar i mindre grupper vid behov.

Information har spridits inom organisationen och det är idag väl förankrat i kommunen hos fler än bara vård och omsorgsenheterna. Till exempel har det hänt att elbolaget har ringt till teamet för att de misstänker att en person kanske börjar bli dement eftersom den inte har betalt räkningen på ett tag.

Team som avvecklats

Botkyrka

I Botkyrka fanns i fyra år ett tvärprofessionellt team. Projektet startade i januari 1999, permanentades ett år senare och lades ner efter ytterligare tre år, när

dåvarande äldreomsorgschefen i kommunen slutade. Verksamhetsområde var hela kommunen som har cirka 80 000 innevånare.

Projektet uppkom därför att det fanns vetskap om att anhöriga vårdar under lång tid innan insatser efterfrågas. Det fanns ett behov av stöd till dessa anhöriga. Husläkarna har begränsad tid att hjälpa till med mediciner, oro, förändrat sjukdomstillstånd mm. Det är även svårt att upprätthålla kompetens om demenssjukdomar för alla som arbetar med äldre. Ytterligare ett problem som identifierades var att personer med demenssjukdom inte klarar att hantera sin ekonomi och att det är lång väntetid till att få god man.

Den tänkta bemanningen var 1,0 demenssjuksköterska, 1,0 kurator och 2 undersköterskor (kommunen), 0,50 läkare och distriktssköterska (primärvården), samt geriatriska konsulter. Teamet arbetade både mot ordinärt och särskilt boende. Huvudman var kommunen. Teamet lyckades aldrig med sin ambition att etablera samarbete med primärvården, som ville prioritera utvecklingen av husläkarsystemet. Detta ledde till att teamet inte fick någon läkare, och också den geriatriska konsulten föll bort – trots stort behov.

Teamet startade med att inventera hos hemtjänstchefer, biståndshandläggare och vårdcentraler vilka personer med demenssjukdom de kände till. Projektet etablerade kontakter inom "vårdgrenarna" men även med de sjuka/närstående. Uppgiften var att skapa en bra och nära kontakt med demenssjuka/närstående, kunna ställa upp vid akuta situationer, ge anhöriga stöd, anordna anhöriggrupper, ta vara på de demenssjukas rättigheter, ge personal stöd/handledning, stödja kommunen att ha framförhållning vad gäller planering av gruppboenden genom att känna till alla med demenssjukdom/minnessvaghet i kommunen.

Arbetsformer var hembesök, skapa kontakt, motivera till utredning, börja på dagverksamhet, avlastningsplats mm. Teamet hade kontakt med geriatriken Huddinge vid demensutredningar. Teamet skapade kontakter med frivilligorganisationer och invandrarföreningar.

Teamet arbetade även med kompetensutveckling genom handledning till personal på gruppboenden och demensdagvård.

En erfarenhet från projektet var att det var svårt att arbeta tvärprofessionellt. Husläkarsystemet var svårt att påverka. Syfte och förankring var inte tillräckligt tydliga. Det framkom efter utvärderingen att teamet inte skulle arbeta med för många "fasta kunder" eftersom teamet ska kunna göra akuta/individuella insatser och vara flexibla. Det visade sig viktigt att demensteam får kontinuerlig egen utbildning. Arbetsterapeut saknades i teamet.

Sundbyberg

Teamet startade som ett projekt hösten 2000, och lades ned juni 2002 eftersom landstinget bedömde att det skulle vara för kostsamt att ha denna typ av team i hela Stockholms län. Projektet finansierades från start av stimulansmedel, samt lika fördelad budget från landsting och kommun. En orsak att projektet startade

var behov att ge tidig diagnos och uppföljning för att ge högre livskvalitet. Teamet skulle ta tillvara den information och kompetens som finns runt patienten, inte minst hos närstående, för att utveckla samverkansformer. Teamet skulle kunna tillföra underlag vid utredning, och ge kunskaper som ökar möjligheterna till kvalitetsförbättrande insatser genom hela vårdkedjan. Huvudman var Stockholms läns landsting och Sundbybergs stad.

Teamet bestod av projektledare, arbetsterapeut 1,0 (projektpengar) , demenssjuksköterska (kommun), 0,50, överläkare (landsting, geriatrik) 6 tim/v och överläkare (landsting, geriatrisk universitetsklinik) 4-8 tim/v.

Teamet utförde flera olika typer av uppdrag, bl.a. steg 2 utredning i hemmet eller på klinik (Sundbybergs sjukhem), kontakter med primärvård (konsultation), kontakter med särskilda boenden (handledning) och hemtjänst (kontakter, utbildningsinsatser eller handledning).

Utredningar initierades dels utifrån remisser men även ifrån signaler på särskilda boenden, hemtjänst eller dagverksamheter. I de flesta fall gjorde man det enkelt för patienten genom att utredningen (steg 2) gjordes i hemmet, samt att försöka hålla ner antalet kontakter totalt. Laboratorieprover togs av sjuksköterska eller primärvårdens distriktssköterskor. EEG och röntgen ordnades från minnesmottagningen. Steg 1 genomfördes av primärvården. Psykolog från minnesmottagningen tillkallades enbart vid utredning av komplicerade fall och hade inga stödjande samtalskontakter.

Teamets sjuksköterska och kommunens kurator startade efter en tid stödgrupper för anhöriga.

Hela teamet hade ett tätt samarbete med kommunens biståndshandläggare. Vårdplanering skedde oftast i hemmet och omfattade läkare, primärvårdsrepresentant och biståndshandläggare tillsammans med patient och anhörig

Teamet arbetade även med kompetensutveckling, främst genom handledning till personal på gruppboenden, demensdagvård samt utbildning och spetskompetens för kontaktperson inom olika hemtjänstgrupper. Teamet verkade även för att sprida kunskap om demenssjukdomar till personal inom vård- och äldreomsorg.

Erfarenheter från projektet är bl.a.

- att det är önskvärt att bygga på redan befintliga resurser i vårdstrukturerna,
- att de som ska finansiera verksamheten är med under planering och start och att syftet är att verksamheten ska bli permanent
- att medel finns för projektledning och utbildningsinsatser
- att det kanske är bättre om alla ingår i teamet än om några är knutna till det som konsulter
- att inte bara fokusera på vårdkonsumtion och kostnader utan även lyfta fram vad som händer om man inte ger vård eller omsorgsinsatser

- att underlätta kommunikationerna/kanalerna mellan biståndshandläggare och primärvård, bättre samarbete mellan särskilda boenden och primärvård
- att teamet etablerar en god kontakt till föreståndare/chefer på särskilda boenden i upptagningsområdena likväl som att etablera god kontakt med primärvård.

Östermalm:

Teamet arbetade som ett projekt under ett år, 2007. Det finansierades av kommunen med projektmedel och upphörde när det inte fanns några projektmedel.

Målet var att tidigt fånga upp och komma nära de anhöriga för att ge råd och stöd på ett naturligt sätt. Östermalms stadsdelsförvaltning genomförde projektet ihop med en husläkarmottagning på Narvavägen inom dess upptagningsområde.

Biståndshandläggare och distriktssköterska gjorde tillsammans en social utredning, anhörigintervju, klocktest och alla blodprover togs i hemmet hos den demenssjuke och dennes anhörig. Man gjorde två hembesök som tog ca 1-1,5 timme och en återkoppling efter kontakt med läkaren.

Anhörigsamtalets syfte var att få reda på hur den anhörige uppfattar situationen för den närstående och att samtala om vilken hjälp och stöd den anhörige behöver. Därefter påbörjades en biståndsutredning. Efter det överrapporteras till ansvarig läkare på vårdcentralen. Samarbete fanns med minnesmottagningen.

Slutsatser var bl.a. annat

- att fler mottagningar kunde ha varit med
- kombination med social synsätt och hälso- och sjukvård är viktigt vid bedömning av insatser till de demenssjuka och deras närstående
- det var mycket positivt att sitta ner tillsammans personalen från de båda huvudmännen och man snabbt kunde hitta bra former för en utredning och att fånga upp närståendes behov av tidiga insatser

BILAGOR

Bilaga 1. Demenssjuksköterskor och demensteam i landet

Källa: Demensenkäten 2008, Socialstyrelsen, egen bearbetning;

1 = finns; 0 = finns inte; tomt fält = kommunen har inte svarat

Kommun	FR14A	FR14B	FR15A	FR15B
	demenssjuksköterska anställd av kommunen	demenssjuksköterska anställd av kommunen och landstinget	demensteam anställt av kommunen	demensteam anställt av kommunen och landstinget
Ale	0	0	0	0
Alingsås	1	0	0	0
Alvesta	1	0	0	0
Aneby	1	0	1	0
Arboga	1	0	1	0
Arjeplog				
Arvidsjaur	1	0	1	0
Arvika	1	0	1	0
Askersund	1	0	1	0
Avesta	1	0	0	0
Bengtsfors	1	0	0	0
Berg	1	0	1	0
Bjurholm	0	0	0	0
Bjuv	0	0	0	0
Boden	0	0	1	0
Bollebygd	0	0	0	0
Bollnäs	1	0	0	0
Borgholm	1	0	1	0
Borlänge	1	0	1	0
Borås	1	1	0	1
Botkyrka	1	0	0	0
Boxholm	1	0	0	0
Bromölla	1	0	0	0
Bräcke	1	0	1	0
Burlöv	1	0	0	0
Båstad	1	0	1	0
Dals-Ed	1	1		
Danderyd	0	0	0	0
Degerfors	1	0	1	0
Dorotea	0	0	0	0
Eda	1	0	1	0
Ekerö	0	0	1	0
Eksjö	1	0	0	1

	demenssjuksköterska anställd av kommunen	demenssjuksköterska anställd av kommunen och landstinget	demensteam anställt av kommunen	demensteam anställt av kommunen och landstinget
Emmaboda	0	0	0	0
Enköping	1	0	1	0
Eskilstuna	1	0	1	0
Eslöv	1	0	1	0
Essunga	1	0	0	0
Fagersta	1	0	0	1
Falkenberg	1	0	0	0
Falköping				
Falun	1	0	0	1
Filipstad	1	0	1	0
Finspång	1	0	0	0
Flen	0	0	1	0
Forshaga	0	0	0	0
Färgelanda	1	1	0	0
Gagnef	1	0	1	0
Gislaved	1	0	1	1
Gnesta	1	0	0	0
Gnosjö	0	0	0	0
Gotland	1	1	1	1
Grums	1	0	0	0
Grästorp	0	0	0	0
Gullspång	0	0	0	0
Gällivare	0	0	0	0
Gävle	1	1	0	1
Göteborg	1	1	1	0
Götene	1	0		1
Habo	0	0	0	0
Hagfors	1	0	0	1
Hallsberg	1	0	1	0
Hallstahammar	1	0	0	0
Halmstad	1	0	1	0
Hammarö	1	0	0	0
Haninge	0	0	0	0
Haparanda	1	0	1	0
Heby	1	0	1	0
Hedemora	1	0	0	0
Helsingborg	0	0	1	0
Herrljunga	1	0	1	0
Hjo	1	1	0	0
Hofors	1	0	1	1
Huddinge	1	0	0	0
Hudiksvall	0	0	0	0
Hultsfred	1	0	1	1

	demenssjuksköterska anställd av kommunen	demenssjuksköterska anställd av kommunen och landstinget	demensteam anställt av kommunen	demensteam anställt av kommunen och landstinget
Hylte	1	0	1	0
Håbo	1	0	0	0
Hällefors	0	0	1	0
Härjedalen	0	0	0	0
Härnösand	0	0	0	0
Härryda	1	0	0	0
Hässleholm	1	0	1	0
Höganäs	1	0	0	0
Högsby				
Hörby	1	0	0	0
Höör	1	0	1	0
Jokkmokk	1	0	1	1
Järfälla	1	0	0	0
Jönköping				
Kalix	0	0	1	0
Kalmar	0	0	0	0
Karlsborg	1	0	0	1
Karlshamn	1	1	0	0
Karlskoga	1	0	1	0
Karlskrona	1	1	0	0
Karlstad	1	0	1	0
Katrineholm	1	0	1	0
Kil	1	0	1	0
Kinda	1	0	1	0
Kiruna	1	0	0	0
Klippan	1	0	1	0
Knivsta	0	0	0	0
Kramfors	0	0	0	0
Kristianstad	0	0	0	0
Kristinehamn	1	0	0	0
Krokom	1	0	1	0
Kumla	1	0	1	0
Kungsbacka	1	0	1	0
Kungsör	1	0	1	0
Kungälv	1	0	1	0
Kävlinge	1	0	0	0
Köping	0	0	1	0
Laholm	1	0	0	0
Landskrona	1	0	1	0
Laxå	1	0	1	0
Lekeberg	1	0	1	0
Leksand	1	0	0	1
Lerum	1	0	0	0
Lessebo	1	0	0	0

	demenssjuksköterska anställd av kommunen	demenssjuksköterska anställd av kommunen och landstinget	demensteam anställt av kommunen	demensteam anställt av kommunen och landstinget
Lidingö	1	0	1	0
Lidköping	1	0	1	0
Lilla Edet	1	1	1	0
Lindesberg	1	0	0	0
Linköping		0	1	1
Ljungby	1	0	0	0
Ljusdal	1	0	0	0
Ljusnarsberg	0	0	0	0
Lomma	1	0	0	0
Ludvika	1	0	0	0
Luleå	1	0	1	0
Lund	1	0	0	0
Lycksele	0	0	0	0
Lysekil	0	0	0	0
Malmö	1	0	1	0
Malung-Sälen	0	0	0	0
Malå	1	0	0	1
Mariestad				
Mark	1	0	1	0
Markaryd	1	0	0	0
Mellerud	1	1	1	1
Mjölby	1	0	0	0
Mora	1	0	0	0
Motala	1	0	0	0
Mullsjö	1	0	0	1
Munkedal	1	0	1	1
Munkfors	0	0	0	0
Mölnadal	1	0	0	0
Mönsterås	1	0	1	0
Mörbylånga	1	0	0	0
Nacka	1	0	0	0
Nora	0	0	0	0
Norberg	1	0	1	0
Nordanstig	0	0	0	0
Nordmaling	1	0	1	0
Norrköping	1	0	1	0
Norrälje	0	0	0	0
Norsjö	0	0	0	0
Nybro	0	0	0	0
Nykvarn	0	0	0	0
Nyköping	1	0	1	0
Nynäshamn	0	1	0	1
Nässjö	1	0	0	1
Ockelbo	1	0	0	1

	demenssjuksköterska anställd av kommunen	demenssjuksköterska anställd av kommunen och landstinget	demensteam anställt av kommunen	demensteam anställt av kommunen och landstinget
Olofström	1	1	0	0
Orsa	1	0	1	0
Orust	1	0	0	0
Osby	1	0	1	0
Oskarshamn				
Ovanåker	1	0	0	0
Oxelösund	0	0	1	0
Pajala	0	0	1	0
Partille	1	0	1	0
Perstorp				
Piteå	1	0	0	0
Ragunda	0	0	1	0
Robertsfors	1	0	1	0
Ronneby	1	1	0	0
Rättvik	1	0	1	0
Sala	1	0	1	0
Salem	0	0	0	0
Sandviken	1	0	0	1
Sigtuna	1	0	1	0
Simrishamn	1	0	0	0
Sjöbo	1	0	1	0
Skara	1	0	1	0
Skellefteå	0	0	0	0
Skinnskatteberg	1	0	1	0
Skurup	0	0	0	0
Skövde	1	0	0	0
Smedjebacken	1	0	1	0
Sollefteå	1	0	0	0
Sollentuna	0	0	0	0
Solna	0	0	0	0
Sorsele	0	0	0	0
Sotenäs	1	0	0	0
Staffanstorp	1	0	1	0
Stenungsund	1	0	1	0
Stockholm	1	0	0	0
Storfors	1	0	1	0
Storuman				
Strängnäs	1	0	0	0
Strömstad	1	1	1	1
Strömsund	1	0	0	0
Sundbyberg	1	0	0	0
Sundsvall	1	0	1	0
Sunne	1	0	1	0
Surahammar	1	0	0	0

	demenssjuksköterska anställd av kommunen	demenssjuksköterska anställd av kommunen och landstinget	demensteam anställt av kommunen	demensteam anställt av kommunen och landstinget
Svalöv	1	0	0	0
Svedala	1	0	0	0
Svenljunga	0	0	0	0
Säffle	1	0	1	0
Säter	1	0	0	0
Sävsjö				
Söderhamn	0	0	0	1
Söderköping	0	0	1	0
Södertälje	1	0	1	0
Sölvesborg	0	1	0	0
Tanum	1	1	1	0
Tibro	1	0	0	0
Tidaholm	1		1	
Tierp	1	0	0	0
Timrå				
Tingsryd	1	0	1	0
Tjörn	1	0	1	0
Tomelilla				
Torsby	1	0	1	0
Torsås	0	0	0	0
Tranemo	1	0	0	0
Tranås				
Trelleborg	1	1	0	0
Trollhättan	1	0	0	0
Trosa	1	0	1	0
Tyresö	1	0	0	0
Täby	0	0	0	0
Töreboda	1	0	0	0
Uddevalla	1	0	1	0
Ulricehamn	1	0	0	0
Umeå	1	1	1	1
Upplands Väsby	0	0	1	0
Upplands-Bro	0	0	0	0
Uppsala	1	0	1	0
Uppvidinge	1	0	0	0
Vadstena	0	0	0	0
Vaggeryd	1	0	0	0
Valdemarsvik	0	0	0	1
Vallentuna	0	0	0	0
Vansbro	0	0	0	0
Vara	1	0	0	1
Varberg	1	0	1	0
Vaxholm	1	0	1	0
Vellinge	1	0	1	0

	demenssjuksköterska anställd av kommunen	demenssjuksköterska anställd av kommunen och landstinget	demensteam anställt av kommunen	demensteam anställt av kommunen och landstinget
Vetlanda	1	0	1	1
Vilhelmina	0	0	0	0
Vimmerby	1	0	0	0
Vindeln	0	0	1	0
Vingåker	0	0	0	0
Värgårda	1	0	0	0
Vänersborg	1	0	1	0
Vännäs	1	0	1	0
Värmdö	1	0	0	0
Värnamo	1	0	0	1
Västervik	1	0	0	0
Västerås	1	0	0	0
Växjö	1	0	1	0
Ydre	0	0	0	0
Ystad	1	0	1	0
Åmål	1	0	1	0
Ånge	0	0	0	0
Åre	0	0	0	0
Årjäng				
Åsele	0	0	0	0
Åstorp				
Åtvidaberg	0	0	0	0
Älmhult	1	0	0	0
Älvdalen	1	0	1	0
Älvkarleby	1	0	1	0
Älvsbyn				
Ängelholm	1	0	0	0
Öckerö	0	0	0	0
Ödeshög	1	0	0	0
Örebro				
Örkelljunga	1	0	0	0
Örnsköldsvik	0	0		1
Östersund	0	0	0	0
Österåker	0	0	0	0
Östhammar	1	0	1	0
Östra Göinge	1	0	0	0
Överkalix	0	0	0	0
Övertorneå	0	0	0	0

Bilaga 2. Mall för kartläggning demensteam

Projektnamn:

Datum:

Källa:

Projektform/tid: (projekt, permanent)

Projektets start:

Bakgrund:

Definition av demensteam:

Syfte:

Vårdkedja/ flödesschema, vårdprocess: (Gränsöverskridande, tvärprofessionellt, patient, närståendeprocess)

Personalsammansättning: (antal, tjänstgöringsgrad)

Huvudman: (landsting, kommun)

Arbetsätt:

Kompetensutveckling:

Upptagningsområdets omfattning:

Utvärdering och resultat: (enkäter, utvärderingsform)

Anhörigstöd:

Informationsspridning/marknadsföring

Vad ligger svårigheterna:

Team som upphört: (orsak?)

Övrigt:

Kontaktperson: (namn, e-post, tfn)

Hemsida/länk

Bilaga 3. Kontaktpersoner

Avser förhållandena april 2009

Borlänge

Kontaktperson: Elisabeth Strand

Tfn: 0243-665 69

E-post: elisabeth.strand@borlange.se

Hemsida/länk: http://www.borlange.se/templates/BlgPage_____18433.aspx

Borås

Kontaktperson: Mia Moilanen

Tfn: 033- 35 50 84

Adress: Borås Stad.501 80 Borås

E-post: demensteamet@boras.se

Hemsida/länk: www.boras.se/aldreomsorg/demensteamet

Gävleborg

Kontaktperson: På FoU-enheten Cathrine Ugglå

cathrine.uggla@regiongavleborg.se tfn mobil 070 295 15 67

Hagfors

Kontaktperson: Lena Tronnler, demenssjuksköterska

Tfn 0563-187 12

E-post: lena.tronnler@hagfors.se

Jönköping

Kontaktperson: Lotta Karlsson

Tfn: 036- 10 70 67

E-post: lotta.karlsson@jonkoping.se

Kalix

Kontaktperson: Anett Wunsch arbetsterapeut

Tfn: 0923-762 98

E-post: anett.wunsch-johansson@nll.se

Hemsida/länk: <http://www.nll.se/testphd.aspx?id=15788>

Kalmar län

Kontaktperson: Jan Strömquist – demenssamordnare och vårdutvecklare

Tfn: 0480-842 91

Hemsida/länk:

http://www.ltkalmar.se/documents/Hälsa%20&%20Vård/Vårdguide%20A-Ö/vårdprogram/Demensutredning_06.pdf

Kungälv

Kontaktperson: Ann-Christina Engwall demenssjuksköterska

Tfn: 0706- 55 90 85, 0303-23 98 33

E-post: demensteamet@kungalv.se

Hemsida/länk: WWW.kungalvskommun.se

Linköping

Kontaktperson: Anita Källman, sjuksköterska och projektledare

Tfn: 013-224691 vard 8.30-9.30 sök via vxl 07141

Hemsida/länk: www.lio.se/templates/PageWithColumn.aspx?id=31690

Mark

Kontaktperson: Inge Dahlenborg

Tfn: 0325- 61 91 41

E-post: inge.dahlenborg@vgregion.se

Nyköping

Kontaktperson: Monica Wessman Demenssjuvsköterska

Tfn: 0155-24 80 10

Hemsida/länk: http://www.nykoping.se/sv/Vard_Omsorg/Aldre/Boende/

Landstinget Sörmland: Marie Ackelmann, specialistläkare, huvudansvarig för Länsgemensamt program för vård och omsorg av demenssjuka i samverkan mellan kommun och landsting i Sörmland, tfn 0150-562 15

Maj Halth, projektledare 0155-24 58 07

Nynäshamn

Kontaktperson: Lena Murman, Arbetsterapeut, Minnesenheten, Nynäs Vård,

Tfn: 08/52071814

Adress: Idunvägen 1, 14925 Nynäshamn

E-post: lena.murman@legevisitten.se

Partille

Kontaktperson: Maria Grådal, Projektledare, Partille kommun

Mobil: 0768-831619

e-post: maria.gradal@partille.se

hemsida/länk: www.partille.se sök ”demensteam”

Skåne, sydvästra

Kontaktperson: Susanne Johansson-Wessman

Tfn: 040-33 56 11

E-post: Susanne.Johansson-Wessman@skane.se

Sunne

Kontaktperson: Ann-Katrin Nilsson som är, verksamhetschef för vård och omsorgen i Sunne kommun.

Tfn: 070-675 76 90

Hemsida/länk: www.sunne.se/sv/Kommunal-service/stod-och-omsorg/Halsa-och-sjukvard/Demens/

Svenljunga

Se Marks kommun

Söderhamn

Kontaktperson: Jessica Stenberg demenshandläggare

Tfn: 0270-75814

E-post: jessica.stenberg@soderhamn.se

Mona Olovsson Håberg demenssköterska, Tfn: samma som ovan

E-post: mona.olvsson-haberg@lg.se

Torsby

Kontaktperson: Carina Stenmark

Tfn: 070-316 20 80

E-post: carina.stenmark@torsby.se

Hemsida/länk: <http://www.torsby.se/?id=119>

Tranås

Kontaktperson: Helene Lorenz; Distriktsarbetsterapeut; Tranås Vårdcentrum;

Tfn: 0140-696 23

E-post: helene.lorenz@lj.se

Tranemo

Se Marks kommun

Västmanland

Kontaktperson: Fredrik Tjulander Projektledare/ leg sjukskötare; Geriatriska kliniken; 721 89 Västerås;

Tfn: 021- 17 64 02

E-post: Fredrik.tjulander@ltv.se

Örebro

Kontaktperson: Birgitta Carlsson, Enhetschef; Demenscentrum,

Tfn: 019-21 43 51

Adress: Box 345 15, 701 35 Örebro

E-post: birgitta.l.carlsson@orebro.se

Hemsida/länk: <http://www.orebro.se/demenscentrum>

Demensteam är – när man söker i den internationella forskningen – ofta namnet på ett team som ger vård och omsorg till personer med demenssjukdom. I en nordisk kontext står begreppet demensteam däremot ofta för ett tvärprofessionellt team som arbetar både konsultativt och individuellt. Vanligt är att teamets uppdrag är att underlätta att personer med demenssjukdom får en tidig diagnos och ofta också bistå i det arbetet, och att via handledning, utbildning och individuella kontakter säkerställa att den person som har en demenssjukdom och dennes närstående får adekvat stöd under hela sjukdomsförloppet. Det är denna form av demensteam som beskrivs i denna rapport.