

DEMENS SJUKSKÖTERSKA – inom landstingets primärvård

Utvärdering av ett projekt vid Tranebergs
vårdcentral i Stockholm

Lars Sonde

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2012:3 ISSN 1401-5129

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
INLEDNING	2
DEMENSRADETS PROJEKT	2
BAKGRUND	3
DE NATIONELLA DEMENSRIKTLINJERNA	3
<i>Vad säger riktlinjerna om arbetet i primärvården?</i>	3
BEGREPPET DEMENSSJUKSKÖTERSKA	5
<i>Den kommunala demenssjuksköterskan</i>	5
<i>Demenssjuksköterska inom landstinget</i>	5
<i>Silviasjuksköterska</i>	6
<i>Förväntningar på demenssjuksköterskan</i>	6
AKTUELLA AKTÖRER	8
<i>Demensrådet i Stockholms läns landsting</i>	8
<i>Bromma stadsdel</i>	8
<i>Tranebergs vårdcentral</i>	9
<i>Primärvårdsrehab</i>	10
<i>TGS</i>	11
<i>Brommageriatrikens minnesmottagning</i>	11
STIFTELSEN STOCKHOLMS LÄNS ÄLDRECENTRUMS UPPDRAG	12
METOD	13
DATAINSAMLING	13
RESULTAT	14
DEMENSSJUKSKÖTERSKANS ARBETE UNDER PROJEKTTIDEN.....	14
DEMENSSJUKSKÖTERSKANS STÖD TILL PATIENT OCH ANHÖRIGA.	17
FÖRVÄNTNINGAR PÅ DEMENSSJUKSKÖTERSKAN.....	17
SAMVERKANSARBETET MELLAN AKTÖRERNA.	19
PRIMÄRVÅRDSREHABILITERINGEN.....	20
ÖKAT ANTAL DEMENSUTREDNINGAR OCH REGISTRERINGAR I SVEDEM.....	21
DISKUSSION	23
REKOMMENDATIONER.....	25
REFERENSER	26
BILAGOR	27
BILAGA 1. VÅRDPROGRAM DEMENS VID TRANEBERGS VÅRDCENTRAL	27

FÖRORD

Kärt barn har många namn brukar det heta. När det gäller demenssjuksköterska är det kanske snarare tvärtom. Kärt namn som kan fyllas med mycket olika innehåll. Ofta har demenssjuksköterskan sin bas i en kommun, men i den här rapporten redovisas erfarenheter från demenssjuksköterska på vårdcentral. Tankarna på denna funktion växte fram i ett kreativt samspel mellan verksamhetschefen för vårdcentralen i Traneberg och Demensrådet i Stockholms läns landsting. Det fick ytterligare näring genom det gemensamma arbete som finns mellan kommun och landsting i Bromma där vårdcentralen ligger, TGS (Trygga Goda Sammanhang). Denna rapport ger en bild av vad en demenssjuksköterska på vårdcentral kan få för funktion, men också vilka skilda förväntningar som kan ställas på henne. Det finns en spänning mellan behoven hos de olika aktörerna – vårdcentralen, minnesmottagningen, hemtjänsten. Det finns många, och berättigade, önsningar som ska kunna uppfyllas med mycket små resurser.

Rapporten ger en bild av hur man framgångsrikt kan hantera skilda önskemål, och vilka utmaningar dessa ger för framtiden. Rapporten är skriven på uppdrag av Stockholms läns demensråd. Syftet är att bidra till kunskapen om bra stödstrukturer för en god demensvård som svarar upp mot de nationella riktlinjerna. Målet är tidig upptäckt och ett gott stöd till personen med demenssjukdom och dennes anhöriga under hela sjukdomsperioden.

Rapporten är författad av utredaren vid Äldrecentrum med.dr. Lars Sonde. Rapporten bygger på såväl kvantitativa som kvalitativa data, intervjuerna är gjorda dels under våren, dels under senhösten 2011.

Stockholm 2012-02-13

Sven Erik Wånell

Chef Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

SAMMANFATTNING

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ska primärvården både ta ett större ansvar för att tidigt hitta patienter med demenssjukdom och genomföra fler demensutredningar. För att möta upp riktlinjernas krav har Tranebergs vårdcentral i Stockholm genomfört ett projekt med en landstingsanställd demenssjuksköterska under åren 2010 – 2011.

Syftet med projektet var enligt uppdragsgivaren, Demensrådet i Stockholms län, att säkerställa att personer med demenssjukdom inte faller mellan stolarna utan att kontinuitet ska säkerställas (obruten vårdkedja) under hela vårdprocessen, där trygghet för den enskilde och anhöriga är ledstjärnan.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum fick i uppdrag av Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen i Stockholm att utvärdera projektet.

Utvärderingen skulle svara på ett antal frågeställningar; Ökar antalet utredningar på vårdcentralen som en följd av demenssjuksköterskans arbete? Hur ser demenssjuksköterskans arbetsuppgifter ut? Hur ser kontakten med och stödet till patient och anhöriga ut? Även kontakterna och samarbetet med andra aktörer kring patienten samt förväntningar från omgivande aktörer skulle undersökas.

För att besvara frågeställningarna användes dels data från befolkningsregister och vårdregister, dels intervjuer med representanter för de inblandade aktörerna.

När projektet avslutades fanns ett strukturerat arbetssätt (vårdprogram) på vårdcentralen för att hitta patienter med kognitiva symptom, genomföra utredningar och registrera i SveDem. Antalet registrerade personer med demensdiagnos på vårdcentralen har ökat från 34 registrerade personer 2009 till 114 personer 2011. De flesta demensdiagnoserna sätts dock av minnesmottagningen efter remiss från vårdcentralen.

Demenssjuksköterskans arbetsuppgifter är enligt vårdprogrammet till största delen interna; att uppdatera vårdcentralens vårdprogram för demens, ansvara för utbildning av vårdcentralens personal, vara den person som förmedlar externa kontakter till rätt distriktssköterska eller läkare på vårdcentralen samt ansvara för SveDem-registreringar. Under projekttiden fanns demenssjuksköterskan även med i arbetet för att ta fram ett övergripande vårdprogram för demens gällande stadsdelen, minnesmottagningen och vårdcentralen.

Projektet har gjort att uppmärksamheten ökat när det gäller patientgruppen, vilket var ett av syftena med de nationella riktlinjerna. Men det är för tidigt att säga om demenssjuksköterskans funktion svarar upp mot Demensrådets syfte med projektet. I det fortsatta arbetet måste de olika aktörerna diskutera demenssjuksköterskans funktion, finansiering och roll i vårdkedjan. Ett antal rekommendationer ges.

INLEDNING

Stiftelsen Äldrecentrum i Stockholms län fick i januari 2011 i uppdrag av Demensrådet och Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen (HSF) att utvärdera ett projekt med en demenssjuksköterska på Tranebergs vårdcentral i Bromma stadsdel. Projektet hade startats ett år tidigare i januari 2010 och pågick till och med december 2011.

Demensrådets projekt

I september 2009 beslöt Demensrådet att bevilja en ansökan från Tranebergs vårdcentral om att pröva en funktion där en av distriktssköterskorna skulle ha rollen som demenssjuksköterska.

Syftet med projektet, enligt den projektplan som skrevs av vårdcentralens verksamhetschef tillsammans med Demensrådets projektledare var att:

”Säkerställa att personer med demenssjukdom inte faller mellan stolarna utan att kontinuitet ska säkerställas (obruten vårdkedja) under hela vårdprocessen, där trygghet för den enskilde och anhöriga är ledstjärnan”.

Effekten av projektet skulle alltså i första hand handla om vårdvinster snarare än ekonomiska vinster.

Projektmålet formulerades enligt följande:

”Målet är att åstadkomma en obruten vårdkedja från första symtom till vård i livets slutskede. Projektet ska utröna om en demenssjuksköterska, anställd av landstinget, i första linjens sjukvård är ett bra sätt att utveckla vård- och omsorgsarbetet vid demenssjukdom”.

Demensrådet skrev i uppdragsbeskrivningen att demenssjuksköterskans arbetsuppgifter bl.a. skulle innebära att arbeta efter demensrådets direktiv (projektplanen), arbeta efter Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid demenssjukdom, kartlägga befintliga riktlinjer och rutiner och hur omhändertagandet fungerar i dagsläget, tydliggöra vilka insatser som finns för personer med demens och deras anhöriga, utbilda samtliga på Tranebergs vårdcentral att arbeta enligt Socialstyrelsens riktlinjer, samt se till att alla patienter registreras i SveDem¹.

¹ SveDem är ett nationellt kvalitetsregister avseende demenssjukdomar. Syftet med registret är att samla in data för att kunna följa upp förändringar i patientpopulationen, diagnoser och behandling vid demenssjukdom.

BAKGRUND

De nationella demensriktlinjerna

I maj 2010 publicerade Socialstyrelsen *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Riktlinjerna ger vårdpersonal på olika nivåer vägledning i sitt arbete och demensförloppet följs från utredning till livets slut. Riktlinjerna vänder sig även till beslutsfattare som genom riktlinjerna får ett underlag för planering, utveckling och prioriteringar av verksamheter för personer med demenssjukdomar.

En del av de centrala punkterna i riktlinjerna var vägledande när det aktuella projektet med demenssjuksköterska initierades:

- Demensutredningarna måste bli fler och bättre. Var femte person med demenssjukdom får inte någon utredning. Andra utreds otillräckligt.
- Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör minst en gång per år följa upp sjukdomens förlopp och anpassa läkemedel, vård och omsorg efter uppföljningen.
- De bakomliggande orsakerna till beteendeförändringar och psykiska symptom, vanliga vid demenssjukdom, bör först utredas av hälso- och sjukvården.

Vad säger riktlinjerna om arbetet i primärvården?

Nedan redovisas och kommenteras de avsnitt i riktlinjerna som berör primärvården. Enligt riktlinjerna kan primärvårdens uppgifter sammanfattas i tre delar; tidig upptäckt, utredning och uppföljning.

Tidig upptäckt

I och med behovet av att fler minnesutredningar genomförs får primärvården en central roll. Det är här som de flesta personer med demenssjukdom ska " hittas " och utredas.

Basal demensutredning

En basal demensutredning blir en förutsättning för att kunna ställa diagnos som i sin tur är viktig för ställningstagande om vård och omsorg för personer med demenssjukdom och stöd till deras anhöriga. Samtidigt finns det ingen enkel utredningsmetod som kan fastställa om en person har en demenssjukdom. I riktlinjerna kan utläsas att primärvården i första hand bör göra en basal demensutredning och förordar att ett multiprofessionellt arbete (teamarbete) används.

"Som regel behövs det bedömningar från och åtgärder av flera yrkesgrupper vid utredningen av om en person har en demenssjukdom och vid bedömningen och

utformningen av olika vård- och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom. Vilka som ska delta i det multiprofessionella arbetet kan variera över tid. Många gånger är läkare och sjuksköterska de första som personen får kontakt med. Men allt eftersom personens behov av vård och omsorg ökar blir det aktuellt med åtgärder från andra professioner. Det kan vara biståndshandläggare, enhetschef inom äldreomsorgen, demenssjuksköterska, vårdbiträde, undersköterska, kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast och neuropsykolog.

Utvidgad demensutredning

Om den basala utredningen inte är tillräcklig för att fastställa om en person har demenssjukdom bör en *utvidgad demensutredning* göras, undersökningar som oftast görs på specialistkliniker (minnesmottagningar) dit patienterna remitteras.

Uppföljning

Primärvården ska också göra uppföljningar minst en gång per år för att följa upp läkemedelsbehandling, kognition, funktionsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser. Primärvården har (tillsammans med socialtjänsten) även uppgiften att erbjuda anhöriga möjligheter till utbildningsprogram och psykosociala stödprogram, kombinationsprogram och avlösning.

Lagstiftning som berör primärvårdens arbete

I riktlinjerna beskrivs hur nuvarande lagstiftning berör primärvårdens arbete och samverkansarbete.

...Personer med demenssjukdom har ofta behov av insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst, vilket kräver en nära samverkan dem emellan. Personens oberoende i det dagliga livet stärks om olika omsorgs- och vårdinsatser samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Det förutsätter också en dialog mellan personen med demenssjukdom och dennes närstående eller legala företrädare (2 a § HSL, prop. 1979/80 s. 207-208). Den demenssjukes förtroende för och tryggheten i vården och omsorgen bygger mycket på hur hon eller han upplever kontakten med vård- och omsorgspersonalen vilket kan underlättas av att det finns rutiner som gör det möjligt att upprätthålla en god kontinuitet mellan personen med demens, dennes närstående och den personal som deltar i vården och omsorgen. Om det tillkommer ny personal ska relevant information och kunskap om den demenssjuke föras över till den nya personalen. Samtidigt ska information om den demenssjukes personliga liv behandlas konfidentiellt. Den demenssjuke själv eller deras företrädare ska till exempel tillfrågas om information får föras vidare (11 kap 2 § SoL och offentlighets- och sekretesslagen 2009:400, kap 25 och 26).

Begreppet demenssjuksköterska

Projektet i Traneberg handlar alltså om att pröva en funktion med en demenssjuksköterska på vårdcentralen. Innan den funktionen beskrivs och diskuteras bör först begreppet demenssjuksköterska klargöras.

Demenssjuksköterskan kan idag vara en kommunal funktion, en funktion inom landstinget och ibland en funktion som är gemensamt anställd av kommun och landsting². Det här innebär att en demenssjuksköterskas arbetsuppgifter kan variera liksom de förväntningar som omgivningen har på hennes uppdrag.

Den kommunala demenssjuksköterskan

Den kommunala demenssjuksköterskan är som namnet antyder en kommunalt anställd sjuksköterska inom äldreomsorgen. Funktionen finns på många håll i landet. Den kommunala demenssjuksköterskan beskrivs ofta som ”spindeln i nätet”, dvs. hon har en övergripande funktion i kommunen som sakkunnig inom demensfrågor, både för personer med minnesproblem och deras närstående, personal inom äldreomsorg och sjukvård, kommunledningen och allmänheten. Information, råd och stöd till personer med minnessvårigheter och deras närstående framställs som en central uppgift. Demenssjuksköterskan kan också arbeta med utbildning för personal inom kommunens äldreomsorg eller fungera som handledare och konsulter vid speciella problem.

I en rapport från Äldrecentrum, där kommunala demenssjuksköterskor i Stockholms län intervjuats, beskrev de flesta demenssjuksköterskor att de hade ett väl fungerande samarbete med en eller flera aktörer inom äldreomsorgen och sjukvården och då vanligast biståndshandläggare och anhörigkonsulenter. I några kommuner hade demenssjuksköterskan och minnesmottagningen vid den geriatriska kliniken utvecklat rutiner för samarbete och informationsöverföring. Däremot saknades i de flesta kommuner ett kontinuerligt samarbete med vårdcentraler och husläkarverksamheter³.

Demenssjuksköterska inom landstinget

Demenssjuksköterskor inom landstinget finns både vid speciella minnesmottagningar, som ofta är kopplade till sjukhusens geriatriska kliniker eller medicinkliniker och inom primärvården (vårdcentraler).

Demenssjuksköterskan på minnesmottagningen är en av medarbetarna i det specialistteam som utreder inremitterade patienter. I rollen ingår också att följa upp

² Socialstyrelsen Kartläggning av resurser för vård och omsorg vid demenssjukdom 2009.

³ Meinow B. Spindeln i nätet. En kartläggning av demenssjuksköterskor i Stockholms län. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2009:3

patienterna en tid efter utredningen vad gäller deras läkemedelsbehandling och att vara en kontaktperson som hjälper patient och anhöriga att boka besök hos olika professioner inom landstinget t.ex. läkare, anhörigstödjare, psykolog och arbetsterapeut. Gentemot kommunen kan demenssjuksköterskan arbeta både med direktkontakter med biståndshandläggare eller som någon form av lots som förmedlar namn och telefonnummer till kommunens aktörer.

Demenssjuksköterskan på vårdcentralen kan ha rollen som kontaktperson till patient eller anhörig kan vända sig med frågor. Demenssjuksköterskans uppgift är att ge ett grundläggande stöd till patienter och anhöriga, men också att, inom den egna enheten, ge råd till, handleda och utbilda vårdpersonal.

En ytterligare funktion för demenssjuksköterskan kan exemplifieras av Kalmar län där det sedan några år tillbaks finns en organisation där varje vårdcentral har tillgång till en demensansvarig distriktssköterska. Demenssköterskan har här en samordnande roll kallad processägare, vilket innebär att hon har ett ansvar för både att demensutredningen genomförs (dock har läkaren fortfarande det medicinska ansvaret) och uppföljning men också anhörigutbildning. Till stöd för den demensansvarige distriktssköterskan finns en demenssamordnare med ett övergripande ansvar i hela länet. Demenssamordnaren är både kvalitetsutvecklare, mentor och inspiratör och den som utbildar demensansvariga distriktssköterskor.

Silviasjuksköterska

Inom kategorin demenssjuksköterska bör även Silviasjuksköterskor omnämnas. Stiftelsen Silviahemmet utbildar tillsammans med Sophiahemmet demenssjuksköterskor med specialistutbildning. Utbildningen ger fördjupade kunskaper om demenssjukdomar och demensvård. Fokus ligger på omvårdnad vid demenssjukdom och sjuksköterskans roll som samordnare för en god vård och omvårdnad. Utbildningen utgår från den palliativa vårdfilosofin, som bygger på symtomkontroll, kommunikation och relationer, teamarbete samt stöd till närstående. Både demenssjuksköterskor inom kommun och landsting kan ha gått denna utbildning.

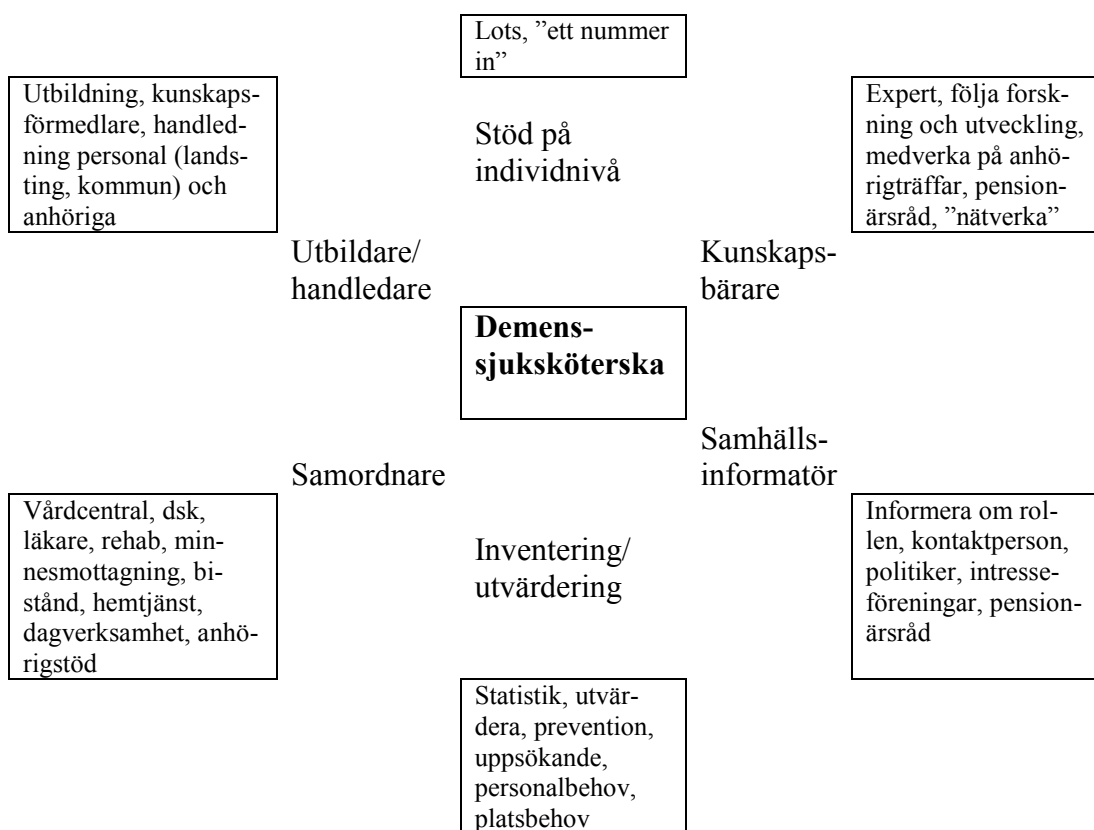
Förväntningar på demenssjuksköterskan

I och med att demenssjuksköterskan finns både inom kommun och landsting, kan arbeta i omsorgen och eller i vården och ha en varierande utbildningsnivå, kommer förväntningarna på hennes uppdrag att variera. Sammanfattningsvis skulle demenssjuksköterskans roll kunna beskrivas som en av, eller en kombination av, följande tre roller;

1. Spindel i nätet för verksamheten. Samordna olika vårdgivare och professioner, handleda och bistå med kunskap.
2. Spindel i nätet gentemot den demenssjuke och dennes anhöriga, alltid vara rätt person att fråga när man undrar över något, följer upp, håller kontakt, jobbar nära eller är en del av kommunens anhörigstöd.

3. En operativ roll, främst vid minnesutredningar

I figur 1 görs ett försök till sammanställning⁴ av förväntningar som olika intressenter kan ha på en demenssjuksköterska.



Figur 1. Förväntningar på demenssjuksköterskan

⁴ Figuren är en modifiering av den modell som presenteras i; Uppdrag demens eller "Spindeln i nätet"- en kartläggning av demenssjuksköterskans yrkesroll. ÅO Arbetsrapport 2004:3 Äldreomsorg och äldreomsorg. Luppens kunskapscentrum.

Aktuella aktörer

Nedan beskrivs i korthet de aktörer som varit involverade i det aktuella projektet.

Demensrådet i Stockholms läns landsting

I januari 2008 startades Demensrådet som ett projekt inom Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, i Stockholms läns landsting. Demensrådet arbetar inom landstinget i hela Stockholms län med att utveckla vården och omsorgen om personer med demenssjukdomar. Demensrådet finansieras genom anslag från Socialstyrelsens stimulansbidrag. Enligt hemsidan är uppdraget att:

- Implementera de nationella riktlinjerna, det regionala vårdprogrammet för demens och de nationella kvalitetsindikatorerna samt att möjliggöra kvalitetsregistrering via SveDem.
- Kartlägga nuvarande handläggning och uppföljning av patienter med minnesproblem – skapa kvalificerade underlag för beställningar av vård inom demens.
- Stödja tvärprofessionella fortbildningsinsatser i specialistvården, primärvården och den kommunala omsorgen.
- Stödja bildandet av tvärprofessionella demensteam inom olika geografiska områden i länet.
- Stödja insatser för närstående till patienter samt sprida erfarenheter och goda exempel från demensvård inom länet och inom Sverige.

Demensrådet har initierat flera olika delprojekt. Förutom det aktuella projektet med demenssjuksköterska på Tranebergs vårdcentral arbetar man inom områdena anhörigstöd, demensteam, utbildning/fortbildning samt gör kartläggningar och inventeringar.

Bromma stadsdel

Bromma stadsdel är en närförort inom västerort i Stockholms kommun med en befolkning på drygt 65 000 personer (år 2010). Ungefär 14 procent är över 65 år och 5 procent är 80 år eller äldre (Tabell 1.)

Stadsdelens äldreförvaltning har en beställarorganisation där biståndshandläggare handlägger alla beslut kring hemtjänst, dagvård, korttidsboende och plats på vård och omsorgsboende. I stadsdelen finns också en anhörigkonsulent.

Tabell 1. Befolkning i Bromma stadsdel 2008-2010 och antal listade patienter vid Tranebergs vårdcentral.

Bromma	Totalt	65+	65-79	80+	Listade patienter på Tranebergs VC
2008	63 537	8 745	5 338	3 407	20 388
2009	64 529	8 971	5 658	3 313	
2010	65 635	9 274	6 004	3 270	19 750

Enligt Stockholms stads hemsida⁵ finns det i Bromma sex vård och omsorgsboenden med drygt 300 platser speciellt för personer med demenssjukdom.

Hemtjänsten har, enligt samma hemsida, närmare hundra aktörer i Bromma. Stadsdelen driver fem av dessa i egen regi. En av dessa är Demensteamet som är en specialiserad enhet där all personal är utbildad inom demensvård varav några är undersköterskor med utbildning som Silviasystrar. Teamet har också en egen kvällspatrull. 2009 tilldelades enheten Svenskt Demenscentrums och Demensförbundets pris för "Bästa demensteam i hemtjänsten".

Av det dryga nittioalet privata aktörerna inom hemtjänsten i Stockholm har ett tiotal kontoren längs tunnelbanans "gröna linje" i Västerort.

Inom stadsdelen finns tre dagverksamheter riktade till personer med demenssjukdom som bor kvar hemma.

Tranebergs vårdcentral

Tranebergs vårdcentral är en stor vårdcentral med ungefär 20 000 personer listade (år 2010), alltså nära en tredjedel av befolkningen i Bromma. Enheten har ett sextiotal anställda; läkare, distriktssköterskor, undersköterskor och administrativ personal.

Antal personer med demenssjukdom listade på vårdcentralen

År 2010 var 3119 personer över 65 år listade vid vårdcentralen. I gruppen 80 år och äldre var det 907 personer.

I en grupp med personer som är 65 år och äldre, finns studier som säger att någonstans mellan 6 - 10 procent är drabbade av demenssjukdom⁶. Den stora variationen beror på hur åldersfördelningen ser ut i gruppen. Ju fler äldre-äldre desto fler drabbade av demenssjukdom. I tabell 2 redovisas en beräkning (utifrån studie-data) av antalet personer med demenssjukdom (prevalens) i Bromma stadsdel samt beräknad incidens, alltså hur många som beräknas insjukna varje år. Bromma har en förhållandevis stor andel äldre äldre i befolkning och i gruppen 65

⁵ Hitta och jämför vård och omsorgsboende. www.stockholm.se

⁶ Fratiglioni L, von Strauss E. Multisjuklighet och demens. Statens folkhälsoinstitut 2006:26

år och äldre skulle, enligt beräkningarna, ungefär 10 procent vara drabbade av en demenssjukdom. Incidensen beräknas till ungefär 230 nya fall per år.

Tabell 2. Beräknat prevalens och incidens av demenssjukdom i Bromma stadsdel 2010.

Åldersgrupp	Antal	Prevalens	%	Incidens	%
65-69	2838	28	1	14	0,5
70-74	1842	55	3	18	1
75-79	1324	79	6	20	1,5
80-84	1321	145	11	40	3
85-89	1132	249	22	57	5
90-	817	408	50	82	10
Totalt	9274	964	10	231	2,5

Görs samma prevalens- och incidensberäkningar på gruppen 65 år och äldre listade på Tranebergs vårdcentral 2010, var ungefär 260 personer drabbade av demenssjukdom varav 65 personer insjuknade samma år (Tabell 3.).

Tabell 3. Beräknad prevalens och incidens av demenssjukdom bland listade personer 65 år och äldre på Tranebergs vårdcentral 2010.

Åldersgrupp	Antal	Prevalens	%	Incidens	%
65-69	1081	11	1	5	0,5
70-74	693	21	3	7	1
75-79	438	26	6	7	1,5
80-84	407	45	11	12	3
85-89	322	71	22	16	5
90-	178	89	50	18	10
Totalt	3119	263	8,4	65	2,1

Enligt Tranebergs egen redovisning var 87 patienter (45 kvinnor) registrerade med diagnostiserad demenssjukdom bland de listade på vårdcentralen år 2010 vilket skulle betyda att man kände till ungefär en tredjedel av det beräknade antalet.

Primärvårdsrehab

Primärvårdsrehab Bromma är en landstingsdriven rehabenhet som ingår i en paraplyorganisationen kallad Primärvårdsrehab Västra, som förutom mottagningen i samma hus som Tranebergs vårdcentral har mottagningar i Kista och Spånga. Rehabenhetens uppdrag är att bedriva hemrehabilitering, genomföra hjälpmedelsordinationer/utprovning, ha sjukgymnastmottagning och arbetsterapi-mottagning. I samband med projektet fick enheten även uppdrag att som en del

i demensutredningen undersöka patienternas aktivitets- och funktionsförmåga (i hemmet).

TGS

Många av aktörerna i Bromma ingår sedan 2006 i ett samverkansprojekt, TGS (trygga goda sammanhang), som är finansierat av stimulansmedel från Socialstyrelsen. I projektets styrgrupp finns representanter från primärvården, slutenvården, stadsdelens äldreomsorg och Stockholms läns landstings hälso- och sjukvårdsförvaltning samt demensrådet. TGS är ett sätt att hålla ihop och styra flera delprojekt samtidigt. Styrgruppen arbetar gemensamt fram projektmål inom TGS projektet och följer upp de olika delprojekten regelbundet via styrgruppsmöten cirka fyra gånger per halvår. År 2011 pågick delprojekt inom följande områden: Rehabilitering, Vårdplanering, Kost och nutrition, Demensvård, Läkemedelsgenomgångar, Det sociala innehållet, Förebyggande arbete och Tekniska hjälpmedel.

Brommageriatrikens minnesmottagning

Brommageriatriken är en privat vårdgivare som på uppdrag av Stockholms läns landsting ansvarar för akutgeriatrisk vård, rehabilitering och avancerad sjukvård i hemmet för boende i Bromma men också stadsdelarna Hässelby/Vällingby, Spånga/Tensta och Kista/Rinkeby samt Ekerö kommun.

På Brommageriatrikens minnesmottagning arbetar läkare, specialiserade inom geriatrik med inriktning på demenssjukdomar, tillsammans med arbetsterapeuter, sjuksköterskor, undersköterskor och neuropsykolog. Vid minnesmottagningen genomförs ungefär 350 minnesutredningar per år varav cirka 70 procent görs på remiss från vårdcentraler och 25-30 procent på remiss från Brommageriatriken. I enstaka fall tar patienterna kontakt själva.

När utredningen är genomförd sker återbesök hos läkaren och eventuell medicinsk behandling startar. Ansvar för patienten kan finnas kvar upp till cirka ett år för uppföljande återbesök. Därefter sker fortsatt uppföljning på vårdcentral eller husläkarmottagning. Vid behov initierar minnesmottagningen hjälp från kommun och primärvård åt patienten.

STIFTELSEN STOCKHOLMS LÄNS ÄLDRECENTRUMS UPPDRAG

I diskussioner mellan Demensrådet och Äldrecentrum togs utvärderingens övergripande syfte fram. Utvärderingen skulle ge en beskrivning av hur demenssjuksköterskans arbete utvecklas under projekttiden och vilka erfarenheter som kunde dras av insatserna. Syftet blev också att utifrån gjorda erfarenheter belysa hur en demenssjuksköterska kan arbeta vid en eventuell fortsättning efter projekttidens slut.

Utvärderingen skulle med utgångspunkt från de uppsatta målen spegla demenssköterskans arbete på olika nivåer, såväl kontakterna med enskilda personer som samarbetet med andra vårdgivare inom landstinget, kommunala verksamheter och eventuella andra organisationer. Även projektets förutsättningar för att leva vidare efter avslut skulle belysas.

Ett antal specifika frågeställningar togs fram:

- Hur ser demenssjuksköterskans arbete ut under projekttiden? Hur utvecklas arbetet?
- Hur utformas demenssjuksköterskans stöd till enskilda personer med demenssjukdomar och deras anhöriga?
- Vilka förväntningar har övriga aktörer (minnesmottagningen, biståndshandläggarna, anhörigkonsulent, dagverksamhet och hemtjänsten) på demenssjuksköterskans arbete?
- Hur påverkas samverkansarbetet med minnesmottagning, stadsdelsförvaltning och andra aktörer av demenssjuksköterskans arbete?
- Involveras primärvårdsrehabiliteringen i demenssjuksköterskans arbete, vilken roll har de?
- Går det att iaktta några förändringar eller skillnader när det gäller antal demensutredningar och var de utförs inom Bromma stadsdel, före och efter projektets genomförande.
- Vilka av demenssjuksköterskans insatser bedömer ansvariga och personal på vårdcentralen, minnesmottagningen, biståndshandläggarna, anhörigkonsulent, dagverksamhet och hemtjänsten vara hållbara på sikt?

METOD

Datainsamling

För att besvara frågeställningarna användes både kvantitativa och kvalitativa metoder.

Kvantitativa data (befolkning, patienter, vårdinsatser, omsorgsinsatser) inhämtades från SCB, Bromma stadsdel, Tranebergs vårdcentral, landstingets vårddata och Stockholms kommuns hemsida.

Kvalitativa data inhämtades i form av intervjuer med representanter från de olika aktörerna. Sammanlagt 25 intervjuer gjordes under två perioder; april-maj 2011 och november-december 2011.

Frågorna vid intervjuerna hade sin utgångspunkt i utvärderingens frågeställningar och genomfördes med demenssjuusköterskan, verksamhetschef och enhetschef samt läkarchef vid Tranebergs vårdcentral, chef för minnesmottagningen och representanter för primärvårdsrehab, chef för stadsdelens äldreomsorg, projektledaren i TGS och anhängkonsulenten i stadsdelens förvaltning, chef och enhetschef inom hemtjänstens demensteam samt projektledaren från Demensrådet.

Intervjuer har även genomförts med ämnesexpertis från Äldrecentrum och Svenskt demenscentrum.

RESULTAT

Demenssjuksköterskans arbete under projektiden.

Idén om att pröva en demenssjuksköterska på vårdcentralen togs fram i samarbete mellan Tranebergs verksamhetschef och en representant från landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd. De hade träffats vid Bromma stadsdels TGS-möten, där båda var ledamöter.

Verksamhetschefen ville med projektet både intressera sina medarbetare för demensområdet och förbättra för patientgruppen.

”Vi har haft diskussioner på arbetsmöten på vårdcentralen där jag konstaterat att vi har mindre interprofessionellt samarbete på vårdcentralen än vad jag är van med. Läkarna jobbar med sitt, distriktssköterskorna med sitt o.s.v. Jag har tidigare prövat med både diabetessköterska och astmasköterska på en annan vårdcentral med gott resultat. Det handlar om att åtgärder från sköterskorna frigör tid för läkarna så att de blir effektivare. Eftersom vården premierar läkartid så finns ekonomin där. Samtidigt har kraven utifrån stegrats. Direktiv från Socialstyrelsen och önskemål och krav från stadsdelen - som har sitt demenssteam, anhörigkonsulent - att vi ska prioritera området demens”.

Landstingets representant som också fanns med i Demensrådet nappade på idén då den kunde kopplas till Demensrådets uppdrag att utveckla vården enligt Socialstyrelsens demensriktlinjer. Efter att Demensrådet beviljat ansökan från vårdcentralen blev landstingets representant projektets projektledare.

”Jag fanns ju i Demensrådet... det föll sig naturligt och jag var intresserad”.

En av distriktssköterskorna på vårdcentralen tillfrågades om hon ville ta rollen som demenssjuksköterska i projektet. Hon hade ingen tidigare erfarenhet av liknande arbete.

”Demens har alltid intresserat mig och jag har tidigare gått några kurser, men ingen demensutbildning. Efter en föreläsning om demensriktlinjerna fick jag en förfrågan från chefen om jag ville jobba med projektet”

För verksamhetschefen var det viktigaste att styra upp arbetet på vårdcentralen. De problem som sågs på vårdcentralen var att remisserna till minnesmottagningen var ofullständiga, att de patienter som var utredda inte följdes upp ordentligt och att det var otydligt vem som skulle göra vad på vårdcentralen kring patienten. Demenssjuksköterskan tillsammans med en arbetsgrupp på vårdcentralen började arbetet med att ta fram ett vårdprogram.

”Först var det ett stort projektmotstånd. Det sågs som något som läggs på det ordinarie arbetet, svårt att övertyga läkarna. De ville satsa på de stora grupperna (hjärt-kärl, diabetes, astma ...). Men jag argumenterade med att vi måste lyfta blicken ovanför det dagliga arbetet och fråga vad vi ska göra i morgon? Kan vi göra saker bättre och effektivare? Efter ett tag ville man i alla fall pröva och vi processade fram hur vi skulle arbeta och vad det skulle leda till. Först var det att ta fram ett vårdprogram – ett recept för hur vi ska ta hand om patientgruppen. Det var det viktigaste. Det har varit ett bra engagemang bland läkarna i diskussionerna om vad som ska finnas med i vårdprogrammet”.

Demenssjuksköterskan uppgift blev, enligt verksamhetschefen, att vara den som kontinuerligt uppdaterade det vårdprogram för demens som tagits fram. Hon skulle övervaka att remisserna såg bra ut och informera och utbilda kollegorna på vårdcentralen. En viktig uppgift enligt verksamhetschefen var också att vara koordinator och lots i betydelsen kunna hjälpa patienter (och anhöriga) att i tidigt stadium göra upp en plan för kontakter. Samtidigt fanns ett krav från Demensrådet att alla patienter med demenssjukdom skulle registreras i SveDem vilket blev en ytterligare uppgift för demenssjuksköterskan.

Demenssköterskan var mer osäker på sina uppgifter i början;

”Jag tänkte i början av projektet att jag skulle fungera som en lots för patienter och anhöriga så att de kom till distriktssköterska och läkare. När jag läser målbeskrivningen i projektet; ”Undersöka om en demenssjuksköterska på vårdcentral är ett bra sätt att utveckla vård och omsorg vid demens” tycker jag inte riktigt att det är det jag ska göra. För mig är det att ta fram ett vårdprogram som alla (på vårdcentralen) kan jobba efter för att ge en bra vård och regelbunden uppföljning till de dementa, för att snabbare se förändringar. Utöver det skulle jag vara samordnare på vårdcentralen - en lots”.

Projektet ingår i TGS

Projektet på Tranebergs vårdcentral blev med tiden ett av projekten inom TGS och styrgruppen där blev också projektets styrgrupp. Inom TGS fanns en diskussion om att ta fram ett övergripande vårdprogram för demensvården inom stadsdelen där vårdcentralens vårdprogram skulle finnas med tillsammans med vårdprogram för kommunens omsorgsinsatser och ett vårdprogram för minnesmottagningens insatser. Stadsdelens projektledare i TGS-gruppen blev i juni 2011 även projektledare för projektet på Traneberg och den förre projektledaren blev enbart landstingets representant i TGS.

För demenssjuksköterskan utökades uppdraget då hon även skulle finnas med i processen med att ta fram de andra vårdprogrammen och i förlängningen det övergripande vårdprogrammet.

I arbetet på vårdcentralen påbörjades i början av 2011 diskussioner med den lokala primärvårdsrehabiliteringen. Önskemålet var att enhetens arbetsterapeuter

skulle ta ansvar för de funktions- och aktivitetsbedömningar som ingår i den basala demensutredningen. Vid intervjun i början av 2011 med chefen för enheten var det tänkta uppdraget fortfarande oklart.

”Vi har varit med på några planeringsmöten där vår roll diskuterats. Det finns medel så att även vi kan vara med ... men det var lite luddigt för oss. Vi har kommit in lite från sidan men det börjar bli tydligare nu och jag är positiv till projektet. Arbetsterapeuten har en viktig roll”.

Demenssjuksköterskans arbetsuppgifter

I slutet av projekttiden beskriver demenssjuksköterskan att de uppgifter hon har, och ska fortsätta att ha även efter att projektet avslutas, är att;

- Kontinuerligt uppdatera vårdcentralens vårdprogram för demens.
- Ansvara för fortbildning av vårdcentralens personal och introducera ny personal i hur vårdcentralen arbetar med demensfrågor, utbilda i MMT och vilka blanketter som ska användas. *”Jag är kunskapsbanken men har inte alla patienter, så är det uppbyggt”.*
- Förmedla patientkontakter till rätt distriktssköterska och läkare.
- Hålla SveDem-registret aktuellt d.v.s. registrera nya patienter men också utifrån registret påminna kollegor (distriktssköterskor och läkare) om de årliga uppföljningarna som ska göras.
- Vara en trygghet för alla patienter med demenssjukdom och deras anhöriga genom att vara den som kan mer om demens och genom att vara tillgänglig per telefon (*”jag ringer upp samma dag”*). Numret finns på hemsidan och även i Vårdguiden (Landstingets tidning) som går ut till hushållen.

Verksamhetschefen tillägger att demenssjuksköterskans arbete ska stimulera till att demensdiagnosen upptäcks så tidigt som möjligt.

På frågan vad en patient ska ha för förväntningar på vårdcentralen efter att projektet avslutas säger enhetschefen på Traneberg;

”De ska förvänta sig att bli erbjuden en strukturerad organisation för vården av dementa – som inte fanns förut. Det är en trygghet för mig som chef och för medarbetarna. I och med projektet har vi fått en helt annan medvetenhet om demens och om kognitiv svikt. Alla har höjt sig kvalitetsmässigt vare sig det är sekreterare – som säger att det känns bra att vi vet vad vi ska göra om vi träffar på någon i kassan – eller undersköterskor, distriktssköterskor och läkare. Nu har vi en person som är ansvarig. Vi hoppas kunna behålla den funktionen ...(samtidigt är det viktigt att framhålla)... att hon inte har det fulla ansvaret. Läkarna har sitt ansvar. Kommunen har sitt”.

Vårdprogram demens

I bilaga 1 finns innehållet i det tvåsidiga dokument, som togs fram under projekt-tiden, som används av läkare och distriktssköterskor vid Tranebergs vårdcentral i arbetet med patienter med demenssjukdom eller misstänkt demenssjukdom.

Demenssjuksköterskans stöd till patient och anhöriga.

I slutet av projektperioden finns en klar bild på vårdcentralen hur demenssjuksköterskans arbete ska se ut. Som beskrivs ovan ska stödet till patienter och anhöriga ges på ett övergripande plan i den mening att en namngiven person – ”*en spindel i nätet på vårdcentralen*” - finns som en kontaktmöjlighet som i sin tur kan förmedla fortsatt kontakt till rätt distriktssköterska, läkare på vårdcentralen men också till minnesmottagningen eller olika kommunala instanser vid behov. Det senare kräver dock kontinuerligt uppdaterade kontaktlistor vilket vårdcentralen menar blir ett ansvar för alla inblandade aktörer. Tanken är att det ska ske genom arbetet med det gemensamma vårdprogrammet i stadsdelen.

Demenssjuksköterskan ansvarar också för att de årliga uppföljningar initieras och genomförs vilket ska öka tryggheten för patient och anhörig.

Uppgifterna ska utföras inom en tjugo-procentig tjänst på vårdcentralen något som vårdcentralens enhetschef kommenterar;

”På stora vårdcentraler bör det fungera med en tjugo-procentig tjänst. Mindre enheter kan nischa en distriktssköterska, som får ett uppdrag: det här ska du göra: uppdatera vårdprogrammet, registrera i SveDem, ha koll på dementa patienter, stimulera till att demensdiagnosen upptäcks så tidigt som möjligt. Kanske räcker det med tio-procentig arbetstid?”

Den tidsmässiga aspekten är naturligtvis även kopplad till en ekonomisk aspekt. Går det att få en ekonomi i arbetet? Enhetschefen säger;

”Det är helt beroende på vilka medel vi får. Jag ska försöka göra vad jag kan – bolla runt – men det håller inte i längden. I år har vi haft möjlighet att ta in en ersättare. Vi har en diabetessköterska som genererar extra ersättning och något liknande tänker jag mig för en demenssköterska – en uppmuntran som visar att den här patienten är lika viktig som astma- kol- och diabetespatienten. Där följer vi upp patienten, men så är det inte med demens än”.

Förväntningar på demenssjuksköterskan.

Minnesmottagningen hoppas att demenssjuksköterskans arbete ska innebära att vårdcentralens framtagna vårdprogram för utredning, behandling och uppföljning efterlevs och att vårdcentralen i Traneberg har ett större fokus på demenspatienten.

ter jämfört med andra vårdcentraler och att de är mer inställda på att utreda tidigt men också följer upp de patienter som behöver följas upp.

”Jag tror att vårdprogrammet är effektivt. Har man en skriftlig rutin och riktlinjer som cheferna står bakom bör det bli enklare för läkarna – de är ju vana att jobba så ... Det vi ser idag är att det kommer fler remisser och att funktionsbedömningar görs – här ligger Traneberg före”.

Från kommunalt håll finns också förväntningar, men en del av dessa tror man inte kommer att uppfyllas. Demensteamet inom hemtjänsten i Bromma har förhoppningar om mer hjälp i det dagliga arbetet;

”Att de ska hjälpa oss när vi behöver, men vi har inte högre förväntningar på Traneberg jämfört med andra vårdcentraler. Vi kontaktar (fortfarande) den ansvarige distriktssköterskan för varje vårdtagare som vi hjälper. Demenssjuksköterskan har ju bara några av våra vårdtagare. Men vi kan ringa henne om vi inte får tag på ansvarig och be henne kontakta.

Att landstinget tar sitt ansvar märks inte – de hinner inte. En demenssjuksköterska ska finnas på heltid när vi har så många drabbade – en som man alltid ringer till angående demenssjukdom. Alla distriktssköterskor har inte kunskap om demens. Demenssjuksköterskan (på Traneberg) kan lite mer men kan inte klara av allt som behövs med endast 20 procent”.

... Vi hade hoppats på mer kontakt än vad det blev, kunna sitta och diskutera tillsammans för att göra det bättre för vårdtagaren. Det skulle göra att vi kunde hjälpa varandra, vi är ju där (i hemmet) båda två så det borde finnas samordningsvinster”.

Anhörigkonsulenten hoppas på ett bättre samarbete med vårdcentralen jämfört med andra vårdcentraler. Ett samarbete som gör att läkare och distriktssköterskor känner till anhörigkonsulenten och vad hon har att erbjuda, och hänvisar anhöriga till henne. Hon hoppas också att demenssjuksköterskan och hon själv kan ha utbildningar tillsammans och gemensamma anhöriggrupper. Det samordnande ansvaret tycker hon ska ligga hos demenssjuksköterskan.

”Jag har haft svårt att komma ut till vårdcentralerna. De ser det som en kommunal angelägenhet och har svårt att ge tid för information – Tranebergs vårdcentral är ett undantag vilket nog är demenssjuksköterskans förtjänst.

Stadsdelens äldreomsorgschef vill se möjligheterna som kan komma ur projektet;

”Nu har vi en demenssjuksköterska som ska underlätta vårdkedjan. Att personen (med demenssjukdom) ska kunna mötas av en person på vårdcentralen som har demenskunskap, som förstår digniteten i att bo hemma med en demenssjukdom. Och att vi har den här relationen (förhoppningsvis) mellan biståndsbedömarna, primärvårdsrehab - som vi knappt kände till förut - och Brommageriatrikens min-

nesmottagning. Så visst är det väl början på något som man ska ha förväntningar på? Att vi har fått Stockholms enda demenssjuksköterska”.

Men samtidigt är hon osäker på vilka förväntningar som ska knytas till demenssjuksköterskan sett till den planerade omfattningen av arbetet.

Vi har sett i vårt eget arbete med utvecklingen av demensteamet, att behoven bara eskalerar – därför tror jag inte att tjugo procent räcker. Det är ju ett ofantligt behov och svårt att förstå hur jobbigt det är att bo hemma med en dement person – eller om de är ensamma. Om det blir på tjugo procent känner jag att risken är stor att det bara blir en pappersprodukt – Jag blir nog lite besviken. Det är ju ett ständigt arbete att hålla kunskapen uppdaterad i organisationen, för ny personal... hon (demenssjuksköterskan) är ju en utbildningsperson, en person som ska upprätta rutiner och ständigt fylla på ... ska det göras på bara tjugo procent?

Samverkansarbetet mellan aktörerna.

Det som från början enbart var ett projekt på Tranebergs vårdcentral, uppmuntrat av demensrådet, för att utveckla en arbetsform med en demenssjuksköterska, övergick med tiden till att bli ett av projekten inom TGS. Det här innebar att den samverkansorganisation som byggts upp i stadsdelen både kunde stötta det pågående projektet men också förvänta sig och genomföra ett utvidgat uppdrag inom projektet. Projektledaren i TGS övertog projektledarrollen från demensrådets representant för att klargöra rollfördelningen, att inte vara både beställare av projektet och projektledare.

Initialt hade arbetet inriktats på att ta fram ett vårdprogram på vårdcentralen. I och med att TGS gick in blev nästa steg att ta fram vårdprogram vid minnesmottagningen och inom kommunen. De tre vårdprogrammen skulle slutligen inlemmas i ett gemensamt vårdprogram för demens. Ett arbete som pågick när projektet vid Traneberg avslutades.

Det här samarbetet kommenteras av många av de intervjuade. Projektledaren vid TGS tycker att man idag har mer kunskap om varandras verksamheter, kunskaper som sedan sprids inåt i respektive organisation. Hon tror också att det gemensamma vårdprogrammet ska ge bättre struktur på arbetet hos de olika aktörerna och ger exempel på att bättre remissvar ger bättre förutsättningar för förvaltningen att arbeta förebyggande. Arbetet med det gemensamma vårdprogrammet gör att aktörerna får mer kunskaper om varandra. Det finns en ökad förståelse mellan biståndsbedömarna, minnesmottagningen och Tranebergs vårdcentral kring utredningar.

”I och med att Traneberg ökat sina kunskaper om sjukdomen på olika plan har de också fått förståelse för kommunens uppdrag och omvänt. Men inom kommunen har vi fortfarande ett jobb att upplysa hemtjänsten - med de många utförarna - om hur man arbetar på Traneberg och hur de kan användas”.

Stadsdelens äldreomsorgschef säger:

”Meningen är ju att när vi fått ordning på ett projekt så ska det implementeras så att det blir stadigvarande. I och med att vi har TGS-projektet, där alla samverkansparter är med så kan vi fortsätta och samarbeta. Här finns ett upparbetat samarbete och vi har lärt känna varandra, men det har tagit de här åren. Projektledaren är viktig och kommer att vara kvar. Vi har nästa år på oss att få det här att leva vidare och ekonomin finns”.

Även minnesmottagningen uppskattar samverkansarbetet inom TGS och framför allt projektledarens kunskaper och förmåga att strukturera upp och att hålla i de gemensamma mötena och hennes arbete med frågorna internt på stadsdelen.

Minnesmottagningens chef säger att det är primärvården som har den svåra delen i samverkansarbetet.

”Primärvården är bromsklossen när man vill få ihop de olika aktörerna. Vi som liten enhet kan ändra oss om det behövs men primärvården spretar åt alla håll, olika aktörer, olika ägare. Husläkarna sitter så otroligt fast i prestationskrav och att ta många besök och har många frågor att bevaka, då blir det svårt att få ut budskap och få dem att diskutera samverkansfrågor”.

Enhetschefen på vårdcentralen hoppas att det gemensamma vårdprogrammet ska bli ett levande dokument och att samarbetet med kommunen kan utvecklas. Hon delar inte helt projektledarens åsikt att aktörerna fått mer kunskap om varann.

”Jag skulle vilja att vi kunde fortsätta samarbetet med kommunen och få helt andra kontaktytor och struktur för samarbetet. För det har vi inte nu. Vi möter inte biståndsbedömarna, har inget ansikte på dem. Det skulle bli mycket bättre då, att förstå varandra och stötta varandra”.

Övriga vårdcentraler i Bromma har inte visat något större intresse för projektet enligt de intervjuade även om en del säger att några i alla fall känner till projektet och att det finns distriktssköterskor på andra enheter som efterlyser vårdprogram liknande det på Traneberg.

Primärvårdsrehabiliteringen.

Primärvårdsrehab i Traneberg kom in sent i projektet och hade från början svårt att förstå hur de skulle kunna involveras i arbetet. En av de intervjuade förklarade;

”Från början sa vi nej ”vi har inga resurser”, det diskuterades att vi skulle vara med i varje uppföljning, varje år och alla personer med demens – det går ju inte! Men sedan började vi se från ett annat håll, att det finns en nytta med att vi är med, att det är intressant. Så då började vi istället att fråga HUR vi ska kunna

vara med... Sedan förbättras ju samarbetet med de olika aktörerna vilket vi inte hade förr. Nu har vi fått ett kontaktnät.

Demenssjuksköterskan är bra för då har vi någon vi kan uppmärksamma när vi träffar på patienter. Istället för att ringa till vårdcentralen mer ospecifikt”.

Primärvårdsrehab chef påpekade i intervjun att tanken är att primärvårdsrehab ska jobba enligt riktlinjerna i hela primärvården men att det är på längre sikt. Först måste de bli efterfrågade av läkarna på vårdcentralen för att göra funktions- och aktivitetsbedömningar.

Som kan ses i den senaste versionen av vårdprogrammet på Tranebergs vårdcentral (Bilaga 1), finns primärvårdsrehab nu med som en remissinstans för funktions- och aktivitetsbedömningar i den basala utredningen. Varje sådan insats genererar för närvarande ett ekonomiskt tillägg till rehabenheten från HSN.

Ökat antal demensutredningar och registreringar i SveDem.

Tranebergs vårdcentral har gjort en egen sammanställning (oktober 2011) över antalet kända patienter med demensdiagnos under åren 2009 till 2011. En stor ökning av registreringar kan ses (Tabell 4).

Tabell 4. Antal demensdiagnostiserade och registrerade i SveDem på Tranebergs vårdcentral åren 2009 – 2011.

Åldersgrupp	2009	2010	2011
< 65	0	2	3
65-74	3	6	15
75-84	17	69	39
> 84	14	10	57
Totalt	34	87	114

Källa: Tranebergs vårdcentral

Om resultatet ställs i relation till den prevalensberäkning som gjordes i Tabell 3, innebär det att drygt 40 procent av det beräknade antalet personer med demenssjukdom nu är kända av vårdcentralen.

Den kraftiga ökningen av registrerade personer kan både tillskrivas en noggrannare registrering (i SveDem) av antalet personer med demensdiagnos och en faktisk ökning av antalet utredningar. Minnesmottagningen konstaterar att antalet remisser från Traneberg både har ökat det senaste året och är mer omfattande.

Endast ett fåtal utredningar som leder fram till diagnos görs på vårdcentralen. Enhetschefen på vårdcentralen menar att varje läkare på vårdcentralen gör för få utredningar för att det ska kunna bli en kvalité.

”Det är väldigt få patienter som vi diagnostiserar själva. Det vi gör är den basala delen för att utesluta andra orsaker. För att ställa diagnos och påbörja behandling behövs specialist på minnesmottagningen. Om vi skulle göra det (sätta diagnos) skulle jag kräva en läkare med specialistutbildning – för patienternas skull. Vårdprogrammet talar inte om diagnossättning – bara den basala utredningen. Sedan får minnesmottagningen ta över. I den pressade vardag som våra läkare har, tror jag inte de mäktar med att ställa diagnos. Det finns en risk i ett sådant förlopp. Om minnesmottagningen tar den delen höjs ribban för kvalitén.

DISKUSSION

Projektet har visat att det går att arbeta fram ett strukturerat arbetssätt på vårdcentralen för att hitta patienter med kognitiva symptom, genomföra utredningar och registrera i SveDem. Det vårdprogram som tagits fram använts nu av personalen på vårdcentralen och antalet SveDem-registrerade personer med diagnostiserad demenssjukdom på vårdcentralen har ökat mångfaldt under de år projektet pågått. Samtidigt rapporteras under samma period ett ökat inflöde av remisser till minnesmottagningen från vårdcentralen.

Det här innebär att uppmärksamheten har ökat när det gäller patientgruppen vilket är ett av syftena med de nationella demensriktlinjerna. Men det är för tidigt att uttala sig om de arbetsuppgifter och de resultat som demenssjuksköterskans arbete fått på vårdcentralen svarar upp mot Demensrådets målsättning för projektet; att säkerställa en obruten vårdkedja och att utröna om en demenssjuksköterska, anställd av landstinget, i första linjens sjukvård är ett bra sätt att utveckla vård- och omsorgsarbetet vid demenssjukdom.

Uppmärksamheten har alltså ökat avsevärt men trots detta når vårdcentralen för närvarande knappt hälften av det beräknade antalet personer med demenssjukdom bland de listade. De kommande åren får utvisa hur långt ett strukturerat arbete kan nå för att få kännedom om fler i patientgruppen. I och med prevalensberäkningarna finns ett mål att arbeta mot.

Vårdcentralens beräkningar att demenssjuksköterskans arbetsuppgifter för patientgruppen ska kunna genomföras på en tid motsvarande en dag i veckan ifrågasätts från kommunalt håll. Att man ser så olika på behovet förklaras av de skilda förväntningar parterna har på demenssjuksköterskans arbete. Som tidigare beskrivits kan förväntningarna vara att demenssjuksköterskan är spindeln i nätet för verksamheten som samordnar olika vårdgivare och professioner och handleder och bistår med kunskap. Men hon kan också förväntas vara den som är spindeln i nätet gentemot den demenssjuke och dennes anhöriga, som alltid är rätt person att fråga när man undrar över något, en som följer upp, håller kontakt, jobbar nära eller är en del av kommunens anhörigstöd. Eller så har hon en mer operativ roll och då främst vid minnesutredningar. Eller så ska hon vara alla dessa roller.

En kommunal demenssjuksköterska (som stadsdelens aktörer kanske ser framför sig) kan i större utsträckning vara det kontinuerliga bollplank och den kunskapsbank som de kommunala verksamheterna efterlyser. En demenssjuksköterska på en vårdcentral kan kanske ta samma roll men då måste det regleras i avtal mellan kommunen och landstinget. I och med att en sådan överenskommelse inte finns måste parterna i nuläget hitta överenskommelser utifrån den nuvarande situationen. Det kräver både förståelse för och kunskaper om varandras uppdrag. I och med det samarbete som finns inom TGS är förutsättningarna goda att en

överenskommelse ska kunna ske och ett gemensamt vårdprogram ska enligt planerna implementeras under det kommande året.

Möjligheten till en fortsatt utveckling av det övergripande samverkansarbetet liksom arbetet på vårdcentralen är fortfarande till stor del beroende av externa medel. Kommunen uppger att det finns avsatta medel för ett fortsatt arbete inom TGS. Beställarnas (landstingets) möjlighet att stötta ett fortsatt utvecklingsarbete är mer osäkert. Här kan man dock tänka sig två vägar, antingen genom nya projektmedel via demensrådet alternativt andra instanser i landstinget, eller genom nya ersättningsmodeller. Kanske kan ersättningen, eller delar av ersättningen som idag ges för genomförda demensutredningar användas för att finansiera demenssjuksköterskans arbete? Idag är det väldigt osäkert om enbart omdisponeringar av arbetet på vårdcentralen för att möta upp patientgruppen kan finansiera demenssjuksköterskans arbete.

Antalet utredningar på vårdcentralen har ökat under projekttiden. Däremot sätts diagnosen till största delen vid minnesmottagningen efter remiss från vårdcentralen. Resultatet visar att demensriktlinjernas förhoppning om att fler diagnoser ska ställas på vårdcentralerna inte uppfylls. För vårdcentralen handlar det om patientsäkerhet och kvalitet. Man tror sig inte ha tillräcklig kunskap för att ställa diagnos och ser det som en osäkerhetsfaktor för patienten. Samtidigt säger läkaren på minnesmottagningen liksom tillfrågad expert på Svenskt demenscentrum att den kunskap som behövs för att sätta de vanligaste demensdiagnoserna till stor del redan finns hos läkarna på vårdcentralen eller kan ges dem med relativt korta utbildningsinsatser. En slutsats blir att beställarna (landstinget) behöver diskutera om demensriktlinjernas direktiv kan följas eller om man ska vara mer pragmatiska och stötta den utveckling som sker i Stockholm, där minnesmottagningarna står för en stor del av diagnossättandet.

Rekommendationer

- Den modell för demenssjuksköterskans arbete som prövats på Tranebergs vårdcentral har visat att ett strukturerat arbete på vårdcentralen är både möjligt och effektivt när det gäller att uppmärksamma patienter med demenssjukdom. Men det behövs ett fortsatt arbete för att tydliggöra demenssjuksköterskans arbetsuppgifter och ansvarsområden inom och utanför vårdcentralen.
- Information om arbetet vid Tranebergs vårdcentral bör spridas till andra vårdcentraler för att uppmuntra till utvecklingen av ett strukturerat arbetssätt för att uppmärksamma patienter med demenssjukdom.
- Hur ersättningen kan se ut för att motivera till fler demenssjuksköterskor på andra vårdcentraler bör diskuteras på beställarnivå liksom vilken inriktning vårdcentralens arbete ska ha när det gäller om diagnos ska sättas på vårdcentralen eller på minnesmottagningen.
- Rutiner för inrapportering av utförda utredningar, diagnos och behandling måste utvecklas för att kunna utvärdera effekterna av framtida försök med demenssjuksköterska på andra vårdcentraler.

REFERENSER

Jedenius E, Wimo A, Strömqvist J, Andreasen N. A Swedish programme for dementia diagnostics in primary healthcare. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26:235-240.

Kalmar län. Riktlinjer för demensutredning inom primärvården i Kalmar län. Tidig upptäckt, utredning, behandling och uppföljning av personer med demenssjukdom.

Luppens kunskapscentrum. Uppdrag demens eller "Spindeln i nätet" - en kartläggning av demenssjuksköterskans yrkesroll. Arbetsrapport. Äldreomsorg och äldrevård. 2004:3.

Meinow B. Spindeln i nätet. En kartläggning av demenssjuksköterskor i Stockholms län. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2009:3

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. 2010

Socialstyrelsen. Kartläggning av resurser för vård och omsorg vid demenssjukdom. 2009.

Stockholms stad. Hitta och jämför vård och omsorgsboende. www.stockholm.se

BILAGOR

Bilaga 1. Vårdprogram demens vid Tranebergs vårdcentral

(Enligt version i december 2011)

Sidan 1:

Definition av demens enligt WHO

Demens innebär störning av högre kortikala funktioner som minne, tankeförmåga, orientering, förståelse, funktioner åtföljs ofta av försämring i emotionell kontroll, socialt beteende och motivation. Demens medför avsevärd försämring av intellektuella funktioner och påverkar dagliga aktiviteter. Symtomen skall ha funnits i minst sex månader innan en säker demensdiagnos kan ställas.

Riskfaktorer:

Ålder är den främsta riskfaktorn, hypertoni, högt kolesterol, diabetes typ II, hereditet.

Syfte med basal utredning:

Att säkerställa att rätt diagnos sätts, att möta patienten så tidigt som möjligt i sjukdomsprocessen, att få adekvat vård, omsorg och medicinsk behandling samt att den demenssjuke och dennes anhöriga skall uppleva trygghet.

Mål:

Att uppnå god kvalitet i omhändertagandet av den demenssjuke och anhörig samt att skapa en obruten vårdkedja.

I den basala demensutredningen ingår:

Strukturerad anamnes, kognitiv och psykosocial anamnes, somatisk status, psykisk status och aktuell medicinering.

Områdesansvarig distriktssköterska utför:

MMT, Klocktest, anhörigintervju, kontaktar eller förmedlar bl.a. telefonnummer till biståndshandläggare till anhörig/patient vid behov.

Distriktsläkaren utför:

anamnes, psykisk och somatisk status; EKG; CT-skalle; Hb, MCV, LPK, TPK, SR, p-glukos, albumin och kalcium; elektrolyt- och leverstatus, urinstatus, TSH, T4, B12, folsyra, MMA eller homocystein; ev. läkemedelskoncentration, utifrån kliniska tecken även luesserologi, borrelia-serologi och HIV.

Om utredning avslutas på vårdcentralen skickas remiss för funktions och aktivitetsbedömning till arbetsterapeut.

Om avslutande utredning önskas skickas remiss till:

Personer < 65 år remitteras till Demensmottagningen, Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge;

Personer > 65 år remitteras till Minnesmottagningen, Brommageriatriken AB.

Vid remittering till Minnesmottagningen, Brommageriatriken AB för fullständig utredning och eventuell medicinsk behandling behövs på remissen: namn, adressuppgifter och telefonnummer till anhöriga, kopior på den primära utredningen, journaluppgifter på övriga medicinska data. Vid tveksamheter i utredningen, rådfråga då geriatriker på Minnesmott via mottagnings-sköterska.

Sidan 2:

Ansvarsområde för LOTS/Demenssjuksköterska på vårdcentralen

Efter det att patienten avslutats på Minnesmottagningen, Brommageriatriken AB överförs patienten till vårdcentralen. Demenssjuksköterskan kontaktar patient via brev för information angående årlig uppföljning. Arbetsuppgifterna är att:

Motivera till demensutredning.

Vara tillgänglig för frågor från patient och anhörig samt kunna hänvisa vidare till biståndshandläggare, anhörigkonsulent, anhörigföreningar och lokala anhörigstöd.

Vid behov vara kontaktperson och tillgänglig för frågor från kollegor, kommunens hemtjänstpersonal samt privata utförare inom hemtjänsten.

Bevaka så att det lokala vårdprogrammet efterföljs.

Rapportera in uppföljningsuppgifter i SveDem kontinuerligt.

Vara kontaktperson för Demensteamet, vara med på regelbundna möten, utföra delegeringar samt handleda vid behov.

Kontinuerligt sammanställa statistik ur Rave.

Årligen informera och uppdatera vårdcentralens medarbetare angående statistik, behandling och nya rön.

Uppföljning

Områdesansvarig Distriktssköterska

Genomför uppföljning minst en gång per år: MMT i hemmet, Samtal med anhörig med frågeformulär, Patientens omvårdnadsbehov bedöms. Därefter görs rapport till distriktsläkare för medicinsk bedömning. Vid behov kontaktas biståndshandläggare och arbetsterapeut.

Distriktsläkaren

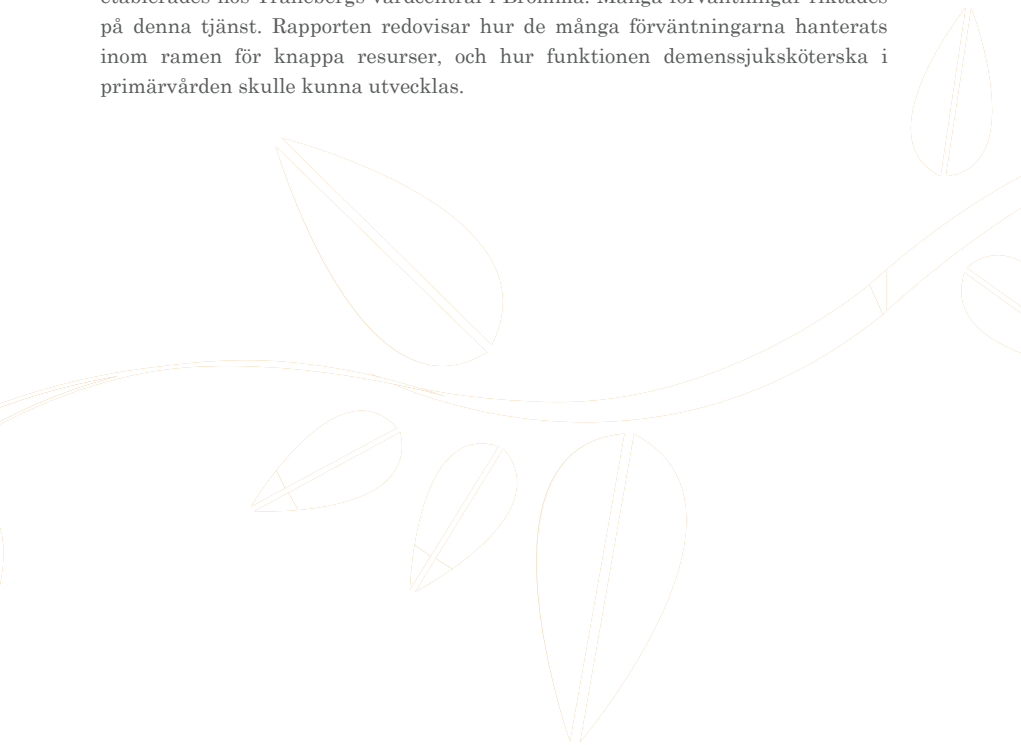
Genomför uppföljning minst en gång per år: Tar upp frågeställning om godman, körkort, färdtjänst och vapeninnehav; behandlingskontroller; EKG, puls, bltr, vikt; behandlingseffekt och doshöjning/utsättning.

Arbetsterapeut

Genomför uppföljning efter remiss vid behov: funktions- och aktivitetsförmåga, ADL;bedömer, provar ut och anpassar hjälpmedelsbehov, kognitiva hjälpmedel och ansöker om bostadsanpassning. Resultat och åtgärder rapporteras till distriktssköterska och distriktsläkare.

Tillkommer kontaktlista med namn och telefonnummer till aktuella aktörer

Tidig upptäckt och ett gott stöd till personen med demenssjukdom och dennes anhöriga under hela sjukdomsperioden var målen när funktionen demenssjuksköterska etablerades hos Tranebergs vårdcentral i Bromma. Många förväntningar riktades på denna tjänst. Rapporten redovisar hur de många förväntningarna hanterats inom ramen för knappa resurser, och hur funktionen demenssjuksköterska i primärvården skulle kunna utvecklas.



Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings-och utvecklingscentrum. Uppdraget är att bidra med kunskap om äldre personers hälsa, vård och omsorg

Gävlegatan 16, 113 30 Stockholm // Vxl: 08 690 58 00 // www.aldrecentrum.se