

Kriterier för god vård

Handbok för yrkespersonal i utveckling och utvärdering av god vård
och livskvalitet för personer med minnessjukdom



© Alzheimer Centraförbundet rf 2018

ISBN: 978-952-5139-48-8

ISSN: 1798-2669

Med stöd av Veikkaus intäkter.

Layout: Milton



TILL LÄSAREN

I den svenskspråkiga publikationen av *Kriterier för god vård* har det tillagts svenskspråkig litteratur, som inte finns i den finskspråkiga *Kriterier för god vård*. I litteraturen kan det t.ex. finnas begrepp, som vi inte används i Finland.

Har man en minnessjukdom bygger både ens eget och de närståendes välbefinnande på rätten att leva som man vill, att man blir hörd och att man själv får fatta beslut i de frågor som berör en. Den som är minnessjuk bör vara genuint delaktig i de frågor som gäller den egna vården och omsorgen. Då man gör upp en vårdplan, och sedan förverkligar den, är det viktigt att man beaktar den minnessjukas individualitet, önskemål och levnadsvanor. Utgångspunkten för allt minnesarbete bör vara att människor är olika, att varje existens är unik och att behoven blir tillfredsställda. God vård innebär att man respekterar att varje människa har rätt till sina egna uppfattningar och att själv fatta de viktiga besluten i sitt liv. Man kan på olika sätt, genom handledning och information, hjälpa den minnessjuka att själv vara med om att fatta beslut om den egna vården, och i tid vidta de juridiska åtgärder som behövs med tanke på framtida vårdbeslut.

God vård bygger därtill på kunnande, forskningsbaserad evidens och insamlad kunskap om alla de faktorer som inverkar på livskvaliteten för den minnessjuka och de närstående. Man samlar information både genom att höra den minnessjuka och de närstående och med hjälp av olika mätare, och får därigenom kunskap om hur vården ska förverkligas, följas upp och utvärderas.

Kriterier för god vård hjälper yrkespersonalen att utveckla ovanstående, i syfte att förbättra minnesarbetet i dess helhet. Handboken ger inga färdiga svar utan snarare ett underlag för gemensamma reflektioner kring vilka aspekter man borde beakta i olika verksamhetsenheter då man utvecklar en god

vård och omsorg för minnessjuka. Kriterierna är ett utmärkt arbetsredskap både för arbetsledningen och personalen när det gäller att kartlägga och utveckla kunnandet och arbetet. Man kan med hjälp av handboken analysera de processer som påverkar kvaliteten i vård- och omsorgsarbetet, genom att kombinera dem t.ex. med de kvalitetsindikatorer som redan används (bl.a. RAI-skalan och planen för egenkontroll).

Handboken närmar sig problematiken ur den enskilda människans perspektiv. För Alzheimer Centralförbundet är utgångspunkten att den minnessjuka och de närstående har rätt att bli jämlikt bemötta, hörda och så länge det är möjligt själva besluta i frågor som gäller dem själva, och att känna sig trygga. Det här är något som, i likhet med kriterierna i denna handbok, baserar sig på våra grundläggande mänskliga rättigheter, dvs. vår självbestämmanderätt, vår jämlikhet och vår lagstiftning samt våra nationella vårdrekommendationer och -program. Allt bygger i sista hand på den minnessjukas rättigheter, sådana de är uppdaterade (2014) i slutet av denna handbok.

Alzheimer Centralförbundet rf 7.5.2018

KRITERIER FÖR GOD VÅRD AV PERSONER MED MINNESSJUKDOM

Del A

Del B

REHABILITERING, OMSORG OCH VÅRD		FRÄMJANDE AV RÄTTIGHETER	PERSONAL OCH ARBETSHÄLSA
Livshistoria och livskvalitet	Smärtbehandling	Självbestämmande-rätt	Plan för egenkontroll
Plan för rehabilitering, service och vård	Sexualitet	Vårdvilja	Arbetsgemenskapens arbetsmetoder och värderingar
Funktions-förmåga	Interaktion och bemötande	Intressebevaknings-fullmakt	Riskhantering
En aktiv vardag	Boendemiljö	Intressebevakning	Personal, ledarskap och utveckling av arbetet
Främjande av hälsan	Tillgänglighet och trygghet	Delaktighet och kamratstöd	Arbetshälsa
Kost och näring	Teknologi och hjälpmedel	Närstående och stödande nätverk	Klientsäkerhet
Läkemedelsfria metoder	Vård i livets slutskede	Etiska frågor och beslutsfattande	Hantering av klient- och patientuppgifter
Läkemedels-behandling			

INNEHÅLL



Till läsaren	3
Inledning	6
Handbokens uppgift	7
Del A	9
REHABILITERING, OMSORG OCH VÅRD	9
1. Livshistoria och livskvalitet	10
2. Plan för rehabilitering, service och vård	13
3. Funktionsförmåga	20
4. En aktiv vardag	25
5. Främjande av hälsan	29
6. Kost och näring	32
7. Läkemedelsfria metoder	36
8. Läkemedelsbehandling	40
9. Smärtbehandling	44
10. Sexualitet	47
11. Interaktion och bemötande	50
12. Boendemiljö	53
13. Tillgänglighet och trygghet	56
14. Teknologi och hjälpmedel	58
15. Vård i livets slutskede	61
FRÄMJANDE AV RÄTTIGHETER	64
16. Självbestämmanderätt	65
17. Vårdvilja	67
18. Interessebevakningsfullmakt	69
19. Interessebevakning	71
20. Delaktighet och kamratstöd	74
21. Närstående och stödjande nätverk	76
22. Etiska frågor och beslutsfattande	79
Del B	82
PERSONAL OCH ARBETSHÄLSA	82
23. Plan för egenkontroll	83
24. Arbetsgemenskapens arbetsmetoder och värderingar	85
25. Riskhantering	87
26. Personal, ledarskap och utveckling av arbetet	89
27. Arbetshälsa	93
28. Klientsäkerhet	95
29. Hantering av klient- och patientuppgifter	97
Arbetsenhetens utvecklingsprogram	99
Handbokens uppdateringar och arbetsgrupper	100
Den minnessjukas rättigheter	102

INLEDNING

Kriterier för god vård publicerades första gången år 1996. Det här är den fjärde, förnyade upplagan. Den är gjord för att motsvara den uppfattning man i dag har om god vård och omsorg av personer med minnessjukdom. Den viktigaste utgångspunkten i de förändringar som gjorts är att bättre än tidigare beakta de minnessjukas och deras närståendes behov och önskemål ifråga om ett gott liv och en god vård.

Handboken bygger på det nationella minnesprogrammet 2012–2020 (SHM 2012), rekommendationerna för god medicinsk praxis samt den nyaste lagstiftningen. I början gjordes samarbete med Hoitotyön tutkimussäätiö (engl. Nursing Research Foundation), som hade i uppgift att samla in all den nationella och internationella forskningsevidens som finns ifråga om minnessjukas livskvalitet (Alzheimer Centralförbundets publikationer 1/2015).

Handboken har under årens lopp utvecklats i samarbete med ett stort antal minnesexperter. I slutet finns en förteckning över samtliga skribenter, kommentatorer och arbetsgruppsmedlemmar. Medlemmarna i den arbetsgrupp som gjort denna fjärde version av handboken har varit:

- geriatr **Sari Andersson** (Attendo)
- jurist **Riitta Husso** (egenkontroll, Valvira – Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården)
- projektchef **Henna Nikumaa** (Suomen muistiasiantuntijat – Finlands minnesspecialister ry)
- minneskoordinator **Ulla Vuori** (Muistivuori Oy)
- verksamhetsledare **Eila Okkonen** (Alzheimer Centralförbundet rf)
- sakkunnig **Anita Pohjanvuori** (Alzheimer Centralförbundet rf)

Flera andra sakkunniga samt Alzheimer Centralförbundets interna arbetsgrupp har också deltagit i ar-

betet. Ett speciellt tack till medlemmarna i Alzheimer Centralförbundets Minnesaktiva-grupp, som bidragit med många kommentarer och riklig respons, till våra medlemsorganisationer och till de arbetsgemenskaper som fungerat som pilotgrupper.

Kriterier för god vård lyfter fram grunderna för god vård och livskvalitet, i arbetet med minnessjuka. Med det som utgångspunkt analyseras hur den goda vården förverkligas inom hemvården, i olika vårdhem, i gemenskapshem och inom långtidsvården. Såväl minnessjuka som deras närstående har önskat att man i första hand ska tala om rehabilitering, och i andra hand om vård och omsorg. Därför är ordföljden också här densamma, dvs. "rehabilitering, omsorg och vård".

I handboken används termen **minneshem**. Med det avses alla de enheter inom social- och hälsovården där minnessjuka bor, rehabiliteras eller vårdas. Det innefattar alltså även den minnessjukas eget hem, ifall där finns en anställd med uppgift att planera, förverkliga och utvärdera omsorgen och vården. Arbetsgruppen hoppas att det här inte står i strid med den uppfattning man själv har om det egna hemmet och dess integritet. Vi använder också uttrycket **gemenskapshem**, eller **gemensamt boende**, för att beteckna vårdenheter och -former som är mittemellan hem och anstaltsvård, inklusive familjevård där flera minnessjuka bor tillsammans.

Alzheimer Centralförbundet arbetar med intressebevakning och påverkan, i samarbete med sina medlemsorganisationer. I det här arbetet är det centralt att lyssna på den som har en minnessjukdom, och på de närstående, och på deras rätt att delta i utvecklingen av de tjänster som berör dem själva. Förutsättningen för att de ska kunna vara aktiva och delaktiga är att de har lika rättigheter, i alla skeden av livet.

HANDBOKENS UPPGIFT

Handboken har som viktigaste målsättning att:

- garantera att personer med minnessjukdom och deras närstående får individuellt anpassad rehabilitering, omsorg och vård, i enlighet med enhetliga och jämlika nationella kriterier
- ge minnessjuka och deras närstående möjligheter att själva medverka till att utveckla ett individuellt liv och den egna vården på det sätt man själv vill, i sjukdomens alla skeden
- se till att minnesarbetet har den unika människan som utgångspunkt, i ett mångprofessionellt samarbete
- förverkliga principerna om god vård och omsorg för minnessjuka och deras närstående.

Handboken

- hjälper arbetsledningen och -gemenskapen att göra en djupare analys av sitt arbete, så att den minnessjuka och de närstående blir hörda under sjukdomens alla skeden, och därigenom garantera en god livskvalitet och ett liv i enlighet med de egna önskemålen
- synliggör minnesarbetets professionalitet
- sporrar yrkespersonalen att diskutera och vidareutveckla sina arbetsmetoder, med beaktande av minnessjukdomarnas speciella karaktär
- ökar motivationen att sprida den tysta kunskapen inom arbetsgemenskapen.

Ett lyckat utvecklingsarbete förutsätter att samtliga medlemmar inom arbetsgemenskapen deltar och diskuterar på lika villkor, och att man regelbundet utvärderar sitt arbete, minst en gång per år. Handboken hjälper också vid analys av de frågor som ingår i Valviras plan för egenkontroll, och är ett stöd vid planeringen av egenkontrollen (se kapitel 23

– **Plan för egenkontroll**).

Handboken är också ett utmärkt hjälpmedel då man tillsammans med den minnessjuka och de närstående diskuterar rehabilitering, service, omsorg och vård. Den bildar en helhet som kan användas vid anhörigkvällar, inom frivilligverksamhet och i arbetsintroduktionen.

Handboken ger också tips åt de minnessjuka och deras närstående, då dessa väljer och bedömer olika boende- och vårdplatser.

Handbokens uppbyggnad

Kriterier för god vård är indelad i två delar:

- **Del A behandlar olika sätt att främja ett individuellt gott liv och en god vård och omsorg, ur den minnessjukas och de närståendes synvinkel.**
- **Del B behandlar frågor kring hur man garanterar den patientsäkerhet som ingår i egenkontrollplanen, och frågor i anslutning till yrkespersonalens arbete.**

Båda delarna kan utnyttjas då man gör upp egenkontrollplanen.

Inom varje enskilt delområde finns först en teoridel samt tilläggsinformation och referenslitteratur, som bakgrundsinformation och stöd för det egna praktiska arbetet. Därefter presenteras kriterierna för en utvärdering av den nuvarande situationen, samt ett schema för det fortsatta utvecklingsarbetet. En god beredning förbättrar diskussionen, och sporrar personalen att tillsammans förbinda sig till det gemensamma utvecklingsarbetet.

Gemensamt utvecklingsarbete

Det lönar sig för arbetsgemenskapen att börja med att fundera på hur och i vilka sammanhang handboken ska användas. Det är bra att först besluta om följande saker:

- Vem ansvarar för att utvecklingsarbetet inleds, går framåt och att arbetsgruppen sammankallas?
- Hur ska handboken användas, hur mycket tid ska man reservera för det och hur går man vidare?
- Hur för man utvecklingsarbetet vidare och vem leder den gemensamma diskussionen?
- Hur ska materialet dokumenteras och hur är uppföljningen och utvärderingen ordnad?
- Hur ska arbetsgemenskapens enskilda medlemmar inför de gemensamma diskussionerna framföra sina egna åsikter, eller andra frågor som ansluter sig till det aktuella temat?

Då man samlas utgår man från den information som finns i textdelen, och de uppställda kriterierna för varje delområde. Därefter analyserar man tillsammans

hur man förverkligar kriterierna, och vilka utvecklingsbehoven är.

Utvärderingen görs på en skala **3–0**, enligt följande:

**3 = fungerar bra, 2 = fungerar delvis,
1 = fungerar dåligt, 0 = fungerar inte alls.**

Efter utvärderingen är det bra att diskutera de olika lösningar, perspektiv och förbättringsförslag som finns. Man funderar inom arbetsgemenskapen tillsammans på om man kunde pröva nya arbetsmetoder och skaffa sig nya kunskaper.

Därefter dokumenterar man alla utvecklingsåtgärder, metoder och en tidtabell, och utser ansvarsperson(er). Det fortsatta utvecklingsarbetet utvärderas regelbundet, och då är handboken till stor hjälp.



Del A

REHABILITERING, OMSORG OCH VÅRD

Rehabilitering, omsorg och vård av en minnessjuk person baserar sig alltid på en individuellt uppgjord plan som regelbundet uppdateras, så att den alltid motsvarar den funktionsförmåga och de behov ifrågasvarande person vid den tidpunkten har. Människan är en helhet vars välbefinnande är summan av flera faktorer.

God rehabilitering, omsorg och vård handlar inte enbart om att vårda en sjukdom utan innebär bl.a. att man också förbättrar personens livskvalitet, delaktighet och funktionsförmåga, och arbetar preventivt.

Man hjälper den minnessjuka att göra egna val, i alla skeden av sjukdomen, och ger därmed personen en möjlighet att delta i beslut som gäller den egna rehabiliteringen, omsorgen och vården, och i valet av olika tjänster. Också de anhöriga deltar i planeringen och utvärderingen av vården, och i mån av möjlighet även i att förverkliga den.

1. Livshistoria och livskvalitet

Tillräcklig kännedom om en persons livshistoria är en förutsättning för en god livskvalitet också då personen ifråga bor i ett minneshem. Den som har en minnessjukdom är en unik personlighet, och bär med sig sitt liv och sina berättelser. Hen kan emellertid inte alltid uttrycka sig eller sina behov, i takt med att sjukdomen framskrider. Då är det personens livshistoria som ger oss nycklar att bättre förstå de situationer som uppstår i vardagen. Att nonchalera den minnessjukas livshistoria förorsakar osäkerhet och ångest. Då man känner till livshistorian kan man tillfredsställa personens egna önskemål och behov, och bevara den minnessjukas identitet, samtidigt som man erbjuder meningsfull sysselsättning.

LIVSHISTORIAN MÅSTE DOKUMENTERAS

Det är också viktigt att personens livshistoria i tillräckligt god tid blir dokumenterad, i samarbete med personen själv och de närstående. Man kan t.ex. be den minnessjuka och de närstående berätta om olika skeden i det tidigare livet. Hit hör sådant som varit speciellt viktigt, t.ex. fritidsintressen, samt eventuella specialförmågor och levnadsvanor.

Det är bra att tillsammans med minnessjuka och deras närstående diskutera bl.a. följande frågor, och dokumentera det:

- Vilken betydelse har yrket och barnbarnen tidigare haft, och vilken betydelse har de nu?
- Vilka minnen och erfarenheter har personen av sin familj under barndomen? Var familjen stor eller har hen levat ensam största delen av sitt liv?
- Vilken typ av händelser i livet har haft speciellt stor betydelse?
- Har det funnits skeden i livet som varit speciellt svåra eller traumatiska? Hur har personen klarat av dem? Har man kunnat tala öppet om dem eller har de förtigits?
- Vilka fritidsintressen har varit speciellt viktiga?

Men det är också bra att minnas att många saker kan förändras med åren, och att inte heller de egna erfarenheterna och minnena alltid bevaras oförändrade under hela livet. Det att man insjuknar kan också föra med sig nya önskemål och funderingar.

LIVSKVALITET

En minnessjuk persons livskvalitet är i hög grad beroende av i vilken mån omgivningen beaktar och upprätthåller personens egen individualitet och återstående funktionsförmåga. Den som har en minnessjukdom bör kunna leva sitt liv, förverkliga sig själv och delta i det som sker, antingen på sina egna villkor eller med andras stöd, oberoende av de begränsningar som sjukdomen medför. Glädjen, känslan av att lyckas och av att vara trygg är allt sådant som höjer självkänslan och förbättrar livskvaliteten.

Till de faktorer som höjer den minnessjukas livskvalitet hör bl.a.:

- upplevelsen av välbefinnande och en god hälsa
- att man klarar av de dagliga göromålen
- att man är aktiv och delaktig
- att omgivningen beaktar behovet av andlighet och livsåskådning
- att personalen har kunskap och färdighet om minnessjukdomar och hur man bemöter personer med en minnessjukdom.

Känslan av trygghet och av att man behärskar sitt liv ökar också av att det finns närstående och andra för en själv viktiga personer, och att man har en känsla av att bli hörd och förstådd.

Då sjukdomen framskrider blir det allt svårare att bedöma en persons livskvalitet, ifall denne inte längre kan besvara frågor som berör hen själv. Därför bedöms livskvaliteten i sjukdomens senare skeden ofta med hjälp av fråge- eller intervjuformulär som riktas till de anhöriga eller personalen. Dessa mäter emellertid inte alltid den insjuknades egna erfarenheter. Då man inte längre kan kommunicera verbalt är det viktigt att man kompletterar bedömningen genom att göra observationer.

Ett av de viktigaste elementen i en god livskvalitet, och ett människonära minnesarbete), är att man upprätthåller den minnessjukas sociala nätverk, bestående av personer som är viktiga. En person med minnessjukdom bör i alla skeden av sin sjukdom få sina emotionella och sociala behov tillfredsställda. En av de viktigaste uppgifterna för en professionell inom minnesarbetet är att stödja den minnessjuka i detta.

TILLÄGGSINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Alzheimer Centralförbundet rf 2015: Min egen mapp – Mina minnen och tankar om livet: www.muistiliitto.fi/download_file/790/0
- Oulun Seudun Muistiyhdistys ry & Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry 2015: MIKE-verktyg för bedömning och uppföljning av den upplevda livskvaliteten samt den psykiska och sociala funktionsförmågan hos personer med minnessjukdom: www.muistimike.fi/english-svenska

TILLÄGGSINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA OCH ENGELSKA

- Holopainen, Korhonen, Okkonen & Pohjanvuori 2015: Katsaus muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun liittyvistä tekijöistä (Muistiliiton julkaisusarja 1/2015)
- Quality of life in late-stage dementia (QUALID): www.toronto.ca/legdocs/mmis/2009/ha/bgrd/backgroundfile-24240.pdf
- Semi 2015: Mieleen tatuoitu minuu – ihmislähtöinen elämäntapa muistityössä (T & J Semi Oy)

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Palmenfelt 2017: Berättade livskvalitet: individuella livshistorier och kollektiva tankefigurer (Carlsson)



1. Personen med minnessjukdom har

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| A. | en dokumenterad livshistoria som fungerar som vägledning när det gäller servicebehov och minnesarbete | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | en livshistoria som bifogats till rehabiliterings-, service- och vårdplanen | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | möjlighet att upprätthålla sina kontakter med de viktigaste personerna, och får stöd för detta | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | en förteckning över de faktorer som förbättrar personens individuella livskvalitet, vilket personalen beaktar | 3 | 2 | 1 | 0 |

Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

2. Plan för rehabilitering, service och vård

Rehabiliteringens syfte är att ge den som har en minnessjukdom möjlighet att leva ett så meningsfullt, aktivt och positivt liv som möjligt, trots sjukdomen. Speciellt i dess första skede innebär rehabiliteringen att man återfår hoppet och tilltron, att livskvaliteten och känslan av att man har kontroll över sitt liv ökar, och att ens hälsotillstånd och funktionsförmåga förbättras.

Rehabiliteringen är en välplanerad och mångprofessionell verksamhet. Dess syfte är att främja personens resurser, funktionsförmåga, känsla av välbefinnande och kontroll över sitt liv, och att bättre utnyttja de verksamhetsmöjligheter som finns. Motsatsen till rehabiliterande vård är att man arbetar rutinmässigt, så att man så snabbt och effektivt som möjligt klarar av den dagliga grundvården, utan att ge personen möjligheter att fungera självständigt.

Rehabiliteringen berör inte enbart den som insjuknat utan också maken/makan och övriga närstående, dvs. hela familjen. Den som insjuknat kan också ha barn som behöver stöd. Man får inte glömma bort dem då man planerar för hela familjens välbefinnande.

BEDÖMNING, PLANERING OCH UTVÄRDERING

Bedömningen av servicebehovet är en del av service- och vårdplanen. Denna borde göras så fort diagnosen är ställd, och uppdateras då den minnessjuka är i behov av tjänster. Servicebehovet bör bedömas regelbundet, från diagnos till livets slut. I minneshemmets egenkontrollplan finns uppgifter om hur bedömningen ska göras och vilka mätare man bör använda (se kap. 23 – **Plan för egenkontroll**).

Man bör göra upp en rehabiliterings-, service- och vårdplan för varje enskild person. Man kan också göra rehabiliteringsplanen separat. Det är viktigt att den görs upp så att den utgår ifrån de resurser personen har, och med beaktande av olika behov och önskemål. Man använder ett positivt språk och undviker stämpling och onödiga antaganden.

Planen bör utgå ifrån den kunskap man har om de olika sjukdomarna och vårdplatserna, och de resultat man fått då man bedömt funktionsförmågan (se kap. 3 – **Funktionsförmåga**). Den bör basera sig på kännedom om personens livshistoria, personliga preferenser

och styrkor samt andra faktorer av betydelse för vården. I planen bör man beakta den insjuknades behov dygnet runt.

Man bör respektera den minnessjukas självbestämmanderätt och alltid höra personen själv, ifall denne har förmåga att uttrycka sin åsikt. Ifall den minnessjuka, medan rättshandlingsförmågan ännu fanns, har uppgjort en muntlig eller skriftlig vårdvilja bör denna följas, även om de anhöriga är av annan åsikt (se handbokens avsnitt om **Främjande av rättigheter**). Alla uppgifter om en eventuell vårdvilja, intressebevakningsfullmakt och andra viktiga dokument bör dokumenteras också i rehabiliterings-, service- och vårdplanen.

Planen görs upp inom ett mångprofessionellt team, i samarbete med den minnessjuka och de närstående. Det lönar sig alltid att i mån av möjlighet konsultera yrkespersonal inom rehabiliteringen, t.ex. en fysio-, ergo-, tal- eller familjeterapeut. Planen styr den dagliga rehabiliteringen, omsorgen och vården, och utvärderas regelbundet.

Utvärderingen görs exempelvis med ett halvt års mellanrum, i takt med att sjukdomen framskrider, och alltid då det sker förändringar ifråga om funktionsförmåga, boningsort eller boendeform. Man bör också regelbundet kontrollera att medicineringen är den lämpliga, med tanke på att situationen eventuellt har förändrats. Det är egenvårdaren eller den ansvariga vårdaren som bör se till att planerna och vården hela tiden är uppdaterade.

I planen antecknas också uppgifter om vem eller vilka den insjuknade och den närstående vid behov kan kontakta, om de behöver hjälp och stöd.

Dokumenteringen är en viktig del av en kvalitativt god rehabilitering och vård. Den är en förutsättning för att den minnessjuka ska bevara sin funktionsförmåga, för att man ska kunna fullfölja de individuella planerna och för att informationen ska fungera. Varje arbetsskift gör observationer och dokumenterar allt som berör en persons mående, vakenhetsgrad och humör, och allt som är avvikande. Den minnessjukas egen röst och egna erfarenheter bör alltid återspeglas i dokumenteringen. Denna är viktig också med tanke på vårdpersonalens eget rättsskydd, ifall det sker något oväntat.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Alzheimer Centralförbundet rf 2017: Livet med en minnesjukdom – Rehabiliteringsguide för minnesjuka personer och deras anhöriga: www.muistiliitto.fi/download_file/1275/0
- Alzheimer Centralförbundet rf 2015: Rehabiliteringsmodell – Rätt till ett gott liv: www.muistiliitto.fi/download_file/1276/0
- Alzheimer Centralförbundet rf: Veckoprogrammet: www.muistiliitto.fi/sv/stod-och-tjanster/stod-i-vardagen/veckoprogram
- Alzheimer Centralförbundet rf: Vård och rehabilitering: www.muistiliitto.fi/sv/minnessjukdomar/vard-och-rehabilitering
- Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 298/2009: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2009/20090298

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Muistiliitto ry 2015: Muistilista kuntoutusmallin tekoon (muistisairaille ja läheisille): www.muistiliitto.fi/download_file/1003/0
- Iivanainen & Syväoja 2013: Hoida ja kirjaa (Sanoma Pro)
- Järvikoski & Härkäpää 2011: Kuntoutuksen perusteet (WSOYpro)
- Kuntoutusportti (Kuntoutussäätiö): www.kuntoutusportti.fi
- Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012: FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet): urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5
- Muistisairaudet (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010 (viitattu 1.8.2016). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Nykänen & Junttila (toim.) 2012: Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 40/2012): www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf
- Pitkälä 2010: Kuntoutus muistisairauksissa (Käypä hoito): www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01641
- Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012: Hoitotyön taidot ja toiminnot (Sanoma Pro)
- Suhonen, Alhainen, Eloniemi-Sulkava, Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Remes, Sulkava, Viramo & Erkinjuntti 2008: Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa (Suomen Lääkärilehti 2008:63(10):9-22)
- Virjonen 2012: Muistisairaalan palvelupolku (Varsinais-Suomen liitto & Turun ammattikorkeakoulu): julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163042.pdf
- Virtuaali AMK-verkosto DIGMA 2013: Hoitotyön kirjaaminen osa 1 – Mitä on hoitotyön rakentaminen kirjaaminen? www.youtube.com/watch?v=PA4SHdUxaiE

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Minnesluckor – vad är det fråga om, vad hjälper? (online). God medicinsk praxis-rekommendation, patientinformation. Tarnanen, Rosenvall, Tuunainen och Finska Läkaresällskapet. Finska Läkarföreningen Duodecim, 2014 (hänvisning 15.2.2018). Tillgänglig på Internet: www.kaypahoito.fi

2. Personen med minnessjukdom

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| A. | har undersökts och diagnostiserats i enlighet med God medicinsk praxis-rekommendationerna | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | vårdas i enlighet med God medicinsk praxis-rekommendationerna och kriterier för god vård | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | Personens övriga sjukdomar har dokumenterats och sköts enligt rekommendationerna | 3 | 2 | 1 | 0 |

Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

3. Personen med minnessjukdom har

- | | | | | | |
|-----------|---|----------|----------|----------|----------|
| A. | en skriftlig rehabiliterings-, service- och vårdplan | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | en rehabiliteringsplan med uppgifter om de resurser och behov som finns för att upprätthålla rörelseförmågan, den dagliga funktionsförmågan, de kognitiva funktionerna och livskvaliteten | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | planer som uppgjorts tillsammans med personen själv och de närstående, i enlighet med rekommendationerna | 3 | 2 | 1 | 0 |

Planen innehåller uppgifter om behovet av

- | | | | | | |
|-----------|-----------------------------|----------|----------|----------|----------|
| D. | fysiskt stöd | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | psykiskt stöd | 3 | 2 | 1 | 0 |
| F. | socialt och kulturellt stöd | 3 | 2 | 1 | 0 |
| G. | andligt stöd | 3 | 2 | 1 | 0 |
| H. | stöd från de närstående | 3 | 2 | 1 | 0 |

Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

4. I rehabiliterings-, service- och vårdplanen har man

- | | | | | | |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| A. | beskrivit vårdens målsättning, metoder och ansvarspersoner, och den tidtabell som behövs för att målen ska uppnås | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | dokumenterat vilka som ingår i det mångprofessionella samarbetsteamet och deras uppgifter (den offentliga, privata och tredje sektorn) | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | dokumenterat hur vården ska utvärderas (utvärderingsdatum och uppföljning) | 3 | 2 | 1 | 0 |

Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

5. Personalen i minneshemmet

- | | | | | | |
|-----------|---|----------|----------|----------|----------|
| A. | har introducerats i den lagstiftning och de anvisningar som gäller dokumentering av handlingar, och följer dessa | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | dokumenterar även den minnessjukas respons och/eller personliga uttrycksformer | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | dokumenterar i samband med varje arbetsskift den minnessjukas välbefinnande, såsom vakenhet och sinnesstämning | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | dokumenterar personens funktionsförmåga och fysiska tillstånd (vad personen klarar av på egen hand eller behöver hjälp med) | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | bedömer huruvida omsorgen motsvarar de målsättningar som finns i rehabiliterings-, service- och vårdplanen | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

3. Funktionsförmåga

Med funktionsförmåga menas en persons förmåga att klara av de dagliga göromålen och de utmaningar som man möter i vardagsmiljön. Funktionsförmågan kan granskas ur många synvinklar:

- **Fysisk funktionsförmåga** innebär att man klarar av sina personliga dagliga funktioner och kan sköta sina vardagssysslor och ärenden.
- Till den **kognitiva eller kunskapsmässiga förmågan** hör bl.a. minne, inlärning, verbala funktioner, koncentrationsförmåga, orienteringsförmåga, uppmärksamhet, gestaltning, problemlösning och exekutiva funktioner (förmågan att styra sitt beteende).
- **Psykisk funktionsförmåga** omfattar den mentala hälsan och det psykiska välbefinnandet. Hit hör bl.a. upplevelsen av att ha kontroll över sitt liv, att man är nöjd, att man har självförtroende och -respekt, den egna sinnesstämningen, de egna krafterna och resurserna, hur man klarar av utmaningar samt hur aktiv man är.
- Till den **sociala funktionsförmågan** hör förmågan att agera och att uttrycka sig själv, och att vara delaktig och i social växelverkan med andra. Den kommer till uttryck i form av närhet och gemenskap, i att man tar vara på sig själv, att man känner sig behövd och att ens liv känns meningsfullt.
- Att **inneha rättshandlingsförmåga** innebär att man förstår innebörden av ifrågavarande rättshandling.

Då minnessjukdomen framskrider försämras funktionsförmågan på många plan, och yrkespersonalen bör känna till på vilka olika sätt funktionsförmågan påverkas. Dess olika delar hör tätt ihop med varandra. Även om den minnessjuka t.ex. har en god fysik är det inte alls sagt att personen på egen hand klarar av att sköta sina dagliga ärenden, t.ex. att gå till butiken eller att tillreda mat.

Det att funktionsförmågan avtar får inte innebära att livet automatiskt begränsas. Livskvaliteten och den goda vården bygger i alla skeden av sjukdomen på att man försöker trygga och stödja den minnessjukas funktionsförmåga. Tyngdpunkten bör alltid ligga på att stödja, utnyttja och bevara den funktionsförmåga och de resurser som fortfarande finns – och inte i att lyfta fram och betona de förmågor man har förlorat.

BEDÖMNING AV FUNKTIONSFÖRMÅGAN

Funktionsförmågan bedöms i olika sammanhang: då minnessjukdomen diagnostiseras, då man fastställer

dess svårighetsgrad, då man följer med hur den framskrider och då man utvärderar vårdens effekter samt behovet av stödåtgärder och olika former av socialt stöd. Funktionsförmågan kan bedömas både utgående från de resurser och de begränsningar personen har.

Bedömningen bör alltid göras konsekvent och systematiskt. Den bör efter den första bedömningen göras regelbundet, och alltid om det sker märkbara förändringar i den minnessjukas hälsotillstånd.

En kvalitativt god vård förutsätter att man följer gemensamt överenskomna principer och mätare, och att personalen har tillräcklig utbildning och kunskap om hur de olika mätarna används. Dessa bör vara validerade för bedömning av minnessjuka personers funktionsförmåga. Man bör inom arbetsteamet också komma överens om hur resultaten ska analyseras, dokumenteras och följas upp. Det kräver gemensamma diskussioner om hur mätarna ska användas och resultaten analyseras, så att man har samma uppfattning och därmed får pålitliga resultat.

Som en del av bedömningen bör man också gå igenom hur olika apparater som behövs i vardagen används, t.ex. tvättmaskinen, spisen och televisionen, och hur personen klarar av att uträtta viktiga ärenden, som att gå till banken eller butiken, och att betala räkningar. Resultaten, samt lösningen till olika problem, bör dokumenteras i rehabiliterings-, service- och vårdplanen.

MÄTINSTRUMENT

I minnessjukdomens tidiga stadium är svårigheterna av kognitiv karaktär. I den inledande undersökningen kan man använda sig av testserien **CERAD** (*The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*). **MMSE** (*Mini Mental State Examination*) lämpar sig bäst för att undersöka personer vars minnessjukdom uppnått det medelsvåra skedet. Man kan då på basis av poängantalet också göra grova uppskattningar av funktionsförmågan.

I takt med att minnessjukdomen framskrider försvagas de instrumentella funktionerna (**IADL** = *Instrumental Activities of Daily Living*), såsom förmågan att använda telefonen och olika hushållsmaskiner, att färdas i allmänna transportmedel och att sköta olika ärenden. Då sjukdomen framskrider ytterligare försvagas också förmågan att klara av de dagliga sysslorna (**ADL** = *Activities of Daily Living*), t.ex. att tvätta sig, klä på sig eller gå på WC. Man har för att bedöma minnessjukas förmåga att självständigt klara av de dagliga sysslorna utvecklat skalan **ADCS-ADL** (*Alzheimer's Disease Cooperative Study – Activities of Daily Living Inventory*),

som passar alla de olika faserna i en minnessjukdom och känsligt registrerar eventuella förändringar.

I **RAI**-systemet (*Resident Assessment Instrument*) är mätarna uppbyggda kring flera frågor som mäter samma delområde, eller en kombination av frågor från olika områden. Mätarna lämpar sig bl.a. för bedömning av servicebehovet och beskriver de klienters behov som är inom vård- och servicesystemet.

Om man vill bedöma sjukdomens svårighetsgrad och den allmänna funktionsförmågan kan man använda sig av skalorna **CDR** (*Clinical Dementia Rating*) och **GDS-FAST** (*Global Deterioration Scale, Functional Assessment and Staging*).

En neuropsykiatrisk intervju (**NPI**, *Neuropsychiatric Inventory*) ger information om förändringar i beteendet som förekommer i samband med minnessjukdomar.

Men det räcker inte med att enbart mäta. Det behövs utförliga diskussioner, observationer och utredningar

av olika miljö- och riskfaktorer, och att dessa åtgärdas, samt regelbunden utvärdering. Till de mätare som används i Finland, men som ännu inte är validerade, hör bl.a. skalorna **Elo-D®** (*Elämänlaadun observointi*) och **MIKE**, som lämpar sig för observation av minnessjuka personers beteende och funktionsförmåga. I bedömningen bör man också, så länge det går, fråga den minnessjuka själv om hur hen ser på sin funktionsförmåga och sin förmåga att klara sig till vardags. Egenvårdaren kan också vid behov, då sjukdomen framskrider och personen får svårt att bedöma sin funktionsförmåga och sitt hjälpbehov, sammankalla till en diskussion mellan en mångprofessionell grupp och den/de närstående. För att man ska få en helhetsbild behövs det såväl mångprofessionell sakkunskap och samarbete som information om de anhörigas uppfattningar och åsikter.

Funktionsförmågan påverkas också av försämringar i bl.a. syn och hörsel, och av undernäring. Därför bör också dessa undersökas, som en del av bedömningen av den fysiska funktionsförmågan.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Finlands minnesspecialister rf: Tester och minnesformulär www.muistiasiantuntijat.fi/testit.php

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Autti-Rämö, Salminen, Rajavaara & Ylinen (toim.) 2016: Kuntoutuminen (Duodecim)
- Granö & Pikkarainen 2010: Työikäisen muistisairaahan hoito ja kuntoutus. Teoksessa
- Härmä & Granö: Työikäisen muisti ja muistisairaudet (WSOYpro)
- Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder 2014: Muistisairaahan kuntouttava hoito (Duodecim)
- Juva 2007: Dementiapotilaan toimintakyvyn arviointi toimintakykykymittareilla (Dementiauutiset 2007;2:6–7)
- Jyrkämä 2008: Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä: hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi (Gerontologia 22 (2008): 4)
- Pitkälä 2010: Kuntoutus muistisairauksissa (Käypä hoito): www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01641
- Rosenvall 2015: Toimintakyvyn ja muistisairauden vaikeusasteen arvioiminen. Teoksessa Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen (toim.): Muistisairaudet (Duodecim)
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: TOIMIA-tietokanta: www.thl.fi/toimia
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016: Ikääntyneiden palvelujen RAI-vertailukehittäminen: www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen
- Voutilainen 2009: Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Voutilainen & Tiikkainen P. (toim.): Gerontologinen hoitotyö (WSOY)
- Vuori 2007: Huolehdi alkuselvityksistä ja ohjaa tutkimuksiin. Teoksessa Vuori & Heimonen (toim.): Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle (Suomen muistiasiantuntijat ry, julkaisu n:o 4/2007)

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Oddy 2013: Aktivitet vid demenssjukdom, en praktisk vägledning (Liber)
- Åbonejdens Alzheimer-förening rf 2014: Frågeformulär om minnesproblem i arbetsför ålder: www.muistiliitto.fi/download_file/393/0

6. Vid bedömning av minnessjuka personers funktionsförmåga används mätare som beskriver
(anteckna vilka mätare som använts och hur ofta mätningen har gjorts, t.ex. MMSE 1x/år)

- A. minnet _____ **3 2 1 0**
- B. den dagliga funktionsförmågan _____ **3 2 1 0**
- C. sinnesstämningen _____ **3 2 1 0**
- D. livskvaliteten _____ **3 2 1 0**

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

7. Personen med minnessjukdom

- | | | | | | |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| A. | får dagligen stöd i sina vardagliga sysslor | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | har en rehabilitering som beaktar och bevarar funktionsförmågans samtliga delar, samtidigt som planerna, förverkligandet och utvärderingen regelbundet dokumenteras | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | och de närstående deltar regelbundet i diskussioner om den minnessjukas livssituation | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | får stöd och uppmuntran till att vara delaktig och självständig | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | får stöd i att själv delta i de beslut som berör honom eller henne | 3 | 2 | 1 | 0 |
| F. | och de närstående har under personalens ledning tillsammans gått igenom hur man använder för vardagen viktiga apparater och dokumenterat eventuella åtgärder i anslutning till detta i rehabiliterings-, service- och vårdplanen | 3 | 2 | 1 | 0 |
| G. | och de närstående har under personalens ledning tillsammans gått igenom frågor som berör vardagen (såsom bank, butik och räkningar) och dokumenterat eventuella åtgärder i rehabiliterings-, service- och vårdplanen | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

4. En aktiv vardag

Till en meningsfull och aktiv vardag hör sådant som skapar trygghet, främjar rehabiliteringen och upprätthåller de sociala nätverken. Vad som gör vardagen meningsfull och ändamålsenlig, och vad som är god livskvalitet, är alltid en individuell fråga (se även kapitel 1 – **Livshistoria och livskvalitet**).

Då man har fått en diagnos behöver man inte genast upphöra med arbetet och fritidssysselsättningarna. Om det ännu känns meningsfullt och man orkar med det lönar det sig att fortsätta med bågge, speciellt om minnessjukdomen har konstaterats i ett tidigt stadium, och till sin karaktär inte är snabbt framskridande.

Även om sjukdomen kan reducera en människas initiativförmåga är det viktigt att man fortsätter med att vara så aktiv som möjligt. Hit hör såväl vardagens små bestyr som de mellanmännsliga relationerna och den närhet dessa ger.

Känslan av att man klarar sig själv, också ifråga om de små vardagsrutinerna, stärker självkänslan och upplevelsen av att man är betydelsefull. Då de olika färdigheterna avtar, i takt med att sjukdomen framskrider, får omgivningen och de närstående småningom allt större betydelse, samtidigt som hjälpbehovet ökar. De individuella stödåtgärderna och -tjänsterna samt olika hjälpmedel blir nu allt viktigare.

AKTIVT STÖD I VARDAGEN

En trygg miljö, kännedom om livshistorian, en fungerande interaktion och rätta, läkemedelsfria vårdmetoder stödjer ett personligt och individuellt liv. Det lönar sig också att modigt vara kreativ, och pröva nya saker. Även om ett visst sätt att göra något inte fungerar i dag är det möjligt att det fungerar i morgon, eftersom variationer i funktionsförmågan är typiska för personer med minnessjukdomar. Ju längre sjukdomen framskrider, desto större blir behovet av stöd. Men det finns alltid resurser kvar, också då sjukdomen är långt framskriden.

När det gäller vardagliga sysslor och fritidsintressen är det alltid bättre att ge stöd och handledning, och inte alltid göra allting för den andra. Genom att alltid vara

finkänslig och närma sig den andra försiktigt hjälper man den minnessjuka att göra saker på egen hand. Man kan t.ex. räcka tandborsten eller kammen, och tillsammans fundera på vad man gör med en dylik, eller vad man behöver härnäst. På det sättet stärker man upplevelsen av självständighet och livskontroll, samtidigt som man aktiverar hjärnan.

En aktiv vardag kan innehålla fysisk verksamhet, t.ex. motion, balansträningar eller övningar i en gymnas-tiksal eller ett gym. Det är bra om det i hemmet eller på vårdenheten finns lättillgängliga redskap som lockar till olika övningar, och som man kan använda utan speciella förberedelser, då andan faller på. Man upprätthåller och tränar sina motoriska förmågor, sin muskelkraft och sin hjärna genom att röra på sig och vara utomhus. Motion ger också glädje och meningsfull sysselsättning, samtidigt som det lindrar smärta, vilket gör att det motverkar de beteendeförändringar som sjukdomen ger upphov till.

En aktiv vardag kan också bestå av musik, bildkonst, kultur, drama, avslappning eller dans, som planeras antingen individuellt eller för en grupp. Man kan få stöd för ett aktivt liv också genom frivilligarbete, både i hemmet och i en minnesenhet. Ett exempel på frivilligarbete är MinnesKompis-verksamheten (Muis-ti-KaVeRi). Mer information om den kan man få från närmaste minnesförening.

Personalens egna intressen kan också ge vardagsarbetet nya dimensioner. Man kan t.ex. tillsammans fundera på vilka olika färdigheter som finns inom arbetsteamet, och hur envar kan utnyttja dessa i sitt arbete.

I vilken mån den minnessjuka själv upplever sig vara en aktiv del av samhället och det egna minnes-hemmet beror i hög grad på hur yrkespersonalen, de närstående och det omgivande samhället förhåller sig till sjukdomen. Det är av största vikt att man aktivt kan delta i planeringen av minneshemmets vardag – alltså sitt eget hem – i enlighet med sin förmåga och sina intressen. Man kan t.ex. fungera som ledare eller deltagare i en konstcirkel, en dansgrupp eller en hobbygrupp.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Alzheimer Centraförbundet rf 2014: Konditionskort för minnet:
www.muistiliitto.fi/download_file/1110/0
- Alzheimer Centraförbundet rf 2015: Veckoprogrammet:
www.muistiliitto.fi/sv/stod-och-tjanster/stod-i-vardagen/veckoprogram
- Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016: Förstå och bli förstådd i mötet med en minnessjuk person (Finlands minnespecialister rf)

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Hohental-Antin 2013: Muistellaan (PS-Kustannus)
- Mönkäre, Nukari & Forder 2014: Muistisairaan kuntouttava hoito (Duodecim)

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Skog 2016: Kommunikation och demenssjukdom: ökad förståelse i samtal och möten (Gothia Fortbildning)



8. För varje enskild person med en minnessjukdom förverkligas vardagen genom

- | | | | | | |
|-----------|---|----------|----------|----------|----------|
| A. | att den planeras individuellt och i enlighet med personens egna resurser | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | att man stödjer personen i att påverka och delta i olika typer av fritidsverksamhet | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | gruppverksamhet, vilket ger personen möjligheter att uppleva känslan av att lyckas, och att glädjas med andra | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | att man reserverar tillräckligt med tid för diskussion om personens livssituation | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | att man beaktar de individuella önskemålen ifråga om fritidssysselsättningar | 3 | 2 | 1 | 0 |
| F. | att personen också har möjligheter till lugn och ro, om hen så önskar | 3 | 2 | 1 | 0 |
| G. | att man hör de närståendes åsikter | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

5. Främjande av hälsan

De långvariga uppföljningsstudier som gjorts, både i Finland och internationellt, visar att man genom att inverka på levnadsvanorna både kan minska risken för minnessjukdomar och uppskjuta insjuknandet. Att främja hälsan är också den minnessjukas rättighet eftersom hälsosamma levnadsvanor också förebygger andra sjukdomar, och påverkar framför allt de blodcirkulationsrelaterade minnessjukdomarnas framskridande, samt funktionsförmågan. En god fysisk och psykisk hälsa förbättrar förmågan att fungera självständigt, och gör det möjligt att bo hemma så länge som möjligt.

Det själsliga välbefinnandet är en viktig del av en människans hälsa. Det stärker också den fysiska, psykiska och sociala funktionsförmågan, samt livskvaliteten. Att bli allvarligt sjuk kan föra med sig flera förändringar som påverkar det psykiska välbefinnandet, och som både den minnessjuka och de närstående kan behöva hjälp med. Det här stödet, t.ex. i form av samtalshjälp, bör ges i ett så tidigt skede som möjligt, innan en eventuell kris hinner bli djupare.

Hälsosamma levnadsvanor är bra för hjärnhälsan och upprätthåller de kognitiva förmågorna. Hit hör hälsosam mat, motion, sociala aktiviteter, rusmedelsfrihet samt lämpliga utmaningar för hjärnan. Det är också viktigt att man vilar tillräckligt, och undviker stress. Då man försöker välja rätt bör man beakta den minnessjukas egna resurser, önskemål och tidigare vanor (se också kap. 4 – **En aktiv vardag**).

En minnessjukdom medför förändringar i hälsotillståndet och hur man mår. Men också övriga sjukdomar och olika läkemedel, samt alkohol och olika naturprodukter kan försämra hälsotillståndet och funktionsförmågan, och kan i kombination med

medicineringen för minnessjukdomen ge upphov till oönskad samverkan. Därför bör man redan under sjukdomens tidiga stadium tala om detta med den minnessjuka och de närstående.

Till en god grundläggande vård hör att personalen på olika sätt följer med den insjuknades hälsotillstånd och mående. Till det hör att kontrollera vikten, sinnesfunktionerna samt blodtrycket och -sockret, så att man snabbt kan reagera vid eventuella förändringar. Det är också viktigt att man förebygger fallolyckor eftersom risken för dylika ökar i takt med att rörelseförmågan försämras.

Ju längre sjukdomen framskrider desto mer stöd och hjälp behövs både när det gäller hälsofrämjandet och vården av olika sjukdomar. Den som är minnessjuk märker inte alltid själv att det sker förändringar i det egna måendet, och förstår eller kan inte be om smärtlindring och om hjälp med den personliga hygien, eller glömmer bort att äta och dricka. Speciellt mycket hjälp behöver de som bor ensamma.

Det är viktigt att man tillsammans med både den minnessjuka och de närstående diskuterar alla de personliga vanor som hör ihop t.ex. med personlig hygien och skönhetsvård. Personens önskemål och anvisningar för hur man ska agera dokumenteras i rehabiliterings-, service- och vårdplanen (se kap. 2 – **Plan för rehabilitering, service och vård**). Det gör att man i samband med de vardagliga sysslorna kommer ihåg att beakta den minnessjukas önskemål.

Man dokumenterar i egenkontrollplanen alla anvisningar som berör t.ex. tandkontroller och icke-brådsakande respektive brådsakande sjukvård, klientspecifika anvisningar och personens egna önskemål ifråga om de egna vanorna i samband med fotvård och besök hos frisören (se kap 23 – **Plan för egenkontroll**).

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Alzheimer Centralförbundet rf: Hjärnhälsa:
www.muistiliitto.fi/sv/hjarnan-och-minnet/hjarnhalsa

TILLÄGGSINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Coco, Lahti & Simola 2015: Hoito ja huolenpito (Sanoma Pro)
- Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015: Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö (Sanoma Pro)
- Näslindh-Ylispangar 2012: Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen (Edita)
- Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012: Hoitotyön taidot ja toiminnot (Sanoma Pro)
- Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003: Ikäihmisten suun hoito. Opas sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle (Hammaslääkäriliiton Kustannus)
- UKK-instituutti 2015: Kaatumisten ehkäisy:
www.ukkinstituutti.fi/kaatumisseula/kaatumisten-ehkaisy

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Föreningen BraVå 2010: Riktlinjer för bra mun- och tandvård för äldre med behov av vård och omsorg: www.demenscentrum.se/globalassets/munbrava_maj2010_20110405.pdf
- Institutet för hälsa och välfärd: Handboken för fallförebyggande åtgärder för äldre www.thl.fi/sv/web/olycksfall/fallolyckor-bland-aldre/handboken-for-fallforebyggande-atgarder-for-aldre
- Lindqvist 2016: Äldres hälsa och livskvalitet (Gleerups Utbildning)
- Söderman & Antonsson 2011: Nya Omsorgsboken: en bok om människor med begåvningsmässiga funktionshinder (Liber)



9. Personen med minnessjukdom

- | | | | | | |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| A. | har i sin rehabiliterings-, service- och vårdplan anteckningar om hur den personliga hygien och grundvården ska skötas | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | stöds i de dagliga sysslorna, utgående ifrån de egna resurserna | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | har i sin vård- och serviceplan dokumenterade anvisningar ifråga om tandvården | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | har dokumenterade anvisningar ifråga om icke-brådskaande respektive akutvård, och personalen känner till dessa | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | får stöd för sitt själsliga välbefinnande, i samarbete med de närstående, olika sociala nätverk och frivilligverksamheten. | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

6. Kost och näring

Näringen är också för en minnesjuk person väsentlig för rehabiliteringen och hälsan. Kostens kvalitet påverkar också hjärnhälsan och den kognitiva funktionsförmågan.

En försämrad funktionsförmåga kan lätt leda till att kosten blir ensidig och näringstillståndet försvagas. Den minnessjuka kan ha svårigheter med att skaffa eller tillreda maten, samtidigt som det blir svårare att använda köksredskap och bestick. Ätandet kan försvåras också av att man får koncentrations- och gestaltningssvårigheter, och försämrade exekutiva funktioner (förmågan att styra sitt beteende). Den mat som ligger på tallriken blir lätt oäten om man inte kan gestalta den på rätt sätt, om man glömmer bort varför man sitter vid matbordet eller inte känner någon hunger.

Aptiten påverkas också av att man får svårigheter med själva ätandet, t.ex. svårare att svälja, eller av att man får nedsatt syn eller ett försämrat smak- och luktsinne. Känslan av hunger eller törst kan helt försvinna, eller förändras, och förändringarna kan också upplevas som allmän olust. Det kan ske förändringar också när det gäller bekanta matdofter eller smaker, eller den känsla man får i munnen. Näringstillståndet kan förändras också av andra sjukdomar och av medicinering, och av förändringar i måltidsrytmen eller de personliga preferenserna.

En minnessjuk person kan vara antingen under- eller felnärdd. Viktminskning kan vara det första symtomet på en minnessjukdom, och ge upphov till en försnabbad förlust av funktionsförmågan, som ett resultat av minskad muskelmassa. Viktminskning är alltid ett allvarligt tecken som man bör åtgärda genom att öka tillförseln av energi och proteiner, och vid behov också med hjälp av näringstillskott. Rekommendationerna ifråga om proteinintaget är 1,2–1,4 dl/kroppsvikt(kg)/dygn.

Men alla går inte ner i vikt, och vissa börjar äta mera vilket leder till att vikten ökar. Man bör se till att också den som har övervikt får tillräckligt med proteiner och en mångsidig kost. Det lönar sig att kolla framför allt mellanmålens proteinhalt. Man bör också se till att intaget av D-vitaminer följer rekommendationerna.

Många av de faktorer som hänger ihop med måltiderna och näringstillgången kan ha ett samband med förändringar i beteendet, och rentav ge upphov till dylika. Man bör alltid undersöka de faktorer som ligger bakom svårigheter i samband med ätandet och måltiderna, och förändringar i beteendet, och sedan inom ett mångprofessionellt team finna individuellt anpassade lösningar.

Det är viktigt att man regelbundet följer upp näringsstillståndet, så att man vidtar åtgärder i tid. Situationen kan kontrolleras t.ex. med ett **MNA**-test (*Mini Nutritional Assessment*) och regelbundna viktkontroller. Näringstillståndet följs upp också genom egenkontroll.

MÅLTIDERNA

Varje måltid borde avnjutas i lugn och ro, och vara en stund som stärker gemenskapen, vilket förstärker funktionsförmågan och livskvaliteten, också då vården sker i det egna hemmet. Det utrymme man äter i bör vara trivsamt och lämpat för ändamålet, eftersom miljön och hur man sitter har betydelse för hur meningsfull måltidssituationen känns, och hur bra man klarar sig själv. Måltiderna kan serveras i de gemensamma utrymmena, och matsalen kan vid behov delas in i mindre bordsgrupper. Det är också viktigt med god belysning och att man har färger som underlättar gestaltningen (t.ex. ljusa tallrikar på ett mörkt bord).

Man bör också, så länge det är möjligt, stödja den minnessjuka att själv delta i de aktiviteter som hör ihop med måltiderna, t.ex. att tillreda maten, duka, diska eller torka av borden. Det är viktigt att man beaktar de personliga måltidsvanorna, att maten är estetiskt framlagd och att man hjälper personen att äta själv.

Då funktionsförmågan är försämrad och man har svårigheter med gestaltningen går ätandet långsammare, och man behöver mera hjälp, vilket för den minnessjuka själv kan vara frustrerande. Det kan upplevas förnedrande eller sårande om man får hjälp med att äta och måste äta med plastbestick, eller får munnen torkad med en sked. Det är därför alltid bra att leva sig in i den i andras situation, och försöka uppleva t.ex. hur det är att bli matad. Den som assisterar vid måltiden bör alltid beskriva det man äter, visa portionen och beakta rytmen, så att situationen känns så behaglig som möjligt.

Måltiderna bör spridas jämnt över dagen. Enligt Valviras rekommendation bör nattfastan helst understiga 11 timmar. Måltidsrytmen och -tiderna bör alltid anpassas individuellt, och enligt situationen, men så att man respekterar klientens egen rytm, samtidigt som man garanterar en näringstillgång som motsvarar konsumtionen.

Mellanmålens betydelse ökar då den mängd mat man får i sig under lunch och middag minskar. En sen kvälls- eller nattbit kan behövas för dem som är vana vid det. Det kan också minska oron och andra förändringar i beteendet.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Gerontologinen ravitsemus Gery ry: Näringsguide för äldre personer: www.gery.fi/sv
- Institutet för hälsa och välfärd / Fineli: www.fineli.fi/fineli/sv

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Jyväskylä 2012: Syö muistaaksesi (Suomen muistiasiantuntijat ry)
- Suominen & Jyväskylä 2012: Ikääntyneen ravitsemus ja ruokapalvelut (Vanhustyön keskusliitto ry)
- Suominen, Puranen & Jyväskylä 2013: Ravitsemus muistisairaana kodissa (Suomen muistiasiantuntijat ry)

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Faxén Irving, Karlström & Rothenberg 2016: Geriatrisk nutrition (Studentlitteratur)
- Folkhälsan 2016: Mat 65+: www.folkhalsan.fi/globalassets/vuxna/service/kost/mat-653.pdf



10. I minneshemmet

- A. deltar alla i att tillreda maten, duka av borden och städa efter sig, enligt de egna resurserna. **3 2 1 0**
- B. njuter alla av sina favoriträtter och av de mellanmål man tycker om **3 2 1 0**
- C. följer man regelbundet näringstillståndet, med hjälp av följande mätare: **3 2 1 0**
-
- D. följer man näringstillståndet med hjälp av regelbundna viktkontroller **3 2 1 0**
 _____ /vecka/mån/år
- E. beaktas de individuella matönskemålen, -vanorna och -preferenserna, och dokumenteras i planerna **3 2 1 0**
- F. kan de närstående hjälpa till vid måltiderna, och får vid behov handledning **3 2 1 0**

Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
 gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

7. Läkemedelsfria metoder

Ett gott bemötande förutsätter god förmåga att kommunicera, kunskaper och specialkompetens ifråga om minnessjukdomar, och en förmåga att i varje situation välja rätt metod. Förutsättningen för att man ska kunna erbjuda ett gott liv och en god vård och omsorg är att man kan identifiera beteendeförändringar och situationer som känns besvärliga, och orsakerna till dessa.

I den läkemedelsfria vården strävar man till att identifiera de faktorer som ger upphov till svåra situationer, så att man kan undvika dem. De läkemedelsfria metoderna kommer i första hand när det gäller att hantera beteendeförändringar, och föregår bedömning av eventuell läkemedelsbehandling.

BETEENDEFÖRÄNDRINGAR

Den som är minnessjuk kan inte alltid verbalt uttrycka sina känslor, behov eller favoritsysselsättningar, och är i stället tvungen att uttrycka sig med de medel hen har. Ifall en person i en dylik situation avreagerar sig fysiskt tolkas det lätt som en problematisk beteendeförändring. Också avsaknaden av meningsfulla sysselsättningar kan resultera i ett agerande som en utomstående kan tolka som besvärligt.

Till de vanligaste beteendeförändringarna hör vanföreställningar, hallucinationer, orolighet, vandrande, störningar i sömn-vakenhetsrytmen samt depression. Ibland förekommer ett s.k. sundowning-syndrom, där orolighet, vandrande av och an, och allmän förvirring blir vanliga symtom, speciellt om kvällarna.

Bland de faktorer som antingen förorsakar eller utlöser förändringar finns t.ex. sådana som hör ihop med det somatiska hälsotillståndet, såsom infektioner, förstopning eller urineringssvårigheter, smärta, instabil sockerbalans, eller symtom på någon annan sjukdom, eller felaktig medicinering. Men också hunger och frustration kan ge upphov till oro och aggressivitet ifall personen saknar andra sätt att kommunicera.

Om synen eller hörseln är försämrad kan det leda till att kommunikationen och gestaltningen försvåras. En vårdssituation kan vara förknippad med rädsla, smärta eller skam, vilket gör att den minnessjukas beteende kan tolkas som motstånd. Också sinnesstämningen syns i beteendet.

LÄKEMEDELSFRIA METODER

Många situationer får sin förklaring av faktorer i den insjuknades livshistoria, personlighet och karaktär,

samt individuella sätt att fungera och reagera i olika situationer. Att känna till dessa hjälper personalen att hitta de sätt att fungera som passar just den personen bäst. Den minnessjukas sätt att fungera påverkas också av miljön, bemötandet och interaktionen, och det är något som hela personalen tillsammans måste beakta, ur den minnessjukas perspektiv.

Det är viktigt att samtliga, såväl den minnessjuka som närstående och vårdpersonal, litar på varandra och känner varandra väl. Många situationer är lättare att hantera om man känner till den insjuknades livshistoria. Det gör att personens beteende är lättare att tolka. Respekt för den minnessjukas egna vanor och vardagsrutiner skapar en känsla av trygghet.

De läkemedelsfria metoderna och det mänskliga bemötandet är vanligen okomplicerade saker som bottenar i den insjuknades sätt att tidigare göra olika saker på sitt eget sätt. Oro och ångest nattetid kan t.ex. lindras genom att man lämnar nattlampan på. Det är lättare att bygga upp en meningsfull och fungerande vardag om man kartlägger den minnessjukas egna resurser och funktionsförmåga, och möter personen på ett professionellt och mänskligt sätt. (Se också kap. 9 – **Smärtbehandling** och kap. 11 – **Interaktion och bemötande**.)

Lämpliga förändringar i boendemiljön hjälper den insjuknade att bevara sin självständighet och att uppleva känslan av att lyckas. Om man har meningsfull sysselsättning och bor i en miljö som känns trivsamt minskar känslan av att vara överflödig och graden av frustration, vilket i sin tur minskar exempelvis oro och olika tvångssymtom. Också olika former av terapi, såsom musik-, konst- och ergoterapi, kan öka både den insjuknades och de närståendes livskvalitet.

Personalens observationer och dokumentation hjälper till att bättre förstå i vilka situationer och på vilket sätt den minnessjuka reagerar, och vad som föregår eller provocerar fram problematiska situationer och vilka reaktioner de ger upphov till. Det är viktigt att analysera vad det var som hjälpte – t.ex. att man stannar upp, att man diskuterar saken, en beröring, musik eller att man gör nånting meningsfullt. Man kan på basis av anteckningarna tillsammans, och mångprofessionellt, fundera på hur man ska bemöta olika situationer och behov. Det är också bra att på vårdmötena bearbeta de tankar och känslor som olika situationer ger upphov till.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Alzheimer Centralförbundet rf: Bemötande av en minnessjuk person: www.muistiliitto.fi/sv/minnessjukdomar/sarskilda-fragor/bemotande-av-en-minnessjuk-person
- Alzheimer Centralförbundet rf: Läkemedelsfri behandling: www.muistiliitto.fi/sv/minnessjukdomar/vard-och-rehabilitering/lakemedelsfri-behandling
- Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016: Förstå och bli förstådd i mötet med en minnessjuk person (Finlands minnespecialsiter rf)

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011: MielenMuutos pitkäaikaishoidossa. Käytösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen (Vanhustyön keskusliitto ry): www.vtkl.fi/document/1/1519/d505fb7/Mielenmuutos_Raportti_3_Indd.pdf
- Kehitysvammaliitto ry / Papunet: Muisti: www.papunet.net/teemat/muisti
- Pohjavirta (toim.) 2012: Onko tänään eilen? TunteVa@-opas muistisairaita hoitaville (Tampereen Kaupunkilähetys ry)
- Suhonen, Alhainen, Eloniemi-Sulkava, Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Remes, Sulkava, Viramo & Erkinjuntti 2008: Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa (Suomen Lääkärilehti 2008:63(10):9-22)

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Svenskt Demenscentrum 2016: Språkstöd till Demens ABC. En arbetsbok: www.demenscentrum.se/globalassets/publicerat_pdf/sdc_pdf/sprakstod_demensabc_inlaga_20160309.pdf



11. I minneshemmet

- | | | | | | |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| A. | stödjer man en meningsfull vardag och ger möjligheter till individuell sysselsättning | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | känner man till och använder olika läkemedelsfria metoder samt olika verksamhets- och terapiformer för att underlätta den minnessjukas vardag | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | väljer man i första hand läkemedelsfria metoder | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | utreder och dokumenterar man de situationer och faktorer som ger upphov till beteendeförändringar, och vilka faktorer som utlöser respektive lindrar dessa | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | förverkligas vården och omsorgen utgående från den enskilda personens livshistoria, önskemål och behov | 3 | 2 | 1 | 0 |
| F. | diskuterar man tillsammans med de närstående om besvärliga situationer och de faktorer som bidragit till dessa | 3 | 2 | 1 | 0 |
| G. | stärker man den insjuknades trygghetskänsla och självbestämmanderätt när det gäller beslut i vardagen | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

8. Läkemedelsbehandling

Syftet med läkemedelsbehandlingen är att upprätthålla och förbättra den minnessjukas funktionsförmåga och livskvalitet, och att hantera symtomen så bra som möjligt. Medicineringen för minnessjukdomar upprätthåller funktionsförmågan och motverkar och lindrar förändringar i beteendet.

MEDICINERING FÖR MINNESSJUKDOM

Medicineringen skräddarsys enligt diagnosen. Läkaren väljer det lämpligaste preparatet och doseringen, och i vilken form medicinen tas (tablett/plåster/droppar). Mediciner för Alzheimers sjukdom används också vid andra former av minnesjukdom.

Efter att en person fått en minnesjukdomsdiagnos granskar läkaren noggrant att alla de mediciner som ordinerats passar ihop med varandra, och ansvarar för helhetsbedömningen. Det bör observeras att mediciner som används för andra sjukdomar kan försämra minnesfunktionerna och ge upphov till beteendeförändringar. Medicinering som kan försämra funktionsförmågan och är onödig avslutas, och doseringen av övriga läkemedel ses över. Läkemedelsbehandlingen bör alltid bygga på den läkemedelsplan man gjort upp inom minnesenheten, och som innefattar såväl planering av klientens hela läkemedelsbehandling som en uppföljning och dokumentering av eventuella avvikelser.

Då medicineringen vid en minnessjukdom inleds börjar man med små doser och ökar sedan doseringen stegvis, i enlighet med läkarens ordination. I början kan det uppstå lindriga biverkningar, t.ex. illamående, diarré och oro, ibland trötthet. I allmänhet försvinner biverkningarna efter ett tag. Man kan lindra symtomen t.ex. genom att ta medicinen efter måltiden, eller genom att ändra doseringen, eller tidpunkten då man tar medicinen.

Ifall preparatet inte passar utan ger biverkningar bör man diskutera saken med den vårdande läkaren. Man

bör understryka både för den insjuknade och de närstående att man inte på egen hand får avsluta medicineringen. Det kan hända att man i stället för det olämpliga preparatet hittar ett ersättande läkemedel som är bättre.

Det att man flyttar från det egna hemmet till långtidsvård är ingen orsak att upphöra med medicineringen för minnesjukdomen. Om man gör det kan det hända att funktionsförmågan avtar eller helt försvinner. Att upprätthålla självständigheten, även om den är liten, är viktigt för livskvaliteten. I sjukdomens svåra stadium kan läkaren överväga att upphöra med medicineringen.

ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL

Då man misstänker att den minnessjuka är deprimerad eller har ångest kan personen samtidigt med de läkemedelsfria metoderna ha nytta av antidepressiva mediciner. Ifall man för behandlingen av beteendeförändringar blir tvungen att ge psykofarmaka, bör man regelbundet följa med hur bra de passar och vilken effekt de har, och sträva till att ge så små doser som möjligt, under så korta behandlingsperioder som möjligt. Det är vårdpersonalens uppgift att bedöma läkemedlens effekter. Eventuella biverkningar bör dokumenteras och rapporteras till den vårdande läkaren, varefter man tillsammans med denne gör upp den fortsatta planen.

KOMPETENS VID LÄKEMEDELSHANTERING

Man bör alltid försäkra sig om att personalen har de kunskaper som krävs för att sköta medicineringen, och att den förverkligas i enlighet med lag och förordning. Man bör i varje enskild enhet ha klara direktiv angående läkemedelshanteringen. Arbetsgivaren har skyldighet att ansvara för fortbildningen i läkemedelshantering för den personal inom social- och hälsovården som har grundutbildning för ändamålet. Den personal som sköter läkemedelsbehandlingen har skyldighet att kontinuerligt upprätthålla sin yrkesskicklighet, och delta i den fortbildning som arbetsgivaren anordnar.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Alzheimer Centralförbundet rf: Läkemedelsbehandling:
www.muistiliitto.fi/sv/minnessjukdomar/vard-och-rehabilitering/lakemedelsbehandling

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016: Turvallinen lääkehoito – Opas lääkehoito-suunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos):
urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-577-6
- Muistisairaudet (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010 (viitattu 1.8.2016). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Kragh 2013: Äldres läkemedelsbehandling – orsaker och risker vid multimedicinering (Studentlitteratur)



12. Läkemedelshanteringen i ett minneshem

- | | | | | | |
|-----------|---|----------|----------|----------|----------|
| A. | Ansvarsperson är en läkare som är sakkunnig i minnessjukdomar. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | Hanteringen sköts av en yrkeskunnig vårdare som ansvarar för läkemedelshanteringen. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | Hanteringen sköts i enlighet med rekommendationerna för God medicinsk praxis. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | Allting i anslutning till läkemedelsbehandlingen är dokumenterat. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | Sker i utrymmen som uppfyller lagens krav, och med ändamålsenliga instrument. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| F. | Det finns klara anvisningar om hur läkemedelshanteringen ska skötas, utvärderas och dokumenteras, och alla känner till dem. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| G. | Den ansvariga personalen får fortbildning. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| H. | Vårdpersonalen har tillräcklig kunskap också om läkemedlens effekter och uppföljningen av eventuella biverkningar. | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

9. Smärtbehandling

I minnessjukdomens slutskede, och inför döden, har de flesta insjuknade smärtor. Det kan vara svårt att veta när en person med en långt framskriden minnessjukdom har smärtor, och hur stark smärtan är. En del av de insjuknade kan inte bedöma eller beskriva sina smärtor, och smärtan kan ibland framträda i form av ångest eller aggressivitet.

Det är inte sagt att smärtlindringen är tillräcklig ens då man har identifierat symtomen. Man måste alltid utreda smärtans orsaker och i mån av möjlighet behandla den, eftersom smärta alltid försämrar livskvaliteten och funktionsförmågan.

BEDÖMNING AV SMÄRTA

Då man bedömer graden av smärta kan man både följa med de förändringar som sker i den minnessjukas beteende och använda sig av olika mätare. **RAI**-skalan (*Resident Assessment Instrument*) baserar sig på uppgifter både av den som bedömer och av den insjuknade själv.

Då sjukdomen framskrider är **PAINAD**-skalan (*Pain Assessment in Advanced Dementia Scale*) ett utmärkt instrument. Den baserar sig på observation av de beteendeförändringar som smärtan ger upphov till. PAINAD består av fem olika delområden: andning, olika ljud, miner, kroppsspråk och tröst. Andningen kan t.ex. vara mödosam eller hyperventilerande, och i värsta fall både ljudlig och mödosam. De ljud man ger ifrån sig kan bestå av klaganden eller kvidande, oroligt ropande eller gråt. Minerna kan variera från sorg till rädsla och vrede. Kroppsspråket är ofta spänt och kroppen kan bli alldeles stel, den insjuknade kan ångestfullt gå omkring eller röra på sig, armar och knän kan vara spastiskt ihopdragna, och den insjuknade

kan vid beröring börja slå omkring sig eller knuffas. Man kan också bedöma graden av smärta med hjälp av ordlistor för smärta, en ansiktsskala, smärtteckningar och en smärtkil.

Olika skalor och mätmetoder är endast hjälpmedel. Man bör alltid regelbundet bedöma helhetssituationen, och aldrig underskatta den minnessjukas egna erfarenheter och personliga bedömning av situationen, utan alltid vara lyhörd. Och då man bedömer smärta utgående från beteendet bör man alltid minnas att det finns också andra faktorer som kan ge symtom, t.ex. att man är törstig, borde gå på toaletten, har obekväma kläder eller känner ångest och oro.

SMÄRTLINDRING MED OCH UTAN LÄKEMEDEL

Man kan pröva på olika läkemedelsfria sätt att behandla smärtan, och använda dem vid sidan av läkemedelsbehandlingen. Till de läkemedelsfria metoderna hör bl.a. kyl- och värmebehandling, elbaserad TNS-behandling (transkutan nervstimulering), närvaro, beröring och massage, olika ställningar, fysikalisk behandling, motion, avslappning och mentala övningar. Om smärtan är lindrig räcker det ofta med att ge tröst, men det räcker inte om smärtan är stark.

I all smärtlindring är det viktigt att beakta såväl de metaboliska förändringar som hör ihop med stigande ålder som eventuell samverkan av olika läkemedel. De läkemedelsdoser som då ges är ofta mindre, och det gäller att hela tiden noga följa med medicineringens effekter. Symtomen dokumenteras regelbundet och det är läkaren som tar ställning till om doseringen är den rätta eller bör justeras. Målet bör alltid vara symtomfrihet. I sjukdomens slutskede tillämpas för smärtlindringens del också principerna i den palliativa vården (se kap. 15 – **Vård i livets slutskede**).

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015: Muistisairaudet (Duodecim)
- Kipu (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 1.8.2016). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaukseen pitkälle edenneessä dementiaassa: www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b (ensisijainen lähde: Warden, Hurley & Volicer 2003: Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia. J Am Med Dir Assoc Vol. 4 No.1)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016: Tietoa RAI-järjestelmästä: www.thl.fi/fi/web/ikaantuminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Behandlingsriktlinjer, smärta hos äldre 2015: www.landstingetsormland.se/PageFiles/2469/Smarta_hos_aldre_2015.pdf (Läkemedelskommitténs expertgrupp för smärta i Landstinget Sörmland)

13. Den minnessjuka personens smärta

- | | | | | | |
|-----------|---|----------|----------|----------|----------|
| A. | Personalen vet hur man bedömer smärtan och vilka mätare som kan användas. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | Smärtan beskrivs och dokumenteras, och rapporteras till den ansvariga läkaren | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | Smärtan lindras utgående från individuella behov, och utan mediciner. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | Smärtan lindras med hjälp av sakkunnig och tillräcklig läkemedelsbehandling. | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

10. Sexualitet

Sexuellt välbefinnande betyder olika saker för olika människor, och förändras beroende på ålder, livssituation och hälsotillstånd. Det sexuella välbefinnandet gynnas av att man är du med sin sexualitet, och upplever sig trygg och accepterad. Det är viktigt att minneshemmets personal känner till de sexuella förändringar som sjukdomen ger upphov till, och att det finns stora individuella skillnader i sexualiteten och dess uttrycksformer. Man bör dessutom komma ihåg att också de som har en minnessjukdom kan tillhöra en sexuell minoritet.

Minnessjukdomarna påverkar parförhållandet på många sätt, både ifråga om rollerna och sexualitetens olika uttrycksformer. Förändringarna kan ge upphov till motstridiga känslor hos bägge parter. För en närstående kan partnern som en följd av sjukdomen te sig distanserad och annorlunda. Känslorna av närhet inför den andra kan avta, vilket gör att den minnessjuka inte längre kan uppfylla den andras behov av en äkta make/maka, vilket påverkar upplevelsen av lycka inom parförhållandet. Den ökade distanseringen kan leda till att det blir svårare att uppfylla sexuella önskningar och behov, vilket kan ge upphov till ångest både hos den insjuknade och partnern.

Såväl den insjuknade som maken/makan och eventuella övriga närstående behöver kunskap om hur minnessjukdomen och medicinerna påverkar sexualiteten och dess uttrycksformer, samt stöd för att bemöta svårigheterna.

Men allting förändras inte. Den som har en minnessjukdom kan ofta under en lång tid ge uttryck för sina

egna känslor. Ett insjuknande kan tvärtom öka behovet att närhet och trygghet, vilket gör att man får ett större behov att visa ömsesidig ömhet och kärlek.

Det är betydligt lättare att bemöta en annan person som en hel människa om man känner till dennes livshistoria. Samtidigt är det lättare att förstå personens beteende, vilket underlättar hanteringen av svåra situationer. Man bör uppmuntra äkta par att berätta om och diskutera också sådant som berör sexualiteten. De olika levnadsberättelserna och diskussionerna ger bättre kunskap om hur den insjuknade själv upplever sin sexualitet. Man kan som stöd använda olika hjälpmedel för att ta upp diskussionen (se **Tilläggsinformation och litteratur**). Det är också bra att göra observationer och minnas tillsammans.

De förändringar som minnessjukdomen ger upphov till när det gäller interaktionsförmågan, att producera tal och att styra sitt beteende är ofta sådana att man kan behöva handledning också ifråga om sexualitetens uttrycksformer. Då kan det vara lämpligt att t.ex. diskutera saken, ge stöd eller tipsa om sakkunniga man kan vända sig till, ifall personalen inte har den kompetens som behövs.

Frågor kring sexualiteten kan för personalen vara svåra att hantera. De påverkas av personalens egna attityder och erfarenheter och man behöver därför information och gemensamma regler för hur man ska beakta den insjuknades och partnerns sexuella välbefinnande. Man bör diskutera frågan och fundera på hur man ska hantera krävande situationer, från förebyggande till problemlösning, och ge behövlig information till både den minnessjuka och de närstående.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Muistiliitto ry: Parisuhde ja perhe:
www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/koko-perheen-sairaus/parisuhde-ja-perhe
- Apter, Väisälä & Kaimola 2006: Seksuaalisuus (Duodecim)
- Eloniemi-Sulkava, Sillanpää & Sulkava 2015: Muistisairaahan seksuaalisuus.
Teoksessa Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen (toim.): Muistisairaudet (Duodecim)
- Korhonen & Ridanpää 2014: Näkymätön seksuaalisuus (Muistiliiton julkaisusarja 1/2014)
- Seta ry 2014: Yhdenvertainen vanhuus – Osaamistarpeet:
www.seta.fi/yhdenvertainen-vanhuus/wp-content/uploads/2014/10/4_korjattu102014.pdf
- Suomen Dementiayhdistys ry: Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen kortit:
www.suomendemy.fi/naeminut.html
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015: Seksuaalinen hyvinvointi – Seksuaalisuus puheeksi – valmiita malleja: www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvinvointi/seksuaalisuus-puheeksi/valmiita-malleja

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Ambjörnsson & Jönsson 2010: Livslinjer: berättelser om ålder, genus och sexualitet (Makadam)
- Valtonen & Hakola 2014: Jag skulle vilja kunna berätta – Regnbågsseniorer som klienter inom äldreomsorgen (Seta rf)

14. I minneshemmet

- | | | |
|-----------|---|----------------|
| A. | har de anställda tillräcklig kunskap om minnessjuka personers sexualitet | 3 2 1 0 |
| B. | har man för varje enskild person planerat och dokumenterat på vilket sätt man ska främja den minnessjukas och partners sexuella välbefinnande | 3 2 1 0 |
| C. | har man en möjlighet att uttrycka och förverkliga sin sexualitet | 3 2 1 0 |
| D. | har man möjligheter att umgås med sin partner i fred, på tumanhand | 3 2 1 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

11. Interaktion och bemötande

Principerna för hur man ska bemöta andra människor på ett värdigt, respektfullt och jämlikt sätt gäller också i mötet med en minnessjuk person. Det ömsesidiga förtroendet och förståelsen för den minnessjuka personens behov förstärks av att man inte har bråttom och att man genuint lyssnar på den andre.

Betydelsen av interaktionen och bemötandet ökar då en person på grund av minnessjukdom inte själv kan göra sig förstådd, eller förstår vad det är man försöker säga. Världen kan för den som har en långt framskriden minnessjukdom te sig skrämmande och omöjlig att behärska. Det här kan hos en minnessjuk ofta utlösa en reaktion som omgivningen tolkar som ett "beteendesyntom" (se kap. 7 – **Läkemedelsfria metoder**). Om man är medveten om detta, och kan leva sig in i den minnessjukas värld, blir situationen för bägge parter lättare att förstå och behärska.

Den minnessjuka lever ibland i det förgångna, och den känslan är just då helt sann. Känslan kan väckas till liv av gamla minnen och längtan till det välbekanta och trygga, eller av tråkiga och ångestframkallande händelser som förblivit obearbetade. Den minnessjuka kan t.ex. leva i sitt gamla barndomshem, eller minnas något eller någon som personen tidigare har upplevt. Det egna barnet eller den egna maken kan i minnena representera någon annan, eller så kan den minnessjuka i vårdaren se sin make/maka eller sitt barn.

Om den minnessjuka börjar prata om sina föräldrar lönar det sig i allmänhet inte att berätta den smärtsamma sanningen att de redan är döda. För den minnessjuka finns sanningen i den inre världen, och dit kan man modigt hoppa in. Ifall den minnessjuka själv tar upp ämnet kan man fånga stunden och börja prata om sådant som har anknytning till personens föräldrar. Den minnessjuka har å andra sidan också rätt att höra hur det verkligen är. Ifall personen t.ex. klart och tydligt frågar om föräldrarna är döda bör man ge ett ärligt svar.

Den som har en minnessjukdom vill bli förstådd och hörd just i den stund och situation personen just då upplever. Det är vanligen ingen idé att försöka tvinga fram nånting, skynda på eller ge aldrig så goda motiveringar. Däremot kan man genom att ge ord och uttryck för det emotionella tillståndet försäkra sig om vilka känslor eller behov det handlar om. Det är inte sagt att personen genast hittar rätt ord, eller har dem

kvar. Man kan då hjälpa på traven genom att upprepa ord som just har använts, eller ställa tillägsfrågor: "Du känner saknad; var din pappa väldigt viktig för dig?", eller "Var det alltid du som skötte de yngre syskonen?". Varför-frågor är ofta besvärliga för den insjuknade eftersom det kan kännas svårt och ångestframkallande att komma med motiveringar eller andra förklaringar.

Då sjukdomen framskrider förutsätter kommunikationen, handledningen och inläringen vanligen att man använder sig av korta och lättförståeliga meningar, och bara talar om en sak åt gången. Då blir det lättare att minnas och hantera informationen. Liknelser, ordspråk och humor kan göra det svårare att förstå själva saken, och enbart förvirra den som insjuknat. Å andra sidan är humor nånting som ofta hjälper vid hanteringen av de ibland överraskande situationer som följer av minnesförlusten, och därmed underlätta livet med sjukdomen.

Men det räcker inte alltid med enbart verbal kommunikation. Det är viktigt att använda sig också av kroppsspråk och icke-verbal kommunikation, vilket den insjuknade vanligen känsligt registrerar. Om man talar med lugn stämma, samtidigt som man lyssnar, har ögonkontakt, berör den andra och är andligt närvarande ger man den andra utrymme och trygghet att uttrycka sig själv.

Det är lättare att hitta gemensamma bekanta och trygga sätt att fungera om man känner till den andras livshistoria och erfarenheter. En god vårdare skapar kontakt till den minnessjuka personen och bekräftar hen som individ, aktör och medlem av gemenskapen. Ömsesidig förståelse och ett genuint och respektfullt möte med den andra stärker livskontrollen och -kvaliteten.

Den yrkesskicklighet och kunskap om minnessjukdomar som personalen har ökar också trygghetskänslan, och är ett stöd när det gäller att undvika eller klara av besvärliga situationer och missförstånd. Man kan åt den minnessjuka signalera att "jag kan hjälpa dig, jag finns här för din skull, här är du trygg och allt är bra". Det finns många bra hjälpmedel och modeller när det gäller att möta personer med minnessjukdomar. Hit hör bl.a. logoterapi, TTAP™-metoden, Snoezelen®, par-, familje- och psykoterapi, metoder med anknytning till naturen, såsom Green Care, reminiscens samt metoder inom kultur och konst, t.ex. att teckna till sång, och musikterapi.

Interaktionen stöds också av TunteVa® -metoden. Den är utvecklad i Finland och bygger på en valideringsmetod som stärker den minnessjukas självkänsla och identitet. Tunteva-principerna bygger på känslomässig empati och förtroende. Man uppmuntrar med deras hjälp människor att uttrycka sig själva och sina

känslor och behov, och att värdesätta den aktuella stunden, som för den minnessjuka är verklighet. Vi lär oss mera om en person genom att iaktta denne, vilket samtidigt ger oss redskap att hantera också svårare situationer.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Alzheimer Centralförbundet rf: Bemötande av en minnessjuk person: www.muistiliitto.fi/sv/minnessjukdomar/sarskilda-fragor/bemotande-av-en-minnessjuk-person
- Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016: Förstå och bli förstådd i mötet med en minnessjuk person (Finlands minnespecialsiter rf)
- Laine 2013: Mental Styrka. Logoterapeutiska perspektiv för att stärka det mentala välbefinnandet (Äldreinstitutet)

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Aavaluoma 2015: Muistisairaan psykoterapeuttinen hoito ja hoiva (Suomen Psykologinen Instituutti)
- Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry: Kylille kulttuuria (Innokylä): www.innokyla.fi/web/malli783308
- Green Care Finland ry: Mitä on Green Care?: www.gcfinland.fi/MitaOnGreenCarePaavalikko
- Heimonen & Fried 2015: Vanhuuden Mieli (Ikäinstituutti)
- Kehitysvammaliitto ry / Papunet: Muisti: www.papunet.net/teemat/muisti
- Kehitysvammaliitto ry / Papunet: Multisensorinen toiminta: www.papunet.net/tietoa/multisensorinen-toiminta
- Laine & Heimonen 2010: Mahdollisuuksien matka. Logoterapeuttinen ajattelu muistisairaan ihmisen hoidossa (Memo 01/2011, Suomen muistiasiantuntijat ry)
- Laine, Fried, Heimonen & Kälkäinen 2014: Mielen hyvinvoinnin silta. Opas keskusteluryhmän ohjaajalle (Ikäinstituutti)
- Laulau Oy: Laulupiirtäminen: www.laulau.fi/28
- Levine Madori 2010: Therapeutic Thematic Arts Programming -menetelmä (Hämeen ammattikorkeakoulu)
- Miina Sillanpään Säätiö: Kuntoutus: www.miinasillanpaa.fi/hankkeet/kuntoutus
- Pohjanvirta 2012: TunteVa-opas muistisairaita hoitaville (Tampereen kaupunkilähetys ry)
- Semi 2015: Mieleen tatuoitu minuu (T & J Semi)
- Vanhustyön keskusliitto ry: Vahvike-aineistopankki: www.vahvike.fi

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Almén, Angur & Axelsson 2017: Skapa trygga möten i demensvård (Vårdförlaget Human Capacity)
- Cars & Terzis 2015: Stöd vid demenssjukdom och kognitiv svikt. En handbok i bemötande (Gothia Fortbildning)
- Edberg (red.) 2011: Att möta personer med demens (Studentlitteratur)
- Lindholm 2010: När orden fattas oss: om demens, språk och kommunikation (Liber)
- Svenskt Demenscentrum 2017: Språkstöd till Demens ABC. En arbetsbok: www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/demensabc/sprakstod-till-demens-abc
- Svenskt Demenscentrum 2016: Mötas i musik – musik som omvårdnad i demensvården
- Äldreinstitutet: Meningspacken. 52 kort för psykiskt välbefinnande.

15. I minneshemmet

- | | | | | | |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| A. | bemöts den minnessjuka i alla situationer individuellt och respektfullt | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | har personalen kunskap om de speciella kännetecken som hör ihop med att bemöta och kommunicera med minnessjuka personer | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | handler och stödjer personalen de närstående när det gäller att bättre förstå hur minnessjukdomen påverkar den insjuknades beteende och sätt att uttrycka sina behov | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | använder personalen olika metoder och modeller för att hjälpa den minnessjuka att bättre behärska sitt eget liv och sitt sätt att kommunicera | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | dokumenterar personalen olika metoder och deras effekter, och diskuterar dessa såväl inom vårdteamet som med den insjuknade och de anhöriga | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

12. Boendemiljö

I takt med att sjukdomen framskrider försämrar förmågan att gestalta den egna boendemiljön och det fysiska rummet, genom att minnessjukdomen påverkar minnesfunktionerna, gestaltningen och andra kognitiva funktioner. Man tappar därför lätt bort sig på främmande platser, och med tiden kan det bli allt svårare att orientera sig också i bekanta omgivningar, t.ex. det egna hemmet.

Känslan av att ha kontroll över det egna livet och den egna vardagen underlättas av att man gör saker på samma sätt som tidigare, och av att minneshemmet, med bekanta föremål som är viktiga för en, är välplanerad. En god boendemiljö är lätt att gestalta, och de viktigaste platserna lätta att hitta på egen hand. Då får man inspiration för individuella aktiviteter, men också möjligheter att dra sig tillbaka i lugn och ro.

Hur sjukdomen påverkar de vardagliga rutinerna, t.ex. matlagning, personlig hygien och påklädning, är individuellt och detsamma gäller hur tryggt man upplever hemmet, och att bo där. De närstående märker t.ex. att det blir allt svårare för den minnessjuka att klara sig hemma, även om personen själv fortfarande tycker att det går hur bra som helst.

Man kan bo hemma så länge det är tryggt att göra det, och man får tillräcklig hjälp. Hemmet är en bekant miljö som stärker jagkänslan, och där man kan leva på det sätt man är van vid. Att befinna sig i en omgivning som inte känns bekant skapar otrygghet och ångest. Då ökar vanligen också riskerna ifråga om den fysiska tryggheten. För dem som bor ensamma kan det uppstå risker i ett tidigare skede, jämfört med dem som bor tillsammans med någon annan, t.ex. den äkta maken/makan.

Det är bra att tillräckligt tidigt tillsammans med den insjuknade och de närstående, eventuellt också hemvården, diskutera var personen vill bo ifall det inte längre går att bo hemma. Det är bra att anteckna det också i vårdviljan. Exempel på goda boendeformer är olika typer av gemenskapshem, t.ex. gruppshem och familjehem. I de flesta av dessa kan man bo till livets slut, vilket gör att man sedan inte längre behöver bli förflyttad till institutionsvård.

FÖRÄNDRINGSARBETEN I HEMMET OCH EVENTUELL FLYTTNING

Det är bra att så tidigt som möjligt, tillsammans med både den insjuknade och de närstående, planera de förändringar som bör göras i hemmet, så att personen hinner vänja sig. Ifall det av någon anledning inte är möjligt att göra omändringarna, eller om bostadens läge eller någon annan orsak talar för en flyttning, är det viktigt att flyttningsbeslutet görs i ett så tidigt skede som möjligt. Då hinner personen vänja sig medan sjukdomen ännu inte är så långt framskriden.

Då sjukdomen framskrider kan det hända att förändringarna i det sociala beteendet och känslolivet försämrar personens förmåga att hantera de nya situationer som en flyttning kan föra med sig. Därför är det bra om de förändringar som görs, antingen i det egna hemmet eller i den nya boendemiljön, påminner så mycket som möjligt om det tidigare, samtidigt som man förbereder sig omsorgsfullt inför själva flyttningen. Man kan t.ex. ta fotografier av hemmet, och fråga personen vilka saker och föremål som är viktiga, och vad hen vill ta med sig. Då är det lättare att inreda det nya hemmet, så att det känns mera bekant och tryggt.

Man kan på många sätt genom små förändringar hjälpa den insjuknade att bättre gestalta den nya miljön och orientera sig i tid och rum. Det ger personen bättre möjligheter att självständigt klara av vardagen, och en starkare självkänsla. Det är t.ex. viktigt att tillsammans med den minnessjuka och de närstående gå igenom hur man tar sig fram inomhus, ute på gårdsplanen och i den närmaste omgivningen, och att iaktta både skyltar och belysning. Man kan också ha med sig t.ex. en ergoterapeut eller den person som ansvarar för förändringsarbetena.

Även små saker kan ha stor betydelse med tanke på hur trygg man känner sig, och hur mycket stöd man får för sin identitet. Det kan t.ex. vara lättare att orientera sig i tid och rum om man framhäver olika årstider med hjälp av fotografier, musik och andra föremål, t.ex. blad om hösten och bastukvistar på sommaren, eller genom olika aktiviteter, t.ex. gruppträffar med olika teman.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Muistiliitto ry: Turvallisuustietopankki:
www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksia/muistiystavallinen-ymparisto-turvallisuus
- Pesola 2013: Hyvä ympäristö auttaa muistisairaasta kotona. Teoksessa Helminen, Laine, Sirén & Zotow (toim.): Muisti muuttuu – arki muuttuu. Puheenvuoroja muistisairaiden henkilöiden hyvinvoinnista ja turvallisesta ympäristöstä (DIAK): projects.centralbaltic.eu/images/files/result_pdf/ELDEM_result3_book_Muisti_muuttuu_arki%20muuttuu_FI.pdf
- Pikkarainen 2010: Ympäristön mahdollisuudet ja haasteet. Teoksessa Härmä & Granö (toim.): Työikäisen muisti ja muistisairaudet (WSOYpro)
- Sievänen, Sievänen, Välikangas & Eloniemi-Sulkava 2007: Opas ikääntyneen muistioireisen kodin muutostöihin (Ympäristöministeriö): www.ym.fi/download/noname/%7BF42E0889-17FE-4F7B-AB94-EE2D6899E8A1%7D/57210
- Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö ry 2013: Erehdykset ja unohdukset salliva asuin-ympäristö – Opas erityisryhmien asumisturvallisuuden kehittämiseen: www.spek.fi/loader.aspx?id=7bc58944-305b-4bfe-b48b-bd052cd5e833
- Toljamo & Koponen 2011: Muistisairaana ihmisen kotona asumisen tukeminen. Opas toimeenpanijoille (Suomen muistiasiantuntijat ry:n julkaisu n:o 13/2011): www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Muistisairaana-ihmisen-kotona-asumisen-tukeminen.pdf

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Wijk 2014: Vårdmiljöernas betydelse (Stundetlitteratur)



16. Den fysiska miljön i minneshemmet

- | | | | | | |
|-----------|---|----------|----------|----------|----------|
| A. | planeras i samarbete med den insjuknade och de närstående, så att den känns trygg och ändamålsenlig | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | samt önskemålen ifråga om boendet är dokumenterade i rehabiliterings-, service- och vårdplanen | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | ger möjligheter till att dagligen motionera utomhus | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | uppmuntrar till att själv röra på sig både inne och ute | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | ger möjligheter både till att umgås med andra och att vistas för sig, i lugn och ro | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

13. Tillgänglighet och trygghet

I takt med att minnessjukdomen framskrider blir det allt viktigare att miljön är tillgänglig och trygg, eftersom gestaltsförmågan, de exekutiva funktionerna (förmågan att styra sitt beteende) och närminnet försvagas. Tillgängligheten är mångdimensionell och kan betraktas ur en fysisk, psykosocial, auditiv, visuell, kognitiv och social synvinkel.

Då man bedömer hur bra den **fysiska miljön** fungerar är det viktigt att försäkra sig om att olika utrymmen och passager har ett jämnt underlag, är rymliga och lättpasserade, och att olika material har lämpliga ytor. Finns det räckan som gör det lättare att gå i korridorer och trappor, är dörrarna tillräckligt breda och hissarna tillräckligt stora, och har hissarna våningsnummer eller andra symboler som är stora och tydliga? Möbler och annan utrustning bör justeras så att de är bekväma att använda, t.ex. höjden, och olika hinder för rörligheten bör om möjligt avlägnas. Uppvärmda tvättutrymmen underlättar badrutinerna. Alla saker eller föremål som är skrämmande eller förorsakar vanföreställningar, eller fara för klienten, bör avlägsnas och situationer som uppkommit på grund av detta bör dokumenteras i vårdplanen.

Den **psykosociala miljön** gör det möjligt att leva ett individuellt liv och att känna sig delaktig. Ens sinnesstämning och atmosfären i omgivningen inverkar t.ex. på hur bra man fungerar i sin egen miljö. Om man är rädd för trafiken, eller upplever sig bo alltför högt, eller upplever att man inte är accepterad, kan det i hög grad begränsa ens rörelsefrihet och delaktighet.

Social tillgänglighet innebär att atmosfären är öppen, stödjande och trygg, och ger möjlighet att delta i sådant man tycker är viktigt, och att hålla kontakt med människor som är viktiga för en. Både attityder, inställning och bemötande spelar en stor roll. I en socialt hinderfri miljö känner man sig välkommen precis som man är, och att man blir hörd och betraktad som jämställd.

Med den **auditiva miljön** menas den ljudvärld som finns i hemmet. En av orsakerna till att minnet blir

sämre kan vara att hörseln försämrats. Om man inte längre kan uppfatta det som sägs i olika situationer, och man inte täcks säga till om det, blir det svårare att förstå olika saker. Man kommer inte heller lika bra ihåg dem. Då kan en induktionsslinga och en hörapparat underlätta kommunikationen. Koncentrationsförmågan och gestaltningen försämras också av starkt buller och störande bakgrundsljud. Man måste därför se till att alltför hårda ljud och onödigt bakgrundsbuller dämpas, speciellt i stora samlingsutrymmen. På ett minneshem måste det dessutom finnas en möjlighet att dra sig tillbaka i en lugn vrå.

Både **den visuella och den kognitiva miljös** betydelse ökar i takt med att sjukdomen framskrider, då gestaltningen och minnet försämras. Då man gör omändringar i hemmet måste man komma ihåg att många förändringar, t.ex. byte av kranar, strömbrytare, hushållsmaskiner och andra apparater, kan försvåra den minnessjukas vardag. Man bör därför ifråga om alla förändringar som berör de fysiska utrymmena gå in för lösningar som gör det lättare för den insjuknade att så länge som möjligt fungera på egen hand.

Gestaltningen kan ofta underlättas av belysning och färgsättning, och t.o.m. av mycket små detaljer. Enfärgade ytor i klara färger gör det t.ex. lättare att gestalta rummet och olika föremål. Vita ytor mot vit bakgrund är svårare att gestalta, och man bör helst undvika kraftiga mönster, såsom rutor och ränder eftersom de ofta tolkas fel. Mörka rutor i golvbeläggningen kan t.ex. uppfattas som djupa hål. Det är lättare att gestalta sitsar och handtag om de är färgglada och avvikande, och man kan avgränsa olika ytor med hjälp av färgad tejp eller kantlister.

Då man äter är det lättare att uppfatta maten och besticken om det finns ett färgat underlag under de vita kärlen. Det är också lättare att minnas och gestalta omgivningen om väggar, dörrar, skåpdörrar och lådor förses med olika bilder och symboler. Lamporna bör placeras så att de inte kastar skuggor, eller ger åter-sken på olika ytor och människors ansikten.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Muistiliitto ry: Turvallisuustietopankki: www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksia/muistiystavallinen-ymparisto-turvallisuus
- Semi, Salmi & Mykkänen 2016: Yötaivaan toivo – Muistiystävällinen ympäristö tilasta kokemukseen (T & J Semi)
- Sievänen, Sievänen, Välikangas & Eloniemi-Sulkava 2007: Opas ikääntyneen muistioireisen kodin muutostöihin (Ympäristöministeriö): www.ym.fi/download/noname/%7BF42E0889-17FE-4F7B-AB94-EE2D6899E8A1%7D/57210

17. I minneshemmet

- | | | | | | |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| A. | beaktar man tillgängligheten på alla områden: den fysiska, visuella, auditiva, kognitiva och psykosociala | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | har man gjort tillräckliga planer och förändringsarbeten för att öka tillgängligheten, och dokumenterat det i vård- och serviceplanen | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | är rumslösningarna ergonomiskt uttänkta | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | ger den fysiska miljön den minnessjuka en känsla av trygghet | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | har man tillsammans med den insjuknade/de närstående/intressebevakaren diskuterat hur eventuella förändringsarbeten ska göras, och om användningen av olika hjälpmedel | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

14. Teknologi och hjälpmedel

Teknologiska hjälpmedel av olika slag underlättar vardagen och gör det lättare att leva ett självständigt liv. Om de sätts in vid rätt tidpunkt, och skräddarsys för den enskilda människan, ökar de känslan av trygghet, stödjer vården och underlättar de sociala kontakterna, samtidigt som de skänker sin användare glädje och en starkare självkänsla.

Det är bra att överväga användningen av olika hjälpmedel tillsammans med den som har en minnessjukdom, de närstående och vårdteamet: vilka är utmaningarna i vardagen och vilka hjälpmedel kunde vara bra? Hjälpmedlen underlättar också de övriga familjemedlemmarnas och assistenternas liv. Man kan t.ex. med hjälp av övervakningskameror och olika alarmanordningar trygga säkerheten för samtliga på minneshemmet, såväl klienter som personal.

Det lönar sig att pröva de olika hjälpmedlen i rätt miljö innan man tar dem i bruk, och att börja använda dem i ett tidigt skede, efter att klienten fått sin minnessjukdomsdiagnos. Ju svårare hjälpmedlet är att använda, desto svårare blir det att ta det i bruk då sjukdomen framskrider om man inte har övat tillräckligt i förväg. För den som bor ensam kan det vara speciellt besvärligt att ta i bruk nya hjälpmedel. Det är därför viktigt att både den som ska använda hjälpmedlet och den som hjälper till får tillräckligt tydliga instruktioner.

ÖVERVAKNING OCH TILLSTÅND

Den som är minnessjuk kan för sin rehabilitering ha olika typer av hjälpmedel, vars övervakning regleras

av skild lagstiftning. Samtliga aktörer inom social- och hälsovården är skyldiga att se till att såväl hjälpmedlen som klient- och patientregistren används på ett korrekt sätt, att det finns tillgängliga bruksanvisningar och att användarna får tillräckliga instruktioner.

I egenkontrollplanen antecknas bl.a. vem som sköter anskaffningen av hjälpmedel, handledningen i hur de ska användas, hur servicen ska skötas och vem som bär ansvaret. Tryggheten bör ägnas speciell uppmärksamhet i egenkontrollplanen eftersom de som bor hemma kan ha olika tekniska hjälpmedel och apparater, för vilka det måste finnas uppgifter om vem som ansvarar för användning och underhåll.

Ifall en apparat eller ett hjälpmedel som används inom vården ger upphov till en farosituation bör man alltid rapportera om det till Valvira, så snabbt som möjligt. Informationsskyldigheten gäller bl.a. dem som professionellt använder sig av hjälpmedlen, dvs. förutom enheterna inom hälsovården också verksamhetsenheterna inom socialvården, inklusive hemvården, i de fall där man till klienten eller till bostaden har levererat ett tekniskt hjälpmedel, hjälpmedel för den medicinska rehabiliteringen eller en elektronisk fjärrstyrningsanordning.

De olika tillstånden, t.ex. det tillstånd som den minnessjuka har gett för användning av övervakningsarmband, bör tydligt antecknas i rehabiliterings-, service-, omsorgs- och vårdplanen. Det är också bra om den insjuknade har gjort en anteckning om sina önskemål ifråga om olika hjälpmedel i sin vårdvilja, och att information om det har dokumenterats i vårdplanen.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Lag om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård 629/2010:
www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20100629

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Muistiliitto ry: Turvallisuustietopankki: www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksia/muistiystavallinen-ymparisto-turvallisuus
- Leikas & Launiainen (toim.) 2016: Anni ja Onni – Huomaamaton teknologia arjen apuna (Mina Sillanpään Säätiö)
- Månsson, Hurnasti & Topo 2008: Apuvälineet, dementia ja teknologia Pohjoismaissa. Muistia ja muita kognitiivisia toimintoja tukevat apuvälineet dementoituvan ihmisen arjessa (Stakes): www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75229/M267.pdf
- Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö ry 2013: Erehdykset ja unohdukset salliva asuin-ympäristö – Opas erityisryhmien asumisturvallisuuden kehittämiseen:
www.spek.fi/loader.aspx?id=7bc58944-305b-4bfe-b48b-bd052cd5e833
- Ikäteknologiakeskus: www.ikateknologiakeskus.fi

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Danielsson, Öberg & Rolfer 2017: "Välfärdsteknologi handlar inte om teknik utan om människor" – tekniksprång i nordisk demensvård (Nordens välfärdscenter):
nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2017/10/Demens-inspirationshacc88fte-webb.pdf

18. I minneshemmet

- | | | | | | |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| A. | finns olika hjälpmedel som främjar rörelsefriheten och underlättar gestaltningen, och användningen av dessa finns dokumenterad i vårdplanerna | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | finns en ansvarsperson för all den trygghetsapparat som används | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | känner man till och beaktar de önskemål som invånarna eventuellt har uppgett i sin vårdvilja ifråga om användningen av olika hjälpmedel | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | är vårdpersonalen medveten om alla de direktiv och bestämmelser som gäller övervakning, användning och underhåll av olika hjälpmedel och apparater | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

15. Vård i livets slutskede

PALLIATIV VÅRD

Med palliativ vård avses lindrande vård för personer med en obotlig sjukdom. Vården kan ibland pågå t.o.m. i flera år. Syftet med vården är att ge både den döende och de närstående en möjlighet till bästa möjliga livskvalitet, utan att ändå glömma att döden är en normal del av livet. I den sista fasen av den palliativa vården kan också terminalvård tillkomma. Beslut om övergång till palliativ vård är ett vårdbeslut som alltid bör diskuteras med patienten själv. Ifall personen inte längre kan fatta beslut om sin vård bör diskussionen föras med de närmaste anhöriga eller patientens lagliga företrädare.

Också den palliativa vårdens innehåll dokumenteras i rehabiliterings-, service- och vårdplanen. I beslutet om palliativ vård ingår beslut om att avstå från återupplivning, ett s.k. DNR-beslut, och detta kan man också anteckna separat. I beslutet dokumenteras de(n) som fattat beslutet, beslutets medicinska motiveringar samt de diskussioner som man fört med den döende och/eller de anhöriga, och deras åsikt om beslutet.

TERMINALVÅRD

Med terminalvård, eller vård i livets slutskede, avses den vård man ger en svårt sjuk människa då man inte längre kan bota sjukdomen eller påverka dess förlopp. Syftet är att observera smärta och lidande, lindra symtomen och ge en god grundvård, och att också uppmärksamma de närståendes välbefinnande.

Målsättningen är att i livets slutskede erbjuda en human vård och en god död, i en för patienten bekant omgivning. Det innebär att man respekterar självbestämmanderätten, vilket inkluderar t.ex. vårdviljan, och att man visar respekt och god samarbetsvilja också gentemot patientens närstående.

Ett värdigt bemötande av en annan människa inför hans död innebär t.ex. att man avstår från vård som förlänger lidandet. I terminalvårdsfasen borde man t.ex. inte längre vidta åtgärder som endast marginellt påverkar den återstående livslängden. Hit hör t.ex. blodprov, intravenös vätsketillförsel eller behandling, samt sondmatning. Sondmatningen har enligt utförda studier obefintliga effekter, och kan snarare öka lidandet. Överdriven vård höjer inte livskvaliteten.

Man får emellertid inte glömma bort den symtomatiska vården. I livets slutskede framträder ofta besvärliga symtom, såsom svårigheter att äta, lunginflammationer, smärtor, andningssvårigheter och trycksår. Det är viktigt att sköta dessa, och detsamma gäller munhygien. Dessutom innebär förflyttningar mellan olika sjukhus och vårdplatser ytterligare stressmoment som inverkar negativt på vårdens kvalitet och livskvaliteten under livets slutskede. Förflyttningar av det slaget bör därför vidtas endast om man i det ifrågavarande minneshemmet inte längre har tillräckliga möjligheter att åtgärda symtomen, t.ex. genom smärtlindring.

Den som är obotligt sjuk har rätt att hantera de känslor och frågeställningar som den förestående döden väcker. Därför bör man för både den minnessjuka och de närstående, från den dag diagnosen ställs, ge möjligheter att i en trygg och accepterande anda diskutera frågor kring livets mening, den förestående döden och förberedelserna inför detta.

BESLUT OM TERMINALVÅRD

Beslut om terminalvård är ett medicinskt beslut som fattas av den vårdande läkaren, i samråd med den insjuknade eller dennes företrädare, i den situation döden är att vänta inom de närmaste veckorna, eller månaderna. När det gäller en person med en minnessjukdom är beslutet vanligen slutresultatet av en lång process, då sjukdomen redan nått en långt framskriden fas. Frågor kring eventuell uteslutning av behandlingsformer som inte är ändamålsenliga, och hur man informerar om prognosen till den insjuknade och de närstående, är sådant som bör diskuteras i ett så tidigt skede som möjligt.

Beslut om terminalvård är ett val inom vården som bör vara klart motiverat, och i sin helhet noggrant dokumenterat. Inför ett sådant beslut är det vanligen skäl att föra en mångprofessionell vårddiskussion, där också den insjuknade själv och de närstående bör ha en möjlighet att närvara. Om den insjuknade inte längre själv förmår besluta om eller bedöma situationen bör vårdbesluten övervägas av en läkare. Men de närstående bör ha tillräcklig tid att med vårdpersonalen diskutera vårdlinjen. Det är etiskt viktigt att dessa får tillräckligt stöd i att förbereda sig för sin närståendes död.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Muistiliitto ry: Hyvä kuolema:
www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksia/hyva-kuolema
- Antikainen, Konttila, Virolainen & Strandberg 2013: Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito (SLL 2013;68(12):909–915)
- Hänninen 2006: Elämän loppu vai kuoleman alku (Duodecim)
- Hänninen 2015: Saattohoito-opas – Potilaan ja omaisen opas (Etelä-Suomen Syöpäyhdistys ry & Terhokoti): www.etela-suomensyopayhdistys.fi/materiaalit/saattohoito-opas
- Kuolevan oireiden hoito (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012 (viitattu 1.2.2016). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio (toim.) 2015: Palliatiivinen hoito (Duodecim)
- Valvira 2008: Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös):
www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Pihlainen 2010: Hyvä saattohoito Suomessa (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6):
urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9



19. I minneshemmet

- | | | | | | |
|-----------|---|----------|----------|----------|----------|
| A. | ombesörjs terminalvården i enlighet med rekommendationerna | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | finns det klart dokumenterat, och i vårdpersonalens kännedom, vad palliativ och terminalvård innebär, och hur dessa förverkligas | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | har man för den minnessjuka redan före eventuella vårdbeslut beskrivit vad den palliativa vården och terminalvården innebär, och hen har i mån av möjlighet själv deltagit i besluten, eller åtminstone varit medveten om dem | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | har man före besluten diskuterat med de närstående och berättat för dem om deras möjligheter att medverka i terminalvården | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | har man för varje enskild person, för vilken det gjorts ett terminalvårdsbeslut, gjort upp en individuell plan och dokumenterat det i vårdplanen | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

FRÄMJANDE AV RÄTTIGHETER

Man kan främja den minnessjuka personens rättigheter under hela dennes liv, och under alla skeden av sjukdomen, det är bara metoderna som skiljer sig. Den minnessjuka personens rättigheter (se s. 95) är det som vägleder allt rehabiliterings-, omsorgs- och vårdarbete.

Ett sätt att främja dessa rättigheter är att vara juridiskt framsynt, vilket innebär att man planerar inför framtiden och bereder sig på en eventuell förlust av funktionsförmågan. Man kan genom att vara juridiskt förutseende i förväg bestämma hur man själv och ens egna angelägenheter ska bli omskötta den dag man eventuellt förlorar sin handlingsförmåga, t.ex. på grund av långt framskriden minnessjukdom.

Det är viktigt att vårdpersonalen känner till självbestämmanderättens grunder, och de författningar som reglerar den, samt den juridiska planeringens viktigaste dokument, t.ex. vårdviljan och intressebevakningsfullmakten. Vårdpersonalen kan åt dem som ännu har tillräcklig funktionsförmåga ge handledning, råd och uppmuntran om hur dokumenten ska göras. I ett tidigt skede av sjukdomen är det bra att speciellt med dem som ännu bor hemma diskutera hur dokumenten ska uppgöras.

Då sjukdomen framskrider är det viktigt att man stödjer den insjuknade i att fatta besluten, och att man respekterar de beslut personen själv har fattat då hen ännu var frisk. Men om det är för sent för juridiska förberedelser, och man inte längre kan trygga klientens rättigheter på annat sätt, är intressebevakning ett bra alternativ, även om det alltid är det sista alternativet.

16. Självbestämmanderätten

Självbestämmanderätten är en grundrättighet som tillkommer alla, och som består av rätten till personlig frihet, integritet och trygghet. Också rätten till och skyddet för privatlivet hör till våra grundrättigheter. Den personliga friheten garanterar oss inte bara en fysisk frihet utan också viljans frihet och vår självbestämmanderätt. Personalens uppgift är att respektera och stärka den minnessjukas självbestämmanderätt, och att stödja denne i att vara delaktig i planeringen av sin vardag och framtid.

Ifall den insjuknades egen, eller andras, hälsa är i fara kan det vara nödvändigt att överväga åtgärder som begränsar dessa friheter. Det finns emellertid i dagens finländska lagstiftning inte längre några grunder för begränsningsåtgärder inom äldreomsorgen. Så länge dylik lagstiftning saknas kan man inom vården t.ex. stödja sig på de direktiv som Valvira har utfärdat när det gäller skyddsåtgärder som begränsar rörligheten. Det sätt på vilket den minnessjukas självbestämman-

derätt förverkligas följs upp och utvärderas i enlighet med de principer och den praxis som är dokumenterad i egenkontrollplanen (se kap. 23 – **Plan för egenkontroll**).

ANMÄLNINGSSKYLDIGHET

Ifall man upptäcker fall av osakligt bemötande eller behandling gör man på det sätt som föreskrivs i direktiven om anmälningsskyldighet. Om man i samband med sina arbetsuppgifter märker eller får information om något missförhållande, eller ett sannolikt missförhållande, som äventyrar en klients rättigheter inom socialvården bör man omedelbart meddela om detta till en ansvarig person. En dylik anmälan kan göras oberoende av sekretessbestämmelserna. Den som tar emot anmälan bör därefter meddela om saken till den ledande tjänsteinnehavaren inom kommunens socialvård. Anmälningsskyldigheten gäller också situationer där en äldre är i behov av social- och hälsovård, och uppenbart oförmögen att själv ansvara för sin egen omsorg, hälsa och säkerhet (om anmälningsskyldigheten se också kap. 28 – **Klientsäkerhet**).

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Alzheimer Centraförbundet rf 2017: Rättsguide för minnessjuka personer och deras anhöriga: www.muistiliitto.fi/download_file/1762/0
- Alzheimer Centraförbundet rf 2014: Den minnessjukas rättigheter: www.muistiliitto.fi/download_file/1000/0
- Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980
- Nikumaa och Koponen (red.) 2016: Hur tryggar jag att min vilja blir respekterad? Handbok i att förbereda sig juridiskt (Finlands minnesspecialister rf)
- Socialvårdslag 1301/2014, 48 §: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301
- Valvira 2016: Patientens självbestämmanderätt: www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/patientens-stallning-och-rattigheter/patientens-sjalvbestammanderatt

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA OCH ENGELSKA

- Alzheimer Europe 2013: Ethical issues linked to restrictions of freedom of people with dementia: www.alzheimer-europe.org/Ethics/Ethical-issues-in-practice/2012-The-ethical-issues-linked-to-restrictions-of-freedom-of-people-with-dementia
- Karvonen-Kälkälä 2012: Unohtuuko vanhus? (Vanhustyön keskusliitto ry)

20. I minneshemmet

- | | | |
|----|--|----------------|
| A. | har personalen gemensamt kommit överens om de arbetssätt och verksamhetsmetoder som främjar självbestämmanderätten | 3 2 1 0 |
| B. | följer man de rekommendationer och direktiv som gäller användningen av begränsande åtgärder | 3 2 1 0 |
| C. | har man uppgjort regler för självbestämmanderätten och hur den kan begränsas | 3 2 1 0 |
| D. | är man medveten om hur man ska göra om man ser exempel på osakligt bemötande | 3 2 1 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

17. Vårdvilja

I sin vårdvilja uppger man personliga önskemål ifråga om den egna vården och omsorgen inför den dag då man på grund av nedsatt funktionsförmåga inte längre förmår fatta beslut som gäller en själv. I sin kortaste form kan det handla om att uttrycka sin önskan ifråga om beslut i livets slutskede, t.ex. att avstå från vårdåtgärder som endast marginellt förlänger livet. Viljeyttringar av det här slaget är bindande, och bör av vårdpersonalen följas. För att en vårdvilja ska vara giltig krävs det att den som uppgör den tillräckligt väl förstår dess innebörd och innehåll.

I sin vårdvilja kan man också uttrycka önskemål ifråga om ens övriga vård och omsorg. Dessa är till sin juridiska innebörd att betrakta som önskemål, och dem bör man följa så långt det går. Individuella vårdönskemål av det här slaget är ändå viktiga att beakta, med tanke på människans vardag och livskvalitet, speciellt inom den långvariga vården.

Minneshemmets yrkespersonal bör alltid då det flyttar in en ny person utreda om hen redan har en vårdvilja, och ifall en sådan finns bekanta sig med innehållet. Också en muntligt framförd vårdvilja är giltig, och bindande för vårdpersonalen. Man bör därför bekanta sig med den uttryckta vårdviljan, och dokumentera den i patientjournalssystemet, och ifall det finns en vårdviljebblankett ta en kopia av denna, som bilaga till patienthandlingarna.

Det är alltid bäst att göra upp vårdviljan skriftligt, även om det också duger med en muntlig. Det finns

färdiga modellblanketter av olika typ, och man kan också anteckna sin vårdvilja i sina Mina Kanta-sidor (se **Tilläggsinformation och litteratur**). Det är skäl för vårdpersonalen att bekanta sig med de vanligaste modellblanketterna, så att man kan hjälpa klienten att hitta den som passar bäst. Men man behöver inte använda de färdiga modellblanketterna.

Ifall personen ännu inte har uppgjort en vårdvilja, men fortfarande förstår dess innebörd, är det bra om man kan uppmuntra personen att göra en sådan, antingen muntligt eller skriftligt. Det är viktigt att man diskuterar vårdviljans innehåll både med personen själv och de närstående. Ifall det handlar om en mycket ålderstigen person, eller en person som fått en minnessjukdomsdiagnos och förstår vårdviljans innebörd, är det bra att be personen ifråga bifoga till sin vårdvilja ett färskt läkarutlåtande som bekräftar att hen har handlingsförmåga att uppgöra ett dylikt dokument.

Ifall den minnessjuka inte har formulerat sin vårdvilja, och rättshandlingsförmågan är såpass försvagad att hen inte längre förmår uppgöra ett sådant dokument, är det viktigt att man försöker utröna vilken personens vilja är i frågor som ansluter sig till vården och omsorgen. Det kan göras t.ex. genom att man bekantar sig med personens livshistoria och värderingar samt tidigare val och vanor, och genom att diskutera saken med de närstående. Men då man diskuterar med närstående är det alltid bra att minnas att det handlar om den minnessjukas egen vilja, inte de närståendes.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Alzheimer Centralförbundet rf 2017: Rättsguide för minnessjuka personer och deras anhöriga: www.muistiliitto.fi/download_file/1762/0
- Alzheimer Centralförbundet rf 2017: Vårdvilja: www.muistiliitto.fi/download_file/1542/0
- Institutet för hälsa och välfärd 2017: Livstestamente: www.thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-utveckling/tjanster/blanketter/livstestamente
- Nationella hälsoarkivet: Mina Kanta-sidor: www.kanta.fi/sv/omakanta
- Nikumaa och Koponen (red.) 2016: Hur tryggar jag att min vilja blir respekterad? Handbok i att förbereda sig juridiskt (Finlands minnesspecialister rf)

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Halila & Mustajoki 2016: Hoitotahto – käytännön ohjeita (Duodecim, Terveyskirjasto): www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809
- Suomen muistiasiantuntijat ry: Elämänlaatutestamentti: www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=testamentti

21. Personalen på minneshemmet

- | | | | | | |
|-----------|---|----------|----------|----------|----------|
| A. | utreder om den minnessjuka redan har en vårdvilja, och ifall det finns en sådan, var den uppbevaras | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | uppmuntrar personen att göra upp en vårdvilja, ifall hen ännu förstår sakens innebörd | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | har bekantat sig med vårdviljans innehåll och diskuterat det med personen ifråga, och vid behov också med dennes närstående | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | respekterar den minnessjukas vårdvilja | 3 | 2 | 1 | 0 |

Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

18. Intressebevakningsfullmakt

Man kan med en intressebevakningsfullmakt befullmäktiga en annan person som man själv har valt att sköta ens angelägenheter ifall man senare förlorar förmågan att sköta dessa, t.ex. på grund av framskridande minnessjukdom. Fullmaktsgivaren anger i intressebevakningsfullmakten vilka frågor som fullmakten omfattar.

Fullmakten görs skriftligt och bör uppfylla stränga formella krav. Det är att rekommendera att intressebevakningsfullmakten uppbevaras hos en namngiven befullmäktigad. Fullmakten uppbevaras tills det uppstår ett behov av en ställföreträdande beslutsfattare. Fullmakten träder vid behov i kraft genom att den blir fastställd i magistraten. För det behövs den ursprungliga fullmakten och ett läkarutlåtande, eller motsvarande intyg.

Då en ny person flyttar in till ett minneshem är det viktigt att utreda ifall denne har gjort en intressebevakningsfullmakt, och var den i så fall uppbevaras. Personalen bör också ta reda på namnet på den som i första hand är befullmäktigad. Vårdpersonalen kan sedan vara i kontakt med denna person, ifall man bedömer att det finns skäl att låta fullmakten träda i kraft. Men om intressebevakningsfullmakten redan fastställts i magistraten kan personalen i stället av magistratens förmyndarenhet be om namnet på den som är befullmäktigad. Ifall det är oklart vilka uppgifter

ter som hör till den befullmäktigade kan personalen be denne visa upp sin intressebevakningsfullmakt, förstärkt med magistratens stämpel. Om vårdpersonalen märker att den befullmäktigade agerar oärligt kan man, utan att hindras av sekretessbestämmelserna, meddela om detta till magistraten.

Ifall personen inte har uppgjort någon intressebevakningsfullmakt, men fortfarande förstår dess innebörd, är det bra om man kan uppmuntra denne att göra en sådan. Det lönar sig för vårdpersonalen att utreda vilka sakkunniga man kan vända sig till inom regionen då man behöver hjälp med att göra upp en intressebevakningsfullmakt, och deras kontaktuppgifter. Sådana är t.ex. rättshjälpsbyråer, bankernas jurister och olika advokatbyråer. Om en person är ålderstigen eller har fått en minnessjukdomsdiagnos, men ändå förstår innebörden i en intressebevakningsfullmakt, är det skäl att be denne bifoga till fullmakten ett färskt läkarutlåtande som bekräftar att personen är förmögen att uppgöra ifrågavarande dokument.

Om det inte finns någon intressebevakningsfullmakt och personens rättshandlingsförmåga redan är så försvagad att hen inte kan uppgöra ett sådant dokument är det bra att utreda ifall hen med någon annan fullmakt eventuellt har befullmäktigat en annan person att sköta sina angelägenheter. Det är alltid bra att vårdpersonalen vet med vilka fullmakter en annan person sköter klientens ärenden, och vad dessa fullmakter omfattar.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Alzheimer Centraförbundet rf 2017: Rättsguide för minnessjuka personer och deras anhöriga: www.muistiliitto.fi/download_file/1762/0
- Alzheimer Centraförbundet rf: Intressebevakningsfullmakt och intressebevakning: www.muistiliitto.fi/sv/formaner-och-rattigheter/intressebevakningsfullmakt-och-intressebevakning
- Lag om intressebevakningsfullmakt 648/2007: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070648
- Magistraterna: Blanketter och anvisningar: www.maistraatti.fi/sv/blanketter
- Nikumaa och Koponen (red.) 2016: Hur tryggar jag att min vilja blir respekterad? Handbok i att förbereda sig juridiskt (Finlands minnesspecialister rf)

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Antila 2007: Edunvalvontavaltuutus (WSOYpro)
- Mäki-Petäjä-Leinonen 2013: Ikäntymisen ennakointi – vanhuuteen varautumisen keinot (Talentum)

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Valvira 2016: Patientens rättigheter: www.valvira.fi/documents/18502/101118/Potilaan_oikeudet_2016_ruotsi.pdf/b5014739-62ba-45c4-bd4a-2986178ac1a4

22. Vårdpersonalen i minneshemmet

- | | | |
|-----------|--|----------------|
| A. | utreder om det finns en intressebevakningsfullmakt, var den uppbearas och vem som i första hand är befullmäktigad | 3 2 1 0 |
| B. | uppmuntrar klienterna att göra en intressebevakningsfullmakt, ifall de förstår sakens innebörd | 3 2 1 0 |
| C. | känner till vem som är befullmäktigad, och vilka uppgifter denne har, ifall intressebevakningsfullmakten redan trätt i kraft | 3 2 1 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

19. Intressebevakning

Med intressebevakning menas att man tillvaratar en persons intressen i enlighet med lagen om förmyndarverksamhet. Ifall man inte på annat sätt kan tillvarata en minnessjuk persons intressen, t.ex. med hjälp av gemensamma bankkonton, en fullmakt eller en intressebevakningsfullmakt, kan man utse en intressebevakare. Men det är alltid den sista utvägen då man försöker trygga den minnessjukas intressen.

INTRESSEBEVAKARE

Vanligen utses en intressebevakare för att sköta sin huvudmans ekonomiska angelägenheter. Utöver dessa ska intressebevakaren också se till att huvudmannen får ändamålsenlig vård, omsorg och rehabilitering. Däremot hör det inte till intressebevakarens uppgifter att stå för den fysiska vården. Det händer visserligen ibland att intressebevakaren får i uppgift att sköta frågor i anslutning till huvudmannens sjuk- och hälsovård, men det är ovanligt.

En nära anhörig, en annan släkting eller en betrodd person kan fungera som intressebevakare. Men det kan också vara en allmän intressebevakare, som sköter uppgiften på tjänstens vägnar. Ofta är det någon av de anhöriga som får uppgiften. Intressebevakaren har tystnadsplikt och verksamheten övervakas av magistraten.

Då minneshemmet får en ny invånare är det bra att utreda om denne har en intressebevakare, eller att kontrollera saken hos magistratens förmyndarenhet. Det är skäl för vårdpersonalen att bekanta sig med intressebevakaren – vare sig det är en anhörig eller en allmän intressebevakare. Också de senare samarbetar gärna med vårdpersonalen och värdesätter att personalen tar kontakt i frågor som gäller huvudmannen. Intressebevakaren kan ha många klienter, och är därför inte alltid underrättad om de enskilda klienternas vardagsangelägenheter. Därför kan den information man får av personalen, t.ex. att huvudmannen behöver nya vinterkläder, vara guld värd. Ett ömsesidigt samarbete gynnar alla parter. Vårdpersonalen bör också besluta om de praktiska arrangemangen kring användningen av kontanta medel. Om man upptäcker att intressebevakaren handlar oärligt, eller på annat sätt agerar i strid med huvudmannens intressen, bör personalen meddela om det till magistraten. Tystnadsplikten är då inget hinder.

ATT UTSE EN INTRESSEBEVAKARE

Processen med att utse en intressebevakare inleds antingen med en ansökan eller en anmälan. För de två alternativen har magistraten skilda blanketter.

Processen inleds med en ansökan då den som anser sig behöva en intressebevakare själv förstår sakens innebörd, själv önskar att en viss person skall utses till intressebevakare och riktar sin ansökan om intressebevakning antingen till magistraten eller direkt till tingsrätten. Ansökan kan göras också av en anhörig till den som är i behov av intressebevakning, men om ansökan görs av någon annan än personen själv bör ansökan riktas direkt till tingsrätten. Då det gäller ansökningar kan magistraten under vissa förutsättningar själv fatta beslut i frågan.

Däremot inleds processen med en anmälan då det är någon annan än huvudmannen som till magistraten meddelar att en person är i behov av intressebevakning. Det här är i själva verket det vanligare sättet att igångsätta en intressebevakningsprocess. Också personalen inom social- och hälsovården har rätt att göra en sådan anmälan, utan att hindras av tystnadsplikten. Och det är ofta från just vårdpersonalen anmälningar kommer, eftersom den vanligen har lättast att se när det finns behov av intressebevakning.

Då anmälan har inkommit börjar magistraten utreda om den person som beskrivs i anmälan är i behov av intressebevakning. Om man konstaterar att så är fallet, gör man i egenskap av förmyndarmyndighet en ansökan till närmaste domstol, vanligtvis en tingsrätt. Då är det tingsrätten som fattar beslut i ärendet.

Om man i ett minneshem observerar att en person eventuellt är i behov av intressebevakning, och den minnessjukas intressen inte kan tillgodoses på annat sätt, är det bra att personalen till magistraten gör en ovan beskriven anmälan om att det föreligger behov av intressebevakning. Sådant som kan föranleda en anmälan är t.ex. att klientens ekonomiska angelägenheter förblivit oskötta, att det samlats obetalda räkningar eller att man misstänker att personen blir utnyttjad ekonomiskt. Vårdpersonalens roll kan i dylika situationer vara helt avgörande.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Alzheimer Centraförbundet rf 2017: Rättsguide för minnessjuka personer och deras anhöriga: www.muistiliitto.fi/download_file/1762/0
- Alzheimer Centraförbundet rf: Intressebevakningsfullmakt och intressebevakning: www.muistiliitto.fi/sv/formaner-och-rattigheter/intressebevakningsfullmakt-och-intressebevakning
- Lag om förmyndarverksamhet 442/1999: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990442
- Lag om intressebevakningsfullmakt 648/2007: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070648
- Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785
- Magistraterna: Blanketter och anvisningar: www.maistraatti.fi/sv/blanketter

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Mäki-Petäjä-Leinonen 2013: Ikääntymisen ennakointi – vanhuuteen varautumisen keinot (Talentum)
- Nikumaa 2014: Muistisairaän ihmisen itsemääräämisoikeus ja oikeusturva. Teoksessa Hallikainen, Mönkkäre, Nukari & Forder (toim.): Muistisairaän kuntouttava hoito (Duodecim)
- Välimäki 2013: Edunvalvontaoikeus (Sanoma Pro)



23. Minneshemmets personal

- | | | | | | |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| A. | känner till hur man gör en anmälan till magistraten, då man upptäcker att det finns behov av intressebevakning | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | känner till vem som är klientens intressebevakare, och dennes kontaktuppgifter, och dessa finns dokumenterade i vårdplanerna | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | överenskommer med intressebevakaren om samarbetet, och hela personalen känner till det | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

20. Delaktighet och kamratstöd

Den som fått en minnessjukdom har rätt att vara delaktig i sin närmiljö och i samhället, och att träffa andra människor, så långt de egna krafterna räcker och i enlighet med sina önskemål. Minnessjukdomen kan emellertid påverka och förändra de sociala relationerna, och förmågan att upprätthålla sociala kontakter. Därför bör yrkespersonerna aktivt förstärka den minnessjukas delaktighet och erbjuda olika former av stöd av personer i samma livssituation eller med liknande behov, s.k. kamratstödsgrupper.

Både den minnessjukas och de närståendes delaktighet i vardagen stöds av Minneskompis-verksamheten (Muisti KaVeRi) samt av gruppverksamhet som ordnas av minnesföreningar eller föreningar för närståendevårdare. Dessa verksamhetsformer kan fortsätta även efter att man flyttat till ett gemenskapshem. En minneskompis är en frivillig medvandrare som fått skolning av minnesföreningen, och som kan vara ett stöd t.ex. då man går till butiken, biblioteket eller olika fritidsintressen.

DELAKTIGHET

Den som har en minnessjukdom kan fortfarande vara aktiv, och inte bara vara någon som behöver och får hjälp. Upplevelsen av att vara delaktig och ha både förmåga och möjlighet att använda sig av de resurser man har kvar, och fatta beslut i frågor som berör en själv, är allt sådant som stärker en i ens strävan att bevara rollen som aktiv och jämlik medborgare.

Det är viktigt att uppmuntra den insjuknade att så länge som möjligt delta i fritidsintressen och sociala nätverk som känns viktiga, så länge krafterna räcker

till. Strävan bör alltid vara att den som fått en minnessjukdom kan fortsätta leva ett gott liv, så långt det är möjligt och på det sätt personen själv önskar.

Omsorgen och vården bör vara rehabiliterande, skapa möjligheter och främja deltagande, och bygga på evidensbaserade metoder. Då kan man bäst tillvarata personens förmågor och resurser, och upprätthålla funktionsförmågan så länge som möjligt. Det här är speciellt viktigt eftersom funktionsförmågan försämras mycket snabbt om miljön är passiv.

KAMRATSTÖD

Med kamrat- eller referensstöd menas ett frivilligt och kollektivt stöd mellan personer i samma livssituation, eller med liknande behov. Både den som insjuknat och dennes livskamrat, samt barnen och andra närstående behöver ofta en möjlighet att dela sina erfarenheter och diskutera sina känslor med andra i samma situation. Delade erfarenheter ger större förståelse och tröst, samtidigt som man får praktiska råd. En kamratstödsgrupp ger också en efterlängtdad möjlighet att få egen tid och ro, och nya vänner.

Om någon insjuknar innebär det alltid utmaningar för hela familjen och dess ekonomi. Situationen kan vara olika, och behoven variera, beroende på i vilket skede av livet man insjuknar. Om det sker i arbetsför ålder hittar man t.ex. sannolikt sitt kamratstöd bland jämnåriga. Men också barnen till den som insjuknar i arbetsför ålder behöver stöd av personer i samma situation. Sådant kan man hitta t.ex. på nätet. Men om situationen kräver lönar det sig att söka hjälp också/eller i form av familje-, äktenskaps- eller individuell terapi.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Alzheimer Centralförbundet rf: Stöd och tjänster: www.muistiliitto.fi/sv/stod-och-tjanster
- Minneskompisar och kamratstödsgrupper, Vertaislinja-stödtelefon och -diskussionsforum, Kun isä unohti-webbkamratgrupp för ungdomar, Minneslinjen-stödtelefon

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Kallioma 2012: Muistisairaan vertaistuki – ohjeita omaisille:
www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00899

24. I minneshemmet stödjer

- | | | | | | |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| A. | man den minnessjuka i att engagera sig i en kamratstödsgroup och/eller Minneskompis-verksamhet | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | man den minnessjuka i att bli delaktig och engagerad, i enlighet med personens egna resurser | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | man de närståendes delaktighet i upprätthållandet av den minnessjukas sociala nätverk | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | och organiserar man frivilligarbete i olika former | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

21. Närstående och stödande nätverk

De närstående är alltid betydelsefulla med tanke på den minnessjukas själsliga välbefinnande och vardag, under hela personens livstid. Närståendenätverken består av släkt och familj, vänner, umgänget från arbetslivet och olika fritidsintressen, och andra gemenskaper. Nätverken kan variera under livets gång och i takt med att sjukdomen framskrider. Vid behov kan olika frivilliga också vara ett viktigt komplement.

Ifall den minnessjuka inte längre upprätthåller aktiv kontakt med sina närstående är det bra om vårdpersonalen frågar vem eller vilka personen vill att personalen kontakter, t.ex. för besök, eller med vem personen skulle vilja besöka olika evenemang. Nätverket av närstående höjer livskvaliteten och förbättrar humöret, och upprätthåller ett aktivt liv också utanför minneshemmet.

Minneshemmets personal bör ge dem som ingår i nätverket handledning samt kunskapsmässigt, emotionellt och praktiskt stöd. De närstående kan behöva professionellt stöd t.ex. när det gäller hur man ska bemöta och kommunicera med en minnessjuk, eller information om de stöd- och kamratstödsgrupper som finns. En kartläggning av de närståendes behov och förväntningar görs i samband med att vårdrelationen inleds. Man kan då vid behov tipsa dem om olika stödformer och tjänster, t.ex. minnesföreningar och föreningar för närstående. Vårdenheten kan också anordna kvällssammankomster för anhöriga, frivilliga och vänner, där man går igenom frågor i anslutning till olika minnessjukdomar, eller teman som de närstående föreslagit. Sammankomster av det här slaget fungerar också som ett sätt att få referens- och expertstöd.

NÄRSTÅENDES BETYDELSE FÖR GOD VÅRD

De närstående är viktiga i vårdens alla skeden. Det är bra att hålla gemensamma vårdmöten minst en gång per år. Till dessa kallas såväl den minnessjuka och de närstående som egenvårdaren, den vårdande läkaren och den övriga personal som deltar i vården, eller det utsedda vårdteamet. På mötet kartlägger man den aktuella situationen och utvärderar det som skett samt funderar på fortsättningen. Samtidigt går man tillsammans igenom rehabiliterings-, vård- och serviceplanerna.

Det är viktigt att den minnessjuka ges en möjlighet att påverka sin livssituation och de beslut som fattas. De närståendes närvaro garanterar att den insjuknades röst blir hörd, även om hen inte längre kan uttrycka sin egen vilja, och det inte finns någon vårdvilja. De närstående bör ha en möjlighet att tillsammans med vårdarna och en läkare diskutera den insjuknades diagnos, medicinering, tillstånd, självbestämmande, rehabilitering och riktlinjerna för vården, samt de förändringar man ifråga om dem har vidtagit.

Ifall den insjuknade t.ex. i sin vårdvilja har förbjudit överlämnande av uppgifter om sig själv, bör detta beaktas då man hanterar patientuppgifterna.

De närstående har rätt att besöka minneshemmet och delta i dess vardagsaktiviteter vid den tidpunkt som passar dem själva. Många närstående behöver både uppmuntran och stöd för att göra det. Personalen bör respektera att de närstående deltar, och samtidigt försäkra sig om att detta också passar den minnessjuka själv, och är i enlighet med personens egen vilja. Det är ofta lättast för närstående att hjälpa till vid måltiderna, utevistelserna eller då man sköter ärenden. De känner den insjuknade bäst, och kan därmed skapa en känsla av trygghet. Man har hjälp av närstående också i andra situationer, ifall de är villiga att delta och får lämplig handledning. Det är också bra att påminna närstående om att även de behöver tillräcklig vila för att orka.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Alzheimer Centralförbundet rf: Hela familjens sjukdom:
www.muistiliitto.fi/sv/minnessjukdomar/hela-familjens-sjukdom
- Kuikka, Pulliainen, Salo & Erkinjuntti: Minnesformulär till närstående:
www.muistiliitto.fi/download_file/1812/0
- Kämäräinen 2010: TunteVa®-anhörigguide – Hur förstå en dement person?
(Tampereen kaupunkilähetys ry)

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Suomen Mielenterveysseura ry 2013: Mielenterveys elämäntaitona
– mielenterveyden ensiapu
- Telaranta 2014: Muistisairauden kanssa, Alzheimer arjessa (Auditorium Kustannus)

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Demensförbundet 2012: Anhörigboken
- Edberg (red.) 2011: Att möta personer med demens (Studentlitteratur)
- Polme & Hulten 2014: Bemötandexikon. Lexikon i beteende och bemötande av demenssjuka (Vårdförlaget)

25. I minneshemmet

- | | | |
|-----------|--|----------------|
| A. | har de närstående en möjlighet att delta, i enlighet med vad de orkar med och önskar | 3 2 1 0 |
| B. | kan de närstående delta i vårdteamets diskussioner, och bli hörda angående den insjuknades vårdplanering och utvärderingen av vården | 3 2 1 0 |
| C. | får de närstående information om verksamheten och arbetsmetoderna, och om deras möjligheter att delta | 3 2 1 0 |
| D. | anordnas regelbundet olika kvällar för anhöriga, frivilliga och andra vänner | 3 2 1 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

22. Etiska frågor och beslutsfattande

Respekten för människovärdet och de grundläggande rättigheterna bör synas i sättet att bemöta den insjuknade och de närstående. Varje människa har rätt att få den vård hen behöver, och en service vars målsättning är att göra det goda. En pålitlig och trygg vård och omsorg bygger på såväl kunskap som yrkesskicklighet och -etik. Kvalitativ vård är human, individuell, tolerant och främjar hälsa och välbefinnande. Yrkesetiken genomsyrar allt arbete och de beslut som görs, även om de ibland kan vara svåra.

Etiken behandlar det som är rätt och fel, gott och ont. I det dagliga livet förverkligas det i interaktionen, genom att vi hör alla parter och deras åsikter. Då man arbetar med minnessjuka och deras närstående stöter man ofta på situationer där den som insjuknat inte längre kan säga hur man borde göra. Det händer också att de närstående sinsemellan är oense om vårdlinjerna. Etiska frågor dyker upp t.ex. då man ska besluta om vårdlinjen, medicinering, smärtlindring, näringstillgång, hygien eller vårdplats. En närstående kan t.ex. bli tvungen att ta ställning till olika vårdbeslut, även om denne känner sig obekvämt med det.

Ur arbetsgemenskapens synvinkel är det alltid bra att i förväg bereda sig på situationer av det här slaget, t.ex. genom att använda sig av instrument som vårdvilja, intressebevakningsfullmakt eller intressebevakning, och diskutera gemensamma linjedragningar på vårdteamets möten. Det är viktigt att man för diskussionerna i en uppmuntrande och tillåtande atmosfär,

och ger tillräcklig tid för att fundera på olika lösningar. De anställda blir i sitt arbete tvungna att ibland fatta också svåra beslut, och behöver för att orka arbetsgemenskapens stöd. Det sker i form av diskussioner, skolning och arbetshandledning, som bidrar till att bygga upp en gemensam syn. Förutsättningen för en god verksamhetskultur är att arbetsgivarens beslut och linjedragningar överensstämmer med professionens etiska principer. Den enskilda arbetstagarens etiska börda kan ibland bli tung, och därför är det av största vikt att samarbetet mellan ledningen, personalen och företagshälsovården fungerar.

Alzheimer Europe rekommenderar att man inom varje arbetsgemenskap har möjlighet att få stöd av en etisk delegation. Den kan ta ställning när det gäller yrkesetiska problem, och kan vid etiskt komplicerade arbetssituationer ge råd och rekommendationer. Det bör i delegationen finnas representanter också för de insjuknade och deras närstående. Flera vårdenheter kan också tillsammans bilda en delegation, eller så kan man ansluta sig till en redan befintlig delegation. Det finns ofta en sådan inom större minnesenheter.

Sökandet efter en lösning i en situation som är etiskt komplicerad bör i första hand ske utgående från den hjälpbehövandes erfarenheter och önskemål, dvs. det som personen själv vill och behöver. För en minnesjuk är det här inte längre möjligt ifall man inte kan fatta beslut om den egna vården. Då bör man bekanta sig med personens vårdvilja. I besvärliga situationer hör man inte bara de närstående utan också sakkunniga och andra aktörer inom vårdgemenskapen.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Finlands närvårdar- och primärskötarförbund SuPer rf 2015: Närvårdarens etiska principer: www.superliitto.fi/site/assets/files/7873/narvardarens_etiska_principer_svenska_148x148_12s_verkkoon.pdf
- Finlands Sjuksköterskeförbund rf 1996: Etiska riktlinjer för sjukskötare: www.sairaanhoitajat.fi/artikkeli/etiska-riktlinjer-sjukskotare

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA OCH ENGELSKA

- Alzheimer Europe 2015: Ethical dilemmas faced by health and social care professionals providing dementia care in care homes and hospital settings: www.alzheimer-europe.org/Ethics/Ethical-issues-in-practice/2012-The-ethical-issues-linked-to-restrictions-of-freedom-of-people-with-dementia
- Alzheimer Europe 2014: Ethical dilemmas faced by carers and people with dementia: www.alzheimer-europe.org/Ethics/Ethical-issues-in-practice/2014-Ethical-dilemmas-faced-by-carers-and-people-with-dementia
- Molander 2014: Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä (PS-kustannus)
 - Eettisen kuorman tarkistuslista, s. 273
- Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry 2017: Arki, arvot, elämä ja etiikka – Sosiaalialan ammattilaisten eettiset ohjeet: talentia.e-julkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/docs/Talentia_Etiikkaopas_2017.pdf

26. Minneshemmets vårdpersonal

- | | | | | | |
|-----------|---|----------|----------|----------|----------|
| A. | kan identifiera olika etiska problem och diskuterar dessa | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | är medveten om de spelregler och arbetsmodeller som finns inom enheten när det gäller att identifiera och lösa etiska problemsituationer | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | känner till arbetsgemenskapens etiska direktiv och verksamhetsmodeller | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | får skolning och handledning när det gäller att fatta etiska beslut och identifiera frågor i anslutning till dem | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | får hjälp med att lösa olika problemsituationer | 3 | 2 | 1 | 0 |
| F. | känner till att det inom arbetsgemenskapen finns en etisk delegation, där även minnessjuka och deras närstående är representerade, eller att arbetsgemenskapen är medlem i en sådan | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

Del B

PERSONAL OCH ARBETSHÄLSA

Hur yrkespersonalen inom en minnesenhet mår återspeglas också på de minnessjuka och deras närstående. Därför är det viktigt att personalen är mån om sin egen arbetshälsa och sina krafter.

För att arbetet ska vara kvalitativt behövs det ändamålsenliga arbetsredskap och en välplanerad arbetsmiljö, ett gemensamt utvecklingsarbete samt dokumentation. Professionellt minnesarbete följer gällande lagstiftning och rekommendationer, och utformas i

enlighet med de minnessjukas och deras närståendes behov, och den respons man får av dem.

I handbokens B-del finns en förteckning över sådant som berör minnesenhetens verksamhet, t.ex. synpunkter ifråga om serviceproducenten samt personalen och klientsäkerheten, vilket underlättar det utvecklingsarbete och den dokumentation som egenkontrollplanen förutsätter.

23. Plan för egenkontroll

Med egenkontroll avses de åtgärder serviceproducenten på egen hand vidtar för att säkerställa kvalitet och klientsäkerhet. Det sker genom att man uppfyller de kvalitetskriterier som lagstiftningen kräver, och som ingår i tillståndsvillkoren eller som serviceproducenten själv har uppställt för sin verksamhet. Egenkontrollen är en del av den kvalitetskontroll som utförs inom verksamhetsenheten, och baserar sig på hantering av riskerna.

Varje verksamhetsenhet inom social- och hälsovården, inklusive servicen inom hemvården, är skyldig att följa upp och utveckla den egna verksamheten med hjälp av egenkontroll. Valvira har för olika verksamhetsenheter utfärdat direktiv angående egenkontrollens innehåll, uppgörande och uppföljning.

Direktiven angående egenkontroll har utformats så att de täcker enheter av olika typ och storlek. Man tillämpar alltså de delar av bestämmelserna som gäller den typ av verksamhet man själv bedriver. Inom hemvården innebär offentlighetskraven t.ex. att man presenterar planen för klienten, och vid behov också de närstående, i det skede då man tillsammans med klienten gör ett serviceavtal.

Med en plan för egenkontroll menas beskrivningen av de åtgärder man vidtar för att säkerställa och förbättra servicens kvalitet och klientsäkerheten, och de dokument som hänför sig till det. Planen bör göras upp inom verksamhetsenheten, i samarbete mellan ledning och personal.

Den uppdaterade egenkontrollplanen, uppgjord för ifrågavarande verksamhetsenhet, bör finnas till påseende inom enheten så att klienter, anhöriga och övriga som är intresserade kan bekanta sig med planen också utan att särskilt be om det. En ny serviceproducent bör göra upp en egenkontrollplan inom sex månader efter att enheten har inlett verksamheten. Planen bör uppdateras då det görs förändringar som påverkar servicekvalitet och klientsäkerhet.

Av den personal som vårdar personer med minnesjukdom krävs det engagemang och förmåga att lära sig av sina misstag, och att leva med förändringar. Endast då kan man erbjuda trygga och kvalitativt goda tjänster. Det är viktigt att satsa ordentligt på arbetet med egenkontrollplanen, och att utnyttja all den kompetens som finns inom personalen. Framgångsrik egenkontroll garanterar inte bara kvalitet och klientsäkerhet utan också personalens välbefinnande, och stärker organisationens offentliga bild som en producent av trygga och högkvalitativa tjänster.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Valvira 2012: Plan för egenkontroll inom socialservice:
www.valvira.fi/web/sv/socialvard/tillsyn-over-socialvarden/egenkontroll

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- Valvira: Plan för egenkontroll inom den privata hälsovården:
www.valvira.fi/documents/18502/3651148/Yksityisen_terveydenhuollon_omavalvontasuunnitelma_sv.pdf

27. Inom minneshemmet

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| A. | har ledningen och personalen tillsammans gjort upp egenkontrollplanen | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | vet man vilka som ansvarar för respektive uppdaterar egenkontrollplanen | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | finns egenkontrollplanen framlagd till allmänt påseende | 3 | 2 | 1 | 0 |

Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

24. Arbetsgemenskapens arbetsmetoder och värderingar

Minnesenhetens eller -organisationens syfte finns formulerat i dess verksamhetsbeskrivning, där man beskriver vilka tjänster man producerar, och för vem. Den baserar sig på lagstiftningen inom branschen, och ifråga om äldreomsorgen särskilt de stadganden som finns i äldreomsorgslagen, och t.ex. lokala servicestrategier. Verksamhetsbeskrivningen uppdateras med jämna mellanrum, i gemensamma diskussioner inom arbetsgemenskapen. Om det inte sker några större förändringar inom organisationen är det att rekommendera att man gör det en gång per år.

Verksamhetsprinciperna beskriver de mål man har för det dagliga arbetet, och den ställning klienten har inom enheten. Sådana principer är t.ex. individualitet, trygghet och professionalitet. De olika principerna bildar, tillsammans med de värderingar man har, stommen i enhetens verksamhet, metoder och

målsättningar, och de syns bl.a. i hur man bemöter klienterna och deras närstående.

Då man formulerar minneshemmets verksamhetsprinciper har man hjälp av den minnessjukas rättigheter (se s. 95). Om man uppfyller dessa för varje enskild klient kan man säga att verksamheten och vården följer principen om att den minnessjuka bör garanteras en tillräcklig individualitet och delaktighet, och ett liv och en livskvalitet som i så hög grad som möjligt uppfyller personens egna önskemål.

Värderingarna är nära förknippade med de yrkesetiska principer som vägleder arbetet, och styr besluten också i situationer där lagen inte ger entydiga svar på de frågor som kan aktualiseras. De värderingar enheten har säger något om det sätt på vilket man utför sitt arbete. De påverkar de mål man sätter upp, och de metoder med vilka man försöker uppnå dem. Både verksamhetsbeskrivningen och det dagliga vårdarbetet bör motsvara vårdgemenskapens egna värderingar.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Folkhälsolag 66/1972: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1972/19720066
- Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326
- Lag om privat socialservice 922/2011: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20110922
- Lag om specialiserad sjukvård 1006/1989: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1989/19891062
- Socialvårdslag 1301/2014: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301



28. Minneshemmets verksamhetsbeskrivning

- | | | | | | |
|-----------|---|----------|----------|----------|----------|
| A. | och de värderingar den bygger på finns dokumenterade, liksom också enhetens arbetssätt, vårdens målsättningar och målgruppen | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | och värderingar har utformats i samarbete med personalen, som har förbundit sig att följa dem | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | främjar förverkligandet av den minnessjukas rättigheter (se s. 95) | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | och värderingar samt de arbetssätt man gemensamt har kommit överens om styr den dagliga verksamheten och introduktionen i arbetet | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | och värderingar samt arbetsmetoderna utvärderas och uppdateras regelbundet, minst en gång per år | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

25. Riskhantering

En viktig del av egenkontrollen är att man kan hantera risker och förutse dem. Olika risker och farosituationer kan förebyggas genom att man identifierar de situationer där det finns en risk för att de mål och krav man ställt upp inte blir uppfyllda. En organisation kan genom hantering av riskerna bl.a. lära sig att identifiera de kritiska arbetsskeden och missförhållanden som går att åtgärda, och på så sätt motverka att de uppstår, eller lindra deras effekter. Arbetsgemenskapen lär sig samtidigt att bättre förstå och hantera såväl enskilda arbetsuppgifter som enhetens och organisationens grunduppgift, och det sätt på vilket organisationen fungerar och hur den ur säkerhetssynvinkel borde fungera.

Riskhantering innebär fortlöpande utvärdering och utvecklingsarbete. Till dess karaktär hör att arbetet

aldrig blir färdigt. Ett fortlöpande utvecklingsarbete innebär att man inom enhetens arbete beaktar den ständiga förändringen och de nya säkerhetsrisker som det kan ge upphov till. En fungerande egenkontroll är beroende av att organisationen har en öppen atmosfär som gör det möjligt att lyfta fram eventuella brister, och därigenom utveckla arbetet. Främjande av säkerhet och hantering av risker ingår i samtliga anställdas arbetsbeskrivning.

Riskhanteringen berör egenkontrollens samtliga delområden. Personalen går tillsammans med förmanen/ledningen igenom de olika processerna och försöker redan i planeringen av egenkontrollen identifiera de olika riskerna, och därigenom påverka dem redan i förväg. I egenkontrollplanen (se kap. 23 – **Plan för egenkontroll**) beskrivs riskhanteringen så att alla vet på vilket sätt man ska hantera information om en identifierad risk eller farosituation, och hur den ska åtgärdas.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2011: Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu – opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille: urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3315-6
- Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry 2015: Potilasturvallisuus ja riskien hallinta – opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle: www.spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu-02112015.pdf



29. Minneshemmets personal

- | | | | | | |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| A. | kan identifiera de arbetsmetoder och -moment som finns inom arbetsenheten, och vilka risker som är förknippade med dem | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | vet hur man ska informera om eventuella missförhållanden, avvikelser och risker, och hur man ska dokumentera det | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | vet hur man informerar om eventuella förändringar till den övriga personalen och olika samarbetsparter | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

26. Personal, ledarskap och utveckling av arbetet

Vårdarbetet på en minnesenhet förutsätter utöver professionell utbildning inom social- och hälsovården också specialkompetens ifråga om minnessjukdomar och rehabilitering. Specialkompetensen består i kännedom om framskridande minnessjukdomar och deras symtom, och att man vet hur man bemöter och kommunicerar med den insjuknade och de närstående, och att vårdaren själv har en positiv attityd till sitt arbete. Det är invånarnas funktionsförmåga och vårdbehov som avgör vilken typ av utbildning personalen bör ha.

Varje enskild arbetstagare har rätt till introduktion i arbetet, gemensamma forum för diskussion, arbetshandledning samt regelbundna utvecklingssamtal med förmannen. En god arbetshandledning och fortbildning är utformad efter personalens behov, och följer de direktiv och den lagstiftning som finns på området. En gemensam skolning för hela minneshemmet ger en god grund när det gäller att förankra nya arbetsmetoder och verksamhetsformer. Också vikarier och studerande bör ges introduktion i arbetet på minneshemmet.

Arbetet bör vara hälsosamt och tryggt. Målsättningen för utvecklingsarbetet bör vara strävan att främja de anställdas och arbetsgemenskapens delaktighet samt påverkningsmöjligheter när det gäller att hantera och

utveckla det egna arbetet. Utvecklingsarbetet bör alltid stödjas av förmännen.

Utveckling av arbetet och ökat kunnande främjar både klienternas och personalens välbefinnande, men utvecklingsarbetet får inte vara ett självändamål. Också förmågan att hantera förändringar är av betydelse för arbetshälsan. Om förändringstakten är alltför hög hinner man inte genomföra de tidigare förändringarna ordentligt innan följande är på väg. Om man mitt i en förändringsprocess samtidigt satsar på flera olika utvecklingsprojekt finns det risk att man förlorar kontrollen över sitt arbete, och därmed glädjen i det.

PERSONALDIMENSIONERING

En viktig del av den kvalitativt goda vården är att dimensionera personalen rätt; en god rehabilitering, omsorg och vård kräver en tillräckligt stor och yrkeskunnig personal som är specialiserad på minnessjukdomar och förbunden till sitt arbete. I dimensioneringen av personalen bör man följa de rådande nationella rekommendationerna, t.ex. kvalitetsrekommendationen för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen.

Personaldimensionering innebär att personalen faktiskt dimensioneras på rätt sätt, dvs. att frånvarande arbetstagare ersätts med vikarier. Dessutom är det viktigt att personalen delas upp i arbetsturer, så att klienten garanteras ett normalt liv och den vård hen behöver, under alla tider på dygnet.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Lag om yrkesutbildade personer inom socialvården 817/2015:
www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2015/20150817
- Social- och hälsovårdsministeriet 2017: Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen 2017–2019 (Publikation 2017:7):
julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80133/07_2017_Laatusuositusjulkaisu_sv_kansilla.pdf

30. Minneshemmets vårdpersonal

A.	har en skriftlig utbildnings- och utvecklingsplan, med klara mål	3	2	1	0
B.	har en skriftlig plan för introduktionen i arbetet	3	2	1	0
C.	har möjlighet till arbetshandledning	3	2	1	0
D.	har gemensamma diskussionsforum, t.ex . team- och avdelningsmöten	3	2	1	0
E.	har god kommunikation med fungerande informationsutbyte	3	2	1	0
F.	har en möjlighet att vid behov konsultera sakkunniga på olika områden	3	2	1	0
G.	känner till de arbetsmetoder man följer inom enheten, och de risker som finns	3	2	1	0
H.	har en möjlighet att påverka arbetets innehåll och utveckling	3	2	1	0
I.	har en möjlighet att vid behov, eller minst en gång om året, delta i utvecklingssamtal , på basis av vilka man gör upp en individuell och målinriktad utbildnings- och utvecklingsplan.	3	2	1	0

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

31. Ledarskapet

- | | | | | | |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| A. | hjälper enheten att arbeta som ett team och uppmuntrar till samarbete både inom minneshemmet och med utomstående aktörer | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | uppmuntrar personalen att utvecklas i sitt arbete och förbättra sitt kunnande | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | uppmuntrar sina anställda att använda sig av sina specialkompetenser och -förmågor | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | uppmuntrar samtliga parter att ge varandra respons och regelbundet anordna diskussioner mellan förmän och medarbetare | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | hjälper personalen att vid behov konsultera sakkunniga på olika områden | 3 | 2 | 1 | 0 |
| F. | tar del av personalens arbetsmetoder och -moment, och de risker som ingår i arbetet | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

27. Arbetshälsa

Med välbefinnande i arbetet menas att den anställda upplever en fysisk och psykisk hälsa som återspeglar en fungerande kombination av arbete, arbetsmiljö och fritid. Den egna yrkeskompetensen och förmågan att klara av sitt arbete är arbetshälsans viktigaste del-faktorer. Ett välfungerande arbete främjar också det övriga välbefinnandet och hälsan.

Det finns inget enkelt recept för hur man främjar arbetshälsan eftersom välbefinnande i arbetet är en individuell upplevelse. Den egna självrespekten hjälper en att dra gränser, att ta de egna upplevelserna på allvar och att vara mån om sig själv. Det är också bra att vara medveten om sina styrkor och att man uppställer sådana mål för sitt arbete som man kan uppnå med rimliga insatser, och ger en tillfredsställelse. Det är lättare att klara av sitt arbete då ens kunskaper och förmågor är anpassade till de uppgifter arbetet kräver.

Varje människa behöver erkänsla, uppmuntran och stöd för det arbete man gör. Också förmågan att ta

emot och tåla kritik är en del av ens professionella utveckling. Utan respons skulle många saker aldrig bli gjorda på bästa möjliga sätt.

Samtliga parter har ett ansvar för arbetshälsan: den enskilda individen, arbetsgemenskapen i sin helhet samt förmännen och den övriga organisationen. Att arbetsgemenskapen som helhet värdesätter sin yrkeskunskap och sitt arbete syns i att man trivs i arbetet och att man förbundit sig att ge de minnessjuka en god omsorg och vård. Varje enskild anställd medverkar dagligen till atmosfären på arbetsplatsen. Förmågan att bemöta varandra gäller inte bara klientarbetet utan också i förhållande till kollegerna och andra relationer på arbetsplatsen. God arbetshälsa förutsätter att varje enskild arbetstagare bär ansvar för sitt liv, sin karriär, sitt arbete och sin arbetsförmåga.

Personalens och klienternas välbefinnande är nära förknippade med varandra. Också klienterna mår bättre då personalen mår bra, är motiverad och arbetet är målinriktat.

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Työterveyslaitos 2015: Työhyvinvointi: www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi



32. I minneshemmet

- A. förstår man att vårdpersonalens välbefinnande påverkar också klienternas välbefinnande **3 2 1 0**
- B. kan man både ge och ta emot respons på ett konstruktivt sätt, såväl av förmän och arbetskamrater som av minnessjuka och deras närstående **3 2 1 0**
- C. utvärderar man med jämna mellanrum tillsammans atmosfären på arbetsplatsen **3 2 1 0**

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

28. Klientsäkerhet

Vårdens kvalitet består av flera trygghetsfaktorer. Hit hör såväl den fysiska som den psykiska och sociala tryggheten, t.ex. att man känner sig trygg och att atmosfären är respektfull. Till tryggheten hör också att den läkemedelsbehandling som ges bygger på kompetens och att man beaktar den minnessjukas behov. (Se även kapitlen 8 – **Läkemedelsbehandling**, 12 – **Boendemiljö**, 13 – **Tillgänglighet och trygghet** 14 – **Teknologi och hjälpmedel**).

Då man tryggar klientsäkerheten på ett mångsidigt och bra sätt förekommer det sannolikt också färre s.k. beteendeförändringar. Det här ökar välbefinnandet och tryggheten, såväl för minneshemmets invånare som för närstående och yrkespersonal.

Klient- och patientsäkerheten är centrala kvalitets-kriterier. Det är i sista hand serviceproducenten som ansvarar för patienttryggheten också för den minnessjuka som bor i sitt privata hem.

ANMÄLNINGSSKYLDIGHET

Med den anmälningsskyldighet som ingår i äldre-omsorgslagen har man velat trygga möjligheten att

bo hemma för den utsatta grupp äldre personer som inte har någon närstående som kan ta hand om dem, eller i situationer där personen ifråga inte själv kan eller förstår att be om hjälp. Den anställda har enligt lagen skyldighet att göra en anmälan ifall man i sitt arbete märker eller får kännedom om att det råder ett missförhållande, eller misstänker att det finns risk för ett missförhållande när det gäller personens rätt till socialvårdstjänster, inklusive åtgärder som en kollega eller förman har vidtagit. I värsta fall kan åtgärder av ovannämnd typ handla t.ex. om vanvård eller ekonomiskt utnyttjande.

I socialvårdslagen stadgas om personalens skyldighet att göra en anmälan till den ansvariga för verksamheten, ifall man får kännedom om ett missförhållande, eller en uppenbar risk för ett sådant, när det gäller servicen inom socialvården. Den som tar emot en dylik anmälan bör informera om saken till den ledande tjänsteinnehavaren inom kommunens socialvård. De handlingsdirektiv som gäller anmälningsskyldigheten bör inkluderas i enhetens egenkontrollplan (se kap. 23 – **Plan för egenkontroll**). (Om anmälningsskyldigheten, se även kap. 16 – **Självbestämmanderätten**).

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012, 25 §: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980
- Socialvårdslag 1301/2014, 48 §: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ FINSKA

- Inkinen, Volmanen & Hakoinen (toim.) 2015: Turvallinen lääkehoito – Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos): urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-577-6
- Suvanto ry: Mitä tarkoitetaan ikääntyneisiin tai vanhuksiin kohdistuvalla kaltoinkohtelulla? www.suvantory.fi/ikaihminen-kaltoinkohtelu

LITTERATUR, SOM INTE FINNS I DEN FINSKSPRÅKIGA KRITERIER FÖR GOD VÅRD

- För Trygg Ålderdom – Suvanto rf: Vad är våld mot äldre och personligt stöd: www.suvantory.fi/sv

33. Minneshemmets vårdpersonal

- | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|
| A. är medveten om hur man vid behov gör en anmälan om ett existerande behov av service, antingen enligt äldreomsorgslagen eller den förnyade socialvårdslagen | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. är medveten om sin anmälningsskyldighet | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. får den utbildning och information som krävs för ändamålet | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. har i egenkontrollplanen dokumenterat hur man inom enheten ska göra en anmälan | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. är medveten om i vilka situationer man bör göra en anmälan, och hur det ska dokumenteras | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

29. Hantering av klient- och patientuppgifter

Klient- och patientuppgifter är känsliga personuppgifter och därför sekretessbelagda. God hantering av dem förutsätter att den hela tiden är välorganiserad, från att uppgifterna blir dokumenterade tills de blir förstörda. Endast på det viset tryggar man en tillfredsställande hantering av dokumenten.

Den som upprätthåller ett personregister bör i registerutdraget fastslå vad registeruppgifterna får användas till, hur de behandlas och vilka uppgifter man samlar in. Det är klientens samtycke och uppgifternas användningssyfte som avgör vilka rättigheter olika aktörer har då det gäller att använda de uppgifter som ingår i klient- och patientregistren.

Om sekretess och överlåtande av klientuppgifter inom socialvården stadgas i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, medan användningen av patientuppgifter inom hälsovården på motsvarande sätt regleras av lagen om patientens ställning och rättigheter. De sjukvårdsuppgifter som dokumenteras av yrkespersonalen inom hälsovården är patientuppgifter, och därmed avsedda för annat bruk är klientuppgifterna inom socialvården, och de uppbevaras i ett skilt register.

Serviceproducenten bör enligt lag göra upp en egenkontrollplan för dataskydd och –sekretess och användningen av olika register (se kap. 23 – **Plan för egenkontroll**). Till dataskyddets egenkontroll hör skyldigheten att informera datasystemets tillverkare, ifall den som tillhandahåller service upptäcker betydande

avvikelser i viktiga delar av systemet. Ifall avvikelserna kan förorsaka betydande risk för patientsäkerheten, dataskyddet eller –sekretessen, bör man meddela om det till Valvira. Lagen innehåller stadganden om skyldigheten att i anslutning till datasystemen tillfoga de anvisningar som behövs för att systemet ska kunna användas på ett ändamålsenligt sätt.

Emedan det i samband med tillhandahållandet av socialvårdstjänster uppstår ett eller flera personregister uppstår det också en skyldighet att informera klienterna om hur registeruppgifterna i framtiden används, och vilka rättigheter den registrerade har. Den information till klienten som lagen förutsätter ges genom att man gör en dataskyddsbeskrivning som är något utförligare än ett registerutdrag.

Den som har blivit registrerad har rätt att granska sina uppgifter och vid behov kräva att de blir rättade. En begäran om granskning och yrkan om rättelse kan framställas till registerupprätthållaren på en blankett. Ifall den som upprätthåller registret inte ger de inbegärda uppgifterna, eller vägrar göra de rättelser som krävs, bör registerupprätthållaren ge ett skriftligt svar angående sitt beslut och de grunder på vilka det är fattat.

Eftersom den service en klient får bildar en helhet bestående av tjänster inom både social- och hälsovården bör man, då man planerar hanteringen av uppgifter, beakta att klientuppgifterna inom socialvården respektive patientuppgifterna inom hälsovården hanteras på olika sätt. Man bör alltså beakta att de två typerna av uppgifter uppbevaras i olika register, och att de regleras av varsin lag (se **Tilläggsinformation och litteratur**).

TILLÄGGINFORMATION OCH LITTERATUR PÅ SVENSKA

- Begäran om kontroll och rättelseyrkande 2014: www.tietosuoja.fi/sv/index/materiaalia/lomakkeet/tarkastuspyyntojakorjaamisvaatimus.html
- Lag om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården 159/2007: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070159
- Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2005: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812
- Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785
- Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559
- Personuppgiftslag 523/1999: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990523
- Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 298/2009: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2009/20090298

34. I minneshemmet

- | | | | | | |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| A. | har man ombesörjt introduktionen för personal och praktikanter | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B. | följer man den lagstiftning som reglerar dataskyddet och hanteringen av personuppgifter | 3 | 2 | 1 | 0 |
| C. | följer man de direktiv och myndighetsbestämmelser som finns angående hur man inom enheten bör dokumentera klient- och patientuppgifter | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D. | har man sett till att dokumenten uppbevaras på ett omsorgsfullt sätt, i enlighet med rådande bestämmelser | 3 | 2 | 1 | 0 |
| E. | har man ombesörjt fortbildningen angående hantering av personuppgifter och dataskydd | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Ifall ni valt ett annat alternativ än 3 (fungerar bra);
gör tillsammans upp en plan för utvecklingsarbetet.**

Utvecklings- område	Metoder (Hur ska det förverkligas?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

ARBETSENHETENS UTVECKLINGSPROGRAM

Genomgången av de olika kriterierna för god vård har förhoppningsvis inom arbetsgemenskapen väckt en aktiv diskussion om hur man på bästa sätt kan garantera en god vård för personer med minnessjukdom

och deras närstående. Ni kan ännu i samband med gemensamma diskussioner precisera de områden ni vill fästa speciell uppmärksamhet vid.

Anteckna här 1–3 frågor som redan är välskötta, och som ni är speciellt glada över:

1.	
2.	
3.	

Anteckna här 1–3 utvecklingsområden som ni först vill koncentrera er på:

Utvecklings- område	Metoder (På vilket sätt?)	Tidtabell	Ansvars- person	Utvär- dering (datum)

HANDBOKENS UPPDATERINGAR OCH ARBETSGRUPPER

1996

Alzheimer Centralförbundet (Muistiliitto ry) publicerade år 1996 de första kriterierna för en god vård, avsedda för yrkespersonal inom vårdenheterna. Kriterierna togs fram inom en mångprofessionell expertgrupp, som en del av projektet *Dementoituneiden tukipalvelujen kehittäminen (Utveckling av stödtjänster för dementa)*. I arbetsgrupperna ingick:

- Minna Huhtamäki-Kuoppala
- Arja Isola
- Sinikka Korpiniitty
- Outi Mäki
- Kaija Viitakoski
- Petteri Viramo
- Päivi Voutilainen

2002

Den andra kompletterade versionen av kriterierna publicerades 2002, under rubriken *Dementoituvien hyvän hoidon elementit – kriteeristö kehittämisen tueksi hoitopaikoissa (Delfaktorerna i en god vård för dementa – kriterier för utvecklingsarbetet inom vårdenheterna)*. Den redigerades av dem som arbetade inom Alzheimer Centralförbundets Nykytila-projekt:

- Sirkkaliisa Heimonen
- Leena Qvick

I arbetet deltog också följande personer inom Alzheimer Centralförbundet:

- Sari Tervonen
- Hannele Haapaniemi

2009

Den tredje, uppdaterade versionen publicerades 2009, under rubriken *Hyvän hoidon kriteeristö – työkirja dementiayksikön hoitotyön itsearviointiin ja kehittämiseen (Kriterier för god vård – en handbok för självutvärdering och utveckling inom demensheternas vårdarbete)*. Deltagarna i Alzheimer Centralförbundetsgrupp:

- Sirpa Granö
- Päivi Hyvärinen-Meier
- Heidi Härmä
- Sari Högström
- Sanna Kaijanen
- Satu Kalliomaa
- Pirkko Telaranta

2016

Den fjärde och förnyade versionen publicerades 21.9.2016, under rubriken *Hyvän hoidon kriteeristö – työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin (Kriterier för god vård – Handbok för yrkespersonal i utveckling och utvärdering av god vård och livskvalitet för personer med minnessjukdom)*. I arbetsgruppen ingick:

- Sari Andersson, geriater (Attendo)
- Riitta Husso, jurist (egenkontrollen, Valvira – Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården)
- Henna Nikumaa, projektchef (Finlands minnesspecialister rf)
- Ulla Vuori, minneskoordinator (Muistivuori Oy)
- Eila Okkonen, verksamhetsledare (Alzheimer Centralförbundet rf)
- Anita Pohjanvuori, sakkunnig (Alzheimer Centralförbundet rf)

I den fjärde upplagans innehållsproduktion har dessutom deltagit följande sakkunniga:

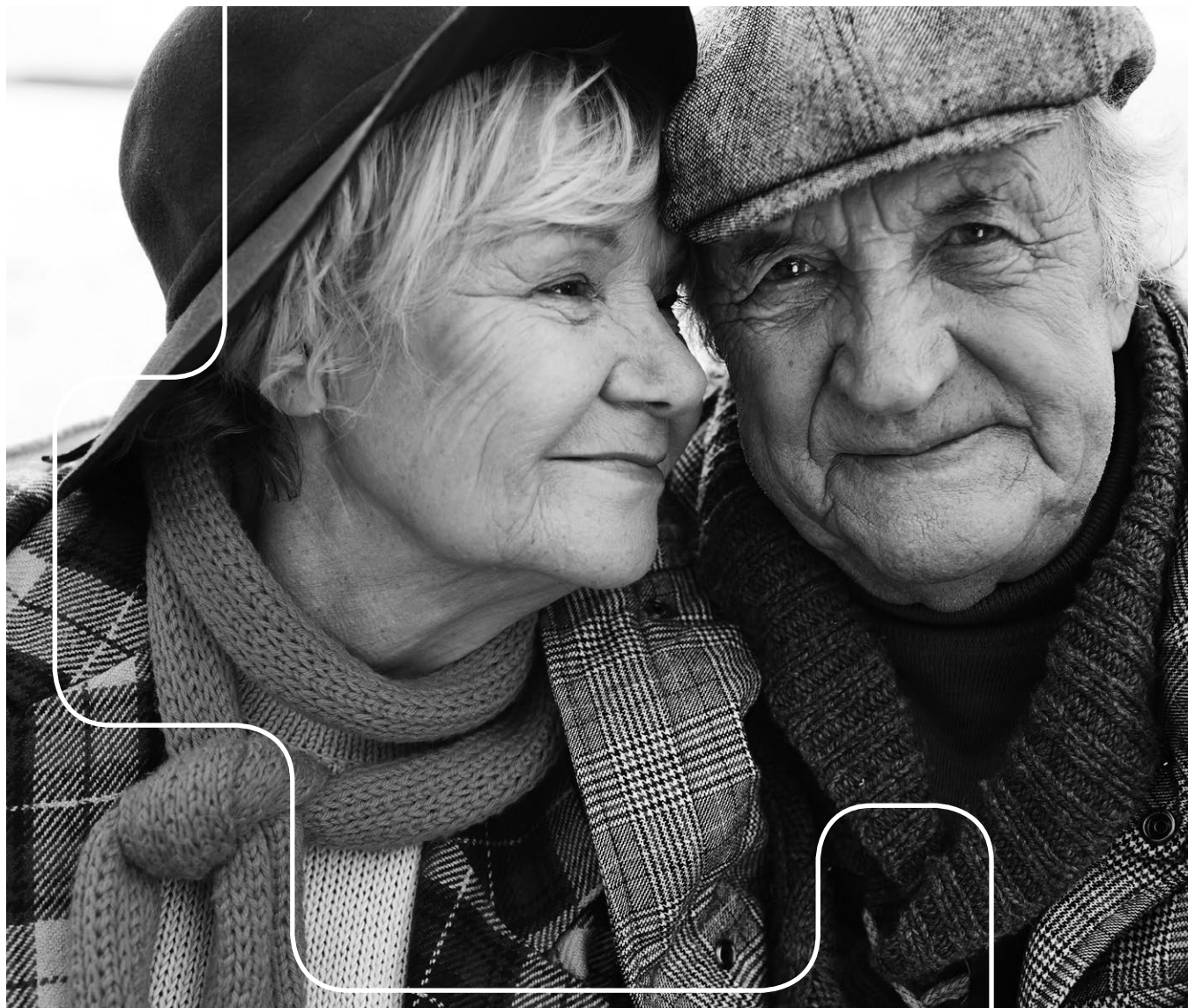
- Sanna Aavaluoma, familjepsykoterapeut, psykoanalytisk parpsykoterapeut och minnesexpert
- Eine Korhonen, sexualrådgivare (T:mi Eine Korhonen)
- Miia Salonen, utbildare, sjukskötare, logoterapeut LTI, arbetshandledare (Terhokoti)
- Taina Semi, geroartist, utbildare, tränare, instruktör inom expressiv konstframställning
- Merja Suominen, ETT, docent (Gerontologinen ravitsemus Gery ry)
- En intern arbetsgrupp inom Alzheimer Centralförbundet
 - Mailis Heiskanen
 - Marjut Karlsson
 - Olli Lehtonen
 - Virva Ryyänen

Svensk översättning 2018: Thomas Rosenberg. Den svenskspråkiga versionen har bearbetats av Helena Ahlers, sakkunnig i minne och demens vid Folkhälsan Välfärd Ab och Marina Grunér, projektkoordinator från Åbonejdens Alzheimer-förening r.f. samt Anita Pohjanvuori från Alzheimer Centralförbundet r.f.

Vi har fått värdefulla kommentarer av de arbetsgemenskaper som använt sig av handboken i pilotsyfte:

- Hemvården i Kiiminki
- Dagcentralen i Myrbacka i västra Vanda
- Dagcentralen Rinkeplumma inom Porin Muistiyhdistys ry
- Vårdenheten Karpalokoti inom Suomen Dementiayhdistys ry
- Minnescentret i Taavi
- Minneshandledarna i Vanda

Ett speciellt tack för alla de otaliga kommentarer och den feedback vi fått av Alzheimer Centralförbundets medlemmar, såväl minnessjuka som arbetsgruppen för närstående, Minnesaktiva.



DEN MINNESSJUKAS RÄTTIGHETER

Varje minnessjuk person har rätt:

- 1.** Till en diagnos och uppgifter om sin sjukdom och dess symptom
- 2.** Att få vederbörlig medicinering för sin sjukdom
- 3.** Att bli bemött som en vuxen människa och att bli hörd så att hans känslor och åsikter uppskattas
- 4.** Att vara tillsammans med sådana personer som känner till hans livshistoria samt hans kulturella och andliga behov och önskemål
- 5.** Att känna att han utgör en framgångsrik del av sitt samfund och samhället
- 6.** Leva en betydelsefull vardag i en trygg omgivning
- 7.** Att motionera regelbundet
- 8.** Att vara utan lugnande och antipsykotisk medicinering alltid då det är möjligt
- 9.** Till en beröring och en närhet som känns bra, såsom kramar, ömhet och att hålla någon i hand
- 10.** Att vara en expert rörande sitt eget liv och om han så önskar arbeta för minnessjuka personers förmåner
- 11.** Att som en aktiv aktör delta såväl i den närmaste kretsen som i ett världsomfattande perspektiv – t.ex. via Internet
- 12.** Till ett bemötande och till en vård som grundar sig på empati och en förståelse för minnessjukdomar



**VARJE MINNESSJUK MÄNNISKA HAR RÄTT TILL ETT GOTT LIV,
MED KVALITATIV REHABILITERING, VÅRD OCH OMSORG.**

Handboken *Kriterier för god vård* är avsedd för arbetsgemenskaper inom minnesarbetet, i deras strävanden att hela tiden utveckla och utvärdera sitt arbete. Samtidigt betonar den minnesarbetets professionalitet, men också den tysta kunskapen. Boken är till hjälp också för de minnessjuka själva och deras närstående när de ska bedöma och välja mellan olika boende- och vårdalternativ.

Denna fjärde och reviderade upplaga svarar mot dagens uppfattning om vad som krävs för att garantera tillräckligt god och individuellt anpassad rehabilitering, vård och omsorg för minnessjuka och deras närstående. Handboken baserar sig på såväl finländsk lagstiftning och nationella rekommendationer som internationell forskningsevidens.

Kriterierna är uppbyggda av 29 olika element. I bokens A-del är tyngdpunkten lagd på hur man främjar minnessjukas och deras närståendes rätt till ett gott och individuellt liv, medan B-delen koncentrerar sig på utvecklingen av arbetet och arbetsmiljön inom arbetsgemenskapen. Båda delarna innehåller såväl bakgrundsinformation som kriterier för fortsatt utvärdering och utvecklingsarbete.