



## Delregional Tillämpningsanvisning Demens Vårdsamverkan SAML A

av Nationella riktlinjer vid demenssjukdom

*Dokumenttyp*  
Tillämpning  
*Upprättat av*  
Delregional samordnare med arbetsgrupp  
*Godkänt av*  
Utvecklingsgrupp Äldre

*Utfärdsdatum*  
2020-09-10  
*Datum för godkännande*  
2020-10-08

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>2</b>
1.1 Nya nationella riktlinjer för vård och omsorg om demenssjukdom	2
1.2 Nationell strategi om demenssjukdom	2
1.3 Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom	3
1.4 Patientkontrakt	3
1.5 Fast vårdkontakt	3
1.6 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård	4
1.7 Samordnad individuell plan – ett verktyg vid samverkan	4
<b>Process vid kognitiv svikt</b>	<b>5</b>
<b>2. TILLÄMPNING AV GEMENSAMMA REKOMMENDATIONER</b>	<b>5</b>
2.1 Regelbunden och sammanhållen uppföljning	5
2.2 Vård och omsorg utifrån teambaserat multiprofessionellt arbetssätt	6
2.3 Uppföljning av BPSD och konfusion	7
2.4 Diagnostik av munhälsa och ätproblem	8
2.5 Utbildningsprogram till anhöriga samt individuellt anpassat stöd till unga anhöriga	10
<b>REFERENSER</b>	<b>12</b>

## INLEDNING

En demensdiagnos innebär en kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Det är en progressiv och dödlig sjukdom som påverkar de kognitiva funktionerna som minne, planeringsförmåga, språk och tidsuppfattning. Symtomen kommer ofta smygande och varierar från person till person beroende på var i hjärnan skadorna uppkommer. För att kriterierna för demenssjukdom ska uppfyllas behöver svikten vara uttalad och sänkt från en tidigare högre kognitiv nivå samt så uttalad att arbetsförmåga eller socialt liv påverkas. Diagnosticerad demenssjukdom brukar delas upp i tre stadier: mild, måttlig eller svår demenssjukdom. Vid mild demenssjukdom klarar personen i fråga sig själv utan stora insatser, måttlig innebär att personen behöver hjälp att klara sitt vardagliga liv och svår demenssjukdom betecknar det skede där personer behöver hjälp med det mesta.

I Sverige finns idag ca 160 000 personer med demenssjukdom. 24 000 personer insjuknar varje år och ungefär lika många med demenssjukdom avlider. Risken att insjukna i demenssjukdom verkar inte öka, däremot förväntas antalet personer med diagnosen öka kraftigt efter 2020 när ett stort antal personer födda på 1940-talet uppnår högre ålder. I Västra Götaland har ca 21 000 personer en demensdiagnos vilket troligen är en underdiagnostik. Det går i dagsläget inte att bota en demenssjukdom utan avsikten med hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser är att underlätta vardagen och bidra med en så god livskvalitet som möjligt. Åtgärderna inriktas på att vara symtomlindrande samt kompensera för funktionsnedsättningar som personer med demenssjukdom i varierande grad drabbas av.

Demenssjukdom har olika symtom och förlopp beroende på vilken demenssjukdom personen drabbats av. De vanligaste demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Lewykroppsdemens och Frontotemporal demenssjukdom. En förutsättning för att kunna ge stöd och god vård och omsorg är att en utredning fastställt diagnos, vilken omfattar både sjukdomstyp och stadium. Vid demenssjukdom kan också s.k. beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) uppträda. Symtomen varierar men kan leda till ex. hallucinationer, vanföreställningar, konfusion och aggressivitet. BPSD är plågsamt för den som drabbas men också för anhöriga.

# BAKGRUND

## 1.1 Nya nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

I december 2017 utkom Socialstyrelsen med [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom](#) som ersätter tidigare riktlinjer från 2010. Riktlinjerna innehåller rekommendationer och prioriteringar på gruppnivå med fokus på utvalda områden inom:

- Utredning och uppföljning
- Multiprofessionellt arbete
- Stödinsatser
- Läkemedelsbehandling
- Utbildning

Regionalt resurscentrum för psykisk hälsa har tagit fram en [Vägledning](#) för delregionala vårdssamverkansgruppernas framtagande av en lokal tillämpningsanvisning, som denna anvisning har sin utgångspunkt från. I riktlinjerna finns rekommendationer som är gemensamma för huvudmännen. Syftet med en delregional tillämpningsanvisning är att:

- De huvudmän som är närmast personen i fråga tillsammans tydliggör ansvar och samarbete för de gemensamma delarna i rekommendationerna
- Tillsammans säkerställa en god vård och omsorg om personen med kognitiv sjukdom

Avgränsningen i framtagandet av tillämpningsanvisningen är de rekommendationer som tagits fram i Vägledningen.

## 1.2 Nationell strategi om demenssjukdom

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen tagit fram ett underlag för en bred [Nationell strategi för demenssjukdom](#) och en plan för prioriterade insatser fram till 2022. Exempel på prioriterade områden fram till år 2022 är:

- Samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- Kunskap och kompetens
- Uppföljning och utvärdering

### **1.3 Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom**

För att ge hälso- och sjukvård och socialtjänsten stöd för samverkan och ett systematiskt arbetssätt har Socialstyrelsen tagit fram en modell för standardiserat insatsförlopp efter diagnosticering av demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2019). Eftersom det i modellen tydliggörs vilka insatser som behöver erbjudas under hela sjukdomsförloppet kan det leda till en mer jämlik vård och omsorg nationellt. Modellen avser också att stödja ett personcentrerat förhållningssätt, som är grunden för vård och omsorg om en person med demenssjukdom.

### **1.4 Patientkontrakt**

2018 slöts en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2019). Ett patientkontrakt avser en sammanhållen plan över inplanerade insatser och syftet är att underlätta samordningen av vårdkontaktorna samt att få patienten mer delaktig i sin vård och behandling. Det är hälso- och sjukvården som ska bistå med att samordna vårdkontaktorna och patientkontraktet innehåller:

- Överenskommelse – gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare
- Fast vårdkontakt – person med samordningsansvar
- Sammanhållen plan – planering och stöd för koordinerade insatser

### **1.5 Fast vårdkontakt**

En verksamhetschef ska utse en fast vårdkontakt för patienten om han eller hon begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (4 kap. 1 § HSF och 6 kap. 2 § PL). En fast vårdkontakt hjälper patienten att samordna insatserna från vården, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter och är patientens kontaktperson, [Fast vårdkontakt och samordnad individuell plan](#).

En person med demenssjukdom har ofta behov av insatser som utförs av både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten och det är därför av stor vikt att utse en fast vårdkontakt som hjälper till med samordningen. En accelererande kognitiv funktionsnedsättning hos individen kan också vara själ till att den enskilde behöver hjälp med samordningen.

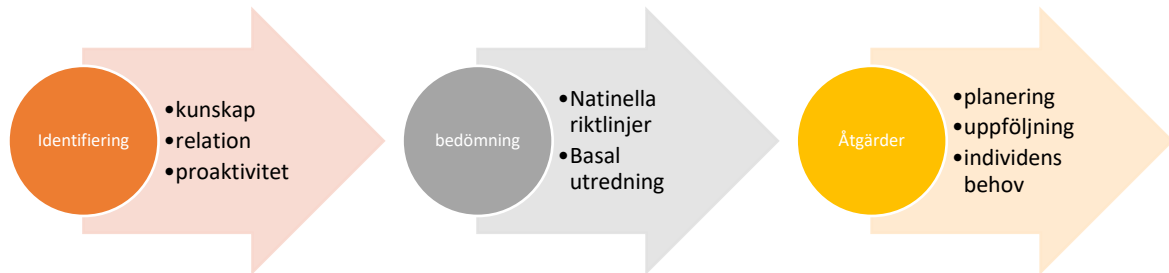
## **1.6 Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård**

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612) gäller sedan januari 2018. Syftet är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för den enskilde som efter utskrivning från slutenvården behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppenvården. [Rutin vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård](#)

## **1.7 Samordnad individuell plan – ett verktyg vid samverkan**

När den enskilde har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvården ska huvudmännen tillsammans upprätta en individuell plan (2 kap. § 7 SoL samt 16 kap. 4 § HSL), se också regional riktlinje [Samordnad individuell plan, SIP](#). Planen ska upprättas tillsammans med den enskilde, om det är möjligt samt inkludera närstående om den enskilde inte motsätter sig det. SIP kan med fördel användas tidigt under demenssjukdomens förlopp vid en persons kontakt med hälso- och sjukvård eller socialtjänst, då det i tidigt skede av sjukdomen är lättare för personen att uttrycka sin vilja.

## Process vid kognitiv svikt



Genom anpassade insatser till person och tid kan vården och omsorgen optimeras för personer med kognitiv sjukdom (Socialstyrelsen, 2019). Tidigt i sjukdomsförloppet är möjligheterna bättre att lära sig nytt, ta ställning till saker som senare kan bli ett problem samt göra förberedelser inför den kommande utvecklingen. Genom att skapa bra förutsättningar för självständighet och oberoende ökar livskvaliteten för personen.

## 2. Tillämpning av gemensamma rekommendationer

### Professioner som ingår i vård och omsorg runt personer med demenssjukdom:

#### Primärvården och primärvårdsrehab:

- Läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, dietist, arbetsterapeuter, fysioterapeuter

#### Kommunal hälso- och sjukvård:

- Sjuksköterskor, demenssköterska, arbetsterapeuter, fysioterapeuter

#### Kommunal social omsorg:

- Biståndshandläggare, undersköterskor, anhörigsamordnare

## 2.1 Regelbunden och sammanhållen uppföljning

### **Rekommendation**

*Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör*

- erbjuda en regelbunden och sammanhållen uppföljning och utredning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser.

Demenssjukdom leder till att den kognitiva förmågan samt funktions- och aktivitetsförmågan försämras successivt och att behovet av stöd, insatser och åtgärder förändras över tid. Uppföljningen syftar till att bedöma sjukdomsförloppet, dess konsekvenser och personens behov av medicinskt och socialt stöd samt att se till att dessa tillgodoses. Då det är av stor vikt att ha ett helhetsperspektiv på situationen för personen med demenssjukdom samt anhöriga behöver uppföljningen vara sammanhållen. Detta innebär att flera parter deltar och samverkar i syfte att göra en helhetsbedömning av individens behov. Detta behöver ske minst en gång per år samt vid förändringar av behandling/insatser.

### **Demensutredning**

Primärvården ansvarar för att demensutredningar genomförs och fastställer diagnos.

I primärvården ansvarar en fast vårdkontakt för samordningen.

Primärvården ska registrera i Svenska Demensregistret (SveDem).

[Regional medicinsk riktlinje - demenssjukdom, utredning och uppföljning](#)

### **Kommunernas verksamheter för personer med demenssjukdom**

Kommunerna har hälso- och sjukvårdsansvar för personer med demenssjukdom som är inskrivna i kommunal hemsjukvård. Kommunerna har också ansvar för personer med demenssjukdom som har insatser enligt socialtjänstlagen.

Kommunernas demenssjuksköterskor arbetar med information, stöd samt handledning till anhöriga och personal samt samverkar med primärvården.



## **Samverkan mellan primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg**

Sammanhållen innebär att flera parter deltar och gör uppföljning av patienten tillsammans med syfte att göra en helhetsbedömning av individens situation.

- SIP är det rekommenderade gemensamma verktyget för både planering och uppföljning. För personer med demenssjukdom bör SIP upprättas i ett tidigt skede av sjukdomen då personen lättare kan uttrycka sin vilja. [Samordnad individuell plan, SIP](#)
- Standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom innehåller en checklista som ett stöd för att beakta sjukdomens komplexitet, individens sociala nätverk och särskilda behov eller omständigheter. [Standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom](#)
- Även kommunerna kan registrera i SveDem, gäller både särskilt boende och hemsjukvård.

## **2.2 Vård och omsorg utifrån multiprofessionellt teambaserat arbetssätt**

### **Rekommendation**

*Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör*

- erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt.

Eftersom vården och omsorgen vid demenssjukdom syftar till att lindra symtom och kompensera för de funktionsnedsättningar som personen drabbas av är ett personcentrerat förhållningssätt centralt i vård och omsorg av personer med kognitiv sjukdom. Att bedöma personens behov behöver ske med kontinuitet och utifrån olika perspektiv och kompetenser. Detta bidrar till ett helhetsperspektiv i den vård och

omsorg som erbjuds. I det multiprofessionella arbetet ingår kompetenser från både hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen.

### **Samverkan mellan primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg**

- Respektive huvudman ansvarar för att ha ett heltäckande arbetssätt som involverar de professioner som behövs för att täcka individens behov.
- I samverkan mellan berörda parter är det av stor vikt med kontinuitet hos medverkande personal.
- SIP är det gemensamma verktyget för planering och uppföljning.
- Fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och är den samordnande funktionen för personer med demenssjukdom.

## **2.3 Uppföljning och utvärdering av BPSD och konfusion**

### **Rekommendation**

*Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör*

- erbjuda strukturerad uppföljning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och utvärdering av insatta åtgärder till personer med BPSD.

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomen beteendemässiga eller psykiska symtom. Det kan handla om depression, irritabilitet, ångest eller psykotiska symtom med hallucinationer eller vanföreställningar. Utvärdering av insatta åtgärder och läkemedelsgenomgång är viktigt, liksom bemötande, fysisk miljöanpassning och stimulans för att lindra symtomen och lidandet för personen i fråga.

Personer med demenssjukdom kan också drabbas av konfusion, ett snabbt påkommet förvirringstillstånd i tid och rum. Även vid detta tillstånd kan det förekomma

hallucinationer och vanföreställningar. Ofta finns det en bakomliggande orsak till konfusion, t ex en kroppslig sjukdom eller skada. Då tillståndet kan vara livshotande krävs det en snabb utredning av bakomliggande orsaker så åtgärder snabbt kan vidtas.

### **Samverkan mellan primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg**

Vid både BPSD och konfusion krävs en noggrann analys av tänkbara utlösande faktorer för att möjliggöra en adekvat behandling. Då det krävs en helhetsbedömning av individens situation bör personer som träffar individen dagligen involveras, t ex hemtjänstpersonal. Särskild vikt bör också läggas på anhörigas situation.

- SIP är det rekommenderade gemensamma verktyget för planering och uppföljning.
- BPSD-registret är det gemensamma verktyget för att bedöma, följa upp samt utvärdera insatser. Kan användas som underlag till SIP. Registrering i BPSD-registret gäller främst i kommunerna och gäller då personer som är inskrivna i kommunal hemsjukvård.

## **2.4 Diagnostik av munhälsa och ätproblem**

### **Rekommendation**

*Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör*

- erbjuda diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument.

Risken för att utveckla näringsproblem och undernäring är förhöjd hos personer med demenssjukdom. Födointaget kan redan tidigt i sjukdomsförloppet påverkas negativt genom svårigheter att klara av att laga mat, vissa läkemedel, sväljproblem samt oförmåga att sköta sin munhälsa på ett optimalt sätt. Det är därför viktigt att göra bedömning av munhälsa samt följa kroppsvikten hos personer med demenssjukdom.

## Samverkan mellan primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg

- Anhöriga ska uppmärksammas genom kunskap och information om munhälsoproblem och ätproblem.
- Beakta smärtproblematik som eventuell konsekvens av dålig munhälsa samt som orsak till ätproblem och beteendestörningar.
- Säkerställ informationsöverföring mellan kommun, tandvård och vårdcentral.
- Personer i vissa utsatta grupper har rätt att få intyg om nödvändig tandvård och en årlig munhälsobedömning i sin bostad.
- Personer med stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå behandling inom tandvården på grund av olika diagnoser kan ha rätt till intyg om F-tandvård.
- Munhälsa ska uppmärksammas vid in- utskrivning från sjukhus.
- SIP är det rekommenderade gemensamma verktyget för planering och uppföljning.
- Senior Alert och bedömningsinstrument ROAG är ett underlag för att bedöma, följa upp och utvärdera insatserna.
- Palliativregistret används också för registrering av munhälsa, både av kommunerna och VGR.

## 2.5 Utbildningsprogram till anhöriga samt individuellt anpassat stöd till unga anhöriga

### **Rekommendation**

*Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör*

- erbjuda utbildningsprogram till anhöriga till personer med demenssjukdom.
- erbjuda individuellt anpassat stöd till unga anhöriga till personer med demenssjukdom.

När en person insjuknar i en demenssjukdom förändras hela livssituationen för familjen (Socialstyrelsen, 2019). De anhöriga påverkas i förlängningen till exempel genom att försumma sina egna behov, i syfte att alltid finnas till hands, vilket kan leda till fysisk och psykisk ohälsa. Samhällets stöd till anhöriga måste vara att genom förebyggande och stödjande arbete underlätta för personer som vårdar anhöriga med demenssjukdom. Med stöd menas olika insatser som fysiskt, psykiskt och socialt underlättar den anhöriges situation. Anhöriga kan få stöd genom kommunala insatser som till exempel dagverksamhet, avlösning i hemmet, hemtjänst och anhörigcirklar. Det stöd som behöver utvecklas enligt Socialstyrelsen (2019) är utbildningsinsatser om sjukdom, symtom, förlopp och bemötande samt vilket stöd som finns att få från både regionen, kommunerna och olika organisationer.

Då personer med demenssjukdom kan ha minderåriga barn behöver stödinsatser vara anpassade till unga anhöriga, framför allt när det gäller information och kontaktvägar till sjukvården, organisationer och myndigheter.

### **Samverkan mellan primärvården, kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg**

- Respektive huvudman ansvarar för att utbilda anhöriga, gärna i samverkan.
- Anhöriga ska erbjudas utbildningsprogram och information om vart de kan vända sig.
- Relevant information, kunskap och stöd i olika stadier ska ges med regelbundenhet.
- Ofta är det personal inom hälso- och sjukvården som först kommer i kontakt med anhöriga och därför tidigt både kan identifiera och informera om möjligheten att få stöd.
- Fast vårdkontakt är den samordnande funktionen för anhöriga till personer med demenssjukdom

## REFERENSER

*Socialstyrelsen (2017). En nationell strategi för demenssjukdom – Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022. Stockholm: Socialstyrelsen*

*Socialstyrelsen (2019). Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen*

*Socialstyrelsen (2017). Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2018 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen*

*Socialstyrelsen (2017). Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan: nationell vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen*