

Beslutat av: Lokal vårdssamverkansgrupp Strömstad Datum: 2026-02-05	Giltig fr.o.m. datum:	Revideras datum:
Arbetsgrupp: Demenssjuksköterskor/Distriktsjuksköterska Strömstads kommun, Capio och Bohuslinden, Arbetsterapeut Närhälsan och Capio rehab		

Samverkansrutin kring personer med demenssjukdom/kognitiv sjukdom och deras närstående i Strömstads kommun

Med kommun avses i detta dokument såväl kommunal primärvård som annan verksamhet inom kommunens socialtjänst.

Syfte:

- Samverkansrutinen beskriver former för gränsöverskridande samverkan kring patienter med en demenssjukdom/kognitiv sjukdom för att främja kontinuitet i vårdkedjan samt en god och nära vård och omsorg.

Mål:

- Att kommun och regional primärvård samverkar på ett smidigt och enkelt sätt
- Att fånga upp personer med misstänkt demenssjukdom/kognitiv sjukdom i ett tidigt skede
- Att den som diagnostiseras med en demenssjukdom/kognitiv sjukdom erbjuds en personcentrerad vård och omsorg
- Att erbjuda stöd till anhöriga

Bakgrund:

Den traditionella ansvarsfördelningen bygger på att regional primärvård ansvarar för hälso- och sjukvård samt hjälpmedel till personer som bor i ordinärt boende. Kommunal primärvård ansvarar för hälso- och sjukvård samt hjälpmedel till de personer som är inskrivna i den kommunala primärvården samt för personer på Särskilt boende (SÄBO) upp till sjuksköterska, fysioterapeut- och arbetsterapeutnivå.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för demensvård, stöd för styrning och ledning, finns rekommendation med Prioriteringsgrad 1 angående erbjudande av vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt, teambaserat arbetssätt.

I Strömstad möjliggörs samverkan genom

- Kommun och regional primärvård samverkar i ett gränsöverskridande team där personal med olika professioner och kompetenser ingår.
- Ronder involverande primärvårdsläkare, sjuksköterska på vårdcentral eller sjuksköterska i kommunal primärvård samt vid behov arbetsterapeut.
- SIP, samordnad individuell plan
- Lokal samverkan på ledningsnivå
- Samverkan kring information, utbildning och stöd till patienter med en demensdiagnos och deras närstående

Teamet består av:

- Demenssjuksköterska/distriktsjuksköterska från respektive vårdcentral
- Läkare från respektive vårdcentral vid behov
- Demenssjuksköterska i kommunen
- Biståndshandläggare
- Arbetsterapeut från regional primärvård och vid behov från kommunal primärvård
- Representant från kommunens dagverksamhet
- Representant från kommunens hemtjänst/specialistundersköterska inom demens
- Representant från anhörigstödet

Teamet samverkar regelbundet och när behov uppstår. Teamet samverkar kring informationsutbyte kring vårdtagare/patienter, utredningar, behov av rehabinsatser samt uppföljningar. Hembesök kan göras av teamets olika professioner utifrån patienten och den anhöriges specifika behov, som till exempel att en demens-/distriktsjuksköterska från primärvården gör hembesök tillsammans med kommunens biståndshandläggare.

Mötespunkter för teammöten:

När delar av teamet deltar, övergripande dialog och informationsöverföring. Vid behov planeras ytterligare kontakt kring specifikt ärende mellan berörda parter:

- Nyinkomna ärenden
 - a. Uppkomna utmaningar
 - b. Diagnos – samtal läkare
 - c. Behovsutredningar
 - d. Upprättande av SIP, inkl. plan för uppföljning
- Uppföljning av aktuella ärenden och eventuell uppföljning av SIP
- Stöd till anhöriga
- Planering

När hela teamet deltar:

- Stöd till anhöriga
- Planering
- Verksamhetsutveckling
- Översyn av aktuella projekt/förbättringsarbeten

Hur ska samverkan ske i praktiken?

- Delar av teamet har avstämning via Teams två gånger i månaden. Demenssjuksköterska i kommunal primärvård sammankallar.
 - Ansvarig sjuksköterska från respektive vårdcentral, demenssjuksköterska från kommunal primärvård, arbetsterapeut från regional och kommunal primärvård, biståndshandläggare, personal från dagverksamhet.
 - Förslagsvis ojämn vecka tisdag eller torsdag kl. 9:00-9:30.
 - Vid behov används SAMSA för informationsöverföring.
- Hela teamet träffas 1–2 gånger per termin. Demenssjuksköterska i kommunal primärvård sammankallar.
 - Ansvarig sjuksköterska från respektive vårdcentral, demenssjuksköterska från kommunal primärvård, arbetsterapeut från regional och kommunal primärvård, biståndshandläggare, personal från dagverksamhet, representant från kommunens hemtjänst/specialistundersköterska inom demens samt representant från anhörigstödet.
- Gemensamma hembesök vid behov.
- Samtalsgrupper utifrån behov och underlag som riktar sig till den demenssjuke eller anhörig.
 - I samverkan mellan representanter från kommun och region.
- Anhörigträff, 1 tillfälle per år.
 - I samverkan mellan representanter från kommun och region.
- Information till allmänheten på "Seniorhälsans dag", 1 tillfälle per år.
- Sprida information om kommunens stöd till anhöriga.

Proaktiv SIP

När det finns en demensdiagnos erbjuds patienten en samordnad individuell plan (SIP) där representanter från kommun och primärvård deltar för att kunna ge personcentrerad vård, råd och stöd. SIP kommer därmed användas tidigt i demensförloppet vilket ökar individens möjlighet till ökad delaktighet och en planering av framtida vård och omsorg.

Identifiering av patienter med misstänkt demenssjukdom

Identifiering av personer med kognitiv sjukdom kan ske på olika sätt. Det kan vara den enskilde som själv söker kontakt eller en orosanmälan från anhörig, privatperson, socialtjänst eller vårdpersonal. I dessa fall skall vårdcentralen kontaktas för att inleda en utredning om en kognitiv sjukdom föreligger eller om det finns andra medicinska orsaker till patientens beteende. Samtycke från patienten inhämtas för vidare planering och dokumenteras i journal.

Utredning vid misstanke om demenssjukdom

Primärvården ansvarar för den basala utredningen. Regionala riktlinjer följs.

- För person boende i ordinärt boende görs utredning av regional primärvård inklusive vårdval rehab, även för patienter med övriga insatser från kommunal primärvård.
- För person boende på särskilt boende görs utredning av kommunal primärvård inklusive rehab.

Uppföljning av demenssjukdom

Uppföljning av demenssjukdom sker enligt regionala medicinska riktlinjer.

Insatser från flera professioner från både primärvård och kommun erbjuds via SIP.

- För person boende i ordinärt boende med insatser av kommunal primärvård eller på särskilt boende görs uppföljning av kommunal primärvård inklusive rehab.

Uppföljning och revidering av samverkansrutin

Uppföljning av samverkansrutinen och övergripande arbetsätt genomförs i befintlig lokal vårdssamverkansgrupp 1 gång per år eller tidigare vid behov.

Referenser

[Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp \(PSV\) Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen, 2023–2025](#)

[Regional medicinsk riktlinje Demenssjukdom, utredning och uppföljning 2024–2026](#)

[Regional medicinsk riktlinje Läkemedel Demens, 2025–2027](#)

[Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Socialstyrelsen, 2017](#)

[Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – En modell för mångprofessionell samverkan - Socialstyrelsen, 2019](#)

[Varje dag räknas: Nationell demensstrategi – Regeringen, 2025–2028](#)