



PSV Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - tillgänglighetsanpassat
flödesschema för primärvården
Granskad och godkänd av: Primärvårdsrådet 2023-05-25

PSV Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - primärvårdsversion

Bakgrund

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för kognitiv svikt är en kunskapsstyrning i syfte att skapa en jämlik och effektiv vård. Vårdförloppet omfattar större delar av vårdkedjan: tidig upptäckt, utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering. Vårdförloppen ska kunna startas oavsett var i vårdkedjan patienten befinner sig.

Vi önskar att flödesschemat finns med högst upp i dokumentet.

[Primärvårdsversion PSV Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.pdf \(vgregion.se\)](https://vgregion.se/primarvardsversion-psv-kognitiv-svikt-vid-misstankt-demenssjukdom.pdf)

Försämring av kognitiva funktioner sedan >6 månader

Försämrade kognitiva funktioner identifieras i samband med att patient eller närstående har kontakt med triageansvarig på vårdcentralen, alternativt i samband med annan vårdkontakt.

Avstämning med patientens fasta läkare görs av den som har haft första vårdkontakten avseende kognitiv försämring

1. Vid misstanke om allvarlig differentialdiagnos bör detta först uteslutas vid subakut läkarbedömning innan utredning enligt Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp påbörjas.
2. Om det saknas förväntad nytta av demensutredning bör Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inte påbörjas.
3. Vid misstanke om kognitiv svikt på bas av demens, och patienten bedöms ha nytta av utredning påbörjas Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp.

Utredning enligt Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Utredningen består av:

1. screening och anamnes
2. teambedömning om utredning enligt vårdförloppet ska påbörjas
3. medicinsk utredning av läkare
4. funktions- och aktivitetsbedömning av arbetsterapeut
5. teambedömning för beslut om remittering till utvidgad utredning hos specialist alternativt behandling och uppföljning på vårdcentralen

Hembesök alternativt mottagningsbesök för anamnes och screening av kognitiva funktioner

Utredningen görs av sjuksköterska, som också är fast vårdkontakt under utredningen, eller av arbetsterapeut. Den som gör utredningen ska ha fördjupad kunskap om demensutredning. Första bedömningen innefattar:

1. Patientanamnes. [Samtalsstöd vid basal utredning](#)
2. Anhörigintervju gärna med validerade instrument. [Anhörigintervju för identifiering av demens och demensliknande tillstånd](#)
3. [Screening med validerade instrument \(MMSE, RUDAS-S, klocktest, MoCa\)](#)

Teambedömning av utredande profession och fast läkare

Teamet bedömer om fortsatt demensutredning ska genomföras och informerar patient och närstående

Om det saknas misstanke om kognitiv svikt på bas av demenssjukdom eller om patienten inte bedöms ha nytta av utredningen avslutas Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Vid behov bokas läkarbesök för differentialdiagnostisk utredning av kognitiv svikt.

Medicinsk utredning och differentialdiagnostik

Görs av fast läkare och i utredningen ingår:

- Kartläggning av förekomst av psykiatriska och somatiska symtom, tidigare och nuvarande sjukdomar, ärftlighet, samt tobaks-, alkohol- och drogvanor.
- Läkemedelsgenomgång
- Undersökning av psykiskt, neurologiskt och somatiskt status
- EKG, provtagning av blodstatus, elektrolytstatus, glukos, fritt och joniserat calcium, PEth/CDT, TSH och homocystein

Remiss skickas till CT hjärna med frågeställning ” tecken på demenssjukdom eller annan patologi”

Om den medicinska utredningen ger misstanke om hjärntumör ska fortsatt handläggning ske enligt Standardiserat vårdförlopp Hjärntumör

[RMR Demenssjukdom, utredning och uppföljning](#)

Funktions- och aktivitetsbedömning

Görs av arbetsterapeut med t. ex. ADL-taxonomin.

[ADL-bedömning vid minnesutredning](#)

[Bedömning av förmåga att utföra dagliga aktiviteter av ökande komplexitet](#)

Teambedömning för att bedöma om utredningen ger misstanke om demenssjukdom

Patient och närstående informeras om resultatet av utredningen.

- Vid lindrig kognitiv svikt kallas patienten för uppföljning av kognitiva funktioner på vårdcentralen om ett år eller tidigare vid behov.
- Patienten remitteras till utvidgad demensutredning av specialist på minnesmottagningen om patienten är yngre än 65 år, samt vid misstanke om Lewybody-, frontallobs- eller Parkinsondemens eller om patienten önskar second opinion.
- Övriga patienter med demenssjukdom får sin behandling och uppföljning via vårdcentralen.
- Vårdcentralen ansvarar för sjukskrivning och rehabkoordinering i väntan på utvidgad utredning av specialist.

[Minnesutredning fortsatt behandling och uppföljning](#)

Behandling och uppföljning av patienter som inte remitteras till utvidgad utredning av specialist, samt till patienter som återremitterats efter utvidgad utredning

Informationsutbyte sker kontinuerligt mellan vårdcentral, rehabmottagning och kommunal primärvård och socialtjänst.

Den sjuksköterska som är fast vårdkontakt ansvarar för omvårdnad

Den fasta vårdkontakten ska:

- ge personcentrerad muntlig och skriftlig information till patient och anhöriga
- samordna av omvårdnadsinsatser i kontakt med kommunen
- ge stöd till förändrade levnadsvanor
- vid behov ansvar för Samordnad individuell planering (SIP)
- ge fortsatt stödkontakt till patient och anhöriga

Fast läkare ansvarar för medicinsk behandling och uppföljning

Den fasta läkaren ansvarar för att:

- ge personcentrerad information till patient och anhöriga
- korrekt diagnos journalförs
- läkemedelsbehandling görs enligt regional medicinsk riktlinje [Regional medicinsk riktlinje Läkemedel Demens/kognitiv sjukdom \(vgregion.se\)](#)
- samsjuklighet bedöms, behandlas och följs upp
- patienten får sekundärprevention

Fast läkare ska också ta ställning till vapeninnehav, körkort, nödvändig tandvård, samt behov av extra stöd på grund av barn i hemmet enligt [regional medicinsk riktlinje Demenssjukdom, utredning och uppföljning \(vgregion.se\)](#)

Rehabiliteringsenheten ansvarar för att

- patient och anhöriga får personcentrerad information
- arbetsterapeut tillhandahåller och följer upp hjälpmedel
- fysioterapeut bedömer balans- och gångförmåga, samt vid behov råd om fallprevention, fysisk aktivitet och träning.

Kommunal primärvård och socialtjänst ansvarar för

Insatser utifrån biståndsbehov, samt vid behov hemsjukvård. Samverkar i första hand med fast vårdkontakt på vårdcentral, samt får stöd av fast läkare vid behov.