

Lokal handlingsplan för demensvård

Ulricehamns kommun och primärvård

Innehåll:

Bakgrund, mål, syfte,
utvärdering Utredning,
uppföljning Dagverksamhet
Vård- och omsorgsboende
BPSD – beteendemässiga och psykiska symtom vid demens
Arbets- och fysioterapi
Skydds- och
begränsningsåtgärder
Utbildning/handledning

Bakgrund

Demens är en samling symtom som beror på flera olika sjukdomar med det gemensamma att de påverkar kognitionen. Demenssjukdomar går inte att bota men för vissa finns det symtomlindrande läkemedel.¹ Genom epidemiologiska uppskattningar beräknades år 2019 mellan 20 000 och 25 000 personer insjukna i en demenssjukdom varje år i Sverige och den gruppen kommer att öka.² Detta beror på att en hög och ökande medellivslängd leder till att åldersfördelningen i Sverige snabbt förskjuts mot en större antal äldre än yngre. Hög ålder är den största riskfaktorn för att utveckla demenssjukdom.³

Enligt uppgifter från mars månad 2024 är förekomst av diagnos demens på Närhälsans vårdcentral 186 listade personer. Förekomst av diagnos demens är 125 patienter på Hälsobrunnens listade personer. Det är samma procentsats dvs 1 % som hela Västra Götaland. I Västra Götaland är det 17615 patienter med diagnos demens på 1766621 personer. Detta enligt Primärvårdskvalitet, data baserat på 1092 enheter.

År 2024 finns sammanlagt 311 personer som har fått diagnosen demenssjukdom listade på någon av de båda vårdcentralerna i Ulricehamns kommun. Troligen är populationen av personer som lider av någon av demenssjukdomarna i Ulricehamns kommun betydligt större än så. Det finns inga säkra data på nationell nivå på hur många av dem som beräknas insjukna varje år som utreds och hur många av dem som får en demensdiagnos. Det anses dock vara säkerställt att många med demenssjukdom inte utreds.⁴ Det kan det röra sig om personer med ett tidigt insjuknande som inte söker vård för sina symtom. En annan grupp som sällan får någon diagnos och i synnerhet inte någon specificerad demenssjukdom är äldre sköra och multisjuka personer, trots att de uppvisar tydliga tecken på långt gången sjukdom.⁵

Klart är att vård och omsorg av personer med demenssjukdom är mycket resurskrävande i förhållande till andra folksjukdomar. Den totala samhällskostnaden för denna grupp beräknades 2019 till 81,6 miljarder, vilket är en ökning med ca 40% sedan år 2000. Ca 82% av vårdkostnaderna hamnar hos kommunerna. Kommunala kostnader för demenssjukdom utgör 50% av kommunernas totala kostnader för äldreomsorg. Näst störst kostnadsbörda, 16,5%, faller på anhöriga och det rör sig bland annat om det

¹ Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Om hälsotillståndet. *Nationellt kliniskt kunskapsstöd*. 2023. <https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/Vastra-Gotaland/kunskapsstod/vardforlopp/?uuiid=c38fa4a0-a3ec-4b15-8aec-beca2fefe69b#section-cf36> (Hämtad 2024-02-16).

² Socialstyrelsen, *Underlag för en utvecklad nationell demensstrategi: En strategi för lindrig kognitiv störning och demenssjukdom*, Socialstyrelsen, 2024. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-2-8957.pdf#page21> (Hämtad 2024-03-10).

³ Socialstyrelsen, *Underlag för en utvecklad nationell demensstrategi: en strategi för lindrig kognitiv störning och demenssjukdom*, 21.

⁴ Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdom. *Årsrapport 2022*. Huddinge: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar SveDem, 2023. [https://1077\(uu.se\)](https://1077(uu.se)) (Hämtad 2024-04-07).

⁵ Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdom, *Årsrapport 2022*, 2024.

inkomstbortfall som orsakas av att närstående tar ett stort och tidkrävande ansvar för den informella och obetalda vård och omsorg som ges till anhöriga.⁶

En god demensvård bedrivs med både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen som grund. Den formuleras i Nationella riktlinjer för vård- och omsorg vid demenssjukdom.⁷ För att kunna utföra kvalitetssäkrade, evidensbaserade och personcentrerade sjukvård- och omsorgsåtgärder krävs en samverkan mellan huvudmännen. En gemensam strategi för hur mötet med och omhändertagandet av personer med demens och deras närstående ska ske under hela sjukdomsutvecklingen finns på regional nivå.⁸ Det behövs också en konkret formulerad lokal handlingsplan som är anpassad för och tydliggör särskilda rutiner och förhållanden inom Ulricehamns kommun och vårdcentralsområde.

Mål

Målet med en lokal handlingsplan för demensvård i Ulricehamn är att alla invånare i Ulricehamns kommun som uppvisar symtom på kognitiv svikt ska få en demensutredning och att de personer som får en diagnos ska få en god vård och omsorg under hela sjukdomsutvecklingen. Stöd till närstående ska erbjudas.

Syfte

Syftet är att den lokala handlingsplanen skall tydliggöra vad som skall göras, av vem och hur och när det skall göras samt hur och när uppföljning ska ske

Revidering och utvärdering

Revidering och utvärdering av handlingsplan sker tillsammans med utsedda berörda representanter från personalgrupper inom närvårdsamverkan en gång per år.

⁶ Frisell, Oskar; Jönsson, Linus och Wimo, Anders. *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2019*. Stockholm: Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), avdelningen för neurogeriatrik, Karolinska Institutet, 2023. https://www.demenscentrum.se/sites/default/files//dokument/FORSKNING/demenssjukd_samhallskostn_2019.pdf (Hämtad 2024-04-07).

⁷ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: Stöd för styrning och ledning*, Socialstyrelsen, 2017. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf> (Hämtad 2024-03-10).

⁸ Fröjd, Karin. *Demenssjukdom, utredning och uppföljning*. Regional medicinsk riktlinje, Västra götalandregionen, giltig till 2024-10-01. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/hs9766-305841775-430/surrogate/Demenssjukdom%2c%20utredning%20och%20uppf%c3%b6ljning.pdf>

Utredning- uppföljning vid demenssymtom

VAD	VEM	HUR	NÄR	UPPFÖLJNING
Alla som söker för demenssymtom ska utredas	Initiativ kan komma från vårdtagaren, närstående, läkare, sjuksköterska, distriktsköterska, rehab personal, vårdpersonal, förebyggande team samt biståndshandläggare inom den kommunala omsorgen samt vårdcentral.	Utredningen sker på vårdcentral alternativt i hemsjukvård. I vissa fall krävs remiss till specialistnivå.	När behovet framkommer	
Demensutredning	Läkarbesök	Anamnes genom samtal med vårdtagaren samt närstående. Förhöra sig om behov av kontakt med andra yrkeskategorier ex, arbetsterapeut, fysioterapeut eller demenssamordnare.		
	Läkare på vårdcentral ordinerar prover. Prover tas på vårdcentral alternativt av sjuksköterska i hemsjukvård.	Provtagning <ul style="list-style-type: none"> • Blodstatus (B-Hb, B-Lpk,) B-sr • B-glucos • S-Natrium, S-Kalium, S-Calcium, albuminnormerat, S-kreatinin • S-ALP, S-ALAT • Thyreoideaprov, D-vitamin 		

		<ul style="list-style-type: none"> • B-kobalaminer, P-folat och S-homocystein • Urinsticka • Datortomografi av hjärnan (CT) • Längd och vikt • Kan kompletteras med, EKG, koncentrationsprov av läkemedel, serologi mot Borrelia, HIV, ortostatiskt prov, röntgen hjärta/lungor 		
	<p>Sjuksköterska/ arbetsterapeut på vårdcentral. Om personen är ansluten till kommunal hemsjukvård görs test/bedömning av demenssamordnare i kommunen.</p>	<p>Kognitiva test samt anhörigintervju.</p> <p>Någon eller fler av dessa test kan användas: MMSE-NR3, Klocktest, Rudas, Mindmore, Kognistat, AQT</p> <p>Ragnar Åstrands symtomenkät (till anhörig)</p>		
	<p>Arbetsterapeut i kommun eller vårdcentral</p> <p>Sjuksköterska/ läkare</p>	<p>Bedömning av ADL/IADL</p> <p>Fastställd metod för bedömning av ADL/IADL (Hjälpmedel, kalender)</p> <p>Ställningstagande demensläkemedel</p> <p>Bedömning av medicinhantering. Bedömning av behov av andra hjälpmedel (ex inkontinens, läkemedelsautomat)</p>	Vid behov	
Information till vårdtagare/ närstående vid diagnos	Utredande läkare	Resultat av utredningen kommuniceras med vårdtagare samt närstående vid återbesök till utredande läkare	När utredningen är färdig	

Erbjud Samordnad individuell plan-SIP	Alla yrkeskategorier		Vid behov	
Informations överföring	Utredande läkare respektive sjuksköterska på vårdcentral	Utredande läkare på vårdcentral meddelar patientansvarig sjuksköterska i kommunen fastställd demensdiagnos	När diagnos är satt och vårdtagare samt anhöriga är underrättade	
Informations överföring i kommunen	Patientansvarig sjuksköterska i kommunen	I de fall vårdtagaren är ansluten till hemsjukvård informeras patientansvarig sjuksköterska som ansvarar för att informationen om utredning samt diagnos förs in i kommunens datajournal.	När utredningen är färdig	
Information om kommunens möjliga insatser till anhöriga/närstående angående stöd	Läkare, sjuksköterska, distriktsköterska, rehab personal, demenssamordnare, vårdpersonal samt biståndshandläggare inom den kommunala omsorgen samt vårdcentral.	Muntlig information Foldrar/broschyrer från kommunen. Kontaktuppgifter till anhängkonsulent/demenssamordnare/biståndshandläggare	Tidigt skede samt kontinuerligt	Kontinuerlig information
Uppföljning	Läkare vid årskontroll och receptförnyelse Rehab gör uppföljning av hjälpmedel Multiprofessionellt team	Årskontroll provtagning Sammanställning/läkarbesök BPSD – uppföljning av symtom hemsjukvård/team	Årligen eller oftare vid behov	
Erbjud Samordnad Individuell Plan (SIP)	Alla yrkeskategorier som ser ett behov		Vid behov	

Dagverksamhet

VAD	VEM	HUR	NÄR	UPPFÖLJNING
För att beviljas dagverksamhet för personer med demenssjukdom ska personen vara utredd och demensdiagnos ska vara fastställd	Biståndshandläggare	Enligt SoL 4:1 Dagverksamhet kan efter behov beviljas 1 – 5 dagar per vecka.	Efter ansökan	Minst en gång per år av bistånds handläggare
Informations överföring	Biståndshandläggare	Meddelandehantering till enhetschef samt dagverksamhet om att uppdrag finns att hämta Biståndshandläggare informerar teamet Demenssamordnare överför ev. kompletterande information till personalen på dagverksamheten Undersköterska på dagverksamheten meddelar biståndshandläggare när personen börjar på dagverksamhet och vid förändringar	När beslut finns	Bistånds handläggare

Inflyttning vård-och omsorgsboende

VAD	VEM	HUR	NÄR	UPPFÖLJNING
För att beviljas vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom ska personen vara utredd och demensdiagnos ska vara fastställd	Biståndshandläggare	Beslut om vård- och omsorgsboende görs av biståndshandläggaren.	Diagnos ska finnas senast vid beslut av insatsen.	Boendebeslut följs upp efter tre månader. Sedan är det enhetschefens ansvar.
Erbjuda boende	Enhetschef på vård- och omsorgsboende	Biståndshandläggare meddelar boendeplanerare som skriver in kontaktuppgifter i boendelistan för information till enhetschef.	Efter att beslut har fattats och plats finns.	
Visning av lägenhet	Enhetschef	Personligt besök av sökande och/eller anhörig/god man	Efter överenskommelse	
Ankomstsamtal/ Inflyttningsinformation	Enhetschef, sjuksköterska kontaktman anhörig/god man och ev. sökande	Enligt fastställda rutiner. Meddela biståndshandläggarna att sökande tackat ja.	När sökande tackat JA och flyttat in.	

Informationsöverföring	Kontaktman på boendet Kontaktman i hemtjänst Arbetsterapeut/fysioterapeut Sjuksköterska Dagverksamhetspersonal Personal på korttidsboende Demenssamordnare	Enligt fastställda rutiner. Dokumentera i systemet och informera kollegor. ”Mottagande” yrkeskategori är ansvarig för att informationsöverföring sker.	Snarast/före inflyttning.	
Upprätta genomförandeplan	Kontaktman, brukare, anhörig/god man	Levnadsberättelse och insatser går igenom och planeras. Genomförandeplanen ska skrivas under av anhörig/god man alternativt den boende om det är lämpligt.	Snarast/före inflyttning. Inom 14 dagar efter beviljad insats	Var tredje månad, eller vid förändrat behov
Ökad tillgänglighet vid inflytt	Enhetschef Kontaktman Rehab SSK/DSK Anhörig/god man	God bemanning vid inflytt. Samarbete med anhöriga. Kontaktmannen ska vara med den person som flyttar in om det inte är uppenbart olämpligt eller efter anhörigas önskemål.	Inflyttningsdag- önskvärt en vardag	
Teamträff	Enhetschef Rehab SSK Omvårdnadspersonal	Genomgång av behov och insatser enligt gällande rutin för teamträff. Senior alert	Första teamträffen efter inflyttning	Fortlöpande
Uppföljningssamtal	Enhetschef, SSK, Omvårdnadspersonal, Anhörig/god man ev. brukaren	Genomgång av förändrade insatser/genomförandeplan samt samtal om hur de upplevt inflyttningen.	Snarast efter Teamträffen dock senast 8 veckor efter inflyttning.	

BPSD-Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom

VAD	VEM	HUR	NÄR	UPPFÖLJNING
Beslut om BPSD-utredning	SSK/DSK	Genom samråd med berörd personal	När symptom uppmärksammas	En gång per år. Vid behov
Faktainsamling ska göras	Berörda yrkeskategorier kontaktman	Enligt BPSD arbetssätt	Så snart som möjligt alt. vid inflytt	
Symtomanalys ska göras	Berörda yrkeskategorier	Registreringschema minst 1 – 2 veckor Skattning med NPI – NH.	Så snart som möjligt alt vid inflytt	
Registrering/analys i BPSD-registret				
Val av analysmodell/förklaring	Samråd med berörda yrkeskategorier	Gemensamt möte- SSK sammankallar	När symtomanalys samt faktainsamling är färdig	
Åtgärd	Berörda yrkeskategorier Eventuellt läkarkontakt		Efter vald analysmodell/förklaring	
Utvärdering/nyorientering	Berörda yrkeskategorier	Gemensamt möte- SSK sammankallar	Beroende på vald analysmodell/åtgärd	
Dokumentation Uppföljning	Respektive yrkeskategori	Dokumenteras i HSV-journal.	Fortlöpande	

Samverkan med närstående	SSK samt kontaktman	Om möjligt personlig kontakt, i andra hand via telefon.	Fortlöpande under hela processen	
---------------------------------	---------------------	---	----------------------------------	--

Arbetssterapi- och fysioterapi

VAD	VEM	HUR	NÄR	UPPFÖLJNING
Att bevara personens bästa möjliga funktionsförmåga för att kunna delta i och utföra sina önskade och nödvändiga aktiviteter i dagliga livet	Arbetssterapeut fysioterapeut i regional primärvård eller kommunal primärvård	Tidig bedömning av funktionsförmåga och analys av personens ADL i patientens miljö. Sprida kunskap om användning av kognitiva hjälpmedel till anhöriga och personal. Ge tips och råd för att underlätta i vardagen. Förskrivning av individuellt anpassade hjälpmedel. Utformning av träningsprogram.	När man har fått en diagnos Vid hembesök Vid teamträffar	Vid vårdplanering/ uppföljningsmöten Vid förändrat vårdbehov Regelbunden uppföljning enligt föreskrivnings- processen enligt Vårdsamverkan i Västra Götaland
Informations överföring	Annan vårdgivare Arbetssterapeut Fysioterapeut Mellan personalgrupper i kommunal vård	Via informationssystem mellan huvudmän - vårdbegäran Telefonkontakt Meddelandehantering Telefonkontakt Via vård/behandlingsplaner	Vid behov av SoL, HSV insatser Vid förändrat vårdbehov	

Skydds- och begränsningsåtgärder

VAD	VEM	HUR	NÄR	UPPFÖLJNING
<p>Tillgodose brukarens behov av kontinuitet och säkerhet i vården med hänsyn till respekt för brukarens självbestämmande och integritet. Skydds- och begränsningsåtgärder vid uppenbar risk för skada.</p> <p>Följ förvaltningens rutin/riktlinje för användande av skydds- och begränsningsåtgärd</p>	<p>Enhetschef har ett övergripande ansvar för hur skydd och begränsningsåtgärder används på enheten.</p> <p>Sjuksköterska är samordningsansvarig för hälso- och sjukvårdsinsatser.</p> <p>Arbetsterapeut ansvarar för ADL-bedömning, aktivitetsplan samt förskriver bälten, brickbord och sänggrindar.</p> <p>Omvårdnadspersonal utför insatserna enligt genomförandeplan och vårdplan HSV.</p>	<p>Brukarens/patientens samtycke för skydd/begränsning krävs.</p> <p>Vid nedsatt kognitiv förmåga eller kommunikationssvårigheter värderas upplevelsen hos brukaren av åtgärden, se angiven rutin.</p> <p>Riskanalys görs samt beslut fattas och dokumenteras i HSV-journal och SoL.</p> <p>Närstående/god man/förvaltare informeras om åtgärder.</p> <p>Skydd och begränsning förutsätter en aktivitetsplan och kontinuerlig utvärdering av åtgärden.</p>	<p>När det föreligger en uppenbar risk för brukaren att utsättas för skada och när alla andra omvårdnadsåtgärder inte är tillräckliga.</p> <p>Indikation för skydd och begränsning:</p> <p>Återkommande fall</p> <p>Yrsel-, syn- eller balansrubbingar</p> <p>Nedsatt kognitiv- eller kommunikationsförmåga</p> <p>Nedsatt orienteringsförmåga</p>	<p>Vid varje tillfälle för åtgärden och efter individuella behov dock minst 2 gånger/år.</p>

Utbildning-handledning

VAD	VEM	HUR	NÄR	UPPFÖLJNING
Utbildning	Externa föreläsare Demenssamordnare i kommunen. Patientansvarig sjuksköterska	Av enhetschef planerade utbildningar om demens/demensvård Gemensamma utbildningar med andra vårdgivare	Över tid Vid uppföljnings möten på enheterna	Måluppfyllelse Värderas av enhetschef, deltagare
Omvårdnads handledning	Handledare med fördjupad kunskap i demensvård Externt Demenssamordnare i kommunen Sjuksköterska Arbetsterapeut Fysioterapeut Undersköterska	Processinriktad handledning med olika professioner vid planerade möten där händelser och svårigheter diskuteras och förstås Situationsanpassad handledning i omvårdnadsarbetet	Över tid Vid behov	Handledningens innehåll och kvalitet utvärderas en gång/år