

**TILLSAMMANS  
FÖR GOD HÄLSA  
HELA LIVET**

# Samverkansdokument för vård och omsorg vid demenssjukdom i Jämtlands län

Avser region- och kommunfinansierad hälso- och sjukvård i Jämtland  
Härjedalen

<b>Framtagen (forum och datum)</b>	<i>LAG kognitiv svikt vid kommunsamverkan</i>
<b>Beslutad (forum och datum)</b>	<i>Förslag till Fredagsgrupp 260213</i>
<b>Giltighetstid</b>	



## Ändringsförteckning

Datum	Ändring
260213	Nyutgåva

## Innehållsförteckning

Avser region- och kommunfinansierad hälso- och sjukvård i Jämtland Härjedalen .....	1
Bakgrund .....	3
Varför behöver vi samverka? .....	3
Begreppsanvändning.....	3
Utredning.....	4
Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom .....	4
Teamsamverkan vid demenssjukdom .....	5
Insatsförlopp när demensdiagnos ställts .....	6
Förenklad checklista enligt standardiserat insatsförlopp: .....	7
Uppföljning i teamet av behov/insatser .....	8
Utbildning och information .....	8
För den enskilde och anhöriga .....	8
Till allmänheten .....	8
Till verksamheter .....	9
Uppföljning .....	9
Länkar till information gällande demenssjukdom .....	9
Arbetsgruppens deltagare.....	10
Processkarta samverkan .....	11

## Bakgrund

2013 togs beslut i Sociala vård och omsorgsgruppen (SVOM) om ett Samverkansdokument för demensvård- och omsorg i Jämtlands län. Dokumentet följdes upp 2015 och redovisades för Fredagsgruppen och SVOM. Uppföljningen visade att länet kommit en bra bit i implementeringen men förbättringsområden kvarstår.

Förslag till förbättringsområden identifierades. Omfattningen av förbättringsbehoven skiljde sig i de olika länsdelarna. Beslut togs att arbeta vidare med förbättringar. Ansvaret för fortsatt implementering lämnades till de lokala samverkansarenorna. Därefter har ingen uppföljning genomförts.

2021 publicerades Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom för implementering i länen.

2021–2022 genomförde LPO Äldres hälsa en GAP-analys som godkändes av Hälso- och sjukvårdsledningen 221003 och i Fredagsgruppen 221219. GAP-analysen visar på stora GAP. Uppdragsbeskrivningar har därefter tagits fram för tre arbetsgrupper:

- Regionintern arbetsgrupp – Basal utredning vid kognitiv svikt. Klar och godkänd för implementering i Hälso- och sjukvårdsledningen 240604.
- LAG kognitiv svikt kommunsamverkan – uppdragsbeskrivningen godkänd av Fredagsgruppen 221219.
- Kartläggning av specialiserad vård – arbete pågår.

## Varför behöver vi samverka?

Att få en demensdiagnos innebär att få veta att man har en dödlig progressiv sjukdom som påverkar kognitiva funktioner såsom minne, planeringsförmåga, språk, uppfattning av omvärlden, social förmåga och andra kognitiva förmågor. Personer med demenssjukdom, samt anhöriga och närstående, kan leva många år med sjukdomen och ha god livskvalité om de har kännedom om den kognitiva sjukdomen, olika typer av stöd samt erbjuds insatser i form av stöd, vård och omsorg under sjukdomsförloppet. Insatserna ska vara personcentrerade och syfta till att underlätta vardagen och bidra till god livskvalité.

Hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens insatser kompletterar varandra men samordningen brister. Det behövs en samordning där både hälso- och sjukvård och socialtjänst medverkar för att erbjuda och följa upp insatser under hela sjukdomsförloppet.

Detta dokument tydliggör övergången från Basal utredning kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom till Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom.

## Begreppsanvändning

Demenssjukdom är ett samlingsbegrepp för flera primärdegenerativa sjukdomar. Kognitiv sjukdom är ett nyare begrepp för demenssjukdom och därför används båda begreppen i samhället. I detta dokument används begreppet demenssjukdom från ICD

10 eftersom det är främst denna som i nuläget används vid diagnostik inom hälso- och sjukvården.

Personen med demenssjukdom benämns som den enskilde.

Anhörig är en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till. I begreppet anhörig innefattas begreppet närstående, vilket vanligen används inom hälso- och sjukvården.

Med begreppet vård- och omsorgsutförare menas regionen, kommunerna och de privata vård- och omsorgsgivarna.

Med demensteam menar vi ett team i kommunal verksamhet.

Med gränsöverskridande samverkansteam menar vi team i samverkan som består av utsedda funktioner från hälsocentral, kommunala verksamheter och olika lagrum. Team organiseras utifrån lokala förutsättningar.

## Utredning

Basal utredning av kognitiv svikt utförs i regionfinansierad primärvård. [Basal utredning kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom](#). Start 240902. I samband med utredning registrerar hälsocentralen i kvalitetsregistret SveDem. Införandet sker stegvis med stöd av en checklista för införandet.

För enskilda inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård initieras och utförs den basala utredningen av läkare och sjuksköterska som ansvarar för respektive verksamheter. För enskilda som har kommunal hälso- och sjukvård registrerar kommunen i kvalitetsregistret SveDem. Införandet sker stegvis med stöd av en checklista för införandet.

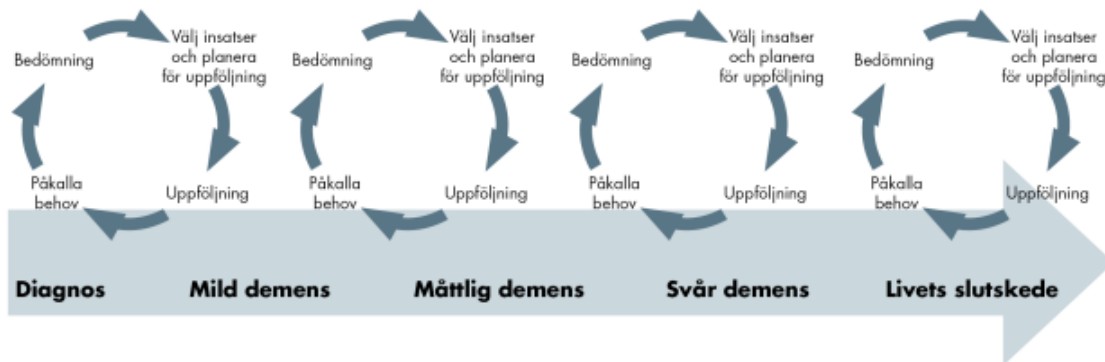
När diagnos sätts inom specialiserad vård ska ett remissvar skickas för kännedom till hälsocentralen så att insatser enligt standardiserat insatsförlopp kan påbörjas.

## Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom

Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom, syftar till att ge hälso- och sjukvården samt socialtjänsten stöd för

- samverkan och ett systematiskt arbetssätt
- att säkerställa att den enskildes och anhörigas behov uppmärksammas och beaktas
- att främja en mer jämlik vård och omsorg och tidiga insatser
- att relevanta aktörer och professioner medverkar för en god vård och omsorg med utgångspunkt i den enskildes behov och önskemål under sjukdomsförloppet.

Modellen är den samma under sjukdomsförloppet men de insatser den enskilde får under demenssjukdomens förlopp kommer vara olika för varje person. Insatsförloppen tillämpas efter en bakomliggande diagnostik med demensutredning.



[Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan \(socialstyrelsen.se\)](http://socialstyrelsen.se)

## Teamsamverkan vid demenssjukdom

*Behov ska uppmärksammas och insatser planeras genom team som arbetar tillsammans mellan region och kommun. Teamet ska besitta medicinsk, rehabiliterande och omvårdnadsmässig kompetens om demenssjukdomar och de kognitiva funktionsnedsättningar dessa ger samt kunskap om socialtjänstinsatser.*

*Varje hälsocentral ansvarar för att det finns utsedd samordnande funktion till exempel sjuksköterska/arbetsterapeut som även är utsedd fast vårdkontakt. Funktionen ansvarar för att sammankalla det gränsöverskridande samverkansteamet. Organiserar utifrån lokala förutsättningar.*

*Varje kommun ansvarar för att det finns ett demensteam och en utsedd funktion till exempel sjuksköterska/arbetsterapeut som är kopplad till det gränsöverskridande samverkansteamet.*

*Varje kommun ansvarar för att biståndshandläggare samt vid behov anhörigstöd kopplas till det gränsöverskridande samverkansteamet.*

*Tid ska avsättas så att teamet regelbundet kan träffas, fysiskt eller digitalt, i syfte att samverka kring nya personer som diagnostiserats med demenssjukdom och kring den enskilde när insatser enligt individuell plan ska följas upp.*

### **Gränsöverskridande samverkansteamets uppdrag:**

- *Bidra till att information finns tillgänglig.*
- *Ta vid efter demensdiagnos med tidiga och förebyggande insatser både för den enskilde och anhöriga/närstående.*
- *Samverka vid uppföljning så att insatser ges vid rätt tid från rätt vård- och omsorgsutförare utifrån den enskildes behov.*
- *Samverka kring utbildning/fortbildning i verksamheterna och information till allmänheten.*

## Insatsförlopp när demensdiagnos ställts

*När den enskilde utretts och demensdiagnos fastställts ska samverkan inledas. Hälsocentralen ansvarar för intern kommunikation mellan läkare och samordnande funktion vid respektive hälsocentral.*

*Utsedd funktion vid hälsocentralen informerar om och registrerar i kvalitetsregistret SveDem samt inhämtar samtycke för samverkan med kommun.*

*Den enskilde lyfts i det gränsöverskridande samverkansteamet. En kartläggning görs där hänsyn tas till eventuella särskilda perspektiv och viktiga områden enligt det standardiserade insatsförloppet*

- *Yngre med kognitiv sjukdom*
- *Intellektuell funktionsnedsättning*
- *Downs Syndrom*
- *BPSD-symtom*
- *Avböjer stöd och hjälp*
- *Ensamboende*
- *Utrikesfödd*
- *Nationell minoritet*
- *Missbruk/beroende*
- *Fallrisk*
- *Våld i nära relationer*
- *Hemlös*
- *Annat det behöver tas hänsyn till.*

*Teamet planerar för hembesök och kommer överens om vem eller vilka som följer upp den individuella planen.*

- *Vid hembesöket inventeras behov utifrån checklista (se nedan).*
- *Information ges om möjliga insatser till den enskilde och anhörig.*
- *Kontaktvägar säkerställs.*
- *Erbjud intyg om nödvändig tandvård och uppsökande munhälsobedömning.*
- *Erbjud SIP.*

Förenklad checklista enligt standardiserat insatsförlopp:

<b>Insatser enligt SOL</b>	<b>Insatser enligt HSL</b>	<b>REHAB</b>	<b>INFO/UTBILDNING</b>
<i>Hemtjänst</i> <i>-serviceinsatser</i> <i>-matlåda</i> <i>-matinköp</i> <i>-personlig hygien</i> <i>-måltidshjälp</i> <i>-andra insatser</i>	<i>Läkemedelsbehandling</i> <i>-egenvård</i> <i>-hjälp</i> <i>- Hälsocentral eller kommun</i> <i>Läkemedelsgenomgång-enkel</i> <i>-fördjupad</i>	<i>Hjälpmedel</i> <i>-kognitiva</i> <i>-övriga</i>	<i>Individanpassad utbildning till</i> <i>Personen</i> <i>Anhöriga</i> <i>Barn/ungdom</i>
<i>Trygghetslarm</i>	<i>Munhälsa</i>	<i>Funktionsbedömning</i>	<i>Färdtjänst</i>
<i>Ledsagning</i>	<i>Nutrition</i>	<i>Aktivitetsbedömning</i>	<i>Bostadsanpassning</i>
<i>Dagverksamhet</i>	<i>Inkontinens</i> <i>Förstopning</i>	<i>Fysisk aktivitet</i>	<i>Brandrisk</i>
<i>Avlastning</i> <i>Växelvård</i>	<i>Risker</i> <i>-undernäring</i> <i>-trycksår</i> <i>-fall</i>		<i>Företräderskap</i> <i>Fullmakter</i>
<i>Särskilt boende</i>	<i>Palliativ vård</i>		
<i>Avlösning i hemmet</i>			
<i>Välfärdsteknik</i>			
<i>Psykosocial insats</i>			
<i>Anhörigstöd</i>			
<b>Insatser enligt LSS</b>			
<i>Ledsagarservice</i>			
<i>Personlig assistans</i>			

## Uppföljning i teamet av behov/insatser

*Tänk på den enskildes delaktighet i både uppföljningar och planering.*

*Uppföljning i teamet initieras av utsedd funktion på hälsocentralen inför läkarbesöket. Den enskilde lyfts i gränsöverskridande samverkansteam och en avstämning görs kring behov, pågående insatser eller åtgärder. Hänsyn tas till eventuella särskilda perspektiv och viktiga områden. Uppföljning ska ske strukturerat, checklistan ska användas som stöd.*

*Den enskilde kallas för läkarbesök på hälsocentralen för uppföljning av Individuell plan.*

*Vid behov eller om den enskilde eller anhörig påtalar ökat eller ändrat behov till hälsocentral eller kommun görs en ny uppföljning av teamet.*

*Enskilda som utretts på annan enhet ska få sin uppföljning i teamet.*

*Om den enskilde övergår till kommunal hälso- och sjukvård överförs ansvaret för samordning, fast vårdkontakt och uppföljning till kommunens sjuksköterska.*

## Utbildning och information

### För den enskilde och anhöriga

*Teamet ansvarar för regelbundet återkommande informationsträffar minst två gånger per år. Förslag på innehåll:*

- kunskap om sjukdomen, dess symptom och förlopp
- bemötande
- hjälpmedel och stödinsatser som finns att få, både från hälsocentral, kommunen och olika organisationer ska förekomma som stöd till anhöriga
- utbildningar på Svenskt Demenscentrum, se länkar nedan
- eventuell lokal information.

### Till allmänheten

*Region och kommuner ansvarar för att det finns samlad information om när enskilda/anhöriga bör kontakta hälsocentralen när någon känner oro för person i sin omgivning.*

- Uppdaterade webbsidor med allmän information till exempel:
  - [1177.se](http://1177.se).
  - [”Glöm inte bort”](#).
  - Länkar till utbildningar på Svenskt Demenscentrum.
- Uppdaterade webbsidor med lokal information till exempel:
  - Kontaktvägar.
  - Information om hur en orosanmälan görs.



## Till verksamheter

*De verksamheter som kan upptäcka enskilda där man misstänker att det finns behov av bedömning/utredning av kognitiv svikt behöver kännedom om kontaktvägar för personal. Tänk särskilt på att sprida information om kontaktvägar till biståndshandläggare, hemtjänst, anhörigstöd och tandvården.*

*Enskilda kan upptäckas via arbetssättet [Trygg och säker hemma](#).*

## Uppföljning

*Uppföljning av arbetssättet säkerställs via gränsöverskridande teamsamverkan (processmått) och resultatet följs med hjälp av utdata från SveDem (effektmått).*

## Länkar till information gällande demenssjukdom

[1177.se](http://1177.se).

[\*"Glöm inte bort"\*](#)

[\*Tidiga tecken för LSS-området\*](#),

[\*Kvalitetsregistret SveDem\*](#)

[\*BPSD-registret\*](#),

[\*Demenslotsen\*](#),

[\*Svenskt Demenscentrum\*](#),

[\*Alzheimerguiden\*](#),

[\*Min Pärm\*](#)

[\*Demens ABC plus anhöriga\*](#)

[\*Kommunikation ABC\*](#)

[\*Mötas i musik\*](#)

[\*FINGER abc\*](#)

[\*Verktygslådan på Svenskt Demenscentrum\*](#).

[\*Att slippa göra resan ensam\*](#)

[\*Nationellt kompetenscentrum anhöriga - NkA\*](#)

## Arbetsgruppens deltagare

*Anette Svensson, Demensförbundet och Storsjöbygdens demensförening*

*Ingela Danielsson, Åre kommun*

*Anna Martinsson, Svegs hälsocentral*

*Sandra Franzén, Härjedalens kommun*

*Marije Books, Fjällhälsan*

*Isabellé Johansson, Järpens hälsocentral*

*Elsy Bäckström, Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen, Region Jämtland Härjedalen*

## Processkarta samverkan

