

**Överenskommelse i Kronobergs län mellan Region
Kronoberg och kommunerna avseende**

**Vård av personer med
misstänkt/diagnosticerad
demenssjukdom**

Giltighetstid: 2024-06-07 – 2027-06-07

Fastställd av: Länets ledningsgrupp

Faktaägare: Demenssamordnare i Region Kronoberg

Berörda verksamheter: Primärvård, somatisk och psykiatrisk öppen- och slutenvård,
Omsorgs- och socialförvaltningar



**Alvesta
kommun**



Lessebo kommun
Lätt att komma hem.



**LJUNGBY
KOMMUN**



**MARKARYDS
KOMMUN**



**REGION
KRONOBERG**



**Tingsryds
kommun**



**Uppvidinge
KOMMUN**



**Växjö
kommun**



**Älmhults
kommun**

Samverkansmål i Kronoberg

Inom ramen för länets tre strategier (Barnens bästa gäller - Kronobarnsmodellen, Strategi för psykisk hälsa och Äldrestrategin), har horisontella behovsnivåer identifierats som gäller oberoende av ålder. Dessa behovsnivåer omfattar omställningen till Nära vård enligt främjande, stödjande och förebyggande åtgärder, liksom krav på en hög grad av samordning och nära samarbete. Dessa aspekter på åtgärder måste alltid beaktas när nya arbetssätt, rutiner och processer utvecklas för att säkerställa att Kronobergarnas behov tillgodoses.

Mål och syfte

Överenskommelsen skall ses som ett arbetsverktyg till att ge kunskap om demenssjukdomar/demensvård. Det skall också bidra till att patienter med misstänkt/diagnosticerad demenssjukdom skall få en kvalitetssäkrad och jämlik diagnostik, vård och omsorg som bygger på vetenskap och evidens.

Syftet är att kunna erbjuda utredning, behandling och stödinsatser för personer med misstänkt/diagnosticerad demenssjukdom, samt stödinsatser för anhöriga/närstående på ett adekvat och samstämmigt sätt.

Definitioner av begrepp

Det finns flera olika typer av demenssjukdom. Några av de vanligaste demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Lewykroppsdemens, frontotemporal demenssjukdom och blanddemens, som innebär att personen har både Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. Demenssjukdom har olika symtom och förlopp beroende på vilken typ av demens personen lider av.

Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen. Symtomen kommer oftast smygande och tilltar efterhand. Typiska tidiga symtom är minnesnedsättningar, koncentrationssvårigheter, lätta språkliga nedsättningar, samt nedsatt orienteringsförmåga.

Vaskulär demens kan debutera plötsligt och har ett trappstegsliknande förlopp. Orsaken är proppar eller blödningar i hjärnan som leder till syrebrist och hjärncellsdöd. Symtomen varierar beroende på vilka delar av hjärnan som är skadade.

Lewykroppsdemens är ett tillstånd med likheter utav både Alzheimers sjukdom och Parkinsons sjukdom. Tidiga tecken kan vara trötthet, nedsatt uppmärksamhet och rumslig orientering. Minnesnedsättningen brukar komma senare. Andra vanligt förekommande symtom är ökad falltendens och synhallucinationer. Tidiga symtom är också symtom som är typiska vid Parkinsons sjukdom, såsom stelhet, begränsad mimik samt ökad salivation.

Frontotemporal demens, kännetecknas av att skadan sitter i främre delen av hjärnan. Förloppet är smygande. Tidiga tecken är personlighetsförändring, bristande omdöme eller nedsatt språklig förmåga, minnet brukar inledningsvis inte vara speciellt påverkat. Sjukdom börjar i regel 50–60 års ålder men kan även börja tidigare.

De vanligaste demenssjukdomarna finns beskrivna på: 1177.se/demenssjukdomar och på Svenskt Demenscentrums hemsida (demenscentrum.se/fakta-om-demens/demenssjukdomarna).

Symtom och kliniska fynd vid demenssjukdom – se kognitiva domäner

Symtom vid kognitiv svikt skiljer sig åt beroende på den underliggande sjukdomen. Vanliga symtom kan delas in enligt följande åtta kognitiva domäner.

1. Uppmärksamhet.
Är den övergripande funktionen för att upprätthålla övriga funktioner. Exempel: svårigheter att hålla tråden i samtal, upprepa telefonnummer eller adresser, huvudräkning, svarslatens och förlängsamman bearbetning.
2. Exekutiva funktioner.
Här ses förmågan att initiera och planera uppgifter, samt utföra dem ändamålsenligt. Exempel: initiativlöshet, svårighet vid komplexa uppgifter (framför allt med flera olika moment) som att betala räkningar, följa bruksanvisningar, handhavande av apparater och kontokortsbetalning.
3. Minne.
Viktigast är att fokusera på förmågan att lagra in och komma ihåg händelser eller samtal som skett nära i tiden (timmar, dagar, veckor). Personen behöver ofta bli påmind. Exempel: upprepning i samtal eller svårigheter att komma ihåg vad som nyss sagts eller skett, passa tider eller veta vilken dag/månad/år det är.
4. Språk.
Delas upp i svårigheter att förstå (impressiv) eller uttrycka sig (expressiv) verbalt. Exempel: svårigheter att förstå instruktioner eller vad andra säger, finna ord (använder omskrivningar eller allmänna termer och floskler) samt stakande i talet och upprepande av vad andra säger.
5. Visuospacial förmåga.
Avser tolkning av synintryck som är viktig för bland annat navigering, rumsuppfattning, igenkänning och många praktiska sysslor. Exempel: svårigheter att hitta i sitt närområde eller i nya miljöer, orientera sin kropp till omgivningen (exempel sätt sig i en stol) och parkera bilen. Ofta försvåras symtomen vid mörker eller skymning.
6. Social kognition.
Avser beteende och personlighetsaspekter. Exempel: omdömessvikt, svårigheter att notera sociala signaler och att läsa ansiktsuttryck, blödighet, känslomässig avflackning, försämrade empati, aggressivitet, bristande insikt, social isolering eller förändrat matbeteende.
7. Neurologiska symtom.
Balanssvårigheter, förlängsamman motorik, tremor, ändrat gångmönster. Exempel: bredspårig gång, små och trippande steg, urininkontinens, dysartri, sväljningssvårigheter eller nedsatt luktsinne.
8. Psykiska symtom.
Nedstämdhet, initiativlöshet, ångest, vanföreställningar, hallucinationer (för syn och hörsel), uttalad dagtrötthet eller utagerande av drömmar (REM-sömnstörning).

Bakgrund

Samhällsutvecklingen medför ökade krav på välfungerande kognitiva funktioner. För den som sviktat kan tillvaron bli svår att bemästra. Oavsett om den kognitiva svikten drabbar en person i arbetsför ålder eller den åldrade individen kan konsekvenserna bli allvarliga. Betydelsen av att i tid uppmärksamma problemet, identifiera underliggande sjukdom och sätta in behandling har gediget vetenskapligt stöd. När patienten utretts, bakomliggande orsak fastställts och relevanta åtgärder vidtagits förbättras oftast livskvaliteten för berörda.

För att ge kronobergarna god, tillgänglig och kvalitetssäkrad jämlik vård av kompetent och kunnig personal har Vårdprogram för demenssjukdomar i Kronobergs län reviderats och ersatts med denna överenskommelse.

Överenskommelsen är framtagen efter Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2010 och 2017 samt Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom 2023 som belyser evidensbaserade, effektiva och utvärderade metoder. Samtliga dokument belyser även vikten av välutbildad personal i ämnet vad jag som patient är i behov av för vård.

I denna överenskommelse används terminologin demens. Kognitiv sjukdom är benämning som kommer att ersätta demensbegreppet. Av kontinuitetsskäl är i denna version av överenskommelse den nyare terminologin ännu inte helt konsekvent genomförd. Den diagnostiska säkerheten av underliggande hjärnsjukdom bör anges som möjlig (uppfyller symtomkriterier) sannolik (även stöd av bio markörer) eller definitiv (vid påvisad genetisk orsak eller PAD).

Detta dokument är en revidering av tidigare lokalt vårdprogram från 2004, reviderat 2007, 2010/2011 och 2019, samt anpassat efter Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom 2023/2024. Arbetsgruppen har bestått av:

- Marita Jonsson, Medicinsk ansvarig sjuksköterska Växjö kommun
- Johan Svensson, Vårdenhetschef Äldrepsykiatriska enheten Region Kronoberg
- Sara Strand, Psykiatrisjuksköterska Äldrepsykiatriska enheten Region Kronoberg
- Kristine Lorentzson, Kvalitetssamordnare Processtöd Region Kronoberg
- Marianne Wirdmo, Demenssamordnare AMK Region Kronoberg

Samverkan

Överenskommelse omfattar hela vårdkedjan i sjukdomsförloppet och gäller oberoende huvudman och driftsform. Att drabbas av demenssjukdom innebär oftast att man är i behov av både insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst vilket då kräver nära och välfungerande samarbete.

Det är av yttersta vikt att samverkan sker mellan olika verksamheter och mellan olika huvudmän och dess olika driftsformer. Arbetet ska bedrivas i nära samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. I de fall en person har behov av både vård- och omsorgsinsatser ska socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillsammans upprätta en Samordnad Individuell Plan, SIP, vilket är ett verktyg i samordningen av personens olika insatser.

Kronobergarnas perspektiv

Kronobergarens perspektiv, åsikter och erfarenheter har beaktats både genom Demensförbundet Växjös ordförande Catherine Bringselius-Nilsson deltagande i införandet av vårdförloppet och vid de regelbundna informationsträffarna för anhöriga och andra intresserade som genomförts i länet.

Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Utredning bör påbörjas vid försämringar av följande:

- Uppmärksamhetsfunktioner
- Visuospåtal funktioner
- Verbala funktioner
- Inlärnings- och minnesfunktioner
- Exekutiva funktioner samt påverkan på att initiera, planera och utföra en handling
- Social kognition

Mål och syfte med utredningen är:

- om personen har en kognitiv svikt och om den beror på en demenssjukdom eller om annan sjukdom orsakar eller bidrar till den kognitiva svikten
- vilka personer som är i behov av en fortsatt utvidgad utredning
- vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad man kan göra för att minimera eller kompensera för dessa.

Kriterier demenssjukdom

För att demensdiagnos ska kunna sättas krävs minnesnedsättning, reduktion av ytterligare minst 1 kognitiv förmåga (tänkande, orientering, förståelse, språk, räkning och inläring), tydlig sänkning från tidigare prestationsnivå, ej samtidigt med konfusion, nedsättning av emotionell kontroll eller motivation alternativt förändrat socialt beteende. Symtomen skall ha funnits minst i 6 månader. Besvaren skall ha varit utav den grad att det dagliga livet är påverkat. För att demensdiagnos ska kunna ställas krävs kriterier enligt ICD 10, se Svenskt Demenscentrum (demenscentrum.se/fakta-om-demens/utredning-diagnos/diagnoskriterier).

Utredning

Utredning av kognitiva funktioner delas in i två nivåer. Vanligtvis görs endast basal utredning för att fastställa/utesluta demenssjukdom, men i vissa fall krävs utvidgad utredning.

- Basal utredning
- Utvidgad utredning

Vid misstanke om demenssjukdom är det viktigt med en snabb och adekvat medicinsk utredning för att bedöma den kognitiva förmågan och om möjligt fastställa eller utesluta demenssjukdom utav personal med kompetens inom området.

All vård och omsorg kring personen med misstänkt/demenssjukdom skall ske med ett personcentrerat förhållningssätt, i dynamiska multiprofessionella team och i samverkan oberoende huvudman. Från misstanke om kognitiv svikt till vård i livets slutskede.

Skörhet

Alla som diagnosticeras med någon form av demensdiagnos skörhetsskattas enligt CFS-9, vilket innebär en siffra med kommentar. För Region Kronoberg och länets kommuner finns den medicinska riktlinjen Skörhet, primärvård och kommunal sjukvård.

Personcentrerad omvårdnad

Med personcentrerad omvårdnad menas att personen och inte misstänkt demens eller demenssjukdomen sätts i fokus. Vården och vårdmiljön bör göras personlig samt att man som personal har kunskap om personens levnadsvanor, värderingar, prioriteringar och bemötas med respekt. Personen ses som en aktiv och delaktig samarbetspartner och att som personal bekräftar dennes upplevelse av världen.

Multiprofessionellt team

För att kunna ge förutsättningar till en god vård och omsorg vid misstänkt demens eller demenssjukdom är det nödvändigt att den samlade kompetensen tas tillvara. Ett multiprofessionellt arbetssätt som är dynamiskt och förändras över tid ska tillämpas under hela vårdförloppet. Oftast är det läkare och sjuksköterska som personen först har kontakt med, men

allteftersom personens behov av vård förändras tilltar behovet av andra professioners kunskap och insatser. Ett multiprofessionellt arbetssätt krävs för att ge bättre förutsättningar till att ge en mer heltäckande vård och omsorg med ambitionen att tillgodose personens behov utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Basal utredning

Primärvården utreder misstänkta demenssjukdomar. Sakkunnig och omsorgsfull kognitionsdiagnostik förutsätter att adekvat tid avsätts vid flera tillfällen och inom ramen för vårdförlopp och teamarbete. Under hela sjukdomsförloppet har sjuksköterskan (först i regionens regi och sedan i kommunal regi), med stöd av läkare, en central roll för att fånga problemområden och koppla in lämpliga professioner när behov uppstår.

Basal utredning ser ut enligt följande:

- Somatiskt status, inklusive neurologstatus, Ekg, vikt och längd.
- Psykiskt status, bedömning och värdering av symtom.
- Laboratorieundersökningar. Syftar till att utesluta andra sjukdomar. Nedan bör ingå, vid behov bör ytterligare kompletterande prover tas utifrån anamnes och status. Blodstatus, Elektrolytstatus inkl. kreatinin, Glukos, Joniserat/fritt kalcium, PETH/CDT. Samt prover för att utesluta: Störd sköldkörtelfunktion och B12/folatbrist (Blodstatus, P-glukos, elektrolytstatus, leverstatus, TSH +T4 fritt, kobolamin, Folat, SR.)
- CT hjärna.
- Genomgång av aktuell läkemedelsbehandling. Använd exempelvis symtomskattningsskalan PHASE-20 (Pharmacotherapeutical Symptom Evalution, 20) Phase-20.
- Anamnes genom strukturerad intervju från patient och närstående. För anamnesupptagning eller Neurokognitiv/psykogeriatrisk symptomenkät används checklisten Utredning av kognitiv svikt i primärvården, se bilaga 1.

Nedanstående frågeställningar bör finnas i anamnesen och kartlagts:

Tidigare/nuvarande sjukdomar. Inkluderat somatiska och psykiska. Exempel: utsatt för lösningsmedel? narkos? skalltrauma? diabetes? Hjärt- och kärlsjukdom? borrelia? smärtproblematik? psykiatrisk ohälsa? Depressiv? annan sjuklighet?

- Notera sömn, syn, hörsel, längd, vikt
- Legalia. (Exempel: Körkort, vapen, god man)
- Hereditet
- Sociala förhållanden. (Exempel: tidigare utbildning och arbete, bostadsförhållande, familj, finns barn under 18 år?, intresse, Sol insatser)
- Bruk av tobak, alkohol eller andra substanser
- Våld i nära relationer.

Aktuell status/symtom

- När, hur började symtomen? Progress?
- Minne, uppmärksamhet, visuospatial förmåga, social kognition, apraxi, språkliga funktioner, exekutiva funktioner, psykiska symtom, neurologiska symtom.

- Strukturerad utredning av funktions-och aktivitetsförmågan. (Fråga om den kognitiva svikten lett till nedsatt funktionsförmåga.)
- Fokusera på eventuell försämrad förmåga, jämfört med tidigare, och huruvida denna försämring skiljer sig i progressionshastighet och grad jämfört med ett förväntat normalt åldrande.

Kognitiv testning

Nedanstående tester rekommenderas:

- MMSE-NR3
- Klocktest
- RUDAS
- Depressionsbedömning. GDS-15

Eventuell kompletterande kognitiv testning:

- MoCa test
- AQT

Den samlade informationen från utredningen ligger till grund för diagnos och fortsatt handläggning av ärendet. Ställningstagande till hjälpmedel exempelvis kognitionshjälpmedel, inkontinensskydd ska tas.

Efter basal utredning

- Informera om resultatet av utredningen vid ett personligt möte, gärna tillsammans med någon anhörig/närstående.
- Ställningstagande till utvidgad utredning.
- Behandla eventuell depression och/eller annan behandlingsbar sjukdom.
- Ge information om aktuell diagnos både muntligt och skriftligt.
- Ställningstagande till läkemedelsbehandling vid diagnosticerad demenssjukdom. Se avsnitt Psykiatri- äldre Region Kronoberg rekommenderade.
- Identifiera och initiera individanpassade stödinsatser både till personen med demenssjukdom och anhörig/närstående. Här beaktas minderåriga barn, annan kulturell bakgrund, etc.
- Registrera i kvalitetsregister. Efter information och samtycke registreras patienten i Kvalitetsregister SveDem (Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar). Dokumentation i journal.
- Efter information sker behovsprövat stöd enligt Socialtjänstlagen och LSS-lagen genom ansökan från patienten hos biståndshandläggare/myndighetshandläggare.
- Ställningstagande till fortsatt vapen- och körkortsinnehav. Vid osäkerhet gällande körkortslämplighet remittera till Trafikmedicinsk enhet inom Region Kronoberg.
- Ställningstagande och dialog till God man. Socialstyrelsens läkarintyg.
- Vid misstanke om begynnande demenssjukdom men patienten uppfyller inte kriterier för demenssjukdom, fortsatt planering med ny bedömning om 6–9 månader.
- Ställningstagande till intyg för Nödvändig Tandvård. Förskrivare är legitimerad personal som har förskrivningsrätt för detta intyg. Region Kronobergs blankett.

- Ställningstagande till intyg för färdtjänst. Medicinskt underlag till Länstrafiken.
- Ställningstagande till SIP, vårdplan, fast vårdkontakt och hemvårdsplan. Om patienten behöver insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska en samordnad individuell plan så kallad SIP upprättas.

Uppföljning av demenssjukdom

Syftet med uppföljningen är att bedöma sjukdomens progress och dess konsekvenser för att därigenom fortlöpande erbjuda individanpassade stödinsatser. Uppföljningen sker genom anamnestiskt samtal med patient/anhörig/närstående/personal samt bedömning med tester. Uppföljning av demenssjukdom sker minst en gång per år/vid behov tätare. Insatt läkemedel ska följas upp efter cirka två - tre veckors behandling för toleranskontroll och ställningstagande till dosjustering.

Beakta följande parametrar vid uppföljning för att det skall leda till personcentrerad vård och omsorg.

- Psykisk/kognitiv bedömning. BPSD?
- Funktionsmässig bedömning. ADL, hem och hushållets skötsel, körkortslämplighet etc.
- Social bedömning. Individanpassat stöd? Personcentrerade insatser?
- Fysisk/medicinsk bedömning. Nyttillkomna sjukdomar och läkemedel? Motorisk förändrad?
- Existentiell bedömning. Hur upplever man sin egen sjukdom? Sorg, rädsla, ensamhet, samtal och stöd

Uppföljning sker initialt i primärvårdens regi. Därefter i samverkan och överenskommelse. Som stöd finns Region Kronobergs checklista Uppföljning av demenssjukdom i primärvården, se bilaga 2, och Svenskt Demenscentrums utvärderingsmall.

Utvidgad utredning

Utvidgad utredning genomförs på äldrepsykiatriska enheten, i de fall en basal utredning inte varit tillräcklig eller det finns andra komplicerande omständigheter för att fastställa diagnos. Det kan också handla om misstanke om mer ovanlig kognitiv sjukdom, hastigt progressivt förlopp.

I remiss för utvidgad utredning noteras patientens egen inställning till utvidgad utredning. I remissen ska anges:

- Resultatet av komplett basal utredning.
- Tydlig frågeställning och eventuella bakomliggande/komplicerande orsaker.

Utvidgad utredning ser ut enligt följande:

- Neuropsykologisk bedömning.
- MR- hjärna.
- Analys av biomarkörer i likvor.
- Funktionell FDG-PET (flourodeoxyglykos positronemissionstomografi).
- Mätning av dopamintransportsystemet i hjärnan med SPECT.
- Specialiserad språklig bedömning.
- Specialiserad bedömning av motoriska funktioner.

- Fördjupad funktions och aktivitetsbedömning.

Utvidgad demensutredning vid Downs syndrom

Patient med Downs syndrom där misstanke om demensutveckling noterats remitteras direkt till vuxenhabiliteringen.

Efter utvidgad utredning

Efter genomförd utredning och eventuell behandling återremitteras patienten för uppföljning, enligt överenskommelsen, i primärvården.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD

Under sjukdomens progress drabbas 9 av 10 personer med demenssjukdom av BPSD. I första hand krävs att identifiera och strukturerat kartlägga eventuella bakomliggande orsaker, såsom somatiska, psykosociala eller miljöfaktorer. Notera att Konfusion är ett allvarligt tillstånd som obehandlad kan leda till döden. Lämpliga åtgärder kan vara att använda BPSD- register (dess oroschema), recept på ”Säröbomb”, lokala riktlinjer för depression och konfusion.

Kommunal vård och omsorg

När personen fått demensdiagnos bör hälso- och sjukvårdspersonal erbjuda och i samråd med patienten (samtycke krävs) förmedla kontakt med kommunal demenssjuksköterska och/eller biståndshandläggare/ myndighetshandläggare.

Det kan behövas olika typer av stöd i vardagen som är anpassade till den enskilde och dennes individuella behov. För dessa aktiviteter har kommun huvudmanansvar för. Behovsprövat stöd enligt Socialtjänstlagen och LSS-lagen sker genom ansökan från patienten hos biståndshandläggare/myndighetshandläggare. Exempel kan vara avgiftsfri avlösning, hemtjänstinsatser, matdistribution, dagverksamhet, växelvård/korttidsvård eller särskilt boende.

Levnadsberättelse

Personal behöver få kunskap och information om den sjuke. Genom att använda levnadsberättelsen handlar det om att ta hänsyn till händelser både i förfluten- och nutid. Viktig funktion i progressivt arbete för att förebygga BPSD.

Levnadsvanor

Ge individanpassad och motiverande information gällande levnadsvanor/livsstil inkluderat kost, rökning, droger, alkohol och fysisk aktivitet.

Riskbedömning

Personer med demenssjukdom bör alltid strukturerat riskbedömas vad gäller somatiskt, psykiskt och socialt status.

Skydds/tvångs och begränsningsåtgärder

Det finns inget lagligt stöd för att använda tvång eller begränsningar inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Strukturerad kartläggning av svåra situationer bör upprättas och bemötandepplan utformas.

Anhörig/Närstående

Att vara närstående till en person med demenssjukdom innebär en stor omställning och medför vanligen en ökad belastning. Arbetet med stöd till anhöriga/närstående omfattar alla verksamheter, oberoende huvudman.

Våld i nära relationer

Upptäckten av våld mot äldre kan försvåras av att tecken kan misstas för uttryck för normalt åldrande. En begynnande kognitiv sjukdom och/eller stereotypa generationsbaserade föreställningar att äldre inte kan vara våldsutsatta. Den vanligaste formen av våld mot äldre är försummelse. Det vill säga medveten eller omedveten förmåga hos vårdgivare att ge tillräckligt god omvårdnad. Det kan till exempel handla om fel medicinering, bristande hygien, avsaknad av förflyttningshjälp och/eller bristande nutrition. Äldre personer kan även utsättas för alla former av våld som drabbar andra åldersgrupper, som ekonomiskt utnyttjande, fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld. Våldsutövaren kan vara tidigare eller nuvarande partner, vuxna barn, släktingar eller relationer som är baserade på vänskap.

Våld kan också utövas av den sjuke riktat mot anhörig/närstående. Dokumentation gällande våld dokumenteras i cosmetics separata mall.

Kognitiva hjälpmedel och välfärdsteknik

Syftet är att ge personer med demenssjukdom stöd för minnet, öka tryggheten, öka eller bibehålla självständigheten och aktivitetsförmågan. Demensansvarig sjuksköterska/arbetsterapeut informerar och vägleder. Se vidare om hjälpmedel på Region Kronobergs vårdgivarwebb och 1177 – Att få ett hjälpmedel.

Palliativ vård

Tidig palliativ fas ses vid demens under flera år. Livets sista tid ska vara väl planerad, dokumenterad och ha en hög omvårdnads kvalitet och följa rutiner vid palliativ vård.

Kvalitetsregister

Används i syfte att skapa bättre förutsättningar till jämlik, effektiv och evidensbaserad vård oberoende var i vårdkedjan man befinner sig.

- SveDem
- BPSD

Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer

En förutsättning för att kunna följa indikatorer är registrering i kvalitetsregister. Indikatorerna är framtagna nationellt vilket ger möjlighet till jämförelse både lokalt, regionalt och nationellt.

Indikator 1. Deltagande i kvalitetsregister (SveDem och BPSD- register)

Indikator 2. Tid från remiss eller kontaktdatum till utredningsstart (specialiserad vård)

Indikator 3. Tid från utredningsstart till diagnos (specialiserad vård och primärvård)

Indikator 4. Andel personer med demenssjukdom med demensdiagnos.

Indikator 5. Andel personer med demensdiagnos som genomgått en fullständig basal demensutredning.

Indikator 6. Andel personer med Alzheimers sjukdom som behandlas med demensläkemedel.

Indikator 7. Andel personer i särskilt boende som genomgått en läkemedelsgenomgång under de senaste 12 månaderna.

Indikator 8. Andel personer med demenssjukdom som följs upp minst 1 gång per år.

Indikator 9. Andel personer i särskilt boende som behandlas med antipsykotiska läkemedel.

Indikator 10. Andel kommuner med samordningsfunktioner i form av demensteam*.

Indikator 11. Andel kommuner med tillgång till demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion*.

Indikator 12. Andel demensboenden/hemtjänstverksamheter med omsorgspersonal som genomgått längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demens*.

Indikator 13. Andel demensboenden/hemtjänstverksamheter som erbjuder sin personal regelbunden handledning*.

Indikator 14. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom.

Indikator 15. Andel personer med demenssjukdom som beviljats dagverksamhet.

Indikator 16. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens utformande.

Indikator 17. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har individuella miljöbeskrivningar inkluderade i genomförandeplanen.

Indikator 18. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har strategier för bemötande dokumenterade i genomförandeplanen.

Indikator 19. Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har erbjudits personcentrerade aktiviteter utifrån genomförandeplanen under senaste veckan.

Indikator 20. Andel personer med demenssjukdom där vården initierat stöd till anhöriga i samband med demensutredning.

Indikator 21. Andel kommuner med korttidsboenden som är enbart avsedda för personer med demenssjukdom.

* Beskrivning av indikatorerna finns i Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2018.

Rutiner, riktlinjer och avtal

Följande rutiner, riktlinjer och avtal inom demenssjukdomar finns i Kronobergs län:

Överenskommelse gällande samverkan inom hemsjukvård i Kronobergs län 2022–2023.

Gemensam strategi för äldre i Kronoberg 2017–2025. En strategi för god samordning mellan kommuner och Region Kronoberg med individen i fokus. Strategin ska skapa en gemensam grundplåt för fortsatt strävan efter bästa möjliga hälsa, samt vård, omsorg och rehabilitering för den äldre befolkningen i länet.

Gemensam handlingsplan för äldre i Kronoberg 2018–2025. En handlingsplan om hur vi tar Kronobergs gemensamma äldre strategi till handling. Ska skapa förutsättningar för ökad samverkan och strukturförändringar över organisationsgränserna och därmed skapa mervärde för den äldre befolkningen i Kronobergs län.

Vårdöverenskommelse mellan vårdcentralerna och specialiserad vård. Giltig t.o.m: 2026-03-31.

Läkemedelsrekommendation vid olika typer av demenssjukdomar.

Region Kronoberg rekommenderade läkemedel vid demenssjukdom 2024.

Skörhet, primärvård och kommunal sjukvård, medicinsk riktlinje. Giltig t.o.m: 2026-05-09.

Bilaga

1. Checklista: Utredning av kognitiv svikt i primärvården. Giltig t.o.m: 2025-12-19.
2. Checklista: Uppföljning av demenssjukdom i primärvården. Giltig t.o.m: 2025-03-01.