

# Lokalt program för samordnad vård och omsorg kring personer med demens/kognitiv nedsättning samt stöd till deras anhöriga

Upprättad av:

Sundbybergs stad

Hallonbergens Vårdcentral

Helsa Vårdcentral

Rissne Vårdcentral

Primärvårds rehab i Sundbyberg

Minnesmottagningen Jakobsbergs sjukhus

Lokalt program för samordnad vård och omsorg kring personer med demens/kognitiv nedsättning  
samt stöd till deras anhöriga



Titel: Lokalt program för samordnad vård och omsorg kring personer med demens/kognitiv nedsättning samt stöd till deras anhöriga

Författare: Upprättad av:

Sundbybergs stad

Hallonbergens Vårdcentral

Helsa Vårdcentral

Rissne Vårdcentral

Primärvårds rehab i Sundbyberg

Minnesmottagningen Jakobsbergs sjukhus

Omslagsbild: Lars Lisasson

Grafisk form: ETC Kommunikation AB

Tryckeri: Modin

ISBN: [Klicka här och skriv]

© Sundbybergs stad

Östra Madenvägen 4 · 172 92 Sundbyberg

08-706 80 00 · [info@sundbyberg.se](mailto:info@sundbyberg.se) · [www.sundbyberg.se](http://www.sundbyberg.se)

## Förord

För att underlätta arbetet med samverkan kring personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom i Stockholms län har Storstockholm tillsammans med Region Stockholm (hädanefter kallad "regionen") under 2012 arbetat fram en överenskommelse som gäller samtliga kommuner och regionen.

Utgångspunkten har varit att skapa samverkan utifrån befintliga resurser, kompetens och uppdrag.

I Sundbyberg har det sedan 2013 funnits ett lokalt samverkansavtal mellan Sundbybergs stad, primärvården och primärvårds rehab i Sundbyberg samt minnesmottagningen på Jakobsbergs geriatriken.

Till grund för samverkansöverenskommelsen ligger Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Hälso- och sjukvårdslagen, regionalt vårdprogram 2019 kognitiv sjukdom samt lokala rutiner i verksamheterna.



# Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Kognitiv nedsättning / Demenssjukdom</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Samverkan i fyra faser från utredning till uppföljning</b>	<b>9</b>
3.1	Tidig upptäckt	9
3.2	Utredning/diagnos - basal - utvidgad	9
3.3	Behandling/omvårdnad	9
3.4	Uppföljning	9
<b>4</b>	<b>Ansvar Sundbybergs stad och Region Stockholm</b>	<b>11</b>
4.1	Ansvarsområden för Region Stockholm	11
4.2	Vårdcentralerna/primärvården	11
4.3	Kognitiv mottagning/Minnesmottagning	11
4.4	Primärvårdens rehabilitering	11
4.5	Ansvarsområden för Sundbybergs stad	12
4.6	Biståndsbedömning av insatser	12
4.7	Demensteamet	12
4.8	Anhörigstöd	13
<b>5</b>	<b>Gemensamt ansvar – Sundbybergs stad och Region Stockholm</b>	<b>14</b>
5.1	Samordnad individuell plan (SIP)	14
5.2	Våld mot äldre	14
5.3	Fortbildning av medarbetare	14
5.4	Gemensam samverkan Sundbybergs stad och Regionen	14
<b>6</b>	<b>Kontaktuppgifter</b>	<b>15</b>
6.1	Region Stockholm	15
6.2	Sundbybergs stad	15
<b>7</b>	<b>Länkar och källhänvisningar</b>	<b>16</b>



## 1 Inledning

Samverkan mellan Sundbybergs stad och Region Stockholm är en förutsättning för att lyckas att ge stöd, vård och omsorg vid rätt tid, på rätt sätt och i rätt omfattning utifrån individuella behov.

Syftet med detta samverkansavtal är att tydliggöra arbetsformer och ansvarsfördelningen mellan berörda aktörer. Ett annat syfte är också att säkerställa en god kvalitet i vård- och omsorg kring personer med kognitiv sjukdom och ge stöd till deras anhöriga. Samverkan ökar möjligheterna till en gemensam helhetssyn på personens situation genom att ta till vara allas kunskap, kompetens och erfarenheter.

## 2 Kognitiv nedsättning / Demenssjukdom

Enligt uppgifter från nya nationella riktlinjer för "Vård och omsorg vid demenssjukdom" (2017) så beräknas ca 150 000 personer i Sverige ha en demenssjukdom. Förekomsten av demenssjukdom stiger med ökande ålder.

Demenssjukdom är en form av kognitiv nedsättning som beror på specifika sjukdomsförändringar i hjärnan. För att den kognitiva nedsättningen ska uppfylla kriterierna för demenssjukdom ska den kognitiva nedsättningen vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas och den kognitiva funktionen ska vara sänkt jämfört med tidigare nivå. Att vara uppmärksam på tecken som kan vara en begynnande demenssjukdom är viktigt.

Demenssjukdomar hör till gruppen folksjukdomar och är vanliga i de högre åldrarna, men förekommer även hos yngre personer. I demensbegreppet ingår att störningen skall ha uppkommit i vuxen ålder och att den innebär en långdragen och omfattande nedgång i intellektuell, känslomässig och praktisk kapacitet jämfört med hur personen varit tidigare. Allt eftersom sjukdomen fortskrider får den enskilde svårare att klara de dagliga aktiviteterna och behöver stöd med olika insatser.

Då demenssjukdom inte går att bota syftar insatser inom vård- och omsorg till att lindra symtom, funktionsbevara, underlätta vardagen, samt upprätthålla livskvalitet i sjukdomens olika skeden.

Enligt regionalt vårdprogram 2019 ska kognitiv sjukdom i likhet med demenssjukdom ses som en beskrivning av funktionsnivån snarare än en specifik sjukdom. Begreppet kognitiv sjukdom tar ett större grepp och sätter den kognitiva nedsättningen i fokus.



### 3 Samverkan i fyra faser från utredning till uppföljning

Samverkan mellan olika verksamheter inom Sundbybergs stad och Regionen är nödvändig i de fyra faserna:

- upptäckt
- utredning/diagnos
- förebyggande insatser/behandling/ omvårdnad
- regelbundna uppföljningar

Samsyn kring personen möjliggör en personcentrerad vård och omsorg med olika insatser från vårdcentral, primärvårdsrehab, minnesmottagning och kommunal socialtjänst/äldreomsorg.

All samverkan har som grund att det finns någon form av samtycke från den enskilde.

#### 3.1 Tidig upptäckt

Att vara uppmärksam och reagera på tecken som kan vara en begynnande demenssjukdom är av stor betydelse. Det som tolkas som tidiga tecken kan bero på andra orsaker än en demenssjukdom och det är därför viktigt att en person får kontakt med hälso- och sjukvården för att kunna utredas för sina symtom. Vid misstanke om demenssjukdom ska de olika aktörerna verka för att en utredning kan initieras inom primärvården.

#### 3.2 Utredning/diagnos - basal - utvidgad

I första hand ska en basal demensutredning göras av vårdcentralen och primärvårdsrehab. Om den basala utredningen inte räcker för att fastställa om en person har en kognitiv nedsättning (demenssjukdom) behöver en utvidgad demensutredning göras för att fastställa diagnos. I regionen är det kognitiva mottagningarna/minnesmottagningarna som gör den utvidgade utredningen, efter remiss från till exempel personens husläkare.

Primärvård och/eller kognitiv mottagning/minnesmottagning bör i förekommande fall erbjuda symtomlindrande läkemedelsbehandling mot kognitiva symtom till personer med vissa demenssjukdomar såsom Alzheimers sjukdom och Lewykroppsdemens som regelbundet följs upp.

#### 3.3 Behandling/omvårdnad

Vård och omsorg bör vara personcentrerad, det vill säga att det är personen som ska vara i centrum och inte sjukdomen. Allt arbete bör ske multiprofessionellt i team.

Det är vårdcentralen/hemsjukvården samt primärvårdsrehab som ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatserna för personer med demenssjukdom som bor hemma.

Sundbyberg stad ansvarar för omsorgsinsatser i hemmet i form av hemtjänst, avlösare för anhängvårdare, dagverksamhet och särskilda boendeformer.

Hemtjänsten är betydelsefull, då de kan upptäcka kognitiv nedsättning hos sina kunder i tidigt skede.

När person blivit beviljad äldreboende och flyttat in ansvarar boendet för hälso-och sjukvård samt omvårdnad.

Boendet ansvarar för att följa upp Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) regelbundet minst en gång per år.

Både Sundbyberg stad och regionen ansvarar för stödinsatser till anhöriga.

### 3.4 Uppföljning

Minst en gång per år ska Sundbyberg stad och regionen göra uppföljningar. Uppföljningarna bör gälla läkemedelsbehandling, kognition, funktionsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar och beviljade biståndsinsatser. Syftet är att utvärdera effekten av insatta åtgärder, lindra symtomen och i möjligaste mån kompensera för den funktionsnedsättning som demenssjukdomen medför.

## 4 Ansvar Sundbybergs stad och Region Stockholm

Sundbybergs stad och regionens vård och omsorg ska inriktas på att kommunens invånare med demenssjukdomar får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Här nedan följer en beskrivning av de olika aktörernas ansvarsområden för invånare i Sundbybergs stad.

### 4.1 Ansvarsområden för Region Stockholm

Personer med en kognitiv funktionsnedsättning har ökad risk att drabbas av ohälsa. Regionen har i uppdrag att svara för förebyggande hälso- och sjukvård och följa upp dessa insatser.

### 4.2 Vårdcentralerna/primärvården

Kontakt med vårdcentral i syfte att få en medicinsk bedömning kan tas av den enskilde, anhöriga, demensteam, biståndshandläggare, utförare av hemtjänst eller rehabiliteringen.

Vårdcentralerna ansvarar för den basala demensutredningen enligt Vård i Storstockholm (Viss).

Utredningen ska innefatta sjukhistoria, anhörigintervju, bedömning av fysisk och psykiskt tillstånd, kognitiva test, aktivitets- och funktionsbedömning, datortomografi och blodprover. Vid behov konsulteras minnesmottagning/kognitiva mottagning för utvidgad utredning.

Efter avslutad utredning skickas efter samtycke ett diagnosintyg till Sundbybergs stads biståndshandläggare med kopia till demensteamet.

- Om personen är 65 år eller äldre skickas diagnosintyget till myndighetsenheten på äldreförvaltningen.
- Om personen är yngre än 65 år skickas diagnosintyget till mottagningsenheten på social- och arbetsmarknadsförvaltningen.

Intyget ska också innehålla uppgifter om personen önskar kontakt med Sundbybergs stads biståndshandläggare och/eller demensteamet. Vid behov så skickas läkarintyg för färdtjänst.

Görs bedömningen att det finns behov av insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (LSS) vid pågående utredning eller vid uppföljning görs en anmälan till Sundbybergs stads biståndshandläggare.

### 4.3 Kognitiv mottagning/Minnesmottagning

Kognitiva mottagning Solna ansvarar för personer under 65 år och Minnesmottagning Jakobsberg för personer över 65 år. I uppdraget ingår att utföra utvidgad minnesutredning enligt Viss efter remiss från

husläkare. Mottagningarna har också ett konsultativt uppdrag mot primärvården, vilket innebär stöd och handledning till primärvården.

Efter avslutad utredning skickas efter samtycke ett diagnosintyg till Sundbybergs stads biståndshandläggare med kopia till demensteamet.

- Om personen är 65 år eller äldre skickas diagnosintyget till myndighetsenheten på äldreförvaltningen.
- Om personen är yngre än 65 år skickas diagnosintyget till mottagningsenheten på social- och arbetsmarknadsförvaltningen.

Intyget ska också innehålla uppgifter om personen önskar kontakt med Sundbybergs stads biståndshandläggare och/eller demensteamet. Vid behov skickas läkarintyg för färdtjänst.

Minnesmottagningen ansvarar för uppföljning inklusive läkemedelsbehandling av personer med diagnos Levy Body Demens och Frontallobsdemens.

#### 4.4 Primärvårdens rehabilitering

Ansvarar för rehabiliteringsinsatser och hjälpmedelsförskrivning för personer i ordinärt boende. Här arbetar arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, dietist och kiropraktor. De har både mottagningsbesök samt hemrehabiliteringsteam. Ingen remiss krävs. Även dietisten gör hembesök. Medverkar genom aktivitetsbedömning vid minnesutredningen efter remiss från vårdcentralen. Arbetar förebyggande kring fall genom bedömning och träning. Arbetar med anpassningar och med hjälpmedelsutprovning. Kan vara på plats hemma hos patienten inom 24 timmar efter utskrivning från sjukhusvård för att om möjligt undvika återinskrivning på sjukhus. Finns med i vårdkedjan från basal utredning till den enskilde flyttar in på äldreboende.

Primärvårdsrehabiliteringen utför aktivitetsbedömning t. ex i samband med utredning samt kan förskriva hjälpmedel och ge stöd i strategier i vardagen, se över boendemiljön samt vara behjälplig med intyg vid behov av bostadsanpassning. De kan även exempelvis ge stöd vid behov av träning, fallförebyggande rådgivning samt i frågor kring nutrition.

#### 4.5 Ansvarsområden för Sundbybergs stad

Varje kommun ansvarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver.

#### 4.6 Biståndsbedömning av insatser

Biståndshandläggare utreder den enskildes behov av och rätt till hjälp och stöd från staden. Det kan handla om olika insatser ex. hemtjänst, dagverksamhet eller särskilt boende. Biståndshandläggare följer upp hur stödet fungerar minst en gång per år och om den enskildes behov ändras beslutas vilka förändringar som ska göras i stödet.

Inom Sundbyberg stads ansvarsområde ingår även färdtjänst/riksfärdtjänsthandläggning och bostadsanpassning.

#### 4.7 Demensteamet

Sundbybergs Demensteam samordnar insatserna kring personer med kognitiv nedsättning/demenssjukdom.

Demensteamet är sammankallande till samverkansmöten samt initiativtagare till revidering av samverkansavtalet. Därutöver har berörda enheter kontakt med varandra när behov uppstår.

Demensteamet samarbetar med stadens anhörigstrateg och privata vårdgivare samt med regionen, olika intresseorganisationer och myndigheter.

#### 4.8 Anhörigstöd

Demensteamet anordnar anhörigträffar. Olika gäster bjuds in till träffarna för att informera om vilka insatser och stöd som finns att tillgå för personer med kognitiv nedsättning/demenssjukdom samt vilket stöd anhöriga kan erhålla.

Sundbybergs stad ska erbjuda stöd för att underlätta för anhöriga som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller har en funktionsnedsättning. Stödet kan innebära träffpunkter, utbildning och psykosocialt stöd som ska vara anpassat efter ålder även avlösning och växelvård finns.

Begreppen *anhörig* och *närstående* definieras enligt socialstyrelsens bestämmelser. Med anhöriga menas personer som vårdar eller stödjer närstående. Närstående är den som tar emot omsorg, vård och stöd.

Anhörigstöd kan minska depression och stress samt förebygga ohälsa och öka livskvaliteten hos anhöriga och närstående. De positiva effekterna av stödet tycks kunna förstärkas om det erbjuds tidigt i sjukdomsförloppet.

Anhöriga erbjuds stöd både från Sundbybergs stad och regionen.

## 5 Gemensamt ansvar – Sundbybergs stad och Region Stockholm

### 5.1 Samordnad individuell plan (SIP)

SIP är ett viktigt verktyg inom socialtjänst och hälso- och sjukvård för att samordnande insatser ska kunna ske på ett effektivt och sammanhållet sätt. När en person har behov av insatser både från socialtjänst och hälso- och sjukvård ska parterna tillsammans med den enskilde upprätta en individuell plan om inte den enskilde motsätter sig detta.

Den personal som uppmärksammar eller får kännedom om att den enskilde har behov av en SIP ska ta initiativ till att en sådan upprättas.

### 5.2 Våld mot äldre

Oavsett ålder kan personer som vården möter vara utsatta för våld av närstående. För att detta ska kunna upptäckas så tidigt som möjligt behöver personer som arbetar med äldre först och främst få kunskaper om hur man känner igen tecken på våld. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ställer krav både på socialtjänst och hälso- och sjukvård att kunna erbjuda våldsutsatta personer stöd och hjälp.

### 5.3 Fortbildning av medarbetare

För att kunna erbjuda en god och personcentrerad vård och omsorg för personer med demenssjukdom är det viktigt att både Sundbybergs stad och regionen arbetar för att höja medarbetarnas kompetens inom området.

### 5.4 Gemensam samverkan Sundbybergs stad och Regionen

Sundbybergs stad och regionen har olika former av samverkan och ett gemensamt ansvar att skicka representanter för att delta på dessa möten. Lokalt program för samordnad vård och omsorg kring personer med demens/kognitiv nedsättning uppdateras regelbundet.

## 6 Kontaktuppgifter

### 6.1 Region Stockholm

Hallonbergen vårdcentral tfn 08- 587 318 08

Helsa vårdcentral tfn 08- 555 509 50

Kognitiv mottagning Solna tfn 08-517 713 66

Minnesmottagningen Jakobsberg tfn 08-587 322 10

Rehab Nordväst tfn 08- 123 456 00

Rissne Vårdcentral tfn 08- 123 369 00

Vårdguiden tfn 1177

### 6.2 Sundbybergs stad

Anhörigstrateg tfn 08-706 68 67

Biståndshandläggare tfn växel 08- 706 80 00

Demenssteam Sundbyberg stad tfn 08- 706 88 28 eller 08- 706 81 29

Hemtjänst Sundbyberg stad tfn 08- 706 80 00

MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) tfn 08-706 82 72

MAR (medicinskt ansvarig rehab) tfn 08-706 84 08

Socialjour Nordväst tfn 010-444 05 00

måndag-torsdag 17:00–02:00

fredag 15:00–02:00

lördag-söndag 16:00–02:00

## 7 Länkar och källhänvisningar

### Anhörigstöd

<https://www.sundbyberg.se/stod-omsorg/anhorig.html>

### Bostadsanpassning

<https://www.sundbyberg.se/stod-omsorg/funktionsnedsattning/bostadsanpassning.html>

### Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom (BPSD)

<http://www.bpsd.se>

### Demensteamet

<https://www.sundbyberg.se/stod-omsorg/halso--och-sjukvard/demens/demensteamet.html>

### Hälso- och sjukvårdslagen

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--ochsjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--ochsjukvardslag_sfs-2017-30)

### Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa\\_sfs-1993-387](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387)

### Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>

### Regionalt vårdprogram 2019 Kognitiv sjukdom

<https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/behandlingsstod/vardprogram/kognitiv-sjukdom.pdf>

### Samverkan för personer med demenssjukdom i Sundbyberg

<https://www.sundbyberg.se/stod-omsorg/halso--och-sjukvard/demens/samverkan-for-personer-med-demenssjukdom.html>

### Standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-22.pdf>

### Samordnad individuell plan SIP

<https://vardgivarguiden.se/behandlingsstod/vardriktlinjer/samordnad-individuell-plan/>

### Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/2014-om-vald-i-nara-relationer/>



### Socialtjänstlagen (SoL)

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453)

### Vård i Storstockholm (Viss) – Vårdnivå/remiss och utredning

<http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Geriatrik/Demenssjukdomar/>

### Vård i Storstockholm (Viss) – Arbetsterapeut

[http://viss.nu/Global/Bilagor/Arbetsterapeut\\_folder\\_CeFAM.pdf](http://viss.nu/Global/Bilagor/Arbetsterapeut_folder_CeFAM.pdf)

### Våld i nära relation

<https://www.sundbyberg.se/stod-omsorg/vald-i-nara-relationer/for-dig-som-ar-utsatt-for-vald.html>

<https://www.sundbyberg.se/stod-omsorg/vald-i-nara-relationer/for-dig-som-kanner-nagon-som-utsatts-for-vald.html>

### Vårdgivarguiden

<https://vardgivarguiden.se/>

### Överenskommelse mellan Region Stockholm och kommuner i Stockholms län

<http://www.storsthlm.se/download/18.b2d5f301506f9a8a861007f/1552548450463/Överenskommelse%20om%20vård%20och%20omsorg%20för%20personer%20med%20demenssjukdom%20eller%20kognitiv%20osvikt.pdf>