ViS - Vård i Samverkan

Kommun(er): Samtliga kommuner i Uppsala län.

Region Uppsala: Samtliga hälso- och sjukvårdsförvaltningar,

Fastställt av: TL HSVO genom redaktionsrådet ViS.

Datum: 2025-10-22

Vård och omsorg vid demenssjukdom

Innehåll

Bakgrund 3

Syfte 3

Omfattning 3

Ansvar 3

- Verksamhetschef inom kommunal och regional hälso- och sjukvård 3
- Region Uppsala 4
  - Regional primärvård 4
  - Specialiserad vård 4
- Kommunerna 5
  - Kommunal primärvård 5
  - Socialtjänst 5
  - Övriga kommunala insatser 5

Termer och begrepp 5

- Olika former av ställföreträdandeskap 5
- Övriga termer och begrepp 6

Genomförande 7

- Medicinsk utredning 8
- Körkort och vapeninnehav vid demenssjukdom 8
- Samordning och uppföljning av åtgärder och insatser 9

Personcentrerad vård 9
Levnadsberättelse 10
Läkemedelsbehandling 10
Munhälsa 10
Hjälpmedel vid kognitiv svikt 11
Aktivitet och fysisk träning 11
Begränsnings-, tvångs -och skyddsåtgärder 11
Multiprofessionellt team 12
Anhörigstöd 12
Ställföreträdarskap 13
Våld i nära relationer 13
Kvalitetsregister och skattningsskalor 13
SveDem 13
BPSD-registret och åtgärdsplaner 14
Smärtskattning 14
Kompetens 14
Handledning 15
Nätverk i Uppsala län 15
BPSD-Nätverket 16
LAG Demenssjukdomar 16
Uppföljning 16
Referenser 16
Dokumenthistorik 17
Bilagor 17
Bilaga 1. Översikt för samverkan vid utredning av demenssjukdom 18
Bilaga 2 Länsgemensamt åtagande för BPSD-implementering 19
BPSD-certifierade utbildare 19
BPSD-administratörer 19
Implementering 19
Uppföljning 20

Bakgrund

Riktlinjen beskriver länets förutsättningar för samarbete utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt lokalt identifierade och prioriterade förbättringsområden, se nationella riktlinjer Vård och omsorg vid demenssjukdom samt Modell för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom

Vården ska vara personcentrerad, samordnad, tillgänglig och kännetecknas av samverkan och helhetssyn, vilket stöds av den länsgemensamma strategin, se Strategi för samverkan 2024 - 2026 inom hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO) i Uppsala län (regionuppsala.se)

Syfte

Syftet med riktlinjen är att säkerställa en personcentrerad, samordnad och jämlik vård och omsorg av personer med demenssjukdom i Uppsala län. Riktlinjen ska

- tydliggöra huvudmännens gemensamma ansvar samt ansvarsfördelning mellan huvudmännen,
- ligga till grund för berörda verksamheters länsgemensamma och lokala rutiner samt
- utgöra grund för uppföljning, kompetenshöjande insatser och utvecklingsarbete.

Omfattning

Riktlinje utgår från ansvarsfördelning enligt ÄDEL och omfattar verksamheter inom länets alla kommuner och Region Uppsala som på uppdrag eller genom avtal ger stöd, vård och omsorg till eller möter personer med demenssjukdom.

Ansvar

Verksamhetschef inom kommunal och regional hälso- och sjukvård

Alla verksamheter där det bedrivs hälso- och sjukvård ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ha en verksamhetschef. Inom både kommunal och regional hälso- och sjukvård ansvarar verksamhetschefen för att:

- Det finns rutiner för att utse fast vårdkontakt

- Säkerställa att personalens kompetens upprätthålls genom adekvat utbildning och fortbildning i vård och omsorg av personer med demenssjukdom
- Det finns rutiner för att bedöma vilka åtgärder som ska utföras av vem och var det lämpligast utförs, med beaktande av vad som är bäst för patienten och lokala förutsättningar
- Säkerställa att vården så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med person med demenssjukdom
- Utarbeta och implementera lokala rutiner med stöd av denna riktlinje.

Region Uppsala

Region Uppsala ansvarar för att patienten får behandling och uppföljning utifrån fastställd demensdiagnos. Information ska ges till patient och i förekommande fall anhöriga avseende planerad vård och behandling.

Regional primärvård

Region Uppsalas vårdcentraler ansvarar för att basal demensutredning utförs, se Demens - Basal Demensutredning, arbetsrutiner.

Specialiserad vård

Minnes – och geriatrikmottagningen vid Akademiska sjukhuset är en länsövergripande specialistmottagning som ansvarar för:

- Utvidgad demensutredning i de fall där basal utredning inte varit tillräcklig.
- Patient- och anhörigutbildning.
- Att bedriva forskning och utveckling inom området.

Äldrepsykiatriska öppenvårdsteamet vid Akademiska sjukhuset är en länsövergripande specialistmottagning för patienter i öppenvård och ansvarar för:

- Utvidgad demensutredning för patienter som samtidigt har psykiatriska symtom
- Handledning till kommunal vård -och omsorgspersonal som möter patient med insatser från teamet.

Kommunerna

Kommunal primärvård

Den kommunala primärvården ansvarar för att utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i ordinärt och särskilt boende, både självständigt och i samverkan med regional primärvård och specialiserad vård.

Socialtjänst

Socialtjänsten i respektive kommun ansvarar för att, utifrån ansökan, utreda individuella behov och fatta beslut om eventuell insats. Det är socialtjänstens ansvar att erbjuda insatser baserat på behov och diagnos. Vid behov ska socialtjänsten tillhandahålla insatser såsom trygghetslarm, hemtjänst, boendestöd, personlig assistans, avlösning i hemmet, ledsagning och dagverksamhet för personer med demenssjukdom, Andra insatser kan vara korttidsplats, växelvård och särskilt boende med demensinriktning.

Beslut om dagverksamhet för personer med demenssjukdom samt särskilt boende med demensinriktning bör föregås av minnesutredning som påvisar demensdiagnos.

Övriga kommunala insatser

Respektive kommun ansvarar för att utifrån ansökan utreda behov av färdtjänst och bostadsanpassning.

Termer och begrepp

Termerna är hämtade ur Socialstyrelsens termbank och lagstiftning om inte annat anges.

Olika former av ställföreträdandeskap

Anhörigbehörighet	Innebär att anhöriga kan vidta vardagliga rättshandlingar för den närståendes räkning. Det gäller till exempel inköp, tecknade av hemförsäkring, ansökan om bidrag och betalning av räkningar. Regleringen avser inte större åtgärder så som försäljning av egendom eller process i domstol enligt kap 17 i Föräldrabalken (1949:381).
Framtidsfullmakt	Innebär en lagstadgad rätt för privatpersoner att upprätta en fullmakt som blir giltig när han eller hon

	på grund av sjukdom, psykisk störning eller liknande inte längre kan ta hand om sina angelägenheter. Fullmakten utställs följaktligen för ett framtida behov, se Lag 2017:310 om framtidsfullmakter.
God man	Person som är utsedd att företräda en viss person som på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person utan att dennes rättshandlingsförmåga begränsas. God man och förvaltare utses av allmän domstol eller överförmyndare.
Förvaltare	Person som är utsedd att företräda en viss person som är ur stånd att vårda sig själv eller sin egendom och där dennes rättshandlingsförmåga är begränsad. God man och förvaltare utses av allmän domstol eller överförmyndare.

Övriga termer och begrepp

Primärvård	I denna riktlinje avses med kommunal och regional primärvård en vårdnivå. Kommuner och regioner har ett delat ansvar som huvudmän för primärvården. Definitionen innebär att primärvården ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens
Korttidsplats	Bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt. Korttidsplatser ges som bistånd och används vid bland annat rehabilitering, omvårdnad, växelvård och avlösning av närstående
Dagverksamhet	Bistånd i form av sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering utanför den egna bostaden. Med dagverksamhet avses inte öppen

	verksamhet, som till exempel kaféverksamhet och andra former av träffpunkter
ÄDEL	Ädelöverenskommelsen i Uppsala län utgår från Ädelreformen (1992) och reglerar hälso- och sjukvårdsansvar för personer i ordinärt boende från 17 års ålder, med behov av hälso- och sjukvård i hemmet över tid (mer än 14 dagar).
Medicinsk vårdplan	Är en individuell plan där den samverkande vården planeras kontinuerligt över tid. Se Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård i Uppsala län (pdf)
Anhörig*	Person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna.
Närstående*	Person som den enskilde anser sig ha en nära relation till.

*Begreppen anhörig och närstående används inte konsekvent i svensk lagstiftning och kunskapsstöd. I denna riktlinje används begreppen anhörig och närstående på ett sätt som ligger i linje med proposition ”Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående”. Det innebär att den person som tar emot omsorg, vård och stöd benämns som närstående och den som ger omsorg, stöd eller vård benämns anhörig. I det här sammanhanget kan anhörig även vara någon utanför familjekretsen, till exempel en vän eller granne. För mer information se ViS-riktlinjen Anhörigstöd i Uppsala län (docplus)

Genomförande

Åtgärder och insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bygger på frivillighet och förutsätter den enskildes samtycke. Samtycke kan **inte** inhämtas från anhörig, närstående, god man, förvaltare eller legitimerad personal. Det är viktigt att beakta de juridiska aspekterna i vård och omsorg av personer med demenssjukdom, se Samtycke till informationsöverföring och vårdåtgärder (pdf)

De områden för samverkan och personcentrerad vård som beskrivs nedan utgår från de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom och Socialstyrelsens

modell för standardiserat insatsförlopp samt den regionala primärvårdens rutiner, se Demens - basal demensutredning, arbetsrutiner.

Medicinsk utredning

Utredning av kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom består av basal demensutredning och vid behov utvidgad demensutredning.

Diagnostiken vid demenssjukdom grundar sig på en sammanvägd bedömning utifrån strukturerad anamnes, strukturerade intervjuer med anhöriga, fysiskt och psykiskt tillstånd, kognitiva test och en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga.

Alla personer med symtom av kognitiv svikt där misstanke finns om demenssjukdom ska erbjudas basal demensutredning, se Demens - Basal Demensutredning, arbetsrutiner.pdf

Både Äldrepsykiatriska öppenvårdsteamet och Minnes – och geriatrikmottagningen erbjuder konsultation till regional primärvård i samband med basal utredning, se Demenssjukdomar - Kliniska riktlinjer.

Kognitiva test (MMSE och Klocktest) och funktions- och aktivitetsförmåga kognitiv testning är en del i basal demensutredning. Då patienten har pågående åtgärder från kommunal primärvård ska en gemensam bedömning göras om vem som bäst utför testerna och var. Utgångsläget är vad som är bäst för patienten samt vilken kompetens berörd personal har se MMSE, MMT (Mini Mental State Examination, Mini Mental Test) - Socialstyrelsen samt Skalor | checklistor | Demenscentrum

Körkort och vapeninnehav vid demenssjukdom

Demenssjukdom är i regel oförenlig med bilkörning och vapeninnehav.

Läkare är skyldig att anmäla körkortsinnehavare som av medicinska skäl är olämplig att ha körkort. Se Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m.

Läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen, skall anmäla detta till polismyndigheten. Kommunal hälso- och sjukvårdspersonal som får eller har kännedom om att någon med demenssjukdom innehar skjutvapen ska utan dröjsmål informera behandlande läkare och journalföra informationen. Se SOSFS 2008:21 Socialstyrelsens föreskrifter om anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen - Socialstyrelsen

Samordning och uppföljning av åtgärder och insatser

Personer med demenssjukdom ska erbjudas fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt kan utses både inom kommunal som regional primärvård, se Fast vårdkontakt.

Alla patienter med en kronisk allvarlig sjukdom, som demenssjukdom, har rätt till en medicinsk vårdplanering. Då en medicinsk vårdplanering genomförs förutsätter det individens och de anhöriga eller närståendes delaktighet så att samsyn uppnås om vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som planeras och följs upp. Vid planeringen upprättas en medicinsk vårdplan som delges berörda där det även ska framgå vem som är den fasta vårdkontakten, se Läkaruppdrag och samverkande vård.

En uppföljning av den medicinska vårdplaneringen är en viktig förutsättning för personcentrerad vård. Uppföljningen behöver genomföras inom några veckor från fastställd diagnos och sker därefter årligen. Utifrån individens behov kan det i bland behöva ske oftare för att det ska vara möjligt att snabbt fånga upp förändringar i personers behov av åtgärder. Det är viktigt att inhämta samtycke så att kontakt kan förmedlas, utifrån individens behov, till biståndshandläggare, kommunal primärvård och i förekommande fall kommunens demensteam.

I de fall en person har behov av att vård- och omsorgsinsatser samordnas ska personen erbjudas en samordnad individuell planering. För ytterligare information, se Samordnad individuell plan (SIP) i Uppsala län.

Personcentrerad vård

Vård och omsorg vid demenssjukdom ska ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Detta innebär att personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten bland annat:

- Bemöter personer med demenssjukdom som personer med egen självkänsla och egna upplevelser och rättigheter.
- Värnar självbestämmande och möjlighet till medbestämmande i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom och deras anhöriga, om personen med demenssjukdom så önskar.
- Arbetar för att upprätta och bevara en relation till personer med demenssjukdom.

Ett personcentrerat förhållningssätt innebär också att vården och omsorgen särskilt beaktar behov som är relaterade till annan kulturell eller språklig bakgrund, se

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning

Det är av stor vikt att personal inom vård och omsorg har god kunskap i det svenska språket då demenssjukdom medför nedsatt språklig och kognitiv förmåga. Levnadsberättelse, anpassade aktiviteter, individuella miljöanpassningar samt individuella strategier för bemötande är viktiga verktyg för stöd till personcentrerade insatser.

Levnadsberättelse

Varje människas levnadsberättelse är unik och en viktig pusselbit i samband med planering av vård och omsorg. I den personcentrerade vården och omsorgen uppmuntras därför personen med demenssjukdom, ibland tillsammans med anhöriga, att berätta om sig själv och sitt liv för att underlätta förståelsen för dennes livsmönster, värderingar och preferenser, se Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning

Dokumentation av levnadsberättelsen bör upprättas så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet av den verksamhet som ger omsorgsinsatser till person med demenssjukdom.

Läkemedelsbehandling

För läkemedelshandling i samband med demensdiagnos, se Demenssjukdomar - Kliniska riktlinjer, Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre samt Rekommenderade läkemedel för vuxna.

Ansvarig läkare inom regional primärvård ansvarar för årlig läkemedelsgenomgång. Vid behov ska läkemedelsgenomgång ske oftare. Se även Läkemedelshantering – Övergripande rutin för Region Uppsala.

Munhälsa

Personal inom kommunal och regional primärvård och personal inom specialiserad hälso- och sjukvård samt tandvård ska erbjuda personer med demenssjukdom diagnostik av munhälsa då besvär kopplat till munhälsa uppmärksammas. Diagnostik kan exempelvis genomföras med stöd av det kliniska riskbedömningsinstrumentet ROAG, se manual_och_atgarder_roag_version2.pdf

Personer med demenssjukdom som har behov av stöd med personlig omvårdnad minst tre gånger per dygn samt tillsyn under natten alternativt larm, ska även erbjudas

uppsökande munhälsobedömning och tandvårdsintyg i enlighet med Tandvårdsstöd i Uppsala län.

Om personer med demenssjukdom har sväljsvårigheter eller svårigheter inom kommunikation bör behandlande läkare eller tandvårdskontakt informeras så att remiss skickas till logoped.

Hjälpmedel vid kognitiv svikt

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska genomföra en individuell bedömning av eventuellt hjälpmedelsbehov i så tidigt skede i sjukdomsförloppet som möjligt för att person med demenssjukdom ska kunna tillgodogöra sig insatsen. Ansvarsfördelningen avseende arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska hälso- och sjukvårdsåtgärder samt hjälpmedelsinsatser, se Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i samverkan.

Aktivitet och fysisk träning

Varje huvudman ansvarar för att erbjuda fysisk aktivitet utifrån den ansvarsfördelning som åvilar respektive huvudman. Aktivitet, rörelse och fysisk träning är viktigt för att förebygga ohälsa samt vidmakthålla fysiska och psykosociala funktioner för att fördröja sjukdomsförloppet, se Demens.pdf (fyss.se).

Socialtjänsten bör erbjuda dagverksamhet som är anpassad för personer med mild till måttlig demenssjukdom i ordinärt boende. Insatsen bör även erbjudas i anpassad form för yngre personer med demenssjukdom.

Läs mer om aktivitet och fysisk träning i Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning.

Begränsnings-, tvångs -och skyddsåtgärder

Vård och omsorg i Sverige bygger på principerna om individens rätt till självbestämmande och integritet.

Det innebär att vård och omsorg förutsätter individens samtycke och att man inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som huvudregel inte kan vidta åtgärder mot en persons vilja. Begränsnings- och tvångsåtgärder styrs av lagstiftning och regelverk, se Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård | Sveriges riksdag.

Socialstyrelsens meddelandeblad, Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna, nr 12 2013, innehåller en redogörelse för det regelverk som gäller och som

måste beaktas när frågor om tvångs- och skyddsåtgärder för vuxna aktualiseras i en verksamhet. Tvångsåtgärder får enbart användas vid nödvärn, se Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna.

Hälso- och sjukvårdspersonal liksom personal inom vård och omsorg rekommenderas att ta del av Svenskt Demenscentrums webbutbildning Nollvision – För en demensvård utan tvång och begränsningar.

Multiprofessionellt team

Ett teambaserat arbetssätt och specialiserade team kan med fördel bildas i samverkan mellan kommunal och regional primärvård och socialtjänst. Multiprofessionellt teambaserat arbete omfattar personal och kompetenser som finns i hälso- och sjukvården och i socialtjänsten.

Personcentrerad vård vid demenssjukdom förutsätter att vården är multiprofessionell och teambaserad. Syftet med detta arbetssätt är att bidra till en kontinuitet i vården och omsorgen och att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser. Det bidrar också till ett helhetsperspektiv i den vård och omsorg som erbjuds, se Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning.

Ett multiprofessionellt team kan ge rådgivning och stöd till person med demenssjukdom och dennes anhöriga samt rådgivning, stöd, handledning och utbildning till vård- och omsorgspersonal.

Anhörigstöd

Hälso- och sjukvårdsverksamhet inom Region Uppsala och länets kommuner, elevhälsa samt socialtjänst har skyldighet att arbeta med ett anhörigperspektiv, det innebär bland annat att ha kunskap om anhörigas situation, kunna identifiera anhöriga i behov av stöd och att ge anhöriga information, råd och stöd. Efter samtycke från den närstående kan anhöriga också ges möjlighet till att medverka i planering och genomförandet av vård, omsorg och stödinsatser. Vården och omsorgen behöver alltid säkerställa, att den omsorg anhöriga ger är frivillig.

Att identifiera och erbjuda stöd ska inte ses som en avgränsad aktivitet då anhörigas behov och insikten om de egna behoven, förändras över tid. Stöd till anhöriga behöver erbjudas i god tid, genom flera kanaler och vid upprepade tillfällen. För ytterligare information, se Anhörigstöd i Uppsala län.

Ställföreträdarskap

I samband med utredning av demenssjukdom, vid diagnos samt vid utförande av vård - och omsorgsinsatser ska information om ställföreträdarskap lämnas till person med demenssjukdom och dennes anhöriga.

Personer som får en demensdiagnos behöver tidigt få information och hjälp med att planera hur ekonomi, myndighetskontakter och andra angelägenheter ska hanteras när sjukdomen så småningom hindrar självständighet. I mötet med vård och omsorg samt biståndshandläggning behöver kunskap finnas om olika alternativ till ställföreträdarskap och vart den enskilde kan vända sig för att få hjälp med detta.

Våld i nära relationer

Personer med funktionsnedsättningar, där demenssjukdom ingår, tillhör en grupp med ökad risk för att utsättas för våld i nära relation. Demenssjukdom kan även medföra beteendeförändringar och våldsuttryck Introduktion till äldre och våld – Kunskapsguiden - Kunskapsguiden

Om våld i nära relation uppmärksammas ska den utsatte erbjudas stöd. Socialtjänsten har ett särskilt ansvar att verka för att den utsatte och dennes anhöriga får stöd och hjälp. Vid misstanke om att någon far illa hänvisas till lokala rutiner för orosanmälan samt det länsgemensamma ViS-dokumentet, se Samverkan vid våld i nära relation (docplus).

Kvalitetsregister och skattningsskalor

För att utveckla kvalitet i vård och omsorg av personer med demenssjukdom rekommenderas verksamheter inom Region Uppsala och länets kommuner att använda de nationella kvalitetsregistren SveDem och BPSD samt skattningsskalor för att identifiera smärta. Se webbplatserna SveDem och BPSD

SveDem

Svenska registret för kognitiva sjukdomar och demenssjukdomar, SveDem, är ett nationellt kvalitetsregister för verksamheter som utreder och behandlar personer med demenssjukdom. Målsättningen är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom. Registreringen omfattar uppgifter om utredningstid, vidtagna åtgärder och diagnos. Se mer på webbplatsen. Start - SveDem .

BPSD-registret och åtgärdsplaner

BPSD-registret, beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, är ett nationellt kvalitetsregister för verksamheter som ger vård och omsorg till personer med demenssjukdom, se BPSD – Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens.

Målsättningen med registret är att genom multiprofessionella omvårdnadsåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom såsom aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och sömnstörningar. Registreringen omfattar därför uppgifter om individens problematik, tänkbara orsaker, beslutade vårdåtgärder och efterföljande uppföljning för att utröna om åtgärderna haft avsedd effekt.

Behandlande läkare bör efterfråga BPSD-skattning av omvårdnadsansvarig sjuksköterska innan läkemedelsbehandling aktualiseras för personer med demensdiagnos där beteendemässiga och psykiska symtom uppmärksammats.

De åtgärdsplaner som en registrering resulterar i utgör ett viktigt stöd för vård- och omsorgspersonal att bemöta personer med demenssjukdom på lämpligt sätt. Efter samtycke från den enskilde kan interna BPSD-åtgärdsplaner skickas till annan vårdinrättning som under en period ansvarar för vård och behandling. Om samtycke inte kan inhämtas ska menprövning ske.

Uppsala läns kommuner samverkar kring implementering och förvaltning av BPSD-arbete. För att införa BPSD-registret krävs certifierade utbildare. Certifiering erhålls av BPSD-registret. Se avsnitt om BPSD-Nätverket samt bilaga 2.

Smärtskattning

Personer med demenssjukdom ska återkommande erbjudas smärtskattning med stöd av verifierade smärtskattningsskalor, exempelvis Abbey Painscale, se aps.pdf.

Varje huvudman ansvarar för att erbjuda smärtskattning utifrån den ansvarsfördelning som åvilar respektive huvudman.

Kompetens

Kunskap om demenssjukdom hos berörda professioner bidrar till tidig upptäckt av kognitiv svikt, underlättar utredning, förbättrar diagnostik, medför anpassad läkemedelsbehandling och anpassat bemötande se Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning.

Arbetsgivaren ansvarar för att personal har den kompetens som krävs för uppgiften och att erbjuda nödvändiga utbildnings- och fortbildningsinsatser samt handledning. I varje verksamhet bör det finnas personal med utökad kompetens inom demensområdet.

Svenskt Demenscentrum tillhandahåller grundläggande webbutbildningar om demenssjukdom (ABC) som all berörd personal inom hälso-och sjukvård och socialtjänst bör genomföra, se Webbutbildningar | Demenscentrum.

Personal rekommenderas även Svenskt Demenscentrums webbutbildning alternativt ladda ner appen, Nollvision – För en demensvård utan tvång och begränsningar.

För kunskap om BPSD-problematik, demenssjukdomar och BPSD-registret se, BPSD-registrets webbutbildning.

Äldrepsykiatriska öppenvårdsteamet erbjuder allmän telefonkonsultation till läkare inom primär- och specialistvårdsenheter. Telefonkonsultation erbjuds även till vård- och omsorgspersonal inom region och kommun.

Minnes- och geriatrikmottagningen erbjuder digitala seminarium till personal inom regional och kommunal primärvård samt personal inom annan kommunal verksamhet specialiserade inom demens. För mer information om utbildning och seminarier, se Samverkanswebben - Region Uppsala.

Handledning

Handledning är en förutsättning för att vård- och omsorgspersonal ska kunna erbjuda en personcentrerad vård och omsorg till personer med demenssjukdom se Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning.

Det är särskilt viktigt med handledning i situationer då person med demenssjukdom avböjer stöd och hjälpinsatser.

Äldrepsykiatriska öppenvårdsteamet erbjuder handledning till vård- och omsorgspersonal kring enskilda patientärenden och vid förfrågan om generell handledning i BPSD-problematik.

Certifierade BPSD-utbildare kan erbjuda handledning i BPSD-problematik. BPSD-skattningar i BPSD-registret bör användas som verktyg vid handledning.

Nätverk i Uppsala län

Varje verksamhetschef ansvarar för att möjliggöra så att berörd personal kan delta i nätverk. Nätverk syftar till att stärka yrkesrollen, samverka för ökad kännedom om varandras insatser och åtgärder samt utbyte av erfarenheter.

BPSD-Nätverket

BPSD-Nätverket är ett forum för BPSD-certifierade utbildare och syftar till att främja implementering av BPSD-registret, stärka rollen som certifierad BPSD-utbildare, utgöra ett forum för erfarenhetsutbyte och utgöra en kanal för kunskapsspridning mellan nationell och lokal nivå. Nätverket sammankallas av FoU Socialtjänst och mer om detta finns att läsa på regionens samverkanswebb, se Nätverk och grupper

Varje kommun ansvarar för att möjliggöra att certifierade utbildare kan delta i nätverket.

LAG Demenssjukdomar

LAG Demenssjukdomar är en regional arbetsgrupp tillsatt av LPO Äldres hälsa med uppdrag att initiera, stödja och samordna aktiviteter för implementering av nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, länsgemensam riktlinje Vård och omsorg vid demenssjukdom, personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom samt andra för området relevanta kunskapsstöd. Arbetsgruppen har också till uppdrag att regelbundet följa upp implementering av kunskapsstöd, identifiera och analysera oönskade variationer och bristande kvalitet för området i övrigt och att utifrån genomförda analyser lämna förslag till förbättringsåtgärder samt tidsplan för genomförande, stödja kompetensutveckling inom kommun och region samt att främja samverkan mellan de olika huvudmännens verksamheter. Sammankallande är utsedd processledare. Mer finns att läsa om kunskapsstyrning och LAG demenssjukdomar på samvverkanswebben, se Nätverk och grupperLokala programområden, arbetsgrupper och samverkansgrupper i Region Uppsala

Uppföljning

Detta dokument ska följas upp enligt anvisning i dokumenthanteringsplanen för Vård i Samverkan, ViS. Demensvårdens kvalitet mäts genom att använda de sammanställningar som kan hämtas från de beskrivna kvalitetsregistren för både lokal och länsövergripande analys samt det regionala verktyget för utdata, SAS Viya. Kvaliteten sammanfattas årligen av LPO Äldres hälsa och delges tjänsteledningen hälsa, stöd, vård och omsorg (TL HSVO) samt till Redaktionsrådet ViS

Referenser

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning.

Modell för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom

Vård och omsorg vid demenssjukdom - Målnivåer för indikatorer

Nationella riktlinjer - Utvärdering 2018 - Vård och omsorg vid demenssjukdom - Sammanfattning med förbättringsområden

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård | Sveriges riksdag

Dokumenthistorik

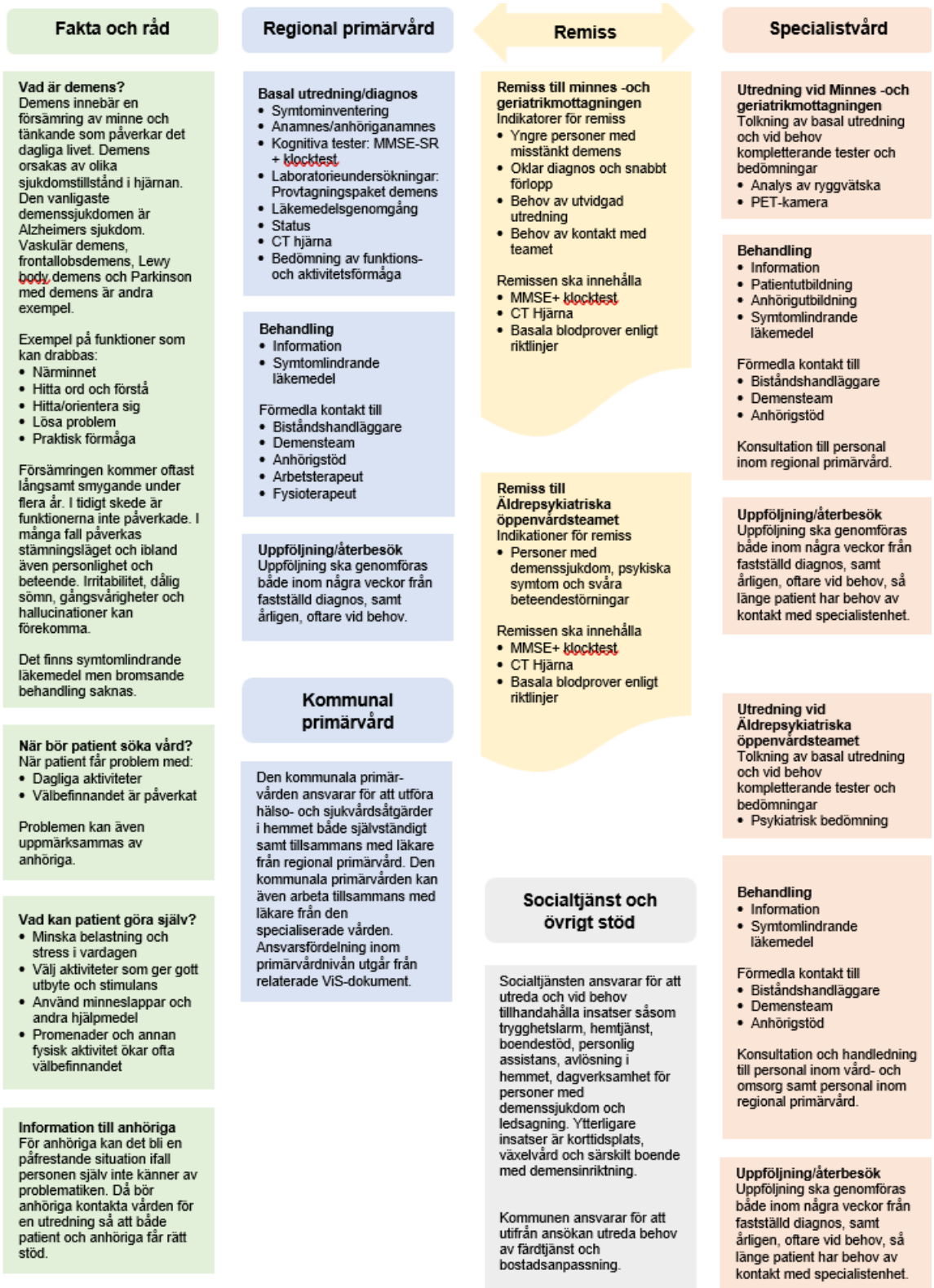
2019-11-19 Revideringen har genomförts av Programråd demenssjukdomar. Viktiga kvalitetsområden har beskrivits med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna samt Socialstyrelsens modell för standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom och anpassats efter de lokala förutsättningarna i Uppsala län. Syftet med ett standardiserat insatsförlopp är att ge hälso- och sjukvård och socialtjänst stöd för samverkan och ett systematiskt arbetssätt för personer med demenssjukdom, från det att diagnosen ställts till vård i livets slutskede. Kunskap om demenssjukdom, en personcentrerad vård och omsorg såväl som demensteam och checklista för systematiskt arbetssätt ska bidra till en mer anpassad vård och omsorg och att insatserna planeras bättre för den enskilde. Särskild vikt har lagts vid att genomförandet ska beskrivas i lokala samverkansrutiner.

2021-04-06 Tillägg av Bilaga 2 Samverkan kring BPSD-utbildningsinsatser – rutin där länets Socialchefsnätverk enats om utbildning kring BPSD-utbildningar och samverkan mellan BPSD-utbildare i syfte att främja den fortsatta implementeringen av BPSD-registret i Uppsala län

2025-09-25 Revideringen har inneburit förtydligande av huvudmännens respektive ansvar och samverkan samt förtydligande om multiprofessionella team och BPSD-arbete. En beskrivning av aktuella regionala nätverk inom demensområdet har tillagts. Även språkliga ändringar har genomförts samt ändring av disposition av texter.

Bilagor

Bilaga 1. Översikt för samverkan vid utredning av demenssjukdom



Bilaga 2 Länsgemensamt åtagande för BPSD-implementering

BPSD-certifierade utbildare

För att införa BPSD-registret krävs certifierade utbildare. Certifiering erhålls av BPSD-registret.

Certifierade utbildare fungerar som länk mellan BPSD-registret och användarna inom ett avtalat område (kommun, län, verksamhet etcetera). Uppdraget som certifierad utbildare ska därför vara väl genomtänkt, långsiktigt och förankrat i kommunens/verksamhetens ledning. Tid behöver även avsättas för utbildare att utföra arbetet. Den arbetstid som krävs påverkas av olika faktorer såsom kommunens demografi och hur långt kommunen kommit i implementeringsarbetet. En satsning på BPSD-registret kräver att:

- länets kommuner var för sig inventerar och planerar för det lokala behovet av utbildningsinsatser,
- länets kommuner stävar efter intern tillgång till certifierade utbildare för att kunna tillgodose det lokala behovet av utbildningsinsatser,
- länets kommuner möjliggör att varje lokal utbildare kan ta del av BPSD-registrets påfyllnadsutbildning för certifierade utbildare, och
- länets kommuner ansvarar för att möjliggöra att certifierade utbildare kan delta i det länsgemensamma BPSD-nätverket.

BPSD-administratörer

För att registrera i BPSD-registret krävs administratörsutbildning av certifierad utbildare. Denna utbildning genomförs med fördel av två certifierade utbildare. Dessa två kan komplettera varandra kunskapsmässigt och ha stöd av varandra.

- Kommuner med certifierade BPSD-utbildare kan, om möjlighet finns, tillhandahålla utbildningstillfällen till grannkommuner inom länet.
- Länets kommuner bör var för sig eller i samverkan erbjuda utbildade administratörer tillfälle för kunskapspåfyllnad, reflektion och erfarenhetsutbyte minst en gång per år.

Implementering

Med implementering menas i detta sammanhang att förverkliga användandet av BPSD-registret. Det är först när BPSD-registret är en del av det naturliga arbetet som verktyget

ska ses som implementerad i verksamheten. Följande aktiviteter kan underlätta implementeringen av BPSD-registret:

- Allmän information lämnas till all personal som berörs av BPSD-arbetet.
- Verksamhetsområdet har minst två BPSD-administratörer.
- Samtlig personal som arbetar med eller har ansvar för kommunens BPSD-arbete genomgår registrets webbutbildning.
- Återkoppling av resultat sker regelbundet till chefer och övrig personal.
- Chefer följer BPSD-arbetet och efterfrågar aktivt uppgifter.
- Chefer säkerställer att det finns skriftliga rutiner för det lokala BPSD-arbetet.
- Verksamheten använder sig av ett befintligt forum för att diskutera allmänt kring resultat och upplägg av registerarbetet.

Uppföljning

Följande nationella indikatorer och målnivåer kan tillämpas vid uppföljning av implementering av BPSD-registret:

- Medelvärdet för samtliga registrerade personer; första, andra och den senaste registreringen. Uppsala län i relation till riket. Målnivå: Lägre/samma nivå som riket.
- Andel personer med demenssjukdom som behandlas med antipsykosläkemedel. Målnivå: särskilt boende: ≤10 % ordinärt boende: ≤5 %
- Andel personer med demenssjukdom vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens och omsorgens utformande. Målnivå: ≥98 %.
- Andel personer med demenssjukdom med individuella miljöanpassningar beskrivna i den enskildes genomförandeplan. Målnivå: ≥98 %.

Ytterligare indikatorer och målnivåer, nationella som lokala, kan bli aktuella.