

Kommun(er): samtliga kommuner i Uppsala län
Region Uppsala: samtliga hälso- och sjukvårdsförvaltningar

Fastställt av: TL HSVO genom Redaktionsrådet ViS

Datum 2021-04-06

Vård och omsorg vid demenssjukdom

Innehåll

Bakgrund.....	3
Syfte	3
Termer och begrepp.....	3
Omfattning	4
Ansvar.....	4
Region Uppsala	4
Region Uppsalas primärvård	4
Geriatriskens minnesmottagning.....	5
Äldrepsykiatriska öppenvårdsteamet.....	5
Kommunen	5
Genomförande.....	6
Demensteam.....	6
Medicinsk utredning.....	6
Munhälsobedömning	6
Läkemedelsbehandling.....	6
Hjälpmiddel och teknik vid kognitiv svikt	6
Körkort och vapeninnehav vid demenssjukdom.....	7
Våld i nära relationer	7
Personcentrerad vård och omsorg.....	7
Levnadsberättelse	7
Medicinsk vårdplanering och samordnad individuell plan (SIP)	7
Anpassad dagverksamhet.....	8
Anhörigstöd	8
Kompetens.....	8
Grundläggande utbildningar	8
Påbyggnadsutbildning och kompetensutveckling.....	8
Ställföreträdarskap.....	8

Sammanhållen journalföring, kvalitetsregister och skattningsskalor	9
Boendemiljö, aktivitet och fysisk träning	9
Strategier vid beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom, (BPSD)	9
Tidiga tecken	10
Uppföljning av riktlinjens kvalitetsområden.....	10
Versionshistorik	10
Referenser	10
Bilaga 1 Samverkan kring BPSD-utbildningsinsatser	12

Bakgrund

De första nationella riktlinjerna för vård och omsorg fastställdes 2010 med syfte att personer med demenssjukdom skulle få tillgång till en kunskapsbaserad vård och omsorg. I Socialstyrelsens nationella strategi för demenssjukdom som kom 2017 beskrivs kunskap och samverkan som de två områden som är mest väsentliga att förbättra fram till 2022.

2018 genomförde Socialstyrelsen en ny uppföljning av de nationella riktlinjernas efterlevnad i kommuner och regioner/landsting. Det visar att det finns stora skillnader i landet avseende utredning, läkemedelsbehandling och vilka insatser kommunerna kan erbjuda personer med demenssjukdom.

Av Uppsala läns strategi för närvårdssamverkan¹ framgår att huvudmännen ska arbeta med utgångspunkt från nationella författningar, styrdokument och riktlinjer. Till stöd för detta upprättas länsövergripande styrdokument med beskrivning av hur Region Uppsala och länets kommuner ska samverka och ansvarsfördelningen mellan huvudmännen har tydliggjorts.²

Samverkansnämnden fastställde i mars 2018 en politisk viljeinriktning för Uppsala/Örebro sjukvårdsregion som antogs av regionstyrelsen i Uppsala³.

Denna riktlinje utgår från intentionerna i den nationella strategin för demenssjukdomar, identifierade förbättringsområden och prioriterade insatser som framkom vid uppföljning av de nationella riktlinjerna samt Socialstyrelsens rapport - [Modell för standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom](#).

Syfte

Riktlinjen ska utgöra grund för

- Personcentrerad vård och omsorg för personer med demenssjukdom
- Jämlik behandling
- Anpassat stöd till anhöriga
- Ansvarsförhållanden och kvalitetsområden i samverkan
- Utvecklingsarbete inom vård och omsorg
- Länsgemensamma och lokala rutiner

Termer och begrepp

Kursiv text är hämtad ur Socialstyrelsens termbank övrigt är hämtat ur lagstiftning som förtydligats av kurator i Programråd demenssjukdomar.

Anhörigbehörighet - Från den 1 juli 2017 behövs inte längre fullmakt för att en nära anhörig, enligt särskild ordning, i vardagliga situationer ska kunna företräda en person som efter 18-årsdagen blir beslutsoförmögen. Det innebär att anhöriga kan vidta vardagliga rättshandlingar för den personens räkning, enligt föräldrabalkens 17:e kapitel. Det gäller till exempel inköp, tecknade av hemförsäkring,

¹ [Strategi för närvårdssamverkan i Uppsala län 2018-2020](#)

² [Dokumentet publiceras i dokumentsamlingen Vård i Samverkan \(ViS\).](#)

³ [Den politiska viljeinriktningen är ett för sjukvårdsregionen \(Uppsala/Örebro\) förtydligande av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom och utgör Samverkansnämndens rekommendation till landstingen/regionerna.](#)

ansökan om bidrag och betalning av räkningar. Regleringen avser inte större åtgärder så som försäljning av egendom eller process i domstol.

Framtidsfullmakt - Från den 1 juli 2017 gäller lagen om framtidsfullmakter. Den 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 alltså för ett framtida behov. Förslag på framtidsfullmakt finns bland annat på Demensförbundets hemsida, men en kontakt med familje- eller bankjurist kan i vissa fall vara att rekommendera.

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.* För att få god man gäller att samtycke, läkarintyg, social utredning (skriven av biståndshandläggare, socialsekreterare, kurator eller sjuksköterska) och ansökan lämnas till överförmyndarnämnden⁴. God man är en frivillig insats som kräver samtycke. Undantaget är om personens sjukdomstillstånd är sådant att hen inte förstår vad ett godmanskap innebär. Om ett läkarintyg visar att personen inte förstår vad saken gäller kan ett godmanskap ändå anordnas för hen.

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.* Förvaltare är en tvingande åtgärd som syftar till att skydda personen och beviljas då personen saknar rättshandlingsförmåga. Ett förvaltarskap begränsar personen i de delar som ingår i förvaltarskapet. Det innebär att det bara är förvaltaren som kan ta beslut. Anordnandet kräver inte huvudmannens samtycke. Detta är en tvångsåtgärd och läkarintyg krävs alltid.

Huvudman - *myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet.*

Primärvård - *hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.*

Dagverksamhet - *bistånd i form av sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering utanför den egna bostaden*

Omfattning

Riktlinjen omfattar alla kommunala verksamheter och Region Uppsala där man möter och/eller ger vård och omsorg till personer med demenssjukdom.

Ansvar

Region Uppsala

Region Uppsala ansvarar för all hälso- och sjukvård med undantag för det ansvar som enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt genom överenskommelser åligger kommunen.

Region Uppsalas primärvård

- Genomföra basal demensutredning⁵
- Erforderlig behandling utifrån fastställd demensdiagnos
- Årlig uppföljning efter fastställd diagnos

⁴ Den myndighet som har ansvaret att ha tillsyn/kontroll över godmanskapet eller förvaltarskapet.

⁵ Checklista ABCDEF som stöd vid utredning och dokumentation i Cosmic (bilaga kommer)

- Att det finns en sjuksköterska vid varje vårdcentral med ansvar att vara kontaktperson för respektive kommun avseende demenssjukdomar.
- Information till anhöriga/närstående avseende vård och behandling
- Att förmedla kontakt till kommunens demensteam, hemsjukvård, biståndshandläggare och anhörigstöd.

Geriatrisk minnesmottagning⁶

- Utredning och behandling av misstänkt demenssjukdom hos patienter under 70 år
- Utredning av misstänkt demenssjukdom oavsett ålder där basal utredning ej givit diagnos och där det finns behov av second opinion
- Information till anhöriga/närstående
- Årlig uppföljning av personer med demenssjukdom som är i behov av fortsatt kontakt med specialiserat team
- Att förmedla kontakt till kommunens demensteam, hemsjukvård, biståndshandläggare och anhörigstöd.
- Bedriva forskning och utveckling inom området

Äldrepsykiatriska öppenvårdsteamet⁷

- Utredning och behandling av psykiatriska symtom vid samtidig kognitiv svikt
- Utredning av misstänkt demenssjukdom hos intellektuellt funktionsnedsatta personer (*Tidiga tecken*⁸, i samverkan med habiliteringen)
- Information till anhöriga/närstående
- Stöd till kommunal vård och omsorg vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)
- Att förmedla kontakt till kommunens demensteam, hemsjukvård, biståndshandläggare och anhörigstöd
- Kompetensutveckling genom att handleda och utbilda vård- och omsorgspersonal samt anhörig/närstående

Kommunen

Kommunen ansvarar för att efter individens ansökan utreda dennes behov och besluta om insatser som exempelvis:

- dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom
- olika former av stödinsatser exempelvis korttidsplats med växelvård, avlösning i hemmet samt färdtjänst och annat anhörigstöd.
- särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom
- insatser som exempelvis daglig verksamhet, personlig assistent för dem under 65 år vid ansökan, ledsagarservice och kontaktperson enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Kommunen ansvarar även för att tillhandahålla kommunal hemsjukvård i särskilda boendeformer och för dem som inte kan ta sig till vården alternativt bättre kan tillgodogöra sig vård och behandling i hemmet⁹.

⁶ Specialistmottagning vid Akademiska sjukhuset

⁷ Länsövergripande specialistinstans för utredning, diagnostik, behandling och vårdnivåbedömning av äldrepsykiatriska patienter i öppenvård

^{8 8} [Svenskt Demenscentrum](#)

⁹ [Hemsjukvård – kommunal hälso- och sjukvård i hemmet](#)

Genomförande

Insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bygger på frivillighet och förutsätter den enskildes samtycke. Samtycke kan *inte* inhämtas från närstående, god man/förvaltare eller läkare. Det är viktigt att beakta de juridiska aspekterna i vård och omsorg av personer med demenssjukdom. De områden för samverkan och personcentrerad vård som beskrivs nedan utgår från de nationella riktlinjerna och Socialstyrelsens modell för standardiserat insatsförlopp och genomförandet behöver utförligare beskrivas i lokala rutiner¹⁰.

Demensteam

Då personen med demenssjukdom får förändrade/ökade behov av vård och omsorg behövs åtgärder från flera olika professioner för att främja livskvalitet och funktion samt de anhörigas livskvalitet.

Multiprofessionellt teambaserat arbete syftar till att:

- skapa kontinuitet i vård och omsorg
- underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser
- identifiera och hitta gemensamma lösningar på problem
- personens behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv

Demensteamet behöver innefatta medicinsk kompetens om demenssjukdom, kompetens om kognitiv funktionsnedsättning samt kompetens utifrån socialtjänstens ansvarsområde. Ett gränsöverskridande demensteam ger möjlighet till tidig upptäckt av demenssjukdom, förbättrad vård för personer med demenssjukdom och mer samordnade vård- och omsorgsinsatser.

Ett demensteam kan bestå av en demenssjuksköterska från vårdcentralen, en demenssjuksköterska/demensvårdsutvecklare/Silviasystrar från kommunen, arbetsterapeut samt en biståndshandläggare. Utöver demensteamet bör det finnas möjlighet att koppla in ytterligare resurser vid behov som läkare, fysioterapeut, dietist, logoped och kurator.

Medicinsk utredning

Utredning vid misstänkt demenssjukdom kan delas in i en basal respektive en utvidgad del. Alla personer med misstänkt demenssjukdom ska erbjudas en basal demensutredning, enligt Region Uppsalas kliniska riktlinjer¹¹

Munhälsobedömning

Alla med demenssjukdom ska erbjudas diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade instrument¹² samt en munhälsobedömning i förekommande fall enligt [Tandvårdsstöd i Uppsala län](#)

Läkemedelsbehandling

Enligt de kliniska riktlinjerna för demenssjukdom i Region Uppsala finns anvisning avseende symtomlindrande läkemedelsbehandling och årlig läkemedelsgenomgång.¹³

Hjälpmedel och teknik vid kognitiv svikt

Det är viktigt att hjälpmedel för autonomi i vardagen efter en individuell bedömning introduceras tidigt i sjukdomsförloppet. För att klara av vardagliga aktiviteter kan kommunens arbetsterapeut göra

¹⁰ Lokala forum för närvårdssamverkan

¹¹ [Demenssjukdomar- kliniska riktlinjer](#)

¹² Revised Oral Assessment Guide (ROAG) – instrument för riskbedömning av munnen

¹³ [Demenssjukdomar – kliniska riktlinjer](#)

individuell bedömning och vid behov förskriva hjälpmedel och ge råd om hur bostaden kan anpassas samt skriva intyg om bostadsanpassning. Det är viktigt att hjälpmedel för autonomi i vardagen efter en individuell bedömning introduceras tidigt i sjukdomsförloppet¹⁴.

Körkort och vapeninnehav vid demenssjukdom

Läkare är skyldig att anmäla körkortsinnehavare som av medicinska skäl är olämplig att ha körkort. 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/har kännedom om att någon med demenssjukdom innehar skjutvapen ska utan dröjsmål informera behandlande läkare samt journalföra sin bedömning, ställningstagande och information till läkaren¹⁵.

Våld i nära relationer

Om våld i nära relation uppmärksammas ska den utsatte erbjudas det stöd denne behöver. Det kan vara att göra en polisanmälan, men framförallt att vara skyddad från att utsättas för ytterligare våld.

Socialtjänsten har ett särskilt ansvar att verka för att den utsatte och dennes närstående får stöd och hjälp¹⁶.

Personcentrerad vård och omsorg

Personcentrerad vård och omsorg innebär att personen, och inte demenssjukdomen, sätts i fokus. Levnadsberättelse, anpassade aktiviteter, individuella miljöanpassningar samt individuella strategier för bemötande är viktiga verktyg för stöd till personcentrerade insatser. Det är viktigt att det finns forum för dem med demenssjukdom och dennes anhöriga så att deras perspektiv även kan tas tillvara på verksamhets- och organisationsnivå.

En demensvård utan tvång och begränsningar kräver att verksamheten arbetar systematiskt med personcentrerad vård och omsorg. Delaktighet och stöd av chefer samt handledning och tydlig ansvarsfördelning är väsentligt. Vid planering av vård och omsorg bör hänsyn tas till individens språkliga, kulturella och religiösa behov. Yngre personer med demenssjukdom kan behöva ha särskilt anpassade insatser.

Levnadsberättelse

Varje människas levnadsberättelse är unik och en viktig pusselbit i samband med planering av vård och omsorg. Den bör skrivas i samråd med den demenssjuke personen och dennes anhöriga/närstående och gärna så tidigt som möjligt i sjukdomen. Syftet med levnadsberättelsen är att den ska bidra till ett mer personligt bemötande och möjliggöra formandet av en meningsfull tillvaro för personer med demenssjukdom. Levnadsberättelsen är ingen journalhandling utan ett komplement till övrig informationsinsamling¹⁷

Medicinsk vårdplanering och samordnad individuell plan (SIP)

En medicinsk vårdplanering förutsätter individens och de anhöriga/närståendes delaktighet då det är möjligt och utgör grund för vilka åtgärder som ska vidtas i samband med ett försämrat hälsotillstånd. Vid

¹⁴ [Rehabilitering och habilitering i samverkan\(VIS\)](#)

¹⁵ [Socialstyrelsens föreskrifter \(SOSFS 2008:21\) om anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen](#)

¹⁶ Socialstyrelsens [Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer](#).

¹⁷ [Svenskt Demenscentrum](#)

planeringen upprättas en medicinsk vårdplan som delges berörda där det även ska framgå vem som är den fasta vårdkontakten¹⁸.

I varje enskilt fall ska även en SIP erbjudas då det är ett viktigt redskap för att individuellt anpassade stödinsatser samordnas. Planen upprättas efter samtycke från den enskilde och enligt de länsgemensamma rutinerna för SIP¹⁹.

Anpassad dagverksamhet

Enligt Socialstyrelsens prioriterade rekommendationer bör socialtjänsten erbjuda dagverksamhet som är anpassad för personer med mild till måttlig demenssjukdom. Beprövad erfarenhet visar på positiv effekt av åtgärden och bidrar till bibehållna funktioner genom en meningsfull vardag. Dagverksamhet är också en viktig del av den personcentrerade vården och omsorgen och kan förbättra de anhörigas situation.

Anhörigstöd

Kommunen ska erbjuda stöd för att underlätta för personer som vårdar en närstående som är äldre, långvarigt sjuk eller har en funktionsnedsättning. Anhörigstöd kräver ett samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Stödet skall erbjudas tidigt i sjukdomsförloppet, ges under längre tid och vara flexibelt, situationsanpassat, individualiserat och utformat i dialog med anhöriga. Exempel på anhörigstöd kan vara avlösning i hemmet, utbildning, anhöriggrupper, friskvårdsaktiviteter och stödsamtal. Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd när förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning, psykisk funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, missbrukar eller är beroende och/eller oväntat avlider.^{20 21}

Kompetens

Kunskap om demenssjukdom hos berörda professioner bidrar till tidig upptäckt av kognitiv svikt, underlättar utredning, förbättrar diagnostik, anpassad läkemedelsbehandling och bemötande. Varje huvudman ansvarar för att det i respektive ledningssystem finns en kompetensbeskrivning för respektive profession. Arbetsgivaren ansvarar för att personalen har den kompetens som krävs för uppgiften och att erbjuda nödvändiga utbildnings- och fortbildningsinsatser samt handledning. Särskilt viktig med handledning i situationer då person med demenssjukdom avböjer stöd och hjälpinsatser.

Grundläggande utbildningar

Svenskt demenscentrum har tagit fram ett antal grundläggande webbutbildningar som all berörd personal i hälso- och sjukvården och inom socialtjänst bör genomföra²².

Påbyggnadsutbildning och kompetensutveckling

I varje verksamhet bör det finnas någon legitimerad personal med specialistkompetens inom demensområdet. Förutom olika korta kurser och konferenser finns högskole- och yrkeshögskoleutbildningar för spetskompetens hos vård- och omsorgspersonal.

Ställföreträdarskap

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

¹⁸ [Fast vårdkontakt – Vård i Samverkan, ViS](#)

¹⁹ [Samordnad individuell plan i Uppsala län – Vård i Samverkan, ViS](#)

²⁰ [Hälso- och sjukvårdslagen \(2017:30\), HSL kap 5 §7v](#)

²¹ [Patientsäkerhetslagen \(2010:659\), PSL kap 6 §5](#)

²² [Svenskt demenscentrum](#)

detta. Alternativen anhörigbehörighet, framtidsfullmakt, god man och förvaltare bör vara kända som begrepp.

Sammanhållen journalföring, kvalitetsregister och skattningsskalor

Enligt Patientdatalag (2008:355) kan vårdgivare ta del av vårddokumentation i system för sammanhållen journalföring när en person är i behov av vård, även vid dennes oförmåga att lämna samtycke. Personens inställning måste ha klargjorts så långt som möjligt och det får inte finnas anledning att anta att hen skulle ha motsatt sig uppgiftsbehandlingen.

För registrering i kvalitetsregister är det tillåtet att behandla personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister om personens inställning till det har klargjorts i möjligaste mån. Det får inte finnas anledning att anta att personen skulle ha motsatt sig denna.²³

För att följa kvaliteten i vård och omsorg av personer med demenssjukdom rekommenderas de nationella kvalitetsregistren SveDem – Svenska demensregistret och BPSD - beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och kompletteras med Senior Alert och Palliativa registret²⁴. Rutiner ska utformas lokalt för hur arbetet ska bedrivas så att det framgår vem som ansvarar för vad och hur det följs upp.

I [SveDems](#) omvårdnadsmodul finns tillgång till instrument (QUALID, quality of life in late-stage dementia) som mäter livskvalitet vid svår demenssjukdom. Det ger kunskap och ökad förståelse för hur bemötande och omgivande miljö påverkar livskvaliteten för den med svår demenssjukdom och ska genomföras av dem som utför vård och omsorg.

Vid smärtskattning av personer med nedsatta kognitiva funktioner eller som inte kan verbalisera sin smärta rekommenderas [Abbey Painscale](#).

Boendemiljö, aktivitet och fysisk träning

En småskalig, inkluderande boendemiljö främjar möjlighet till delaktighet och känslan av att vara välkommen i dagliga aktiviteter, till exempel genom arkitektur och färgsättning.

Centralt för olika stödinsatser är att de ges utifrån ett personcentrerat arbetssätt, och att vården och omsorgen erbjuds i en god psykosocial miljö med fokus på individen. Stödet behöver också utgå från personens egna önskemål och kvarvarande förmågor. Det är också viktigt att det finns tid och utrymme för meningsfulla aktiviteter som innefattar olika typer av fysisk aktivitet och social samvaro samt en flexibilitet när det gäller rutiner. Arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska insatser ska erbjudas i tidigt skede²⁵. Insatserna och aktiviteterna kan motverka passivitet och stärka självkänslan, stimulera sinnen, ge dagen en struktur och innehåll och ge möjlighet till avkoppling och välbefinnande.

Strategier vid beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom, (BPSD)

BPSD drabbar någon gång ca 90% av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

²³ Sedan 1 oktober 2014 är Patientdatalagen (2008:355) ändrad i syfte att förbättra vården, omhändertagandet och livskvaliteten för personer med nedsatt beslutsförmåga.

²⁴ *Bilaga 1 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

²⁵ [Rehabilitering och habilitering i samverkan\(ViS\)](#)

Kartläggning av symtomen är en förutsättning för rätt vård och behandling vid BPSD. Instrumentet NPI²⁶ kan vara ett bra stöd vid observationer av personens beteenden och psykiska symtom.

Analysen av resultatet utgör grund för medicinsk utredning och läkemedelsgenomgång samt icke farmakologiska behandlingsmetoder som exempelvis bemötandestrategier och miljörelaterade åtgärder. Vid svåra beteendemässiga och psykiska symtom och att vidtagna åtgärder inte gett resultat kan kortvarig läkemedelsbehandling vara aktuell.

Tidiga tecken

[Tidiga Tecken](#) är ett kartläggningsverktyg för personer med intellektuell funktionsnedsättning att användas av den vård- och omsorgspersonal som arbetar närmast personen med demenssjukdom. Kartläggningsverktyget består av ett formulär som bör fyllas i en gång per år vilket tar ca en timme. I kartläggningen bedöms bland annat kognitiva funktioner, praktiska och sociala färdigheter. Genom att jämföra resultaten över tid kan man tydligare upptäcka viktiga förändringar hos personen som kan vara tecken på demenssjukdom.

Uppföljning av riktlinjens kvalitetsområden

Dokumentet följs upp enligt anvisning i dokumenthanteringsplanen för Vård i Samverkan, ViS. Kvaliteten mäts genom att använda de sammanställningar som kan hämtas från de beskrivna kvalitetsregistren för både lokal och länsövergripande analys²⁷. Kvaliteten sammanfattas årligen av programrådet för demenssjukdomar och delges vårdstyrelsen och tjänstemannaledningen hälsa, stöd, vård och omsorg (TL HSVO). Avvikelser utifrån de gemensamma kvalitetsområden som beskrivits i riktlinjen ska sammanställas enligt avsedd riktlinje.²⁸

Versionshistorik

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 1 Samverkan kring BPSD-utbildningsinsatser* – rutin där länets Socialchefs nätverk enats om utbildning kring BPSD-utbildningar och samverkan mellan BPSD-utbildare i syfte att främja den fortsatta implementeringen av BPSD-registret i Uppsala län

Referenser

[Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom](#)

[Nationell strategi för demenssjukdom – underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022](#)

²⁶ [NPI – NeuroPsychiatric Inventory](#)

²⁷ En del av kvalitetsanalysen kan hämtas ur Cosmic eller SAS-verktyget (Nära vård och hälsas kvalitetsanalys)

²⁸ Avvikelser i samverkan (ViS)

[Nationella riktlinjer - Utvärdering 2018 - Vård och omsorg vid demenssjukdom - Sammanfattning med förbättringsområden](#)

Socialstyrelsens rapport - [Modell för standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom](#)

Bilaga 1 Samverkan kring BPSD-utbildningsinsatser

Bakgrund

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister för verksamheter som arbetar med personer med demenssjukdom. Målsättningen med registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.¹

I riktlinje Vård och omsorg vid demenssjukdom uppmuntras kommunerna till registrering i kvalitetsregistret BPSD då analys av resultat utgör grund för medicinsk utredning och läkemedelsgenomgång samt ickefarmatologiska behandlingsmetoder.

Situationen för länets kommuner har setts som sårbar då flera kommuner saknar lokala BPSD-utbildare. Utan medarbetare som genomgått administratörsutbildning kan registrering i kvalitetsregistret inte ske.

Syfte

Samverkan kring BPSD-utbildningar och samverkan mellan BPSD-utbildare syftar till att främja den fortsatta implementeringen av BPSD-registret i Uppsala län.

Samverkan kring utbildningsinsatser bedöms bidra till ökad stabilitet, att fler medarbetare får utbildning och att den enskilde därigenom får anpassat stöd. Samverkan gynnas av ett tydligt forum för dialog och erfarenhetsutbyte kring lokala utbildningsinsatser och fortbildning för såväl administratörer som för utbildare.

Genomförande

Samverkan kring utbildningsinsatser

Som en del i införandet av BPSD-registret ställs krav på lokala handlingsplaner. En samverkan kring utbildningsinsatser förutsätter även att varje kommun inventerar och planerar för det lokala behovet av utbildningsinsatser. Planeringen ska beskriva kommunens behov av både utbildningsplatser och utbildningstillfällen över tid.

BPSD-registret använder sig av certifierade utbildare för att öka tillgängligheten på utbildningstillfällen och för att främja implementeringen ute i verksamheterna. Den certifierade utbildaren fungerar som länk mellan BPSD-registret och användarna inom ett avtalat område (kommun, län, verksamhet etcetera).²

Uppdraget att fungera som certifierad utbildare ska 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 kommunens kommit i implementeringsarbetet.³

- Länets kommuner ska var för sig inventera och planera för det lokala behovet av utbildningsinsatser.
- Länets kommuner ska gemensamt stäva efter att samtliga kommuner har tillgång till certifierade utbildare för att kunna tillgodose det lokala behovet av utbildningsinsatser.
- Länets kommuner bör möjliggöra att varje lokal utbildare kan ta del av BPSD-registrets påfyllnadsutbildning för certifierade utbildare.

BPSD-administratörsutbildning

Medarbetare som genomgått administratörsutbildning (2 ½ dags utbildning anordnad av certifierad BPSD-utbildare) har möjlighet att få inloggningsuppgifter till registret för sin enhet. Inloggningsuppgifterna är personliga och får inte användas av någon annan person.

Administratörsutbildning genomförs med fördel av två certifierade utbildare. Dessa två kan komplettera varandra kunskapsmässigt och ha stöd av varandra.

- Minst ett av de utbildningstillfällen som varje kommun planerar att genomföra under ett år ska genomföras i samverkan med BPSD-utbildare från annan kommun.
- Kommuner med certifierade BPSD-utbildare bör/uppmanas att tillhandahålla utbildningstillfällen till grannkommuner utan egna utbildare.
- Länets kommuner bör var för sig eller i samverkan erbjuda utbildade administratörer tillfälle för kunskapspåfyllnad, reflektion och erfarenhetsutbyte en gång per år.

Samverkan genom länsnätverk för certifierade utbildare i BPSD-registret

För att främja implementeringen av BPSD-registret och stärka rollen som certifierad BPSD-utbildare ska länet senast år 2021 starta ett länsnätverk för certifierade utbildare. Nätverket sammankallas av FoU Socialtjänst minst två gånger per år (höst och vår) som årligen rapporterar om nätverkets arbete genom verksamhetens årsberättelse.

Nätverket ska fungera som forum för erfarenhetsutbyte, kanal för kunskapsspridning mellan nationell och lokal nivå, plattform för planering av gemensamma utbildningsinsatser och uppföljningsverktyg för länets socialchefs nätverk.

- Varje kommun ansvarar för att möjliggöra att certifierade utbildare och medarbetare utsedda att genomgå utbildningen till certifierad utbildare kan delta i nätverket.

Implementering

Med implementering menas i detta sammanhang att genomföra, förverkliga användandet av BPSD-registret. Det ska ses som en process över tid, inte en avgränsad händelse. Det är först när BPSD-registret är en del av det naturliga arbetet som verktyget ska ses som implementerad i verksamheten.⁴

Följande aktiviteter kan underlätta implementeringen av BPSD-registret:

- Allmän information lämnas till alla medarbetare som berörs av BPSD-arbetet. Det är viktigt att all berörda medarbetare är delaktiga och förstår vad deras delaktighet innebär.
- Verksamhetsområdet har minst två nyckelpersoner/BPSD-administratörer.
- Samtliga medarbetare som arbetar med eller har ansvar för kommunens BPSD-arbete genomgår registrets webbutbildning.
- Berörda enheter har en noggrann tidsplan vid registreringar, dvs. inbokade tider då uppföljningar ska ske.
- Införandet börjar i liten skala.
- 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.⁵

Uppföljning

Denna överenskommelse syftar till att främja den fortsatta implementeringen av BPSD-registret i Uppsala län. Följande nationella indikatorer och målnivåer ska tillämpas vid uppföljning:

- 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.