

## A. Val av förbättringsområde

Förbättra och tydliggöra överenskommelser för demenssjuka och deras närstående.

## B. Bakgrund

Årets förbättringsarbete på Väster vårdcentral kommer att fokusera på att tydliggöra och öka kvalitén i de överenskommelser som sluts för våra demenssjuka patienter och deras närstående, med syfte att underlätta en god, säker och sömlös vård och omsorg.

Tidigare har samarbetet mellan läkare och minnesteam på vårdcentralen och kommunens minnesteam och demenssköterska haft sina utmaningar, då vi bland annat är olika huvudmän och har olika journalsystem.

Vi har sett att patienter ibland fallit mellan stolarna vad gäller årlig uppföljning enligt nationella riktlinjer för demens.

Från kommunens demenssköterska har signaler kommit att närstående till demenssjuka i flera fall kontaktar omsorgsförvaltningen när de själva är på gränsen till att inte orka själva och att det då uppstår behov av akuta lösningar vad gäller omsorgen för den demenssjuke.

Efter en lång pandemi när verksamheterna har fungerat något annorlunda för denna patientgrupp önskar vi nu lägga fokus på upprättandet av överenskommelser för demenssjuka efter besök i minnesteamet.

## C. Övergripande mål

1. Överenskommelse mellan patient/närstående och vården skall upprättas och finnas dokumenterat i journal för patienter som från och med maj 2023 har träffat minnesteamet på vårdcentralen och nydiagnostiserats med demenssjukdom.

**Delmål 1:** under våren ta fram skriftligt material som lämnas ut vid nysatt demensdiagnos, till exempel kontaktuppgifter till berörda huvudmän, patientorganisationer, information om demenssjukdom till närstående, kvalitetsregister m.m.

**Delmål 2:** skapa kontaktytor mellan huvudmännen för att underlätta den sömlösa vården och dess överenskommelser.

**2.** Flödesschemat för demens skall uppdateras under våren, med fokus på förbättringar inom området för överenskommelse.

## D. Nuläge

Väster vårdcentral har strax över 12 000 listade patienter, där 0,9 % (106 patienter) har en demensdiagnos. Denna förekomst är samma som snittet i Jönköpings län (se tabell 1).

Sett till åldersfördelningen ligger den stora delen inom åldersspannet 70+ (se tabell 2).

Vi har ett minnesteam bestående av sjuksköterska och arbetsterapeut, samt patientansvarig läkare. Arbetet sker utifrån vårt utarbetade flödesschema och FAKTA demens.

När patient eller närstående kontaktar vårdcentralen angående minnesproblematik bokas läkarbesök, där följs FAKTA demens vad gäller basutredning. Vid start av minnesutredning skickas remiss till respektive minnesteam (i del fall patienten har hemsjukvårdsåtagande skickas rapportblad till demenssjuksköterska i kommunen som meddelar deras minnesteam).

Minnesteamet bokar patient och närstående på besök gällande kognitiv bedömning och anhörigsamtal. I dagsläget har vårdcentralen två besök per vecka i minnesteamet, det gäller då både nybesök och årliga uppföljningar.

Efter besök i minnesteamet återkopplas utredningen till patientansvarig läkare som sammanställer den och bekräftar eller utesluter demensdiagnos och återkopplar detta till patient och närstående. I vissa fall remitteras patienten till Geriatriska mottagningen på Värnamo sjukhus för vidare utredning.

Efter att en demensdiagnos är satt följs patienten regelbundet, enligt nationella riktlinjer. Väster vårdcentral är även ansluten till kvalitetsregistret SveDem.

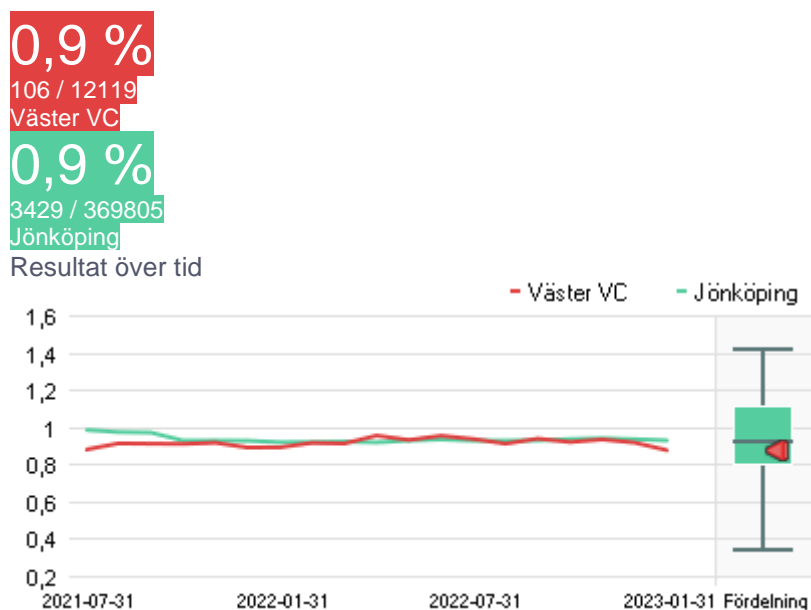
Under de senaste åren har Värnamo kommun utvecklat sitt arbetssätt kring de demenssjuka. Man önskar komma in tidigt med insatser i form av hemsjukvård (exempelvis medicindelning), daglig verksamhet, kognitiva hjälpmedel mm. Detta gör att allt fler demenssjuka tidigt i sin sjukdom har hemsjukvårdsåtagande och

därmed årligen följs upp av kommunens minnsteam. Det här ställer krav på att kommunikationen/överenskommelsen mellan alla parter är tydlig.

Här finns behov av att förtydliga överenskommelsen mellan vårdens två olika huvudmän och den demenssjuke och dennes närstående gällande nästa steg, rätten till insatser (exempelvis daglig verksamhet, anhörigstöd, färdtjänst, annat boende, god man) och hur behandling och uppföljning kommer att ske.

Sett till kvalitetsindikatorer i Medrave gällande demens finner vi inte några passande områden. Många av de områden som mäts utförs redan, men journalförs inte under rätt sökord alternativt med rätt KVÅ-kod. Vi finner större nytta i nuläget att inte lägga krut på att koda rätt, utan att arbeta med förbättring av överenskommelsen, som direkt ger patientnyttan för den äldre demenssjuke och dennes närstående i detta fall. Som en förlängning kan man tänka sig att se över kodningen också.

Tabell 1: Förekomst av diagnos demens, på vårdcentral



Tabell 2, Medrave, åldersfördelning demenssjuka

	2021-07-31	2022-01-31	2022-07-31	2023-01-31
0-29	0 %	0 %	0 %	0 %
30-59	0 %	0 %	0 %	0 %
60-69	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %
70+	6,2 %	6,3 %	6,7 %	6,3 %
Summa	0,9 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %

## **E. Analys av nuläge**

Att vi inte når målet tror vi bland annat beror på att vi är två olika huvudmän med olika journalsystem och inte alltid insyn i varandras arbete och insatser för den demenssjuke. Det blir svårare att "hålla koll" på överenskommelserna och vem som planerar vad.

Vidare är det även svårt att nå varandra för diskussioner av utredningar och vidare planering då vi är två olika huvudmän.

De senaste tre åren har det dessutom varit en del personalförändringar inom demensområdet på både vårdcentral och i kommunen.

Under pandemin har vi enligt Folkhälsomyndighetens inrådan kring riskgrupper skjutit upp många uppföljningar i minnesteamet och daglig verksamhet för demenssjuka var stängd en period, varför överenskommelserna och uppmärksammandet av insatser för den demenssjuke och dess närstående också blev haltande.

### **Framgångsfaktorer för årets förbättringsarbete:**

Minnesteam på vårdcentral bestående av personal med flera års erfarenhet av demensarbete.

Driven demenssköterska och Silviasystrar i kommunen.

Ökat fokus på tvärprofessionellt arbete och överenskommelser på vårdcentralen i övrigt, vilket underlättar alla former av samarbete och överenskommelser även i andra forum.

Väl inarbetat arbetssätt gällande SIP-ar, där överenskommelser kring behov av minnesutredningar/stöttning av demenssjuka och närstående många gånger sluts vid tvärprofessionella möten över huvudmannagränserna tillsammans med patient och närstående.

## **F. Prioritering av förändringar som ska testas**

1. Starta fysiska samverkansmöten mellan vårdcentralens minnsteam och demenssköterska från kommunen, önskvärt med en gång per månad.
2. Bjuda in demenssköterska till läkarmöte på vårdcentral för dialog kring samarbete och hur vi gör överenskommelsen tydlig mellan huvudmännen.
3. Uppdatera vårdcentralens flödesschema demens under våren 2023.
4. Arbeta fram en mall i flödesschemat för vilken information, muntlig som skriftlig, som ges till patient och närstående efter nydiagnostiserad demenssjukdom efter besök hos minnsteamet på vårdcentralen.

## **H. Analys och resultat av de testade förändringarna kopplat till det övergripande målet**

**Övergripande mål 1:** minnsteamet upprättar numer en skriftlig överenskommelse mellan vården och den demenssjuke/närstående i samband med besök i minnsteamet och efter diagnossättning. Vikten av detta har lyfts och förtydligats genom förbättringsarbetet och vi journalför i Cosmic under sökordet Överenskommelse, vilket gör det lätt för andra professioner samt för patient/närstående att söka på i journalen.

Vi har i större omfattning under året gjort en SIP efter att en patient fått sin demensdiagnos. Detta arbetssätt underlättar för patient och närstående att få de insatser som man är i behov av och berättigad till.

Att tidigt initiera kontakt med kommunen innebär även att hjälpmedel, såsom märkningssystem i hemmet, GPS-larm och almanackor, kan förskrivas i en tidig fas i sjukdomen, då den demenssjuke fortfarande har en förmåga till nyinlärning för teknik som kan underlätta senare i sjukdomsskedet.

**Delmål 1:** Vi har tagit fram skriftligt material som vi lämnar ut i samband med att en patient får besked om sin demenssjukdom på vårdcentralen, den så kallade "röda mappen".

Röda mappar med skriftlig information finns förberedda att dela ut. Materialet innehåller kontaktuppgifter till bägge huvudmän, patient- och anhörigföreningar mm (se bilaga 1), broschyren "När glömska är en sjukdom – bra att veta om demens" från Svenskt Demenscentrum ([nar\\_glomska\\_webben.pdf \(demenscentrum.se\)](http://nar_glomska_webben.pdf(demenscentrum.se))), samt en broschyr med kontaktuppgifter till kommunens minnsteam.

Vi har valt att inte lägga dessa som bilagor i flödesschemat, då man helst vill hålla detta på två A4-sidor. Vi har en plan att publicera dessa på APY'n istället, så att alla på vårdcentralen kan nå materialet.

Vi har mellan maj och oktober månad lämnat ut sex mappar, vilket motsvarar det antalet utredningar som har utretts via vårdcentralens minnsteam och som har landat i en demensdiagnos.

**Delmål 2:** I början av året kom kommunens demenssjuksköterska till läkarmöte för dialog kring samarbetet och de insatser som finns för demenssjuka. Den viktigaste punkten vi tog med oss från detta möte är att kommunen så snart som möjligt, med den sjuke eller närståendes godkännande, får kännedom om den demenssjuke och på så vis kan erbjuda insatser tidigt i sjukdomsskedet, innan det uppkommer akuta behov av omvårdnad i hemmet eller för den närstående.

Vi enas om att bli bättre på att använda den överrapporteringsblankett mellan kommun och region som finns i FAKTA Demens, den så kallade Bilaga 10.

I februari startas möten med kommunens demenssköterska, Silviasyster och vårdcentralens minnsteam upp. Vi träffas en timme, första tisdagen i månaden. I detta forum tas patientfall upp där bägge huvudmän är eller behöver bli involverade. I flera fall är det hemtjänst som har signalerat att hemsituationen förändrats/fallerar och då har dessa möten visat sig vara en väg till att ge rätt insatser. Extra viktigt blir detta när den demenssjuke inte har närstående omkring sig som kan föra dess talan och stötta i kontakten med vård och omsorg.

Genom dessa möten underlättas de överenskommelser som har gjorts, bland annat arbetet i att uppmärksamma och sätta in omvårdande insatser, som t ex ökad tillsyn i hemmet, medicindelning, daglig verksamhet eller annat boende,

körkortsdiskussioner, avlastning för anhöriga, behov av uppföljning av läkare kring mående, medicinering mm.

Kommunens minnesteam har gett uttryck för att dessa möten underlättar samarbetet kring de demenssjuka, till skillnad från att försöka nå vårdcentralens personal via telefon eller Cosmics meddelandefunktion.

**Övergripande mål 2:** flödesschemat för demens på Väster vårdcentral är uppdaterat, se bilaga 2.

## I. Summering

Vi har under årets förbättringsarbete förbättrat våra rutiner för samarbete över huvudmannagränserna, genom personliga möten och att använda de överrapporteringsblanketter som finns tillgängliga FAKTA.

Vi har också tydliggjort det interna arbetet genom att uppdatera vårt flödesschema.

Arbetet med överenskommelser; att göra tydliga och kvalitativa planer för den sjuke och dess närstående kring vård- och omsorgsinsatser är den allra viktigaste förändringen. Detta arbete gynnar patientgruppen och dess närstående genom att vi uppmärksammar behov tidigt och därmed kan initiera insatser för medicinska och omvårdnadsbehov i rätt tid, samt att det blir tydligare för de drabbade vem som gör vad.

För de demenssjuka som inte har någon närstående som kan bistå med hjälp i kontakt med vården är det extra viktigt med tydliga överenskommelser, så att personal lätt kan filtrera i journalen på sökord Överenskommelse och hjälpa till att genomföra dessa.

Vårt främsta tips är att dialog och samarbete mellan alla berörda aktörer kring en patient är otroligt viktig, särskilt gällandes människor med kognitiv svikt!

## Bilaga 1

# Information till Er som har deltagit i minnesutredning via Väster vårdcentral

### **Minnesteamet på Bra Liv Väster vårdcentral:**

Arbetsterapeut Frida, tel. 010 – 244 15 50 (direktnummer).

Sjuksköterska \_\_\_\_\_ tel. 010 – 244 15 00 (receptionen).

Har du frågor kring eller vill ansöka om stöd i hemmet/daglig verksamhet/särskilt boende/anhörigstöd kontakta

**biståndshandläggare** på tel. 0370 - 37 70 00 (kommunens kontaktcenter).

**Svenskt Demenscentrum** ([www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)) har mycket matnyttig information om demenssjukdomar, att leva med demens, forskning, patient- och anhörigorganisationer mm.

De har en gratis app som heter **Nollvision**, som ger stöd till anhöriga med konkreta råd och förslag på lösningar i olika situationer.

**Vårdguiden 1177** ([www.1177.se](http://www.1177.se)), sökord demens.

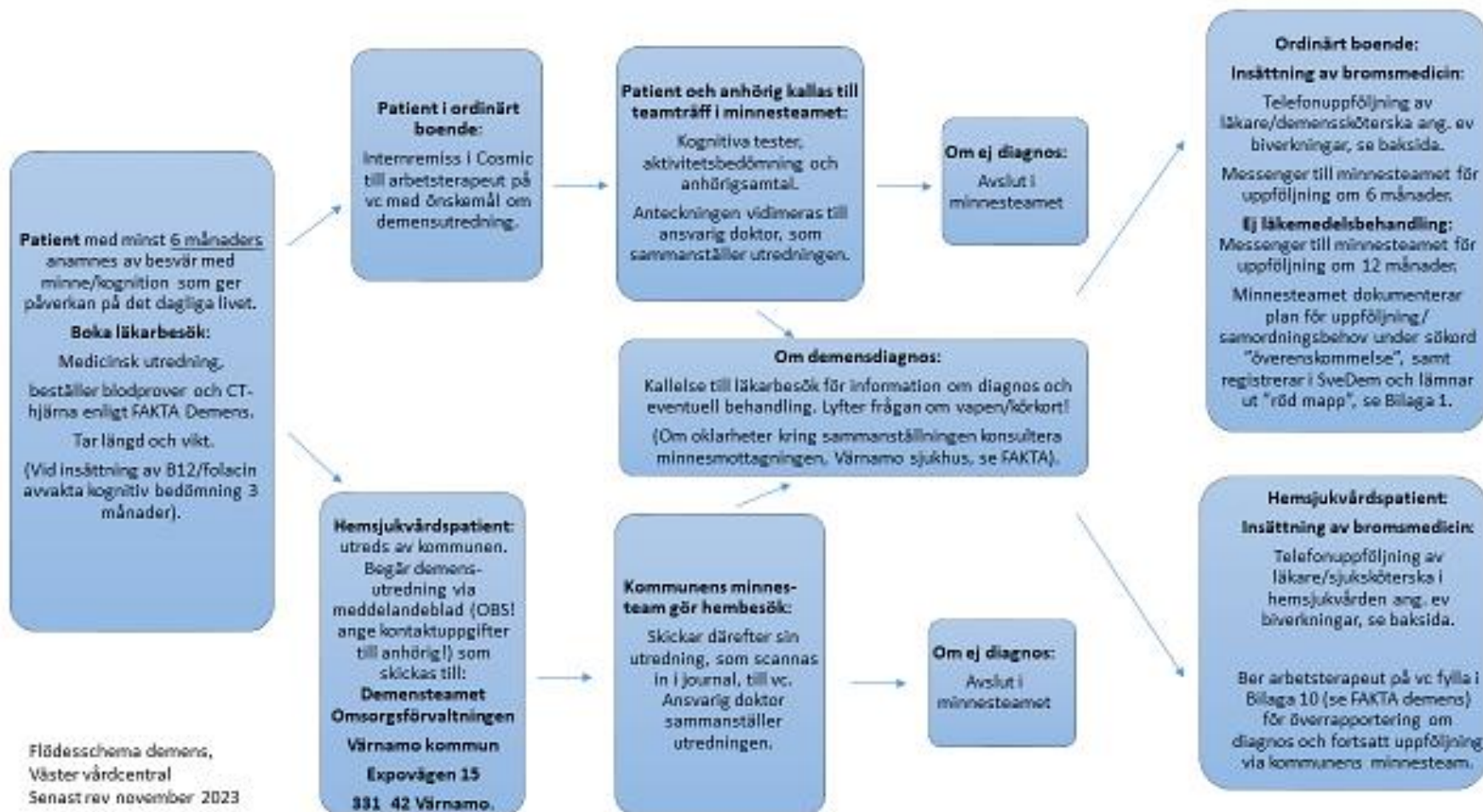
**Kommunrehab** kan hjälpa till med hjälpmedel såsom GPS-larm, almanackor mm.

Nås via kommunens kontaktcenter, 0370 – 37 70 00, efterfråga arbetsterapeut.

Vårdcentral Väster är anslutna till **SveDem**, som är ett nationellt kvalitetsregister för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar. Genom att samla in data och följa patienter genom vårdkedjan hoppas man kunna förbättra kvaliteten på demensvården.



## Bilaga 2 flödesschema



### **Demens, enligt DSM IV, föreligger om det finns:**

- minnesstörning
- åtminstone **en** av följande störningar:
  - afasi/dysfasi (språkstörning)
  - apraxi/dyspraxi (praktiska funktionssvårigheter)
  - agnosi/dysgnosi (feltolkning av sinnesintryck)
  - exekutiva störningar (förändrad hantering av vardagspraktiska förehavanden)
- nedsatt arbets- eller social förmåga som innebär en nedgång från en tidigare högre funktionsnivå.
- symptom inte enbart i samband med konfusion (akut förvirringstillstånd), dvs tillståndet ska ha en varaktighet av minst 6 månader.

### **Röntgenremiss + tolka röntgensvar:**

**Frågeställningar:** Fazekas grad (vitsubstansförändringar), MTA grad (medialtemporal atrofi), GCA (global kortikal atrofi)

**Alzheimer:** Ofta normal CT, avsaknad av småkärlssjuka eller infarkter. Vid avancerad Alzheimer ser man atrofi medialt i temporalloberna (hippocampus).

**Vaskulär demens:** Bilateral, ofta multipla små lakunära infarkter och vitsubstansförändringar - småkärlssjuka.

**Frontallobsdemens:** Atrofi i frontalloberna.

### **Behandling:**

**Alzheimer:** EKG innan behandlingsstart, om AV-block/bradykardi/angina då är Donepezil (Aricept) kontraindicerat. I så fall Memantine i upptrappnings- schema är aktuellt.

Donepezil (Aricept) 5 mg x 1 i en månad, därefter uppföljning och eventuell höjning till 10 mg x 1.

**Alzheimer + Parkinson demens:** Rivastigmine (Exelon) 1,5 mg x 2 startdos, uppföljning om 2 veckor och ev dosökning till 3 mg x 2.

**Vaskulär:** Trombyl 75 mg x 1.

**Agitation/aggressivitet:** Memantine (Ebixa) i upptrappningsdos 5mg i 1 vecka, därefter 10 mg i 1 vecka, 15 mg i 1 vecka, max 20 mg tills vidare. Uppföljning veckovis under upptrappningsperioden. Vid biverkningar, backa ett steg i doseringen. Eventuell tillägg av Oxascand 5/10 mg x 3, eller Heminevrin 300 mg 1 tablett vid behov (max 5 tabletter/dag), Haldol 1 mg/tablett, 0,5 tablett/dag, uppföljning om 2 veckor och ev dosökning till 1 mg/dag

**Hallucinationer:** Risperidon 0,5 mg/tablett, 0,5 tablett/dag, uppföljning om 2 veckor och ev dosökning till 0,5 mg/dag och även 1 mg/dag om det behövs.

Alternativ: Haldol 1 mg/tablett, 0,5 tablett/dag, uppföljning om 2 veckor och ev dosökning till 1 mg/dag.