

## A. Val av förbättringsområde

### Förbättrat omhändertagande av personer i samband med demensdiagnos

## B. Bakgrund

Demens är en folksjukdom med stor betydelse och en korrekt ställd diagnos spelar roll såväl för den drabbade personen, hans omgivning som samhället. Vi har genom samtal i medarbetargruppen identifierat omotiverad variation i val av underdiagnos av betydelse för vilka medicinska åtgärder som blir aktuella men också i dokumentation av omvårdnadsparametrar, vilket kan leda till att relevanta omvårdnadsinsatser inte får den uppmärksamhet som skulle vara gynnsam. Systematisk dialog i grupp om dilemman, t ex i myndighetsrollen kopplat till vapen- och körkortsfrågor, kan underlätta för vårdpersonalen och göra dessa beslut mer likriktade. På vårdcentralen har bland annat sjuksköterskor, arbetsterapeuter och läkare har en viktig roll i utredning, omhändertagande och kommunikation med den drabbade personen, hans närstående och kommunal vårdpersonal. Det kan finnas en vinst att ge utrymme för dessa att träffas för att bidra till bästa och individanpassade vård och bidra till professionellt lärande och utveckling.

Enligt Medrave har vi 2025-02-11, 57 listade invånare med demensdiagnos, vilket vi uppfattar som en underskattning av personer med kognitiv nedsättning av betydelse.

## C. Övergripande mål

Målet med detta förbättringsarbete är att strukturera upp arbetssättet för patienter med minnesfunktionsnedsättning för att säkerställa korrekt diagnostik, erbjuda rätt medicinsk behandling och relevanta stödinsatser, samt uppnå följande kvantitativa mål:

- **Öka andelen specificerad demensdiagnos** (från nuvarande 72 %, varav hälften ospecificerad, till 90 % i den nydiagnostiserade gruppen).
- **Öka registreringsgraden** av vitala parametrar (vikt, anhörigintervju, MMT/MMSE-SR samt körkortsförekomst) från obefintlig (enligt Medrave-data) till 50 % för alla med diagnos."
- **Kvalitativ uppföljning** genom intervjuer för att patienter, närstående och medarbetare upplever process och beslut som säkra och jämlika.

## D. Nuläge

I dagsläget ställs diagnos av patientens läkare, utifrån medicinsk utredning samt kognitiv testning, intervju med patient och närstående som genomförs av sjuksköterska och arbetsterapeut. Vederbörande kan ta upp fallet med dessa och med kollegor, men vi har ingen systematisk process för det och uppfattar att det skiljer vilken underdiagnos som sätts och därav också behandling som erbjuds. Parametrarna som kommer att följas finns ofta beskrivna i löpande journaltext, vilket försämrar möjligheten till överblick. Vårdpersonal beskriver att man ibland känner sig ensam i svåra beslut av stor betydelse för den drabbade personen, och önskar utrymme att dela dessa med kollegor.

Mätmässigt i Medrave är vikt registrerade under detta sökord i Cosmic enbart för 12 % av patienterna, MMT/MMSE-SR, anhörigintervju och körkortsförekomst inte alls. Registrerad underdiagnos ligger idag enligt Medrave på 72 %, varav hälften utgörs av ospecificerad demens.

## E. Analys av nuläge

Vi har inte haft systematiskt fokus på denna patientgrupp på vårdcentralen, och är nöjda med att göra denna satsning framåt. Det är en framgångsfaktor för området att en av våra ST-läkare har valt området som fokus för sitt kvalitetsarbete inom ramen för sin ST-tjänst och att vi jämfört med tidigare har mer arbetsterapeut-tid att tillgå.

Genom fortbildningsinsatser inom området, utbyte med andra vårdinstanser och deltagande i demensdagar under våren ökar vår sammanlagda kunskap, som kommer att spridas till även övriga medarbetare, och möjlighet att ta lärdom av goda exempel från andra.

## F. Prioritering av förändringar som ska testas

Vi introducerar nu nya rutiner och kriterier som ligger till grund för ett strukturerat och förbättrat arbetssätt kring patienter med demens. Syftet är att förbättra diagnostiken och därmed kunna erbjuda varje patient rätt vård och omsorg. Denna förändring prioriteras för att säkerställa högsta möjliga kvalitet i omhändertagandet.

För att säkerställa att utredningsresurserna används optimalt har vi fastställt nya kriterier:

- **Patientens medverkan:** Patienten måste själv vilja medverka och genomgå en utredning. Vill patienten inte medverka och genomföra utredningen, görs ingen utredning.
- **Tydlig problematik:** Det ska finnas en tydlig problematik och begränsning som motiverar en utredning.

### Justerade uppföljningsrutiner

- Tidigare rutiner med 6 månaders uppföljningar efter medicininsättning samt årliga uppföljningar med ny testning och intervju på samtliga patienter med demensdiagnos kommer inte längre att utföras av demensteam. Detta har inte uppfattas värdeskapande då det blir för tätt in på medicininsättning och justering samt att demens är en kronisk sjukdom med behandling riktad mot symtom och där förbättring i mätningar inte kan förväntas, därför prioriteras tiden till annat arbete med gruppen.
- Läkarna fortsätter däremot sin uppföljning efter medicininsättning utan krav på ny minnestestning och intervju, samt uppföljningar enligt medicinska behov utifrån helheten.
- Årliga uppföljningar med omtestning kommer endast att ske på patienter med en demensdiagnos som fortsatt kör bil.

### Strukturerad teamöversyn och samordning

En central del i det nya arbetssättet är en förstärkt samverkan i teamet:

- **Demensteamsträffar:** Schemalagda möten för demensteamet (ansvarig utredande distriktssköterska, arbetsterapeut, samtliga läkare och vårdsamordnare) hålls en gång i månaden. **Syftet:** Vid dessa möten går man igenom utförda utredningar, man tittar på röntgensvar, prover, testning och anhörigintervju gemensamt för att säkerställa rätt diagnos,

diskutera behandlingsalternativ och stötta ansvarig läkare i beslutsfattande kring frågor som rör vapen- och körkort.

- **Särskilda fall:** Ärenden med förfrågan om minnesutredning vid särskilda fall, såsom inkommande remisser, yngre patienter eller patienter med andra pågående sjukdomar/besvär (exempelvis depression), diskuteras också här.
- Vårdsamordnaren tar en kontakt med patienten och dess anhörig cirka en månad efter diagnos. Denna tidiga kontakt syftar till att följa upp hur det fungerar, svara på frågor kring diagnosen, mående och identifiera vidare behov av stödinsatser, innan läkaren har sin 3-månaders uppföljning.

För att få en bättre överblick och underlätta informationsdelning prioriteras även förbättrat journalförande i Cosmic. Detta säkerställer att all viktig information som ligger till grund för den medicinska bedömningen är lättillgänglig och sökbar.

Dessa förändringar syftar till att skapa ett mer effektivt, enhetligt och patientcentrerat omhändertagande.

### **Nya rutiner för remisshantering vid minnesutredning för patienter inom hemsjukvård**

Följande nya rutiner har fastställts vid teammöte med hemsjukvårdens team, gällande patienter som är inskrivna i kommunal hemsjukvård och där behov av minnesutredning identifierats:

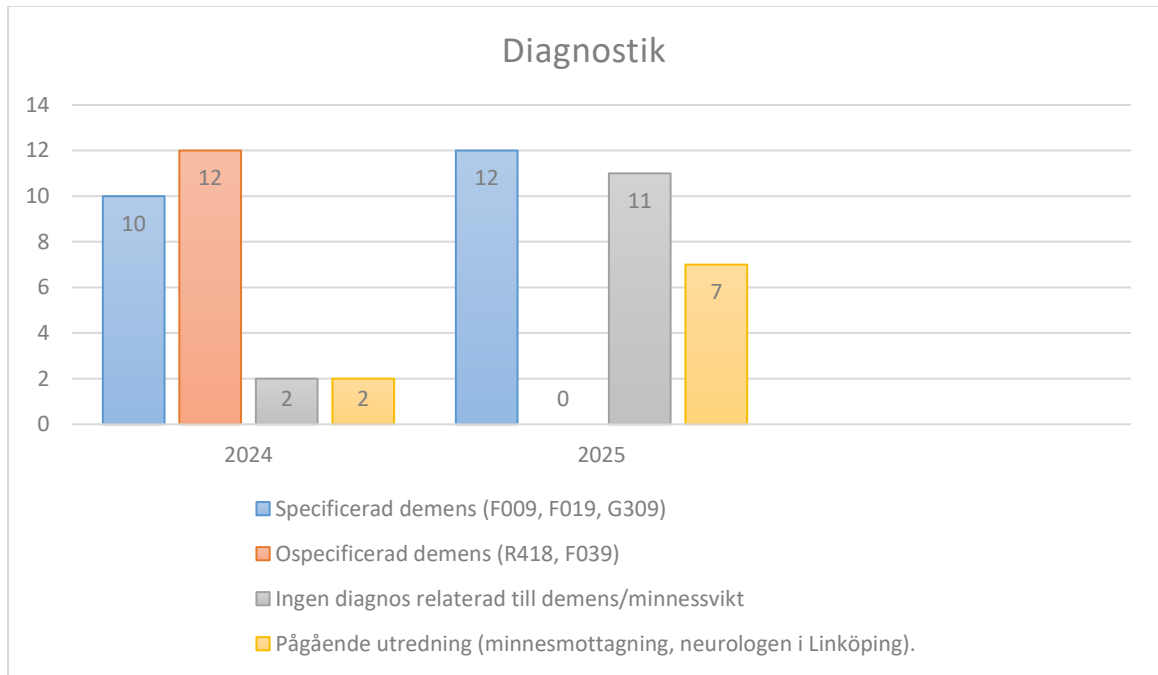
1. **Initiering av remiss:** Information om patientens behov av minnesutredning ska dikteras av ansvarig personal på vårdcentralen.
2. **Vårdadministratör:** Vårdadministratören hanterar diktatet och skickar ett meddelande till vårdsamordningen.
3. **Vårdsamordning:** Vårdsamordningen ansvarar för att vidarebefordra förfrågan om minnesutredning till berörda arbetsterapeuter inom kommunen.
4. **Uppföljning och diagnos:** Efter att patienten genomgått utredning via demensteamet på vårdcentralen eller kommun, och diagnos samt fortsatt planering är fastställd, ska denna information återkopplas till arbetsterapeuterna i kommunen för kännedom och fortsatt samverkan

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

Vi identifierade under statistik genomsökning i Medrave att statistiken inte stämmer överens med antalet utförda utredningar eller genomförda åtgärder. Efter samtal med IT och dialog med E-hälsa framkommer att det saknas en standardiserad, gemensam journalmall för dokumentation av demens-/minnesutredningar i Region Jönköpings län. Detta innebär att den statistik som finns i Medrave inte överensstämmer med de faktiska utredningar som genomförts och vi har fått bortse ifrån tidigare statistik. Denna fråga kommer att hanteras på en högre ledningsnivå för beslut och ev framtagning av gemensam dokumentationsmall.

Den statistik som nu har inhämtats baseras istället på en manuell genomgång av journaler för utredningar utförda mellan februari och oktober 2024, samt 2025, där man specifikt granskat:

- Utredningstillfällen
- Uppföljande läkarbesök
- Diagnossättning



**Under perioden februari-oktober 2024 genomfördes totalt 26 utredningar.**

Utav dessa 26 utredningar var det **39%** som hade eller fick en *specificerad demens diagnos*. **46%** som fått en *ospecificerad demens/minnessvikt diagnos*. **8%** som inte fått någon diagnos utifrån minnessvikt och demens efter utredning utan misstanken har avskrivits. **8%** har en pågående utredning via annan klinik (minnesmottagningen, neurologen i Linköping).

**Under perioden februari-oktober 2025 genomfördes totalt 30 utredningar.**

Utav dessa 30 utredningar var det **40%** som fått en *specificerad demens diagnos*. **37%** som inte fått någon diagnos utifrån minnessvikt och demens, utan diagnos har avskrivits. **23%** har en pågående utredning via annan klinik (minnesmottagningen, neurologen i Linköping).

**Kvalitativ uppföljning;** Efter intervju med patienter och anhöriga framkommer det ökad trygghet och förståelse för hela processen och vikten av att ha en samstämmig syn för vidare åtgärd och omvårdnadsinsats. Patienter och anhöriga var väldigt eniga i upplevelsen och framförallt tacksamma i att få hjälp. De uttrycker även en uppskattning om att få information om hela processen vid flera tillfällen.

Patient uttrycker sig så här:

*”Jag är tacksam för att få genomgå utredningen. Det känns tryggt att det är flera läkare som tittar på hela utredningen.”*

En anhörig uttrycker sig så här:

*”Jag tyckte att vi fick vänta länge på återkopplingen. Men när jag fick höra om hur hela processen går till, så kände vi oss lugna och trygga.”*

## **I. Summering**

Detta förbättringsarbete initierades med bakgrund i att demens är en folksjukdom där korrekt diagnos och adekvata insatser är avgörande. Nulägesanalysen visade omotiverad variation i val av underdiagnos, vilket påverkar medicinska åtgärder, samt inkonsekvent dokumentation av omvårdnadsparametrar. Detta riskerade att relevanta omvårdnadsinsatser inte uppmärksammades.

### **Övergripande mål och mätbara resultat**

Målet var att strukturera upp arbetssättet, säkerställa rätt diagnos och erbjuda rätt behandling och stödinsatser och att ha med patient- och anhörigperspektivet.

Specifika, mätbara delmål sattes för att öka antalet specificerade demensdiagnoser och förbättra registreringsgraden av omvårdnadsparametrar till 50 % senast 2025-10-30.

Under granskning av vår statistik framkom tydliga brister i registrering av omvårdnadsparametrar. Vi ser vid journalgranskning att uppgifterna finns dokumenterade i löpande text, men det hade varit en fördel för överskådligheten vid uppföljning om denna information fanns dokumenterad under en specifik mall. Detta har haft betydande inverkan på hur arbetet kunnat följas upp, eftersom vi inte kunde följa det vi avsett att göra via Medrave.

Den procentuella skillnaden mellan 2024 och 2025 för de olika kategorierna:

Vi ser en ökning med 1,5 procentenheter (eller cirka 4% relativ ökning) vad gäller diagnostik med specificerad demensdiagnos. Den största procentuella skillnaden vi ser när vi jämför är att under året 2025 har vi inte diagnostiserat någon patient med ospecificerad minnessvikt/demens utan istället tydligt avskrivit misstanken istället för att sätta en mer diffus diagnos (minnessvikt UNS). Detta tyder på att vårt förbättrade arbetssätt har lett till en korrekt och mer specifik diagnos för betydligt fler. Vi ser också en tydlig ökning med 16 procentenheter vad gäller vidare utredning där demensmisstanken kvarstår men vi inte kommer längre med vårdcentralens kompetens och resurser, utan t ex konsultationsremiss till minnesmottagningen inom specialiserad vård eller neurologmottagningen. Detta innebär en ökad trygghet och förbättrat ställningstagande vad gäller diagnostik och fortsatta åtgärder för våra patienter.

Dessa förändringar syftar till att minska omotiverad variation av diagnossättning och upplevd ensamhet i svåra beslut. Genom systematisk dialog i det tvärprofessionella demensteamet förväntas besluten bli mer likriktade och säkra. Fortbildningsinsatser och erfarenhetsutbyte har lett till att den sammanlagda kunskapen på vårdcentralen gällande trygghet i beslutsfattande om diagnossättning och fortsatt behandling ökat enligt läkargruppen.

Arbetet kommer att fortsätta som ett ordinarie arbetssätt och vi räknar med öka andelen med specificerad diagnos samt trygghet i beslutsfattande vad gäller diagnos och frågor som berör körkort och vapen.