

# Hur kan vi tillgodose Esthers behov vid utredning och diagnostisering av demens?

**Annika Rolfson**

**Maria Hommerberg**

## **Bakgrund**

I Sverige lever uppskattningsvis omkring 150 000 personer med en demenssjukdom. På Bra liv Hälsan 1 vårdcentral utgör patienter med demenssjukdom 1 % av 12 600 listade, det vill säga ca 130 patienter. Sjukdomen påverkar inte bara den drabbades minne och funktion i vardagen, utan även hela

livssituationen. Därför är det viktigt att personer med demens får ett individuellt anpassat stöd.

Vården och omsorgen bör vara personcentrerad – det vill säga utgå från varje individs unika behov, resurser och önskemål. För att det ska vara möjligt krävs en grundlig kartläggning av personens situation, ofta genom ett nära samarbete mellan flera olika professioner och huvudmän såsom region och kommun. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör dessa behov följas upp regelbundet och på ett sammanhållet sätt. Årliga uppföljningar gör det möjligt att upptäcka förändringar i sjukdomsbilden och anpassa stödet därefter.

Anhöriga till personer med demenssjukdom behöver stöd och kunskap för att kunna hantera den förändrade vardagen och ge rätt hjälp till sin närstående.

Som nya i demensteamet på vårdcentralen uppmärksammades vid kontroll av statistik i primärvårdskvalitet och kvalitetsregister att patienter inte har följts upp kontinuerligt så som de nationella riktlinjerna vid demenssjukdom förespråkar.

Risken med bristande uppföljningar blir att patienter listade på vårdcentralen inte får den personcentrerade vård de behöver.

## **Syfte**

Säkerställa Esthers rätt till personcentrerad vård vid diagnossättning och uppföljning av personer med demens.

## **Frågeställning**

Vad behöver vårdcentralen förändra i sina rutiner för att Esther skall få en personcentrerad och säker vård när hen utreds och erhåller diagnosen demens?

## **Genomförande**

### **Inledning**

Förbättringsarbetet har genomförts i flera steg och omfattat både, utbildning och utveckling av rutiner på vårdcentralen. Arbetet har skett i samverkan mellan läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeut, med fokus på att Esther skall känna att hens behov är i centrum.

## **1. Genomgång av befintliga rutiner**

Kartläggning av de rutiner som fanns för omhändertagande av personer med demenssjukdom. Därefter jämfördes dessa med aktuella rekommendationer och evidensbaserad information, i Fakta och från socialstyrelsen.

## **2. Samverka och erfarenhetsutbyte**

Studier och intervjuer på andra vårdcentralergav inspiration till hur vi strukturerade vårt arbete och utvecklade vårt material. En studie från en av våra ST-läkare, som undersökt hur andra vårdcentraler hanterar demenssjukdom, användes för att väga för- och nackdelar mellan olika arbetssätt. I arbetet framkommer även behov av att se över rutiner kring övergångar mellan huvudmän.

## **3. Kompetensutveckling och utbildning**

Teamet har fortbildats i användningen av MEDRAVE/primärvårdskvalité för att kunna tolka statistik och söka information på ett korrekt sätt. Teamet har även deltagit i utbildning i Svedem, det nationella kvalitetsregistret för demenssjukdomar, för att säkerställa korrekt registrering av patienter. Deltagande på Demensdagarna i Göteborg har bidragit till ökad kunskap om evidensbaserad vård och stöd till personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

Utbildning i hur man tolkar röntgenbilder, allt för att få mer kunskap i vad skadorna får för konsekvenser för Esther i vardagen.

## **4. Kartläggning av patientgruppen**

Statistik från MEDRAVE/primärvårdskvalité har framtagits och studerats. Samtliga listade patienter med demensdiagnos på Bra Liv Hälsan 1 vårdcentral har sökts upp i journal för att jämföra information så att allt ser korrekt ut.. Detta för att skapa en uppdaterad bild av patientgruppen och deras behov.

## **5. Utveckling av arbetssätt och struktur**

Analys av befintligt patientflöde och nuvarande struktur.

Alternativt sätt att genomföra utredningar och uppföljningar på, har erbjudits i form av att vi gjort hembesök i stället för mottagningsbesök och utvärderats.

Informationsflödet till patienter och anhöriga har studerats och utifrån det och andra vårdcentralers kunskap har en informationspärm tagits fram. En rutin för informationsutbyte mellan region och kommun har framtagits.

## 6. Bedömningsinstrument

Teamet har jämfört befintliga bedömningsinstrument, utvärderat och tagit hänsyn till rekommendationer enligt FAKTA och socialstyrelsen.

## 7. Tolkanvändning

Arbetet har också uppmärksammat betydelsen av professionell tolkanvändning vid utredning och uppföljning, för att säkerställa rättvis och jämlik vård för alla patienter.

## Resultat

Genom ett tvärprofessionellt förbättringsarbete har vårdcentralen arbetat fram nya och förbättrade rutiner för att ge likvärdig vård till patienter med misstanke och konstaterad demenssjukdom. Tillsammans med läkarna har det framtagits ett styrdokument som beskriver hur arbetet med demenssjuka patienter ska bedrivas på vårdcentralen (se bilaga 1). Även en checklista har utformats som rekommenderas att använda vid uppföljande patientbesök på mottagningen. (bilaga 2) Checklistan ger en sammanställning för Esther och den anhörige om vad läkarbesöket har handlat om och ska således skickas med Esther hem. Tanken är att ge Esther delaktighet i sin vård.

Dokumentet har jämförts med riktlinjerna i Fakta för att säkerställa att det överensstämmer med gällande rekommendationer. En av de nya rutinerna är att läkarna nu lägger alla ärenden som rör demens i en särskild funktionsbrevlåda. Syftet är att dessa ärenden inte ska försvinna bland andra, samt att det ska bli enklare för framtida personal att ta över arbetet i demensteamet.

Informationspärmen har utvecklats och kommer att användas vid uppföljningssamtal och innehåller information till både den drabbade och anhöriga. Innehållet omfattar olika typer av demenssjukdomar, information om vart familjen kan vända sig för stöd i vardagen samt kontaktuppgifter till kommunens biståndsbedömare.

För att säkerställa kvalitet och uppföljning, behövs kontinuerlig avstämning av statistik i de program vi har tillgång till, ex MEDRAVE/primärvårdskvalité, Svedem och kvalitetsregistret. För att få till dessa avstämnings behöver tid avsättas i schemat.

Den största förändringen i arbetet är att vi alltid genomför hembesök vid minnesutredningar, istället för att träffa patienterna på mottagningen. Hembesöken ger en betydligt bättre bild av Esthers livssituation och bidrar till

en mer personcentrerad bedömning. Från att tidigare inte gjort ett enda hembesök, har vi till dagsdatum gjort 22 (samtliga) hembesök vid minnesutredningar. Av de 22 hembesöken som vi hunnit med är det enbart en person som inte har varit positiv till besöket på hemmaplan. Däremot har samtliga anhöriga varit positiva.

Vid bedömningar används MMSE nr 3, Klocktest och RUDAS, vilket ligger i linje med rekommendationerna i Fakta. För patienter med annat språkligt ursprung betonas vikten av att använda professionell tolk – inte anhöriga eller personer som känner patienten sedan tidigare – för att säkerställa tillförlitliga bedömningsresultat. Om vi uppmärksammar att tolken har en relation till patienten ska detta noteras och föras vidare till ansvarig läkare, då det kan påverka resultatet.

Vid möten med läkargruppen har det framkommit önskemål att demensteamet deltar i de teammöten, som hålls kontinuerligt på vårdcentralen, efter varje minnesbedömning. Detta för att läkaren ska få en tydligare helhetsbild av patientens situation, baserat på de observationer som arbetsterapeut och sjuksköterska gjort vid hembesöket.

Genom arbetet blev det tydligt att vi behöver fortsätta att kontinuerligt ta del av fortbildning och aktiviteter inom demensområdet, exempelvis Demensdagar, föreläsningar och utbildningar om olika demensdiagnoser och aktuell forskning.

Slutligen konstaterades att den befintliga anhörigintervjun, Ragnars Åstrands intervjuinstrument, som sjuksköterskan använder redan fungerar väl och därför kommer den rutinen att behållas oförändrad.

## **Slutsatser**

Ett mindre team som arbetar med demens ger ökad kontinuitet och likvärdig vård för Esther. Det är av betydande att avsätta tid för möjlighet att genomföra vårt åtagande och sätta Esther i centrum. En gemensam funktionsbrevlåda för samlad kommunikation mellan parterna i teamet är viktig för att inte information kring Esther skall försvinna.

Information, introduktion och samarbete kring demenspatienter med läkare är avgörande för ett välfungerande team. Att informera nyanställda om våra rutiner är av största vikt.

Det styrdokument som framtagits skall följas vid samtliga ärenden där Esther bedöms ha en demenssjukdom. Detta ger en ökad tydlighet i struktur och ger en tydligare bild för samtliga att följa.(Bilaga 1) Checklistan som framtagits är ett hjälpmedel för läkarna att använda för att få en bättre struktur och likvärdig information till Esther vid det diagnossättande läkarbesöket.

Fortsätta med hembesök som rutin, vi möter upp Esther utifrån hennes egna förutsättningar, teamet upplever att det ger en ökad trygghet för Esther, den anhörige och mer information till vårdcentralen. Vi upplever även att hembesöken ger ett bättre och mer rättvisande resultat vid testningen då miljön är tryggare för Esther och miljön inte ger så mycket övrig stimuli.

Återbesök inom 6 månader till patienten för information kring vad kommunen har att erbjuda och var anhörig kan söka information kring demens och demensvård.

### **Vidare utvecklingsarbete**

Finns önskemål om att vi skall börja med SiP-möten på samtliga patienter med demensdiagnos. I dagsläget finns inte dessa resurser och i slutändan är det Esther som måste avgöra.

Rekommendationer finns att uppföljningsbesöken skall ske närmare i tid än 6 månader efter diagnossättning. Även detta är en resursfråga.

Möjlighet att utveckla de bedömningsinstrument som finns till hands skulle vara av betydelse för Esther, då det finns instrument som är mer detaljerade och djupgående i sin bedömning, än de som står till buds idag.

Vid genomgång av det nya styrdokumentet framkom att en bättre rutin för information om bilkörning och vapenlagen skulle vara hjälpsamt.

Bygga upp en tydlig kontaktväg till kommunen för överföring av ansvar vid inskrivning i hemsjukvården, är något som vi planerar att arbeta vidare med för Esthers trygghet och rätt till personcentrerad vård.

Till slut skulle det även vara intressant att vid nästa uppföljning av patienterna som vi redan träffat göra en enklare undersökning genom en enkät för att höra vad Esther och anhöriga har saknat och vad det upplevt som positivt.

Referenser:

- 1) Socialstyrelsen. (2025). [Nationella riktlinjer: demenssjukdom - Socialstyrelsen](#)
- 2) Svenskt demenscentrum (2025)

MMSE nr 3, Klocktest, RUDAS och Ragnars Åstrands instrument. Utgår från Svenskt demenscentrum

- 3) FAKTA [Äldres hälsa-Folkhälsa och sjukvård](#)
- 4) Demens- utredning i Primärvård [Demens – utredning i primärvård](#)
- 5) Swedem , [www.ucr.uu.se](http://www.ucr.uu.se)
- 6) Medrave- primärvårdskvalité

Bilaga 1

### **Styrdokument Demens Hälsan 1**

- Utredning initieras och startas igång av fast läkarkontakt. Provtagning med demensprover: vilka prover. Kontakt tas med arbetsterapeut via messenger för bokning av vidare utredning. Är patienten ansluten till HSV kontaktas aktuellt hemsjukvårdsteam för vidare utredning. (Vi har ansökt om en ”demensbrevlåda, dit vi önskar att ni i framtiden skall skicka de patienter som ni önskar få bedömda)

- MMSE nr 3 och anhörigintervju utförs vid ett hembesök av demenssjuksköterska och arbetsterapeut.
- När MMSE nr 3 och anhörigintervju är utförda informeras fast läkare via vidimering av bedömningen i Cosmic och patienten sätts upp på team för att bilden av hemsituationen skall stå klarare för läkarna inför läkarmötet.

### **Vid tecken på kognitiv svikt/demenssjukdom:**

- Ställningstagande till remiss för CT/MR av fast läkarkontakt.
- Fast läkarkontakt bokar ett uppföljande läkarbesök alternativt sätts upp på team för bokning av tid för information kring diagnos (se Sammanställning efter minnesutredning).
- Vid uppföljande besök hos läkare tas följande punkter upp:
  - Diagnossättning. Aktuellt med remiss till minnesmottagningen?
  - Gå igenom och fyll i ”sammanställning av minnesutredning” och lämna till patient
- Fast läkarkontakt informerar arbetsterapeut via messenger när diagnos är säkerställd och Arbetsterapeut registrerar patient som erhållit demensdiagnos i Svedem.
- 6-månaders uppföljning görs av Arbetsterapeut och demensansvarig sjuksköterska. Hembesök med ny anhörigintervju och MMSE nr 3. Uppföljning hur ev. nya insatser fungerar. Om patienten blivit ansluten till HSV kontaktar demensansvarig sjuksköterska aktuellt hemsjukvårdsteam för uppföljning.
- När 6-månadersuppföljning är gjord, vidimeras svaret till fast läkarkontakt i Cosmic.
- Därefter löper årlig demensuppföljning med ny anhörigintervju, MMSE nr 3 och uppföljande årligt läkarbesök.

Bilaga 2

### **Sammanställning efter minnesutredning**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Plats:** \_\_\_\_\_ **Patient:** \_\_\_\_\_

**Fast läkarkontakt:** \_\_\_\_\_

**Sjuksköterska:** \_\_\_\_\_ **Arbetsterapeut:** \_\_\_\_\_

**Anhörig som är närvarande vid besöket:**

- Make/maka
- Son/dotter
- Annan

**Utredningen grundar sig på de tester och undersökningar du har utfört:**

- Hembesök med sjuksköterska och arbetsterapeut med intervju och kognitiv testning.
- Blodprover
- Röntgen av hjärna

**Resultat av utredning:**

- Ej demensdiagnos
- Kognitiv svikt, men kan ej betraktas som demenssjukdom.
- Demens ospecificerad, diagnostyp kan ej fastställas i nuläget
- Alzheimers sjukdom
- Vaskulär demens
- Blanddemens (båda ovan)
- Frontotemporaldemens
- Lewy Body Demens

**Demensgraden vid diagnostillfället:**

- Mild demens:* Symtomen är tydliga men med lite stöd från sin omgivning klarar den sjuke sin vardag.
- Medelsvår demens:* Symtomen är ganska omfattande, den sjuke är i behov av hjälp av sin omgivning i många moment i sin vardag och ofta även till viss del från offentlig vård och omsorg.
- Svår demens:* Symtomen är så pass grava att den sjuke är i behov av daglig hjälp, ofta även från offentlig vård och omsorg.

**Läkemedelsbehandling:**

Insatt på demensläkemedel, datum: \_\_\_\_\_

Uppföljning av läkemedel, datum: \_\_\_\_\_

- Inget läkemedel insatt

**Körkort**

- Får fortsätta köra bil till och med \_\_\_\_\_
- Vidare körkortsbedömning hos arbetsterapeut
- Avråds från att fortsätta köra bil från och med idag och anmälan skickas till transportsstyrelsen om fortsatt körkortsinnehav
- Gett råd att ansöka om färdtjänst hos Jönköpings Länstrafik

## Vapen

- Vid innehav kontaktas polismyndigheten enligt vapenlagen

## SveDem

- Samtycke till kvalitetsregister för personer med kognitiv svikt

## Enligt socialstyrelsens riktlinjer kopplas kommunens biståndshandläggare in för att kunna ge dig rätt stöd och hjälp:

- Samtycke till att lämna denna information till kommunens biståndshandläggare som kommer att kontakta dig inom några veckor

## Tandvårdsstöd

- Intyg skrivs

## Telefonnummer och kontaktvägar:

- Vårdcentralen Hälsan 1 : 010 242 54 00
- Skicka meddelande 1177 mina vårdkontakter
- Anhörigstödssteamet: 036-10 80 10 [anhorigstod@jonkoping.se](mailto:anhorigstod@jonkoping.se)
- Jönköpings Kommuns Demensteam: 036 – 10 50 00  
[demensteamet@jonkoping.se](mailto:demensteamet@jonkoping.se)
- Kommunrehab, för stöd med hjälpmedel i hemmet som rollator, minneshjälpmedel mm: 036-10 50 00
- Färdtjänstansökning: 0771-680 680 [www.jlt.se](http://www.jlt.se)
- [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)