

Ulla-Britt Mattsson

Vårdenhetsöverläkare, Minnesmottagning

Psykiatri kognition och äldrepsykiatri

Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

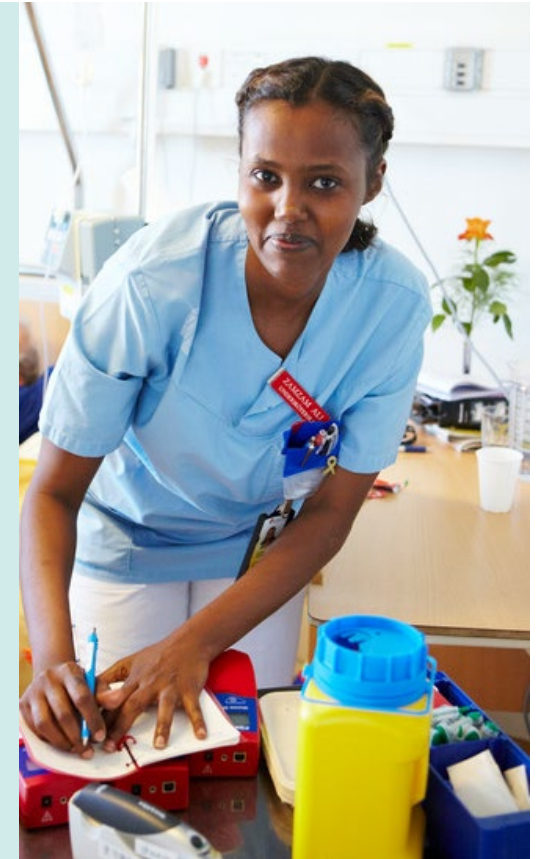
Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

- Öka jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården.
- Patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process.
- Nöjdhet och livskvalitet ska förbättras.
- ***Bästa tillgängliga kunskap används i varje möte.***



Vårdförloppet utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och baseras på bästa tillgängliga kunskap

- Socialstyrelsen; 2017. 3. Socialstyrelsen. [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen; 2017](#)
- Socialstyrelsen. [Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Socialstyrelsen; 2018](#)
- Socialstyrelsen. [En nationell strategi för demenssjukdom – Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022](#)
- Socialstyrelsen. [Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom; 2019.](#)



**Varför ville vi satsa på
detta vårdförlopp?**

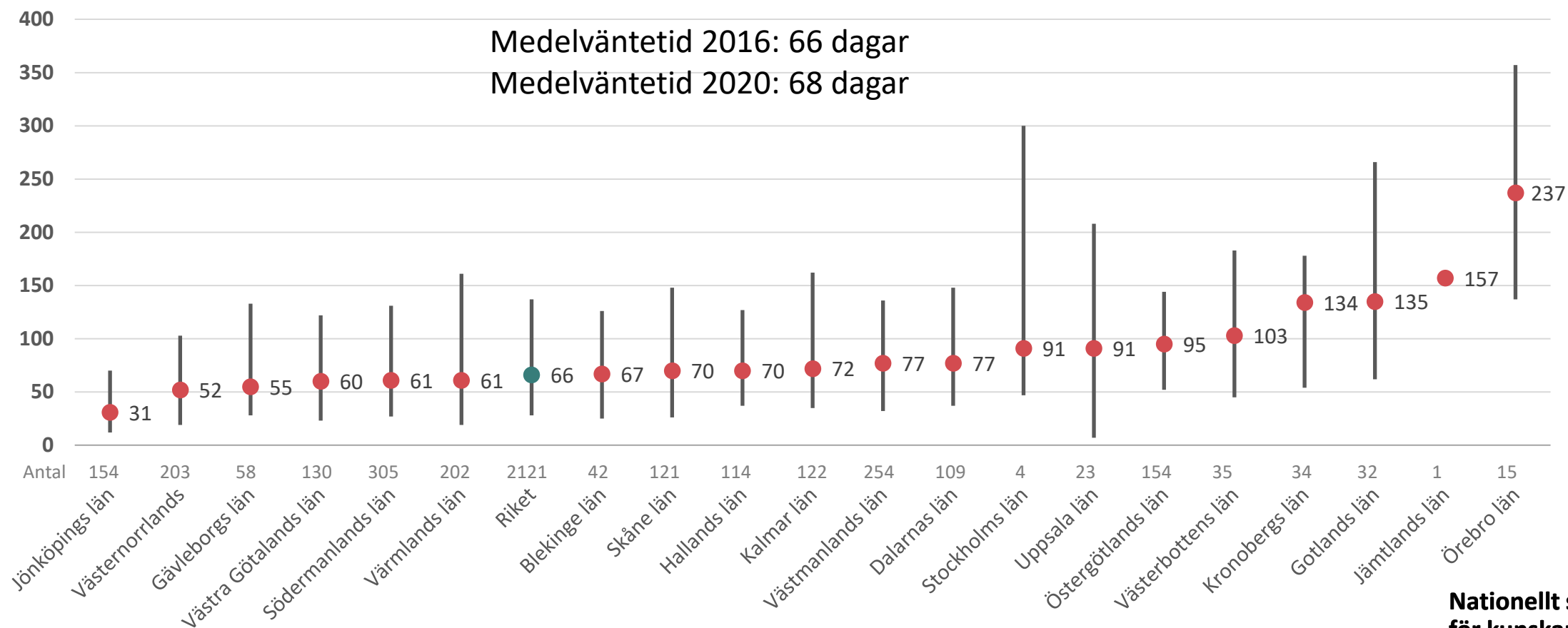
Varför behövs vårdförloppet?

- Många personer med kognitiv svikt har inte genomgått en fullständig utredning och har därför inte heller fått diagnos.
- Det kan orsaka stort lidande för de drabbade och deras anhöriga och kan leda till att otillräcklig vård och omsorg erbjuds.
- Vartefter sjukdomen fortskrider har dessa personer svårare och svårare att söka adekvat vård (om de inte har anhöriga).



Nationell variation: utredningstider inom primärvården

Tid från utredningsstart till diagnos inom primärvården, år 2020



Källa: Svedem, Svenska
demensregistret

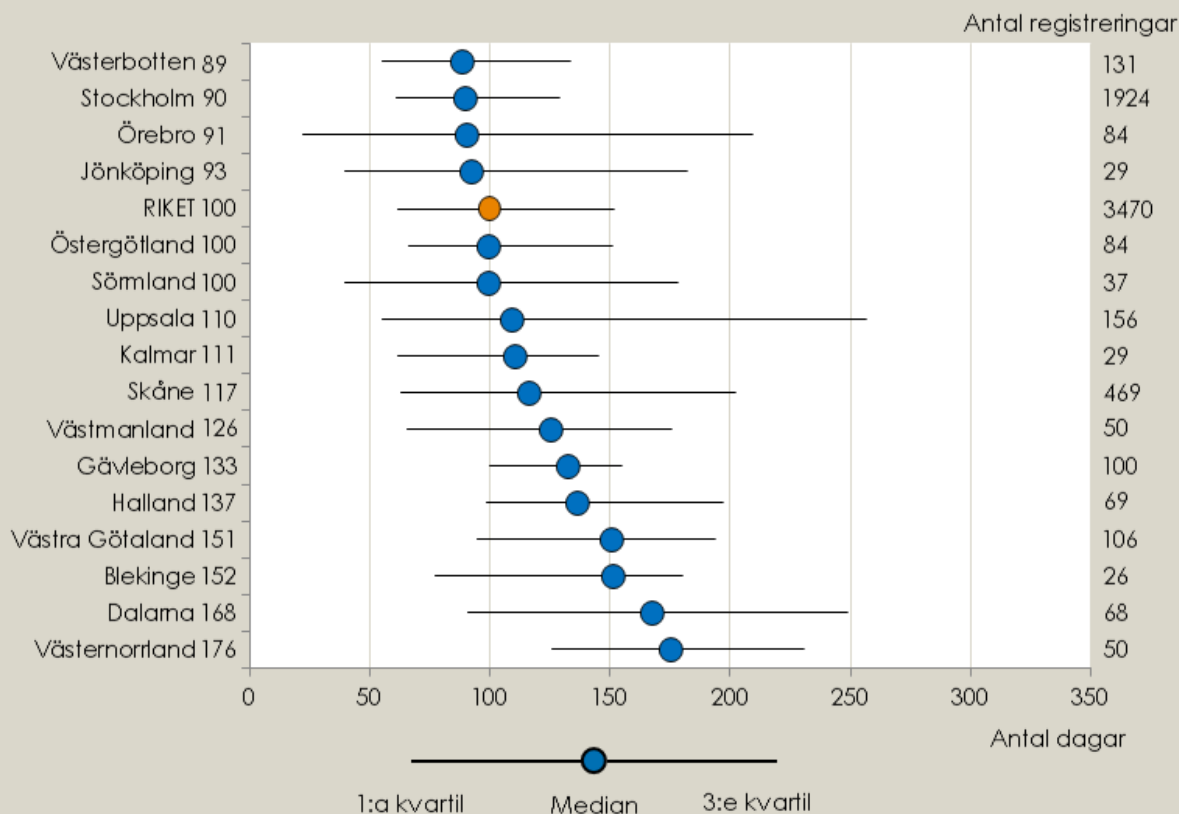
**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Vänte- och utredningstid specialistvård

Diagram 10. Vänte- och utredningstid inom specialistvården

Tid från remiss/kontakt till diagnos inom specialistvården, år 2016.



*Uppgifter för Kronoberg, Gotland, Jämtland, Norrbotten och Värmland redovisas inte p.g.a. få registreringar.

Källa: SveDem - Svenska Demensregistret.

Längre vänte- och utredningstid

Riket 2012: 88 dagar

Riket 2016: 100 dagar

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Vad består ett “Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp” av?

Nulägesbeskrivning ur ett patientperspektiv

HEMMET		
Personen själv, närstående eller personer i omgivningen upptäcker symtom Oro för att minnet sviktar Oro för att bli av med körkortet Orolig för att behöva söka vård	Personen själv, närstående eller personer i omgivningen söker information om symtom Uppmanas söka vård, eller tar eget initiativ	Vid kognitiv svikt eller demenssjukdom är det vanligt att personen själv eller någon i omgivningen märkt av symtom som: - glömska eller upprepat frågande om samma sak - minskad initiativförmåga - svårighet att orientera sig i nya miljöer - språksvårigheter - personlighetsförändring - svårigheter att sköta vardagliga aktiviteter.
PRIMÄRVÅRD		
Oro för att behöva göra flera besök Oro för att behöva vänta Tungt att få diagnos men också en lättnad att veta Oro för vad att inte veta vad som ska ske	Träffar personal inom vård- och omsorg och berättar om sina symtom, ofta med stöd av närstående Genomgår utredning: läkarbesök, bedömning av arbetsterapeut, datortomografi Informeras om diagnos	Första vårdkontakten sker vanligtvis inom primärvården; ofta följer närstående med personen vid besöket. I den första utredningsfasen får personen, ofta med stöd av närstående, berätta om sina symtom och hur de påverkar vardagen. Personen får lämna blodprover och en radiologisk undersökning ingår efter remiss. Oftast kan diagnos sättas efter att den basala utredningen slutförts.
SPECIALISERAD VÅRD		
Oro, risk för väntetider Oro för att inte få stöd	Deltar i fördjupad utredning, ofta vid flera besök Får en diagnos Deltar i att göra en vårdplan	Om misstanke kvarstår, men Om diagnos inte kan sättas, skrivs remiss till fortsatt utredning på specialistenhet. Inom den specialiserade vården sker fördjupad utredning i flera steg: fler tester och andra undersökningar, samt en fördjupad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga.
PRIMÄRVÅRD		
	Deltar, ofta med stöd av närstående, i planering av behandling, stödsatser och vårdkontakter	Vid bekräftad diagnos förs dialog kring denna samt om behandlingsalternativ.
KOGNITIV SVIKT VID DEMENSSJUKDOM		

Utmaningar

1) Utredning påbörjas sent

2) Bristande samordning mellan olika delar av undersökningar och utredningar

3) Beskedet om diagnosen kan upplevas som en chock

4) Svårt att veta var och vem man ska vända sig till för att få stöd och hjälp

Utmaning 1: Utredning påbörjas sent

- Personen kan vara orolig för att få diagnosen demens och undviker därför att söka vård.
- Risk för att personer som önskar ha en utredning nekats då vårdpersonal bedömer att det inte är nödvändigt.

Utmaning 2: Bristande samordning mellan olika delar av undersökningar och utredningar

- Långa väntetider mellan de olika delarna i utredningarna kan skapa eller förlänga oro.
- Personer som förvärsarbetar kan ha problem om utredningarna drar ut på tiden, det blir svårt att klara av arbetsuppgifter och kan leda till ekonomiska svårigheter.
- Vissa personer kan uppleva att det är bra att utredningarna tar tid, då det ger utrymme till att bearbeta besked.

Utmaning 3: Beskedet om diagnosen kan upplevas som en chock

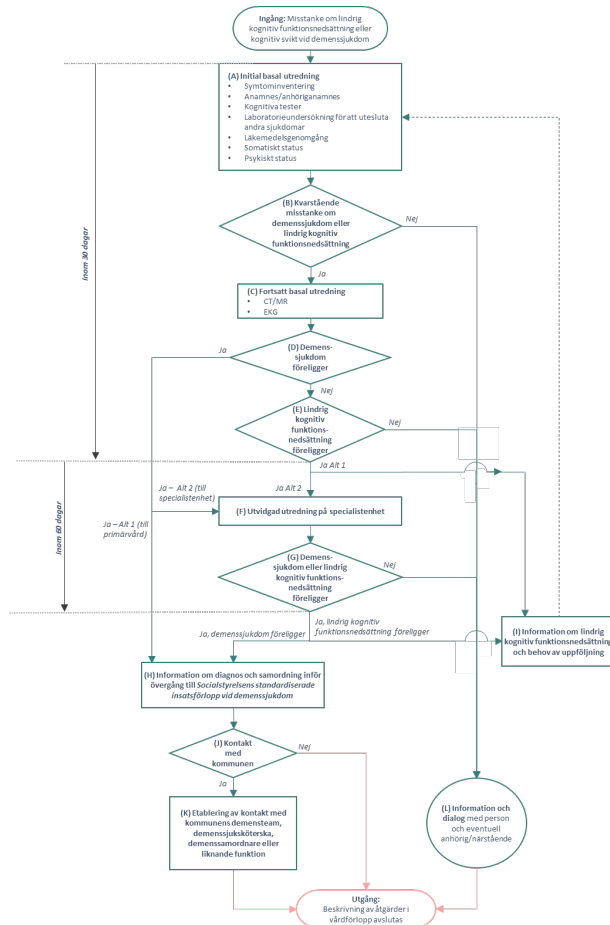
- Att få en diagnos kan upplevas som ett trauma och som en icke-botbar sjukdom.
- Diagnosen kan leda till begränsningar i personens självständighet, tex att det bedöms olämpligt att fortsätta att köra bil eller att inneha skjutvapen.
- Att få diagnosen kan vara en lättnad då det ger en förklaring och bekräftelse på att något inte stämmer.
- Beskedet om diagnosen ska vara anpassad till personens situation, behov och önskemål.

Utmaning 4: Svårt att veta vart och vem man kan vända sig för att få stöd och hjälp

- Personen behöver få tydligt och kontinuerligt stöd med planering.
- Personen behöver en anpassad planering av den fortsatta vården med utgångspunkt i en bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga.
- Samverkan krävs för att ge personen, och i många fall närstående, en upplevelse av god och nära vård över tid.

Vårdförloppet innehåller flödesschema och åtgärder

Flödesschema



Åtgärdsblock

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder

(C) Fortsatt basal utredning

Prioritet enligt nationella riktlinjer inom parentes.

- CT hjärna (prio 2) med bedömning på ett strukturerat sätt [6, 7] samt EKG.
- Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga (prio 2), se appendix.

Patientens åtgärder

- Ta gärna med anhörig eller närstående vid besök. Ställ frågor om sådant som är svårt att förstå, exempelvis vad nästa steg i utredningen kommer att innebära.
- Ta med syn- och hörselhjälpmedel vid behov.

Ingång: Misstanke om lindrig
kognitiv funktionsnedsättning eller
kognitiv svikt vid demenssjukdom

(A) Initial basal utredning

- Symtominventering
- Anamnes/anhöriganamnes
- Kognitiva tester
- Laboratorieundersökning för att utesluta andra sjukdomar
- Läkemedelsgenomgång
- Somatiskt status
- Psykiskt status

(B) Kvarstående
misstanke om
demenssjukdom eller
lindrig kognitiv
funktionsnedsättning

Nej

Ja

(C) Fortsatt basal utredning

- CT/MR
- EKG

(D) Demens-
sjukdom
föreligger

Ja

Nej

(E) Lindrig
kognitiv
funktions-
nedsättning
föreligger

Nej

Ja Alt 1

Ja – Alt 2 (till
specialistenhet)

Ja Alt 2

Inom 30 dagar

Block A-F inom 30 dagar

Hur ser ingången ut?

Exempel:

När man söker för
minnesproblematik?

När make/maka vill man skall
söka?

När hemtjänsten “slår larm”

När man söker VC för något helt
annat?

När man har varit inlagd många
gångar på sjukhus av oklar
anledning?

Vad händer med de utan
hemtjänst eller anhöriga?

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

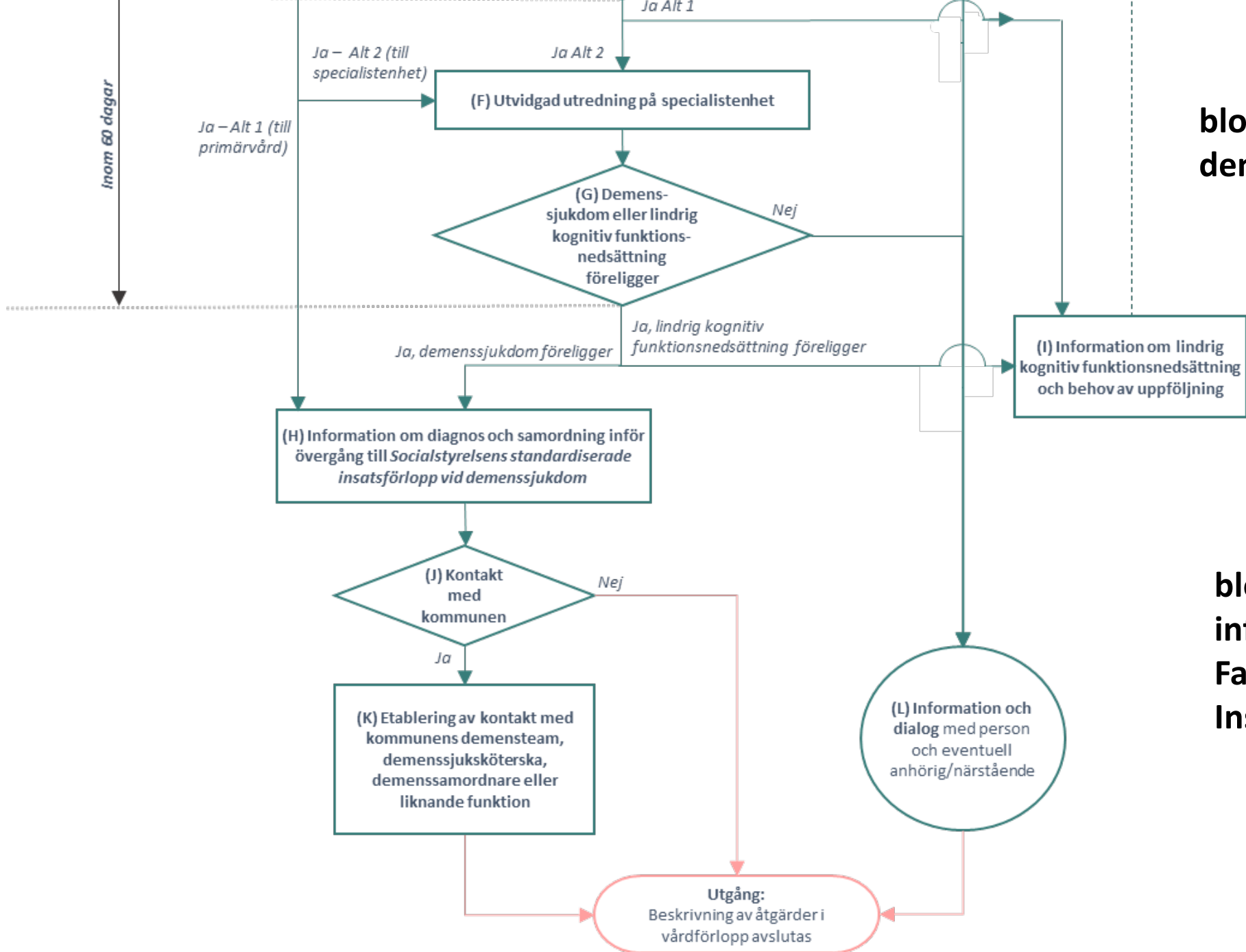
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Ur vårdförloppet

“Om en lindrig kognitiv funktionsnedsättning ses hos en person med förväntad hög funktionsnivå samtidigt som en hög misstanke om primärdegenerativ sjukdom föreligger bör ytterligare utredningsinsatser på specialistenhet för utredning av kognitiva sjukdomar ske.”

Detta är ett försök att skriva att sköra äldre med många andra sjukdomar än lindrig kognitiv funktionsnedsättning – som i sig medför låg/lägre funktionsnivå (expv. mycket hög ålder, svårigheter att klara sig själv i vardagen) inte behöver utredningsinsatser på specialistenhet utan fortsatt uppföljning inom primvården – där man måste ha en helhetssyn.

Vi försöker således använda begreppet funktionsnivå i stället för ålder.



Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

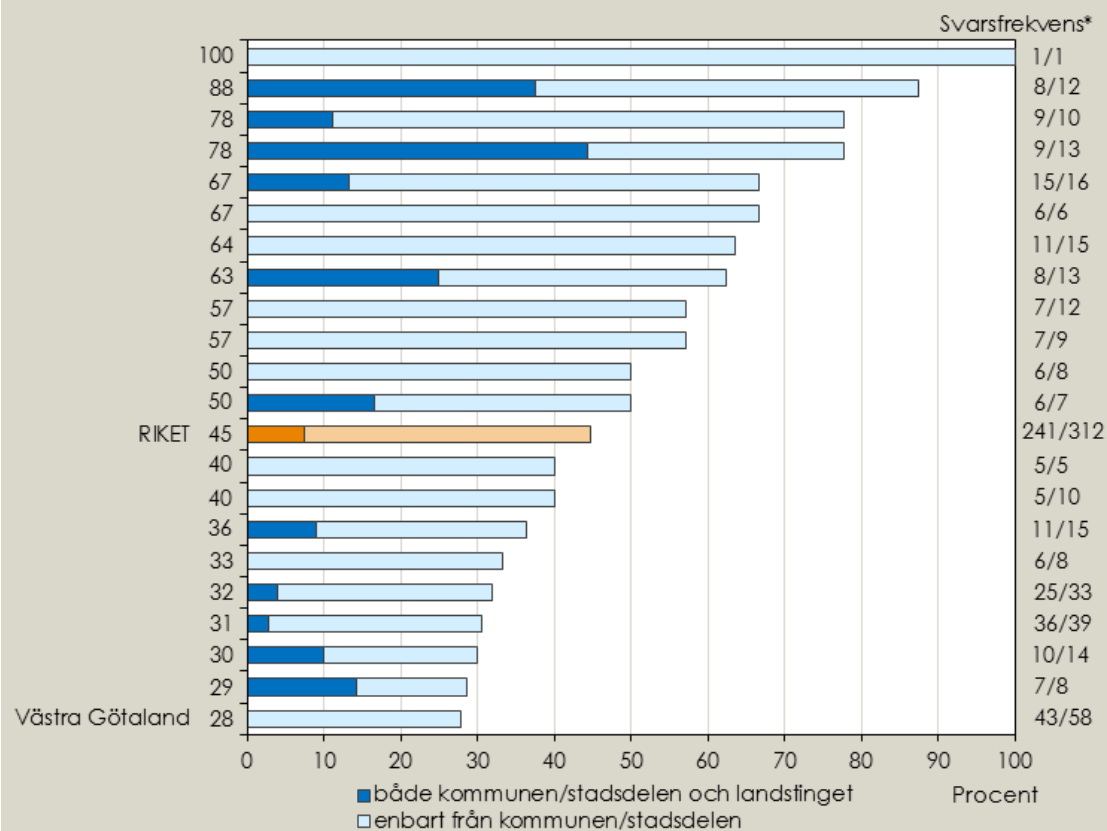
Vårdförloppet lägger tonvikt på

- Att målet är **mycket kortare utredningstider** än i dag
- **Samarbete** mellan regionens primärvård och kommunal vård och omsorg **ska finnas på plats**,
 - vid behov specialistenhet
- Att en **fast vårdkontakt** ska erbjudas inom regional hälso- och sjukvård, vid behov även inom kommunal vård och omsorg
- Att **aktiv uppföljning** ska ske inom ett år i de fall man befarar att personen själv eller anhöriga inte tar initiativ till att söka vård vid försämring.

Färre demensteam i kommunerna

Diagram 13. Demensteam i kommunerna

Andelen kommuner och stadsdelar med samordningsfunktioner i form av demensteam.



*Antal kommuner som besvarat enkäten/totala antalet kommuner i länet.
Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar 2017.

Riket 2013: 56 %

Riket 2016: 45 %

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Delaktighet

- Bygger på att personen är delaktig och önskar utredning.
 - Förutsättningarna för att vara delaktig är bättre ju **tidigare** i sjukdomsförloppet en utredning görs.
- Den kognitiva svikten kan medföra svårigheter till delaktighet.
 - Ett appendix finns med goda råd.
- Ett personcentrerat arbetssätt innebär att **kommunikation**, tester och åtgärder behöver **anpassas till individens behov** och förutsättningar (som vid språksvårigheter eller olika funktionsnedsättningar).





Vad kommer att följas upp (urval)

För basala utredningar

- Antal dagar från start av utredning till diagnos, medel och medianvärde (≤ 30 dgr)
- Andelen personer med:
 - nydiagnostiserad demenssjukdom som genomgått en fullständig basal kognitiv utredning ($\geq 90\%$)
 - diagnosticerad demenssjukdom som fått en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen ($\geq 90\%$)

För utvidgade utredningar

- Tid från kontaktdatum/mottagen remiss till diagnos (≤ 60 dagar)
- Andelen personer där vården, i samband med att personen informeras om diagnosen:
 - förskriver demensläkemedel (Alzheimers sjukdom) ($Sp.V \geq 80$, $PV \geq 75\%$)
 - Initierar patientstöd (demenssjukdom) ($\geq 95\%$)
 - Initierar anhörigstöd (demenssjukdom) ($\geq 95\%$)



Datakällor: Etablerade och tillkommande indikatorer kan främst följas från kvalitetsregistret SveDem. Arbeta för att vårddokumentationen ska bli strukturerad så kvalitetsvariablerna kan fångas behövs då täckningsgraden är begränsad i kvalitetsregistret.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Deltagare i nationell arbetsgrupp

Kognitiv svikt vid misstänkt
demenssjukdom

Namn	Yrkesroll/motsvarande	Region/sjukvårdsregion
Anne Ekdahl (ordf.)	Specialist i geriatrik	Region Skåne
Ann-Katrin Edlund	Sjuksköterska	Region Stockholm
Aron Sjöberg	Neuropsykolog	Region Gotland
Björn Strindberg Lennhed	Specialist i geriatrik, Silvialäkare	Region Dalarna
Björn Westerlind	Specialist i geriatrik och allmänmedicin	Region Jönköping
Christèl Åberg	Universitetsadjunkt Vårdvetenskap Specialistsjuksköterska demensvård	Högskolan Väst
Christer Rosenberg	Specialist i allmänmedicin	Svensk Förening för allmänmedicin, SFAM
Eva Granvik	Sjuksköterska	Region Skåne
Frida Nobel	Medicinskt sakkunnig	Socialstyrelsen
Jenny Malmgren	Marknadskoordinator	Alzheimer Sverige
Katarina Laurell	Specialist i neurologi	Region Uppsala
Lena Nilsson	Silviaarbetsterapeut	Region Stockholm
Linnea Grankvist (processledare)	Processtöd	Region Värmland
Lotta Larsson	Patientföreträdare	Svenska Downföreningen
Madelene Johanzon (ordf.)	Specialist i allmänmedicin, Silvialäkare	Region Värmland
Marie Rydén	Specialist i geriatrik	Region Stockholm
Solveig Håkansson Chaves	Distriktssköterska	Region Stockholm
Tove Norman	Specialist i geriatrik	Region Västerbotten
Ulla-Britt Matsson	Specialist i psykiatri	Västra Götalandsregionen

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

**Information, filmer,
bildspel finns på webben:
kunskapsstyrningvard.se**

Tack för er uppmärksamhet!