



KARLSBORG

Riktlinje för vård och omsorg vid kognitiv svikt och demenssjukdom



Gäller för:	Socialförvaltningen
Diarienummer:	2025-222
Beslutande:	Socialnämnden
Datum för beslut:	2025-11-10
Paragraf i protokoll:	§ 103
Gäller från och med:	2026-01-01
Dokumentansvar:	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Aktualitetsprövning:	Ska ske under första året av varje mandatperiod.

Innehåll

Inledning	2
Termer och begrepp	2
Syfte & Mål.....	2
Upptäckt av kognitiv svikt	2
Utredning	3
Innehåll i demensutredningen	3
Resultat av demensutredning	4
Lindrig kognitiv störning - MCI	4
Diagnostiserad demenssjukdom	4
Utredning och uppföljning av personer med	4
demenssjukdom.....	4
Den enskildes delaktighet.....	5
Anhöriga	5
Lagstiftning	6
Multiprofessionellt arbete.....	6
Uppföljning.....	6
Stödinsatser	7
Dagverksamhet med demensinriktning.....	7
Välfärdsteknik	8
Korttidsvård	8
Växelvård	8
Vård- och omsorgsboende	8
Vårdboende med demensinriktning	9
Kunskap och kompetens	9

Inledning

Karlsborgs kommuns riktlinje ”Vård och omsorg vid kognitiv svikt och demenssjukdom” bygger på Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning”, länsövergripande riktlinje ”Vård och omsorg vid demenssjukdom i Västra Götalands län.

Riktlinjen beskriver den vård- och omsorgsprocess som verksamheterna i Karlsborgs kommun ska tillhandahålla för personer med kognitiv svikt och demenssjukdom. Övergripande beskrivs de arbetssätt och åtgärder som Karlsborgs kommun ansvarar för, själva eller i samverkan och som riktar sig till personer med kognitiv svikt och demenssjukdom samt deras anhöriga. Förutom riktlinjen ska verksamheterna ta del av rutinen för arbete med BPSD som mer i detalj beskriver de olika delarna i processen.

Termer och begrepp

SoL – Socialtjänstlagen

LSS – Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Socialtjänst – ett samlingsbegrepp för insatser som ges utifrån SoL och LSS

Ordinärt boende – vanligt boende

Särskilt boende – samlingsbegrepp för kommunala boendeformer som anpassats efter olika målgrupper och som kräver myndighetsbeslut utifrån SoL eller LSS.

BPSD – beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Symtomen kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och sömnstörningar.

Syfte & Mål

Riktlinjen ska säkerställa jämlik, god och säker vård- och omsorg för personer med kognitiv svikt och demenssjukdom och att individerna får stöd och hjälp utifrån sina individuella behov.

Upptäckt av kognitiv svikt

När en person drabbas av kognitiv svikt påverkas förmågan att minnas, tänka, tala och planera. Det är funktioner som vi använder för att utföra dagliga aktiviteter och sysslor samt interagera med andra människor. När förmågan att utföra sina dagliga aktiviteter, sysslor och sociala kontakter försämras, försämras vanligtvis också hälsan och livskvalitén. Det är viktigt att dessa personer snabbt får det stöd de har behov av och första steget är att utreda orsaken till den kognitiva svikten.

Västra Götalandsregionen ska erbjuda utredning av kognitiv svikt. Förutom demenssjukdom kan kognitiv svikt orsakas av andra faktorer eller sjukdomstillstånd som kan behandlas.

Om anledningen till den kognitiva svikten är demenssjukdom finns insatser och åtgärder som kan underlätta vardagen och bidra till en god livskvalitet och i vissa fall finns behandling som lindrar symptomen. Det är viktigt att utredning påbörjas skyndsamt för att fastställa eller utesluta demenssjukdom så att personen får de insatser och åtgärder som den har behov av.

Kognitiva problem kan uppmärksammas av olika personer. Det kan vara personen själv eller deras anhöriga som söker för sina problem. Medarbetare i verksamheter inom socialförvaltningen har ett ansvar att uppmärksamma en misstänkt kognitiv svikt och vid behov ge den enskilde stöd i att kontakta hälso- och sjukvårdspersonal för vidare utredning. Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar att initiera kontakt med läkare för att påbörja demensutredning. All informationsöverföring ska ske i samråd med den enskilde.

En basal demensutredning görs på vårdcentral. Utredning på sjukhuset görs vid utvidgad demensutredning och när personen är under 65 år. Oavsett var utredningen sker är det läkare som ansvarar för att ställa diagnos efter utredning i multiprofessionell samverkan. Läkaren ska enligt regionala riktlinjen genomföra demensutredning, ställa diagnos och följa upp.

Utredning

Innehåll i demensutredningen

Enligt Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ingår följande delar i utredningen.

Basal demensutredning

- ☐ Strukturerad sjukdomshistoria
- ☐ Intervju med anhöriga
- ☐ Fysiskt och psykiskt tillstånd
- ☐ Kognitiva test
- ☐ Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga
- ☐ Blodprovstagning
- ☐ Datortomografi

Utvidgad demensutredning

- ☐ Datortomografi och neuropsykiatrisk undersökning, magnetresonanstomografi, m.fl.
- ☐ Utredning av demenssjukdom till personer med kognitiv svikt och samtidigt alkoholberoende eller missbruk.
- ☐ Demensutredning vid Downs syndrom. Dementia Scale for Down Syndrome (DSDS)

Kommunens olika professioner är viktiga resurser i läkarens utredning. Sjuksköterska, arbetsterapeut, omvårdnads-/baspersonal och biståndshandläggare kan ofta bidra med viktig information om patientens sjukdomshistoria, hälsotillstånd och status. På remiss från läkare utför regionens arbetsterapeut kognitiva test och resultatet av det ska alltid kompletteras med bedömning av personlig och instrumentell ADL.

Resultat av demensutredning

Lindrig kognitiv störning - MCI

Lindrig kognitiv störning innebär en lindrig kognitiv nedsättning som är fastställd utifrån tester eller uppgifter från anhöriga, men där diagnoskriterierna för demenssjukdom inte är uppfyllda. Ibland kan symtomen gå tillbaka då lindrig kognitiv störning kan orsakas av somatisk eller psykisk sjukdom. För många är det dock stadiet innan demenssjukdom. En vanlig benämning för detta tillstånd är även det engelska uttrycket ”mild cognitive impairment”, MCI.

Diagnostiserad demenssjukdom

Diagnostiserad demenssjukdom delas upp i tre stadier:

- ☐ **Mild demenssjukdom** - betecknar ett tidigt skede när personen klarar att utföra de flesta av sina dagliga aktiviteter självständigt.
- ☐ **Måttlig demenssjukdom** - betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälpför att klara vardagliga sysslor.
- ☐ **Svår demenssjukdom** – betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver ständig tillsyn och hjälp med det mesta.

Stadierna ger en vägledning för vilken vård, omsorg och boendeform som personen är i behov av men behovet är väldigt individuellt och måste bedömas från person till person.

Utredning och uppföljning av personer med demenssjukdom

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom. Ungefär 90 % av alla som lever med en demenssjukdom drabbas en eller flera gånger under livet av BPSD.

Symtomen kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och sömnstörningar och de orsakar minskad livskvalité framför allt för personen med demenssjukdom, men även för närstående och andra som lever i personens närhet.

Registret används som stöd för en strukturerad och personcentrerad vård av personer med demenssjukdom. Registret är ett verktyg för att kartlägga BPSD, utreda orsaker till symtom, genomföra åtgärder samt utvärdera resultat av åtgärder. En viktig åtgärd är att formulera en bemötande och kommunikationsplan.

På samtliga vård- och omsorgsboenden är det ett krav att använda registret för alla personer med demenssjukdom. För att använda registret går personalen en administratörsutbildning. Chef ansvarar för att utse administratörer och att dessa får administratörsutbildning.

Tillsammans med levnadsberättelsen utgör BPSD-utredningen ett underlag för att arbeta personcentrerat utifrån den enskildes behov. Arbetssättet som beskrivs i registret bör därför användas även inom alla verksamheter i kommunen som ger vård och omsorg till personer med demenssjukdom.

Den enskildes delaktighet

De lagar som reglerar hälso- och sjukvård och socialtjänst ställer krav på att den enskilde får vara delaktighet i sin vård- och omsorg. För personer med demenssjukdom som har begränsad förmåga att utöva sitt självbestämmande, är det viktigt att anpassa delaktigheten utifrån den enskildes förmågor. Det är viktigt att vara medveten om att man som personal är i en maktposition i de fall den enskilde behöver hjälp med att fatta beslut. För att möjliggöra delaktighet måste vi ta reda på vad den enskilde tycker och tänker och hur den enskilde hade resonerat när förmågan till självbestämmande fortfarande fanns. Nära kontakt med anhöriga som känner den enskilde, levnadsberättelse, tydligt beskriven genomförandeplan och att läsa av den enskildes signaler är viktiga att använda för att besluten ska bli så nära vad den enskilde själv hade velat.

Även om förmågan att vara delaktig och ta beslut är nedsatt så gäller det att hitta de aktiviteter eller de moment i det dagliga livet där delaktighet är möjlig. Den enskilde kanske inte kan välja vilka kläder den ska ha på sig genom att personal öppnar garderoben och frågar men om man håller upp två skjortor kanske den kan välja den ena eller den andra. Det gäller att anpassa delaktigheten utifrån den enskildes individuella förmåga, både vad gäller hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Anhöriga

Att vara anhörig till en person med demenssjukdom medför ofta en stor psykisk påfrestning och anhöriga löper en ökad risk för att drabbas av depression. Stöd eller avsaknaden av stöd till anhöriga påverkar indirekt personen med demenssjukdom eftersom anhöriga många gånger ansvarar helt eller delvis för den demenssjukas vård och omsorg. Alla verksamheter ska därför möjliggöra delaktighet i vården och omsorgen samt erbjuda stöd till anhöriga. Verksamheterna ska ha kunskap om och förmedla kontakt till de stödfunktioner som finns att tillgå hos olika vårdgivare och i samhället i stort. Anhöriga är också en viktig resurs under utredningen för att bland annat beskriva sjukdomshistorien och de symptom den enskilde uppvisat.

Lagstiftning

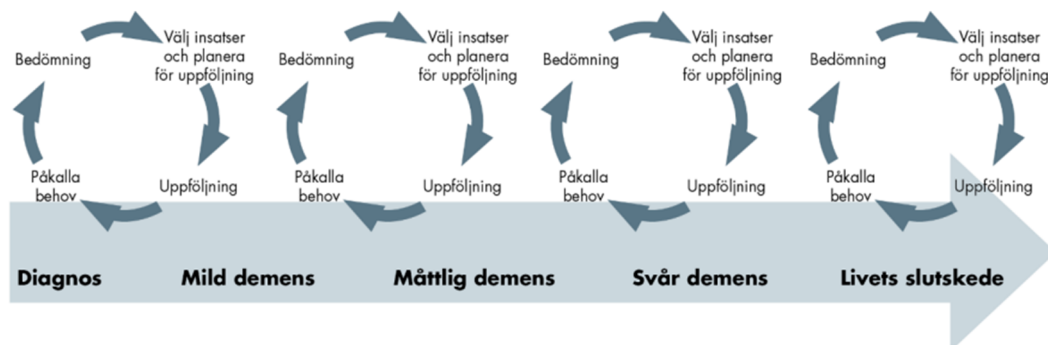
En person med kognitiv svikt eller demenssjukdom behöver ofta stöd och hjälp från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården under sitt sjukdomsförlopp. Det är legitimerad personal i hälso- och sjukvården och handläggare inom socialtjänsten som utifrån den enskildes behov och sitt respektive ansvarsområde bedömer behovet av insatser och åtgärder.

Multiprofessionellt arbete

En person med demenssjukdom har ofta stöd och hjälp från flera olika professioner och från både socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvård från regionen. För att vården och omsorgen ska bli av hög kvalité behöver de olika insatserna och åtgärderna samordnas och anpassas utifrån varandra. Upplevelsen för den enskilde och anhöriga ska vara att det är en gemensam vård och omsorg som ges till den enskilde och inte att den ges i så kallade stuprör utan samordning. SIP (samordnad individuell planering) är det verktyg som förespråkas används som grund för planering och uppföljning. Förutom SIP behöver de olika professionerna komplettera med andra samverkansforum under tiden då insatser och åtgärder ges

Uppföljning

Eftersom demenssjukdom är en sjukdom där personen försämras i sitt hälsotillstånd behöver hälso- och sjukvården och socialtjänsten kontinuerligt följa upp behovet och anpassa stödet och hjälpen utifrån detta. Bilden nedan visar det arbetssätt som både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska följa för personer med demenssjukdom där behovet omprövas genom nya bedömningar under demenssjukdomens förlopp.

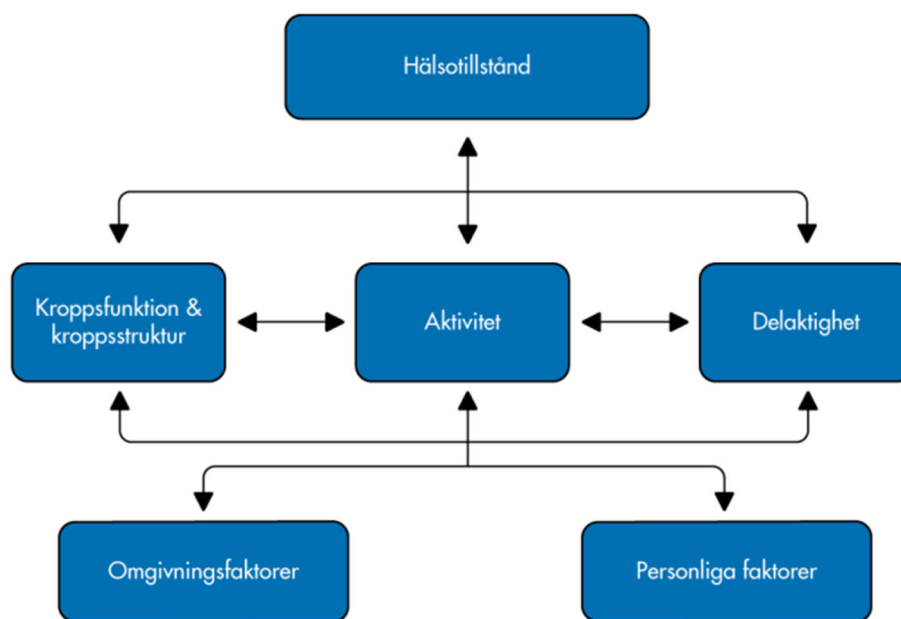


Figur 1. Socialstyrelsen. Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom. Artikelnr: 2019-6-22

Stödinsatser

För att ge god och säker vård och omsorg till personer med kognitiv svikt och demenssjukdom behövs olika typer av stöd och hjälp som är anpassade till den enskildes behov. Liksom i all vård- och omsorg ska ett personcentrerat arbetssätt användas. Det innebär att personen som lever med demenssjukdomen sätts i fokus och inte diagnosen.

Vilket stöd och hjälp som är aktuellt avgörs av individens hälsotillstånd, kroppsfunktioner-/strukturer, aktivitetsförmåga, förmåga till delaktighet, omgivningsfaktorer och personliga faktorer.



Figur 2. Socialstyrelsen. ICF modellen - interaktionen mellan de olika komponenterna.
Artikelnr: 2021-2-7203

Dagverksamhet med demensinriktning

Dagverksamhet med demensinriktning är indelad i olika inriktningar för att tillgodose olika symtomprofiler eller sjukdomsstadier. I en anpassad miljö erbjuds social samvaro, kognitiv stimulans, struktur och innehåll i vardagen samt olika aktiviteter. Dagverksamhet med demensinriktning riktar sig till personer i ordinärt boende med demenssjukdom eller kognitiv svikt där demensutredning är påbörjad eller påbörjas. Dagverksamhet med demensinriktning kan beviljas utifrån Socialtjänstlagen (SoL). För att ansöka tas kontakt med biståndshandläggare.

Dagverksamhet med demensinriktning är inte aktuell eller avslutas när:

- ☐ utredning inte påvisar demenssjukdom
- ☐ den demenssjukes oro tilltar och kan relateras till miljöombytet mellan hem och dagverksamhet

- ☐ när kraven i den psykiska eller den fysiska miljön, trots anpassningar, är för svåra för den enskilde
- ☐ när den enskilde flyttar till ett boende

Välfärdsteknik

Välfärdsteknik är digital teknik som gör att en person som riskerar att få eller har en funktionsnedsättning kan behålla eller öka sin trygghet, aktivitetsförmåga, delaktighet och självständighet. Tekniken kan också användas för att säkra olika risksituationer. Det är viktigt att tekniken ska skapa ett värde för den enskilde och den ska vara individuellt anpassad efter personens behov.

Välfärdsteknik är ett begrepp som delvis överlappar begreppet medicintekniska produkter (hjälpmedel). Några exempel på välfärdsteknik är trygghetslarm, tillsyn via kamera och hjälpmedel för påminnelser och kan användas av personen själv, av närstående och personal. En del välfärdsteknik kan beviljas enligt socialtjänstlagen av handläggare, en del kan förskrivas som hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen av legitimerad personal medan en del kan köpas av den enskilde själv i handeln.

Korttidsvård

Korttidsvård innebär att den enskilde tillfälligt vistas på ett kommunalt boende på grund av ett behov av mer stöd än vad kommunen kan erbjuda i hemmet. Det finns olika syften med korttidsvård.

- Behov av att utreda behovet av vård och omsorg.
- Möjliggöra att bo kvar i ordinärt boende.
- Skapa trygghet i väntan på särskilt boende.

Ansökan om korttidsvård görs enligt SoL och kontakt tas med biståndshandläggare som bedömer behovet med hjälp av de professioner som är inblandade i den enskildes vård och omsorg.

Växelvård

Växelvård är aktuell för personer som bor i ordinärt boende och har behov av omsorg och tillsyn samtidigt som anhöriga är i behov av avlösning i sin roll som vårdare. Det innebär att den enskilde regelbundet växlar mellan att få vård och omsorg i den egna bostaden och på växelvårdsplatsen. Syftet är att den enskilde kan bo kvar hemma längre än vad som annars hade varit möjligt.

Vård- och omsorgsboende

För att ansöka om vård- och omsorgsboende tas kontakt med handläggare på Myndighetsverksamheten som bedömer behovet och tar beslut enligt SoL

utifrån gällande kriterier. Vid behov tar handläggare in underlag från professionerna involverade i den enskildes vård och omsorg.

Vårdboende med demensinriktning

Demensinriktning kan erbjudas personer som fått en medicinsk utredning och där läkare bedömt att den kognitiva svikten är orsakad av demenssjukdom.

Demensinriktning kan också erbjudas personer där läkare så långt det är möjligt utesluter andra behandlingsbara orsaker till den kognitiva svikten och där det bedöms att personens behov bäst kan tillgodoses på ett boende med demensinriktning.

Syftet med inriktning demens är att kunna ge personer med demens vård och omsorg på bästa sätt utifrån behov och sjukdomsstadie. På en avdelning med demensinriktning har personalen särskild kompetens i demenssjukdomar och bemötande. Miljön anpassas så att den stödjer de demenssjuka vilket kan göras både genom att minska de visuella intrycken för att skapa en lugn miljö eller förstärka de som är viktiga för de boende att uppmärksamma som markeringar för var toaletten finns eller dörren till lägenheten. Aktiviteterna anpassas också efter vad de boende orkar och klarar att delta i.

Byte av boendeform kan vara aktuellt om det tydligt gagnar den enskilde, det vill säga om en flytt är det enda sättet att tillgodose den enskildes behov. I första hand ska verksamheten anpassa vården och omsorgen efter den enskildes behov. Det kan handla om att anpassa bemötandet, hur stödet och hjälpen utförs, kompetensutveckling av personalgruppen eller anpassning av miljön. Ett byte av boendeform kräver samtycke av den enskilde och ska alltid föregås av en utredning och riskbedömning för att utreda den enskildes behov och säkerställa att lämpliga anpassningar genomförts där den enskilde befinner sig. Ett byte av boendeform kräver inget nytt myndighetsbeslut förutom om bytet är mellan de två inriktningarna socialpsykiatri och äldreomsorg, då krävs ett nytt boendebeslut enligt socialtjänstlagen.

Kunskap och kompetens

Personal som kommer i kontakt med personer med kognitiv svikt och demenssjukdom behöver ha kunskap om olika typer av demenssjukdomar och vilka symtom de ger. De behöver också ha kunskap om förhållningssätt och bemötande. Att bemöta en person med kognitiv svikt eller demenssjukdom på rätt sätt kan vara avgörande för att vården och omsorgen ska fungera och påverkar ofta livskvalitén för den enskilde.

Det är enhetschefens ansvar att se till att personalen har den kompetens som behövs för deras arbetsuppgifter. I det ingår att kartlägga individernas behov för att utifrån detta säkerställa att personalen har den kompetens som behövs. På vård- och omsorgsboende ansvarar också chefen för att det finns utbildade och aktiva administratörer i BPSD-registret på demensavdelningarna

Demens ABC

Demens ABC är Svenskt Demenscentrums webbutbildning baserad på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. All personal i kommunen som arbetar i verksamheter som kommer i kontakt med demenssjuka ska genomföra Demens ABC som en introduktionsutbildning på grundkompetensnivå.

Demens ABC plus

För påbyggnad finns Demens ABC plus. Plusutbildningarna är mer specialiserade och riktar sig till olika verksamheter och målgrupper.

Biståndshandläggare och LSS-handläggare ska genomföra Demens ABC plus för handläggare.

BPSD-administratörsutbildning

Grundutbildning för personal på vård- och omsorgsboende som arbetar på demensavdelning. Utbildningen ger verktyg för att kartlägga, utreda, sätta in insatser och åtgärder samt följa upp.

Stjärnmärkt

Stjärnmärktutbildningen är baserad på webbutbildningarna Demens ABC, ABC plus och Nollvision. Stjärnmärkt är en fördjupande utbildning där deltagarna under reflexionsträffar utvecklar det personcentrerade arbetssättet på sin arbetsplats.

Utbildningen riktar sig till personal inom hemvård, vård- och omsorgsboende samt tillbiståndshandläggare. När minst 80 procent av personalen genomfört utbildningen och arbetsplatsen arbetar utifrån utbildningsmodellens intentioner tilldelas den diplommet Stjärnmärkt. Stjärnmärkningen omprövas varje år. Utbildningen hålls av Stjärninstruktörer utbildade av Svenskt demenscentrum.

Referenser

- ☐ Hjärnfonden - www.hjarnfonden.se
- ☐ Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens – www.bpsd.se
- ☐ Svenskt demenscentrum – www.demenscentrum.se
- ☐ Socialstyrelsen – <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/demens/>