

## NYHETSBRIV: MULTIDISCIPLINÄRT DEMENSTEAM

Vi är glada att välkomna dig till det senaste nyhetsbrevet från vårt multidisciplinära demensteam. I det här nyhetsbrevet delar vi med oss av de senaste framstegen, insikterna och planerna för att förbättra vården och stödet för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga.



### Bakgrund

Demenssjukdom är ett samlingsbegrepp för flera olika typer av sjukdomar som påverkar kognitiva funktioner såsom minne, planeringsförmåga, uppfattning av omvärlden och det egna beteendet. Dessa sjukdomar är progressiva och leder till döden. I dagsläget lever ca 130 000- 150 000 personer i Sverige med en demenssjukdom, till den siffran finns anhöriga och närstående som också påverkas av att den enskilde får en kognitiv nedsättning. Personer med demenssjukdom har stora behov av insatser från både hälso- och sjukvård och från socialtjänst. Insatser som ofta kompletterar varandra, men där samordningen tyvärr lika ofta brister. I slutändan blir upp till den enskilde och eventuella anhöriga att navigera i den snåriga djungel som verksamheterna har organiserat sig i.

2017 genomfördes en stor analys av länets demensvård i anslutning till att Socialstyrelsen presenterade uppdaterade *"nationella riktlinjer - vård och omsorg vid demenssjukdom"*. Det framkom att länet hade brister och 4 områden identifierades som särskilt utsatta. Det var struktur, samverkan, kunskap och kvalitet. Bristerna fanns här och där i hela vårdkedjan dvs från dess att utredning, på grund av misstänkt kognitiv svikt, startade till dess att personen avlider. När personer med kognitiv sjukdom/demens och deras anhöriga intervjuades påtalade man ofta bristen på samverkan som medförde ett, för den enskilde, sökande efter information. Det beskrevs som ett *"evigt ringande"* och *"ett navigerande utan kompass"* eftersom man oftast hänvisades vidare till någon annan profession.

2020 kom ett uppdragsdirektiv från dåvarande SocialREKO om att ta fram förslag på förbättringar så att länsinnevånarna kan erbjudas en optimal utredning med insatser och stöd därefter. En länsövergripande arbetsgrupp tillsattes som påbörjade en kartläggning, mitt under rådande pandemi, och resultatet blev en rad åtgärdsförslag som presenterades för ledningen. Besluts fattades 2023 av HälSam om att låta prova ett av förslagen som var ett multidisciplinärt gränsöverskridande demensteam. Ungefär samtidigt publicerades Socialstyrelsen *"Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom"* där man också rekommenderade multiprofessionella demensteam.

Efter att ett längre tag ha sökt efter en lämplig ort att utforma och testa detta demensteam på så landande projektet slutligen i Örnsköldsvik. En ny lokal arbetsgrupp formaterades och i november 2023 kom vi så äntligen igång.

## **Vad har hänt hittills i projektet?**

Demensteamet ska verka för en sömlös vård mellan kommun, socialtjänst och hälso- och sjukvård, och regionens primärvård. Den lokalt tillsatta arbetsgruppen består av olika professioner från dessa verksamheter samt representanter för individ/patient och anhöriga.

Vid uppstarten lades stor fokus på samverkan och personcentrering och utifrån detta har arbetsgruppen sedan granskat området anhängigtöd och uppföljning. Vissa centrala parametrar är identifierade. Ett första utkast till flödesförslag är utformat och kommer att fyllas på allt eftersom. Flödesförslaget bygger för närvarande på 3 olika patientflöden och det som förmodas utgöra en stor skillnad mot dagens arbetsmodell är den kartläggning av individens behov och resurser som planeras ske inom 4 veckor efter diagnos. Kartläggningen blir sedan underlag för de insatser som bör erbjudas patienten och dennes anhöriga. Arbetsgruppen har lagt stor vikt i att diskutera graden av insatser dels utifrån ett självbestämmande och inkluderingsperspektiv från såväl personen med kognitiv sjukdom/demens som av dennes anhöriga och dels utifrån ett organisations- och resursperspektiv.

Utöver detta har grupperna lyssnat in en möjlig digital lösning gällande demensutredning samt en möjlig digital lösning gällande anhängigtöd och anpassad information till personen som har drabbats av kognitiv sjukdom/demens. Digitalisering ligger i tiden men är inte för alla. Eventuellt kan det vara ett bra komplement men bör inte ersätta möjligheten till fysiska möten.

## **Vad är nästa steg?**

Arbetet är uppdelat i olika spår och det som kvarstår att analysera, vända och vrida på är utredningsdelen, förebyggande insatser inklusive information, kognitivt stöd/miljöanpassning, meningsfull vardag. Vi kommer också att belysa fortbildning för personal inklusive civilsamhället, användandet av kvalitetsregister (SveDem, BPSD, Senior Alert), nollvision, stjärnmärkt samt samverkan när beteende- och psykiska symtom (BPSD) uppstått när personen vistas på omsorgsboende.

I uppdraget finns också att särskilt beakta unga anhöriga. Vid sidan av projektet har det utarbetats en anhängigtutbildning/infoträffar för unga anhöriga, 18+. Utbildningen utgår från specialistvårdens geriatrika mottagningar. Sundsvall är redan igång och i Örnsköldsvik beräknar vi starta under våren med 2 träffar. I år kommer det inte bli någon retreathelg utan den beräknas hållas våren/sommaren 2025 istället. Däremot planeras för en heldag för alla unga i länet någon gång under sommaren.

## Hur påverkas länet?

Arbetet med framtagandet av ett multidisciplinärt demensteam är ett länsövergripande arbete även om utformningen sker i Örnköldsvik. Uppgiften är att ta fram en modell som kan anpassas utifrån respektive kommuner. Därför finns den första arbetsgruppen som utformades och som utförde en kartläggning fortfarande med som en referensgrupp.

I arbetet drar vi också nytta av projektet som Svenskt Demenscentrum har i gång just nu och som kallas för "Sömlös demensvård". I det projektet skannas landet på bra idéer för att hitta en optimal samverkansmodell och vi kan därifrån "plocka russinen ur kakan".

Projektet är inkluderat i närvårdsprogrammet utifrån att det uppfyller de flesta av inkluderingskriterierna; samverkan mellan kommun/region, personcentrerat förhållningssätt - nya arbetssätt och system, invånarinvolvering, hälsofrämjande - proaktivitet och proaktiva insatser, för invånaren utvecklad tillgänglighet (fysisk och digital). Att projektet är inkluderat innebär bl.a tillgång till metodstöd, omvärldsbevakning kring nära vård, förändringsledning, workshops mm. Reportage och nyhetsbrev publiceras av programmet.

Ni som vill veta mer kan antingen kontakta mig direkt eller så håller ni utkik på vårdgivarwebben där information presenteras regelbundet.

/Ann-Marie, projektledare

För ytterligare frågor eller information, vänligen kontakta oss på [ann-marie.westerlund@rvn.se](mailto:ann-marie.westerlund@rvn.se) • 072- 205 83 55