



JÄRFÄLLA



Region Stockholm

# LOKALT PROGRAM

Samverkan kring vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom/demens och deras anhöriga.

# Innehåll

Lokalt program sammanhållen vård och omsorg.....	3
Fakta om demens/kognitiv sjukdom.....	4
Nationella, regionala och lokala styrdokument.....	7

## **Del 1 - fokus äldre med kognitiv sjukdom**

Aktörer som ger stöd.....	10
- Region Stockholm.....	11
- Järfälla kommun.....	15
Samarbete för sömlös vård och omsorg.....	21
Stödet till äldre med kognitiv sjukdom.....	28
Stödet till anhöriga.....	30
Medverkande äldre.....	34
Kontaktlista.....	35

## **Del 2 - fokus yngre med kognitiv sjukdom**

Samverkan kring yngre i ordinärt boende.....	40
Samverkan kring yngre i särskilt boende, LSS.....	46
Medverkande yngre.....	50

# Lokalt program för samverkan i Järfälla

Det här är Järfällas lokala program för samverkan mellan vård och omsorg kring personer med kognitiv sjukdom/demens. Det utgår från nationella och regionala styrdokument och är framtagen i samarbete mellan berörda aktörer i Järfälla. Syftet är att underlätta för verksamheterna att ge en samordnad, god och nära vård och omsorg till medborgare i Järfälla som har en demenssjukdom samt stöd till deras anhöriga.

Programmet beskriver vilka aktörer som gör vad och områden för samverkan mellan kommunen och regionens verksamheter. Det tar upp de frågor som verksamheterna uppfattar som angelägna utifrån behov och förutsättningar i Järfälla. Det lokala programmet ersätter inte några nationella, regionala eller lokala styrdokument utan är en komplettering som visar på samverkan. Programmet ska ligga till grund för mer lättillgänglig information till personal och medborgare, bland annat på Järfälla kommuns hemsida.

Beslut om innehållet i programmet har fattats av chefsgruppen för samverkan kring kognitiv sjukdom i Järfälla i september 2025. De är också de som ansvarar för uppföljning av programmet. Järfälla kommuns demenssamordnare och enhetschef för kognitiv mottagning vid Jakobsbergsgeriatriken håller ihop arbetet som ett stöd för chefsgruppen.

Uppdateringen av innehållet har baserats på demenssamordnarens inventering av nuläge, dialoger med arbetsgrupp för demenssamverkan (representanter för personal från berörda verksamheter) och chefsgrupp samt resultat av en gemensam workshop i maj 2024 där även lokal anhängigförening deltog. Se bilaga.

De utvecklingsområden som identifierats under arbetet har chefsgruppen prioriterat och tillsatt arbetsgrupper för att ta fram förslag till lösningar. Ett utvecklingsområde har varit samverkan kring yngre personer med kognitiv sjukdom/demens samt deras anhöriga. Under hösten 2024 och våren 2025 har ett utvecklingsarbete kring detta skett och lokala programmet kompletteras från och med september 2025 med en ny, separat del avseende yngre.

I samband med den internationella Alzheimerdagen har Järfälla infört ett årligt event för att uppmärksamma demensfrågor.

# Fakta om kognitiv sjukdom/ demens

## Vad är demens?

Demens är ett samlingsnamn för en rad symptom som beror på sjukdom eller skador i hjärnans nervceller. Närmare hundra olika skador och sjukdomar kan orsaka demens. Vanligast är Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. Andra exempel är Lewykroppsdemens och frontotemporal demens.

Demenssjukdomar leder till att olika kognitiva funktioner, till exempel minne, tal- och tankeförmåga, försämras. Ibland sker det smygande och långsamt, ibland snabbare. Symptomen kan variera men ska ha observerats i minst sex månader för att en demensdiagnos ska kunna ställas.

En procent av 65-åringarna beräknas ha en demenssjukdom. Motsvarande andel vid 85 års ålder är 20 procent. Många av de drabbade har ingen demensdiagnos eftersom deras symptom inte utretts.

Även personer under 65 år kan utveckla demens. I Sverige beräknas uppemot 10 000 personer som är yngre än 65 år vara drabbade. De allra flesta av dem är 60-64 år.

**Källa:** Svenskt Demenscentrum

## Vad är det för skillnad på kognitiv svikt, demenssjukdom och kognitiv sjukdom?

Demenssjukdomar kallas numera ofta för kognitiva sjukdomar som kommer av begreppet kognition. I vid mening handlar kognition om hur vi tar emot, bearbetar och förmedlar information.

Vid lindrig kognitiv funktionsnedsättning även kallat kognitiv svikt innebär en mätbar påverkan på kognitiva funktioner och kan vara början på en kognitiv sjukdom/demens men det behöver inte vara så.

Nedsättningen av kognitiva förmågor vid kognitiv svikt kan istället ha andra orsaker och är ibland tillfällig.

Alzheimer och andra sjukdomar som orsakar kognitiv sjukdom/demens innebär ytterligare försämring av olika kognitiva funktioner. Vilka funktioner som drabbas, varierar beroende på bland annat typ av sjukdom.

I Sverige uppskattas cirka 150 000 personer (år 2023) ha en demenssjukdom. I och med att vår livslängd ökar blir också antalet äldre i befolkningen större och hög ålder är den största riskfaktorn för att utveckla en demenssjukdom. Det positiva är att risken att vara drabbad av demenssjukdom vid 85 års ålder är hälften så stor idag som den var på 1980-talet.

Med tiden leder sjukdomen till omfattande funktionsnedsättning och inverkar stort på den enskildes och dennes anhörigs livssituation. Under sjukdomsförloppen kommer den enskilde och dennes anhörig i kontakt med många olika aktörer i vårdkedjan. Dessa behöver hitta former för samverkan kring ensammanhållen vård och omsorg samt säkerställa att informationsöverföring mellan olika utförare fungerar.

**Källa:** Svenskt Demenscentrum

## Personcentrerad vård

Alla som arbetar med vård och omsorg av personer med demenssjukdom ska ha begreppet "personcentrerad vård" som ledstjärna. Syftet är först och främst att vården och omsorgen ska utgå från den som är sjuk och dennes önskningar och behov. Insatserna ska anpassas och utföras efter varje persons unika situation och behov. I en personcentrerad vård hör inte tvång och begränsningar hemma, även om syftet är att skydda den som har en demenssjukdom. Tvång och begränsningar riskerar att kränka en persons integritet, självkänsla och värdighet. Det har inte heller något stöd i lagen. Begränsningar i alla former ska därför undvikas så långt det går.

**Källa:** Svenskt Demenscentrum

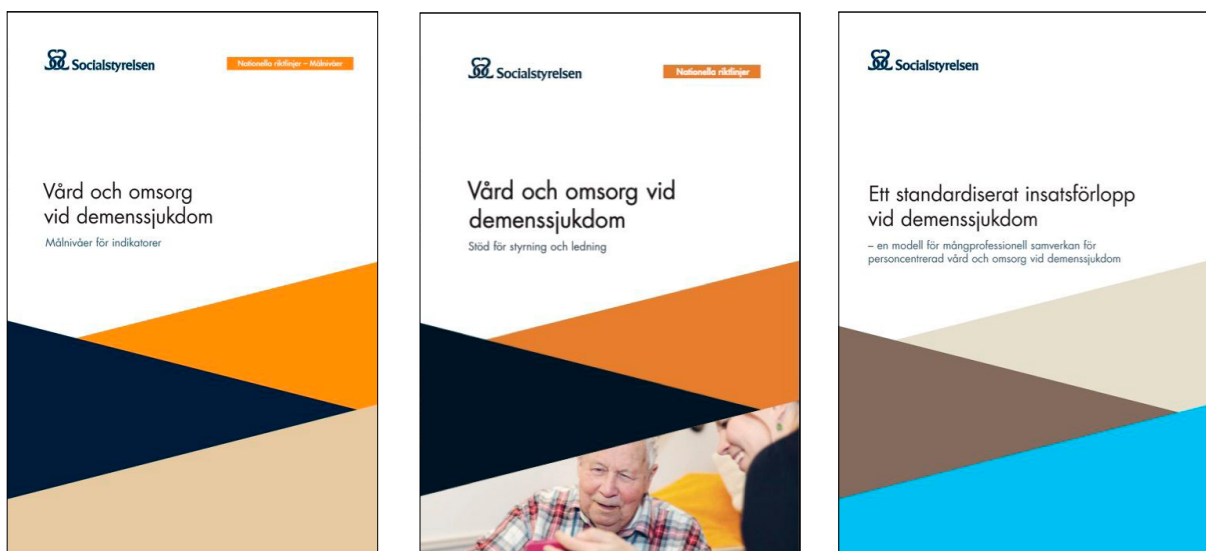
# Nationella, regionala och lokala styrdokument

I Sverige finns det flera styrdokument, för att säkerhetsställa en god vård och omsorg av personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Det finns även regionala styrdokument som gäller för vårdgivare i region Stockholm, samt andra styrdokument som reglerar samverkan mellan Region Stockholms verksamheter och kommunerna i länet. Järfälla kommun har också mål, planer, policy och riktlinjer som omfattar vård och omsorg kring personer med kognitiv sjukdom samt stöd till anhöriga.

Alla verksamheter har i uppdrag att känna till och verka i enlighet med de olika styrdokument. Detta lokala program kompletterar styrdokument avseende samverkan mellan verksamheterna.

## **Nationella styrdokument**

- Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen rev. 2017)
- Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom (Socialstyrelsen 2019)
- Indikatorer: Vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen rev. 2020)
- Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom (SKR 2021)
- Nationell strategi för stöd till anhöriga som vårdar och stödjer sina anhörig (Socialstyrelsen 2022)
- Patientlagen (2014:821)
- Socialtjänstlag (2025:400)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Dagverksamhet för personer med demenssjukdom – en vägledning (Socialstyrelsen 2020).
- Vägledning för en god munhälsa hos personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen 2021)
- Underlag för en utvecklad nationell demensstrategi (Socialstyrelsen 2024)



Bilder från socialstyrelsen.se

## Regionala och lokala styrdokument som berör samverkan kring kognitiv sjukdom/demenssjukdom

Det finns sedan drygt tio år tillbaka en överenskommelse mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län. Den belyser huvudmännens ansvar för samverkan för att säkerställa en god vård och omsorg för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom samt stödet till dennes anhöriga. Enligt överenskommelsen har båda huvudmännen ett gemensamt ansvar för att lokala program utarbetas, följs upp och revideras. Former för samverkan reglerades i ett samverkansavtal mellan parterna.

Region Stockholm har ett Regionalt vårdprogram kognitiv sjukdom. Rekommendationerna i vårdprogrammet överensstämmer med innehållet i det personcentrerade standardiserade vårdförloppet kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, 2020.

Sedan 2023 finns en länsövergripande regional handlingsplan för god och nära vård och omsorg. Även den är gemensam för kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm och är styrande på den länsövergripande nivån och ska ge riktning och stöd för den lokala nivån under kommande sjuårsperiod fram till 2030.

Lokalt styrdokument för kommunen är Plan för vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom i Järfälla kommun, 2020 - 2025. Planen ska säkerställa att nationella riktlinjerna och andra styrdokument efterföljs i alla verksamheter genom hela sjukdomsförloppet, från tidigt stöd i samband med diagnos till vård och omsorg i livets slut. Den gäller även stöd till anhöriga.

## Del 1

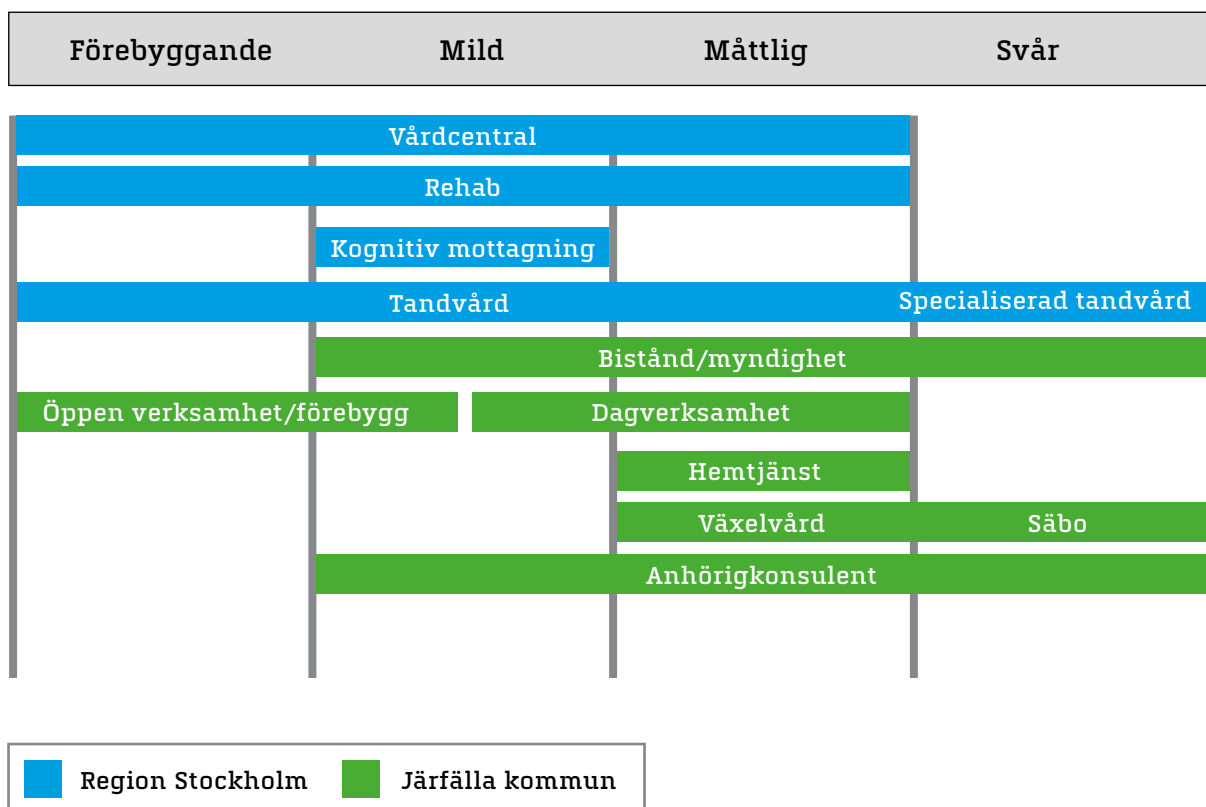
# Stöd till äldre personer med kognitiv sjukdom/demens

Demenssjukdomar är vanligare i högre ålder, men är inte en del av det naturliga åldrandet. Hög ålder är dock den största riskfaktorn för demenssjukdom. I takt med att vi lever allt längre förväntas antalet personer som insjuknar i en demenssjukdom fördubblas till år 2050.

Ansvar för vård och omsorg för personer som har en demenssjukdom är ett delat ansvar. Järfälla kommun har ansvar för socialtjänsten, och Region Stockholm och Järfälla kommun delar ansvaret för hälso- och sjukvården. Verksamheter som ger stöd, vård och omsorg till personer med kognitiv sjukdom/demens ska samarbeta kring den enskilde, för ett sömlöst och bra flöde genom hela sjukdomsförloppet.

# Aktörer som ger stöd

God och nära, sammanhållen vård och omsorg kring äldre med kognitiv sjukdom och stöd till deras anhöriga.



Figuren ovan illustrerar de vanligaste aktörerna som ger vård och omsorg till personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom samt stöd till deras anhöriga. Den visar när aktörerna kan ge stöd i de olika faserna av sjukdomen.

Flera verksamheter kan ge stöd samtidigt och andra hakar i varandra. Det är här som samverkan och ansvarsfördelningen ska klargöras. Alla aktörer har ansvar för att det blir en sammanhållen, god och nära vård och omsorg under hela sjukdomsförloppet.

De blå pilarna visar Region Stockholms olika aktörer, kognitiv mottagning förkortas här KM. De gröna pilarna är Järfälla kommuns olika verksamheter (Säbo står för särskilt boende).

Kognitiv sjukdom/demenssjukdom är en livslång sjukdom som innebär att personen som drabbas och dennes anhöriga kommer att behöva stöd under lång tid, för att få en god livskvalitet i alla de faser som en demenssjukdom innebär.

# Region Stockholm

## Vårdcentralen

Vårdcentralen ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser för personer i ordinärt boende både vid vårdcentral och med hemsjukvård för de som behöver det.

Vårdcentralen har även ansvar för första linjens psykiatri som innebär utredning och behandling av icke-akuta psykiska besvär som till exempel oro, sömnsvårigheter, ångest och nedstämdhet.

Här arbetar flera olika yrkesgrupper som undersköterska, sjuksköterska, distriktsköterska, läkare, kurator och psykolog. Flera vårdcentraler har specialistkompetens avseende äldre och kognitiv sjukdom/demens.

Vid misstanke om kognitiv sjukdom har vårdcentralen i uppdrag att utföra en basal utredning om kognitiv sjukdom och vid konstaterad kognitiv sjukdom/demens ansvarar vårdcentralen sedan för årlig medicinsk uppföljning. Om diagnos kognitiv sjukdom ställs efter basal utredning på vårdcentralen erbjuds den enskilde diagnosintyg som skickas till biståndshandläggare på kommunen.

Distriktsköterskan hjälper till med nutrition och förskrivning av förbrukningshjälpmedel, till exempel vid inkontinens. Vid behov finns det möjlighet att få hemsjukvård och hjälp med bland annat läkemedelshantering. För de som har hemsjukvård är distriktsköterskan som en "spindel i nätet" som samordnar vården kring den enskilde.

Vårdcentralerna har även ansvar för att utse en fast vårdkontakt. Den är den fasta vårdkontakten som ska ta initiativ till en samordnad individuell plan (SIP), enligt lagen om samverkan vid utskrivning.

**Vart i vårdkedjan?** Vårdcentralen finns med i sjukdomsförloppet från tidig fas, fram till eventuell flytt till särskilt boende.

## **Rehab Primärvårdsrehabilitering**

Primärvårdsrehabilitering ansvarar för rehabiliteringsinsatser och förskrivning av för personer i ordinärt boende. Här arbetar arbetsterapeut, fysioterapeut och dietist med flera professioner.

Primärvårdsrehabiliteringen medverkar i den basala utredningen efter remiss från vårdcentralen för att kartlägga funktions- och aktivitetsförmåga. Arbetsterapeut, fysioterapeut och dietist gör hembesök efter behov. De arbetar med träning, kostbehandling, och hjälpmedelsutprovning i hemmet för att förebygga undernäring och fall samt möjliggöra dagliga aktiviteter. Vid kognitiva svårigheter kan de bland annat hjälpa till med förskrivning av hjälpmedel som stödjer till exempel minne och tidsorientering.

**Vart i vårdkedjan?** Primärvårdsrehabiliteringen finns med i vårdkedjan från tidig fas fram till eventuell flytt till särskilt boende.

## **Geriatrik**

### **Kognitiv mottagning**

De geriatriska klinikerna i Stockholms län har kognitiva mottagningar som ansvarar för utvidgad utredning om kognitiv sjukdom/demens för personer över 65 år. Det sker efter remiss från vårdcentralen då det efter basala utredningen behövs mer fördjupad utredning.

Teamet på kognitiv mottagning består av undersköterska, sjuksköterska, läkare, psykolog, arbetsterapeut, kurator och logoped. Kognitiv mottagning gör en första uppföljning vid insatt läkemedelsbehandling, ibland kan det finnas behov av längre uppföljningsperiod. Ansvaret för vård och uppföljning återgår sedan till vårdcentral. Personen som genomgår utredning och dennes anhörig erbjuds stödinsatser efter behov under utredning och uppföljning. Efter avslutad utredning informeras om fortsatt stöd via kommun och primärvård. Den enskilde erbjuds ett diagnosintyg som skickas till biståndshandläggare.

För personer som är yngre än 65 år och arbetsföra upp till 70 år kan utredas och vårdas på Kognitivmottagning på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna (se yngre med kognitiv sjukdom).

**Var i vårdkedjan?** Kognitiv mottagning finns med i vårdkedjan under utvidgad utredning och eventuell uppföljning.

## **Specialistavdelning för akut konfusion eller svår BPSD**

Akut konfusion eller svåra BPSD symtom vid demenssjukdom kan föranleda behov av sjukhusinläggning. Inom geriatriken finns specialiserade vårdavdelningar för utredning, behandling och social planering vid kognitiv sjukdom. På Jakobsbergsgeriatriken finns en vårdavdelning som har särskild inriktning kognitiv medicin/konfusion. På Karolinska sjukhuset i Huddinge finns vårdavdelningen Hjärnsvikt som utöver svåra fall av BPSD och konfusion även utför länsövergripande inneliggande kognitiv utredning, när det av olika skäl inte är möjligt att genomföra i öppenvården.

**Var i vårdkedjan?** Vid behov, men i måttlig till svår fas.

## **Konsultteamet för patienter med BPSD**

Konsultteamet för patienter med BPSD arbetar som konsulter med patienter med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Det är ett specialteam som består av läkare och sjuksköterskor där insatserna riktar sig både till personer i ordinärt boende och på särskilt boende. För att komma i kontakt med teamet behövs en remiss från läkare inom primärvård, geriatrik eller särskilt boende, dock har den remitterande läkaren vårdansvaret för patienten. I konsultteamets arbete prioriteras icke-farmakologiska åtgärder i bedömningarna och ges individuella förslag på åtgärder i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

**Var i vårdkedjan?** Konsultteamet finns med när behov uppstår i hela vårdkedjan från måttlig till svår fas.

## **Psykiatri**

Specialistmottagning med områdesansvar för Järfälla tar emot patienter med allvarligare psykiska besvär efter remiss från till exempel husläkaren. I Stockholm finns också en specialistmottagning för äldrepsykiatri med regionsövergripande ansvar. Vid akuta psykiska tillstånd vänder man sig till länsakuten för psykiatri på St Görans sjukhus.

**Var i vårdkedjan?** Psykiatrin finns med när behov uppstår i hela vårdkedjan från mild till svår fas.

## **Läkarinsatser i särskilda boenden för äldre**

Region Stockholm är huvudman för läkarinsatserna i kommunernas särskilt boende (Säbo), men det är Järfälla kommun som väljer vilken vårdgivare som ska utföra läkarinsatser vid boendet. Flera av läkarna är specialister inom geriatrik och allmänmedicin. Personer som har korttidsboende behåller sin vanliga husläkare.

**Var i vårdkedjan?** Läkarinsatserna finns med i vårdkedjan från medelsvår fas, när den enskilde har flyttat till särskilt boende.

## **Tandvård**

Alla medborgare kan själva välja vilken utförare de vill anlita och det är av stor vikt att personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom behåller sin tandvårdskontakt. Nedsatt munhälsa kan leda till dålig tuggförmåga, undernäring, smärta, ökad fallrisk och svårare sår i munnen. Tandvård behöver ingå som en del av det teambaserade arbetet runt personer med kognitiv svikt/demenssjukdom.

För personer som bor på vård och omsorgsboende finns upphandlat mobilt tandvårdsteam som kommer till äldreboendet.

Den som har ett stort omvårdnadsbehov (insatser både dag och nattetid) kan vara berättigad till tandvårdsstöd. Intyget utfärdas i första hand av biståndshandläggare. Omfattande funktionsnedsättning på grund av kognitiv sjukdom kan berättiga till F-tandvård vilket kan intygas av läkare.

**Var i vårdkedjan?** Tandvård finns med när behov uppstår under hela vårdkedjan från mild till svår fas.

# Järfälla kommun

På [jarfalla.se/senior](http://jarfalla.se/senior) har vi samlat all information till personer som är över 65 år och bor i Järfälla.

## Socialförvaltningen - avdelningen äldre och funktionshinder

I Järfälla kommun är det socialförvaltningen, avdelningen äldre- och funktionshinder, som på uppdrag av socialnämnden, ansvarar för biståndsbedömning, stöd och omsorg till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Äldre med kognitiv sjukdom får sina behov utreda och beslut om sociala insatser från verksamheter i kommunal regi eller upphandlade enheter. Grunden för stöd från socialtjänsten är att den enskilde ansöker om stöd. Även anhöriga kan ansöka om stöd för egen del. Det finns även en förebyggande verksamhet, så kallad öppen verksamhet, dit man inte behöver ansöka om stöd. Alla verksamheter som möter anhöriga ska ha ett anhörigperspektiv och samarbeta med de anhöriga i vården och omsorgen, samt ge stöd i form av bra bemötande, information och kunskap.

I Järfälla är dagverksamhet, biståndshandläggare och hemtjänsten (i egen regi) Stjärnmärkt. Det innebär att personalen har genomgått en utbildningsmodell som har tagits fram av Svenskt demenscentrum där de fått kunskap om demenssjukdomar och verktyg för att arbeta personcentrerat, vilket utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

Järfälla kommun är huvudman och vårdgivare för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunens särskilda boendeformer, dagverksamheter och dagliga verksamheter enligt SoL och LSS. Kommunens ansvar omfattar sådan hälso- och sjukvård, omvårdnad och rehabilitering till och med nivån för sjuksköterskans, arbetsterapeutens och fysioterapeutens/sjukgymnastens yrkesansvar.

Järfälla kommun har en hälso- och sjukvårdsenhet som organiserar hälso- och sjukvårdspersonalen som arbetar på kommunens särskilda boenden för äldre och personer med funktionsnedsättning och samverkar med dessa. Hälso- och sjukvårdsenheten har regelbunden samverkansform med region Stockholms verksamheter bland annat läkarorganisationerna, vårdcentralens läkare och psykiatrin.

På socialförvaltningen finns även medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Denne har på uppdrag av äldreomsorgsnämnde ett övergripande tillsynsansvar för kvalitet och säkerhet inom kommunal hälso- och sjukvård. MAS ger praktiskt stöd, information och viss utbildning till chefer och personal och upprättar riktlinjer och rutiner till hjälp för patientsäkerheten. MAS deltar i samverkan med Region Stockholm och andra vårdgivare i många hälso- och sjukvårdsfrågor.

## Stöd och rådgivning - öppen, förebyggande verksamhet

### Seniorträffar

Det finns fem träfflokaler för personer över 65 år, i olika delar kommunen. Här arrangeras olika aktiviteter på vardagar och det finns möjlighet att fika, träna på gym och umgås. Alla aktiviteter är kostnadsfria. På vissa av dem även lunchrestaurang. Här arbetar aktivitetssamordnare.

**Digital hemguide** finns för personer över 75 år och kommer vid olika tillfällen besöka de olika seniorträffarna och svara på frågor som rör digitala tjänster, till exempel e-post, surfplattor och videosamtal. Det finns även möjlighet att erbjudas stöd i hemmet.

### Promenadslingor och motion

Järfälla kommun erbjuder träning och rörelse utomhus till olika platser inom kommunen.

### Uppsökande verksamhet

Förebyggande verksamheten erbjuder hembesök till alla som fyllt 80 år och som inte har hemtjänst. Syftet är att ge information om vilket stöd och verksamheter som kommunen erbjuder. Besöket är ett personligt samtal för information om kommunens och frivilligorganisationernas olika insatser och verksamheter för äldre. Tolk ordnas om samtalet ska genomföras på annat språk än svenska.

**Var i vårdkedjan?** Seniorträffar och uppsökande verksamheter finns med i tidig fas fram medelsvårt fas.

### Anhörigkonsulent

Anhörigkonsulenten hjälper verksamheter att utveckla sitt stöd till anhöriga samt ger eget stöd till anhöriga. Anhörigkonsulenten ger råd och vägledning utifrån behov och kan hjälpa till med kontakter till handläggare och frivillighetsorganisationerna. Stödet kan även ges i form av individuella samtal eller erbjudande om att ingå i anhöriggrupp. Stödet är kostnadsfritt och icke biståndsbedömt.

**Var i vårdkedjan?** Anhörigstöd finns med under hela sjukdomsförloppet.

## Myndighet äldre

Biståndshandläggare utreder och bedömer den enskildes behov av sociala insatser och stöd, även anhöriga kan söka stöd. Den som söker stöd behöver själv ansöka och alla insatser är frivilliga. Bedömningarna utgår från Socialtjänstlagen och den enskildes behov ska styra utformningen av insatser. Beslut fattas enligt 4 kap. 1§ Socialtjänstlagen och den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Vid handläggning används modellen IBIC (individens behov i centrum) för strukturerat och behovsinriktat arbetssätt. Besluten följs upp årligen eller vid förändrat behov.

Biståndshandläggaren informerar om vilket stöd som finns att ansöka om i kommunen och kan vara behjälplig i kontakten med andra om den enskilde själv har svårt att ta kontakt.

Biståndshandläggaren bör informera den enskilda och/eller dess anhöriga om möjligheten att ansöka hos tingsrätten om en god man/förvaltare eller så kan biståndshandläggaren själv göra en anmälan till överförmyndaren.

Om du behöver en god man eller förvaltare kan du eller dina anhöriga ansöka om det direkt hos tingsrätten. Biståndshandläggaren kan också hjälpa dig att ansöka. Det är sedan tingsrätten som bedömer, och fattar beslut om du ska få en god man eller förvaltare.

### **Exempel på olika typer av insatser den enskilde kan ansöka om:**

- Avlösning i hemmet, ledsagning, promenader, social samvaro, stöd vid kontakt med andra aktörer.
- Serviceinsatser som stöd med städning, tvätt, inköp, ärenden, matlådor.
- Personlig vård som stöd med kläder, hygien, dusch samt stöd vid måltider.
- Larm av olika slag som trygghetslarm, dörrlarm, digital nattillsyn.
- Trygg hemgång efter sjukhusvistelse.
- Dagverksamhet, växelvård, korttidsboende.
- Särskilt boende.

**Var i vårdkedjan?** Finns med i vårdkedjan under hela sjukdomsförloppet.

## Stöd i hemmet

### Hemtjänst

Hemtjänst är bistånd i form av service (städning, inköp, matleverans med mera) och personlig omvårdnad i hemmet. Hemtjänst kan också innehålla stöd i andra dagliga sysslor så som promenad. Personalen arbetar utifrån levnadsberättelse. En person med hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt som behöver arbeta nära den enskilde och skapa sig en helhetsbild av situationen, för att sedan anpassa stödet till den äldre personens individuella behov. Hemtjänst strävar efter att så få personal som möjligt ska arbeta hos den enskilde. För att säkerställa en personcentrerad omsorg upprättas en skriftlig levnadsberättelse och genomförandeplan. Den enskilde väljer hemtjänstutförare. Järfälla kommun har dels upphandlat hemtjänstutförare och dels hemtjänst i egen regi. De flesta hemtjänstutförarna har specialutbildning i demenskunskap och är Stjärnmärkta, enligt en utbildningsmodell från Svenskt Demenscentrum.

### Trygg hemgång

Den som har förändrat omvårdnadsbehov efter sjukhus- eller korttidsvistelse kan beviljas, trygg hemgång. Det är ett beslut som fattas av biståndshandläggare utan att någon ansökan behövs. Trygg hemgångsteamet kan ge särskilt, utökat, stöd i hemmet till personer som har en komplex situation eller känner oro att komma hem efter sjukhusvistelse eller korttidsvistelse. Stödet ges dagtid, under en begränsad tid och kompletterar annan vård och omsorg i hemmet.

### Larm och nattpatrull

Trygghetslarm innebär att den enskilde själv kan larma vid behov av akut hjälp om den enskilde ramlat. Järfälla kommun erbjuder även olika former av stöd till exempel avlösning i hemmet och ledsagarservice, boendestöd, digital och nattillsyn.

**Var i vårdkedjan?** Stöd i hemmet finns med från mild/måttlig fas och tills enskilde flyttar in på särskilt boende.

### Dagverksamhet

Dagverksamhet för personer med kognitiv sjukdom är en biståndsbedömd insats som syftar till ökad livskvalitet, stöd att bibehålla förmågor och en struktur i vardagen, vilket kan ge ökad möjlighet att bo kvar hemma. Det kan också ge avlastning för anhöriga.

I Järfälla finns fem dagverksamheter, varav en är för finsktalande. På dagverksamheterna erbjuds social gemenskap, aktiviteter, utevistelse/rörelse och måltider. Resa till och från dagverksamheten är avgiftsfritt och sker med chaufförer från kommunens egen transportservice. För personer under 55 år köper kommunen dagverksamhetsplatser i andra kommuner.

**Var i vårdkedjan?** Finns med i vårdkedjan från mild till måttlig fas eller fram till att den enskilde flyttar in på särskilt boende.

### **Vård och omsorgsboende (Säbo)**

När behov av stöd inte kan tillgodoses i hemmet kan den enskilde ansöka om särskilt boende (Säbo). Säbo erbjuder vård och omsorg till livets slut. Säbo har avdelningar med inriktning som somatiskt, kognitiv sjukdom/demens och äldrepsykiatri för att kunna möta olika behov hos den enskilde. Vården och omsorgen där utgår från ett personcentrerat arbetssätt där levnadsberättelsen och tidigare vanor ligger som grund för hur vården planeras. Den enskilde möblerar sin lägenhet med till exempel egna möbler, tavlor, textilier och foton. Den enskilde har en kontaktperson som lär känna hen lite extra. Sjuksköterskan ansvarar för kontakten med läkaren, iordningställer och administrerar läkemedel samt bedömer och följer upp hälsotillstånd. Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för bedömning och träning av aktivitets- och funktionsförmåga samt förskrivning av hjälpmedel.

Alla boenden erbjuder en lugn och trygg miljö anpassad för personer med kognitiv sjukdom/demens och har ett individanpassat arbetssätt. Personalen håller i aktiviteter för de boende, arbetar personcentrerat och i multiprofessionella team. Den enskildes behov kartläggs och riskbedömningar görs och följs upp regelbundet. Genomförandeplan och hälsoplaner ligger som grund till vården och omsorgen.

De särskilda boendena erbjuder korttidsplats och växelvård. Korttidsboende är en form av äldreboende där man bor en begränsad tid. Korttidsboende har personal dygnet runt. Växelvård innebär att den enskilde regelbundet växlar mellan att bo hemma och på korttidsboende.

Det finns tio vård- och omsorgsboende i Järfälla kommun. Här jobbar man med att öka kompetensen bland annat genom att Silviahemscertifiera verksamheterna och ambitionen är att samtliga vård- och omsorgsboenden ska vara Silviacertifierade. Att Silviacertifiera verksamheten innebär att all personal får en grundläggande kunskapsnivå i demensvård.

**Var i vårdkedjan?** Finns med i vårdkedjan från måttlig fas till livets slut.

### Finskt förvaltningsområde

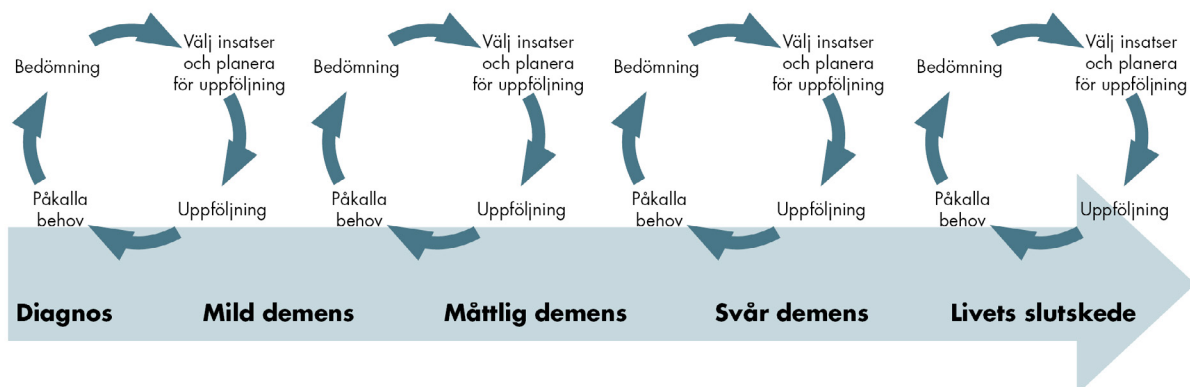
Järfälla kommun är ett finskt förvaltningsområde, vilket innebär att finskspråkiga invånare har särskilda rättigheter och kan exempelvis få information på finska och använda finskan i kontakt med kommunen. Järfälla har bland annat en dagverksamhet för finstalande personer med kognitiv sjukdom.

## Samarbete för sömlös vård och omsorg

Verksamheter som ger stöd, vård och omsorg till personer med kognitiv sjukdom ska samarbeta kring den enskilde, för ett sömlöst och bra flöde genom hela sjukdomsförloppen. I de nationella styrdokumenterna beskrivs hur vård och omsorg ska arbeta som team kring den enskilde. Att involvera den enskilde och anhöriga samt att säkra en god informationsöverföring är viktiga delar. Här följer några områden som lyfts fram av de som deltagit i utvecklingen av samverkan mellan vård och omsorg kring personer med kognitiv sjukdom/demens i Järfälla.

### Standardiserat insatsförlopp

Alla berörda parter ska verka för att vården och omsorgen samordnas utifrån den enskildes behov, i varje fas under sjukdomsförloppet, från diagnos till livets slut. Vården och omsorgen ska bidra med sina olika perspektiv och kompetenser för att uppmärksamma den enskildes behov, göra bedömningar, föreslå/ välja insatser och följa upp stödet.



Socialstyrelsen beskriver hur samverkan bör ske i "ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom - en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom.

## **Så här samarbetar vi i Järfälla**

### **När den enskilde inte tar emot hjälp**

Ha tålmod, "fingertoppskänsla" och samverka med och anhöriga och andra aktörer. Samverkan kan behövas för att skapa en relation till den enskilde. Olika aktörer kan på olika sätt erbjuda stöd i syfte att skapa en relation. Även anhöriga kan vara till hjälp för att motivera och möjliggöra att den enskilde tar emot insatser. Om en aktör i vårdkedjan eller anhörig upptäcker en person som har behov av stödinsatser men inte vill ta emot det, kan en orosanmälan göras till Järfälla kommuns servicecenter. En biståndshandläggare försöker då få kontakt med den enskilde och sedan koppla in andra viktiga aktörer. Teamarbete och samordning av insatser betonas för att skapa en demensvård och omsorg på lika villkor.

### **När den enskilde behöver stöd för att komma till dagverksamhet**

För att det ska fungera så bra som möjligt med insatsen dagverksamhet behövs samverkan och informationsöverföring mellan dagverksamheten, hemtjänst och biståndshandläggaren. Det kan handla om små justeringar i den dagliga rutinen som kan underlätta eller möjliggöra vistelsen på dagverksamhet. Här kan även samverkan med de som står för transport till dagverksamheten involveras.

### **För att uppmärksamma munhälsa**

Munhälsa blir ofta nedsatt när den enskilde har svårt att sköta sin munhygien och har svårt att komma iväg till tandvården. Genom samverkan kan personen få stöd i att sköta sin munvård.

Hjälp att sköta munhygien och ledsagning till tandläkare är andra åtgärder som kan bidra till bättre munhälsa. Järfälla kommun har avtal med hemtandvård som erbjuder mobil tandvård direkt på äldreboendet. Detta för att slippa förflyttningsmoment som inte sällan innebär både en fysisk påfrestande transport med färdtjänst eller taxi, och även en psykisk stress över själva transportsituationen.

Tidiga riskbedömningar av munhälsan som till exempel inom ramen för Senior Alert är en förutsättning för att vård- och omsorgspersonal ska kunna uppmärksamma, förebygga och följa upp munhälsan och vid behov kontakta tandvårdspersonal.

Tre kontrollfrågor bör ställas av all vård- och omsorgspersonal som därefter ska stötta personer så det kommer till en tandvårdsklinik:

- Har du träffat någon tandläkare eller tandhygienist de senaste två åren?
- Har du besvär från munnen eller vet du om något är trasigt i din mun?
- Är det något du undviker att äta för att det är svårt att tugga eller svälja?

### **För att uppmärksamma undernäring och risk för viktnedgång**

Undernäring kan klassas som vårdskada om vården inte utfört anpassade åtgärder för att upptäcka och behandla tillståndet. Vårdskada kan också uppstå som en följd av undernäring, till exempel ökar risken för fall, trycksår och ohälsa i munnen. Risken för undernäring ökar vid kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Både åldrandet och demenssjukdomen bidrar till det då det är vanligt med nedsatt aptit, tuggproblem och muntorrhet. Försämrad syn kan göra det svårare att uppfatta vad som finns i skålar och på fat, och även att hitta maten på tallriken. Nedsatt muskelstyrka och andra motoriska problem kan också bidra till viktnedgång och undernäring.

Undernäring som inte upptäcks eller lämnas utan åtgärd kan få svåra konsekvenser som ger ett personligt lidande och en högre vårdtyngd som följd. Omvårdnaden är därför central kring undernäring.

Alla i vårdkedjan behöver uppmärksamma om matvanor förändras eller den enskilde går ner i vikt. Den enskilde kan behöva utökat stöd vid måltider av till exempel hemtjänsten, läkemedelsgenomgång eller tandvård. Därför är det viktigt att även arbeta med måltidernas innehåll och hur de serveras. Arbetsterapeut kan ge råd kring måltidsmiljö och hjälpmedel och dietisten kan ge råd till exempel kring näringsberikning och konsistensanpassning.

### **När den enskilde behöver mer stöd, vård eller omsorg**

Hemtjänst (fast omsorgskontakt) eller dagverksamhet kontaktar biståndshandläggare vid förändrat behov av stöd. Personalen på dagverksamheten är de som träffar den enskilde under en längre sammanhållen tid och med regelbundenhet och de har ofta möjlighet att se förändringar och kan signalera till biståndshandläggaren i tid när de ser att det finns behov av utökat stöd i hemmet.

Biståndshandläggaren gör en ny bedömning och sociala insatserna utformas tillsammans med den enskilde och hemtjänstutföraren. Förutom den enskilde själv kan även anhörig tillsammans med alla aktörerna uppmärksamma behovet av mer stöd.

Om vårdcentral uppmärksammar ökat behov av insatser från kommunen kontaktar de biståndshandläggaren. Om biståndshandläggaren uppmärksammar behov av vård eller hjälpmedel kontaktar de primärvården.

Om det är en ohållbar situation kring den enskilde som kräver annat/ökat stöd från både kommun och regionens verksamheter kan ett SIP-möte initieras (möte för samordnad individuell plan, se material för SIP i Järfälla)

### **När stödet i hemmet behöver samordnas**

Vid behov att samordna insatser i hemmet får flera aktörer ge stöd till den enskilde och de anhöriga. I vissa fall kan insatserna behöva samplaneras. En SIP görs med fördel i patientens hem. Det handlar om att göra insatserna begripliga för personen/patienten så denne får en helhetsbild och möjlighet att få hjälp utifrån egna idéer och önskemål kring sitt dagliga liv. Efter samtycke kallar den som uppmärksammat behovet berörda aktörer till ett gemensamt möte tillsammans med den enskilde och eventuellt anhörig. Respektive yrkesgrupp dokumenterar i sin journal kring mötet. SIP görs även vid behov inför utskrivning från sjukhus. Det är då vårdcentralen som är sammankallande.

### **Vid uppföljning av behov och insatser**

Vårdcentralens läkare följer årligen upp den enskildes hälsotillstånd och eventuell läkemedelsbehandling. Vårdcentralen kontaktar biståndshandläggare om de uppmärksammar att den enskilde har behov av sociala insatser. Vårdcentralen är behjälplig med intyg för färdtjänst, förmedlar kontakt med primärvårdsrehabilitering vid behov av hjälpmedel eller bostadsanpassning.

Biståndshandläggaren följer vid behov eller årligen upp behovet av biståndsinsatser. I samband med uppföljning har biståndshandläggaren vid behov dialog med olika aktörer för att få en uppfattning kring hemsituation och behovet av stöd. Biståndshandläggaren kan vara behjälplig med kontakter med till exempel vårdcentral om den enskilde själv har svårt att ta kontakten och anhörigstöd.

### **Stöd för implementering av förebyggande insatser**

Stöd för förebyggande insatser finns både före och efter demensdiagnos inom vård och omsorg. Ett exempel är ett arbetssätt som inspireras av FINGER-modellen. Modellen utgår ifrån livsstilsfaktorer som kan kopplas till kost, fysiskt aktivitet, kognitiv träning, sociala aktivitet och ha koll på medicinska värden.

### **Vid utskrivning från sjukhus**

Vid behov sammankallar fast vårdkontakt vid vårdcentralen till SIP (samordnad individuell plan) enligt LUS (lagen om utskrivning från slutenvård). Biståndshandläggaren informerar hemtjänstutföraren om behovet av insatser vid hemkomst från sjukhus.

### **Inför flytt till särskilt boende**

När det är dags för den enskilde att flytta till Säbo kan informationsöverföring mellan personal på dagverksamhet, fast omsorgskontakt inom hemtjänst och personal på Säbo underlätta den första tiden på boendet. Om samtycke finns kan levnadsberättelsen som den enskilde fått möjlighet att fylla i när de började på dagverksamheten, eller som upprättats inom hemtjänsten följa med till Säbo.

### **När den demenssjuke har utmanande beteenden (så kallat BPSD)**

Många personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom utvecklar under sjukdomen svåra symtom som till exempel oro, depression, rastlöshet eller agitation, så kallad BPSD-symtom. Socialstyrelsen förordar framförallt omvårdnadsåtgärder som åtgärd. För personer som bor i ordinärt boende krävs en samverkan mellan framför allt vårdcentral och hemtjänst/anhöriga samt biståndshandläggare för att möta dessa symtom. Det finns sedan 2023 en lokal rutin för hur hemtjänsten ska arbeta för att upptäcka och stödja personer med BPSD. Den är tydlig med hur hemtjänsten ska arbeta med bland annat levnadsberättelse, hur rapportering ska delges och rapporteras, dokumenteras, åtgärdas och följas upp. Den ligger till grund för hur nästa steg bör tas med primärvården för medicinsk konsultation och där även primärvårdsrehab kan behöva komma med.

Inom Säbo finns utarbetade arbetsätt för att kartlägga och bemöta problemen. Alla Säbo är ansluta till och arbetar enligt BPSD-registret riktlinjer. Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

Registret innebär att verksamheten gör en skattning av beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med kognitiv sjukdom/demens, och tar fram en vårdplan utifrån resultaten i skattningen. Här är även samverkan med läkare i Säbo av stor vikt för att inte minst se över läkemedel.

Primärvården och Säbo kan ta kontakt med Region Stockholms BPSD-konsultteam för vidare konsultation. De utgår från icke-farmakologiska åtgärder och kan stödja vid behov.

## Vid hantering av läkemedel

### I hemmet

Läkemedel hanteras av den enskilde själv eller med stöd av distriktsköterska eller hemsjukvården. Hemtjänst eller anhörig kan vara behjälplig vid läkemedels- hantering efter egenvårdsintyg. Egenvårdintyg utfärdas av vårdcentral/husläkar- mottagning och skickas till biståndshandläggaren om den enskilde behöver stöd genom till exempel handräckning/påminnelse vid läkemedelsintag. Hemtjänst återkopplar till vårdcentral/hemsjukvård om den enskilde inte längre klarar läkemedelshanteringen med stöd av hemtjänst.

### På dagverksamhet

Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar under vistelsetiden på dagverksamhet. Den enskilde har med sig sina läkemedel och kan vid behov få hjälp av personalen. Personalen på dagverksamheten får delegering från sjuksköterska.

### Vid växelvård

Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Den enskilde har med sig sina egna läkemedel samt läkemedelslista och får hjälp av omvårdnadspersonalen vid behov. Prioriterat är även att rätt läkemedel finns med vid ankomst till boendet.

### På korttidsboende

Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Sjuksköterska delegerar till omvårdnadspersonalen efter utbildning och prövning.

### På Säbo

Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Sjuksköterska delegerar till omvårdnadspersonalen efter utbildning och prövning. Samtliga boende står på DOS-recept.

### För bättre användning och nytta av kvalitetsregister

Inom demensområdet finns idag två kvalitetsregister, Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) och Svenska registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD-registret). Kvalitetsregistrens styrka är att enheterna kan använda register för strukturerad utredning och uppföljning av sin verksamhet och förbättring av vården och omsorgen för målgruppen. Rapporter kan tas ut som jämför den egna verksamhetens resultat med Socialstyrelsen nationella kvalitetsindikatorer och målnivåer.

Det är av stor vikt med samverkan mellan Säbo och Säboläkare kring kvalitetsregistren inte minst när det gäller den medicinska behandlingen. Enlig den nationella demensstrategin betonar att det är särskilt viktigt att registrera i SveDem efter som registret ska kunna användas som verktyg för att följa upp nya läkemedel mot Alzheimer.

## **Kontinuerlig kompetensutveckling**

Att regelbundet utbilda och fortbilda personal, som på olika sätt kommer i kontakt med personer med kognitiv sjukdom/demens, är avgörande för att bedriva en god och personcentrerad vård och omsorg.

Svenskt Demenscentrum har sedan start 2008 tagit fram avgiftsfria webbaserade ABC-utbildningar vilket har bidragit med den positiva utvecklingen av kunskap inom området. Utbildningarna är baserade på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

Demens ABC, riktar sig framför allt till personal inom vård och omsorg och som även är praktiskt förankrade i nationella riktlinjer i alla dessa utbildningar. Till exempel finns stöd för tidig diagnostik, utredning och uppföljning liksom koppling till kommunen genom förslag på planeringsunderlag till biståndshandläggare för primärvård. Demens ABC finns även för biståndshandläggare, SÄBO, hemtjänst, anhöriga, FINGER-metoden, tidiga tecken inom LSS och kommunikation. Information finns även att tillgå på olika språk.

## **Utvecklingsområden i Järfälla**

I det samarbete som sker mellan vård och omsorg kring personer med kognitiv sjukdom i Järfälla, inte minst i samband med uppdateringen av detta gemensamma lokala program, har verksamheterna lyft fram områden som behöver utvecklas. Dessa områden har behandlats och prioriterats av chefsgruppen.

Chefsgruppen ansvarar för att vid behov tillsätta arbetsgrupper för att ta fram förslag till lösningar. Det är också chefsgruppen som följer upp arbetet. Resultat kan sedan tas med i nästa uppdatering av lokala programmet.

# Stöd till äldre med kognitiv sjukdom

I det samarbete som sker mellan vård och omsorg kring personer med kognitiv sjukdom i Järfälla, inte minst i samband med uppdateringen av detta gemensamma lokala program, har verksamheterna lyft fram områden som behöver utvecklas. Dessa områden har behandlats och prioriterats av chefsgruppen.

Chefsgruppen ansvarar för att vid behov tillsätta arbetsgrupper för att ta fram förslag till lösningar. Det är också chefsgruppen som följer upp arbetet. Resultat kan sedan tas med i nästa uppdatering av lokala programmet.

## Förebygga kognitiv sjukdom/demens

Det finns forskning som visar att man på ett bra sätt kan ta hand om sin hjärnhälsa och minskar risken för alzheimer och minnesproblemet. De fem viktigaste faktorerna för att vara i god hälsa:

- Hälsosam mat - hälsosam och mångsidig kost
- Fysiska aktiviteter - promenader, styrka och balans
- Hjärngymnastik och kognitiv träning
- Sociala aktiviteter och avkoppling
- Koll på hjärtat - ha koll på sitt blodtryck, kolesterol och blodsocker

## Hjälp att upptäcka tidiga tecken

Tidiga tecken vid kognitiv sjukdom/demenssjukdom kan vara försämrat närminne, svårigheter att orientera sig, svårigheter att hitta ord, förändrad personlighet eller svårare att utföra vardagliga aktiviteter. Den enskilde kan behöva hjälp och stöd i kontakt med vårdcentral för eventuell minnesutredning samt kontakt med biståndsenheten för utredning kring sociala insatser.

### Utredning, diagnos och eventuell läkemedelsbehandling

Den basala utredningen görs på vårdcentralen. Vid behov remitteras den enskilde till kognitiv mottagning för vidare utredning. Vårdcentralen erbjuder årlig uppföljning och ansvarar för att utarbetade rutiner kring kallelse och uppföljning av uteblivna besök. Stöd kring nutrition, läkemedelshantering och förbrukningshjälpmedel kan erbjudas.

### Järfällas servicecenter

Svarar på frågor och hjälper dig med ditt ärende både för medborgare men lotsar även vidare för personal i tjänsten. Alla handläggare är specialiserade inom kommunens områden. Här kan medborgare även lämna synpunkter och förslag.

### Stöd under utredning

På kognitiv mottagning får den enskilde stöd genom information och deltagande i sin utredning. Den enskilde får vid återbesök hos läkare information om eventuell diagnos och behandling. Under utrednings- och uppföljningstiden finns möjlighet till stödsamtal med psykolog eller kurator. Arbetsterapeut kan erbjuda hjälpmedelsförskrivning, intyg vid behov av bostadsanpassning samt stöd kring strategier i vardagen. Kognitiv mottagning förmedlar efter samtycke, kontakt till primärvård och kommunstöd via remiss och diagnosintyg till biståndshandläggare. Vid behov som berör tal och språk eller ät- och sväljförmåga kan logoped konsulteras.

### Hjälp att klara vardagen

Primärvårdsrehabiliteringen utför aktivitetsbedömning till exempel i samband med utredning samt kan förskriva hjälpmedel och ge stöd i strategier i vardagen, se över boendemiljön samt vara behjälplig med intyg vid behov av bostadsanpassning. De kan även exempelvis ge stöd vid behov av träning, fallförebyggande rådgivning samt i frågor kring nutrition.

### Dagverksamhet

Att regelbundet besöka en dagverksamhet kan betyda mycket för personer med demenssjukdom, bland annat för att öka deras möjlighet att bo kvar hemma längre. Det kan också bidra till ökad livskvalitet samt minskad vårdkonsumtion, som i många fall skjuter en flytt till särskilt boende på framtiden.

# Stöd till anhörig – till äldre med kognitiv sjukdom

Demenssjukdomar förändrar inte bara livet för den som är sjuk utan även för de anhöriga. Anhöriga har en viktig roll i vården av den enskilde. Det är ofta hen som håller ihop vårdkedjan så länge den enskilde bor i ordinärt boende. Vården och omsorgen har uppdrag att underlätta för dem att förstå sjukdomen och känna att de inte är ensamma i sin ofta svåra situation. Detta genom stöd och utbildning. Men det är även viktigt att anhöriga delar med sig av sin kunskap till vård- och omsorgspersonal som då kan få ytterligare kunskap om den personen med demenssjukdom behov.

Här beskrivs det stöd som olika aktörer i Järfälla kan erbjuda anhörig till personer med kognitiv sjukdom.

## **Järfälla kommuns servicecenter**

Svarar på frågor och hjälper dig med ditt ärende både för medborgare men lotsar även vidare för personal i tjänsten. Alla handläggare som är specialiserade inom kommunens områden. Här kan medborgare även lämna synpunkter och förslag.

## **Vårdcentralen**

- Information om kognitiv sjukdom/demens och utredningsförfarande
- Besök hos kurator eller psykolog
- Hembesök av distriktssköterska

## **Primärvårdsrehab**

- Initiera basal demensutredning med anhörigsamtal
- Hemrehabteamet med träning av fysioterapeut, kostupplägg av dietist
- Utprovning av hjälpmedel/kognitiva hjälpmedel av arbetsterapeut
- Behjälplig med bostadsanpassning

## **Kognitiv mottagning**

- Information om utredningsprocessen och kognitiv sjukdom
- Förmedla kontakt till andra samverkansaktörer inom primärvård/kommun och patient-/anhörigföreningar
- Rådgivning- och stödjande samtal under utredning/uppföljning.
- Initiera behov av hjälpmedel- och eller bostadsanpassning

## **Anhörigkonsulent**

Informera anhöriga om:

- Anhöriggrupper med andra anhöriga eller individuellt
- Stödjande samtal och vägledning
- Hjälp med kontakter till handläggare och frivilligorganisationer
- Utbildningar både av Järfälla kommuns anhörigstöd och nationella digitala utbildningar
- Promenader med anhörig

## **Patient- och anhörigföreningar**

Det finns flera organisationer som arbetar för att samla och sprida kunskap om demenssjukdom och anhörigstöd.

### **Demensföreningen Stockholm**

Är en ideell förening som arbetar för att sprida kännedom om olika demenssjukdomar, symptom, bemötande och förhållningssätt till stöd för demenssjuka och deras anhöriga. De har även ett nätverk för anhöriga till yngre personer med demenssjukdom.

### **Ung anhörig**

Stöd och information för dig som har en förälder med demenssjukdom. Intervjuer, tips, fakta, nyheter.

### **Järfälla anhörigförening**

Välkommen till Järfällas anhörigförening.

## Myndighet äldre Järfälla kommun

Biståndshandläggare informerar om kommunens olika sociala insatser och stödjer anhöriga i ansökningsprocessen. Biståndshandläggaren kan förmedla kontakt till kommunens anhörigkonsulent och andra viktiga aktörer inom Järfälla kommun.

### **Hemtjänst**

Hemtjänst kan stödja den enskilde i vardagliga aktiviteter och på så sätt avlasta anhöriga. Ett bra samarbete mellan hemtjänst och anhöriga kan öka tryggheten i hemmet. Hemtjänst återkopplar till hur det fungerar och är uppmärksamma på om behovet förändras. En kontaktbok i hemmet kan underlätta kommunikationen mellan hemtjänst, anhöriga och andra aktörer.

### **Dagverksamhet**

Dagverksamhet kan ge avlastning till anhörig genom att den enskilde vistas där en eller några dagar i veckan. Dagverksamheten återkopplar till anhöriga hur det fungerar i verksamheten.

### **Korttidsboende/växelvård**

En insats som kan sökas av den enskilde för att dennes anhöriga ska få avlastning. Växelvård är en biståndsbedömd insats då den enskilde regelbundet vistas på ett korttidsboende i avlastande syfte för dennes anhörig.

### **Vård- och omsorgsboende (Säbo)**

När den enskilde flyttar till Säbo ombeds anhöriga att fylla i en levnadsberättelse för att underlätta för personalen att lära känna den enskilde på ett djupare plan. Kontaktpersonen håller närmast kontakt med anhöriga. Sjuksköterskan ger stöd kring hälsotillstånd och sjukdomssymtom.

## Begrepp i vårdkedjan

Här beskrivs några vanliga begrepp som används kring personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom som kan förekomma i det lokala programmet.

**Anhörig** - Person som vårdar eller stödjer en närstående. Vanligtvis är den personen som ger vård och stöd en anhörig till den som tar emot stöd, omsorg eller vård.

**Närstående** - Är personen som är i behov av stöd.

**BPSD** - beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

**Den enskilde** - personen med kognitiv sjukdom.

**SIP** - samordnad individuell plan och ska upprättas när det finns behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

**Levnadsberättelse** - En levnadsberättelse är en skildring av en persons liv, ett sätt för personen att berätta om vem man är för den eventuella personal som ska ge dig stöd i vardagen. Berättelsen kan skrivas av personen själv, en anhörig eller tillsammans med någon personen känner sig trygg med.

**Genomförandeplan** - beskriver hur beviljade insatser ska verkställas utifrån individens önskemål och behov. Genomförandeplanen ska skrivas enligt Individens behov i centrum, IBIC.

**Vård- och omsorgsboende** - vård- och omsorgsboende används synonymt med särskilt boende (säbo).

**Egenvård** - är när en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har gjort en bedömning att patienten själv, eller med hjälp av någon annan, kan utföra en åtgärd.

**Färdtjänst** - särskilt anordnad transport för person med funktionsnedsättning.

**Palliativ vård** - hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till anhöriga.

**God man eller förvaltare** - hanterar ekonomiska och juridiska ärenden åt en medmänniska som till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning inte klarar att sköta sina angelägenheter.

**Samtycke** - den enskilde behöver ge sitt samtycke till att en insats beviljas och att ett visst stöd och service utförs vid genomförande av insatsen. Den enskilde ska också ges möjlighet att vara delaktig vid införandet och vid genomförandet av en insats.

**Fast omsorgskontakt i hemtjänsten** - personer som har insatser från hemtjänsten ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte anses vara uppenbart obehövt. Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassning och samordning.

## Medverkande till lokala programmet - 2025

### Chefer och medarbetare från:

#### **Region Stockholm**

Kognitiva mottagningar

Läkare i särskild boende

Vårdcentraler

Rehabilitering i primärvården- Primärvårdsrehab

Folktandvården

#### **Järfälla kommun**

Äldreomsorg (dagverksamhet, hemtjänst och SÄBO)

Myndighet äldre och funktionsnedsättning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Hälso-och sjukvårdsenheten

Anhörigstöd

Servicecenter stöd och omsorg

#### **Övriga:**

Järfälla anhörigförening

FOU nu

# Region Stockholm

Verksamhet	Hemsida	Telefon
<b>Primärvård</b>		
Barkarby Vårdcentral	Barkarby Vårdcentral	08-123 408 00
Capio Vårdcentral Viksjö	Capio Viksjö	08-408 822 30
Meliva Vårdcentral Jakobsberg	Meliva Vårdcentral Jakobsberg	08-124 051 50
Kallhälls Nya Vårdcentral	Kallhälls Nya vårdcentral	08-587 220 00
Vibblaby vårdcentral	Vibblaby vårdcentral	08-584 302 50
Jakobsbergs Vårdcentral	Jakobsbergs Vårdcentral	08-123 363 31
Almakliniken	Almakliniken	08 -21 52 00
Familjeläkarna Barkarby	Familjeläkarna Barkaby	08-89 99 99
<b>Primärvårdsrehab</b>		
Rehab nordväst, Järfälla	Rehab nordväst, Järfälla	08-123 456 50
Hela kroppen Rehab	Hela kroppen Rehab	08-587 322 10
Familjeläkarna Rehab	Familjeläkarna Rehab	08-517 713 66
<b>Läkare särskild boende Järfälla</b>		
Capio Läkare SÄBO	Capio Läkare i SÄBO	08-737 87 80

# Region Stockholm

Verksamhet	Hemsida	Telefon
<b>Tandvård</b>		
<b>Folktandvård</b>		
Folktandvården Viksjö	Folktandvården Viksjö	08-123 169 00
Folktandvården Jakobsberg	Folktandvården Jakobsberg	08-123 153 00
<b>Uppsökande tandvård</b>		
Flexident tandvård	Flexident tandvård	08-562 972 77
<b>Kognitiv mottagning</b>		
Kognitiv mottagning, Jakobsbergsgeriatriken	Kognitiv mottagning, Jakobsbergsgeriatriken	08-123 387 20
Kognitiv mottagning Karolinska Universitets-sjukhuset Solna (under 65 år samt personer som fortfarande arbetar, upp till 70 år).	Kognitiv mottagning Karolinska Universitets-sjukhuset Solna	08-123 713 66
Kognitiv mottagning Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge (samarbetet vård-avdelning Hjärnsvikt)	Kognitiv mottagning Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge	08-123 855 00
Konsultteamet för patienter med BPSD	Konsultteamet för patienter med BPSD	08-123 487 10
Specialistpsykiatrisk mottagning 4, Alvik	Specialistpsykiatrisk mottagning 4, Alvik	08-123 484 00

# Järfälla kommun

<b>Verksamhet</b>	<b>Hemsida</b>	<b>Telefon</b>
<b>Förebyggande och sociala insatser</b>		
Anhörigkonsulent	Anhörigkonsulent	08-580 289 27
Dagverksamhet	Dagverksamhet	08-580 285 00
<b>Kvalitet och hälsa</b>		
Kvalitetsenheten	Demenssamordnare	08-580 282 98
Hälsa- och sjukvårdsenheten	Hälsa- och sjukvårdsenheten	08-580 283 33
<b>Myndighet äldre och Myndighet funktionsnedsättning (biståndshandläggning)</b>		
Myndighet äldre (Bistånd enligt SoL)	Myndighet äldre	08-580 285 00
Myndighet funktionsnedsättning (Bistånd enligt LSS och yngre än 65 år med kognitiv sjukdom/demens)	Myndighet funktionsnedsättning	08-580 285 00
<b>Stöd i ordinarie boende (Hemtjänst)</b>		
Stöd i ordinarie boende (hemtjänst, larm m.m.)	Stöd i ordinarie boende	08-580 285 00
<b>Särskilt boende äldre</b>		
Särskilt boende	Särskilt boende	08-580 285 00
<b>Avdelning lednings- och verksamhetsstyrning</b>		
Enheten för stöd och utveckling	Medicinsk ansvarig sjuksköterska	08-580 285 00
<b>Servicecenter stöd och omsorg, kommunstyrelsen</b>		
Servicecenter stöd och omsorg	Servicecenter stöd och omsorg	08-580 285 00

# Övriga

<b>Verksamhet</b>	<b>Hemsida</b>	<b>Telefon</b>
<b>Anhörigförening</b>		
Järfälla anhörigförening	Järfälla anhörigförening	073-669 22 53
Demensföreningen Stockholm	Demensföreningen Stockholm	070-547 77 65
<b>FoU</b>		
FoU nu	FoU nu	070-001 12 34

## Del 2

# Stöd till yngre personer med kognitiv sjukdom/demens

Ett större arbete med att se över stöd och insatser som är anpassade till yngre personer med demenssjukdom och personer inom LSS pågår inom Stockholms län tillsammans med Region Stockholm.

Med ”yngre” menas i detta sammanhang personer under 65 år. Gruppen är relativt liten men följderna av de drabbades demenssjukdom är ofta särskilt svåra. Det är människor mitt i livet, som fortfarande är yrkesaktiva. Inte sällan lever de med familj och en del har minderåriga barn och arbete. Detta skapar en stor omställning i deras liv, och ställer stora krav på samhällets stöd till dem. I Stockholm finns det ca 100 personer under 65 år som fått demensdiagnos i Stockholms län.

Hösten 2025 har Järfällas lokala samverkansprogram kompletterats med ytterligare två delar om samverkan vid kognitiv sjukdom hos:

- Personer med intellektuell funktionsnedsättning i särskilt boende i Järfälla.
- Personer med eller utan tidigare intellektuell funktionsnedsättning i ordinärt boende i Järfälla

I samverkan kring yngre personer med kognitiv sjukdom behöver delvis andra aktörer samverka jämför med de som möter äldre.

## **Fokus yngre med kognitiv sjukdom - ordinärt boende**

### **Samverkan vid kognitiv sjukdom hos yngre personer med eller utan tidigare intellektuell funktionsnedsättning i ordinärt boende, i Järfälla**

När yngre personer drabbas av demenssjukdom kan symtomen ofta vara svårtolkade och misstas för t ex stress eller psykisk ohälsa. Det är inte alltid minnet som är det första som sviktar. Beroende på var i hjärnan sjukdomen sitter påverkas olika funktioner. Yngre, mitt i livet, som drabbas av en kognitiv sjukdom har delvis andra förutsättningar och behov än äldre. De har ofta en mer komplex situation och sjukdomsbild samt ett snabbare sjukdomsförlopp. De kan ha familj med minderåriga barn och försörjnings-ansvar. Yngre med kognitiv sjukdom/demens och deras anhöriga kan behöva ett delvis annat stöd än äldre.

I Stockholms län finns det särskilda kognitiva mottagningar som utreder och behandlar yngre med kognitiv sjukdom, Kognitiv mottagning Solna/Huddinge (Karolinska Universitetssjukhuset). Till skillnad från äldre med kognitiv sjukdom/demens har den kognitiva mottagningen ansvar även för behandling och uppföljning. Detta ansvar fortsätter tills att patienten fyller 65 år eller flyttar till särskilt boende . För dem med vissa diagnoser; Lewykroppsdemens och frontallobsdemens, behåller Kognitiv mottagning ansvar för behandlingen till flytt till särskilt boende eller livets slut. Det innebär att vårdcentralerna har en annan roll jämfört med äldre demenspatienter och behandlar endast andra, samtidiga sjukdomar fram tills personen når pensionsålder. Vårdcentralerna har dock ett ansvar att göra en basal utredning vid misstanke om kognitiv sjukdom.

Kommunen svarar för stöd till den enskilde och anhöriga. Insatser kan ges enligt Socialtjänstlagen eller LSS . En samordning av stödet i kommunen behöver ske då flera delar av socialtjänsten kan behöva involveras.

Aktörerna behöver samverka för en sammanhållen vård och omsorg enligt nationella och regionala styrdokument för kognitiv sjukdom/demens. Alla aktörer inom vård och omsorg har även ansvar för att insatserna ges med ett anhängigperspektiv samt att stöd erbjuds till anhöriga, även barn.

Då de nationella och regionala styrdokumenterna i huvudsak beskriver vård och omsorg kring äldre med kognitiv sjukdom har detta dokument upprättats med syfte att klargöra ansvar och samverkan kring yngre i Stockholms län. Syftet är att underlätta en lokalt sammanhållen vård och omsorg i enlighet med nationella och regionala styrdokument.

#### **Närmast berörda aktörer i Järfälla är:**

- **Kognitiv mottagning Solna (Karolinska Universitetssjukhuset)** som har ansvar för utredning och behandling vid kognitiv sjukdom hos yngre personer (under 65 år samt personer upp till 70 år som är yrkesverksamma) i norra delen av Stockholms län
- **Kognitiva mottagningen Huddinge (Karolinska Universitetssjukhuset)** som har ansvar för utredning och behandling vid kognitiv sjukdom hos personer med Downs syndrom som bor i ordinärt boende
- **Vårdcentral** – ansvarar för upptäckt och basal utredning vid misstanke om kognitiv sjukdom
- **Myndighet funktionsnedsättning**, Socialförvaltningen i Järfälla kommun med ansvar för information och stöd samt tar emot ansökan om insatser. Utreder behov och fattar beslut om insatser enligt LSS och enligt SoL till personer under 65 år. Ansvar för kontakt med Kognitiv mottagning samt samordning av stöd från socialtjänsten
- **Anhörigkonsulent** i Järfälla kommun. Kan ge stöd och vägledning till anhöriga.
- **Demenssamordnare** i Järfälla kommun

## Ansvar för samverkan i Järfälla

Det är viktigt att aktörer som samverkar kring yngre med kognitiv sjukdom vet vart de kan vända sig för att lyfta frågor som rör samverkan och utveckling samt uppdatering av detta dokument. Samverkansfrågor som rör yngre med kognitiv sjukdom i Järfälla (t ex beslut om denna bilaga till lokala programmet) tas upp i följande forum;

En lokal samverkansgrupp kring yngre med kognitiv sjukdom träffas en gång per år för avstämning av arbetet samt föreslå ev justeringar till Chefsgruppen. Deltagare i gruppen är alla berörda aktörer avseende denna överenskommelse och överenskommelsen avseende yngre i LSS-boende. Sammankallande är **Demenssamordnaren** i Järfälla kommun. Ansvarig för vid behov initiera uppdatering av innehåll i denna bilaga är **Kognitiv mottagning Solna** Karolinska Universitetssjukhuset. **Demenssamordnare** ansvarar för att uppdateringar genomförs efter beslut i Chefsgruppen.

Beslut avseende samverkan kring yngre fattas av **Chefsgrupp för samverkan kognitiv sjukdom i Järfälla**, i samverkan med **Kognitiv mottagning Solna vid Karolinska Universitetssjukhuset**. Sammankallande är **GSA, geografiskt samordnande vårdcentral**.

## Förebygga kognitiv sjukdom/demens

Yngre personer som utretts vid Kognitiv mottagning Solna och fått diagnos kognitiv svikt (där kognitiv sjukdom inte kunnat fastställas) erbjuds ett livsstilsprogram enligt FINGER-modellen (12 mån) vid Karolinska universitetssjukhuset Mottagning Hälsosamt Åldrande Solna.

## Vid misstanke om kognitiv sjukdom/demens

**Vårdcentral** ska uppmärksamma misstanke om kognitiv sjukdom och då göra en basal utredning. Om patienten förvärvsarbetar är det inte säkert att **primärvårdsrehabilitering** behöver genomföra alla tester som normalt ingår i basutredningen. Om vårdcentralen skickar en remiss till Kognitiv mottagning Solna samtidigt som remiss går till primärvårdsrehabilitering kan vid behov kontakt tas och individanpassat beslut göras om vem som gör vilka tester. Vårdcentralen kan få stöd i frågor som rör yngre med kognitiv sjukdom hos **Kognitiv mottagning Solna Karolinska Universitetssjukhuset**.

För att kunna upptäcka, utreda och behandla yngre med intellektuell funktionsnedsättning behöver deras kognitiva utveckling följas över tid. Detta gäller t ex personer med Downs syndrom vilka löper stor risk att utveckla demens i unga år. Vårdcentralen har ansvar för att detta sker för dem som bor i ordinärt boende.

Om misstanke kvarstår efter basal utredning skickas remiss till **Kognitiv mottagning Solna** avseende yngre utan tidigare intellektuell funktionsnedsättning och till **Kognitiv mottagning Huddinge** avseende personer med intellektuell funktionsnedsättning/ Downs syndrom.

### **Utredning, diagnos och behandling**

**Kognitiv mottagning** utreder, ställer diagnos och svarar för behandling för patienter upp till pensionsålder eller till personen flyttar till särskilt boende.

Efter diagnos skickar mottagningen remissvar till vårdcentralen men även, om den enskilde ger samtycke, ett diagnosintyg till kommunen ( nytt diagnosintyg är framtaget för målgruppen). Mottagare av diagnosintyget i kommunen är: **resursperson kognitiv sjukdom/demens vid Myndighet funktionsnedsättning**.

Efter pensionsålder övergår ansvaret för uppföljning och behandling till vårdcentral. Vid flytt till särskilt boende har läkare vid särskilt boende ( SÄBO läkare ) ansvar, alternativ läkare vid vårdcentral om personen flyttat till LSS-boende.

### **Kontakt mellan Kognitiv mottagning Solna och Järfälla kommun**

För en bra och enkel kontaktväg för information/kommunikation mellan kommunen och kognitiva mottagningen utser kommunen en kontaktperson som mottagningen kan kontakta. I Järfälla kommun är det **resurspersonen - kognitiv sjukdom/demens på Myndighet funktionsnedsättning**.

### **Kontakt mellan kommunen och den enskilde/anhöriga**

För att underlätta den enskildes/anhörigas kontakt med Järfälla kommun finns följande rutin: **Resurspersonen - kognitiv sjukdom/ demens vid Myndighet funktionsnedsättning** tar emot diagnosintyg och kontaktar den enskilde och/eller anhöriga för att ge information om kommunens stöd.

### **Information till den enskilde om kognitiv sjukdom/demens**

Den enskilde får **"Min pärm"** (Svenskt demenscentrum) med information om sjukdomen mm av **Kognitiv mottagning Solna**. Det ger också anhöriga tillgång till information. Kommunen kan bifoga lokal information (blad) till pärmen.

Ansvarig för information från kommunen: **Myndighet funktionsnedsättning** i samverkan med **Demenssamordnare**.

## Stöd till anhöriga

**Kognitiv mottagning Solna** erbjuder anhöriga till nydiagnostiserade en information/ utbildning; ” Navigationskurs”. Det är en stor fördel om kommunen medverkar i kursen om det finns deltagare från kommunen. I Järfälla kommun är det **anhörigkonsulenten** som i första hand deltar då det finns deltagare från Järfälla

Under hela sjukdomsförloppet har alla aktörer ansvar för att insatser och stöd ges utifrån ett anhörigperspektiv. Stöd till anhöriga kan ges av alla berörda aktörer, inklusive civilsamhället (i länet eller i kommunen). Kommunens anhörigkonsulent erbjuder stöd och vägledning.

## Samordnat stöd från Järfälla kommun

Socialtjänsten bör ha en plan för hur de samverkar kring yngre med kognitiv sjukdom. Det kan ske genom att en enhet/funktion har samordningsansvar, att det finns en beredskap för att förloppet kan gå snabbt och att stöd/insatser kan behöva ges enligt SoL och/eller LSS samt i vissa fall involvera individ- och familjeomsorgen avseende stöd till barn, behov av ekonomiskt stöd eller andra insatser.

I Järfälla har **Myndighet funktionsnedsättning**, som omfattar både SoL under 65 år och LSS, huvudansvar för insatserna och samarbetar vid behov med andra delar av socialtjänsten. **Resurs - kognitiv sjukdom/ demens som också är kontaktperson** till kognitiv mottagning tar emot diagnosintyg, tar den första kontakten med den enskilde samt kontaktar berörda handläggare inom socialtjänsten.

Järfälla kommun utvecklar succesivt stödet till yngre. Stödinsatser kan behöva utvecklas/ erbjudas i samverkan med andra kommuner, t ex stöd i hemmet, stöd till aktiviteter och boende.

### **Regional grund för samverkan mellan vård och omsorg kring yngre**

I Stockholms län har ett projekt ( R Y K ) bedrivits (2024/25) med syfte att underlätta lokal samverkan genom att ta fram en regional grund för sammanhållen vård och omsorg kring yngre med kognitiv sjukdom, dels för dem på LSS-boende, dels för dem i ordinärt boende. Denna överenskommelse är avsedd att kunna användas som bilaga till lokalt program för sammanhållen vård och omsorg kring personer med kognitiv sjukdom samt stöd till deras anhöriga.

### **Lokal anpassning Järfälla**

Järfälla kommun och Kognitiv mottagning har medverkat i projektet. Arbetet har skett i samarbete med FOU nu som lett projektet.

För en lokalt anpassad överenskommelse / lokalt program avseende yngre med kognitiv sjukdom har en lokal arbetsgrupp tagit fram innehållet i denna bilaga för Järfälla. Beslut fattas av Chefsgruppen för samverkan kring kognitiv sjukdom i Järfälla i samarbete med Kognitiv mottagning Solna/Huddinge.

Medverkande i arbetsgrupp har varit:

- **Järfälla kommun:** Demenssamordnare, anhörigkonsulent, resursperson kognitiv sjukdom/demens vid myndighet funktionsnedsättning, Områdeschef funktionsnedsättning, Områdeschef LSS, Enhetschef SoL, enhetschef dagverksamhet, MAS, enhetschef hälso- och sjukvård LSS
- **Region Stockholm:** sjuksköterska Kognitiv mottagning Solna, distriktsköterskor vid Kallhälls nya vårdcentral och Vibblaby Vårdcentral.

Därutöver har Demensföreningen i Stockholm haft möjlighet att lämna synpunkter.

Förankring av arbetet har skett i chefsgrupp samverkan demens i Järfälla, vilka är uppdragsgivare för detta utvecklingsarbete. Beslut fattas i september 2025.

Beslutande chefer som tagit ställning till innehållet; chef kommunens hälso- och sjukvårdsenhet, chef myndighet funktionsnedsättning, chef kognitiv mottagning Solna/Huddinge.

## **Fokus yngre med kognitiv sjukdom - LSS-boende**

### **Samverkan vid kognitiv sjukdom hos personer med intellektuell funktionsnedsättning i särskilt boende funktionsnedsättning, i Järfälla**

Vissa personer med intellektuell funktionsnedsättning löper större risk att drabbas av kognitiv sjukdom/demens i yngre ålder än den övriga befolkningen, hit hör personer med Downs syndrom som har en förhöjd risk att utveckla Alzheimers sjukdom. Nästan alla personer med Downs syndrom i Sverige har typiska alzheimersförändringar i hjärnan redan vid 40-årsåldern. Men det är vid 50-årsåldern som de första symptomen blir märkbara. Sjukdomsförloppet är ungefär tre gånger snabbare jämfört med den övriga befolkningen. För att demensutredning ska kunna genomföras behöver det finnas en kartläggning/ screening av utvecklingen av personens kognitiva funktioner under en längre tid.

Då de nationella och regionala styrdokumenterna i huvudsak beskriver vård och omsorg kring äldre med kognitiv sjukdom har detta dokument upprättats med syfte att klargöra ansvar och samverkan kring personer i LSS-boende som har ökad risk för kognitiv sjukdom, i Stockholms län. Syftet är att underlätta en lokalt sammanhållen vård och omsorg i enlighet med nationella och regionala styrdokument.

#### **Närmast berörda aktörer i Järfälla:**

- **HSE - Järfälla kommuns hälso- och sjukvårdsenhet** för hälso- och sjukvård, omvårdnad och rehabilitering till och med nivå för sjuksköterskans, arbetsterapeutens och fysioterapeutens/sjukgymnastens yrkesansvar, vid daglig verksamhet och särskilda boenden som till exempel LSS-boende.
- **LSS-boendet** - ansvar för stöd, omsorg, förebyggande arbete och samverkan kring den enskildes vård och omsorg
- **Vårdcentral** - ansvarar för läkarinsatser
- **Kognitiv mottagning Solna (Karolinska Universitetssjukhuset)** ansvarar för utredning vid misstanke om kognitiv sjukdom hos yngre personer. På Kognitiva mottagningen i Huddinge finns särskilt kompetens avseende Downs syndrom. Efter diagnos övertar, i de flesta fall, läkare vid vårdcentral ansvar för behandlingen och uppföljning.

### Ansvar för samverkan i Järfälla

Det är viktigt att aktörer som samverkar kring yngre med kognitiv sjukdom vet vart de kan vända sig för att lyfta frågor som rör samverkan och utveckling samt uppdatering av detta dokument. Samverkansfrågor som rör personer med kognitiv sjukdom i Järfälla (t ex beslut om denna bilaga till lokala programmet) tas upp i följande forum;

En **lokal samverkansgrupp kring yngre med kognitiv sjukdom** träffas en gång per år för avstämning av arbetet samt föreslå ev justeringar till Chefsgruppen. Deltagare i gruppen är alla berörda aktörer avseende denna överenskommelse och överenskommelsen avseende yngre i ordinärt boende. Sammankallande är **Demenssamordnaren** i Järfälla kommun. Ansvarig för vid behov initiera uppdatering av innehåll i denna bilaga är **kommunens hälso - och sjukvårdsenhet** i samarbete med **Demenssamordnare**. **Demenssamordnare** ansvarar för att uppdateringar genomförs efter beslut i Chefsgruppen.

Beslut avseende samverkan kring yngre fattas av **Chefsgrupp för samverkan kognitiv sjukdom i Järfälla**, i samverkan med **Kognitiv mottagning Solna/Huddinge** vid Karolinska Universitetssjukhuset. Sammankallande är **GSA, geografiskt samordnande vårdcentral**.

### Förebygga kognitiv sjukdom/demens

Den evidens som finns avseende att förebygga kognitiv sjukdom/demens gäller hittills personer utan tidigare intellektuell funktionsnedsättning. Det kan dock vara så att den kunskap som finns avseende kost, fysisk träning, kognitiv träning, sociala aktiviteter och kontroll av hjärt- och kärlrelaterade riskfaktorer (FINGER-modellen), också är giltig för personer med Downs syndrom.

Järfälla kommun bör vara aktiva i att söka sätt att stödja de som bor på LSS-boende till hälsofrämjande levnadsvanor inklusive kontroll på blodtryck, kolesterol, vikt och blodsocker i samverkan med vårdcentral.

### Regelbunden screening/kartläggning av kognitiv förmåga

**Kommunens hälso- och sjukvårdsteam** ansvarar för att efterfråga/ säkerställa att screening avseende kognitiv utveckling sker hos dem med ökad risk för kognitiv sjukdom, t ex Downs syndrom. Kartläggning kan ske via materialet Tidiga tecken eller Screeningverktygen ABDQ . Rekommendationen i Järfälla kommun är att påbörja screening för personer med Down syndrom vid 40 års ålder.

### **Vid misstanke om kognitiv sjukdom**

**Kommunens hälso- och sjukvårdsteam** hjälper boendet/den enskilde/anhöriga/god man vid misstanke om kognitiv sjukdom och ser till att kontakt tas med ansvarig läkare på vårdcentral.

Läkare vid vårdcentral utreder misstanke om kognitiv sjukdom och om misstanke kvarstår remitteras patienten till **Kognitiv mottagning Karolinska universitetssjukhuset Solna eller Huddinge**.

### **Utredning, diagnos och behandling**

**Kognitiv mottagning** utreder, ställer diagnos och skickar, förutom remissvar till vårdcentral, ett diagnosintyg till **Kommunens hälso- och sjukvårdsteam** och anhörig/god man. **Kommunens hälso- och sjukvårdsteam** alternativt boendet skickar diagnosintyget till **Myndighet funktionsnedsättning**.

Vårdcentralens läkare svarar för behandling och uppföljning.

### **Information om kognitiv sjukdom till den enskilde och anhöriga**

**Kommunens hälso- och sjukvårdsteam** säkrar att den enskilde och anhöriga/god man får den information de behöver, ev i samarbete med ansvarig läkare på vårdcentral. **Kognitiv mottagning** kan bidra med information men den ges bäst i samverkan med **Kommunens hälso- och sjukvårdsteam**.

### **Regional grund för samverkan mellan vård och omsorg kring yngre**

I Stockholms län har ett projekt ( R Y K ) bedrivits (2024/25) med syfte att underlätta lokal samverkan genom att ta fram en regional grund för sammanhållen vård och omsorg kring yngre med kognitiv sjukdom, dels för dem på LSS-boende, dels för dem i ordinärt boende. Denna överenskommelse är avsedd att kunna användas som bilaga till lokalt program för sammanhållen vård och omsorg kring personer med kognitiv sjukdom samt stöd till deras anhöriga.

### **Lokal anpassning Järfälla**

Järfälla kommun och Kognitiv mottagning har medverkat i projektet. Arbetet har skett i samarbete med FOU nu som lett projektet.

För en lokalt anpassad överenskommelse / lokalt program avseende yngre med kognitiv sjukdom har en lokal arbetsgrupp tagit fram innehållet i denna bilaga för Järfälla. Beslut fattas av Chefsgruppen för samverkan kring kognitiv sjukdom i Järfälla i samarbete med Kognitiv mottagning Solna/Huddinge.

Medverkande i arbetsgrupp har varit:

- **Järfälla kommun:** Demenssamordnare, anhörigkonsulent, resursperson kognitiv sjukdom/demens, enhetschef SoL Myndighet funktionsnedsättning, områdeschef Funktionsnedsättning, MAS, Områdeschef LSS, enhetschef dagverksamhet, områdeschef Kvalitet och hälsa, biträdande verksamhetschef Hälso- och sjukvårdsenheten.
- **Region Stockholm:** sjuksköterska Kognitiv mottagning Solna, distriktsköterskor vid Kallhälls nya vårdcentral och Vibblaby Vårdcentral,

Förankring av arbetet har skett i Chefsgrupp samverkan demens i Järfälla, vilka är uppdragsgivare för detta utvecklingsarbete. Beslut fattas i september 2025.

Beslutande chefer som tagit ställning till innehållet; chef kommunens hälso- och sjukvårdsenhet, chef myndighet funktionsnedsättning, chef kognitiv mottagning Solna/Huddinge.

## Medverkande till RYK - 2025

### Chefer och medarbetare från:

#### **Region Stockholm**

Kognitiv mottagning Karolinska Universitetssjukhuset Solna  
Vårdcentraler Järfälla

#### **Järfälla kommun**

Anhörigstöd  
Hälso- och sjukvårdsenheten  
LSS verksamhet  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Myndigheten för funktionsnedsättning  
Äldreomsorg (dagverksamhet, stöd i särskilt boende)

#### **Övriga:**

FOU nu



**Järfälla kommun**

17780 Järfälla

08-580 285 00

[jarfalla.se](http://jarfalla.se)