

UPPDRAG

**Utveckling av en modell för området
demenssjukdomar i Region Skåne**

Malmö 15 febr 2008
Rev 080422

Lenart Minthon,
Docent, chefsöverläkare
Neuropsykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset MAS
Sammankallande i arbetsgruppen
Demenssjukdomar i Region Skåne

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	2
SAMMANFATTNING	3
ARBETSGRUPPENS UPPDRAG	5
1. BAKGRUND DEMENSSJUKDOMAR I SVERIGE.....	6
1.1 FÖREKOMST AV DEMENSSJUKDOM.....	6
1.2 KOSTNADER FÖR DEMENSVÅRDEN.....	6
1.3 MÖRKERTAL.....	8
1.4 ALL GLÖMSKA ÄR INTE DEMENSSJUKDOM	8
1.5 NATURALFÖRLOPP VID ALZHEIMERS SJUKDOM	9
1.6. BEHANDLING	10
2. KOMMUN, PRIMÄRVÅRD OCH SPECIALISTER I SAMSPEL – VARFÖR NÄRSJUKVÅRD?	12
2.1 KOSTNADER, PREVALENS OCH INCIDENS I REGION SKÅNE	13
3. ARBETSGRUPPEN HAR FOKUSERAT PÅ NEDAN ANGIVNA OMRÅDEN.....	14
3.1. BASAL UTREDNING INOM PRIMÄRVÅRDEN	15
3.2. UTREDNING VID MINNESMOTTAGNINGAR	15
3.3 BESKRIVNING AV MODELL FÖR MINNESMOTTAGNING	16
3.4. FÖRSLAG TILL FÖRDELNING AV PERSONALRESURSER PÅ MINNESMOTTAGNING	21
3.5. HÖGSPECIALISERAD VÅRD VID UNIVERSITETSKLINIKER	22
3.6 SPECIALISTLÄKARBEHOVET – KORT OCH LÅNG SIKT	23
3.7 LÄKARINVENTERING REGION SKÅNE 2008.....	24
3.8 REGIONAL STYRGRUPP – DEMENSSJUKDOMAR.....	25
4. NÄRSJUKVÅRDSMODELL	25
5. TIDSPLAN – KORT OCH LÅNG SIKT	26
6. REFERENSER.....	27
UNDERSKRIFTER.....	28
BILAGA 1.....	29

Sammanfattning

Utveckling av en modell för området demenssjukdomar i Region Skåne.

Demenssjukdomarna är en av de stora folksjukdomarna och förekomsten av demens ökar i takt med en ökande andel äldre i vårt samhälle. Den prekära situationen i Region Skåne med en uttalad brist på specialitläkare inom demensområdet har resulterat i föreliggande förslag

Syftet är att skapa en "mönsterregion" med lika vård i hela regionen för personer med demens i hela regionen. För att lyckas med uppdraget och för att optimera befintliga resurser har vi valt ett tydligt närsjukvårdskoncept där ett nära samarbete mellan primärvården och minnesmottagningarna inom den specialiserade resp den högspecialiserade vården är central liksom samarbetet med den kommunala hälso- och sjukvården.

Förslagets 4 viktigaste punkter:

- ***Regionalt perspektiv på demenssjukvården i Region Skåne***

Arbetsgruppen föreslås fortsätta som nätverk alt Spesak för att ansvara för närsjukvårdens uppbyggnad och kompetensutvecklingen inom demensområdet. Ett nätverk bestående av minnesmottagningarna kan utgöra ett framtida kunskaps- alt kompetenscentrum som svarar för kompetensutveckling och bemanningsbehov inom demensområdet . Dessutom bör ingå att se över och följa upp rekryteringen av specialist- och ST-läkare inom demensområdet samt utveckla regionala system för kvalitetssäkring, närsjukvårds- och andra samverkansmodeller

- ***Basal utredning i Primärvården***

Distriktsläkare och specialutbildad sjuksköterska har en viktig roll i utvecklingen av närsjukvård. Kunskap om utredningens innehåll på primärvårdsnivå skall implementeras hos alla distriktsläkare (offentliga och privata)

- ***Utveckling av minnesmottagningar inom den specialiserade vården***

En minnesmottagning bemannas av specialistläkare inom demensområdet. Behovet av utbyggnad av minnesmottagningar är stort i Region Skåne. Här arbetar man multidisciplinärt med specialistutredning samt även konsultativt gentemot sjukhus, primärvård och kommun. Läkarbehovet är en specialistläkare per 30 000 invånare. Det är viktigt att uppdraget formuleras lika för samtliga minnesmottagningar oberoende av förvaltningstillhörighet.

- ***Högspecialiserad vård vid universitetsklinikerna***

Universitetsklinikerna ansvarar för ovanligare demenssjukdomar samt fall med komplicerad differentialdiagnostik och handläggning samt svarar för akademisk forskning/utveckling samt undervisning.

Mål för området demenssjukdomar i Region Skåne

- Lika vård för alla patienter med demenssjukdom i Region Skåne.
- Alla patienter med misstänkt demenssjukdom skall utredas.
- Alla patienter med demenssjukdom skall erbjudas behandling, uppföljning och stöd.
- Anhöriga med patienter med demenssjukdom skall erbjudas stöd.
- All personal som arbetar med patienter med demens skall ha utbildning inom området.
- Alla huvudmän (kommun, primärvård och specialistvård) följer utvecklingen med ett gemensamt kvalitetssäkringsinstrument.
- Årligt återkommande kompetensutveckling inom området demenssjukdomar.
- Kvalitetskontroll bl a via nationellt kvalitetsregister (SveDem).

Implementering av ovanstående mål kommer att ge bättre vård för patienter, bättre stöd för anhöriga och ett bättre resursutnyttjande för samhället. Erfarenheter och statistisk data har visat att de föreslagna åtgärderna minskar behovet av akutsjukvård och slutenvårdsplatser.

Arbetsgruppens uppdrag

Bristen på specialistläkare som arbetar inom området demenssjukdomar i Region Skåne har de senaste åren blivit allt mer uttalad med en eskalering under 2007. Då situationen bedömdes som ytterst allvarlig fick de undertecknade till detta förslag i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsdirektören, genom medicinska rådgivaren Mårten Gerle, att ta fram förslag på hållbara lösningar både på kort och på lång sikt inom Region Skåne.

Uppdragets fokus ligger på:

- Basal demensutredning inom Primärvården
- Utredning vid Minnesmottagningar
- Beskrivning av modell för minnesmottagning
- Högspecialiserad vård vid universitetskliniker
- Förslag till fördelning av personalresurser på minnesmottagning
- Specialistläkarbehovet – kort och lång sikt
- Läkarinventering Region Skåne
- Regional styrgrupp – demenssjukdomar
- Närsjukvårdsmodell
- Tidsplan – kort och lång sikt

Då patienter med demenssjukdom berör alla vårdnivåer så väl specialister på sjukhusnivå, primärvård som kommun, har vi valt att se detta uppdrag i ett större sammanhang så att slutresultatet blir hållbart på alla nivåer. Syftet är att inte bara öka läkarbemanningen i Region Skåne utan att se på hela strukturen ur ett gemensamt specialist- och närsjukvårdsperspektiv.

1. Bakgrund demenssjukdomar i Sverige

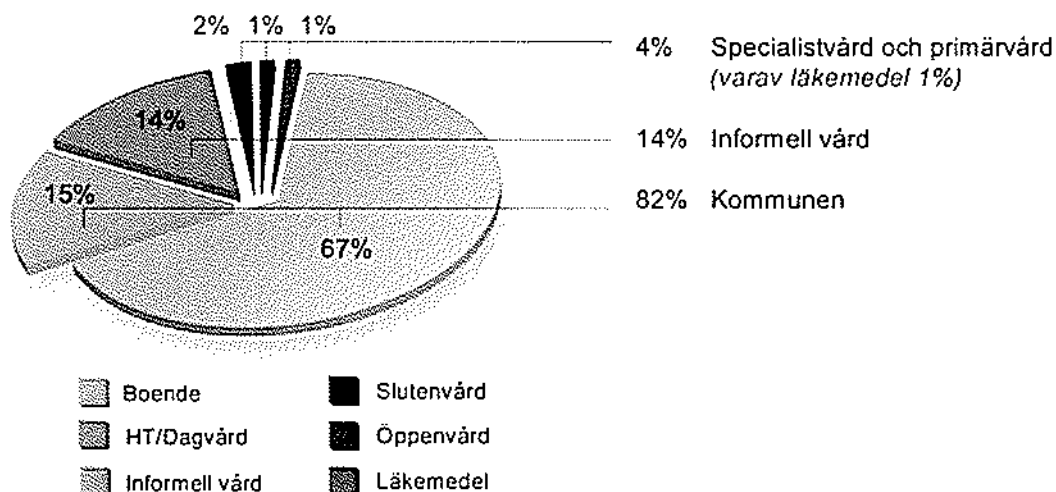
1.1 Förekomst av demenssjukdom

Demenssjukdomar utgör en av våra stora folksjukdomar där Alzheimers sjukdom är den vanligaste formen, följt av vaskulär demens och Lewy Body Demens. Förekomsten av demenssjukdomar grundar sig på statistik (2005) om landets befolkning i olika åldersklasser samt befolkningsutveckling under perioden 1970-2030. I en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2006) som bygger på dessa uppgifter, anges förekomsten av (prevalens) samt andelen nyinsjuknande i demens per år (incidens). Förekomsten av demens ökar med stigande ålder. Antalet demenssjuka kommer att öka i samhället pga. ökad medellivslängd. Ca 150 000 personer lider av demenssjukdom i Sverige och varje år nyinsjuknar 25 000 individer i demenssjukdom.

1.2 Kostnader för demensvården

Kostnaden för demensvården beräknas till 51 miljarder kr årligen (1 620:-/sekund: Socialstyrelsen 2007), vilket motsvarar den gemensamma kostnaden för all cancer, hjärt/kärl- och strokevård tillsammans. Merparterna av kostnaderna utgörs av omvårdnadskostnader, medan specialist- och primärvårdsutredningar och läkemedelskostnader utgör en ringa del (Figur 1).

Jämförelsekostnader – Demensvård



© Neuropsykiatriska kliniken

Universitetssjukhuset MAS

Figur 1 Kostnadsfördelningen mellan huvudmännen

Svenska samhällets kostnader för personer med demenssjukdom motsvarar ca 352 000 kr per dement person och år. Över 80 % av kostnaden finns inom den kommunala sektorn. De senaste åren kan man se att kostnaden per person med demenssjukdom har minskat. Huvudförklaringen till detta är att färre demenssjuka bor och vårdas i särskilda boende. Detta kompenseras delvis av de närståendes vårdinsatser som utgör en stor resurs både i mänskliga och ekonomiska termer. En genomgripande förändring är nödvändig för att skapa en god och jämlik grund för professionell vård av de personer som drabbas av demenssjukdom. För att uppnå detta krävs en kraftigt förbättrad samordning mellan huvudmännen i ett närsjukvårdsperspektiv. Ett pedagogiskt problem är att dagens utredning, behandling och uppföljning åligger landstinget samtidigt som de möjliga besparingseffekterna ligger inom den kommunala verksamheten.

Man har beräknat att kostnaderna för demensvården ökar successivt i takt med ökande grad av demens.

Kognitiv nedsättning	Årskostnad i kronor
Lätt demens	177 022
Mild demens	253 132
Måttlig demens	347 443
Svår demens	418 237

(ref Socialstyrelsen 2007).

1.3 Mörkertal

Av de drygt 150 000 personer i landet som har en demenssjukdom har dock inte alla genomgått någon utredning och därmed inte heller erbjudits någon form av sjukdomsspecifik intervention. Av de 25 000 årligen insjuknande visar siffror från Socialdepartementet (enkätundersökning) att det gjordes 17 000 demensutredningar, varav 14 000 på minnesmottagningar och 3 000 inom primärvården. Alla som genomgår utredning är dock inte dementa utan det kan handla om individer med depression, med somatisk sjukdom som sekundärt påverkar de kognitiva förmågorna, påverkan av läkemedel eller så kallad mild kognitiv störning mm. Sammantaget finns det idag en stor andel personer med minnesnedsättning eller andra symtom på demens som inte får genomgå någon utredning. Med en målsättning att alla som drabbas av någon form av minnesnedsättning skall erbjudas utredning och adekvat behandling/uppföljning så krävs att utredningsnivån i Sverige behöver ligga på 40-50 000 utredningar per år. Mörkertalet är sannolikt störst i storstäderna.

1.4 All glömska är inte demenssjukdom

Minnesförmågan blir till viss del nedsatt med stigande ålder. Oftast handlar det om en normal åldrandeprocess där minnesfunktionerna, i likhet med övriga kroppsfunktioner, avtar successivt med hög ålder. I de flesta kan det kompenseras med den stora livserfarenhet som byggts upp genom åren samt att man utvecklar strategier för att stödja minnesfunktionen.

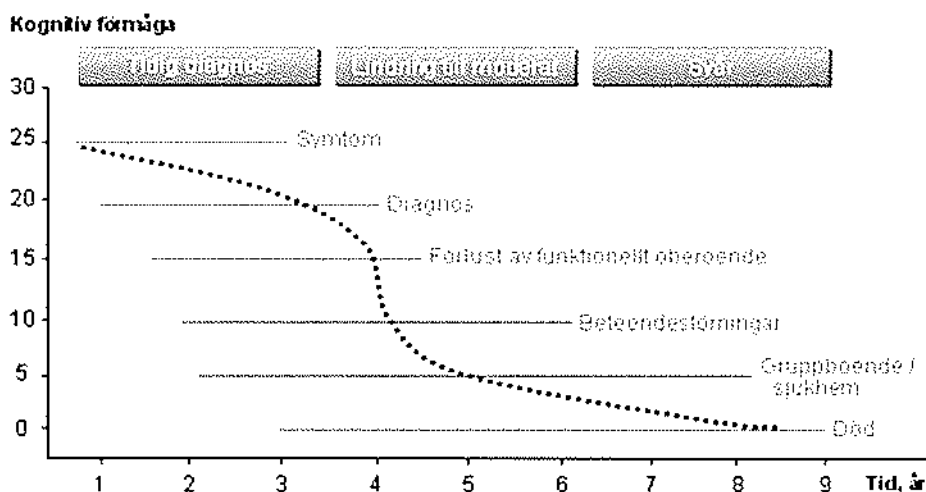
De personer som upplever att de får onormala störningar som en följd av nedsatt minnesfunktion, svårigheter att koncentrera sig eller fungerar sämre i det vardagliga livet skall söka läkare för detta. Av de personer som söker för

minnesproblem har ca 10-20 % ett behandlingsbart tillstånd, såsom depression, infektion, stress, ogynnsam påverkan av läkemedel mm. I Sverige rekommenderas man i första hand kontaktar sin vårdcentral där distriktsläkare skall genomföra en basal demensutredning.

Av erfarenhet vet vi att patienter som söker för minnesbesvär ofta har haft fundering kring sitt problem i flera år innan man vågar yppa sitt handikapp. Det är viktigt att patienterna tas på allvar så att de får rätt diagnos och behandling, eller för att enbart stilla deras oro. I vissa fall måste distriktsläkaren remittera patienten vidare till demensspecialist. Detta är särskilt viktigt när det handlar om yngre personer som insjuknat, vid snabb sjukdomsutveckling, komplicerad differentialdiagnostik och/eller vid inslag av svårare beteendestörningar och psykiatriska symtom.

1.5 Naturalförlopp vid Alzheimers sjukdom

Förloppet vid Alzheimers sjukdom är smygande med tilltagande koncentrationssvårigheter och en kontinuerlig nedgång av minnesfunktioner, försämring av rumslig uppfattning, nedsatt språklig funktion mm. Allt detta innebär att den som drabbats successivt förlorar sin egen beslutskapacitet och själv inte kan tillvarata sina egna behov och rättigheter. Det föreligger dock en väldigt stor variation mellan olika individer som drabbas av demenssjukdom (se figur 2). I 80 % av fallen drabbas de någon gång under sjukdomsutvecklingen av svåra beteendestörningar och psykiatriska symtom (BPSD), såsom paranoidea vanföreställningar, hallucinationer, aggressivitet, nedstämdhet och oro. I slutstadiet har patienten helt förlorat sin autonomi.



© Neuropsykiatriska kliniken

Universitetssjukhuset MAS
Uppsala

Figur 2 Naturalförlopp vid Alzheimers sjukdom.

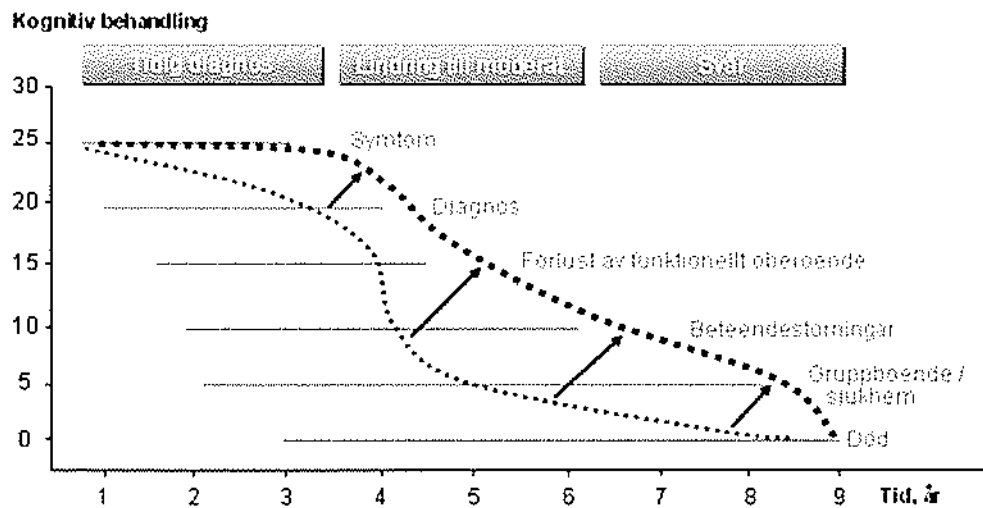
1.6. Behandling

Dagens behandling av Alzheimers sjukdom är symtomatisk. Någon botande behandling finns ännu ej att tillgå. Sedan mitten av 1990-talet finns i Sverige en grupp läkemedel (acetylkolinesterashämmare) som hämmar enzymet acetylkolinesteras i hjärnan och därmed ökar nivån av acetylkolin, vilket Alzheimerpatienten har brist på. Denna ökning underlättar signalöverföringen mellan nervcellerna. Läkemedelsverket och SBU rekommenderar denna behandling vid lindrig och medelsvår Alzheimers sjukdom. Cochrane-institutet har också utvärderat randomiserade behandlingsstudier med acetylkolinesterashämmare (över 11 000 patienter), och har dragit slutsatsen att sådan behandling medför signifikant förbättring/stabilisering av kognition, ADL-funktioner och även beteendestörningar. Behandlingsstatistik visar att endast 30 % av patienterna med Alzheimers sjukdom, som har indikation för behandling, verkligen får behandling! Enligt SBU-rapporten är det främsta skälet till detta sannolikt att tillgängligheten till utredning, diagnos och behandling är kraftigt begränsad. Det är viktigt att behandlingen stöds av diagnostik och att man utvärderar effekten av insatt behandling.



Behandlingseffekter

113



Neuropsykiatriska kliniken

Universitetssjukhuset MAS
Län 2018-09-20

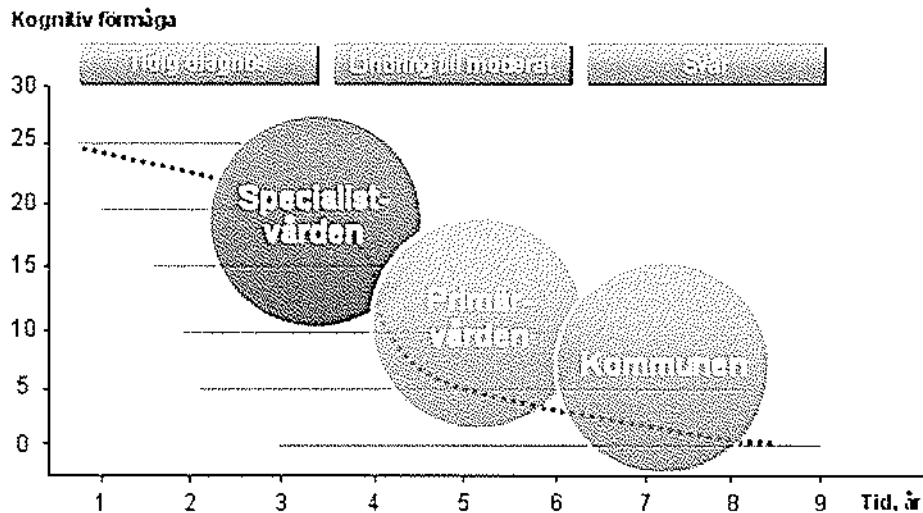
Figur 4 Behandlingseffekter. Figuren visar naturlförloppet vid Alzheimers sjukdom, som karakteriseras av en smygande, långsam försämring. Symtomatisk effekt leder till stabilisering och mindre grad av försämring än vid naturlförloppet.

Majoriteten av patienterna med Alzheimers sjukdom bor idag hemma och är ännu långt ifrån institutionsvård. Sjukdomen leder ofta till isolering och inte sällan depression, då både patient och närstående ser hur sjukdomen utvecklas. En målsättning är att alla patienter med Alzheimers sjukdom skall erbjudas tillgänglig symtomlindrande läkemedelsbehandling och även tillgång till andra interventioner. Det finns viktiga pedagogiska fördelar med att genomgå utredning i så tidig fas som möjligt. Man får tillgång till behandling vid rätt tidpunkt och närstående får utbildning/information/stöd. Hög och god tillgänglighet till vårdcentral och specialistvård medför att hela sjukdomsutvecklingen påverkas positivt och därmed minskar problem med beteendestörningar och psykiatriska symtom. Närstående kan tack vare god tillgänglighet påpeka förändringar i sjukdomsutvecklingen och även utrustas med resurser att stötta patienten i hela sjukdomsförloppet. Man skapar även förutsättningar att kunna ha bättre resurser

inom hemvården med "rätt" hemtjänstinsatser. Dagens farmakologiska behandling medför att patienten sannolikt kan bo kvar betydligt längre i sitt eget boende. Här finns stora vinster för patienten och närstående men även för samhället.

2. Kommun, primärvård och specialister i samspel – varför närsjukvård?

Patienter med demenssjukdomar kan upptäckas på specialistnivå, primärvårdsnivå och kommunnivå. Under sjukdomsutvecklingen blir alla dessa vårdnivåer mer eller mindre engagerade i patienten och de närståendes problem. För att sjukvården skall fungera optimalt krävs en uppbyggnad av välfungerande kommunicerande kärn mellan alla dessa vårdnivåer. Det gäller att "göra rätt sak på rätt nivå och vid rätt tidpunkt". Detta ställer höga krav på specialistläkarnas kompetens, deras kompetensutveckling och kommunikation av kunskap till primärvård och hemsjukvården i kommunen, det vill säga en vårdkedjeutveckling i ett närsjukvårdsperspektiv. För att klara ett sådant uppdrag krävs det en specialistläkare per 30 000 invånare. Dessa siffror grundar sig på bakgrundsmaterialet Hälso- och sjukvårdsprogrammet demenssjukdomar i Region Skåne



© Neuropsykiatriska kliniken

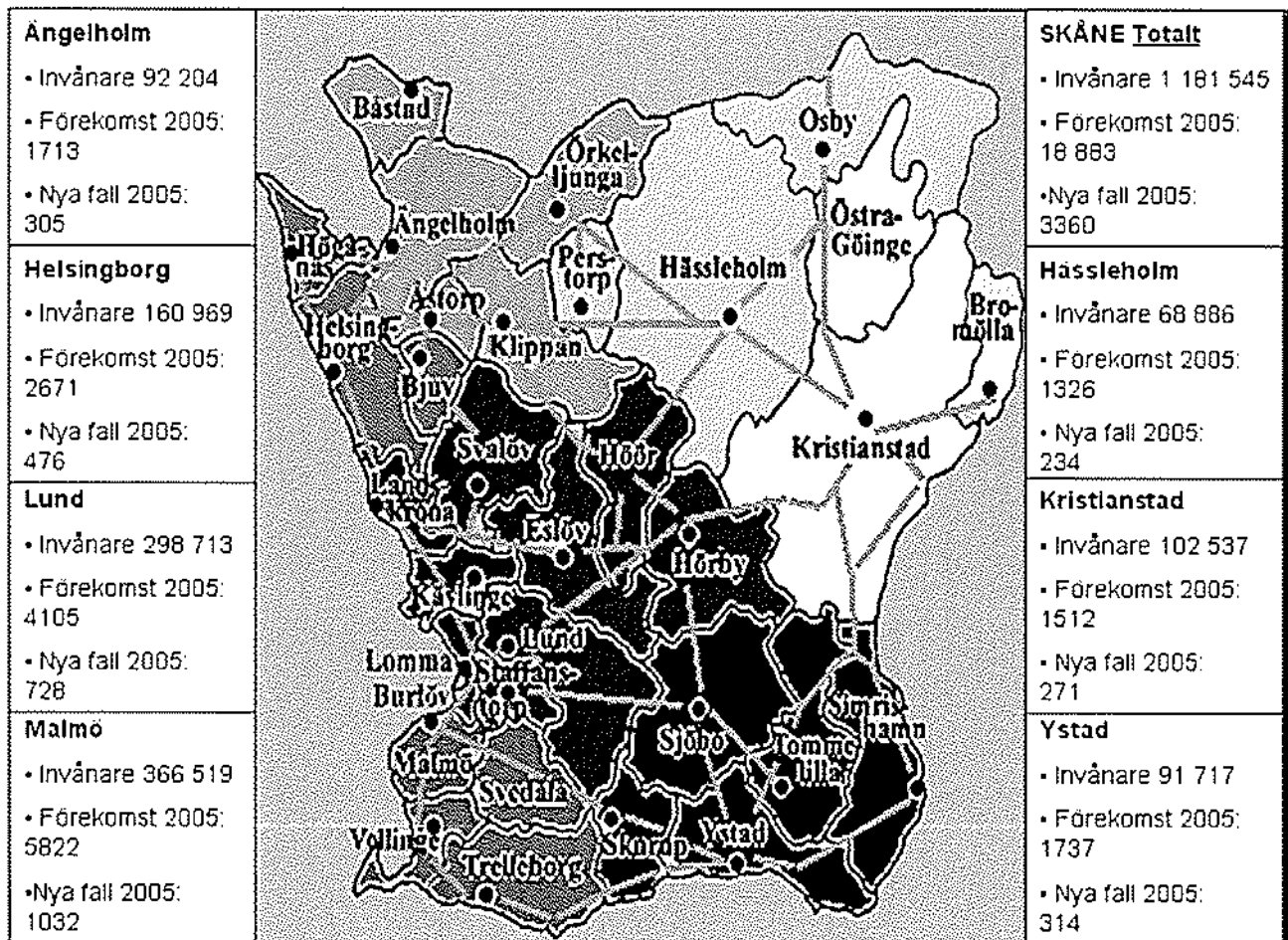
Universitetssjukhuset MAS
Lund

Figur 3 Samspel mellan huvudmännen.

En dement person är beroende av alla huvudmännens insatser under sin sjukdomsutveckling, därför måste närsvården utvecklas i hela regionen.

2.1 Kostnader, prevalens och incidens i Region Skåne

Region Skåne har ca 1 180 000 invånare, vilket motsvarar 13 % av Sveriges befolkning. Utifrån en sammanställning av de studier som undersöker incidensen av demens tillsammans med skånska demografiska data kan man således beräkna att ca 3 360 personer insjuknar i demenssjukdom varje år i Skåne. Förekomsten av antalet demenssjuka beräknas till 18 800. Av dessa är ca 2/3 kvinnor och 1/3 män. Kostnaden för demensvården i Region Skåne borde därför vara över 6 miljarder årligen.



Figur 5. Prevalensen och incidensen beräknad per upptagningsområde baserat på nuvarande mottagningar inom demensområdet och äldrepsykiatri. Baserat på uppgifter från populationssiffror 2005 (Socialstyrelsen 2007).

3. Arbetsgruppen har fokuserat på nedan angivna områden.

- Basal utredning inom Primärvården
- Utredning vid minnesmottagningar
- Beskrivning av modell för minnesmottagning
- Förslag till fördelning av personalresurser på minnesmottagning
- Högspecialiserad vård vid universitetskliniker
- Specialistläkarbehovet – kort och lång sikt
- Läkarinventering i Region Skåne 2008
- Regional styrgrupp – demenssjukdomar
- Närsjukvårdsmodell
- Tidsplan – kort och lång sikt

3.1. Basal utredning inom Primärvården

Varje läkare som misstänker en demenssjukdom skall i samråd med patient/anhörig initiera en utredning. Det finns två utredningsnivåer; Primärvårdsnivå och Specialistnivå.

Den basala demensutredningen (Primärvårdsnivå) syftar till att:

1. Fastställa om demenssjukdom föreligger
2. Behandla sjukdomar och andra tillstånd som kan förväxlas med demens

Demensutredning på basnivå innefattar:

1. Anamnes från patient och närstående
2. Somatiskt, psykiatriskt och neurologiskt status
3. EKG
4. Bedömning av kognitiva funktioner med t ex MMT
5. Bedömning av ADL-funktioner
6. Laboratorieprover
7. Blodtryck och ortostatiskt prov
8. Genomgång av aktuella mediciner
9. Röntgen (CT) av hjärnan

Efter utredning och diagnos är det väsentligt att patienten och de närstående informeras om behandlingsresultaten och vilken behandling och uppföljning som planeras. Primärvården skall knytas till minnesmottagning och/eller Universitetskliniken i sitt upptagningsområde för konsultråd.

3.2. Utredning vid minnesmottagningar

Bakgrund

Demenssjukvården i Region Skåne har, beroende på lokal tradition och individuella intressen, kommit att hamna inom geriatrik, psykiatri, neurologi och primärvård. Vi i arbetsgruppen bygger vårt förslag bl a på den unika kunskap som förvärvats vid Minnesmottagningen i Kristianstad. Denna kan sedan ligga till grund för övriga minnesmottagningar i Region Skåne. Behovet styrs direkt till antalet invånare i upptagningsområdet med utgångspunkt i en specialist/30 000

invånare. Minnesmottagningen i Kristianstad är i dagsläget en specialistenhet inom Primärvården. Man har där arbetat med en närsjukvårdsanda för att skapa en optimal bas för demensutredningar med närhet till såväl primärvård, kommun och sjukhus. Man har kunnat bibehålla specialistkunskapen genom ett nära samarbete med universitetsklinik. Det är viktigt med en kontinuerlig samverkan med universitetsklinikerna för att skapa en enhetlig evidensbaserad utredning, diagnostisering samt uppföljning. Denna kunskap kan sedan spridas vidare till primärvården. Detta borgar för lika vård över hela Region Skåne. Minnesmottagningen i Kristianstad kan fungera som handledare för uppbyggnaden av de "nya" minnesmottagningarna inom Regionen.

3.3 Beskrivning av modell för Minnesmottagning

Specialistmottagning inom området demenssjukdomar

- *Minnesmottagning – direkt patientarbete*

Arbetet kring patienter med misstänkt eller verifierad demenssjukdom sker i multidisciplinära team efter patientens individuella behov. Flertalet patienter kommer på remiss från distriktsläkare och läkare på sjukhus. De som arbetar på en minnesmottagning ska ha erfarenhet av att bemöta patienter med kognitiva svårigheter. Inriktningen skall vara efter patienternas behov. En definierad vårdfilosofi och gemensam värdegrund betonas.

Målgrupp för utredning vid minnesmottagningarna är:

- komplicerade diagnostiska och terapeutiska problem vid misstänkt demens, t ex tidiga symtom på kognitiv svikt, ovanliga tillstånd och demens hos yngre individer
- utredning och behandling vid speciella beteendestörningar vid demenssjukdom,
- utvecklingsarbete
- konsult till primärvården och kommunen

Polikliniska specialistbedömningar och utredningar

Målet med en demensutredning är att fastställa diagnos och utifrån den ge individuellt anpassad medicinsk behandling och uppföljning. Utredningen ska dessutom ge underlag för god omvårdnad, vårdplanering och för information och stöd till patient och närstående.

Underlaget för en kognitiv bedömning vilar till stor del på anamnes och klinisk bild. Att få fram adekvat anamnes tar tid och ett mottagningsbesök hos läkaren måste förberedas noga t ex genom att en sjuksköterska träffar patienten innan antingen i hemmet eller på mottagningen. En strukturerad anamnes från både patient och närstående utförs enligt särskilda formulär. Minnes/kognitiva tester utförs, såsom MMT, kub- och klocktest, AQT samt ortostatiskt blodtryck tages. Ovanstående förberedelser kan även ha utförts av specialutbildad distriktsköterska på VC eller i kommunen.

Oftast har distriktsläkaren gjort en basutredning där fakta inhämtas från laborieprover och CT-hjärna. Vid läkarbesöket på Minnesmottagningen kompletteras anamnes och somatiskt status, neurologiskt och psykiatriskt status görs. Specialundersökningar beställs vid behov, såsom neuropsykologisk utredning, MR hjärna, EEG, blodflödesmätningar eller lumbalpunktion. Utredningen skall vara evidensbaserad enligt senaste nationella riktlinjer.

Arbetsterapeut skall kunna bidra med aktivitets-/funktionsbedömningar, kognitiv hjärnskadeprofil, samt anpassningar i patientens närmiljö bl a med kognitiva hjälpmedel. Arbetsplatsbedömningar och anpassningar kan behövas.

När utredningen är klar erhåller patient och närstående information om diagnos och om bemötandestrategier som kan underlätta vardagen. Om behandling insätts, kontrolleras och utvärderas effekten enligt särskilt schema, ev. biverkningar noteras. När patienten uppvisar stabilt kognitivt tillstånd kan patienter återmitteras till distriktsläkaren och demensansvarig sjuksköterska.

Patienter med ovanligare demenstillstånd, yngre, samt de med symptom av oklar signifikans eller natur följes under en längre tid på minnesmottagningen.

Kurator kan ge stöd och krisbearbetning till patient och närstående. Kurator bidrar vid social utredning, och vid behov av stöd från kommun, försäkringskassa och handikapporganisationer. Kurator kan även ansvara för anhörigutbildning, och kan vara stöd till primärvård och kommun vid start av anhöriggrupper. Vad gäller yngre patienter med demenssjukdom, och vid ovanliga demenstillstånd har den specialiserade mottagningen ansvaret för såväl patientgrupper som anhöriggrupper. Dessa grupper leds av både sjuksköterska och kurator, med tillgång till hela teamet.

Konsultbedömningar

Konsultbedömningar göres på sjukhusavdelningar vid behov, t ex. vid konfusionstillstånd med eller utan beteendestörningar.

Konsultbedömningar i patientens hem eller särskilt boende

Läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut eller team kan vid behov bistå distriktsläkaren, t ex vid beteendestörningar, komplikationer, medicineringsförslag eller funktionsbedömning.

Handledning kring enskild patient

Sjuksköterska kan handleda personal på sjukhusavdelning eller särskilt boende vid beteendestörningar utifrån den enskilda patientens symptom. Detta medför ökad förståelse för patientens sjukdomsbild och ger personalen verktyg att bemöta patienten.

Personlig vägledning i bemötandestrategier till närstående, arbetskamrater och hemtjänstpersonal

Sjuksköterska och arbetsterapeut definierar den enskilda patientens svårigheter och symptom och vägleder personerna i patientens närhet, hur man kan bemöta och därmed lindra patientens svårigheter.

Direktlinje till konsultläkare

Läkare på Minnesmottagning nås under vardagar per telefon.

Utveckling – utbildning – samverkan

Arbete på en minnesmottagning är till stor del konsultativ. Ett av målen ska vara att de som arbetar med demenssjuka, på såväl sjukhus, inom primärvård och kommun, ska ha tillräcklig kunskap för att möta patienten under hela sjukdomsförloppet, och även att i tid kunna upptäcka nytillkomna symptom som komplicerar sjukdomsbilden hos den sjuke.

Utbildning är en viktig del, såväl allmänt som till särskilda personalgrupper. Erfarenheten är att medicinering till exempel med neuroleptika på särskilda boenden kan minskas med ökad kunskap om beteendestörningar och bemötande av dessa.

För att kunna upptäcka tidiga tecken på demenssjukdom, behöver även all personal på olika kliniker på sjukhusen ha kunskap om demens. Kunskapen kring konfusion (hjärnsvikt) ökar och därmed medvetenheten om att detta kan vara det första tecknet på begynnande demenssjukdom. Alla personalkategorier behöver utbildas. Man har viss erfarenhet av att efter genomgången utbildning på en avdelning upplever personalen mindre stress i arbetet med patienter med konfusion och kan hantera beteendestörningar på ett mer effektivt sätt. Medicinering med icke lämpliga läkemedel skulle kunna minska.

Alla som arbetar på en minnesmottagning ska ha spetskompetens inom sitt område. Då kan alla delta i riktade utbildningar och bidra till att sprida kunskapen vidare till sina kollegor inom primärvård, kommun och inom olika kliniker på sjukhusen.

Exempel på utbildningskoncept:

Utbildning av distriktsläkare i utredning, behandling av demenssjukdomar och deras komplikationer.

Utbildning av hela vårdcentraler i ovanstående.

Utbildning och nätverksstöd av distriktssköterskor för spetskompetens inom VC resp. kommuner. Nätverksstöd av områdesgrupper med sköterskor och biståndshandläggare från både primärvård och kommun.

Utbildning av sjukhusläkare och annan vårdpersonal inom resp. specialitet och verksamhet.

Samverkan och kommunikation är viktig när patient och närstående har svårt att uttrycka sina hjälpbehov. Samverkan i nätverksform på olika nivåer mellan minnesmottagning, primärvård och kommun ger förutsättningar för individuellt anpassad vårdkedja efter patientens successivt ökade behov.

Minnesmottagningar skall vara de enheter som initierar kvalitetssäkring.

Förslag på kompetensutveckling som leds av minnesmottagning

FAS 1

- Specialistutredning, diagnos och behandling av patienter där basutredning enl. lokalt vårdprogram ej är tillräcklig/lämplig hos primärvårdsläkare.
- Tillgänglighet för specialistkonsultation för primärvårdens och sjukhusets läkare.
- Utbildning av demenssjuksköterskor inom primärvård och kommun som led i vidareutvecklad vårdkedja, och förenklad basutredning i primärvården.
- Utbildning av samtliga distriktsläkare
- Insatser av specialistsjuksköterskor vad gäller kognitiv bedömning såväl som stöd och handledning, inom närsjukvård och närliggande sjukhus.
- Ökad kunskap inom olika kliniker på sjukhusen kring patienter med konfusion (hjärmsvikt).

FAS 2

- Ökad kunskap och samverkan region – kommun via gemensamma utbildningsinsatser för sjuksköterskor
- Delta i uppstart av anhöriggrupper tillsammans med demenssjuksköterskor i primärvård/kommun.

- Deltagande i studier och forskning – utveckling via universitetssjukhus
- Leda nätverksgrupper och där bidra med/sprida specialistkunskap, inom primärvård – kommun i syfte att underlätta och stärka vårdkedjan.
- Delta i kvalitets/utvecklingsprojekt
- Utveckla kunskap runt palliation – demens

3.4. Förslag till fördelning av personalresurser på minnesmottagning

Minnesmottagning med nedanstående bemanning ger möjlighet till både kontinuitet, bredd och kompetensutveckling. Nedanstående siffror är framtagna utifrån gruppens samlade erfarenhet lokalt och nationellt.

Fas 1 – Minnesmottagning i uppbyggnadsskede

Resurser:

2 läkare

2-3 sjuksköterskor

1 sekreterare

Neuropsykolog, kurator och arbetsterapeut

Fas 2- Minnesmottagning fullt utbyggd

Resurser:

3 läkare

3 sjuksköterskor

1-2 sekreterare

Neuropsykolog, kurator och arbetsterapeut

Vad gäller de paramedicinska resurserna kan dessa variera beroende på lokala traditioner och tillgång till rätt kompetens. Läkartillgången baseras på invånarantal, se figur 5

3.5. Högspecialiserad vård vid universitetskliniker

Alzheimers sjukdom (AD) och vaskulär demens (VaD) är den bakomliggande orsaken hos ungefär hälften av alla patienter med demens under 65 år och mer än två tredjedelar av dem som är över 65 år. En betydande andel av alla patienter, särskilt de yngre (<65 år), har således andra orsaker till demenssjukdom. Tre viktiga exempel på sådana sjukdomar är demens vid Parkinsons sjukdom, Demens med Lewy Bodies (DLB) och Frontotemporal demens (FTD; även kallad pannlobsdemens). Andra exempel på neurodegenerativ sjukdom som leder till demens är progressiv supranukleär pares (PSP), kortikobasal degeneration (CBD), progressiv språkstörning samt ärftliga former av demenssjukdom. Diagnostiken av dessa ovanliga former av demenssjukdom ställer stora krav på specialistkunskaper och erfarenhet av neurodegenerativa sjukdomar samt samarbete med andra specialiteter, särskilt neuroradiologi, neurofysiologi, neurologi och invärtesmedicin. Vidare behövs det högspecialiserade utredningsresurser samt möjlighet till behandlingskonferenser. För ett optimalt omhändertagande av patienterna krävs dessutom ett multidisciplinärt samarbete i specialiserade team bestående av läkare, specialistsjuksköterska, neuropsykolog, kurator, arbetsterapeut och sjukgymnast. Detta ger även möjligheter till mer komplett information och utbildning av patient och närstående. Samarbete med andra specialistteam, till exempel Parkinsonsteam är också önskvärt.

Vid universitetssjukhusen bedrivs patientnära klinisk forskning och utvecklingsarbete kring demenssjukdomar. För de ovanligare demenssjukdomarna kräver detta ett upptagningsområde omfattande hela Region Skåne.

Arbetsgruppen anser att alla yngre (<65år) samt patienter med ovanligare demenssjukdomar (oavsett ålder) bör genomgå specialistutredning på Minnesmottagning som beskrivs tidigare i denna förslagsskrift. För ett optimalt omhändertagande krävs samverkan med primärvård, hemsjukvård och andra kommunala hjälpinsatser. Vid mer komplicerade diagnostiska överväganden, problem med läkemedelsbehandling och omvårdnad samt behov av multidisciplinär bedömning av patienterna rekommenderas remiss till universitetskliniken. Remiss till universitetskliniken rekommenderas dessutom för att

ge ett tillräckligt patientunderlag för klinisk erfarenhet, forskning och utveckling kring dessa sjukdomar.

3.6 Specialistläkarbehovet – Kort och lång sikt

För att lösa specialistläkarbehovet på kortare och längre sikt föreslår vi följande åtgärder:

Kort sikt – nyrekrytering och vidareutbildning

På **kort sikt** föreslår vi att nyrekrytering av specialister med profilering mot demenssjukdomar kan kompletteras genom vidareutbildning och handledning av redan färdiga specialister inom andra områden. Specialistläkare som inte tidigare arbetat inom området demenssjukdomar erbjuds vidareutbildning omfattande 6 månaders tjänstgöring under handledning på Minnesmottagning inom den specialiserade vården följt av 6 månaders tjänstgöring under handledning på universitetsklinik i Lund eller Malmö. Grundanställningen skall vara på Minnesmottagningen för att tillgodose behovet av specialistläkare på Minnesmottagningarna i hela Region Skåne. Samtidigt tillförsäkras specialistläkaren en förankring och personliga kontakter vid universitetsklinik. Specialistläkare som anställs för vidareutbildning bör ha erfarenheter och kunskap om hjärnans och åldrandets sjukdomar. Lämplig kompetens är specialist i geriatrik, neurologi eller psykiatri, men även specialister inom andra områden, t.ex. allmänmedicin eller invärtesmedicin. En möjlighet för snabb rekrytering av intresserade specialister är att annonsering och rekrytering sker gemensamt för hela regionen baserat på den resursförstärkning och organisation som beskrivs i denna rapport.

Vid utökning av antalet specialistläkare inom demensområdet i Skåne bör följande synpunkter beaktas:

- Utökning av antalet specialistläkare på befintliga minnesmottagningar bör ökas genom nyrekrytering (se ovan).
- Utökning kan ske både i offentlig och privat regi. Vid upphandling av nya privata vårdavtal bör regionala hänsyn tas, så att avtalen förläggs i första hand till de områden där bristen på specialistläkare är störst.

Lång sikt – Tillsättning av ST-tjänster

Vi föreslår att respektive Minnesmottagning får tillsätta/svara för någon eller några ST-tjänster av de som tilldelats förvaltningen och som ska leda till specialitet inom antingen geriatrik, neurologi, psykiatri, internmedicin eller allmänmedicin och där sökandes intresseinriktning mot demensområdet bättre kan tillgodoses med tjänstgöring och handledning vid en minnesmottagning. För att försäkra sig om att ST-läkaren får tillräckliga kunskaper inom området bör 1,5 år av den totala tjänstgöringstiden på 5 år förläggas till enhet med inriktning mot demenssjukdomar. Tjänstgöringstiden på sådan enhet bör vidare fördelas/förläggas till början och slutet av ST, med tjänstgöring inom huvudspecialiteten förlagd däremellan. Eftersom endas 1/3 av den totala tjänstgöringstiden är förlagd till klinik inriktad mot demenssjukdomar, bör antalet tilldelade ST-tjänster anpassas så att det alltid finns minst en ST-läkare i tjänst vid varje sådan enhet. Finansiering av tjänsterna bör också konstrueras så att den klinik som ansvarar för huvudspecialiteten tar det ekonomiska ansvaret för tjänsten.

Därutöver bör för övriga ST-läkare, med annan profilering inom specialiteterna neurologi, geriatrik, psykiatri, internmedicin och allmänmedicin, inplaneras sidutbildning vid minnesmottagning i 3 månader.

3.7 Läkarinventering Region Skåne 2008

Sjukvårds-distrikt	Läkare optimalt	Läkare idag	Läkare saknas	Antal vårdplatser	Pensionsavgångar 2008-2012
Kristianstad	3	1	2	0	
Hässleholm	3	1	2	2	
Ängelholm/ Helsingborg	7	3	4	7	
Lund (privat)	2	1	1	0	1
Ystad	3	1	2	0	
USiL	7	6	1	15	
UMAS	10	9	1	16	2
SUMMA:	35	22	13	40	3

Kristianstad: Minnesmottagning och team.

Hässleholm: Minnesmottagning och team.

Ängelholm/Helsingborg: Minnesmottagning i Ängelholm och slutenvård i Helsingborg.

Lund (privat): Minnesmottagning.

Ystad: Geriatriska kliniken med minnesmottagning och team.

USiL: Minnesmottagning, team och slutenvård finns, akademisk forskning och undervisning.

UMAS: Minnesmottagning, team och slutenvård finns, akademisk forskning och undervisning.

Förslag på nya läkartjänster under perioden 2008 – 2012. Fokus bör ligga på birstregioner, dvs. Nordväst, Nordost och Sydost. Styrgruppen tar sedan fram förslag för år 2009 – 2012

3.8 Spesak alternativt Nätverk

Vi föreslår att regionen inrättar ett nätverk/Spesak som har ansvar för kompetensutveckling av alla specialistläkare samt samordnar utbildning/handledare och ST-läkartjänster inom området demenssjukdomar. Dessutom bör nätverket/Spesak medverka vid/samordna tillsättning och bemanning vid de olika klinikerna utifrån aktuella behov p g a vakanser och/eller kompetensutvecklingsbehov. Gruppen besitter en hög kompetens inom området demenssjukdomar samt har en god regional fördelning och förankring.

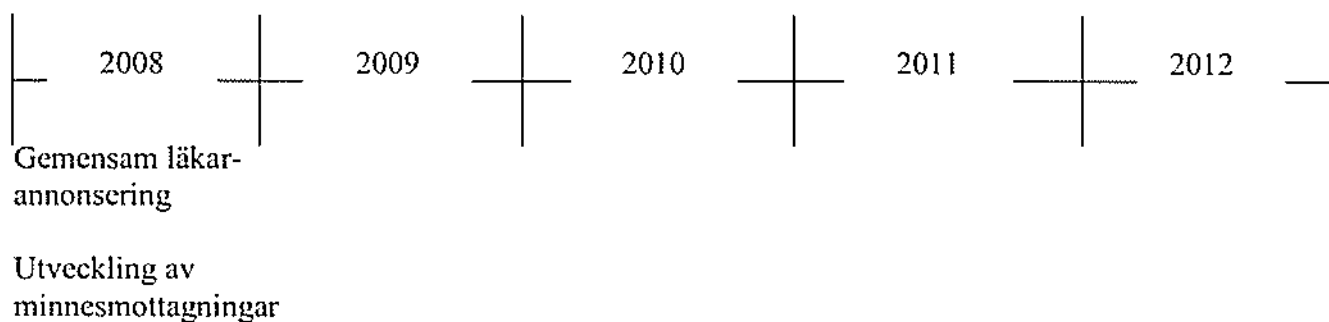
En viktig del är ett engagemang från koncernledningen, tjänstemän och politiker i arbetet med att engagera läkare med intresse av att arbeta inom detta område när det finns en hållbar långsiktig planering.

4. Närsjukvårdsmodell

En närsjukvårdsmodell i tiden bygger på ett nära samarbete mellan Universitetskliniker/minnesmottagningar, primärvård och kommun. Alla vårdnivåer är mer eller mindre medaktörer under en persons demensutveckling.

Förutsättningar för utveckling av närsjukvårdsmodell skapas genom att specialutbilda viktiga medarbetare (läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter mm) inom kommun/hemsjukvården och primärvården och koppla dem till specialistmottagningarna/universitetssjukhus finns det möjligheter att utveckla denna närsjukvårdsmodell. På flera håll i Skåne har man under flera år med framgång arbetat över gränssnittet. I nästa steg bygger vi nu en närsjukvårdsmodell som ska kunna användas regionalt så att gränskommunikationen fungerar, se bilaga I.

5. Tidsplan – kort och lång sikt



6. Referenser

- ❖ Hälsa- och sjukvårdsprogrammet. Demenssjukdomar Region Skåne 2005
- ❖ Socialstyrelsen: Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2007
- ❖ SBU. Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm:SBU;2006.
- ❖ Socialdepartementet. På väg mot en god demensvård, 2003.
- ❖ SBU. Vård av personer med Demenssjukdom-vad vet vi idag?, 2007.
- ❖ Vårdprocessen Demens. Närsjukvårdsprojekt i Mellersta Skåne 2006.
- ❖ Samt arbetsgruppens samlade kliniska och vetenskapliga kompetenser.

UNDERSKRIFTER

Lennart Minthon
Docent, Verksamhetschef
Neuropsykiatriska kliniken
UMAS

Christer Nilsson
Docent, Verksamhetschef
Psykogeriatriska kliniken
USiL

Anders Sandström
Divisionschef, Överläkare
Division 6
Ystad

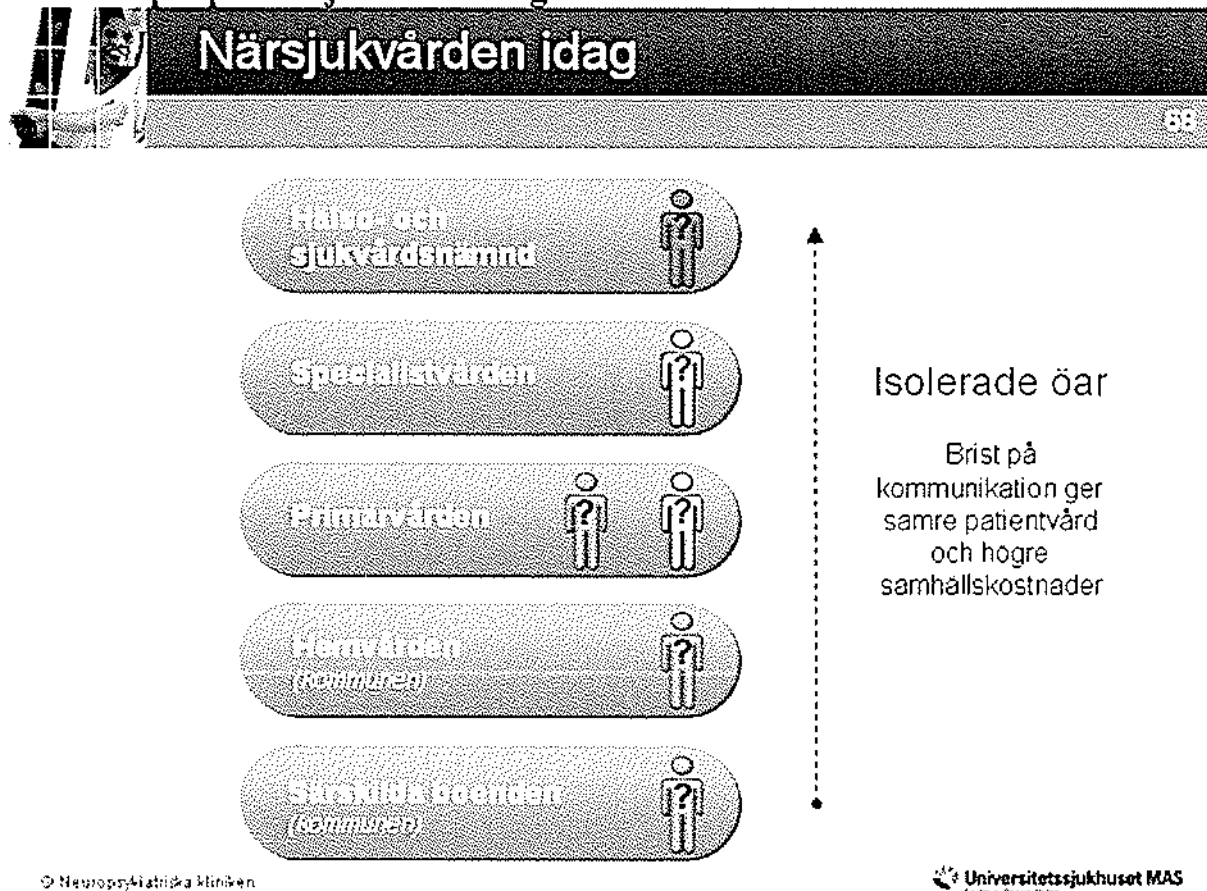
Anne-Marie Liljeroth
Överläkare
Minnesmottagningen
Kristianstad

Sonja Petranek
Överläkare
Minnesmottagning/
Närsjukvårdsklinik
Hässleholms lasarett

Christina Svensson
Verksamhetschef
Psykiatrin
Helsingborgs lasarett

Bilaga 1

Ett exempel på närsjukvård där gränskommunikation brister



Denna figur vill illustrera hur situationen ser ut idag, när kontakten brister över huvudmannagränserna. Ett större närsjukvårdsprojekt har startat i Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt. En stadsdel med tillhörande primärvård och hemsjukvården knyts till specialistkliniken. Nyckelpersoner utses att hålla i utbildning och kompetensöverföring. Specialistläkarna arbetar på konsultbasis för distriktsläkarna. Genom detta projekt går det att mäta utvecklingen via en speciellt framtagen matris avseende följande kvalitetsparametrar:

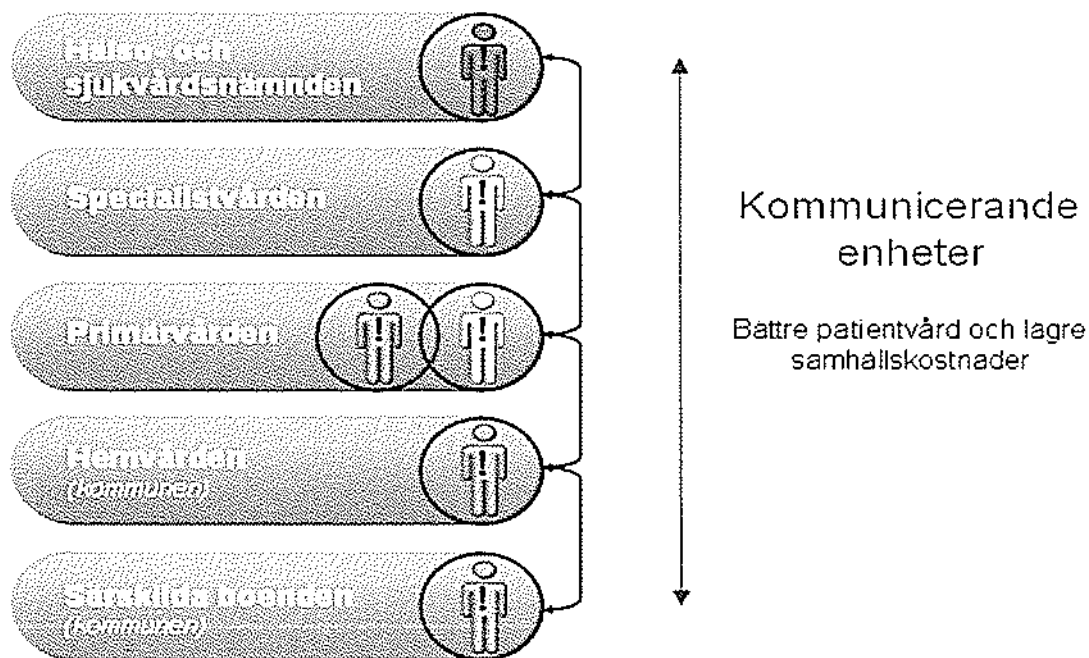
- Diagnos
- Behandling
- Rehabilitering
- Anhörigstöd
- Vårdplanering
- Utbildning/handledningsbehov.

Ett exempel på välfungerande närsjukvård



Ny närsjukvårdsmodell – genomförande

74



© Neurologiska kliniken

Universitetssjukhuset MAS
Läsa mer om MAS

För detta krävs ett standardiserat kvalitetssäkringsinstrument, se figur 8.



Mogna och gå i takt – kvalitetsmatris

76

Exempel från Primärvårdsdelen

	Område	Bestämma	Utvärdera	Följnings	Utvärdera
Primärvården	Diagnos/ utredning	Utredning enligt vårdprogram.	Utveckla konsultstöd (<i>Specialistvården</i>). Multiprofessionellt team.	Uppföljning enl. Socialstyrelsens riktlinjer. Statistik från nationella kvalitetsregister (SveDem).	Utvärdera diagnoser och utrednings- processen.
	Utbildning/ handledning	Delta i landstings- övergripande kompetens- utveckling.	Utveckla strukturerat utbildningsprogram och vårdprogram enligt regionala riktlinjer. (<i>Specialistvården</i>).	Följa upp och redovisa utbildningsinsatser.	Utvärdera utbildningsinsatser via enkät eller dyligt.

© Neuropsykiatriska Kliniken

Universitetssjukhuset MAS
Lundska högskolelaboratoriet

Figur 8. Mogna och gå i takt – kvalitetsmatris.

Denna kvalitetsmatris är uppbyggd på det sättet att hela närsjukvårdsutvecklingen kan mätas och kvalitetsgranskas hos alla huvudmän. När väl denna är genomförd skulle modellen även kunna användas för andra patientgrupper med kroniska sjukdomar.

Att användas ev i handlingsplan

Verksamhetens omfattning:

	antal/år
Läkarbesök	X
varav remisser	X
konsultationer,	
" inneliggande pat	
hembesök	
Sjuksköterskebesök	
varav remisser	
konsultationer	
hembesök	
Arbetsterapeutbesök	
Kuratorsbesök	
Utbildningsverksamhet	timmar per år
Handledning	
Kvalitetssäkring	
Samverkan/nätverk	
?	