

# Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2024

## del 1 och del 2 TEMA: Demens

Information om husläkarmottagningen	
Mottagningens namn	
Handens VC	
Verksamhetschef Åsa Back	Verksamhetschefens e-post Asa.back@regionstockholm.se
<h3>Instruktioner till mottagningen</h3> <p>Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med <b>del 1</b> ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda <a href="mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se">forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se</a> senast den <b>28 februari 2024</b>, <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen.</p> <p>Denna mall med även <b>del 2</b> ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den <b>31 januari 2025</b> <b>obligatoriskt</b> för att kunna få den målrelaterade ersättningen..</p> <p>Mer information finns på <a href="https://vardgivarguiden.se/">https://vardgivarguiden.se/</a> sök på <i>förbättringsarbete</i> och/eller <i>målrelaterad ersättning</i> i sökfältet</p> <p>Frågor kan även skickas till <a href="mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se">rita.fernholm@regionstockholm.se</a>.</p> <p><b>Radera EJ text i grå fält.</b></p>	

## DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:
Namn: Svetlana Engman Profession : Distriktsläkare och läkare på SMO mottagningen Namn: Camilla Andersson Profession: Sjuksköterska med fördjupning i Demens 30Hp och sjuksköterska på SMO mottagningen <a href="mailto:E-post:svetlana.engman@regionstockholm.se">E-post:svetlana.engman@regionstockholm.se</a> <a href="mailto:E-post.camilla.mar.andersson@regionstockholm.se">E-post.camilla.mar.andersson@regionstockholm.se</a>
<h3>Att involvera flera</h3> <p>Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.</li><li>• Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.</li><li>• Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).</li></ul> <p>A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner</p>
A: eventuellt tillkommer under arbete flera medarbetare på SMO mottagningen , kommunala sjuksköterskor

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: att skicka till LSS boende information till anhöriga om förslag för denna arbete och deras synpunkter, förslag i samarbete.

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel.

Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/>

Under "Stödmaterial för kvalitetsarbete"

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Att skapa kedja/process för ett utarbetat samarbete mellan primärvård/kommun /demens specialistvård för tidigt utredning och behandling av patienter med Downs syndrom och utan Downs syndrom vid Alzheimers demens på LSS boende.

Sambandet mellan Alzheimertyp och downs syndrom är välkänt( Fortea et al, 2020, Mccarron et al,2017)Snitten för diagnosen är 55 år(McCarron et al, 2017) . Den höga prevalensen Av Alzheimers sjukdom i gruppen beror på en genetisk sårbarhet som kommer med extra upplagor av gener i kromosom 21(Wiseman et al 2015).

Däremot kan den kliniska diagnosen och den pågående bevakningen av demensprocessen vara svår. Därför vill vi utveckla ett arbetssätt för att underlätta samarbetet mellan primärvård, kommun och specialistdemensvård. Detta för att hitta en process om hur man kan arbeta för att identifiera Alzheimers hos personer med Downs syndrom i ett tidigt skede men även andra patienter utan Downs syndrom på LSS-boenden.

Genom tidig utredning och insättning på behandling ges en förbättrad livskvalitet för patienter .

### **Val av tema för förbättringsarbetet:**

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

Demens

### **Mål (Vad vill ni uppnå?)**

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattringstrappa/>

**Formulera här era mål:**

Målet är att skapa kedja/process för ett utarbetat samarbete mellan primärvård/kommun /specialistvård för tidigt utredning och behandling av patienter med Downs syndrom vid Alzheimers demens. Även tidigt utredning hos andra patienter och hitta ett sätt att skapa en bra kedja med utredning och omhändertagande .

Effekten för hälso- och sjukvården i stort är att öka kunskap, förståelse, belysa och underlätta för andra vårdcentraler att identifiera Alzheimer hos personer med Downs syndrom. Samt även att skapa en vårdprocess kring detta, från start av utredning till insättning av behandling. Däremot kunskap i behandling av Alzheimer demens hos andra patienter inte lika känd. Här behöver vi mer samarbete med kommunen och hitta ett sätt att belysa den i vården.

Genom tidig utredning och insättning på behandling ges en förbättrad livskvalitet för patienter med Downs syndrom med Alzheimer demens. Detta förbättrar även arbetsmiljö för andra boenden på LSS boende, samt personal och anhöriga. Detta minskar även kostnaden för akuta inläggningar i slutenvård, på grund av minskade risk för fall , fraktur, samt generellt försämrade hälsa. Det minskar även diskrimineringen då dessa personer har rätt att få behandling för Alzheimers precis som personer som inte har Downs syndrom och prioriteras för utredning och behandling.

**Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)**

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattringstrappa/>

**Idéer till lösningar (För att nå målen)**

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen) Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktyslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-patientsamverkan/>

Utifrån dagens demenskunskap finns läkemedel som bromsar förloppet och ger en bättre livskvalitet längre. Denna grupp med Downs syndrom som nu har en ökat livslängd än tidigare och dessutom har en större risk att drabbas av Alzheimers sjukdom får ej samma tillgång till behandling på grund av saknad av vårdprocesser och kunskap.

1.1: Eftersom personer med Downs syndrom har en ökad risk för Alzheimer demens( (Wiseman et al.2017), är det viktigt att vara medveten om den här risken och börja övervaka för tidiga tecken och symtom på LSS boende med ABDQ, ( eventuellt CAMDEX-DS-II, CAMCOG-DS-II,test )och Tidiga täcke som är standardiserade kognitiva tester. Det är viktigt att notera att personer med Downs syndrom kan ha svårt att kommunicera sina symtom och upplevelser. Därför är observation och en helhetssyn på individens välbefinnande avgörande. Var uppmärksamma på tidiga tecken på kognitiva förändringar, såsom minnesproblem, förändrat beteende eller svårigheter med vardagliga uppgifter. Observation och bedömning av eventuella förändringar i beteendet, humöret eller sociala interaktioner. Använd standardiserade kognitiva test för att bedöma minnesfunktion, problemlösning och andra kognitiva för. Samma övervakning med testning även planeras andra patienter utan Downs syndrom.

	<p>1.2: Skapar en noggrann och individuell medicinsk historia för personen, inklusive eventuella tidigare kognitiva bedömningar, blodprovtagning med prover som utesluter annan orsak för kognitiv försämring, utföra DT hjärna eller MRT hjärna för att identifiera eventuella förändringar i hjärnstrukturen.</p> <p>1.3: Att samarbeta med specialister inom både Downs syndrom och demensvård är en viktig del av en omfattande och anpassad utredning och vårdplan: Huddinge kognitiv mottagning, rådgivning med Möldals studie SwDowns-Väst och koordinatör Lisa Engberg (studie på Down över 25 år). Skapas Remiss till specialiserade demensmottagning på Huddinge sjukhus och specialist inom demensvård/forskning hos patienter med Down syndrom Nenad Bogdanovic för en omfattande bedömning efter alla testresultater.</p>					
2:	<p>2.1: planera en personligt en individuell vårdplan som anpassas för personens behov, inklusive socialt stöd och eventuella medicinsk behandling.</p> <p>2.2: Planera för regelbundna uppföljningsbesök för att övervaka eventuell sjukdomsprogression och justera vården och stödet därefter i samråd med demens specialistvård på Huddinge sjukhus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.3: Etablera effektiv kommunikation inom teamet och med LSS personal, kommunsjuksköterska och demensspecialistvård</li> <li>• Säkerställ att alla inblandade förstår sina roller och ansvar.</li> </ul>					
3:	<p>3.1:</p> <p>3.2:</p> <p>3.3:</p>					
<p><b>Mått och mätetal (indikatorer)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?</li> <li>• Hur kan det mätas?</li> <li>• Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?</li> </ul> <p><b>Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.</b></p> <p>Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:  <a href="https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/">https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/</a></p>						
		<p><b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)</p>	<p><b>Datum/period för startläge</b></p>	<p><b>Mål</b> (% eller antal)</p>	<p><b>Källa</b> (t.ex. Med-rave)</p>	<p><b>Datum för att uppnå målvärdet</b></p>

<b>Indikator 1</b>	ABDQ skattning på patienter med Downs syndrom över 25 år på LSS boende	2	2024-01-15	13	LSS boende	T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 2</b>	Skattning Tidiga tecken på pat med Downs syndrom på LSS boende	2	2024-01-15	25		T.ex. dec 2024, ska vara i slutet av året
<b>Indikator 3</b>	Hur många patienter får behandling för Alzheimers demens med Down syndrom på LSS boende efter utfört kognitivt analys	1		3		T.ex. dec 2024
<b>Indikator 4</b>	ABDQ skattning på patienter utan Downs syndrom på LSS boende	1		25		T.ex. dec 2024
<b>Indikator 5</b>	Skattning Tidiga tecken på pat utan Downs syndrom på LSS boende	2		25		T.ex. dec 2024

**Kommentar (valfritt):**

*TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.*

**Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)**

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Beskriv här övergripande hur ni tänker att ni ska arbeta med att testa era idéer, använd gärna verktyget för mer detaljerade anteckningar vilket sen kan fyllas på under arbetets gång.

- Etablera effektiv kommunikation inom teamet och med LSS personal, kommunsjuksköterska och demensspecialistvård.
- Säkerställ att alla inblandade förstår sina roller och ansvar.

Använd standardiserade kognitiva test ABDQ och Tidiga täcken för att bedöma minnesfunktion.

Ha veckovisa ronder med LSS boende sjuksköterska för utvärdering av resultat av kognitiva tester.

Kommunikation via remiss till demensspecialistvård Huddinge sjukhus vid höga poäng i kognitiva tester

Uppföljning av eventuellt insatt behandlings nytta.

**Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1**

t.ex. "Boo VC diabetes 2024 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som **en bilaga (ej länk)** i **WORDFORMAT** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2024 till: [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

## **DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)**

### **Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?**

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**  
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Vi har inlett ett samarbete med Haninge kommun, teamet för Stöd och Hälsa, som inkluderar kommunens sjuksköterskor, verksamhetschef, demenssjuksköterska och kvalitets utvecklare. Vi har identifierat alla patienter med Downs syndrom som bor på LSS-boende i Haninge kommun och som är listade på SMO-mottagningen Handens vårdcentral. Vi har identifierat sammanlagt 21 personer med Downs syndrom, där 17 stycken är listade på Handens Vårdcentral och SMO-mottagningen. Tillsammans med LSS Hälsa har vi skapat en rutin för screening av personer med Downs syndrom som bor i LSS-boenden. Screeningprocessen börjar med att sjuksköterskan genomför ABDQ-testet var sjätte månad och arbetsterapeuten gör ADL-testet en gång per år eller vid behov. Resultaten av ABDQ-testet följs upp under ronder med läkare på vårdcentralen, och resultaten skannas in i patientjournalen i take care. Kommunen för in resultatet i lifecare.

Vid förhöjda värden, från 78, men även värde som ligger inom lätt förhöjd nivå av ABDQ över 37 och stigande med ändrad kognitiv funktion tas ordinarie "minnes" blodprover enligt VISS.nu, en DT hjärna utförs och remiss skickas till Minnesmottagningen på Huddinge sjukhus till Nenad Bogdanovic för bedömning. Om remissen godkänns utförs en genomgripande utredning om diagnosen Alzheimers demens föreligger. Behandling inleds om det är lämpligt. Demenssjuksköterskan informerar boendepersonal om diagnosen, vilket gör att omsorgen på boendet och dagverksamheten kan anpassas. Denna del av processen har tidigare saknats, men den är avgörande för att långsiktigt säkerställa bästa möjliga livskvalitet.

Vi har identifierat att det finns en brist på förståelse för det naturliga förloppet av demens hos personer med Downs syndrom, eftersom de insjuknar betydligt tidigare än övriga befolkningen och i större utsträckning. Nästa viktiga steg är att säkerställa att personer med demens behåller sina rutiner och tillgång till daglig verksamhet. Även personer utan demensdiagnos fortsätter i daglig verksamhet efter 65 års ålder, för att förebygga och bibehålla kognitiva funktioner.

Vi fortsätter dialogen med Minnesmottagningen på Huddinge sjukhus angående uppföljningen av patienter som har påbörjat behandling. Detta inkluderar vilka prover som ska tas, hur ofta. Viktigt att inte missa Folat och vitamin D brist som kan uppstå i samband med insatt behandling, även viktigt att uppmärksamma tyroideafunktion. Eventuell justering av Levaxin kan krävas.

Det är lämpligt att upprepa ABDQ-testet för att utvärdera läkemedelseffekten ca om 6 och 12 månader. Har även en nära dialog kring läkemedelsbiverkningar med kommunala sjuksköterskor på rond på VC. Det här arbetet belyser verkligen behovet och nyttan av god och nära vård i samarbete med kommunen samt specialistvården.

ABDQ genomfördes på samtliga 17 patienter som är inskrivna hos oss. Efter sex månader gjordes tre om kontroller på grund av försämrad kognitiv förmåga med tidigare normala ABDQ. Av dessa har fem remisser skickats till kognitiva mottagningen Huddinge med avvikande resultat på ABDQ test. Vi har även identifierat fem ABDQ med lätt avvikande värden men det har uppmärksammats en avvikande kognitiv försämring.

Av dem fem som hade avvikande poäng har tre diagnostiserats med Alzheimers demens och behandling har inletts med positivt resultat på patientens livskvalitet. Boendepersonal har märkt förbättrad arbetsmiljö och livskvalitet även för andra boende då patientens mående har förbättrats och patienten upplevs mycket gladare.

Två av remitterade patienter har fortsatt uppföljning på minnesmottagningen i minst ett år med nya ABDQ tester. En av dessa patienter tros den kognitiva svikten bero på bristande aktivitet på boendet. Personal där är instruerade i vikten av dagliga rutiner och sysselsättning samt inkludering.

Tanken från början var att även genomföra "Tidiga tecken" som instrument för att upptäcka försämrad kognition. Dock uppmärksammades att personal tycker att den är väldigt omfattande och tar mycket tid. Vi valde därför att utesluta denna nu.

Haninge kommun befinner sig i en stor omorganisation vilket påverkat vårt projekt att göra fler ABDQ på patienter utan Downs syndrom men med försämrad kognitiv funktion. Dessutom har två nya boenden öppnats vilket har slukat mycket av personalens tid. Många av dessa patienter har en tung vård och är väldigt sjuka. Detta har också påverkat vår möjlighet till tid med arbetet då det även för vår mottagning har varit tidskrävande med dessa nyinskrivna patienter.

Vid avslutande möte med chefer från kommunen och vår verksamhet, SMO mottagningen, upplystes alla om vikten kring utbildning i demens för personal på boendet för att kunna ge den bästa vården för dessa.

Vi uppmärksammade även att palliativ vård är en del av vårdförloppet vid demens där det idag saknas klara rutiner för hur detta skall gå till när patienten närmar sig slutet. Speciellt denna patientgrupp mår bäst av att få vara hemma i sin hemmiljö så länge de kan, och gärna livet ut. Kommunen satsade på att utbilda en av sjuksköterskorna i palliativ vård, som i sin tur nu utbildar boendepersonal. Självklart kopplas ASIH in i det absoluta sista skedet när behovet finns och vi stöttar på VC genom regelbundna uppföljningar.

## Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**

Indikatornamn		Start-läge (% eller antal)	Datum /period för start-läge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Med-rave)	Datum/period för resultat-värdet
<b>Indikator 1</b>	ABDQ skattning på patienter med Downs syndrom över 35 år på LSS	2	2024-01-15	13	20		2024-12-9
<b>Indikator 2</b>	Skattning Tidiga tecken på pat med Downs syndrom på LSS boende	2	2024-01-15	25	0		9 dec 2024,
<b>Indikator 3</b>	Hur många patienter får behandling för Alzheimers demens med Down syndrom på LSS boende efter utfört kognitivt analys	1	2024-01-15	3	3		9 dec 2024
<b>Indikator 4</b>	ABDQ skattning på patienter utan Downs syndrom på LSS boende	1		25	2		9 dec 2024
<b>Indikator 5</b>	Hur många patienter fortsätter att följas för eventuell behandling	0		0	3		9 dec 2024
<p><b>Övriga kommentarer:</b>            Enkät för att bedöma livskvalitet efter insatt behandling är utlämnad.</p> <p>Just nu pågår ett arbete som FOU håller i när det gäller att sätta ihop en regional vägledning för personer med IF och demens. Där har vi deltagit och bidragit med vårt arbetssätt och resultat så det nu håller på att spridas i ett större område. I år har Kognitiva mottagningen i Solna fått in sex remisser för personer med IF och misstänkt demens, de täcker hela norra sidan av Stockholm. Jämfört med att vi på SMO mottagningen har skickat fem bara i Haninge kommun är det ändå ett stort resultat.</p>							
<b>Slutreflektion</b>							



Vad har ni lärt er?

**SLUTSATS**

Sammanfattningsvis visar vårt arbete tydligt på vikten av tidig upptäckt och systematisk uppföljning av demens hos personer med och utan Downs syndrom, där ett nära samarbete mellan kommunen, vårdcentralen och Minnesmottagningen är avgörande.

Genom att säkerställa kontinuitet i dagliga rutiner och skraddarsydd vård, både för personer med och utan demens, kan vi förbättra livskvaliteten och bromsa den kognitiva nedgången.

Detta samarbete understryker vikten av en personcentrerad vård som möter de unika behov som personer med och utan Downs syndrom har, och det utgör en modell för hur god och nära vård kan implementeras i praktiken.

Vi tror att mörkertalet är stort i denna patientgrupp när det gäller Alzheimers demens då det saknas kunskap kring att personer med Downs i större utsträckning drabbas samt hur det ska utredas.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

*Viktigt att ha kunskaper om Downs syndrom och Alzheimers demens för att tidigt kunna upptäcka sjukdomen. Vi har kunnat påvisa brister i LSS boende kring behov att aktivera patienter med och utan Downs syndrom, behov att involvera patienter i daglig verksamhet. Vilket är viktig del att bibehålla den kognitiva funktionen. Där samband med förhöjda ABDQ värde men avsaknad aktivitet inte alltid genererar läkemedel behandling.*

Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

Vi önskar följa upp de patienter som satts in på behandling och dessutom fortsätta följa de som vi påbörjat screening på med ABDQ för att uppmärksamma förändringar enligt den rutin vi har nu. Vi har en ambition att sprida vårt kvalitetsarbete vidare till övrig primärvård för att se om förändring kan ske regionalt. Här behöver vi hjälp från exempelvis APC samt övriga aktörer för att sprida vårt budskap vidare.