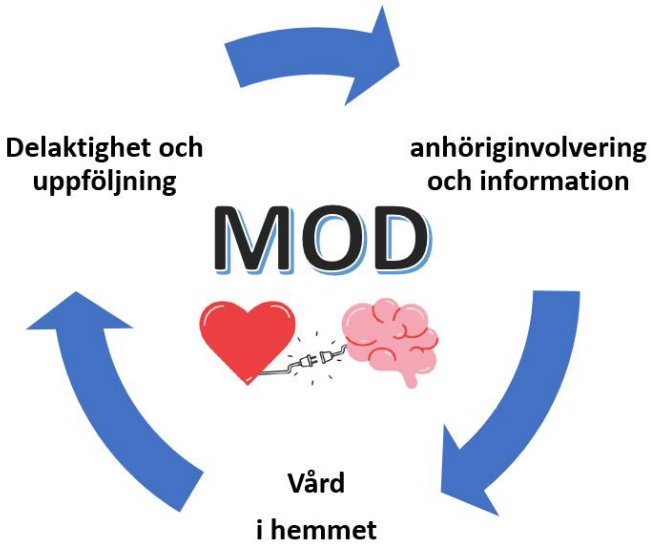
Version 1: 2026-11-09



Multidisciplinärt Organisationsöverskridande Demensteam

Multidisciplinärt organisationsöverskridande demensteam (MOD) är en modell för en sammanhållen vårdkedja inom området kognition/demens och avser samverkan mellan privat, regional och kommunal primärvård. Modellens elva insatser ligger helt i linje med de gemensamma fokusområden som finns i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Den uppfyller målen och fångar in de flesta utvecklingsområden som beskrivs i Nationella Demensstrategin *”Varje dag räknas”* samt följer rekommendationerna som finns i nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. Modellen har ett familjeorienterat synsätt och ska aktiveras när misstanke om kognitiv svikt uppmärksammas hos en person.

För att främja tidig upptäckt och initiering av utredning vid misstanke om demenssjukdom och för att ge förutsättningar för jämlik vård och stöd för målgruppen fattade Länsledningen HälSam 2025 beslut om breddinförande av MOD-team. Ett arbete som de lokala samverkansgrupperna, LSG, ansvarar för. På vårdgivarwebben finns en animerad patientresa *”Anders resa”* * som på ett enkelt sätt illustrerar skillnaden mot nuvarande arbetssätt och arbetssättet med MOD.

Modellens bärande delar

Demenssamordnare

En tydlig och definierad samordningsfunktion både i den kommunala, regionala och privata delen av teamet är avgörande för arbetsmodellen. Samordningsfunktionen kan utföras av en aktör som även bidrar i utredningsarbetet, men det primära uppdraget är att samordna utredning, samverkan och uppföljning för att skapa en sammanhållen och effektiv process. Denna funktion kan också ansvara för att ”Min pärm” och vårdplaner finns att tillgå.

Utredning

Utredningen följer de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom och den behandlingslinje som finns i Region Västernorrland. Flödet i utredningen kan delas så att personer som har svårt att ta sig till hälso- eller vårdcentral, och/eller har insatser upp till

sjuksköterskenivå, kommunal primärvård, får delar av utredningen utförda i hemmet för att möjliggöra nära vård, exempelvis kognitiva tester, provtagning, anamnes etc. Övriga delar såsom läkarbedömning, hjärnröntgen och EKG löses på, för den enskilde, bästa möjliga sätt.

Personer som inte har insatser upp till sjuksköterskenivå, kommunal primärvård, kommer till hälso- eller vårdcentral, för kognitiva tester, provtagning, anamnes, läkarbesök etc.

En strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning genomförd av arbetsterapeut utgör en viktig del av utredningen. Bedömningen bidrar till en mer heltäckande bild av individens förmågor och utmaningar, vilket ökar möjligheterna att identifiera behov och planera relevanta och ändamålsenliga insatser.

Anhöriginvolvering
Under utredningen ska anamnes inhämtas från anhörig eller annan närstående. De anhöriga och närstående ska sedan förses med tydlig information om eventuell demensdiagnos och fortsatt planering samt erbjudas stöd.

Information
Om utredningen utmynnar i en demensdiagnos ska en vårdplan upprättas och delges den enskilde så att denne är införstådd i diagnos, fortsatt planering, eventuella åtgärder eller insatser och får tillgång till tydliga kontaktuppgifter. I vårdplanen ingår att inhämta det samtycke som leder till att en samordningsrond kan utföras. Den enskilde ska också förses med skriftlig information ”Min pärm”. Denna kan antingen delas ut i fysisk form alternativt digitalt via stöd och behandling, 1177**.

Samordningsrond
På samordningsronden utförs en SIP-variant där professionen planerar och kommer överens om vilken fortsatt handläggning som blir bäst sett ur både individen med demensdiagnos, anhörigas och verksamheternas behov och tillgång.

Uppföljning
Uppföljning sker inom fyra till sex veckor från det att demensdiagnosen identifierats och meddelats individen. Den enskilde erbjuds hembesök av kommunal personal förutsatt att man inte motsätter sig samverkan med kommunens personal. På så sätt erhåller den enskilde tidig information och ett familjeorienterat stöd. Om inte samtycke till kommunal samverkan givits sker uppföljning, **medicinsk och social** av diagnostiserande enhet.

Återbesök till läkare sker enligt upprättad vårdplan. Liksom utredningsflödet kan uppföljningsflödet fortsatt hanteras i två separata spår. Den medicinska uppföljningen sker på hälso- eller vårdcentral, alternativt inom kommunal primärvård. Social uppföljning sker fortsatt enligt uppdaterad vårdplan inom kommunens regi.

* *Vårdgivarwebb Västernorrland - Demenssjukvård & demensutredning*
** *För att kunna använda sig av digital variant krävs att enheten har rutiner upprättade för ändamålet. I nuläget är det endast privat och regiondriven primärvård som kan komma ifråga för detta.*

Modellens delar

Här beskrivs de 11 insatser som ingår i MOD-modellen.

A	Ny rutin för anhöriginvolvering vid demensutredning
B	Uppdaterad och förenklad anhörigintervju med skattningsformulär
C	Sammanhållen vårdplan - inklusive uppföljning av utredande enhet - inklusive uppföljning av kommunal enhet
D	Min Pärm
E	Utredning i hemmet
F	Aktivitetsbedömning
G	Samordningsrond
H	Uppföljning i hemmet av kommunal personal - inklusive vårdplan uppföljning del 2a
I	Uppföljningsrond efter utfört hembesök
J	Demenssamordnare kommunal primärvård
K	Demenssamordnare regional/privat primärvård

Demensutredning startar – översiktsbild

Denna bild beskriver flödet för demensutredningsprocessen, både för patienter utan eller med kommunal primärvård.

