

Vård och omsorg vid demenssjukdom

Stöd för styrning och ledning



Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Stöd för styrning och ledning

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN	978-91-7555-433-4
Artikelnummer	2017-12-2
Foto	Scandinav Bildbyrå
Sättning	Åtta.45 Tryckeri AB
Tryck	Åtta.45 Tryckeri AB, 2017



Miljömärkt trycksak, 3041 0001

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård och omsorg vid demenssjukdom.

Syftet med riktlinjerna är både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område, och att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Riktlinjerna riktar sig främst till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Andra viktiga mottagare är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Rekommendationerna bör påverka resursfördelningen inom vården och omsorgen på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård, som utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna.

Sjukvårdsregionerna, kommunerna, myndigheter, berörda intresse- och yrkesorganisationer, specialistföreningar och andra har lämnat värdefulla synpunkter på remissversionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har bearbetat alla synpunkter innan vi slutgiltigt har tagit ställning till de aktuella riktlinjerna.

Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Några viktiga rekommendationer	7
Rekommendationernas konsekvenser.....	11
Indikatorer för uppföljning	11
Inledning	13
Innehåll i detta dokument	13
Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag	14
Användning och mottagare	14
Avgränsning	15
Samverkan med andra	16
Om riktlinjeområdet	16
Vården och omsorgen av personer med demenssjukdom	21
Status och utveckling inom området	22
Nationell utvärdering av vården och omsorgen vid demenssjukdom...	23
Kompletterande kunskapsstöd	24
Centrala rekommendationer	27
Om rekommendationerna	27
Utredning och uppföljning	28
Multiprofessionellt arbete	41
Stödinsatser	43
Läkemedelsbehandling och tillskott.....	51
Utbildning	57
Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser	60
Sammanfattning av konsekvenserna.....	61
Utredning och uppföljning	65
Multiprofessionellt arbete.....	71
Stödinsatser	72
Läkemedelsbehandling	76
Utbildning	79
Indikatorer för god vård och omsorg	82
Indikatorer för vård och omsorg vid demenssjukdom	83
Redovisning av indikatorer	84

Delaktighet, information, etik, jämlik vård och omsorg	87
Information ger förutsättningar för delaktighet	87
Jämlik vård och bemötande	89
Etiska överväganden inom vården och omsorgen	90
Projektorganisation	93
Referenser	97
Bilaga 1. Lista över rekommendationer	102
Bilaga 2. Bilagor som publiceras på webben	115

Sammanfattning

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om åtgärder vid vård och omsorg vid demenssjukdom. Rekommendationerna gäller utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödinsatser, läkemedelsbehandling och utbildning.

Ny forskning visar att cirka 130 000–150 000 personer har demenssjukdom i Sverige i dag. När det gäller antal nyinsjuknade saknas motsvarande forskning, men skattningar pekar på att antalet som nyinsjuknar per år är 20 000-25 000 personer. Antalet personer med demenssjukdom förväntas öka kraftigt efter 2020 när det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår hög ålder.

Det går inte att bota en demenssjukdom, utan syftet med hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens åtgärder är att underlätta vardagen och bidra till en så god livskvalitet som möjligt i sjukdomens olika skeden. Övergripande för vård och omsorg vid demenssjukdom är att den ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Detta förhållningssätt syftar till att sätta personen med demenssjukdom i fokus och att ha en mer personlig omvårdnad och vårdmiljö samt förståelse för de olika problem och svårigheter som kan uppstå i samband med sjukdomen.

Riktlinjerna innehåller också bedömningar av de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna av några av rekommendationerna samt indikatorer för uppföljning.

Några viktiga rekommendationer

Utredning

Vid misstanke om demenssjukdom är det viktigt med en medicinsk utredning för att kunna utesluta andra tillstånd som kan ge demensliknande symtom. Utredningen bör syfta till att bestämma vilken typ av demenssjukdom personen lider av, vilket har betydelse för prognos och behandling. Därutöver ger utredning av vård- och omsorgsbehovet underlag för ett omhändertagande som är anpassat till personens särskilda förutsättningar.

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder en basal demensutredning till personer med misstänkt demenssjukdom. En basal demensutredning utgörs av flera olika åtgärder såsom strukturerade intervjuer med anhöriga, kognitiva test och en strukturell hjärnabbildning med datortomografi.

Utvidgad demensutredning används för att fastställa diagnos i de fall en basal demensutredning inte varit tillräcklig eller då det finns andra komplicerande omständigheter. Åtgärder som bör eller kan ingå i den utvidgade demensutredningen är bland annat neuropsykologiska test, strukturell avbildning av hjärnan med magnetresonanstomografi, SPECT för att mäta dopamintransport eller blodflöde i hjärnan, lumbalpunktion för analys av biomarkörer och FDG-PET-undersökning för att mäta glukosmetabolism. Vilka tester som utförs vid den utvidgade utredningen bestäms utifrån vad som framkommit i den basala utredningen och vad som bedöms som nödvändigt i det enskilda fallet.

Uppföljning

Socialstyrelsen rekommenderar en regelbunden och strukturerad uppföljning av personer med demenssjukdom. Syftet med uppföljningen är att bedöma personens behov av medicinskt och psykosocialt stöd samt se till att dessa behov tillgodoses. För att kunna ha ett helhetsperspektiv på den demenssjuka personens situation är det viktigt att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens uppföljning är sammanhållen.

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomen beteendemässiga eller psykiska symtom. Det kan exempelvis handla om depression, mani eller hypomani, ångest, agitation, hallucinationer eller vanföreställningar. Dessa symtom orsakar stort lidande för personen med demenssjukdom. Ofta är det också svårt för anhöriga och vårdpersonal att möta personer med demenssjukdom och dessa symtom. Den regelbundna och strukturerade uppföljningen kan leda till minskat lidande för dessa personer genom riktade åtgärder.

Behandlingen vid olika beteendemässiga och psykiska symtom är inriktad på att i varje enskilt fall om möjligt åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symtomen. Socialstyrelsen rekommenderar därför att hälso- och sjukvården och socialtjänsten följer

upp personer med demenssjukdom och utvärderar effekten av insatta åtgärder i syfte att lindra symtomen och i möjligaste mån kompensera för den funktionsnedsättning som demenssjukdomen medför.

Multiprofessionellt arbete

I utredningen, planeringen och utformningen av olika vård- och omsorgsinsatser vid demenssjukdom behövs det som regel bedömningar och åtgärder från flera olika yrkesgrupper. I tidiga faser av sjukdomen är fokus på medicinsk utredning och diagnos via primärvård och minneskliniker med de kompetenser som är knutna till dessa. Men allt eftersom personens behov av vård och omsorg ökar blir andra professioners kunskap och insatser inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst allt viktigare.

Ett multiprofessionellt och teambaserat arbetsätt som innehåller professioner från hälso- och sjukvården och omsorgen bidrar tillsammans till ett helhetsperspektiv i den vård och omsorg som erbjuds. Socialstyrelsen rekommenderar därför att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetsätt till personer med demenssjukdom. Det kan till exempel ske genom regelbundna gemensamma träffar där representanter för både vården och omsorgen deltar.

Stödinsatser

Centralt för olika stödinsatser inom vården och omsorgen vid demenssjukdom är att de ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt samt att de erbjuds i en god psykosocial miljö med fokus på individen. Stödet behöver utgå från personens egna önskemål och kvarvarande förmågor och utförs oftast i hemmet.

Socialstyrelsen rekommenderar olika typer av stödinsatser för att täcka olika behov, bland annat i form av hemtjänst, särskilt boende eller dagverksamhet.

Ett särskilt boende kan tillgodose betydande behov av tillsyn och omvårdnad då det inte längre är möjligt att bo kvar i det egna hemmet. Socialstyrelsen rekommenderar att det särskilda boendet för personer med demenssjukdom kännetecknas av dels en inkluderande boendemiljö som främjar känslan av att vara välkommen i dagliga aktiviteter och som känns bekant för personen, dels småskalighet i form av ett begränsat antal lägenheter per boende.

Dagverksamheter för personer med demenssjukdom bör vara anpassade till sjukdomen och därigenom bidra till social samvaro, struktur och innehåll under dagen. Syftet med dagverksamhet är även att ge personer med demenssjukdom möjlighet att bo kvar i sitt hem och att samtidigt förbättra de anhörigas situation.

Andra stödinsatser som Socialstyrelsen rekommenderar är en anpassad måltidsmiljö och möjlighet till utomhusvistelse. Det är viktigt att dessa insatser erbjuds både i ordinärt och i särskilt boende. En annan viktig insats som rekommenderas är stöd till anhöriga i form av utbildning, individuellt anpassat stöd till unga anhöriga och relationsbaserat stödprogram. Det kan även vara aktuellt med avlösning, till exempel i hemmet eller genom att personen med demenssjukdom vistas i korttidsvård eller deltar i dagvård eller dagverksamhet. Syftet med stöd till anhöriga är att minska de anhörigas psykiska och fysiska belastning.

Läkemedelsbehandling

Socialstyrelsen rekommenderar läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom samt memantin vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom. Kolinesterashämmare och memantin kan påverka symtom och bidra till att personer med Alzheimer sjukdom under en period upprätthåller sin kognition och funktionsförmåga eller försämras långsammare.

I dag används även läkemedelsbehandling för att påverka symtom som är konsekvenser av demenssjukdomen, exempelvis vid beteendemässiga och psykiska symtom. Det är dock viktigt att hälso- och sjukvården först efter en utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling erbjuder läkemedelsbehandling vid dessa symtom. Under dessa förutsättningar kan till exempel antidepressiva läkemedel i form av SSRI-preparat erbjudas till personer med demenssjukdom och kvarvarande aggressivitet (till exempel agitation). Ett annat exempel är oxazepam som kan ges vid uttalad oro och ångest.

Utbildning

För att kunna erbjuda en god och personcentrerad vård och omsorg till personer med demenssjukdom är det viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten arbetar för att höja personalens kompetens

inom detta område med hjälp av olika former av utbildningar. Socialstyrelsen rekommenderar därför att vård- och omsorgspersonal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom får långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg och i bemötande av personer med demenssjukdom.

Biståndshandläggares och LSS-handläggares beslut i olika ärenden som rör personer med demenssjukdom förutsätter en grundläggande förståelse för sjukdomen och dess konsekvenser. Socialstyrelsen rekommenderar därför att biståndshandläggare och LSS-handläggare som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom erbjuds utbildning om demenssjukdom.

Rekommendationernas konsekvenser

Rekommendationerna innebär generellt ökade kostnader för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. De ökade kostnaderna förväntas vara bestående även på lång sikt, eftersom de rekommenderade åtgärderna ofta medför ett ökat resursbehov. Bedömningen avser nationell nivå och konsekvenserna kan därmed skilja sig lokalt och regionalt.

Indikatorer för uppföljning

Socialstyrelsen har tagit fram 21 indikatorer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna och olika aspekter av god vård och omsorg.

Under 2017 har Socialstyrelsen påbörjat arbetet med att genomföra en utvärdering av vården och omsorgen till personer med demenssjukdom, som utgår ifrån indikatorerna. Framtagandet av data i samband med utvärderingen innebär att indikatorerna testas och vid behov preciseras. En slutlig version av indikatorerna kommer därför att presenteras tillsammans med utvärderingen, i början av våren 2018.

Under 2018 kommer Socialstyrelsen även att ta fram målnivåer för relevanta indikatorer. Målnivåerna anger till exempel hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss behandling eller omvårdnadsinsats.

Inledning

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om åtgärder vid demenssjukdom. Rekommendationerna omfattar utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, olika typer av stödinsatser, läkemedelsbehandling och tillskott samt utbildning av personal.

Riktlinjerna som är en revidering ersätter Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010* [1].

Innehåll i detta dokument

Det här dokumentet – *Stöd för styrning och ledning* – innehåller följande delar:

- Centrala rekommendationer ur *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Med centrala rekommendationer menas rekommendationer som har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ekonomi och organisation.
- En analys av de centrala rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.
- Indikatorer för att följa upp hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser vid diagnostik, behandling och omsorg av personer med demenssjukdom. Indikatorerna utgår från de centrala rekommendationerna.
- En diskussion om etiska aspekter och vikten av att informera och göra patienten delaktig.

Stöd för styrning och ledning är endast en del av de fullständiga riktlinjerna. Andra delar är bland annat en tillstånds- och åtgärdslista och kunskapsunderlaget för samtliga 76 rekommendationer. De fullständiga riktlinjerna finns på www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.

Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta kunskapsbase-
rade nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden
där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna
fokuserar i första hand på frågeställningar där behovet av vägledning
är särskilt stort.

Riktlinjerna ska bidra till att hälso- och sjukvårdens och social-
tjänstens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens be-
hov och styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är
att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom
att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp eller grupp av brukare.
Målet är att bidra till att patienterna och brukarna får en jämlik och
god vård och omsorg.

Utgångspunkten för riktlinjerna är propositionen *Prioriteringar
i hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). I denna framgår det att
prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska
grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritets-
principen och kostnadseffektivitetsprincipen. En utgångspunkt är
också de bärande principerna i socialtjänstlagen.

Användning och mottagare

De primära mottagarna för riktlinjerna är beslutsfattare inom hälso-
och sjukvården och socialtjänsten, såsom politiker, tjänstemän och
verksamhetschefer. Andra viktiga mottagare är yrkesverksamma
inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Riktlinjernas rekommendationer ska ge vägledning för beslut på
gruppnivå i lednings- och styrningsfrågor. De kan till exempel vara
underlag vid fördelning av resurser eller när hälso- och sjukvården
och socialtjänsten ska ändra ett arbetssätt eller en organisation. De
kan också vara underlag när hälso- och sjukvården och socialtjänsten
tar fram nationella, regionala och lokala vårdprogram.

Rekommendationerna kan även ge personal inom hälso- och
sjukvården och socialtjänsten vägledning i beslut som gäller enskilda
personer. Utöver rekommendationerna måste personalen inom hälso-
och sjukvården och socialtjänsten också ta hänsyn till individens
särskilda förutsättningar och önskemål samt den egna professionella
expertisen.

Avgränsning

Avgränsningen utgår i huvudsak från hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens aktuella behov av vägledning. Riktlinjerna omfattar därför främst kontroversiella områden och åtgärder samt åtgärder där det finns stora praxisskillnader eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort. Fokus är att vägleda riktlinjernas primära mottagare, det vill säga beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, såsom politiker, tjänstemän och verksamhetschefer.

Detta innebär att riktlinjerna inte är heltäckande och att de utelämnar mycket av det som är standardåtgärder inom vården och omsorgen vid demenssjukdom. Områden där det finns föreskrifter eller andra typer av vägledningar från Socialstyrelsen eller andra myndigheter eller nationella aktörer ingår inte heller i riktlinjerna. Det innebär att det finns många åtgärder som inte ingår i riktlinjerna men som hälso- och sjukvården och socialtjänsten ändå bör fortsätta med.

Inför revideringen har Socialstyrelsen också gett en rad intressenter möjlighet att lämna synpunkter på vilka frågeställningar som bör ingå i riktlinjerna.

Förutom inkomna synpunkter och ovan nämnda kriterier har denna revidering tagit utgångspunkt i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom från 2010. De övergripande avgränsningarna är därmed desamma som 2010. De reviderade riktlinjerna har ett tydligare styr- och ledningsperspektiv, vilket har påverkat urvalet av frågeställningar. Eftersom en stor del av vården och omsorgen vid demenssjukdom erbjuds inom kommunernas, landstingens och regionernas primärvård och specialiserade vård, fokuserar dessa riktlinjer dels på det kommunala perspektivet, dels på landstingsperspektivet.

Sedan riktlinjerna från 2010 har vissa frågeställningar tillkommit eller slagits samman med andra medan andra har strukits, till exempel på grund av att åtgärden bedöms vara inaktuell eller att den tas upp i andra riktlinjer. Exempelvis återfinns vissa frågeställningar numera i nationella riktlinjer för vård vid MS och Parkinsons sjukdom, palliativ vård respektive depression och ångestsyndrom [2-4]. Exempel på åtgärder som utgått eller där flera åtgärder slagits samman är olika blodprov vid demensutredningen, eller olika åtgärder för att hantera urinproblematik och förstoppning. Antalet rekommendationer för läkemedel och kosttillskott har också reducerats väsentligt.

En del av de åtgärder som togs upp i de tidigare riktlinjerna är numera rutinåtgärder inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och ingår därför inte i de reviderade riktlinjerna. Att en åtgärd har utgått betyder alltså inte att åtgärden inte bör erbjudas. Som underlag för att bedöma inom vilka områden det fortfarande finns behov av vägledning finns bland annat Socialstyrelsens utvärdering av vården och omsorgen vid demenssjukdom från 2014 [5].

Sammantaget innebär detta att de reviderade riktlinjerna omfattar färre frågeställningar än de tidigare riktlinjerna från 2010.

Samverkan med andra

I arbetet med att ta fram dessa riktlinjer har Socialstyrelsen samarbetat med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och norska Helsedirektoratet som båda har tagit fram kunskapsunderlag.

Förutom dessa myndigheter har representanter för hälso- och sjukvården, socialtjänsten, specialistföreningar och patient-, brukar- och anhörigorganisationer medverkat i avgränsningen av arbetet.

Huvudmännen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten har genom Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) och Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (NSK-S) nominerat experter till prioriteringsarbetet.

Om riktlinjeområdet

Vad är demenssjukdom?

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Kognitiv svikt kan förekomma vid ett antal olika tillstånd och sjukdomar. Det finns över 100 mer eller mindre vanliga sjukdomar, ofta neurologiska, som i sin symtombild har kognitiv påverkan. Även vid hög ålder kan den kognitiva förmågan påverkas av andra mer vanliga sjukdomar där kombinationen hög ålder och multisjuklighet kan leda till påtaglig kognitiv nedsättning.

För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från en tidigare högre nivå. Svikten måste vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.

Tidigare har man utifrån demografi och prevalensberäkningar uppskattat antal personer med demenssjukdom i Sverige till 160 000 personer och ett nyinsjuknande på cirka 25 000 personer per år [6]. Ny epidemiologisk forskning tyder på att förekomsten av demenssjukdom bland de äldsta minskat [7, 8] och detta (som dock inte bygger på en systematisk genomgång) ger en lägre total förekomst på cirka 130 000–150 000 personer med demenssjukdom. Antalet personer med demenssjukdom kommer öka kraftigt efter 2020 när det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår hög ålder.

När det gäller antal nyinsjuknade saknas motsvarande forskning, men en skattning indikerar att antalet nyinsjuknade är närmare 20 000 personer än 25 000 personer per år. Skattningen av antalet demenssjuka yngre personer är osäker.

Skattningen ovan inkluderar inte personer med lindrig kognitiv störning som inte uppfyller de diagnostiska kriterierna på demenssjukdom. Antalet personer med demenssjukdom samt de med lindrig kognitiv störning är sannolikt över 200 000 personer.

Olika typer av demenssjukdom

Det finns flera olika typer av demenssjukdom. Några av de vanligare demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Lewykroppsdemens och frontotemporal demenssjukdom. Det finns också så kallad blanddemens som innebär att personer har både vaskulär demens och Alzheimers sjukdom. Debuterar demenssjukdomen före 65 års ålder kallas det för demenssjukdom hos yngre eller tidigt debuterande demenssjukdom.

Demenssjukdom kan ha olika symtom och förlopp beroende på vilken typ av demens personen lider av. En förutsättning för att kunna ge stöd och en god vård och omsorg till personer med demenssjukdom är att personen genomgått en utredning för att fastställa en diagnos som omfattar en bedömning av både sjukdomens typ och stadium.

Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen och symtomen kommer ofta smygande och tilltar efterhand. Typiska tidiga symtom är svårigheter att minnas till exempel namn och händelser i närtid, koncentrationssvårigheter, lätta språkstörningar och nedsatt orienteringsförmåga. Allt eftersom sjukdomen fortskrider ökar dessa symtom och i senare sjukdomsstadium har personer med sjukdomen svårt att kommunicera.

Vaskulär demens kan debutera plötsligt och har ett trappstegsliknande förlopp som orsakas av proppar eller blödningar i hjärnan som leder till syrebrist och hjärncellsdöd. Symtom såsom depression förekommer, men symtomen varierar beroende på vilka delar av hjärnan som är skadade. Skador i tinningloberna påverkar minnet, skador i hjässloberna påverkar analysförmågan och skador i pannloberna ger personlighetsförändringar.

Lewykroppsdemens är ett tillstånd som har likheter med både Alzheimers sjukdom och Parkinsons sjukdom. Tidiga tecken i sjukdomsförloppet är trötthet samt nedsatt uppmärksamhet och rumslig orientering, medan minnesstörningen kommer senare. Det är även vanligt med ökad falltendens och synhallucinationer. Tidigt i sjukdomsbilden kan även symtom som är typiska vid Parkinsons sjukdom förekomma, såsom stelhet, begränsad mimik och ökad salivation.

Frontotemporal demenssjukdom (eller frontallobsdemens eller pannlobsdemens) kännetecknas av att hjärnskadorna framför allt sitter i främre delen av hjärnan. Sjukdomsförloppet är smygande. Tidiga tecken är personlighetsförändringar, bristande omdöme eller nedsatt språklig förmåga, medan exempelvis minnet ofta fungerar bra i början av sjukdomen. Något senare påverkas även förmågan till abstrakt tänkande och problemlösning. Sjukdomen börjar i regel vid 50–60 års ålder, men kan även börja betydligt tidigare.

Stadieindelning vid demenssjukdom

Diagnostiserad demenssjukdom brukar delas upp i tre stadier:

- *Mild demenssjukdom* betecknar ett tidigt skede när personen kan klara vardagen utan stora insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- *Måttlig demenssjukdom* betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver tillsyn, stöd och hjälp för att klara vardagliga sysslor.
- *Svår demenssjukdom* betecknar det skede när personen behöver ständig tillsyn och hjälp med det mesta.

Lindrig kognitiv störning innebär en lindrig kognitiv nedsättning som är fastställd utifrån tester eller uppgifter från anhöriga, men där diagnoskriterierna för demenssjukdom inte är uppfyllda. Svikten är heller

inte så omfattande att det sociala livet eller arbetet påverkas. Ibland kan symtomen gå tillbaka. Lindrig kognitiv störning kan ha flera orsaker, till exempel somatisk eller psykisk sjukdom hos en äldre skör person. Den vanligaste orsaken är tidig demenssjukdom, exempelvis Alzheimers sjukdom. En vanlig benämning för detta tillstånd är även det engelska uttrycket ”mild cognitive impairment” (MCI).

Alzheimers sjukdom, med lindrig kognitiv funktionsnedsättning innebär en lindrig kognitiv nedsättning med fastställda förändringar av biomarkörer som tyder på Alzheimers sjukdom.

Diagnosklassifikationer och benämningar

Det finns flera olika termer för och definitioner av att ha *kognitiv svikt*. De termer som används har också olika betydelse beroende på verksamhet och yrkesgrupp.

På det medicinska området är termerna huvudsakligen kopplade till de diagnosystem som används – International statistical classification of diseases and related health problems (ICD) [9] och Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) [10]. I Sverige används främst ICD vid diagnostik inom hälso- och sjukvården, medan DSM används inom forskning och i viss mån inom psykiatrisk verksamhet. Den nu gällande versionen av ICD (ICD-10) är från 1990. Ett arbete pågår inom World Health Organisation (WHO) med att uppdatera ICD-10 och att publicera en ny version (ICD-11).

I ICD och DSM bygger diagnostiken på att ett antal kliniskt relaterade kriterier ska uppfyllas. Diagnosen förutsätter exempelvis att den kognitiva nedsättningen är av en viss svårighetsgrad. Den senaste versionen av DSM (DSM-5) från 2013 använder delvis nya kriterier och benämningar. I stället för demenssjukdom används kognitiv sjukdom och lindrig kognitiv funktionsnedsättning. I dessa riktlinjer används benämningen demenssjukdom från ICD 10 eftersom det är främst denna som i nuläget används vid diagnostik inom hälso- och sjukvården. Myndigheten kommer dock att bevaka förändringar inom området i den kommande ICD-11 och hantera dessa vid behov.

Inom socialtjänsten gör man i praktiken inga diagnostiska överväganden, såvida det inte är fråga om samarbete med hälso- och sjukvården.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom samt konfusion

Vid demenssjukdom kan en rad olika sekundära symtom uppträda. De brukar sammanföras under benämningen beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). BPSD kan uppträda under hela sjukdomsförloppet och symtomen kan vara övergående. Symtomen kan variera och bero på flera saker. De kan exempelvis bero på den demenssjuka personens oförmåga att korrekt bearbeta information och förmedla sig, vilket exempelvis kan leda till hallucinationer, vanföreställningar och aggressivitet. BPSD är mycket plågsamma för den som drabbas, men också för de anhöriga.

Personer med demenssjukdom kan även drabbas av konfusion. Konfusion yttrar sig som snabbt påkommen förvirring i tid och rum. Symtomen kan skifta snabbt mellan kraftig förvirring och korta stunder av medvetenhet. Förutom en ofta uttalad rädsla hos den drabbade förekommer även hallucinationer och vanföreställningar. Konfusion har oftast en bakomliggande orsak, till exempel en kroppslig sjukdom eller skada.

Tillståndet kräver snabb utredning av bakomliggande orsaker för att möjliggöra snabba åtgärder eftersom tillståndet kan vara livshotande om det inte hävs. Personer med demenssjukdom är särskilt känsliga för att utveckla ett konfusionstillstånd.

Både BPSD och konfusion kräver en noggrann analys av tänkbara utlösande och förvärrande faktorer för att möjliggöra en god behandling.

Fysisk inaktivitet vid demenssjukdom

Demenssjukdom medför förutom nedsatt kognitiv förmåga även en successivt försämrad fysisk funktionsförmåga, vilket kan leda till att personen blir fysiskt inaktiv. Fysisk inaktivitet är ett stort hälsoproblem bland personer med demenssjukdom. Många personer uppnår inte den fysiska aktiviteten som rekommenderas i – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS 2015) [11] eller internationella rekommendationer om fysisk aktivitet (WHO 2010) [12] för att förebygga ohälsa bland äldre personer.

Behovet av att vara fysiskt aktiv för att främja hälsa finns såväl hos personer med demenssjukdom som hos den övriga befolkningen. Per-

soner med demenssjukdom kan dock ha svårt att tillgodose sitt behov på egen hand.

Vården och omsorgen av personer med demenssjukdom

Det går inte att bota en demenssjukdom, utan syftet med hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens åtgärder är att underlätta vardagen och bidra till en så god livskvalitet som möjligt under sjukdomens olika skeden. Åtgärderna inriktas på att lindra symtom och att på olika sätt kompensera för de funktionsnedsättningar som personer med demenssjukdom drabbas av.

Läkemedelsbehandling kan påverka den kognitiva funktionen positivt vid Alzheimers sjukdom, men däremot inte bromsa sjukdomsförloppet. Läkemedelsbehandling används också i viss mån vid BPSD eller konfusion.

Personcentrerad vård och omsorg

Vård och omsorg vid demenssjukdom sker genom ett personcentrerat förhållningssätt. Det innebär att personen som lever med demenssjukdom sätts i fokus, inte diagnosen. Förhållningssättet syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att ha en förståelse för att olika problem kan uppstå, till exempel beteendemässiga och psykiska symtom.

I den personcentrerade vården och omsorgen uppmuntras personen med demenssjukdom, ibland tillsammans med anhöriga, att berätta om sig själv och sitt liv för att underlätta förståelsen för den demenssjukes livsmönster, värderingar och preferenser. Berättelsen kan fungera som utgångspunkt för att ge en personcentrerad vård och omsorg.

Den personcentrerade vården och omsorgen innebär att personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

- bemöter personen med demenssjukdom som en person med egen självkänsla och egna upplevelser och rättigheter, trots förändrade funktioner
- strävar efter att förstå vad som är bäst för personen med demenssjukdom utifrån dennes perspektiv

- värnar personen med demenssjukdoms självbestämmande och möjlighet till medbestämmande
- ser personen med demenssjukdom som en aktiv samarbetspartner
- deltar tillsammans med anhöriga i den kontinuerliga vård- och omsorgsplaneringen, om personen med demenssjukdom så önskar
- möter personen med demenssjukdom i dennes upplevelse av världen
- strävar efter att involvera personen med demenssjukdoms sociala nätverk i vården och omsorgen
- försöker upprätta och bevara en relation till personen med demenssjukdom.

I vård och omsorg av personer med demenssjukdom används olika arbetssätt och metoder i syfte att öka livskvaliten. Bemötandemetoder såsom validation, reminiscens, taktil stimulering, djur i vården, vårdarsång och strukturerade insatser med musik, sång och dans är exempel på arbetssätt och metoder som kan ses som redskap i utförandet av en personcentrerad vård och omsorg.

Ett personcentrerat förhållningssätt innebär också att vården och omsorgen särskilt beaktar behov som är relaterade till att personer har annan kulturell eller språklig bakgrund. Att ta kulturell hänsyn handlar exempelvis om att ge personen med demenssjukdom möjlighet till att utöva sin religion, få kulturellt anpassad mat, bevara sina kulturella traditioner och sedvänjor och få tillgång till personal som talar samma språk som personen med demenssjukdom.

Den personcentrerade vården och omsorgen underlättas av att vården och omsorgen är multiprofessionell och teambaserad. Syftet med detta arbetssätt är att bidra till en kontinuitet i vården och omsorgen och till att underlätta bedömningar som kräver flera kompetenser. Att vården och omsorgen är multiprofessionell och teambaserad bidrar också till ett helhetsperspektiv i den vård och omsorg som erbjuds.

Status och utveckling inom området

Nationell strategi om demenssjukdom

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram ett underlag för en bred nationell strategi om demenssjukdomar och en plan för

prioriterade insatser inom området fram till 2022. Underlaget publicerades i slutet av juni 2017.

Socialstyrelsen har identifierat sju problem- och utvecklingsområden, varav några har identifierats som lämpliga för prioriterade insatser fram till år 2022 [13]. Exempel på områden är

- samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst
- kunskap och kompetens
- uppföljning och utvärdering.

Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre

Regeringen har tillsatt en särskild utredare som har tagit fram ett förslag till en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (SOU 2017:21). Syftet är att genom långsiktiga insatser inom strategiskt viktiga områden säkra utvecklingen av god kvalitet i den framtida äldreomsorgen. Insatserna som föreslås är på en nationell, regional och lokal nivå.

Nationell utvärdering av vården och omsorgen vid demenssjukdom

För att följa upp tillämpningen av de nationella riktlinjerna genomför Socialstyrelsen utvärderingar inom de områden av vården och omsorgen som omfattas av de nationella riktlinjerna. Syftet är att utvärdera kvaliteten och om möjligt effektiviteten inom vården och omsorgen, men också att belysa i vilken mån rekommendationerna i riktlinjerna har fått genomslag inom verksamheterna.

Ett annat syfte är att den kunskap som man vinner i utvärderingsarbetet ska kunna omsättas och integreras i revideringen av de befintliga riktlinjerna. Det kan till exempel gälla resultat som visar att vården och omsorgen inte är jämlikt fördelad eller ges med samma kvalitet utifrån olika socioekonomiska aspekter. Genom att belysa dessa brister kan utvärderingarna driva på att vården ges utifrån riktlinjernas rekommendationer, men också ge vägledning om vad som behöver lyftas fram i de nationella riktlinjerna.

År 2014 publicerade Socialstyrelsen *Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014* [5]. Utvärderingen visar att det

har skett förbättringar inom vård och omsorg vid demenssjukdom inom många områden sedan Socialstyrelsen publicerade *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010* [1]. Det kvarstår dock brister när det gäller utredning, behandling och de vård- och omsorgsinsatser som ges.

Skillnaderna i landet är stora, till exempel när det gäller vilka utredningsmetoder som används, i vilken utsträckning läkemedel förskrivs och vilka insatser kommunerna erbjuder till personer med demenssjukdom. Vidare tycks socioekonomiska förhållanden, såsom utbildning och födelseland, påverka vilka insatser som ges.

Socialstyrelsens arbete med att genomföra utvärderingen har även visat att det saknas jämförbara uppgifter som beskriver hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter när det gäller demenssjukdom. För att kunna följa upp vårdens och omsorgens strukturer, processer och resultat krävs en fortsatt utveckling av datakällor – på både lokal, regional och nationell nivå. Det behövs en utveckling av både registerdata och mer kvalitativa data, som beskriver innehållet i kvaliteten på de vård- och omsorgsinsatser som ges.

För att utvärdera huruvida verksamheterna arbetar i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer samlar myndigheten in data från olika register och genom enkätutskick till regioner och kommuner. Resultaten presenteras i början av 2018.

Kompletterande kunskapsstöd

Vård och omsorg om äldre

Webbplatsen Kunskapsguiden.se [14] är en nationell plattform som samlar kunskap inom evidensbaserad praktik, psykisk ohälsa, äldre, missbruk och beroende, barn och unga samt funktionshinder. Kunskapsguiden ska ge personal som arbetar med hälsa, vård och omsorg bästa tillgängliga kunskap samt stöd och vägledning inom aktuella områden. Inom äldreområdet finns det information om olika kunskapsstöd, kurser och utbildningar.

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsverket har tagit fram en rekommendation om läkemedelsbehandling av kognitiv störning vid Alzheimers sjukdom. Rekommendationen fokuserar på kognitiva effekter av behandling med

kolinesterashämmare och svarar på frågor om utsättning, uppföljning av behandling och skillnader mellan olika preparat [15].

Läkemedelsverket ger också rekommendationer om läkemedelsbehandling och bemötande vid BPSD [16].

Webbutbildning baserad på nationella riktlinjer

Demens ABC är en webbutbildning som riktar sig framför allt till personal inom vård och omsorg och som är baserad på Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Demens ABC plus är ett samlingsnamn för sex webbutbildningar för olika målgrupper. Syftet med utbildningarna är bland annat att sprida kunskap och erfarenhet om hur man genom god vård och omsorg kan minimera användningen av lugnande läkemedel och tvingande skyddsåtgärder. Utbildningarna finns tillgängliga på Svenskt Demenscentrums webbplats [17].

Tvångs- och skyddsåtgärder

Inom vård och omsorg uppkommer frågor om vilka åtgärder som får vidtas gentemot enskilda som av olika anledningar saknar förmåga att ge uttryck för hur de ställer sig till den aktuella åtgärden. Socialstyrelsens meddelandeblad *Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna* [18] innehåller en redogörelse för det regelverk som gäller och som måste beaktas när frågor om tvångs- och skyddsåtgärder för vuxna aktualiseras i en verksamhet.

Svenskt Demenscentrum har tagit fram en handbok som ingår i deras utbildningspaket *Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar* [19]. Syftet med handboken är att inspirera och ge verktyg för att utveckla det personcentrerade arbetssättet. En personcentrerad vård och omsorg är nyckeln till att kunna förebygga svåra situationer och utveckla strategier för att bemöta dem om de ändå uppstår.

Måltiden och ätandet samt nutrition

Demenssjukdom medför en gradvis försämring av förmågan att äta, men med förståelse för problemet kan hjälp till ätande ges på olika sätt. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska enligt SOFS 2014:10 ha fastställda rutiner för förebyggande av och behandling vid undernäring. Sammanställningen *Måltiden och ätandet bland personer med demens* [20] kan utgöra underlag för hälso- och sjukvården

och socialtjänsten när det gäller vilket stöd personer med demenssjukdom kan behöva i samband med måltiden.

Det är av yttersta vikt att näringsintaget är optimalt bland äldre och sjuka. Socialstyrelsens *Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring* [21] visar metoder som förebygger och behandlar undernäringstillstånd. Den går igenom specialkost och ger förslag på hur en god måltidsmiljö kan vara. The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism har tagit fram riktlinjer (Eспен guidelines) inom området som syftar till att ge evidensbaserade rekommendationer om nutritionsbehandlingar till äldre personer med demenssjukdom [22].

Risk för fallskador

Många av dem som råkar ut för fallolyckor är äldre och eftersom risken att drabbas av demenssjukdom ökar med stigande ålder har också personer med demenssjukdom en ökad risk för att drabbas. Fallskador kan förhindras och förebyggas genom att äta rätt, vara fysiskt aktiv och att vara medveten om att olika läkemedel kan öka risken för fall. Mer information om hur fallolyckor kan förebyggas finns i Socialstyrelsens kampanj *Balansera mera – Tips och råd för att förhindra fallolyckor* [23]

Andra angränsande nationella riktlinjer

När en demenssjukdom har gått över i senare och svårare stadier kan det bli aktuellt att vården övergår till palliativ vård. Vägledning, rekommendation och indikatorer om generella palliativa åtgärder finns i Socialstyrelsens *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede* [2]. Kunskapsstödet fokuserar på palliativ vård i livets slutskede, när målet med vården övergår från att vara kurativt syftande till att enbart lindra lidande och främja livskvalitet.

Ohälsosamma levnadsvanor såsom riskbruk av alkohol kan vara en orsak till kognitiv störning. Rekommendationer om metoder för att stödja personer att förändra ohälsosamma levnadsvanor finns i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* [24].

Även missbruk och beroende av alkohol kan vara en orsak till kognitiv störning. Rekommendationer om åtgärder till personer med missbruk och beroende finns i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* [25].

Centrala rekommendationer

I det här kapitlet presenteras ett antal centrala rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ur ett styr- och ledningsperspektiv.

Samtliga rekommendationer redovisas i bilaga 1. Samtliga rekommendationer redovisas också i en tillstånds- och åtgärdslista som finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktklinjer.

Om rekommendationerna

Tre typer av rekommendationer

För att kunna rekommendera en viss åtgärd rangordnar Socialstyrelsen olika tillstånds- och åtgärds kombinationer. Sammantaget ges olika typer av rekommendationer: rekommendationer med rangordning 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra*. Tabell 1 nedan beskriver översiktligt de olika typerna av rekommendationer.

Tabell 1. Socialstyrelsens olika typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Rangordning 1–10	Åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten <i>bör, kan eller kan i undantagsfall</i> erbjuda. De rangordnade åtgärderna redovisas enligt prioriteringsskalan 1–10, där åtgärder med prioritering 1 har störst angelägenhetsgrad och 10 lägst.
FoU	Åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering.
Icke-göra	Åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården och socialtjänsten att sluta använda åtgärderna.

Metoden för rangordningsprocessen och kunskapsunderlaget för samtliga rekommendationer finns i bilagorna *Metodbeskrivning*,

Kunskapsunderlag och Hälsoekonomiskt underlag. Bilagorna finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Rekommendationer med rangordning 1–10

För att stödja mottagarna att tolka och tillämpa de rekommendationer som har en rangordning (1–10) formuleras rekommendationerna som åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten *bör, kan* eller *kan i undantagsfall* erbjuda vid ett visst tillstånd. Syftet är att stödja mottagarna att tolka rangordningen 1–10 och tillämpa rekommendationerna.

Bör används för rekommendationer med rangordning 1–3, *kan* för 4–7 och *kan i undantagsfall* för 8–10.

Rangordningen utgår från nationella modellen

Socialstyrelsens rangordning av olika tillstånds- och åtgärds kombinationer utgår från den nationella modellen för prioriteringar [26]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

Enligt den nationella modellen ska rangordningen baseras på en samlad bedömning av

- tillståndets svårighetsgrad (avgörs utifrån risken för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död vid ett visst tillstånd)
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektivitet.

Socialstyrelsen beaktar även evidens för effekt, det vill säga hur starkt det vetenskapliga stödet är. I dessa riktlinjer, som även vänder sig till socialtjänsten, har Socialstyrelsen modifierat modellen med hänsyn till grundprinciperna i socialtjänstlagen, SoL [27]. I den modifierade modellen beaktas därmed inte tillståndets svårighetsgrad vid åtgärder som gäller socialtjänsten.

Utredning och uppföljning

Vid misstanke om demenssjukdom är det viktigt med en snabb och adekvat medicinsk utredning för att bedöma den kognitiva funktio-

nen och om möjligt fastställa eller utesluta demenssjukdom. De utredningar som hälso- och sjukvården gör i dag är inte alltid fullständiga, och både väntetiderna och utredningstiderna är på en del håll för långa. Det finns dessutom ett stort behov av kunskap och förbättrade förutsättningar inom primärvården, där den största andelen basala demensutredningar genomförs [5].

En ökande andel patienter söker vård i ett tidigt skede av sin demenssjukdom, och vissa uppvisar enbart symtom på lindrig kognitiv störning. Det ställer höga krav på differentialdiagnostiken. För det första vill man utesluta andra tillstånd som kan ge demensliknande symtom, exempelvis olika neurologiska sjukdomar och affektiva besvär. För det andra vill man identifiera vilken typ av demenssjukdom personen lider av. För det tredje ska det vara möjligt att erbjuda en vård som är anpassad efter tillstånd och individens behov.

Ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt i utredningen är nödvändigt för att få en bred beskrivning av individens problematik. Såväl medicinska besvär och sociala aspekter exempelvis funktions- och aktivitetsnivå i dagliga livet är av betydelse. Det multiprofessionella teamets olika utredningsmoment behöver sammanfattas i utredningen. Eftersom demenssjukdom ofta innebär en nedsatt kognitiv förmåga, ställer det extra stora krav på individuell anpassning, lyhördhet och kommunikativ kompetens hos vård- och omsorgspersonalen. Socialstyrelsens handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal* [28] beskriver lagstiftning, föreskrifter och andra regler som gäller patientens ställning och rätten till information, delaktighet och kontinuitet.

Det är också viktigt att anhöriga tar del av information om de bedömningar och den planering som görs, och exempelvis deltar vid möten. Informationen får dock inte lämnas till någon närstående, om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta (3 kap. 5 § patientlagen 2014:821). Det är också viktigt att ge information till anhöriga om möjligheten till anhörigstöd, enligt 5 kap. 10 § SoL.

För att följa en person genom hela förloppet i en demenssjukdom behövs en regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser.

Att uppmärksamma BPSD är en viktig del i uppföljningen. Det är

då centralt att utreda möjliga bakomliggande orsaker till symtomen. Uppföljningen och utvärderingen av insatta åtgärder behöver göras strukturerat och med möjlighet att följa utveckling av symtomen över tid. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har även ett ansvar att följa upp munhälso- och ätproblem hos personer med demenssjukdom.

Basal demensutredning

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 3, 4a, 5, 6, 10 och 14)

En person med misstänkt demenssjukdom där den bakomliggande orsaken till symtomen inte är känd genomgår vanligtvis en basal demensutredning. Den basala utredningen syftar till att fastställa

- om personen har en kognitiv svikt och om den beror på en demenssjukdom eller om annan sjukdom orsakar eller bidrar till den kognitiva svikten
- vilka personer som är i behov av en fortsatt utvidgad utredning
- vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad man kan göra för att minimera eller kompensera för dessa.

Diagnostiken vid demenssjukdom grundar sig på en sammanvägd bedömning utifrån strukturerad anamnes, strukturerade intervjuer med anhöriga, fysiskt och psykiskt tillstånd, kognitiva test och en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga. Bedömningen av det fysiska tillståndet kan bland annat utgå från blodprov med efterföljande analys, beroende på patientens aktuella symtom. I utredningen ingår också en strukturell hjärnabbildning med datortomografi. Strukturell hjärnabbildning med magnetresonanstomografi kan utföras som ett alternativ till datortomografi inom den basala demensutredningen om utrustningen är mer tillgänglig än datortomografi inom den aktuella verksamheten.

Vid intervjuer med anhöriga (eller andra personer som personen med misstänkt demenssjukdom anser sig ha en nära relation till) kan hälso- och sjukvården inhämta information om tidigare sjukdom och läkemedelsbehandling. Den anhöriga har ofta noterat förändringar hos personen under lång tid när det gäller kognitiva funktioner och sett hur dessa påverkar det dagliga livet.

De kognitiva test som ingår i dessa riktlinjer är bland annat klocktest som komplement till MMSE-SR, MoCA och i vissa fall RUDAS.

MMSE-SR (från engelskans ”mini mental state examination, svensk revidering”) är ett bedömningsinstrument för kognitiva funktioner såsom rums- och tidsorientering, uppmärksamhet, minne, språk och visuospatial förmåga. Klocktestet mäter bland annat konstruktionsförmåga och exekutiv förmåga, och används bland annat som ett komplement till MMSE-SR i den basala demensutredningen.

RUDAS (från engelskans ”the Rowland universal dementia assessment scale”) är ett bedömningsinstrument som mäter kognitiva funktioner såsom minne, visuospatial orientering, förmåga att utföra viljemässiga rörelser och handlingar (praxis), visuokonstruktion, omdöme och språk. Testet är utvecklat och anpassat för målgrupper med annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå.

MoCA (från engelskans ”the Montreal Cognitive Assessment”) är ett snabbt bedömningsinstrument som används vid misstänkt demenssjukdom. Det utvärderar uppmärksamhet och koncentration, exekutiva funktioner, minne, språklig förmåga, visuokonstruktiva förmågor, abstrakt tänkande, räkneförmåga och tids- och rumsorientering.

Vid en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmågan tar man hänsyn till tidigare funktionsnivå och aktuell samsjuklighet. Denna bedömning kan exempelvis utföras av en arbetsterapeut och kan ge relevant information i relation till de kognitiva testresultaten. Bedömningen är en del i diagnostiken för att kunna värdera graden av demenssjukdom och planera stödinsatser. Ofta görs dels en intervju med både personen med demenssjukdom och den sjukas anhöriga, dels en observation av den sjuke under relevanta uppgifter och aktiviteter, såsom att tillaga en enkel måltid, hantera vardagsteknik (telefon, tv och datorer) och klara klädsel och hygien.

Vilka åtgärder som ingår i utredningen behöver utgå från personens helhetssituation och behov. Det finns även situationer då det inte är lämpligt att genomföra alla delar av utredningen. Det kan exempelvis vara vid tillståndsåsom Downs syndrom eller alkoholmissbruk.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda strukturerade intervjuer med anhöriga till personer med misstänkt demenssjukdom som en del i den basala demensutredningen. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till en bättre diagnostisk i den basala demensutredningen, jämfört med om dessa personer inte har fått åtgärden. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda klocktest som komplement till MMSE-SR som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att klocktest i kombination med MMSE-SR har bättre diagnostisk tillförlitlighet för att påvisa kognitiv svikt och demenssjukdom jämfört med enbart MMSE-SR.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda RUDAS som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom och annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden förbättrar diagnostiken för att påvisa demenssjukdom hos denna grupp.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda en strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmågan som en del i den basala utredningen till personer med misstänkt demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till en bättre tillförlitlighet i diagnostiken och till att uppmärksamma funktionsnedläggningar hos personer med misstänkt demenssjukdom, jämfört med om de inte har fått åtgärden. Dessutom har åtgärden inga negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda datortomografi som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till möjligheten att utesluta andra orsaker än demenssjukdom som orsak till kognitiv svikt hos personer med misstänkt demenssjukdom, jämfört med om de inte har fått åt-

gården. Åtgärden har dessutom få negativa konsekvenser för personer med misstänkt demenssjukdom. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda bedömning med MoCA som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ökar möjligheten att ställa korrekt diagnos och att tillståndet har måttlig svårighetsgrad.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda strukturerade intervjuer med anhöriga till personer med misstänkt demenssjukdom som en del i den basala demensutredningen (*prioritet 1*)
- erbjuda klocktest som komplement till MMSE-SR som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom (*prioritet 2*)
- erbjuda RUDAS som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom och annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå (*prioritet 2*)
- erbjuda en strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmågan som en del i den basala utredningen till personer med misstänkt demenssjukdom (*prioritet 2*)
- erbjuda datortomografi som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda MoCA som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom (*prioritet 5*).

Utvidgad demensutredning

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 15, 16, 19, 20, 21 22 och 94)

Utvidgad demensutredning används för att fastställa diagnos i de fall en basal demensutredning inte varit tillräcklig eller då det finns andra komplicerande omständigheter. Det är till exempel vanligt att yngre personer med misstänkt demenssjukdom enbart utreds och bedöms inom ramen för en utvidgad demensutredning.

Vilka delar som hälso- och sjukvården väljer för den utvidgade utredningen av en enskild individ beror dels på vad som framkommit i den basala utredningen, dels på vad hälso- och sjukvården bedömer som nödvändigt i det enskilda fallet.

I den utvidgade demensutredningen ingår neuropsykologiska test som täcker flera kognitiva domäner, strukturell avbildning av hjärnan med magnetresonanstomografi, FDG-PET-undersökning (fluorodeoxyglukos-positronemissionstomografi) för att mäta glukosmetabolism och lumbalpunktion för analys av biomarkörer och SPECT (single photon emission computed tomography) för att mäta dopamintransport och blodflöde i hjärnan,.

Forskning pågår när det gäller diagnostik med amyloid-PET som används för att påvisa eventuell förekomst av amyloida plack i hjärnan vid misstänkt Alzheimers sjukdom.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda neuropsykologiska test för att bedöma minne, språk, uppmärksamhet och exekutiv och spatial förmåga, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till en bättre diagnostisk tillförlitlighet.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda strukturell magnetresonanstomografi, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till möjligheten att ställa korrekt diagnos hos personer med misstänkt demenssjukdom, jämfört med om de inte har fått åtgärden. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda funktionell FDG-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till en bättre diagnostisk tillförlitlighet.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda analys av biomarkörer i cerebrospinalvätska, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ökar möjligheten att ställa korrekt diagnos vid Alzheimers sjukdom. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda mätning av dopamintransportsystemet i hjärnan med SPECT, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt Lewykroppsdemens. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden möjliggör att ställa korrekt diagnos vid misstänkt Lewykroppsdemens, som är ett svår-diagnostiserat tillstånd. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda mätningar av det regionala blodflödet i hjärnan med SPECT, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan bidra till en bättre tillförlitlighet i diagnostiken av personer med misstänkt demenssjukdom, jämfört med om de inte har fått åtgärden. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Samtidigt finns det andra metoder som har ett bättre stöd, till exempel FDG-PET, vilket har påverkat prioriteringen.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast inom ramen forskning och utveckling erbjuda mätningar med amyloid-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt och att forskning om åtgärden pågår.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda neuropsykologiska test för att bedöma minne, språk, uppmärksamhet och exekutiv och spatial förmåga, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda strukturell magnetresonanstomografi, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom (*prioritet 4*)
- erbjuda funktionell FDG-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom (*prioritet 4*)
- erbjuda analys av biomarkörer i cerebrospinalvätska, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom (*prioritet 4*)
- erbjuda mätning av dopamintransportsystemet i hjärnan med SPECT, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt Lewykroppsdemens (*prioritet 5*)
- erbjuda mätningar av regionala blodflödet i hjärnan med SPECT, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom (*prioritet 7*).

Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling

- erbjuda mätningar med amyloid-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demenssjukdom (*prioritet FoU*).

Regelbunden och sammanhållen uppföljning

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 30B)

Demenssjukdom leder till att den kognitiva förmågan och funktions- och aktivitetsförmågan successivt försämras. Behovet av medicinska

och sociala åtgärder ökar och förändras därmed över tid. Många personer med demenssjukdom är äldre och behandlas dessutom ofta med andra läkemedel förutom de som förskrivs för den kognitiva störningen. Detta får till följd att andra sjukdomstillstånd också behöver följas upp. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten regelbundet följer upp personer med demenssjukdom.

En regelbunden och strukturerad uppföljning av personer med demenssjukdom syftar till att bedöma demenssjukdomen, dess konsekvenser och personens behov av medicinskt och psykosocialt stöd samt att se till att dessa tillgodoses. Hälso- och sjukvårdens uppföljning syftar också till att bedöma personens alla medicinska behov och omfattar därför vanligtvis en medicinsk undersökning, en läkemedelsgenomgång, en strukturerad bedömning av personens funktions- och aktivitetsförmåga och ett samtal med anhöriga. Om personen är fortsatt hemmaboende och demenssjukdomen tilltar, uppstår ofta ett behov av hemsjukvård för fortsatt medicinskt omhändertagande. Socialtjänstens uppföljning kan till exempel innefatta en uppdatering av individens genomförandeplan som beskriver de mål och insatser som aktuell personal har kommit överens om tillsammans med den enskilda om hur insatsen ska genomföras eller beslut om ytterligare biståndsinsatser.

För att kunna ha ett helhetsperspektiv på den demenssjukas situation är det viktigt att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens uppföljning är sammanhållen. En samordnad individuell plan (SIP) kan vara ett verktyg för hälso- och sjukvården och socialtjänsten vid uppföljning av individuellt anpassade stödinsatser (2 kap. 7 § 2001:453, SoL, och 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL). Uppföljningen behöver genomföras minst en gång per år för att det ska vara möjligt att snabbt fånga upp förändringar i personers behov av åtgärder. Beroende på individens behov kan uppföljningen behöva genomföras oftare.

Under hela sjukdomsförloppet har sjuksköterskan (först i landstingsregi och sedan i kommunal regi), med stöd av läkare, en central roll för att fånga problemområden och koppla in lämpliga professioner när behov uppstår.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda en regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser till personer med demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden är positiv på viktiga effektmått, såsom livskvalitet och funktion. Sammanhållen uppföljning är en viktig förutsättning för den personcentrerade vården och omsorgen. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda en regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser till personer med demenssjukdom (*prioritet 1*).

Uppföljning och utvärdering vid BPSD

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 31)

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet någon form av beteendemässiga eller psykiska symtom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) omfattar en rad olika symtom som har två saker gemensamt – de orsakar stort lidande för personen med demenssjukdom och är ofta särskilt svåra att möta för anhöriga och vårdpersonal.

De beteendemässiga och psykiska symtomen kan handla om affektiva symtom såsom depression, mani eller hypomani, ångest eller irritabilitet, men också psykotiska symtom, såsom hallucinationer och vanföreställningar. Det är också vanligt med både hyperaktivitet med agitation och att personen gör samma sak om och om igen utan att man kan förstå syftet med handlingen eller apati med initiativlöshet och tillbakadragenhet.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver följa upp personer med BPSD och utvärdera effekten av insatta åtgärder för att lindra symtomen och i möjligaste mån kompensera för den funktionsnedsättning som demenssjukdomen medför. Uppföljningen syftar i förlängningen till att skapa förutsättningar för bästa möjliga livskvalitet för personen med demenssjukdom. Uppföljning vid BPSD omfattar vanligtvis följande åtgärder:

- Observation och kartläggning av den demenssjuka personen och dennas närmiljö. Observationen utförs av vård- och omsorgsteamet. Ett ofta använt instrument är skattningsskalan NPI (Neuro Psychiatric Inventory).
- Analys av bakomliggande orsaker, inklusive utlösande och lindrande faktorer, och av grundläggande behov såsom mat, dryck, sömn och smärta. I analysen kan också en medicinsk utredning med fysisk och psykisk status ingå.
- Planering av individanpassade åtgärder samt läkemedelsgenomgång.
- Utvärdering av insatta åtgärder där man använder samma instrument som vid observation och kartläggning, vilket ger jämförbara mått.

Behandlingen vid olika beteendemässiga och psykiska symtom är inriktad på att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symtomen. Det kan vara behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem och svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön. Det kan också vara orealistiska eller för stora krav på den demenssjuke, brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög läkemedelsdos eller olämpliga läkemedel. Symtomen kan också bero på personens hjärnskada.

Grunden för behandlingen är en personcentrerad vård och omsorg och en översyn och anpassning av den fysiska miljön och personalens bemötande.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda strukturerad uppföljning av BPSD och utvärdering av insatta åtgärder till personer med BPSD. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till lindrigare beteendemässiga och psykiska symtom, förbättrad funktion och livskvalitet, och minskat omsorgsbehov hos personer med BPSD, jämfört med om de inte har fått åtgärden. Åtgärden bidrar även till minskad upplevd belastning och mindre risk för depression och ångest eller oro hos anhöriga. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda strukturerad uppföljning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och utvärdering av insatta åtgärder till personer med BPSD (*prioritet 1*).

Diagnostik av munhälsa och ätproblem

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 33)

Munhälsan påverkar det dagliga livet för personer med demenssjukdom på många sätt; till exempel kan en försämrad munhälsa leda till ett förändrat näringsintag. Risken för att utveckla näringsproblem är förhöjd hos personer med demenssjukdom. Redan i en tidig fas av sjukdomen kan födointaget påverkas negativt, ofta genom svårigheter med dagliga aktiviteter såsom att laga mat, komma ihåg att äta eller sköta sin munhygien.

I det nationella kvalitetsregistret Senior alert finns MNA (Mini Nutritional Assessment) [29], som är ett exempel på riskbedömningsinstrument för undernäring hos äldre. I Senior alert finns även guiden ROAG-J (Revised Oral Assessment Guide), som kan användas för riskbedömning av munhälsa [30].

Många personer med demenssjukdom tar också läkemedel som kan ge muntorrhet. Det är därför extra viktigt att göra en bedömning av munhålan hos personer med demenssjukdom som tar läkemedel.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med demenssjukdom diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden medför förbättrat näringsintag och hälsorelaterad livskvalitet. Det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Utebliven åtgärd medför dessutom en stor risk för allvarliga komplikationer.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*).

Multiprofessionellt arbete

Inom vården och omsorgen vid demenssjukdom inriktas hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens åtgärder på att lindra symtom och på olika sätt kompensera för de funktionsnedsättningar som personer med demenssjukdom drabbas av. Att vården och omsorgen är personcentrerad är centralt vid demenssjukdom. Personcentrerad vård och omsorg är ett förhållningssätt som innebär att personen med demenssjukdom sätts i fokus, inte diagnosen.

Personcentrerad vård innebär också att vården är multiprofessionell och teambaserad. Syftet med detta arbetssätt är att bidra till en kontinuitet i vården och omsorgen och att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser. Det bidrar också till ett helhetsperspektiv i den vård och omsorg som erbjuds.

Multiprofessionellt teambaserat arbete

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 27)

Vid en demensutredning och utformningen av olika vård- och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom behövs det som regel bedömningar och åtgärder från flera yrkesgrupper.

Vilka som ska delta i det multiprofessionella arbetet kan variera över tid. I tidiga faser av sjukdomen är det fokus på medicinsk utredning och diagnos. I takt med att sjukdomen fortskrider ökar dock personens behov av vård och omsorg, och det blir då ofta aktuellt med åtgärder från andra professioner.

Det finns många olika sätt att organisera det multiprofessionella arbetet på. Viktigt för organisationen av det multiprofessionella arbetet är att ingående kompetenser har sin bas i såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten och att det finns en samordnande funktion för hela teamet. I de fall en person har behov av både vård- och omsorgsinsatser ska socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillsammans upprätta en SIP, vilken utgör ett viktigt verktyg i samordningen av personens olika insatser.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden innebär en förbättrad livskvalitet och förbättrad funktion för personer med demenssjukdom och förbättrad livskvalitet för deras anhöriga, jämfört med dem som inte har fått åtgärden. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom *(prioritet 1)*.

Stödinsatser

Demenssjukdomar leder till olika former av funktionsnedsättningar som förvärras över tid då sjukdomen fortskrider och övergår till svårare stadier. Vid måttlig till svår demenssjukdom får personen allt svårare att tillgodose grundläggande behov på egen hand. För att öka möjligheten till ett gott liv behövs därför olika typer av stöd i vardagen som anpassas till den demenssjuka personens situation.

Centralt för olika stödinsatser är att de ges utifrån ett personcentrerat arbetssätt, och att vården och omsorgen erbjuds i en god psykosocial miljö med fokus på individen. Stödet behöver också utgå från personens egna önskemål och kvarvarande förmågor.

Det är också viktigt att det finns tid och utrymme för meningsfulla aktiviteter som innefattar olika typer av fysisk aktivitet och social samvaro samt en flexibilitet när det gäller rutiner. Detta gäller exempelvis vid specifika åtgärder, till exempel en anpassad måltidssituation eller möjlighet till utomhusvistelse såväl i det egna hemmet och på dagverksamhet som i ett särskilt boende.

Att en person insjuknar i en demenssjukdom påverkar också de anhöriga. För att personer med demenssjukdom ska få möjlighet att ha ett bra liv i hemmet krävs exempelvis att de i många fall får stöd från sina anhöriga. Anhöriga till personer med demenssjukdom kan därför behöva stöd för egen del och hjälp att hantera relationen till den demenssjuka personen [31]. För en del personer handlar det om att få hjälp med insatser som personen med demenssjukdom behöver, och för andra handlar det om att de själva behöver få information eller utbildning.

Särskilt boende

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 95)

Vid ett särskilt boende kan omfattande vård och omsorg ges dygnet runt. Ett särskilt boende kan tillgodose betydande behov av tillsyn och omvårdnad då det inte längre är möjligt att bo kvar i det egna hemmet trots hjälp av olika stödinsatser.

Äldre personer som flyttar till särskilt boende är ofta multisyka och det är heller inte ovanligt att äldre personer som bor i det särskilda boendet utvecklar en demenssjukdom. En anpassning som innebär småskalighet och inkluderande boendemiljö ger en bra boendemiljö för alla äldre med vård- och omsorgsbehov.

I ett särskilt boende är det viktigt att eftersträva en god kontinuitet där personen som är i behov av vård och omsorg inte möter för många personer i sitt dagliga liv.

Ett särskilt boende kan vara utformat på olika sätt. Dessa riktlinjer har en rekommendation om särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom.

Med inkluderande boendemiljö för personer med demenssjukdom menas att personalen bekräftar individens upplevelse av tillvaron och understödjer dennas personlighet. Utformningen behöver anpassas utifrån personens funktionsnivå, som kan påverkas av bland annat ålder och sjukdomsstadium, i enlighet med en personcentrerad vård och omsorg. En inkluderande boendemiljö främjar också möjlighet till delaktighet och känslan av att vara välkommen i dagliga aktiviteter, till exempel genom arkitektur och färgsättning. Vidare innebär det en miljö som känns bekant för personen med demenssjukdom, vilket till exempel leder till att hon eller han kan hitta till toaletten så självständigt som möjligt. I en inkluderande boendemiljö är det övergripande tempot lugnt och vårdarbetet tar utgångspunkt i individens personliga rytm.

Ett småskaligt boende består av ett begränsat antal (fysiskt avgränsade) lägenheter, med vissa gemensamma utrymmen såsom dagrum och matsal. Flera sådana boenden kan finnas i samma fastighet. Det finns inte några bestämmelser om hur många som kan bo i ett småskaligt boende för att det ska få kallas just småskaligt. Däremot omfattar 75 procent av alla särskilda boenden som är anpassade för personer med demenssjukdom 10 lägenheter eller färre [5].

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom till personer med måttlig till svår demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att småskaliga och inkluderande boendemiljöer har positiv effekt på viktiga effektmått, såsom BPSD, självständighet och social delaktighet för personen med demenssjukdom. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men den har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rekommendation

Socialtjänsten bör

- erbjuda särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom till personer med måttlig till svår demenssjukdom (*prioritet 2*).

Dagverksamhet

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 51–52)

Dagverksamhet är en biståndsbedömd insats och innebär att en person under dagtid får vistas i en anpassad verksamhet. Dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom utgår från ett personcentrerat förhållningssätt.

Syftet med dagverksamhet är att erbjuda personer med demenssjukdom gemenskap och aktivering för att ge dem möjlighet att bo kvar i sitt hem och att samtidigt erbjuda anhöriga en tillfällig avlösning [31]. Verksamheten kan också bidra till social samvaro, struktur och innehåll i dagen. Detta kan till exempel vara att med stöd av vård- och omsorgspersonal få delta i aktiviteter som varit och är av betydelse för personen.

Det är angeläget att aktiviteter i dagverksamheten är utformade så att de bidrar till att stimulera fysisk aktivitet och behålla funktionsförmågor som krävs för att klara aktiviteter i det dagliga livet.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda anpassad dagverksamhet till personer med mild till måttlig demenssjukdom respektive till yngre personer (under 65 år) med demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna bidrar till förbättrad livskvalitet, funktionsnivå och förmåga samt minskad vårdkonsumtion, jämfört med dem som inte har fått åtgärden. Det vetenskapliga underlaget för åtgärderna är otillräckligt, men de har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rekommendationer

Socialtjänsten bör

- erbjuda dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom till personer med mild till måttlig demenssjukdom (*prioritet 1*)
- erbjuda dagverksamhet som är anpassad för yngre personer med demenssjukdom till yngre personer med demenssjukdom (*prioritet 1*).

Individanpassade stödinsatser vid demenssjukdom

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 34,34b och 49)

Det är viktigt att stödinsatser till personer med demenssjukdom anpassas och planeras individuellt i enlighet med ett personcentrerat förhållningssätt.

Personer med demenssjukdom kan ha svårt att tolka matsituationen och förstå vad och hur man äter. Därför är det viktigt att skapa en måltidssituation, både i ordinärt och i särskilt boende, där den demenssjuka personen känner sig trygg och säker och kan uppleva välbefinnande.

Ofta behövs flera olika åtgärder för att förbättra kostintaget hos en person med demenssjukdom. Exempelvis kan det innebära att äta i en liten grupp eller enskilt med stöd av personal, eller att få ett individuellt anpassat stöd vid måltiden (till exempel stöd genom beröring och uppmuntran eller genom att visa hur man gör med hjälp av mimik, initiering med mera). Det är också viktigt att personen själv har möjlighet att ta mat och har tillräckligt med tid för att äta i lugn och ro. Även den fysiska miljön är viktig och den kan exempelvis anpassas till demenssjukdom med kontrasterande färger i dukningen och utifrån kulturella och religiösa aspekter.

Personer med demenssjukdom, både de i ordinärt boende och de i särskilt boende, har samma behov som andra av att vara en del av samhället och möta andra i sin närmiljö. Denna grupp kan dock ha begränsad möjlighet till en trygg utomhusvistelse, till exempel på grund av nedsatt orienteringsförmåga, minnesfunktion, uppmärk-

samhet och balans. Utevistelse kan dock bidra till positiva effekter på hälsan och skapa mening i tillvaron. Behovet av stöd för att möjliggöra en trygg utomhusvistelse kan tillgodoses på olika sätt, till exempel genom tillgänglighetsanpassning av utemiljön vid vård- och omsorgsboende, erbjudande av tekniska eller kognitiva hjälpmedel och möjlighet till sällskap vid utevistelsen. Att röra sig eller vistas ute kan dessutom upprätthålla rörelseförmågan och muskelstyrkan och stimulera sinnena. Det är dock viktigt att utomhusvistelsen struktureras och anpassas till den enskilda personen och sker på ett tryggt och säkert sätt.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda anpassad måltidsmiljö, exempelvis i små grupper, tillräckligt med tid för att kunna äta i lugn och ro och möjlighet att själv komponera måltiden, till personer med demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till minskade ätproblem, förbättrad funktion och ökad livskvalitet, jämfört med dem som inte har fått åtgärden. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör Socialtjänsten erbjuda anpassad måltidsmiljö till personer med demenssjukdom i ordinärt boende. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till minskade ätproblem, förbättrad funktion och ökad livskvalitet, jämfört med dem som inte har fått åtgärden. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda möjlighet till utomhusvistelse till personer med demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till normaliserad dygnsrytm, förbättrad livskvalitet, mindre och färre beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och förbättrad funktion, jämfört med omsorg och omvårdnad utan utomhusvistelse. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rekommendationer

Socialtjänsten bör

- erbjuda anpassad måltidsmiljö, exempelvis små grupper, tid för att kunna äta i lugn och ro och möjlighet att själv komponera måltid, till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*)
- anpassad måltidsmiljö till personer med demenssjukdom i ordi-närt boende (*prioritet 2*)
- erbjuda möjlighet till utomhusvistelse till personer med de-menssjukdom (*prioritet 2*).

Stöd till anhöriga

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 84, 85, 88 och 89)

Att en person insjuknar i en demenssjukdom påverkar de anhöriga. Det kan till exempel innebära att den anhöriga försummar sina egna behov, vilket kan leda till fysisk och psykisk ohälsa hos den anhöriga. Det kan också innebära att anhöriga behöver utföra tunga lyft och hjälpa till vid måltider och toalettbesök. I förlängningen kan sjukdomen också medföra att den anhöriga upplever att den ständigt behöver finnas till hands för att övervaka och hjälpa personen med demenssjukdom.

Syftet med stöd till anhöriga är att minska de anhörigas psykiska och fysiska belastning. I dessa riktlinjer ingår stöd till anhöriga i form av utbildning, avlösning, individuellt anpassat stöd till unga anhöriga och relationsbaserat stödprogram.

En vanlig form av utbildningsprogram består av strukturerad information och utbildning om demenssjukdom och dess symtom, orsaker och förväntade utveckling, och detta kan ges i grupp. Ofta innehåller utbildningen också moment om hur anhöriga kan bemöta olika typer av symtom hos personer med demenssjukdom samt information om möjliga behandlings- och stödinsatser från samhället.

Det finns också olika typer av avlösning. Avlösning kan exempelvis innebära att den demenssjuka personen vistas ett par veckor inom korttidsvården, eller deltar i dagvård eller dagverksamhet kanske ett par gånger i veckan. Det kan också handla om avlösning i den de-

menssjuke personens hem, när personal under några timmar avlöser den anhöriga som kan ägna sig åt annat för egen del.

Personen med demenssjukdom kan ha minderåriga barn eller barn som kan betraktas som unga anhöriga. Ofta medför demenssjukdomen negativa konsekvenser även för dessa anhöriga. Till exempel kan de känna ängslan och oro inför framtiden, ett ökat ansvar för hem och familj och svårigheter när det gäller att bemöta personen med demenssjukdom på bästa sätt. Unga anhöriga kan också komma att försumma det egna behovet av till exempel sömn, mat, socialt umgänge, skolarbete och intressen, vilket kan leda till psykisk ohälsa och försämrad skolgång. Stödinsatser som innehåller utbildning om demenssjukdomar, psykosocialt stöd och möjlighet att skapa träffpunkter (till exempel via internet) behöver därmed även vara anpassade till unga anhöriga.

Relationsbaserat stödprogram tillsammans med personen med demenssjukdom innebär att stödprogrammet är särskilt riktat och anpassat till både den anhöriga och till personen med demenssjukdom. Syftet är att behålla relationens kvalitet och påverka välbefinnandet och förmågan att hantera den gemensamma vardagen. Det kan till exempel röra sig om ett samtalsstöd i grupp, med andra par av anhöriga och personer med demens.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda ett utbildningsprogram till anhöriga till personer med demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till lägre upplevd belastning och lindrigare depression hos anhöriga.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda avlösning, exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet, till anhöriga till personer med demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till förbättrad livskvalitet, minskad upplevd belastning och utebliven vårdkonsumtion för den anhöriga, jämfört med dem som inte har fått åtgärden. För personer med demenssjukdom bidrar åtgärden till minskad vårdkonsumtion och senare behov av permanent boende på särskilt boende. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda individuellt anpassat stöd till unga anhöriga till personer med demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till förbättrad livskvalitet, minskad upplevd belastning och minskad vårdkonsumtion för den unga anhöriga, jämfört med dem som inte har fått åtgärden. För personer med demenssjukdom bidrar åtgärden till minskad vårdkonsumtion. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda relationsbaserade stödprogram, tillsammans med personen med demenssjukdom, till anhöriga till person med demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan ha viss effekt på livskvalitet och upplevd belastning för anhöriga och livskvalitet och funktionsnivåer hos personer med demenssjukdom. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda ett utbildningsprogram till anhöriga till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*)
- erbjuda individuellt anpassat stöd till unga anhöriga till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*).

Socialtjänsten bör

- erbjuda avlösning, exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet, till anhöriga till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda relationsbaserade stödprogram, tillsammans med personen med demenssjukdom, till anhöriga till personer med demenssjukdom (*prioritet 6*).

Läkemedelsbehandling och tillskott

En viktig förutsättning för vård och vårdplanering vid demenssjukdom är en bra utredning och diagnostik. Denna behöver, förutom att fastställa demenssjukdom, även inbegripa typ och stadium av demenssjukdomen samt en kartläggning av personens funktions- och aktivitetsförmåga och sociala situation.

Det finns i dag ingen botande behandling vid demenssjukdom. Däremot är det möjligt att lindra symtom hos personer med demenssjukdom och med olika vård- och omsorgsinsatser underlätta vardagen och förbättra livskvaliteten för personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

Vid Alzheimers sjukdom finns det läkemedelsbehandling som kan påverka den kognitiva funktionen positivt och lindra symtom, men däremot inte bromsa sjukdomsförloppet. Det pågår dock omfattande forskning om så kallade sjukdomsmodifierande läkemedel vid Alzheimers sjukdom.

I dag används även läkemedelsbehandling specifikt för att påverka symtom som är konsekvenser av demenssjukdomen, exempelvis vid BPSD.

Personer med demenssjukdom kan dessutom ha andra sjukdomar som kräver läkemedelsbehandling (till exempel diabetes eller hjärt- och kärlsjukdom). Dessutom har de liksom många andra äldre ofta brist på till exempel folsyra, järn, D-vitamin, vitamin B12 eller omega-3 (med risk för exempelvis osteoporos och anemi) som kan behöva behandlas med kost eller läkemedel. Forskning pågår för att om möjligt påvisa samband mellan olika bristtillstånd och utvecklandet av demenssjukdom.

Läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 56A, och 59)

Det finns två typer av läkemedel – kolinesterashämmare och memantin – som är godkända för behandling av kognitiva symtom vid Alzheimers sjukdom. Kolinesterashämmare är avsedda för behandling vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom och memantin framför allt för behandling vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom.

Kolinesterashämmare och memantin kan påverka symtom och bidra till att personer med Alzheimers sjukdom under en period

upprätthåller sin kognition (intellektuella förmåga) och funktionsförmåga eller försämras långsammare. Både kolinesterashämmare och memantin kan också ha en positiv effekt på BPSD.

Det är viktigt att hälso- och sjukvården regelbundet följer upp läkemedelsbehandlingen vid Alzheimers sjukdom för att kunna bedöma eventuella biverkningar och se om behandlingen fortfarande har effekt eller behöver avslutas.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har en liten till måttlig effekt på förändring i patientens tillstånd utifrån en strukturerad klinisk helhetsbedömning av bland annat kognition, allmän daglig livsföring och BPSD. Nyttan med behandlingen bedöms överväga risken för biverkningar. Det finns dessutom få behandlingsalternativ vid det aktuella tillståndet.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda personer med måttlig till svår Alzheimers sjukdom läkemedelsbehandling med memantin. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad samt att åtgärden har en liten effekt på förändring i patientens tillstånd utifrån en strukturerad klinisk helhetsbedömning av bland annat allmän daglig livsföring och kognitiv funktion. Dessutom innebär åtgärden få biverkningar som oftast är lindriga.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare till personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom (*prioritet 1*)
- erbjuda läkemedelsbehandling med memantin till personer med måttlig till svår Alzheimers sjukdom (*prioritet 2*).

Läkemedelsbehandling vid BPSD eller konfusion

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 72a, 72b, 73a, 73b, 74, 75 och 81)

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) kan variera och bero på flera saker. För att möjliggöra en god behandling vid BPSD behöver eventuella bakomliggande orsaker till symptomen kartläggas och åtgärdas, exempelvis smärta eller läkemedelsbiverkningar.

För personer med demenssjukdom som har svåra beteendemässiga eller psykiska symtom – och hos vilka icke-farmakologiska åtgärder inte haft effekt – kan det bli aktuellt med specifik läkemedelsbehandling av dessa symtom. Även farmakologisk behandling av kognitiva symtom med kolinesterashämmare och memantin vid Alzheimers sjukdom, bör föregå specifik läkemedelsbehandling vid BPSD eftersom detta även kan ha positiva effekter på BPSD. Specifik läkemedelsbehandling för att påverka BPSD förutsätter även att det inte finns kontraindikationer eller andra hinder för denna behandling.

I dag används ofta antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) för att behandla aggressivitet (exempelvis agitation) vid BPSD. Psykotiska symtom och aggressivitet, som orsakar lidande eller potentiell fara för personen själv eller andra, behandlas ibland med första och andra generationens antipsykotiska läkemedel.

Vid oro och ångesttillstånd används ofta oxazepam. Klometiazol används till natten som dämpande (sederande) vid kvarvarande konfusion och samtidig sömnstörning. Användning av oxazepam och klometiazol innebär dock, förutom en stor risk för allvarliga biverkningar, en stor risk för negativa effekter för personer med demenssjukdom (till exempel i form av sederande, fallrisk och försämrad kognition). Men behandling med oxazepam kan vara motiverad vid svåra och plågsamma ångesttillstånd, där man inte funnit någon bakomliggande och åtgärdbar orsak. Det är dock viktigt att behandlingstiden är så kort som möjligt och att behandlingen kontinuerligt följs upp med en förnyad bedömning av nytta och risk.

För en beskrivning av specifika läkemedel, indikation och dosering, se Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer [16].

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) till personer med demenssjukdom och kvarvarande aggressivitet (till exempel agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger mindre agitation än placebo. Samtidigt innebär åtgärden vissa biverkningar som dock är färre och lindrigare än de som förknippas med alternativ läkemedelsbehandling med motsvarande effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda läkemedelsbehandling med oxazepam till personer med demenssjukdom och uttalad ångest och orostillstånd. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden bidrar till mindre ångest och oro, jämfört med hos personer som inte har fått åtgärden. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Åtgärden kan medföra biverkningar eller negativa konsekvenser.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda läkemedelsbehandling med klometiazol till natten till personer med demenssjukdom, kvarvarande konfusion och samtidig sömnstörning efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden kan ha effekt på BPSD och bidra till bättre sömn, jämfört med hos personer som inte har fått åtgärden. Åtgärden kan dock medföra biverkningar eller negativa konsekvenser. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. En förutsättning för att använda klometiazol är god tillsyn, till exempel i form av särskilt boende eller slutenvård, alternativt goda tillsynsmöjligheter hos hemboende.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda andra generationens antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och kvarvarande psykotiska symtom efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet

har en mycket stor svårighetsgrad och det finns få alternativa behandlingar. Åtgärden har effekt på viktiga utfallsmått. Åtgärden har allvarliga biverkningar, men bättre biverkningsprofil jämfört med första generationens antipsykotiska läkemedel. Behandlingen är olämplig vid Lewykroppsdemens och vid Parkinsons sjukdom med demens.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda andra generationens antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och kvarvarande aggressivitet (till exempel agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har effekt på viktiga utfallsmått. Åtgärden har allvarliga biverkningar men bättre biverkningsprofil jämfört med första generationens antipsykotiska läkemedel. Behandlingen är olämplig vid Lewykroppsdemens och vid Parkinson med demens.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda första generationens antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och kvarvarande psykotiska symtom efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling. Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt på psykotiska symtom hos personer med demenssjukdom. Det råder inte heller konsensus om åtgärdens effekt utifrån beprövad erfarenhet, enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Åtgärden kan dock ha effekt för en mindre grupp, enligt experters bedömning. Beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande visar dock på en risk för biverkningar eller negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom och psykotiska symtom.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda första generationens antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och kvarvarande aggressivitet (till exempel agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling. Avgörande för rekommendationen är att det finns bättre alternativa åtgärder. Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och åtgärden har liten till måttlig effekt på aggressivitet jämfört med placebo, men ingen effekt på agitation. Åtgärden innebär dessutom en ökad risk för allvarliga biverkningar.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) till personer med demenssjukdom och kvarvarande aggressivitet (till exempel agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling (*prioritet 7*)
- erbjuda läkemedelsbehandling med oxazepam till personer med demenssjukdom med uttalad ångest och orostillstånd (*prioritet 7*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda läkemedelsbehandling med klometiazol till natten till personer med demenssjukdom och kvarvarande konfusion och samtidig sömnstörning efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling (*prioritet 8*)
- erbjuda andra generationens antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och kvarvarande psykotiska symtom efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling (*prioritet 8*)
- erbjuda andra generationens antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och kvarvarande aggressivitet (till exempel agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling (*prioritet 9*)
- erbjuda första generationens antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och kvarvarande psykotiska symtom efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling (*prioritet 9*)
- erbjuda första generationens antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och kvarvarande aggressivitet (till exempel agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling (*prioritet 10*).

Behandling med kosttillskott

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 63 och 93)

Läkemedelsbehandling kan i viss utsträckning lindra de kognitiva symtomen hos personer med demenssjukdom. Däremot saknas det botande eller sjukdomsbromsande behandling. I dag används och undersöks därmed ibland alternativa strategier för att påverka den kognitiva funktionsnivån eller för att bromsa den tilltagande kognitiva försämringen, till exempel i form av behandling med kosttillskott.

Några av de alternativa behandlingar som används är B-vitaminer och omega-3-fettsyror. B-vitaminer är viktiga för nervsystemets funktion och vid nybildande av celler. Omega-3-fettsyror behövs bland annat för att kroppen ska kunna bygga och reparera celler. Studier har visat att låga nivåer av både B-vitaminer och omega-3-fettsyror har vissa samband med förekomst av Alzheimers sjukdom. Det är dock inte klarlagt om låga nivåer är en orsak till eller en konsekvens av demenssjukdom.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården inte erbjuda behandling med omega-3-fettsyror eller B-vitaminer till personer med demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna inte har någon effekt på kognitiv funktion hos personer med demenssjukdom.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör inte

- erbjuda behandling med omega-3-fettsyror eller B-vitaminer till personer med demenssjukdom (*icke-göra*).

Utbildning

Den allra största delen av åtgärderna inom vård och omsorg vid demenssjukdom utförs av undersköterskor och vårdbiträden – personal som oftast har en kortare teoretisk utbildning. Det är de som arbetar närmast och har mest kontakt med personer med demenssjukdom. För att kunna erbjuda en vård och omsorg med god kvalitet till personer

med demenssjukdom är det därför viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten arbetar för att höja personalens kompetens inom detta område med hjälp av olika former av utbildningar.

Andra nyckelpersoner runt personen med demenssjukdom är bistånds- och LSS-handläggare som tar beslut om olika stödinsatser.

Utbildning, träning och handledning för vård- och omsorgspersonal

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 25)

Personcentrerad vård och omsorg är centralt inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom. Detta förhållningssätt innebär att personen med demenssjukdom sätts i fokus, inte diagnosen.

För att kunna erbjuda en personcentrerad god vård och omsorg och även förstå och bearbeta utmaningar i möten med personer med demenssjukdom, behöver vård- och omsorgspersonal utbildning, träning och handledning inom området. Viktigt är även att exempelvis få kunskap om hur beteendemässiga och psykiska symtom kan förebyggas. Det kan innebära att personalen exempelvis ges möjlighet att reflektera över och praktiskt träna olika metoder att bemöta personer med demenssjukdom eller att bedöma eventuell smärta hos dessa personer.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda långsiktig och kontinuerlig utbildning som är kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har effekt på BPSD hos personer med demenssjukdom.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda långsiktig och kontinuerlig utbildning som är kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för vård- och omsorgspersonal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom (*prioritet 1*).

Utbildning för bistånds- och LSS-handläggare

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 26)

En demenssjukdom medför ofta en försämrad förmåga till abstrakt tänkande och en nedsatt beslutsförmåga, vilket kan påverka möjligheten att formulera behov eller ta ställning till erbjudna stödinsatser.

Bistånds- och LSS-handläggare behöver alltid ta hänsyn till personers självbestämmande, samtidigt som de också behöver ta hänsyn till om en person har en nedsatt kognitiv förmåga. Bistånds- och LSS-handläggarens beslut i olika ärenden som rör personer med demenssjukdom förutsätter därför en grundläggande förståelse och kunskap om vad demenssjukdom är och vilka konsekvenser det har för den drabbade personen.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda biståndshandläggare och LSS-handläggare som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom utbildning om demenssjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till förbättrad livskvalitet för personer med demenssjukdom, jämfört med om handläggarna inte har fått åtgärden, och att den bidrar till förbättrad livskvalitet och minskad upplevd belastning för de anhöriga. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men den har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rekommendation

Socialtjänsten bör

- erbjuda biståndshandläggare och LSS-handläggare som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom utbildning om demenssjukdom (*prioritet 2*).

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen har gjort en bedömning av hur ett införande av de nationella riktlinjernas rekommendationer påverkar organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bedömningen utgår från en bild av hur vården och omsorgen vid demenssjukdom bedrivs generellt på nationell nivå i dag. Avsikten är att ge stöd och underlag till huvudmännen så att de kan erbjuda den bästa vården och omsorgen.

I det här kapitlet presenterar Socialstyrelsen endast beräkningar för de rekommendationer som kan förväntas innebära de största konsekvenserna för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar praxis och resursfördelningen, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade åtgärder än till åtgärder med låg rangordning. Vidare vill Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården och socialtjänsten utmönstrar åtgärder som fått rekommendationen *icke-göra*. Dessutom bör åtgärder som fått rekommendationen *FoU* inte användas som rutin med hänsyn till att kunskapsläget är ofullständigt.

Varje beslut om resursfördelning utifrån riktlinjerna bör föregås av en noggrann analys. En åtgärd som har fått rangordning 5 (till exempel på grund av liten effekt eller låg evidens) kan vara den bästa jämfört med alternativen, eller till och med det enda alternativ som finns tillgängligt för just det tillståndet. I sådana fall kan det innebära mer skada än nytta att dra ner resurserna.

Socialstyrelsen beskriver ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för landsting, regioner och kommuner. Så som organisationen ser ut i dag förekommer både offentliga och privata utförare.

Socialstyrelsens nationella utvärdering från 2014 har varit en viktig uppgiftskälla. Socialstyrelsen genomför under 2017 en ny utvärdering som ska publiceras i februari 2018. En del preliminära enkätresultat från utvärderingen har även använts som underlag i detta kapitel. Andra uppgiftskällor har varit kvalitetsregistren SveDem, Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och Senior alert, samt öppna jämförelser från 2016, Socialstyrelsens

hälsodataregister, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets prisdatabas och Statistiska centralbyråns (SCB) befolkningsbasregister.

Socialstyrelsens hälsodataregister och SCB:s register omfattar hela befolkningen medan kvalitetsregisterunderlagen har olika täckningsgrad. Eftersom vissa data från kvalitetsregistren inte är heltäckande innebär det att en del beräkningar som baseras på dessa kan vara osäkra.

Sammanfattning av konsekvenserna

Rekommendationerna innebär generellt ökade kostnader för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. De ökade kostnaderna förväntas vara bestående även på lång sikt, eftersom de åtgärder som är kopplade till rekommendationerna ofta medför ett ökat resursbehov. Bedömningen avser nationell nivå och konsekvenserna kan därmed skilja sig lokalt och regionalt.

Sammanfattningsvis innebär de flesta av Socialstyrelsens centrala rekommendationer att mer resurser behöver tillföras till vården och omsorgen vid demenssjukdom i regioner, landsting och kommuner. En sammanställning av de kostnader som kunnat beräknas uppgår till 0,9–1,1 miljarder kronor under första året. De två i särklass största kostnadsökningarna som kunnat beräknas gäller rekommendationerna om dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom samt utbildning, träning och handledning av vård- och omsorgspersonal. En satsning på kompetensutveckling som omfattar betydande delar av personalgruppen kan också fördelas över fler år än det första året. Dessa åtgärder erbjuds inom socialtjänsten och påverkar därför kommunernas resursfördelning. Tillsammans omfattar kostnaderna för dessa åtgärder 780–920 miljoner kronor. Rekommendationen om utbildning, träning och handledning avser även personal inom hälso- och sjukvården men det saknas underlag för att bedöma dagens situation och vilka ytterligare satsningar som kan behövas.

Tabell 2 sammanfattar bedömningarna av förändrade kostnader på kort respektive lång sikt för de centrala rekommendationer som kan förväntas få störst konsekvenser för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Med kort sikt avses förväntad kostnadsutveckling under det första året från det att riktlinjerna träder i kraft. Med lång sikt avses den uppskattade kostnadsutvecklingen därefter, från år två och fram-

åt. Till exempel bedöms rekommendationerna om utbildning, träning och handledning av vård- och omsorgspersonal ge ökade kostnader på 280-420 miljoner kronor under det första året, för att sedan plana ut på en högre nivå än i dag.

Bedömningarna i tabell 2 och tabell 3 ska tolkas som de direkta ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna av respektive åtgärd var för sig. I flera fall kan det finnas samspelseffekter om hälso- och sjukvården eller socialtjänsten genomför mer än en åtgärd samtidigt. Exempelvis förväntas minskad användning av antipsykotiska läkemedel vid BPSD förutsätta andra insatser och ändringar i arbetssätt. Detta kan bland annat omfatta ökad uppföljning och utvärdering vid BPSD som också återfinns bland Socialstyrelsens centrala rekommendationer.

Som det framgår av tabell 2 kan de verkliga kostnadsökningarna för att införa rekommenderade åtgärder förväntas vara större, eftersom det i flera fall saknats underlag för att göra tydliga bedömningar.

Tabell 2. Ekonomiska konsekvenser på kort och lång sikt av centrala rekommendationer för landsting och regioner samt kommuner

Kostnadsskattningar i miljoner kronor (mnkr) där underlag möjliggjort beräkningar. Hänvisning till rad i listan över rekommendationer, bilaga 1.

Åtgärd	Central rekommendation	Organisation	Kort sikt	Lång sikt	Skattad kostnad första året
Utredning och uppföljning					
Basal demensutredning	Rad 3, 4a, 5, 10, 14	Landsting och regioner	↗	↗	> 24 mnkr
		Kommuner	→	→	–
Utvidgad demensutredning	Rad 15, 16	Landsting och regioner	↗	↗	–
		Kommuner	→	→	–
Regelbunden och sammanhållen uppföljning	Rad 30B	Landsting och regioner	↗	↗	36–70 mnkr
		Kommuner	↗	↗	17 mnkr
Uppföljning och utvärdering vid BPSD	Rad 31	Landsting och regioner	↗	↗	–
		Kommuner	↗	↗	–
Diagnostik av munhälsa och ätproblem	Rad 33	Landsting och regioner	↗	↗	–
		Kommuner	↗	↗	–
Multiprofessionellt arbete					
Multiprofessionellt teambaserat arbete	Rad 27	Landsting och regioner	↗	→	–
		Kommuner	↗	→	
Stödinsatser					
Särskilt boende	Rad 95	Landsting och regioner	→	→	–
		Kommuner	↗	↗	
Dagverksamhet	Rad 51, 52	Kommuner	↗	↗	500 mnkr
Stöd till anhöriga	Rad 85, 88	Landsting och regioner	↗	→	–
		Kommuner	↗	→	
Läkemedelsbehandling					
Läkemedel vid Alzheimers sjukdom	Rad 56A, 59	Landsting och regioner	↗	↗	39–69 mnkr
		Kommuner	↘	↘	–
Läkemedel vid BPSD	Rad 72A, 72B, 73A, 73B	Landsting och regioner	↘	↘	–
		Kommuner	↗	↗	
Utbildning					
Utbildning, träning och handledning för vård- och omsorgspersonal	Rad 25	Landsting och regioner	↗	↗	–
		Kommuner	↗	↗	280–420 mnkr
Utbildning för bistånds- och LSS-handläggare	Rad 26	Kommuner	↗	↗	2 mnkr

Kommentar: Oförändrade kostnader = →, ökade kostnader = ↗ och minskade kostnader = ↘

Tabell 3 sammanfattar bedömningen av de organisatoriska förändringarna för de centrala rekommendationer som kan förväntas få störst konsekvenser för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Tabell 3. Organisatoriska konsekvenser för centrala rekommendationer

Hänvisning till rad i listan över rekommendationer, bilaga 1

Åtgärd	Central rekommendation	Organisatorisk konsekvens
Utredning och uppföljning		
Basal demensutredning	Rad 3, 4a, 5, 10, 14	Ja. Primärvårdens organisation behöver arbeta strukturerat med att erbjuda fler personer basal demensutredning.
Utvidgad demensutredning	Rad 15, 16	Ja. Regionala skillnader i tillgång till resurser för diagnostik och brist på neuropsykologisk kompetens.
Regelbunden och sammanhållen uppföljning	Rad 30B	Ja. Antal vårdkontakter behöver öka, särskilt i primärvården.
Uppföljning och utvärdering vid BPSD	Rad 31	Ja. Ökat antal vårdkontakter.
Diagnostik av munhälsa och ätproblem	Rad 33	Ja. Vårdpersonal och tandvården behöver se till att regelbunden uppföljning erbjuds.
Multiprofessionellt arbete		
Multiprofessionellt teambaserat arbete	Rad 27	Viss. Samordnad vårdplanering behövs liksom samverkan mellan olika vårdnivåer och kommunen.
Stödinsatser		
Särskilt boende	Rad 95	Ja. Ökat antal anpassade platser i särskilt boende som är inkluderande och småskaliga behövs.
Dagverksamhet	Rad 51, 52	Ja. Tillgång till fler platser för personer med demenssjukdom behövs.
Individanpassade stödinsatser vid demenssjukdom	Rad 34, 49	Viss. Personalresurser behöver vara tillräckliga för att kunna erbjuda utomhusvistelser.
Stöd till anhöriga	Rad 85, 88	Viss. Struktur för uppföljning av att stöd erbjuds behövs.

Läkemedelsbehandling		
Läkemedel vid Alzheimers sjukdom	Rad 56A, 59	Ja. Ökad förskrivning av läkemedel.
Läkemedel vid BPSD	Rad 72A, 72B, 73A, 73B	Ja. Ökat behov av utbildad vårdpersonal och översyn av bemanning för att förebygga symtom och använda alternativa insatser vid BPSD. Översyn i samverkan mellan landsting, regioner och kommuner.
Utbildning		
Utbildning, träning och handledning för vård- och omsorgspersonal	Rad 25	Ja. Ökat behov av utbildad vård- och omsorgspersonal.
Utbildning för bistånds- och LSS-handläggare	Rad 26	Ja. Ökat behov av utbildad personal.

Utredning och uppföljning

Basal demensutredning

Socialstyrelsen bedömer att rekommenderade åtgärder i den basala demensutredningen kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning, eftersom inte alla erbjuds de undersökningar som ingår i en fullständig basal utredning. Dessutom skulle väntetiderna till en basal utredning behöva minska och fler personer skulle behöva erbjudas en basal demensutredning.

Myndigheten bedömer att kostnaden för kompletterande undersökningar i 8 000–10 000 ofullständiga basala demensutredningar motsvarar omkring 24–30 miljoner kronor per år i ökade kostnader för hälso- och sjukvården på nationell nivå. Organisationen av vem som ansvarar för de basala demensutredningarna, eller delar av dem, varierar i landet och ytterligare resurser behöver tillföras där utredningarna ska genomföras. Det saknas underlag för att bedöma storleken på resurstillskott för att minska väntetider och öka antalet personer som erbjuds basal demensutredning.

I en svensk studie [32] uppskattades det genomsnittliga antalet diagnostiska tester i en basal demensutredning inom primärvården till 2,8 med en genomsnittlig kostnad på cirka 7 000 kronor per utredning uttryckt i 2015 års priser.

Enligt kvalitetsregistret SveDem genomför omkring 90 procent eller mer av verksamheterna inom primär- och specialistvården klocktest. Motsvarande andel för strukturell hjärnabbildning med antingen datortomografi eller magnetresonanstomografi är 80 procent inom primärvården medan i princip alla får denna undersökning vid specialistenhet. Det finns inte statistik över hur stor andel av de basala utredningarna av demenssjukdom som använder bedömningsinstrumentet RUDAS (The Rowland Universal Dementia Assessment Scale) eller som inkluderar intervjuer med anhöriga. Det saknas även statistik över hur många som genomgår en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga, men andelen som genomgår en undersökning av en arbetsterapeut uppgår till cirka 30 procent inom primärvården.

Statistiken i SveDem omfattar cirka 7 300 nyregistrerade personer med demenssjukdom år 2015. I SveDem betraktas en basal demensutredning som fullständig om MMSE-SR, klocktest, blodprover och strukturell hjärnabbildning har genomförts. För år 2015 rapporterade SveDem att 88 procent av de som undersöktes inom specialistvården genomgick en fullständig basal utredning medan motsvarande andel för primärvården var 70 procent [35].

Antalet personer som insjuknar i demenssjukdom varje år beräknas vara större än de som registreras i SveDem. Tidigare uppskattade man att 24 000 personer insjuknade i demenssjukdom varje år, men nya bedömningar utifrån senare svenska data pekar på att det är färre som insjuknar. Aktuella skattningar tyder på att omkring 20 000 personer insjuknar årligen i demenssjukdom. Det är inte nödvändigt att samtliga personer med misstänkt demenssjukdom genomgår en fullständig basal utredning, exempelvis kan en datortomografiundersökning för en multisjuk person i hög ålder innebära en begränsad patientnytta.

Beräkningarna av ekonomiska konsekvenser har använt SveDems mål att 90 procent av de basala utredningarna ska vara fullständiga.

Det finns begränsat med statistik över hur många basala demensutredningar som genomförs varje år. En tidigare svensk studie uppskattade att hälften av alla basala demensutredningar ledde till en demensdiagnos [33]. En tredjedel av de som undersöktes kan också antas behöva en utvidgad utredning [34]. Utifrån SveDem:s mål att 90 procent av de basala utredningarna ska vara fullständiga, antagandet

att 20 000–24 000 personer insjuknar i demenssjukdom årligen och antagandet att lika många till undersöks men inte bedöms ha demenssjukdom, skulle det innebära att ytterligare utredning behöver göras av 8 000–10 000 personer. Underlagen pekar på att det framför allt är strukturell hjärnavbildning med datortomografi samt funktionsbedömning som behöver göras i större utsträckning [32, 35]. Kostnaden för att ytterligare 8 000–10 000 basala demensutredningar skulle bli fullständiga motsvarar 24–30 miljoner kronor.

Förutom att många utredningar inte är fullständiga bedömer Socialstyrelsen att det också finns ett mörkertal med många fall av demenssjukdom som inte utreds eftersom inte alla söker vård. Hur många det handlar om är inte känt. Den genomsnittliga väntetiden för att få inleda en demensutredning vid en specialistenhet uppskattas till 30 dagar enligt statistik i SveDem. Utredningstiden i både specialist- och primärvård uppskattas till 56 dagar i genomsnitt, vilket sammantaget också kan påverka hur många som diagnostiseras varje år [35]. Båda dessa faktorer – det vill säga att många fall av demenssjukdom inte utreds och att väntetiderna är långa – betyder att utöver de 8 000–10 000 demensutredningar som behöver kompletteras med en eller flera undersökningar kan fler hela utredningar behöva göras. Socialstyrelsen bedömning är alltså att rekommendationen om basal demensutredning kan minska antalet personer som i dag har odiagnostiserad demenssjukdom, och som i dagsläget inte heller syns i statistiken.

Utvidgad demensutredning

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationer i den utvidgade utredningen kan påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation, eftersom det råder stor variation mellan olika landsting och regioner när det gäller vilka typer av undersökningar som erbjuds.

Variationen beror bland annat på tillgänglighet till undersökningar som inkluderas i den utvidgade utredningen och på kötider till undersökningsutrustning för strukturell hjärnavbildning. För att kunna öka tillgängligheten innebär det ökade kostnader på både kort och lång sikt.

När den basala demensutredningen inte har gett tillräckligt med information för att fastställa en diagnos genomförs en utvidgad demensutredning, vanligtvis på en specialistklinik. Vilka undersök-

ningar som hälso- och sjukvården genomför inom ramen för den utvidgade utredningen beror dels på vad som har kommit fram i den basala utredningen, dels på vad som bedöms som nödvändigt i det enskilda fallet.

Statistik från SveDem visar att hälso- och sjukvården år 2015 genomförde neuropsykologiska bedömningar i färre än 30 procent av demensutredningarna inom specialistvården. En sammanställning av statistik per åldersgrupp för hela perioden 2007–2015 visade att nästan varannan person under 65 år fick en neuropsykologisk bedömning medan det var färre än var tionde bland personer 85 år och äldre [35]. Motsvarande andel för magnetresonanstomografier är 20 procent och för lumbalpunktion 43 procent av utredningarna år 2015.

En svensk studie [32] uppskattade att demensutredningar vid specialistkliniker i genomsnitt omfattar 4,6 diagnostiska tester och att den genomsnittliga kostnaden per utredning var cirka 12 000 kronor uttryckt i 2015 års priser. SveDems årsrapport från 2015 visade att antalet diagnostiska tester i den utvidgade utredningen är större för yngre personer än för äldre personer med misstänkt demenssjukdom. Bland personer yngre än 65 år gjorde specialistkliniker i genomsnitt 5,2 test och för gruppen 85 år och äldre gjordes i genomsnitt 3,2 test [35].

Regelbunden och sammanhållen uppföljning

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser, kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resurser och organisation. Anledningen är att för få personer med demenssjukdom följs upp i dag och att uppföljningarna ofta sker för sällan. Myndigheten bedömer att hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan öka andelen personer som får en regelbunden och sammanhållen uppföljning, vilket skulle innebära en extra kostnad för hälso- och sjukvården samt socialtjänsten på 53-87 miljoner kronor på nationell nivå för att göra ytterligare 62 000 uppföljningar varje år.

Det saknas nationella data med ett helhetsperspektiv som beskriver den uppföljning som ges till personer med demenssjukdom. Detta eftersom en sammanhållen uppföljning omfattar både hälso- och sjukvården och socialtjänsten och att personer med demenssjuk-

dom finns i både eget boende och i särskilt boende. Socialstyrelsen har därför gjort en beräkning utifrån ett antagande. SveDem har en kvalitetsindikator som mäter hur stor andel av personer i primär- och specialistvård som genomgår uppföljning av sjukvården minst en gång per år. I årsrapporten 2016 rapporterade SveDem att 46 procent av de registrerade personerna 2007–2015 hade följts upp minst en gång 5–15 månader efter diagnos.

Resultaten i SveDem innebär alltså att antalet regelbundna och sammanhållna uppföljningar skulle behöva mer än fördubblas för att alla personer med demenssjukdom skulle erbjudas åtgärden. Socialstyrelsen har beräknat kostnadsökningar för att 90 procent i stället för 45 procent av alla personer med demenssjukdom ska få en regelbunden uppföljning varje år motsvarande två besökstimmar och beräknat att olika kompetenser beroende på situation och behov kan genomföra uppföljningen. Med nya bedömningar av antalet personer med demenssjukdom motsvarar det 62 000 fler uppföljningar per år vilket kommer att kosta 36–70 miljoner kronor. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens uppföljning är sammanhållen. För uppföljning av beviljade biståndsinsatser krävs även att socialtjänsten genomför uppföljningssamtal. Kostnadsökningen i socialtjänsten skulle för en timmes uppföljningssamtal då uppgå till 17–19 miljoner kronor.

Uppföljning och utvärdering vid BPSD

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om strukturerad uppföljning av BPSD och utvärdering av insatta åtgärder kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation, eftersom det är osäkert i vilken utsträckning åtgärden erbjuds i dag. Det saknas statistik på individnivå för att Socialstyrelsen ska kunna göra en bedömning av hur stor ökningen av uppföljningarna och utvärderingarna kommer att bli.

Enligt BPSD-registret drabbas omkring 90 procent av alla personer med demenssjukdom någon gång av BPSD. I Socialstyrelsens enkät från 2013 svarade knappt hälften av kommunerna att de hade skriftliga rutiner för hur beteendeförändringar hos personer med demenssjukdom ska utredas [36]. Det kan tolkas som en indikation på att samtliga personer med BPSD inte alltid genomgår en utredning. BPSD-registret rapporterar att 87 procent av de drygt 20 600 registre-

rade personerna med demenssjukdom och BPSD hade en bemötandepan år 2016 [37]. Även det kan vara en indikation på att fullständiga uppföljningar och utvärderingar av BPSD inte genomförs i samtliga fall. Det saknas dock statistik över hur många personer med demenssjukdom som har genomgått en uppföljning och utvärdering med fokus på BPSD. Det är också osäkert om personer som inte registrerats i BPSD-registret har genomgått en fullständig uppföljning och utvärdering i samma utsträckning som de som har blivit registrerade.

Sammantaget pekar de befintliga underlagen på att det behövs fler uppföljningar och utvärderingar vid BPSD, vilket kan kräva en ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Fler uppföljningar och utvärderingar kan också komma att kräva ökade resurser. Det saknas heltäckande statistik över hur många uppföljningar och utvärderingar vid BPSD som genomförs i dagsläget och det är därför osäkert hur stort resurstillskott som behövs.

Diagnostik av munhälsa och ätproblem

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation. Eftersom inte alla personer med demenssjukdom får åtgärden regelbundet i dag bedöms antalet riskbedömningar av munhälsa och ätproblem kunna öka.

Ohälsa i munnen är vanligt förekommande bland personer som är 65 år och äldre enligt det nationella registret Senior alert som omfattar personer i landstingens, regionernas och kommunernas sociala omsorg. Registret har inte uppgifter som är specifika för personer med demenssjukdom. Socialstyrelsens bedömning är dock att omkring 70 procent av personerna i särskilda boenden har en kognitiv nedsättning och att personer med demenssjukdom utgör en stor mottagargrupp även när det gäller övriga vård- och omsorgsinsatser för personer som är 65 år och äldre [36].

Enligt Senior alert har 43 procent av de 10 000–20 000 personer som kommunernas vård och omsorg bedömer munhälsan hos varje månad risk för ohälsa i munnen [38]. I landstingen och regionerna är motsvarande andel 33 procent. Samtidigt visar data att endast omkring 60 procent av dessa får åtgärder för förbättrad munhälsa. Åtgärderna omfattar då sådant som hjälp med tandborstning och

protesrengöring. Därutöver hade 16 procent av alla riskbedömda personer ohälsa i munnen som behöver åtgärdas av tandvården eller läkare.

Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan öka antalet personer som får riskbedömningar av munhälsa och ätproblem. I de fall där problem med munhälsa identifieras behöver lämpliga åtgärder alltid vidtas. Socialstyrelsen bedömer att fler åtgärder för att förbättra munhälsan på enheter med låg personaltäthet kan medföra ökat resursbehov. Det är också viktigt att kommuner, landsting och regioner har rutiner för att se till att personer med demenssjukdom regelbundet får stöd eller fullständig hjälp med tandborstning och protesrengöring.

Multiprofessionellt arbete

Multiprofessionellt teambaserat arbete

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om multiprofessionellt teambaserat arbete kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens organisation, eftersom både kommuner, landsting och regioner behöver skapa eller fortsätta utveckla nya arbetssätt för att uppnå ett mer gränsöverskridande multiprofessionellt och teambaserat arbete. Socialstyrelsen bedömer att antalet team som innehåller medicinsk kompetens, omvårdnads- och rehabiliteringskompetens och deltagare från både vård och omsorg behöver öka inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Multiprofessionellt teambaserat arbete omfattar personal och kompetenser som finns i hälso- och sjukvården och i socialtjänsten. Förändringar i arbetssätt kan förutsätta tillskott av resurser för att införa och driva det teambaserade arbetssättet. Målet är att den organisatoriska förändringen ska medföra att personer med demenssjukdom får ett bättre omhändertagande vilket kan både öka och minska kostnaderna. Det teambaserade arbetet kan leda till att tidigare brister uppmärksammas och åtgärdas vilket ökar kostnaderna. Ett bättre omhändertagande kan också medföra kostnadsbesparingar om exempelvis akutinläggningar kan förebyggas.

Ett exempel på ett multiprofessionellt teamarbete är de demens-
team som finns i många kommuner. De tycks dock som om antalet demens-
team har minskat under de senaste åren. Enligt preliminära

resultat från Socialstyrelsens enkät till kommunerna angav mindre än hälften att de har ett demensteam, vilket innebär att andelen minskat från år 2013. Dessutom är det ovanligt att det finns demensteam som är gemensamma för landsting eller region och kommun. Preliminära data visar att sådana team finns i färre än 10 procent av kommunerna. Socialstyrelsens rekommendation avser demensteam med kompetenser som har sin bas i såväl hälso- och sjukvården som omsorgen och att det finns en samordnande funktion för hela teamet. Socialstyrelsen bedömer att antalet multiprofessionella team behöver öka i hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och särskilt demensteam där landsting, regioner och kommuner samverkar.

Det saknas säkra data för i vilken utsträckning åtgärden kan påverka kostnader och resursanvändning för landstingen och regionerna på längre sikt.

Stödinsatser

Särskilt boende

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om särskilt boende som är anpassat till personer med demenssjukdom kommer att påverka socialtjänstens resursfördelning. Anledningen är att fler särskilda boenden behöver anpassas till personer med demenssjukdom.

Det saknas i nuläget entydiga definitioner av hur många boende det bör vara på en enhet för att den ska klassificeras som småskalig. I Socialstyrelsens kommun- och enhetsundersökning om vård och omsorg om äldre 2012 angav nästan 75 procent av demensboendena att deras enheter omfattar 10 rum eller färre. Det vanligaste var att enheterna omfattade 8 rum [36].

Socialstyrelsens bedömning är att många särskilda boenden är småskaliga redan i dag. De kommuner som inte har småskaliga särskilda boenden behöver dock se över hur det särskilda boendets storlek påverkar möjligheten att erbjuda personcentrerad vård och omsorg för personer med demenssjukdom. På kort sikt kan detta innebära ökade kostnader för socialtjänsten. På längre sikt kan det dock bland annat leda till en mer anpassad boendemiljö som kan minska förekomsten av BPSD hos personer med demenssjukdom som bor i särskilt boende.

Det saknas underlag för att bedöma omfattningen av inkluderande

boendemiljöer i särskilda boenden som är anpassade till personer med demenssjukdom. Det medför att Socialstyrelsen inte kan göra en bedömning av de ekonomiska konsekvenserna och av hur stora kostnader som kan kopplas till inkluderande boendemiljöer i denna rekommendation.

Dagverksamhet

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om dagverksamhet som är anpassad till personer med demenssjukdom respektive dagverksamhet som är anpassad för yngre personer med demenssjukdom kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation, eftersom många personer med demenssjukdom inte deltar i dagverksamhet i dag.

Socialstyrelsens bedömning är att socialtjänsten kan öka antalet personer med demenssjukdom som får dagverksamhet. Det skulle innebära en extra kostnad för socialtjänsten på 500 miljoner kronor per år på nationell nivå för att ytterligare 5 000 personer med demenssjukdom skulle erhålla dagverksamhet två gånger i veckan. Samtidigt kan åtgärderna minska kostnaderna för hälso- och sjukvården på längre sikt på grund av minskad vårdkonsumtion. Det saknas dock underlag för att kunna uppskatta hur stora dessa kostnadsbesparingar skulle vara.

Preliminära resultat från Socialstyrelsens enkät till kommunerna visar att omkring 85 procent av kommunerna har biståndsbedömd dagverksamhet som är riktad till personer med demenssjukdom. Samtidigt uppger mindre än 25 procent av kommunerna att det finns dagverksamhet som särskilt riktar sig till yngre personer med demenssjukdom. Många mindre kommuner uppger att antalet yngre personer med demenssjukdom är för begränsat för att möjliggöra särskild verksamhet för dessa [36]. Omkring 8 procent av kommunerna köper platser i en annan kommun eller stadsdel för att erbjuda dagverksamhet till personer under 65 år [36].

Uppgifter från socialtjänstregistret visar att omkring 11 000 personer har biståndsbeslut om dagverksamhet, varav majoriteten sannolikt har demenssjukdom.

SveDem redovisar en kvalitetsindikator som mäter hur stor andel av dem med demenssjukdom som finns registrerade i registret som har plats på en dagverksamhet. Eftersom majoriteten av personerna

med demenssjukdom i SveDem registreras i en relativt tidig fas av demenssjukdomen hade endast 4,4 procent plats på en dagverksamhet vid grundregistreringen enligt årsrapporten för år 2015. Vid första uppföljningstillfället efter cirka ett år hade 17 procent plats på dagverksamhet och vid fjärde uppföljningstillfället hade 27 procent plats på dagverksamhet. Analysen baseras på omkring 1 400 personer som följts upp efter fyra år [35].

Kostnaden för att erbjuda fler personer med demenssjukdom särskilt anpassad dagverksamhet beror på flera faktorer, såsom geografiska och demografiska förutsättningar i kommunen, personaltäthet och antal dagar per vecka som olika personer med demenssjukdom deltar i dagverksamheten. I Socialstyrelsens öppna jämförelser från 2013 (om kostnadsmått) [39] framgår det att den genomsnittliga kostnaden för dagverksamhet under 2012 uppgick till knappt 100 000 kronor per person och år. Det motsvarar dagverksamhet omkring två gånger per vecka under 40 veckor per år eller fyra gånger per vecka under 20 veckor per år.

Om SveDems uppgifter om andelen personer med demenssjukdom som har plats på dagverksamhet är representativa för landet i stort skulle det kunna innebära att många personer med demenssjukdom (och som bor hemma) inte deltar i dagverksamhet. Om ytterligare 5 000 personer skulle erbjudas dagverksamhet två gånger per vecka under 40 veckor per år kan de extra kostnaderna skattas till omkring 500 miljoner kronor per år på nationell nivå. Denna skattning baseras bland annat på en viss personaltäthet. Det är möjligt att dagverksamheter som är anpassade till yngre personer med demenssjukdom skulle innebära en högre kostnad eftersom personaltätheten skulle bli högre på grund av att det är färre personer inom målgruppen.

Det är osäkert i vilken utsträckning dagverksamhet kan användas för att fördröja flytt till särskilt boende.

Individanpassade stödinsatser vid demenssjukdom

Socialstyrelsen bedömer att rekommendation om anpassad måltidsmiljö kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens organisation, eftersom de verksamheter som inte arbetar på detta sätt i dag behöver ta fram rutiner för detta.

Socialstyrelsen genomför en årlig rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och på äldre-

boenden. I undersökningen från 2016 uppgav 62 procent av de äldre att de är nöjda med både maten och måltidsmiljön [40, 41].

I kommun- och enhetsundersökningen om vård och omsorg om äldre och i öppna jämförelser från 2015 [42-43] svarade särskilda boenden på frågor om rutiner för måltider. Totalt 84 procent av verksamheterna har rutiner för måltider som även inkluderar aspekterna i FAMM (Five Aspects of Meal Model, en modell som beskriver viktiga aspekter för att den äldre ska uppleva nöjdhet och känna sig bekväm under måltiden). Andelen som har rutiner för hur omsorgsmåltider ska genomföras uppgår till 64 procent. Den genomsnittliga andelen personer på varje enhet som har en genomförandeplan som beskriver den äldres önskemål i samband med måltiderna uppgår till 81 procent [44].

Socialstyrelsen gör bedömningen att en stor andel av demensboendena har en anpassad måltidsmiljö, men att det finns utrymme för att fortsätta utveckla detta på samtliga särskilda boenden och dagverksamheter som är anpassade för personer med demenssjukdom. För att möjliggöra detta kan det krävas organisatoriska förändringar inom dessa verksamheter för att utveckla rutiner och arbetssätt. Det saknas nationell statistik över möjligheten till utomhusvistelse för personer med demenssjukdom. Socialstyrelsen kan därför inte göra en bedömning av konsekvenserna av rekommendationen om utomhusvistelse.

Stöd till anhöriga

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om utbildningsprogram till anhöriga till personer med demenssjukdom och respektive avlösning, exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet, kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation, eftersom en betydande andel av de anhöriga anger att de inte har erbjudits stödinsatser.

Enligt SveDem tog primärvården initiativ till stödinsatser för 58 procent av anhöriga till nydiagnostiserade personer med demenssjukdom 2015 [35]. Motsvarande andel inom den specialiserade vården uppgick till 80 procent. Vilken typ av insats och vem som gav den framgår inte av statistiken. Jämfört med statistik från föregående år ökar andelen vårdinitierade stödinsatser. Statistiken visar dock inte det faktiska antalet anhöriga som efter erbjudande om anhörigstöd tackar ja och tar emot denna typ av åtgärd. När det gäller erhållna

stödinsatser omfattar dessa omkring 67 procent av de anhöriga under de följande fyra uppföljningarna som registreras i SveDem [35].

Preliminära resultat från Socialstyrelsens nationella utvärdering 2017 visar att nästan alla kommuner erbjuder någon form av stödinsats till anhöriga till personer med demenssjukdom, exempelvis utbildning, psykosociala insatser eller stödprogram. Samtidigt var tillgången till anhörigstöd som är anpassat till grupper med särskilda behov betydligt lägre, såsom anhöriga till yngre personer med demenssjukdom respektive anhöriga till personer med demenssjukdom och annat modersmål än svenska (omkring 35 respektive 5 procent av kommunerna).

Socialstyrelsens bedömning är att många kommuner erbjuder både utbildningsprogram och avlösning för anhöriga till personer med demenssjukdom. Samtidigt kan primärvården öka sin grad av initiativtagande för stödinsatser till anhöriga i samband med utredning och diagnos av personer med demenssjukdom. Detta ställer krav på utvecklade och förbättrade rutiner för utredning och diagnos. Även anhörigstöd som är anpassade till särskilda målgrupper kan öka i de flesta kommuner, vilket kan kräva tillskott av resurser för att finansiera exempelvis anpassade korttidsboenden. På längre sikt bedöms kostnaderna minska för kommuner, landsting och regioner eftersom avlösning bidrar till minskad upplevd belastning hos de anhöriga och minskad vårdkonsumtion, både för anhöriga och för personer med demenssjukdom.

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om läkemedelsbehandling vid kognitiva symtom vid Alzheimers sjukdom kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning, eftersom färre personer än vad som kan förväntas gör uttag av demensläkemedel. Myndigheten bedömer att antalet personer med Alzheimers sjukdom som erbjuds demensläkemedel kan öka till cirka 67 000 personer, vilket skulle innebära en extra kostnad för hälso- och sjukvården på 39–69 miljoner kronor per år på nationell nivå.

Nya beräkningar av antalet personer med demenssjukdom pekar på att det är omkring 140 000 personer som har sjukdomen. Det är något

mindre än tidigare beräkningar som bedömde att det fanns omkring 160 000 personer med en demenssjukdom i Sverige [45]. Cirka 60 procent av alla personer med demenssjukdom beräknas ha Alzheimers sjukdom. Socialstyrelsens beräkningar är baserade på SveDem:s behandlingsmål att 80 procent av personerna med Alzheimers sjukdom ska behandlas med demensläkemedel. Det skulle motsvara cirka 67 000 personer med den nya beräkningen av antalet personer med demenssjukdom. Med den äldre beräkningen var motsvarande resultat 77 000 personer. Det kan jämföras med att omkring 54 000 personer hämtade ut demensläkemedel under 2016, enligt läkemedelsregistret. Sedan 2010 har antalet personer med minst ett uttag av memantin ökat årligen med 9–23 procent samtidigt som personer med uttag av kolinesterashämmare har ökat någon enstaka procent varje år [46]. Om andelen personer med Alzheimers sjukdom som behandlas med demensläkemedel skulle öka till 80 procent, vilket motsvarar SveDem:s behandlingsmål, skulle det innebära att ytterligare 13 000–23 000 personer behandlas med demensläkemedel, eller en ökning på 24–43 procent.

Om en sådan ökning görs och den procentuella fördelningen av läkemedelstyper för personer som gör uttag av demensläkemedel [47, 48] är densamma, skulle läkemedelskostnaderna för demensläkemedel öka med 39–69 miljoner kronor per år.

Läkemedelsbehandling vid BPSD

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om läkemedelsbehandling vid BPSD kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation, eftersom en minskad användning av antipsykotisk läkemedelsbehandling vid BPSD medför behov av andra arbetsätt och vård- och omsorgsåtgärder för att bemöta dessa symtom. På kort sikt kan verksamheter som ändrar arbetsätt behöva resurstillskott och stöd i förändringsarbetet. På längre sikt är det osäkert om det fortfarande behövs resurstillskott eller om förebyggande arbete och andra åtgärder inom det vanliga omvårdnadsarbetet är tillräckliga.

Studier visar att behandling med antipsykotiska läkemedel innebär en ökad risk för allvarliga biverkningar samtidigt som dessa läkemedel bedöms ha liten eller ingen effekt vid BPSD [50].

BPSD-registret angav 2016 som en av sina kvalitetsindikatorer att

38 procent behandlades med olämpliga läkemedel i form av neuroleptika eller lugnande läkemedel som har allvarliga biverkningar. Öppna jämförelser 2016 för vård och omsorg om äldre [49] anger vidare att 8,8 procent av personerna över 75 år på särskilt boende hade förskrivning av minst ett olämpligt läkemedel. Antipsykotiska läkemedel förskrevs också till 4 procent av personerna med demenssjukdom i ordinärt boende och till 16 procent av dem i särskilt boende under år 2015, enligt uppgifter från SveDem [35]. En minskad läkemedelsförskrivning kan därför påverka arbetsätt och resursbehov både i hemtjänsten och vid särskilda boenden.

Socialstyrelsens bedömningar av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser har utgått från statistik över antalet personer som bor i särskilt boende. Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas för äldreomsorg var det 106 000 personer som var 65 år och äldre som hade permanent plats i särskilt boende 2016 (antalet inkluderar personer som avled under året, vilket innebär att totala antalet platser är lägre) [50]. Äldrecentrum har bedömt att 70 procent av personerna i särskilt boende har kognitiv nedsättning [36], vilket då skulle vara cirka 74 000 personer.

Ett sätt att bedöma vilket behov av resurstillskott som Socialstyrelsens rekommendationer om läkemedelsbehandling vid BPSD skulle innebära för hälso- och sjukvården och socialtjänsten är att utgå från dessa uppgifter. Om exempelvis andelen personer som förskrivs antipsykotiska läkemedel skulle minska med 6 procentenheter (från omkring 16 procent till omkring 10 procent), skulle det motsvara en minskning med omkring 4 400 behandlade personer.

Eftersom de åtgärder som erbjuds till personer med BPSD behöver vara individanpassade och fokusera på att åtgärda symtomens bakomliggande orsaker eller utlösande faktorer påverkar detta socialtjänstens men också hälso- och sjukvårdens organisation av arbetet. De ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna av en minskad förskrivning av antipsykotiska läkemedel beror därför på flera faktorer, såsom vilka alternativ till läkemedelsbehandling som redan används i verksamheten och vilken personaltäthet som olika boenden har.

Exempelvis kan ett boende med låg personaltäthet komma att behöva anställa fler personer för att kunna erbjuda andra åtgärder till personer med BPSD. Personalen kan också behöva få möjlighet till kompetensutveckling när det gäller att bemöta och behandla personer

med BPSD. Graden av förebyggande arbete i kombination med eventuellt utökad utredning av bakomliggande orsaker är central. Detta kan kräva att personaltid frigörs från annat eller läggs till arbetet.

Socialstyrelsen bedömer att de landsting och regioner som har hög förskrivning av antipsykotiska läkemedel, tillsammans med berörda kommuner, behöver analysera orsakerna till detta samt konsekvenserna för arbetsorganisationen av en minskad förskrivning.

Utbildning

Utbildning, träning och handledning för vård- och omsorgspersonal

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om utbildning, träning och handledning i ett personcentrerat förhållningssätt för vårdpersonal kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation. Anledningen är att kommunerna, landstingen och regionerna i större utsträckning än i dag behöver avsätta tid för långsiktig och kontinuerlig kompetensutveckling för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom. En sådan insats skulle innebära en sammanlagd extra kostnad för socialtjänsten på 280–420 miljoner kronor per år på nationell nivå. Storleken på kostnaden för hälso- och sjukvården har inte kunnat beräknas.

Preliminära resultat från Socialstyrelsens enkät 2017 som var riktad till ett urval demensboenden visar att omkring hälften av verksamheterna har åtminstone någon anställd med särskild kompetens om demenssjukdomar, vilket innebär att de kan bidra med utbildning och handledning till den övriga personalgruppen. Samma resultat visas för hemtjänstenheter.

Demens ABC är en webbutbildning som är framtagen av Svenskt Demenscentrum och som baseras på Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Sedan utbildningen startade 2010 har den genomförts av mer än 100 000 personer. Utbildningen är relevant för ungefär 150 000 personer i olika professioner som i dag arbetar i kommuner, landsting och regioner samt i privata vård- och omsorgsföretag.

Preliminära resultat från Socialstyrelsens nationella utvärdering pekar också på att det är relativt ovanligt att personal i omsorgen får

tillgång till extern handledning. Nästan hälften av demensboendena anger att ingen i personalgruppen fick tillgång till handledning under 2016 eller den första halvan av 2017. Mer än var fjärde boende som erbjöd extern handledning svarade att handledningen skedde mindre än en gång i halvåret. Möjligheterna till extern handledning tycks vara ännu mindre inom hemtjänsten.

År 2012 uppskattades 66 000 personer med demenssjukdom bo på särskilt boende. Bedömningar pekar på att personaltätheten motsvarar en personal per person med demenssjukdom, vilket skulle betyda omkring 66 000 personer om alla arbetar heltid [51]. De preliminära resultaten från den nationella utvärderingen tyder på att många demensboenden saknar personal med särskild kompetens om demenssjukdomar som kan bidra med utbildning och handledning till den övriga personalgruppen. En ökning av antalet personer med sådan kompetens med 10 000–15 000 personer skulle öka tillgängligheten på personal med denna kompetensprofil till demensboenden i Sverige. En motsvarande satsning för personer som arbetar inom hemtjänsten skulle innebära att förutsättningarna utvecklades även i denna del av omsorgen. En total förstärkning för att säkerställa att det skulle kunna finnas upp till två personer med särskild kompetens om demenssjukdom i varje boende eller personalgrupp i hemtjänsten skulle då riktas mot 20 000–30 000 personer inom omsorgen, vilket motsvarar cirka en femtedel av personalstyrkan.

Enligt Socialstyrelsens beräkning motsvarar kostnaden per person för utbildning, träning och handledning i personcentrerad vård, inklusive arbetstid, omkring 14 000 kronor [52]. Kostnaden för att ge denna form av utbildning till personal i hemtjänsten och i särskilda boenden som i dag inte har deltagit i utbildning skulle motsvara 280–420 miljoner kronor per år. Ytterligare kostnader kan tillkomma för andra personalgrupper som finns i hemsjukvården, primärvården och annan hälso- och sjukvård som ofta kommer i kontakt med personer med demenssjukdom.

Utbildning för bistånds- och LSS-handläggare

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om utbildning om demenssjukdom för bistånds- och LSS-handläggare som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom kommer att påverka socialtjänstens resursfördelning eftersom kommunerna behöver avsätta

tid för denna form av kompetensutveckling. Socialstyrelsen bedömer att socialtjänsten kan öka antalet biståndshandläggare som får utbildning om demenssjukdom. Om ytterligare cirka 1 000 biståndshandläggare skulle utbildas innebär det en extra kostnad för socialtjänsten på 1,6 miljoner kronor på nationell nivå.

SCB:s statistik visar att det år 2014 fanns 4 400 biståndshandläggare [53]. Det saknas uppgifter om hur många av dessa som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom eller om det finns särskilda biståndshandläggare för personer med demenssjukdom i större kommuner. Fram till augusti 2017 hade 3 260 personer deltagit i den webbaserade utbildningen Demens ABC plus Biståndshandläggare som Svenskt Demenscentrum har tagit fram, men det är okänt hur många av dessa som arbetar som biståndshandläggare [54]. Den grundläggande webbaserade utbildningen Demens ABC och påbyggnadsutbildningen Demens ABC plus Biståndshandläggare tar sammanlagt cirka 6 timmar att genomföra [55]. Om ett mål är att alla som arbetar som biståndshandläggare ska ha genomfört dessa två utbildningar kan det motsvara ytterligare cirka 1 000 biståndshandläggare. Kostnaden för arbetstidsinsatsen skulle då motsvara cirka 1,6 miljoner kronor. Därtill kommer en årlig kostnad motsvarande 6 arbetstimmar per person för att erbjuda nya biståndshandläggare att genomföra samma utbildningar.

Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter. Myndigheten utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. Med god vård och omsorg menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

Indikatorerna ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar och utvärderingar av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens processer, resultat och kostnader. Målet är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- följa upp vårdens och omsorgens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid
- ligga till grund för jämförelser av vårdens och omsorgens processer, resultat och kostnader över tid
- initiera förbättringar av vårdens och omsorgens kvalitet och effektivitet.

Uppföljningar, jämförelser och förbättringar ska med hjälp av indikatorerna kunna ske på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta internationella jämförelser.

Socialstyrelsen bedriver sitt arbete med att utveckla indikatorer enligt en modell som innebär att indikatorerna utformas i samarbete med sakkunniga inom området och övriga intressenter samt med relevanta kunskapsunderlag som grund. Enligt modellen ska en indikator för god vård och omsorg ha vetenskaplig grund, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. De uppgifter som utgör underlag till indikatorer bör också vara möjliga att registrera konti-

nuerligt i informationssystem såsom datajournaler, register och andra datakällor.

För att belysa jämlikhetsaspekter i vården bör data som inhämtas redovisas utifrån kön och ålder, men även utifrån socioekonomi och födelseland om detta är möjligt.

Indikatorer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Till slutversionen av *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom* har Socialstyrelsen tagit fram 21 preliminära indikatorer. Socialstyrelsen har fokuserat på indikatorer som ska spegla de centrala rekommendationerna i riktlinjerna och de viktigaste aspekterna av god vård och omsorg. En del av indikatorerna är så kallade övergripande indikatorer, som framför allt speglar resultatmått såsom dödlighet, väntetider eller rapportering till kvalitetsregister.

Vissa av indikatorerna är möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor, medan andra är så kallade utvecklingsindikatorer. Med det menas att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att det ska vara möjligt att följa upp dem på nationell nivå. Vissa utvecklingsindikatorer kan ändå följas upp på lokal eller regional nivå.

Arbete med utvärdering och målnivåer

Under 2017 har Socialstyrelsen påbörjat arbetet med att genomföra en utvärdering av vården och omsorgen till personer med demenssjukdom. Syftet med utvärderingen är att belysa i vilken mån landstingen, regionerna och kommunerna arbetar i enlighet med rekommendationerna i riktlinjerna, men även att belysa andra aspekter av kvalitet i vården och omsorgen. En liknande utvärdering (*Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom 2014*) publicerades i mars 2014.

Framtagandet av data i samband med utvärderingen innebär att indikatorerna testas och vid behov preciseras ytterligare. En slutlig version av indikatorerna kommer därför att presenteras, tillsammans med utvärderingen, i början av våren 2018. Indikatorerna kommer att publiceras i en separat indikatorbilaga som innehåller en detaljerad beskrivning av respektive indikator.

Under 2018 kommer Socialstyrelsen också att ta fram målnivåer för relevanta indikatorer i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma ifråga för en viss undersökning eller behandling, och de kan användas som en utgångspunkt vid förbättringsarbeten eller som en hjälp i styrning och ledning av hälso- och sjukvården och omsorgen. Målnivåerna fastställs utifrån en beprövad modell där såväl statistiska underlag som konsensusförfarande ingår [57].

Förslaget till målnivåer kommer att skickas ut på remiss till landstingen, regionerna och kommunerna.

Redovisning av indikatorer

När indikatorbilagan publiceras våren 2018 kommer den att kunna laddas ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinj. Indikatorerna kommer också att publiceras i sökbart, digitalt format.

Indikatorerna redovisas i enlighet med exemplet nedan.

Tabell 4. Exempel på indikator

Indikator 5	Fullständiga basala demensutredningar
Mått	Andel personer med demensdiagnos som genomgått en fullständig basal demensutredning.
Syfte	Personer med misstänkt demenssjukdom bör genomgå en basal demensutredning. Syftet med utredningen är bland annat att fastställa om personen har en kognitiv svikt samt om denna i så fall beror på en demenssjukdom eller om det finns en annan bakomliggande sjukdom. Syftet är också att fastställa vilken form av demenssjukdom som personen har samt vilka funktionsnedsättningar som sjukdomen medför. Den basala demensutredningen bör omfatta vissa utredningsmoment, bland annat kognitiva test (klocktest som komplement till MMSE-SR) och en datortomografi (CT eller MR).
Riktning	Hög andel eftersträvas
Målnivå	Nationell målnivå utreds
Typ av indikator	Processmått
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling

Teknisk beskrivning	<p><i>Täljare:</i> Antal personer med demensdiagnos som genomgått en fullständig basal demensutredning</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal personer med demensdiagnos</p> <p>Med fullständig demensutredning avses här att personen har genomgått CT eller MR, klocktest, MMT/MMSE-SR samt blodkemi.</p>
Datakälla	Svenska demensregistret (SveDem)
Felkällor	Bristande täckningsgrad
Redovisningsnivå	Uppdelat på primärvård respektive specialistvård Riket, landsting och regioner, utbildningsnivå, födelseland
Redovisningsgrupper	Kön, ålder
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård

Förteckning över preliminära indikatorer

Tabellerna i det här avsnittet visar vilka indikatorer som Socialstyrelsen har tagit fram för vården och omsorgen vid demenssjukdom.

Tabell 5. Övergripande indikatorer

Nummer	Namn
Indikator 1	Deltagande i kvalitetsregister (SveDem och BPSD-registret)
Indikator 2	Tid från remiss eller kontaktdatum till utredningsstart (specialiserad vård)
Indikator 3	Tid från utredningsstart till diagnos (specialiserad vård och primärvård)

Tabell 6. Riktlinjespecifika indikatorer

Nummer	Namn
Indikator 4	Andel personer med demenssjukdom med demensdiagnos
Indikator 5	Andel personer med demensdiagnos som genomgått en fullständig basal demensutredning
Indikator 6	Andel personer med Alzheimers sjukdom som behandlas med demensläkemedel
Indikator 7	Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som genomgått en läkemedelsgenomgång under de senaste 12 månaderna
Indikator 8	Andel personer med demenssjukdom som följs upp minst en gång per år
Indikator 9	Andel personer i särskilt boende som behandlas med antipsykotiska läkemedel
Indikator 10	Andel kommuner och stadsdelar med samordningsfunktioner i form av demensteam*
Indikator 11	Andel kommuner och stadsdelar med tillgång till demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion*
Indikator 12	Andel demensboenden/hemtjänstverksamheter med omsorgspersonal som genomgått längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demens*
Indikator 13	Andel demensboenden/hemtjänstverksamheter som erbjuder sin personal regelbunden handledning*
Indikator 14	Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom
Indikator 15	Andel personer med demenssjukdom som har beviljats dagverksamhet
Indikator 16	Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens utformande
Indikator 17	Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har individuella miljöbeskrivningar inkluderade i genomförandeplanen
Indikator 18	Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har strategier för bemötande dokumenterade i genomförandeplanen
Indikator 19	Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som har erbjudits personcenterade aktiviteter utifrån genomförandeplanen under den senaste veckan
Indikator 20	Andel personer med demenssjukdom där vården har initierat stöd till anhöriga i samband med demensutredning
Indikator 21	Andel kommuner eller stadsdelar med korttidsboenden som är enbart avsedda för personer med demenssjukdom

*Utvecklingsindikator

Delaktighet, information, etik, jämlik vård och omsorg

Riktlinjernas rekommendationer behöver anpassas till individens särskilda förutsättningar, erfarenheter och önskemål. En individanpassad vård och omsorg innebär att vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet, och att individen ska ges möjlighet att vara delaktig [28].

Enligt 5 kap. 1 § patientlagen och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. SoL anger å sin sida att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet (1 kap. 1 §), och att socialnämndens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 §).

Att patienter och klienter involveras i att utforma och genomföra behandlingen kan också bidra till en säkrare vård, öka följsamheten till behandlingen och förbättra resultatet.

Det är även viktigt att beakta aspekter såsom jämlik vård och etik för att nå en god hälso- och sjukvård och en god kvalitet i socialtjänsten.

Information ger förutsättningar för delaktighet

Patienten behöver information för att kunna vara delaktig. Enligt 3 kap. 1 § patientlagen ska varje patient därför få individuellt anpassad information om bland annat sitt hälsotillstånd, de metoder för undersökning, vård och behandling som står till buds och sina möjligheter att välja vårdgivare samt om vårdgarantin.

För att ge personen bästa möjliga förutsättningar att välja behandling behöver informationen anpassas till hans eller hennes ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § patientlagen). Situationer när personer exempelvis har en psykisk sjukdom eller nedsatt kognitiv förmåga, eller är substanspåverkade, ställer extra stora krav på individuell anpassning, lyhörddhet och kommunikativ kompetens hos personalen. Hos personer med demenssjukdom kan till exempel beslutsförmågan vara

påverkad. Men förmågan eller oförmågan att ta beslut behöver inte vara statiskt utan kan i stället variera från en dag till en annan.

Patienten behöver också tid för att tänka igenom sina val, och många kan vilja diskutera de olika alternativen med någon anhörig. Det kan därför vara bra att även anhöriga tar del av viktig information och exempelvis deltar vid möten med vårdpersonal. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta (3 kap. 5 § patientlagen).

Socialstyrelsens handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* [57] beskriver lagstiftningen och andra regelverk som gäller patientens ställning och rätten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet. Handboken vänder sig till vårdgivare, verksamhetschefer och personal inom hälso- och sjukvården. Handboken går att ladda ner från eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

I Socialstyrelsens guide *Min guide till säker vård* [58] finns konkreta råd till patienter om hur de kan bli delaktiga i sin egen vård och behandling, och därmed medverka till en säkrare vård. Guiden går att ladda ner från eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Din rätt till vård och omsorg [59] är en broschyr som vänder sig till den som är äldre, men även till de som är anhöriga. Skriften informerar om vilken vård och omsorg man kan få, vad den får kosta, vem man ska vända sig till och hur man går till väga om man inte är nöjd med beslut eller hur olika insatser utförs. Det finns även en kortare beskrivning av de lagar och regler som styr vården och socialtjänstens arbete med äldre.

Förutom delaktighet på individnivå är det även viktigt med delaktighet på verksamhets- och systemnivå, för att främja en god kvalitet. En del personer med demenssjukdom har långvarig kontakt med vården och därmed omfattande erfarenheter och kunskaper om demsamma. Sådan information bör vården och omsorgen ta vara på för att till exempel förbättra bemötandet av de sjuka personerna och för att anpassa vårdens och omsorgens organisation och de åtgärder som erbjuds.

Socialstyrelsens vägledning *Att ge ordet och lämna plats* [60] riktar sig till personal inom socialtjänsten, psykiatri och missbruks- och

beroendevården, och den tar upp medverkan och inflytande på såväl individnivå som verksamhets- och systemnivå. I vägledningen redogörs för lagstiftningen om brukares rättigheter och för de organisatoriska och strukturella förutsättningar som underlättar deras medverkan och inflytande. Vägledningen går att ladda ner från eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Jämlik vård och bemötande

Jämlik vård är en av sex dimensioner som definierats av Socialstyrelsen som viktiga förutsättningar för att nå en god hälso- och sjukvård och en god kvalitet i socialtjänsten. I 3 kap. 1 § HSL slås det fast att vården ska erbjudas på lika villkor och att de som har störst behov ska ha företräde. Hälsan, vården och omsorgen i Sverige är i dag i flera avseenden ännu inte jämlik. Ett flertal skillnader i dödlighet, vård och behandling kvarstår.

Jämlik vård innebär att alla får bemötande, vård och behandling på lika villkor oavsett sådant som personliga egenskaper, bostadsort, kronologisk ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning [61]. I detta ingår även en likvärdig omsorg. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör en hälso- och sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera dem som har störst behov, och den bör dessutom vara hälsoinriktad och hälsofrämjande.

Jämlik vård är också kopplad till de tre principer för prioritering som ingår i den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60): människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. En huvudinriktning för en jämlik vård är att alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att de tre principerna för prioritering upprätthålls. Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens personal har ett särskilt ansvar för att upprätthålla *människovärdesprincipen*. Det innebär att den enskilde bemöts och vårdas med respekt och omtanke.

Det finns tre nivåer för bemötandet: systemnivå (lagstiftning och regler), verksamhetsnivå (rutiner och traditioner) och individnivå (mötet mellan personal och patienter eller klienter). Hur bemötandet

upplevs påverkas bland annat av personalens kunskap, attityder och beteende [62]. För att vården ska ge goda resultat bör den vårdsökande uppleva bemötandet som respektfullt, kompetent och empatiskt.

Utbildning i hur patienter och klienter bör bemötas kan förbättra kommunikationen och bemötandet. Socialstyrelsens utbildningsmaterial *Att mötas i hälso- och sjukvård* [63] är till för att stödja personal i hälso- och sjukvården att reflektera över och arbeta systematiskt med bemötande och jämlik vård.

Något som också kan bidra till att skapa förtroende och ett gott samarbete mellan personal och patient eller klient är kontinuitet. Enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdförordningen (2017:80) ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten (se även 6 kap. 1 och 2 § patientlagen).

Etiska överväganden inom vården och omsorgen

När en person drabbas av en allvarlig sjukdom som kräver en avancerad behandling kan detta mottas med blandade känslor och ibland ge upphov till en upplevd kris. I dessa situationer kan patientens autonomi vara hotad. För att stödja patienten att återta kontrollen över sin situation är det viktigt att hälso- och sjukvården ger individuellt anpassad information om sjukdomen och dess behandling. Autonomi måste också balanseras gentemot andra etiska principer, till exempel att inte skada.

Den etiska hållningen att göra gott kan ibland kompliceras om en behandling kan medföra olika risker för patienten. Dessutom kan situationen kompliceras ytterligare om patienten motsätter sig behandling. Ett exempel på detta är när hälso- och sjukvårdspersonalen anser att en behandling skulle vara bra för patientens hälsa eller livskvalitet, men patienten inte vill delta i behandlingen. Hälso- och sjukvårdspersonalen ställs då inför svåra etiska bedömningar mellan att välja att göra gott gentemot att inte skada, samtidigt som patientens självbestämmande och integritet ska respekteras [64, 65]. Liknande situationer kan uppstå inom

hemtjänsten eller på ett särskilt boende när en person bedöms vara i behov av en viss insats, men inte vill eller kan samtycka till detta.

Frivillighet och samtycke

Vård och omsorg i Sverige bygger på principerna om individens rätt till självbestämmande och integritet. Förutom bestämmelserna i grundlagen framgår det även av till exempel HSL, patientlagen, och SoL. Det innebär att vård och omsorg förutsätter individens samtycke och att man inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som huvudregel inte kan vidta åtgärder mot en persons vilja (tvångs- och begränsningsåtgärder). Rätten att vara skyddad mot kroppsliga ingrepp och mot frihetsberövanden (till exempel inlåsning) finns även i grundlagen.

När en person har nedsatt beslutsförmåga på grund av sjukdom aktualiseras frågan om hur och om samtycke kan ges.

Personer som har nedsatt eller helt saknar beslutsförmåga kan ibland ha en god man eller förvaltare. Dessa typer av ställföreträdare har dock inte några omfattande befogenheter när det gäller angelägenheter av mer personlig karaktär. Exempelvis kan en förvaltare i regel endast lämna synpunkter beträffande vård, men generellt inte samtycka till operativa ingrepp [66].

Anhöriga kan inte heller agera ställföreträdare i vård- och omsorgssituationer. Familjemedlemmar och vänner kan dock vara viktiga eftersom de kan förmedla till vårdpersonal vad de vet om den enskildes inställning i olika frågor. Ur ett rättsligt perspektiv har dock inte anhöriga någon befogenhet att lämna samtycke å individens vägnar, i synnerhet inte om det rör tvångs- och begränsningsåtgärder.

Dagens lagstiftning ger således varken ställföreträdare eller anhöriga några särskilda befogenheter i frågor som rör vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga.

Den 1 juli 2017 trädde dock nya lagregler i kraft som ger möjlighet för vuxna personer att utse en så kallad framtidsfullmäktig. En framtidsfullmäktig kan företräda fullmaktsgivaren i det fall hon eller han på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande inte längre har förmåga att ha hand om de angelägenheter som är specificerade i fullmakten. Exempelvis har den framtidsfullmäktige möjlighet att ansöka om bistånd enligt

socialtjänstlagen för den individ som lämnat fullmakten. Åtgärder inom hälso- och sjukvård eller tandvård och vissa frågor av utpräglat personlig karaktär omfattas dock inte av de nya lagreglerna.

Samtidigt har nya regler förts in i föräldrabalken om anhörigas behörighet att rättshandla i vissa fall, när det gäller personer som uppenbart inte längre har förmåga att ha hand om sina ekonomiska angelägenheter och som saknar god man, förvaltare eller framtidsfullmäktig. Eftersom inte alla kan antas förbereda sig för framtiden genom att upprätta en framtidsfullmakt finns ett kompletterande regelverk angående ställföreträdskap genom anhöriga. Anhörigas behörighet kan även gälla vid tillfällig beslutsoförmåga, till skillnad från en framtidsfullmakt. Behörigheten omfattar främst enklare ekonomiska rättshandlingar, vilket kan vara vardagliga betalningar hänförliga till bostaden, tjänster av olika slag och inköp av mat och kläder. Däremot ska till exempel köp av aktier eller fastigheter falla utanför behörigheten. Att ansöka om insatser enligt SoL, såsom hemtjänst, bör enligt propositionen ingå i behörigheten (prop. 2016/17:30 Framtidsfullmakter – en ny form av ställföreträdskap för vuxna, s. 87–88).

De nya reglerna ger inte anhöriga eller framtidsfullmäktig någon befogenhet att samtycka till åtgärder av personlig karaktär i den enskildes ställe, i synnerhet inte till tvångs- och begränsningsåtgärder. Familjemedlemmar och vänner kan dock vara viktiga eftersom de kan förmedla till exempelvis vårdpersonal vad de vet om den enskildes inställning i olika frågor.

Projektorganisation

Projektledning

Stefan Brené	projektledare, Socialstyrelsen (från april 2016)
Iréne Eriksson	områdesansvarig omvårdnad och anhörigstöd, lektor, avd. för omvårdnad, Jönköping University
Anne Ekdahl	prioriteringsordförande, överläkare, geriatriker, Helsingborgs lasarett, sektionen för klinisk geriatrik, Karolinska Institutet
Margareta Hedner	delprojektledare kunskapsunderlag, Socialstyrelsen (t.o.m. juni 2015)
Ingrid Hellström	områdesansvarig omvårdnad och anhörigstöd, biträdande professor i omvårdnad, Linköpings universitet
Lena Jönsson	delprojektledare kunskapsunderlag, Socialstyrelsen (från juli 2015)
Anna Segernäs Kvitting	områdesansvarig primärvård, specialist i allmänmedicin och doktorand i allmänmedicin och kognitiv medicin, Linköpings universitet
Pinelopi Lundquist	projektledare, Socialstyrelsen (t.o.m. augusti 2015)
Agneta Nordberg	områdesansvarig specialistvård, professor i klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet
Åsa Sandvide	områdesansvarig omvårdnad och anhörigstöd (t.o.m. juni 2016), lektor, Linnéuniversitetet
Lars-Olof Wahlund	faktaordförande, professor i geriatrik, Karolinska Institutet

Anders Wimo adjungerad professor på sektionen för neurogeriatrik, Karolinska Institutet
Erik Åhlin projektledare, Socialstyrelsen (september 2015–mars 2016)

Arbetet med kunskapsunderlaget

Göran Bertilsson projektledare, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Anna Christensson biträdande projektledare, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Elisabet Classon psykolog, medicinska geriatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
Charlotte Hall avdelningschef, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Margareta Hedner projektledare, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Hilde Heimli projektledare, HelseDirektoratet Norge
Maria Johansson psykolog, medicinska geriatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
Ann Kristine Jonsson informationsspecialist, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Pernilla Videhult Pierre biträdande projektledare, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Lotta Ryk biträdande projektledare, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Anneth Syversson projektadministratör, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Jørgen Wagle projektledare, HelseDirektoratet, Norge

Arbetet med det hälsoekonomiska underlaget

Katarina Steen Carlsson områdesansvarig hälsoekonomi, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

Emilie Toresson Grip master i nationalekonomi, Institutet för
hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

Arbetet med indikatorer

Iréne Eriksson lektor, avd. för omvårdnad, Jönköping
University

Vera Gustafsson projektledare, Socialstyrelsen

Gunilla Nordberg biträdande chef, Svenskt Demenscentrum

Lars-Olof Wahlund professor i geriatrik, Karolinska Institutet

Anders Wimo adjungerad professor på sektionen för
neurogeriatrik, Karolinska Institutet

Prioriteringsarbetet

Tomas Alsjö neuropsykolog, geriatriska kliniken,
Universitetssjukhuset Örebro

Kerstin Angvik undersköterska, demensvårdsutvecklare,
lärcenter för en god demensvård,
Linköping

Meta Aringstam sjuksköterska i demensteam, Östersunds
kommun

Jens Berggren psykolog. enhetschef
minnesmottagningen Handen,
minnesmottagningen Löwenströmska.
Praktikertjänst N.Å.R.A. AB.

Valentina Chandorkar överläkare, specialist i
geriatrik, geriatriska kliniken,
Universitetssjukhuset Örebro

Annelie Georgsson socionom och kurator, avdelningschef,
minnesutredning och äldrepsykiatri,
Region Halland

Ritva Gough forskare, Nationellt kompetenscentrum
anhöriga

Ann-Charlotte Johansson demenssjuksköterska, Tingsryds
kommun

Ulrika Johansson	Silviasjuksköterska med fokus på omvårdnad, bemötande och anhörigstöd, Avesta lasarett
Madelene Johanson	specialistläkare i allmänmedicin, Silvialäkare, Centralsjukhuset i Karlstad
Björn Lennhed	överläkare, specialist i geriatrik, Silvialäkare, Falu lasarett
Cecilia Lind	överläkare, geriatrikt centrum, Norrlands universitetssjukhus
Rebecka Lindwall	biståndshandläggare, arbetsterapeut, Boxholms kommun
Ingela Månsson	leg. arbetsterapeut, styrelseledamot Anhörigas Riksförbund
Evalis Nilsson	demenssamordnare, Sollefteå kommun
Johan Nyström	metodutvecklare demensteamet Luleå kommun
Karin Pihlblad	sjuksköterska, Huddinge sjukhus
Annmarie Sandberg	förvaltningschef, Gävle kommun
Erik Stomrud	ST-läkare i allmänmedicin, Emmaboda hälsocentral, Kalmar län
Dirk Vleugels	specialist i allmänmedicin, chefsläkare, Närhälsan i Västra Götalandsregionen
Krister Westerlund	ordförande, Alzheimer Sverige
Cristina Wångblad	fysioterapeut, metodhandledare, Äldreomsorg SDF Lundby, Göteborg
<i>Andra medverkande</i>	
Linn Cederström	redaktör, Socialstyrelsen
Karin Wallis	delprojektledare digitalisering, informationsstruktur och fackspråk, Socialstyrelsen
Arvid Widenlou-Nordmark	enhetschef, Socialstyrelsen (t.o.m. September 2017)
Erik Åhlin	enhetschef, Socialstyrelsen (fr.o.m. September 2017)

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010-stöd för styrning och ledning 2010:
2. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer – Stöd för styrning och ledning 2013:
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom 2016:
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017:
5. Socialstyrelsen Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning 2014:
6. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012 [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
7. Skoog, I, Borjesson-Hanson, A, Kern, S, Johansson, L, Falk, H, Sigstrom, R, et al. Decreasing prevalence of dementia in 85-year olds examined 22 years apart: the influence of education and stroke. *Sci Rep.* 2017; 7(1):6136.
8. SNAC. Demensförekomst I Sverige 2001-2013. Geografiska och temporala variationer. 2017.
9. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem : systematisk förteckning - [ICD-10-SE]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
10. Association, AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM 5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
11. FYSS 2017 : fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Läkartidningen förlag AB; 2016.
12. WHO. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health- Information sheet: global recommendations on physical activity for health 65 years and above. 2011.

13. Socialstyrelsen. En nationell strategi för demenssjukdom-Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022. 2017
14. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden.se- För dig som arbetar med hälsa, vård och omsorg. 2017.
15. Läkemedelsverket. Farmakologisk behandling av kognitiv störning vid Alzheimers sjukdom (AD) 2002:13
16. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom – BPSD 2008:19
17. Svenskt Demenscentrum. 2017. Hämtad från:
<http://www.demenscentrum.se/>
18. Socialstyrelsen. Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna 2013:
19. Svenskt Demenscentrum, Nollvision- För en demensvård utan tvång och begränsningar: Svenskt demenscentrum; 2015.
20. Socialstyrelsen. Måltiden och ättandet bland personer med demens 2007:
21. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring 2011:
22. Volkert D, CM, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen MH, Vandewoude M, Wirth R, Schneider SM. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clinical nutrition. 2015; 34(6):1052-73.
23. Socialstyrelsen. Tips och råd för att förhindra fallolyckor 2017:
24. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning 2011:
25. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning 2015:
26. Broqvist M, BEM, Carlsson P, Eklund K, Jakobsson A. . Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård 2011:
27. Lund K. Prioriteringar i samverkan mellan kommun och landsting – erfarenheter av Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Prioriteringscentrum; 2010. Rapport No.:2010:1

28. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: handbok för vårdgivare, chefer och personal: aktuell från 1 januari 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
29. Rubenstein, LZ, Harker, JO, Salva, A, Guigoz, Y, Vellas, B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2001; 56(6):M366-72.
30. Johansson, I, Jansson, H, Lindmark, U. Oral Health Status of Older Adults in Sweden Receiving Elder Care: Findings From Nursing Assessments. *Nurs Res*. 2016; 65(3):215-23.
31. Anhörigstöd : information till anhörig-, brukar- och patientorganisationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
32. Wimo, A, Religa, D, Spangberg, K, Edlund, AK, Winblad, B, Eriksson, M. Costs of diagnosing dementia: results from SveDem, the Swedish Dementia Registry. *International journal of geriatric psychiatry*. 2013; 28(10):1039-44.
33. Jedenius, E, Wimo, A, Stromqvist, J, Andreasen, N. A Swedish programme for dementia diagnostics in primary healthcare. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26(4):235-40.
34. Jedenius, E, Wimo, A, Stromqvist, J, Jonsson, L, Andreasen, N. The cost of diagnosing dementia in a community setting. *International journal of geriatric psychiatry*. 2010; 25(5):476-82.
35. (SveDem), SD. Årsrapport 2015; 2016.
36. Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. Indikatorer och underlag för bedömningar. 2014:
37. Kvalitetsindikatorer.: Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)-registret.;2016
38. Munbedömning enligt ROAG (Revised Oral Assessment Guide) i Senior Alert (Power point slides) 2016
39. Socialstyrelsen. Kostnadsåtgång. Öppna jämförelser. 2013
40. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2017:
41. Öppna jämförelser 2016. Vård och omsorg om äldre : jämförelser mellan kommuner och län. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.

42. Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre : jämförelser mellan kommuner och län. Stockholm: Socialstyrelsen ;; 2016.
43. Öppna jämförelser 2015 - Vård och omsorg om äldre [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
44. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2015 - Vård och omsorg om äldre. 2016:
45. Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. 2014:
46. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens statistikdatabas. Läkemedelsregistret. Demensläkemedel 2006-2016. 2017.
47. Bond, M, Rogers, G, Peters, J, Anderson, R, Hoyle, M, Miners, A, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (review of Technology Appraisal No. 111): a systematic review and economic model. *Health Technol Assess*. 2012; 16(21):1-470.
48. (TLV), T-ol. Databas. Beslut läkemedel.; 2016.
49. Öppna jämförelser 2015 - Vård och omsorg om äldre. 2016:
50. Statistikdatabas för äldreomsorg.: Socialstyrelsen 2016.
51. Wimo, AJ, L; Fratiglioni, L; Sandman, PO; Gustavsson, A; Skölldunger, A. . Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
52. Chenoweth, L, King, MT, Jeon, YH, Brodaty, H, Stein-Parbury, J, Norman, R, et al. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol*. 2009; 8(4):317-25.
53. Anställda (yrkesregistret) 16-64 år med arbetsplats i regionen (dagbef) efter Yrke (SSYK 2012), kön och år.: Statistiska centralbyrån (SCB). 2016.
54. Svenskt Demenscentrum. plus Biståndshandläggare i siffror. 2016. Hämtad 2016-08-12 från: <http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/Samtliga-plusutbildningar/plus-Bistandshandlaggare/Demenskartal/>

55. Svenskt Demenscentrum. Avgiftsfria webbutbildningar. 2016. Hämtad 2016-08-12 från: <http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/>
56. Socialstyrelsen. Att sätta mål– förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancer-vård. Ett regeringsuppdrag 2012:
57. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig : hand-bok för vårdgivare, chefer och personal : aktuell från 1 januari 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
58. Min guide till säker vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
59. Din rätt till vård och omsorg En vägvisare för äldre (Elektronisk resurs). Socialstyrelsen; 2016.
60. Att ge ordet och lämna plats: vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013
61. Nationella indikatorer för god vård : hälso- och sjukvårdsöver-gripande indikatorer : indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
62. Lindqvists nia : nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder : slutbetänkande. Stockholm: Fakta info direkt; 1999.
63. Att mötas i hälso och sjukvård : ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor. Stockholm: Social-styrelsen; 2015.
64. Tännsjö, T, Dalgren, B. Tvångsvård : om det fria valets etik i hälso- och sjukvård. Stockholm: Thales; 2002.
65. Beauchamp, TL, Childress, JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 2013.
66. Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning : betänkande. Stockholm: Fritze; 2015.

Bilaga 1. Lista över rekommendationer

De nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom innehåller 76 rekommendationer, vilka presenteras nedan. Rekommendationerna omfattar utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödinsatser, läkemedelsbehandling och utbildning.

En mer detaljerad tillstånds- och åtgärdslista finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se. Där är det också möjligt att läsa samlad information om samtliga rekommendationer i bilagan Kunskapsunderlag.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Prioritet
Utredning och uppföljning			
1	Ökad risk för ärftlig demenssjukdom <i>Remiss till klinisk genetiker för genetisk vägledning</i>	Tillståndet har liten svårighetsgrad, men gruppens oro måste hanteras och beprövad erfarenhet talar för att åtgärden kan minska oron.	7
3	Misstänkt demenssjukdom <i>Strukturerade intervjuer med anhöriga som en del i den basala demensutredningen</i>	Enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden väsentligt till möjligheten att ställa korrekt diagnos. Utan åtgärden är risken stor att symtomen missas, vilket får konsekvenser för fortsatt vård- och omsorgsplanering.	1
4a	Misstänkt demenssjukdom <i>Klocktest som komplement till Mini Mental State Examination Svensk Revidering (MMSE-SR) som en del i den basala demensutredningen</i>	Det finns vetenskapligt stöd för att klocktest i kombination med MMSE-SR ger bättre diagnostiskt utfall än enbart MMSE-SR.	2
5	Misstänkt demenssjukdom och annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå <i>The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) som en del i den basala demensutredningen</i>	Det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag för att åtgärden förbättrar diagnostiken i målgruppen. Det finns få alternativa åtgärder.	2

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Prioritet
6	Misstänkt demenssjukdom <i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA) som en del i den basala demensutredningen</i>	Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Det finns vetenskapligt stöd för att åtgärden ökar möjligheten att ställa korrekt diagnos.	5
7	Misstänkt demenssjukdom <i>A Quick Test (AQT) som komplement till MMSE-SR som en del i den basala demensutredningen</i>	Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden något till möjligheten att ställa korrekt diagnos.	7
10	Misstänkt demenssjukdom <i>Strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga som en del i den basala demensutredningen</i>	Enligt beprövad erfarenhet ökar åtgärden möjligheten att ställa korrekt diagnos. Åtgärden ger dessutom underlag för fortsatt vård- och omsorgsplanering.	2
14	Misstänkt demenssjukdom <i>Datortomografi som en del i den basala demensutredningen</i>	Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet har åtgärden effekt på tillförlitligheten att utesluta andra orsaker än demenssjukdom som orsak till kognitiv svikt.	2
8	Misstänkt demenssjukdom <i>Kognitiva screeningbatteriet (KSB) som en del i den utvidgade demensutredningen</i>	Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden bidra till möjligheten att ställa korrekt diagnos, men de neuropsykologiska testerna bedöms ha större diagnostisk tillförlitlighet.	5
15	Misstänkt demenssjukdom <i>Neuropsykologiska tester för att bedöma minne, språk, uppmärksamhet och exekutiv och spatial förmåga, som en del i den utvidgade demensutredningen</i>	Det finns vetenskapligt stöd för att neuropsykologiska tester ökar möjligheten att ställa korrekt diagnos.	3
16	Misstänkt demenssjukdom <i>Strukturell magnetresonanstomografi, som en del i den utvidgade demensutredningen</i>	Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet ökar åtgärden möjligheten att ställa korrekt diagnos vid demenssjukdom.	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Prioritet
19	Misstänkt demenssjukdom <i>Mätningar av regionala hjärnblodflödet med SPECT, som en del i den utvidgade demensutredningen</i>	Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet ökar åtgärden möjligheten att ställa korrekt diagnos. Alternativa bättre metoder finns.	7
20	Misstänkt Lewykroppsdemens <i>Mätning av dopamintransport-systemet i hjärnan med SPECT, som en del i den utvidgade demensutredningen</i>	Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet ökar åtgärden möjligheten att ställa korrekt diagnos vid misstänkt Lewykroppsdemens, som är ett svårdiagnostiserat tillstånd.	5
21	Misstänkt demenssjukdom <i>Funktionell FDG-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen</i>	Tillståndet har måttlig svårighetsgrad. Det finns vetenskapligt stöd för att åtgärden ökar möjligheten att ställa korrekt diagnos.	4
22	Misstänkt demenssjukdom <i>Amyloid-PET, som en del i den utvidgade demensutredningen</i>	Forskning pågår.	FoU
94	Misstänkt demenssjukdom <i>Analys av biomarkörer (beta-amyloid (Aβ42), totalt-tau (t-tau), fosforylerat tau (p-tau) och kvoten mellan Aβ42 och p-tau) i cerebrospinalvätska som en del i den utvidgade demensutredningen</i>	Enligt beprövad erfarenhet ökar åtgärden möjligheten att ställa korrekt diagnos vid Alzheimers sjukdom.	4
23	Försämrad kognitiv funktion vid Downs syndrom <i>Utredning av demenssjukdom</i>	Tillståndet har stor svårighetsgrad. Demensutredning möjliggör god omvårdnad. Kommentar: Utifrån tillståndets särskilda förutsättningar kan demensutredningen behöva anpassas.	2
24	Kognitiv svikt och samtidigt alkoholberoende eller missbruk <i>Utredning av demenssjukdom efter minst två månaders alkoholfrihet</i>	Beprovad erfarenhet talar för att alkoholfrihet förbättrar diagnostiken. Kommentar: För metoder för att uppnå alkoholfrihet se Nationella riktlinjer, vård och stöd vid missbruk och beroende.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Prioritet
30B	Demenssjukdom <i>Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser</i>	Beprovad erfarenhet talar för positiv effekt av åtgärden på viktiga effektmått såsom livskvalitet och funktion. Kommentar: Sammanhållen uppföljning är en viktig förutsättning för den personcentrerade vården och omsorgen.	1
31	Demenssjukdom, beteendemässiga och psykiska symtom <i>Strukturerad uppföljning och utvärdering av BPSD och effekt av insatta åtgärder</i>	Åtgärden bidrar enligt beprovad erfarenhet till positiv effekt på viktiga effektmått såsom BPSD, funktion och livskvalitet. Åtgärden bidrar dessutom till minskat omsorgsbehov hos personen med demenssjukdom samt förbättrad livskvalitet, minskad upplevd belastning och mindre depression och ångest eller oro hos anhöriga.	1
33	Demenssjukdom <i>Diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument</i>	Beprovad erfarenhet talar för att åtgärden medför förbättrat näringsintag och förbättrad hälsorelaterad livskvalitet. Samtidigt innebär utebliven åtgärd en risk för allvarliga komplikationer.	2
36	Demenssjukdom och insatta fysiska skyddsåtgärder <i>Strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av fysiska skyddsåtgärder</i>	Beprovad erfarenhet talar för en ökad livskvalitet och minskat omsorgsbehov hos den demenssjuke om de fysiska skyddsåtgärderna observeras och utvärderas kontinuerligt. Åtgärden värnar personens självständighet och integritet.	1
37	Demenssjukdom och insatt välfärdsteknik <i>Strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av välfärdsteknik</i>	Välfärdsteknik kan ha betydelse för den personliga integriteten, varför det är viktigt att utvärdera dels funktionaliteten av den tekniska utrustningen, dels till exempel livskvalitet och känsla av trygghet och självständighet hos personerna med demenssjukdom.	1
Multiprofessionellt arbete			
27	Demenssjukdom <i>Multiprofessionellt teambaserat arbete inom vård och omsorg</i>	Beprovad erfarenhet talar för att åtgärden har positiv effekt på viktiga effektmått, såsom den demenssjuka personens livskvalitet och funktion samt de anhörigas livskvalitet. Den demenssjuka personens komplexa behov innebär att flera olika kompetenser, som kan innefatta både vård och omsorg, behövs för ett heltäckande omhändertagande.	1

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Prioritet
28	Demenssjukdom <i>Demensprofilerade hemtjänst-lag</i>	Beprövad erfarenhet talar för positiv effekt på viktiga effektmått såsom livs-kvalitet.	4
Stödsatser			
32	Demenssjukdom, mild till måttlig <i>Psykosociala stödprogram i grupp</i>	Beprövad erfarenhet talar för effekt av psykosociala stödprogram genom grupp-samtal med samtalsledare.	4
34	Demenssjukdom <i>Anpassad måltidsmiljö, exempelvis små grupper, tid för ätande och möjlighet att själv komponera måltid</i>	Beprövad erfarenhet talar för positiv effekt av anpassad måltidsmiljö på näringsintag och livskvalitet. Åtgärden tillgodoser ett grundläggande behov.	2
34b	Demenssjukdom <i>Anpassad måltidsmiljö i ordi-närt boende</i>	Beprövad erfarenhet talar för positiv effekt av anpassad måltidsmiljö på ätproblem och livskvalitet. Åtgärden tillgodoser ett grundläggande behov.	2
35	Demenssjukdom, måttlig till svår <i>Individuellt planerade toalett-besök</i>	Beprövad erfarenhet talar för positiv effekt. Åtgärden tillgodoser grundläggande behov som personen med demenssjukdom har svårt att själv uppfylla utan stöd. Utebliven åtgärd medför stor risk för allvarliga komplikationer.	2
39	Demenssjukdom <i>Individuellt anpassade kogni-tiva hjälpmedel</i>	Beprövad erfarenhet talar för att åtgärden har positiv effekt utan negativa konsekvenser.	2
41	Demenssjukdom, måttlig till svår <i>Vårdarsång</i>	Det vetenskapliga stödet för åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden ha effekt på till exempel BPSD, samtidigt som det enligt ett personcentrerat arbetssätt är viktigt att kunna erbjuda ett brett utbud av vård- och omsorgsinsatser.	7

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Prioritet
42	Demenssjukdom, måttlig till svår <i>Strukturerade insatser med musik, sång och dans</i>	Det vetenskapliga stödet för åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden ha effekt på sociala, psykiska och fysiska förmågor och upplevd livskvalitet, samtidigt som det enligt ett personcentrerat arbetssätt är viktigt att kunna erbjuda ett brett utbud av vård- och omsorgsinsatser.	7
43	Demenssjukdom, svår <i>Taktil massage</i>	Det vetenskapliga stödet för åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden ha effekt på sociala, psykiska och fysiska förmågor och upplevd livskvalitet, samtidigt som det enligt ett personcentrerat arbetssätt är viktigt att kunna erbjuda ett brett utbud av vård- och omsorgsinsatser. Tillståndet har få alternativa åtgärder.	6
44	Demenssjukdom <i>Reminiscens</i>	Åtgärden har ingen effekt på kognitiv funktion, men det vetenskapliga stödet är begränsat. Det vetenskapliga stödet för andra viktiga effektmått är otillräckligt. Åtgärden kan dock ge underlag för att kunna individanpassa andra åtgärder, i enlighet med ett personcentrerat arbetssätt.	9
45	Demenssjukdom Validation enligt Feil	Åtgärden har ingen effekt på kognitiv funktion och beteendestörning, men det vetenskapliga stödet är begränsat. Det vetenskapliga stödet för andra viktiga effektmått är otillräckligt. Kommentar: Andra liknande åtgärder inom validation används i dag inom omsorgen som en del av den personcentrerade vården. Socialstyrelsen har dock endast utvärderat den specifika åtgärden validation enligt Feil.	9
48	Demenssjukdom, måttlig till svår <i>Djur i vården inom särskilt boende</i>	Det vetenskapliga stödet för åtgärden är otillräckligt, men enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden ha effekt på sociala, psykologiska och fysiska förmågor och upplevd livskvalitet, samtidigt som det enligt ett personcentrerat arbetssätt är viktigt att kunna erbjuda ett brett utbud av vård- och omsorgsinsatser. Kommentar: Beakta rädsla/fobier och eventuella allergier.	7

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Prioritet
49	Demenssjukdom <i>Möjlighet till utomhusvistelse</i>	Åtgärden uppfyller grundläggande behov som personen med demenssjukdom har svårt att själv uppfylla utan stöd.	2
50	Demenssjukdom, mild till måttlig <i>Kognitiv träning</i>	Det vetenskapliga underlaget är begränsat men tyder på att åtgärden inte har någon effekt.	10
77	Demenssjukdom, beteendemässiga och psykiska symtom och sömnstörningar <i>Tyngdtäcke</i>	Enligt beprövad erfarenhet har åtgärden en positiv effekt hos vissa individer och är därför en alternativ åtgärd bland flera för personer med demenssjukdom. Kommentar: Åtgärden innebär individuell förskrivning av hjälpmedel.	7
90	Demenssjukdom <i>Kognitiv stimulering</i>	Åtgärden har viss effekt på viktiga utfallsmått, till exempel livskvalitet.	6
51	Demenssjukdom, mild till måttlig <i>Dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom</i>	Beprovad erfarenhet talar för positiv effekt av åtgärden. Åtgärden bidrar till bibehållna funktioner genom en meningsfull vardag. Åtgärden är också en viktig del av den personcentrerade vården och omsorgen och kan förbättra de anhörigas situation.	1
52	Demenssjukdom, yngre person <i>Dagverksamhet anpassad för yngre personer med demenssjukdom</i>	Beprovad erfarenhet talar för positiv effekt av åtgärden. Åtgärden bidrar till bibehållna funktioner genom en meningsfull vardag. Åtgärden är också en viktig del av den personcentrerade vården och omsorgen och kan förbättra de anhörigas situation.	1
95	Demenssjukdom, måttlig till svår <i>Särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom</i>	Beprovad erfarenhet talar för att småskaliga och inkluderande boendemiljöer har positiv effekt på viktiga effektmått såsom BPSD, självständighet och social delaktighet för personen med demenssjukdom.	2
84	Anhörig till person med demenssjukdom <i>Relationsbaserat stödprogram tillsammans med personen med demenssjukdom</i>	Beprovad erfarenhet ger stöd för effekt av åtgärden.	6

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Prioritet
85	Anhörig till person med demenssjukdom <i>Utbildningsprogram</i>	Åtgärden har vetenskapligt stöd för effekt på anhörigas upplevda belastning och depression.	2
86	Anhörig till person med demenssjukdom <i>Psykosociala stödprogram</i>	Åtgärden har ingen säkerställd effekt på upplevd belastning och depression hos anhöriga. Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag på flera viktiga utfallsmått men enligt experters bedömning har åtgärden effekt.	6
88	Anhörig till person med demenssjukdom <i>Avlösning exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet</i>	Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet.	2
89	Ung anhörig till person med demenssjukdom <i>Individuellt anpassat stöd</i>	Åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet. Kommentar: Tillståndet är inte begränsat till personer som är anställda som anhörigvårdare.	2

Läkemedelsbehandling

55	Lindrig kognitiv störning <i>Kolinesterashämmare</i>	Det finns vetenskaplig evidens för att biverkningarna är större än patientnyttan.	icke-göra
57	Alzheimers sjukdom med lindrig kognitiv funktionsnedsättning (diagnostiserad genom analys av biomarkörer) <i>Kolinesterashämmare</i>	Det vetenskapliga underlaget visar på en osäker effekt på utvecklingen av demenssjukdom, men i undantagsfall kan de positiva effekterna av behandlingen överväga biverkningarna.	10
56A	Alzheimers sjukdom, mild till måttlig <i>Kolinesterashämmare</i>	Tillståndet har stor svårighetsgrad med få behandlingsalternativ samtidigt som åtgärden har liten till måttlig säkerställd effekt på t.ex. kognition och allmän daglig livsföring vilket bedöms överväga biverkningsprofilen.	1
56B	Alzheimers sjukdom, mild till måttlig, med cerebrovaskulära inslag <i>Kolinesterashämmare</i>	Tillståndet har stor svårighetsgrad med få behandlingsalternativ samtidigt som åtgärden har liten till måttlig säkerställd effekt på t.ex. kognition och allmän daglig livsföring vilket bedöms överväga biverkningsprofilen.	1

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Prioritet
58	Alzheimers sjukdom, mild till måttlig <i>Memantin</i>	Tillståndet har stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten positiv effekt på global funktion och kognitiv funktion och innebär få biverkningar. Kommentar: Fri forskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.	5
59	Alzheimers sjukdom, måttlig till svår <i>Memantin</i>	Tillståndet har stor svårighetsgrad och åtgärden har liten positiv effekt på global funktion, ADL-funktion och kognitiv funktion samtidigt som små förbättringar i det aktuella stadiet av sjukdomen är betydelsefulla. Åtgärden innebär få biverkningar.	2
60	Alzheimers sjukdom, måttlig till svår <i>Memantin som tillägg till kolinesterashämmare</i>	Tillståndet har stor svårighetsgrad och åtgärden har liten positiv effekt på kognition och global funktion samtidigt som små förbättringar i det aktuella stadiet av sjukdomen är betydelsefulla. Åtgärden innebär få biverkningar. Kommentar: Fri forskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.	2
63	Demenssjukdom <i>Omega-3-fettsyror</i>	Åtgärden har ingen effekt på personen med demenssjukdom.	Icke-göra
93	Demenssjukdom <i>B-vitaminer</i>	Det finns vetenskapligt stöd för att åtgärden inte har effekt.	Icke-göra
66	Försämrad kognitiv funktion vid Downs syndrom <i>Kolinesterashämmare</i>	Det vetenskapliga underlaget är begränsat, men tyder på att åtgärden har biverkningar och få positiva effekter. Patientgruppen är dock svår att diagnostisera och åtgärden kan i undantagsfall ha effekt. Kommentar: Fri forskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.	10

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Prioritet
67	Frontotemporal demenssjukdom och samtidig depression <i>Antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat)</i>	Beprovad erfarenhet talar för viss effekt på depressiva symtom och välbefinnande. Samtidigt innebär åtgärden en risk för biverkningar, enligt experters bedömning, vilket har påverkat prioriteringen. Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad.	7
68	Frontotemporal demenssjukdom <i>Kolinesterashämmare</i>	Beprovad erfarenhet talar för att åtgärden inte har någon positiv effekt samtidigt som det råder osäkerhet om eventuella biverkningar.	Icke-göra
69	Frontotemporal demenssjukdom <i>Memantin</i>	Åtgärden har ingen effekt på global funktion, överordnad kognition, ADL-funktion och anhörigas upplevda belastning och effekten på beteendestörningar är av tveksam klinisk betydelse.	Icke-göra
91	Lewykroppsdemens <i>Kolinesterashämmare</i>	Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Det finns måttligt starkt vetenskapligt stöd för positiva effekter av åtgärden på viktiga utfallsmått, såsom beteendestörningar, ADL-funktion och kognition. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.	2
92	Lewykroppsdemens <i>Memantin</i>	Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har liten effekt av tveksam klinisk relevans på global funktion och få biverkningar. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.	5
72A	Demenssjukdom, kvarvarande psykotiska symtom efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling <i>Första generationens antipsykotiska läkemedel</i>	Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad samtidigt som beprovad erfarenhet talar för biverkningar och osäker positiv effekt. Åtgärden kan dock ha effekt för en mindre grupp, enligt experters bedömning. Det finns bättre alternativa läkemedelsbehandlingar. Kommentar: Behandlingen är olämplig vid Lewykroppsdemens och vid Parkinsons sjukdom med demens.	9

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Prioritet
72B	Demenssjukdom, kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling <i>Första generationens antipsykotiska läkemedel</i>	Det finns bättre alternativa läkemedel. Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och åtgärden har liten till måttlig effekt på aggressivitet, men ingen säkerställd effekt på agitation. Åtgärden innebär dessutom en ökad risk för allvarliga biverkningar. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren. Behandlingen är olämplig vid Lewykroppsdemens och vid Parkinsons sjukdom med demens.	10
73A	Demenssjukdom, kvarvarande psykotiska symtom efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling <i>Andra generationens antipsykotiska läkemedel</i>	Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och det finns få alternativa behandlingar. Åtgärden har effekt på viktiga utfallsmått. Åtgärden har allvarliga biverkningar, men bättre biverkningsprofil jämfört med första generationens antipsykotiska läkemedel. Kommentar: Behandlingen är olämplig vid Lewykroppsdemens och vid Parkinsons sjukdom med demens.	8
73B	Demenssjukdom, kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling <i>Andra generationens antipsykotiska läkemedel</i>	Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har effekt på viktiga utfallsmått. Åtgärden har allvarliga biverkningar men bättre biverkningsprofil jämfört med första generationens antipsykotiska läkemedel. Kommentar: Behandlingen är olämplig vid Lewykroppsdemens och vid Parkinsons sjukdom med demens.	9
74	Demenssjukdom, kvarvarande aggressivitet (t.ex. agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling <i>Antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat)</i>	Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har viss positiv effekt men innebär vissa biverkningar som dock är färre och lindrigare än alternativ läkemedelsbehandling med motsvarande effekt. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.	7

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Prioritet
75	Demenssjukdom, uttalad ångest och orostillstånd <i>Oxazepam</i>	Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Beprövad erfarenhet talar för positiv effekt i vissa situationer samtidigt som det finns risk för negativa konsekvenser. Kommentar: Så kort behandlingsperiod som möjligt bör eftersträvas.	7
76	Demenssjukdom, beteendemässiga och psykiska symtom och sömnstörningar <i>Klometiazol till natten</i>	Beprövad erfarenhet talar för att behandling med klometiazol har positiv effekt i vissa situationer samtidigt som det finns risk för negativa konsekvenser, t.ex. toleransutveckling. Kommentar: Så kort behandlingsperiod som möjligt bör eftersträvas.	8
78	Alzheimers sjukdom och samtidig depression <i>Antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat)</i>	Tillståndet har stor svårighetsgrad. Åtgärden har biverkningar. Samtidigt kan åtgärden ha effekt, enligt experters bedömning, vilket har påverkat prioriteringen.	7
79	Demenssjukdom och samtidig depression <i>Antidepressiva läkemedel (mirtazapin)</i>	Tillståndet har stor svårighetsgrad och beprövad erfarenhet talar för att åtgärden kan ha effekt. Risk för biverkningar.	7
80	Demenssjukdom, kvarvarande konfusion, efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling <i>Antipsykotiska läkemedel (haloperidol eller risperidon)</i>	Det saknas samstämmighet om att åtgärden har effekt på konfusion, men samtidigt är experters bedömning att vissa personer med demenssjukdom kan ha nytta av åtgärden. Risk för allvarliga biverkningar enligt beprövad erfarenhet.	10
81	Demenssjukdom, kvarvarande konfusion och samtidig sömnstörning efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling <i>Klometiazol till natten</i>	Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Beprövad erfarenhet talar för effekt av åtgärden. Åtgärden kan ha biverkningar eller negativa konsekvenser.	8

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Prioritet
Utbildning			
25	Demenssjukdom <i>Långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom</i>	Åtgärden har effekt på BPSD hos personer med demenssjukdom. Åtgärden är också en förutsättning för att vård- och omsorgspersonal ska kunna erbjuda en personcentrerad vård och omsorg till personer med demenssjukdom.	1
26	Demenssjukdom <i>Utbildning om demenssjukdom för biståndshandläggare och LSS-handläggare som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom</i>	Beprovad erfarenhet talar för att åtgärden bidrar till förbättrad livskvalitet för personer med demenssjukdom samt förbättrad livskvalitet och minskad upplevd belastning för de anhöriga.	2

Bilaga 2. Bilagor som publiceras på webben

Till riktlinjerna hör ett antal externa bilagor:

- Tillstånds- och åtgärdslista
- Kunskapsunderlag
- Hälsoekonomiskt underlag
- Metodbeskrivning

Samtliga bilagor finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård och omsorg vid demenssjukdom. Rekommendationerna gäller utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödinsatser, läkemedelsbehandling och utbildning.

Riktlinjerna innehåller också bedömningar av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av några av rekommendationerna samt indikatorer för uppföljning.

Riktlinjerna vänder sig främst till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Andra viktiga mottagare är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Riktlinjerna finns tillgängliga på www.socialstyrelsen.se.

Nationella riktlinjer 2017

Vård och omsorg vid demenssjukdom

– Stöd för styrning och ledning

(artikelnr 2017-12-2) kan beställas från

Socialstyrelsens publikationsservice

www.socialstyrelsen.se/publikationer

E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från

www.socialstyrelsen.se