



Handlingsplan för jämlik demensvård i Region Skåne 2016

Styrgrupp för framtagandet av planen:

Karin Träff Nordström, divisionschef, SUS, ordförande

Håkan Toresson, FoU-projektledare, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Eva Granvik, chef, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Lennart Minthon, professor, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Sölve Elmståhl, professor, Kunskapscentrum för geriatrik

Ann-Marie Liljeroth, Kryh

Anne Ekdahl, Sund

Clement Lidbeck, enhetschef, Hälsostaden

Ulrika Grahn, AKO (allmänläkarkonsult)

Magnus Kåregård, medicinsk rådgivare, avd för hälso- och sjukvårdsstyrning

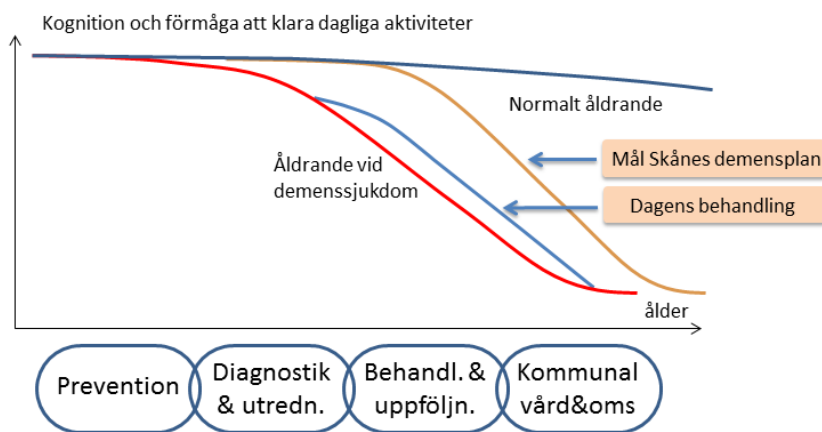
Innehåll

Inledning.....	3
Övergripande mål.....	3
Mål, delmål och målnivåer	3
Planerade aktiviteter inom fokusområdena 2016 och 2017	5
1. Prevention	5
2. Utredning och diagnos	7
3. Behandling och uppföljning.....	9
4. Kommunal vård och omsorg	10
5. Utbildning	11
6. Hälsoekonomi.....	12
7. Kliniska prövningar	12
8. IT och register	13
9. Kommunikation	14
K. Budget	14
2016.....	14
L. Ledning och genomförande av planen	15
M. Referenser.....	16

Inledning

Denna handlingsplan baseras på Region Skånes Strategiska utvecklingsplan för jämlik demensvård. Aktiviteterna redovisas nedan i fyra patientnära fokusområden (se figur nedan) samt fem stödande fokusområden (se lista nedan för samtliga).

1. Prevention
2. Diagnostik och utredning
3. Behandling och uppföljning
4. Kommunal vård och omsorg
5. Utbildning
6. Hälsoekonomi
7. Kliniska prövningar
8. IT och register
9. Kommunikation



Övergripande mål

Skåne skall vara ett föredöme i Sverige med att arbeta enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. På detta sätt får demenssjuka skåningar rätt diagnos följt av individuellt anpassad medicinsk behandling och uppföljning, så att de kan bo kvar hemma med god livskvalitet så länge som möjligt. Region Skånes vårdgivare skall arbeta med ett personcentrerat förhållningssätt i nära samverkan med socialtjänsten i patientens hemkommun. Bostadsort, kön eller ursprungsland skall inte påverka hur patienten omfattas av arbetet med denna utvecklingsplan.

Mål, delmål och målnivåer

Arbetet enligt denna handlingsplan kommer ske enligt SoS nationella riktlinjer samt SoS rekommendationer från den nationella utvärderingen 2014. Utöver dessa har det tillkommit mål inom hälsoekonomisk utvärdering, verksamhetsuppföljning samt kliniska prövningar och studier (se tabell sista sidan).

Baserat på det kartläggningsarbete som har gjorts i samband med framtagandet av denna plan har konkreta mål med målnivåer definierats enligt tabell nedan.

MÅL/målnivåer	Datakälla
<p>1. Öka andelen personer med demenssjukdom som fått diagnos</p> <ul style="list-style-type: none">• År 2020 skall minst 80% ha diagnos• År 2018 skall ingen under 75 år ha diagnos demens UNS• År 2020 skall inga nya UNS-diagnoser sättas	Region Skånes vårddatabas
<p>2. Öka andelen personer som får tillgång till demensläkemedel</p> <ul style="list-style-type: none">• År 2018 skall minst 90% av behandlingsbara patienter ha fått behandling	Databas läkemedel

Nationella indikatorer för uppföljning av resultat

SoS har tagit fram följande indikatorer för vård och omsorg om personer med demenssjukdom. Endast de första sex går att följa upp i befintliga system, övriga är under utveckling. När de reviderade nationella riktlinjerna är klara kan detta komma att ändras.

	Indikator	Planerat arbete
1.	Behandling med demensläkemedel	Kan mätas i Region Skåne
2.	Behandling med antipsykosmedel i särskilt boende	Aktiviteter i fokusområde 8 (se nedan)
3.	Fastställa riktlinjer/rutiner för genomförande av läkemedelsgenomgång med fokus på uppföljning av behandling med antipsykosmedel hos personer med demenssjukdom	Aktiviteter i fokusområde 3 (se nedan)
4.	Riktlinjer/rutiner som beskriver hur man identifierar och följer personer med demenssjukdom som riskerar att falla	Aktiviteter i fokusområde 1 (se nedan)
5.	Riktlinjer/rutiner som beskriver hur man identifierar och följer personer med demenssjukdom som riskerar att utveckla eller som redan har utvecklat trycksår	Aktiviteter i fokusområde 1 (se nedan)
6.	Riktlinjer/rutiner som beskriver hur man identifierar och följer upp personer med demenssjukdom som riskerar att utveckla undernäring eller som redan är undernärda	Aktiviteter i fokusområde 1 (se nedan)
7.	Andel med nydiagnostiserad demenssjukdom	Aktiviteter i fokusområde 8 (se nedan)
8.	Antal personer med demensdiagnos som genomgått basal demensutredning	Aktiviteter i fokusområde 8 (se nedan)
9.	Andel personer med demenssjukdom som följs upp minst en gång per år av hälso – och sjukvården	Aktiviteter i fokusområde 8 (se nedan)
10.	Andel personer med demenssjukdom som följs upp minst en gång per år av socialtjänsten	Kommunalt ansvar
11.	Andel personer med demenssjukdom i särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom	Kommunalt ansvar
12.	Andel personer med demenssjukdom som vårdats inom akutsjukvården för höftfraktur orsakad av fall	Aktiviteter i fokusområde 8 (se nedan)
13.	Andel personer med demenssjukdom som utvecklat trycksår, grad 1-4	Aktiviteter i fokusområde 8 (se nedan)
14.	Andel personer med demenssjukdom som har beviljats dagverksamhet enligt socialtjänstlagen)	Kommunalt ansvar

Planerade aktiviteter inom fokusområdena 2016 och 2017

Nedan följer en detaljerad plan för de aktiviteter som är planerade för 2016 och 2017. Konkreta delmål för respektive fokusområde har satts för 2016. Under hösten 2016 kommer HSN få en uppdaterad aktivitetslista för 2017 med konkreta delmål.

1. Prevention

Här avses arbete inom sekundärprevention, d.v.s. åtgärder som kan förhindra eller försena försämring av sjukdom. För primärprevention, d.v.s. åtgärder som kan förhindra eller försena sjukdomsdebut, är kunskapsläget högst begränsat, men eftersom även en mindre försening av sjukdomsdebut skulle ha stor effekt på antalet demenssjuka måste kunskapsunderlaget stärkas. En forskningsinsats avseende primärprevention bör därför planeras för framtiden.

Sekundärprevention för demenspatienter handlar framförallt om att anpassa vård- och omsorgsinsatser till den demenssjukes behov av stöd. Nedsatt kognition ger till exempel problem med att följa behandlingsråd och medicinering för andra sjukdomar, svårigheter att avgöra när man behöver söka vård och ger i många fall upphov till beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Insatser avseende läkemedel återfinns i fokusområde behandling och uppföljning.

SoS rekommendationer som adresseras (enligt bilaga 1): 1, 2, 3

1.1 MinnesHälsan på Minneskliniken

MinnesHälsan är en ny del av Minneskliniken vid SUS öppenvård. Här kommer kända riskfaktorer för demenssjukdom kartläggas hos patienter med mild kognitiv svikt (MCI) med hjälp av "Håll Hjärnan Frisk" (www.hallhjarnanfrisk.se), ett formulär framtaget i samarbete mellan forskare på Minneskliniken och Karolinska institutet. Kartläggningen med "Håll Hjärnan Frisk" kommer ligga till grund för individuella interventionsprogram bestående av både farmakologiska och icke-farmakologiska åtgärder.

Planerat arbete 2016:

- Påbörja arbetet med testning enligt "Håll Hjärnan Frisk".

Delmål 2016:

- Testning av 50 patienter med hjälp av "Håll Hjärnan Frisk".

Förväntade aktiviteter 2017:

- Fortsatt utveckling av den kliniska verksamheten på MinnesHälsan.

1.2. Insatser inom verksamheter som inte primärt arbetar med målgruppen

Walder var ett samarbete mellan Minneskliniken och Internmedicinska kliniken vid SUS, Malmö. En detaljerad beskrivning av studien finns här:

<http://www.lu.se/lup/publication/5366702>.

Målgruppen var akut inlagda medicinpatienter äldre än 60 år som bodde i eget boende. I korthet har man kunnat visa att antalet återinläggningar av dessa patienter kunde halveras genom att man undersökte deras kognitiva status (hos ca 70 % kunde man misstänka kognitiv svikt och

av dem hade färre än 10 % en demensdiagnos) och tog hänsyn till detta vid utskrivning. Arbetssättet var så framgångsrikt att det nu blivit ordinarie rutin vid Internmedicinska kliniken. Waldermetoden är alltså ett sätt att identifiera och hjälpa personer med demenssjukdom/kognitiv svikt som försämrar deras förmåga att klara av sina olika medicinska sjukdomstillstånd.

Planerat arbete 2016:

- Eftersom en framgångsfaktor i Walder var samarbete mellan specialistvård, primärvård och kommun så utgör projektet Hälsostaden i Ängelholm en värdefull testbädd för en första spridningsinsats. I Hälsostaden utgör sjukhuset, primärvård och del av kommunal vård- och omsorg i Ängelholm en egen verksamhet där en minnesmottagning ingår. I Hälsostaden finns redan ett utbrett preventivt arbetssätt som man sprider i Region Skåne och Walderprojektets rutiner kring kognitiv svikt bör integreras i detta framgångsrika arbete.

Delmål 2016:

- Plan för integrering av Walder i Hälsostadens verksamhet klar.
- Påbörja Walderarbetet i Hälsostaden.

Förväntade aktiviteter 2017:

- Fortsätt Walderarbetet i Hälsostaden.
- Engagera ytterligare verksamheter i Regionens förvaltningar i förbättringsarbete enligt Walder i nära samarbete med Hälsoekonomi.
- Påbörja samarbete med andra slags verksamheter i hela Skåne, tex akutbilar, mobila akutteam, företagshälsovården och frivilligorganisationer.
- Undersöka förutsättningarna att tillsammans med frivilligorganisationer, myndigheter och företag att starta någon slags kampanj enligt ”dementia-friendly community”.

1.3. Kognitiv riskprofilering

Det är önskvärt att identifiera personer med demenssjukdom/kognitiv svikt så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet. Eftersom endast 54% av de demenssjuka i Skåne har fått diagnos planeras särskilda insatser på detta område (se utredning och diagnos nedan). Inom prevention kommer arbetet med kognitiv riskprofilering vara upplagt så att resultatet kan användas till förbättrad vård av patienter med diagnos samtidigt som profileringen kan öka sjukvårdens möjlighet att identifiera odiagnostiserade individer för vidare utredning.

Planerat arbete 2016:

- Kartläggning av pågående riskprofileringsmetoder i Skåne (landsting och kommun), tex kognition inom Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) eller kortvarianter som geriatrisk riskprofil/”fem frågor”.
- Digital riskprofileringsstudie med hjälp av adjusted clinical groups (ACG)-systemet baserat på uppgifter i Region Skånes vårddatabas. Vid behov och om möjligt kommer även läkemedelsdata och Socialstyrelsens eller kommunernas register över socialtjänstinsatser att användas.

Delmål 2016:

- Kartläggning av pågående riskprofileringsmetoder i Skåne klar.
- En eller två metoder för detaljerad utvärdering identifierade.
- Planering av digital ACG-riskprofilering klar.

Förväntade aktiviteter 2017:

- Digital ACG-riskprofilering med mått på specificitet, sensitivitet, positive och negative predictive value.
- Starta utvärderingen av riskprofileringsmetoder, i samverkansenheter kommun-primärvård-specialistvård. Här inkluderas digital riskprofilering om den bedöms värdefull baserat på studien ovan. Utvärderingen skall omfatta hälsoekonomi.

1.4. Uppsökande verksamhet

Troligen bedriver alla kommuner i Skåne någon form av uppsökande verksamhet i enlighet med Socialtjänstlagen. Vissa kommuner är föregångare och har uppsökande verksamhet fokuserad på prevention som når de allra flesta av kommunens invånare i aktuell åldersgrupp. I en del fall finns ett etablerat samarbete mellan kommun och landsting som exempelvis i Osby och Hässleholm där kommunens distriktssköterskor genomför tum-EKG som analyseras för förekomst av förmaksflimmer av Hässleholms sjukhus.

Planerat arbete 2016:

- Kartläggning tillsammans med Kommunförbundet Skåne av uppsökande verksamhet i Skånes kommuner.

Delmål 2016:

- Kartläggning av uppsökande verksamhet i Skånes kommuner klar.

Förväntade aktiviteter 2017:

- Planera samarbete inom samverkansenheter kommun-primärvård-specialistvård för att integrera kognition som en aspekt i kommunens uppsökande verksamhet och där primärvård och specialistvård bidrar med utredning och behandling. Hälsoekonomiska aspekter tas med i planeringen.
- Spridning av samarbetsmodell för uppsökande verksamhet till fler samverkansenheter.

1.5. SoS nationella indikatorer: rutiner för fall, trycksår och undernäring hos personer med demenssjukdom.

Detta gäller SoS indikatorer 4-6 från Nationella riktlinjerna. De är ett mått på hur många landsting som har fastställda rutiner för hur man identifierar personer med demenssjukdom som har ökad risk för fall, trycksår respektive undernäring.

Planerat arbete 2016:

- Kartlägg de rutiner som finns i Region Skåne, hur de tillämpas på patienter med demenssjukdom samt hur de följs.

2. Utredning och diagnos

Alltför många av de demenssjuka personerna i Skåne saknar diagnos, och går därmed miste om:

- rätt behandling för sin demenssjukdom
- anpassad vård för andra sjukdomar de har
- rätt stöd från kommunen

Vid skrivandet av denna utvecklingsplan är andelen diagnostiserade 57%. Som framgår av kartläggningen som redovisas i den strategiska utvecklingsplanen är täckningsgraden över 65% i åldersgruppen 75-84 år, men avsevärt lägre hos de yngre och de äldre. Av diagnostiserade individer har hela 46% enbart ospecifik demensdiagnos i vårddatabasen, andelen är störst bland de äldre (figur X). Målet är att 2020 skall minst 80% av de demenssjuka ha diagnostiserats. För ospecifika demensdiagnoser är målet att från 2018 skall ingen patient under 75 år ha enbart ospecifik demensdiagnos och från 2020 skall inga nya ospecifika demensdiagnoser sättas.

För att öka demensdiagnostiken har Kunskapscentrum för demenssjukdomar hittills utbildat personal vid 74 vårdcentraler i hur man driver minnesmottagning. Minneskliniken har stöttat många av dessa genom specialistläkarkonsulter. Inom ramen för arbetet med Region Skånes strategiska demensplan har Kunskapscentrum för demenssjukdomar också påbörjat en kartläggning av hur primärvården arbetar med demenssjukdomar (tex utredning, diagnos, behandling och samverkan med socialtjänsten) samt vilket eventuellt stöd och utbildningar man upplever sig behöva för att bli bättre. Kartläggningen genomförs på plats på respektive vårdcentral i form av ett möte mellan personal från enheten och personal från Kunskapscentrum för demenssjukdomar. Vid besöket går man igenom ett frågebatteri. Målet är att samtliga vårdcentraler i Skåne skall ingå i kartläggningen. Hittills har åtta av nio tillfrågade enheter deltagit i en första test av arbetssättet och initiativet har mottagits mycket väl.

Som ett led i fortsatt utveckling av primärvårdens förmåga att utreda och diagnostisera demenssjukdomar har forskare vid Minneskliniken utvecklat ett datorstött verktyg för utredning och diagnostik kallat Digital demensdiagnostik (3D). Systemet eliminerar helt behovet att arkivera papper och att scanna kopior. Det är baserat på det skånska vårdprogrammet för sjukdomar med varaktig kognitiv svikt och de nationella riktlinjerna. 3D samlar alla undersökningsresultat i lättöverskådliga fönster och kan vid behov på ett säkert sätt delas med specialistläkarkonsult och/eller enheten för läkemedelsprövningar (se FoU). 3D har stora fördelar även på specialistkliniker och kommer att utvärderas inom såväl primärvård som specialistvård.

SoS rekommendationer som adresseras (enligt bilaga 1): 1, 2, 3

Planerat arbete 2016:

- Kartläggning av demensdiagnostik i Region Skånes vårddatabas, fördelat på kön, ålder och ursprungsland inom primärvård och specialistvård.
- Kartläggning av primärvårdens arbete med demenspatienter.
- Kunskapscentrum för demenssjukdomar fortsätter bistå primärvården med att starta fler minnesmottagningar.
- Utvärdera pilotprojekt med 3D på Minneskliniken, SUS.
- Planera 3D-pilotprojekt i primärvården.
- Utred ackreditering av minnesmottagning i primärvården baserat på resultat från kartläggningen.

Delmål 2016:

- Kartläggning av demensdiagnostik i Regionens vårddatabas klar.
- 80% av Skånes vårdcentraler skall ha deltagit i Kunskapscentrum demenssjukdomars besökande kartläggning.
- Utvärdering av pilotprojekt med 3D på Minneskliniken klar.
- Planering klar och minst tre vårdcentraler rekryterade till 3D-pilotprojekt.
- Starta minst 10 nya minnesmottagningar i primärvården.

Förväntade aktiviteter 2017:

- Fortsatt utbyggnad av minnesmottagningar i primärvården.
- Implementera 3D på Minneskliniken, SUS.
- Utvärdering av pilotprojekt med 3D i primärvården.

3. Behandling och uppföljning

I dag finns ingen botande behandling för demenssjukdomar men de symtomlindrande läkemedel som finns tillgängliga för Alzheimers sjukdom och Levy Body demens har bevisad effekt på kognition och förmåga att klara sina dagliga aktiviteter, även om den individuella variationen är stor. I SoS nationella utvärdering som bygger på Läkemedelsregistret framgår att i Skåne får enbart 1,5 % av befolkningen äldre än 65 år demensläkemedel trots att 5,4 % i denna åldersgrupp förväntas ha Alzheimers sjukdom. Vår egen kartläggning visar att av patienter med diagnos som är indikation för behandling har endast 51% fått behandling.

Många äldre demenspatienter har andra sjukdomar som de behandlas för och nedsatt kognition gör att de får svårigheter att ta läkemedel enligt ordination, något som bland annat framkom i Walderprojektet. Läkemedelsgenomgångar är av yttersta vikt för att upptäcka bland annat olämpliga läkemedelskombinationer men det saknas rutiner för hur och när genomgångarna skall genomföras.

Demenspatienter med beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) löper stor risk att sättas in på långtidsbehandling med läkemedel som är olämpliga för äldre. Det har visats att äldreboenden som använder BPSD-registret har kunnat minska användningen av olämpliga läkemedel varför fortsatt spridning av BPSD-registret i Skåne är av stor vikt (se fokusområde kommunal vård och omsorg).

Arbetet inom behandling kommer ske i samverkan med enheten för läkemedelsstyrning i Region Skåne.

SoS rekommendationer som adresseras (enligt bilaga 1): 3, 9, 10, 11, 14

Planerat arbete 2016:

- Kartläggning av demensläkemedel samt olämpliga läkemedel. Denna kartläggning skall integreras med arbetet inom riskprofilering ovan.
- Framtagande av rutiner för läkemedelsgenomgångar anpassade för demenspatienter samt föreslå sätt att mäta detta (SoS nationella indikator 3).
- Undersök om uppföljning kan identifieras i RSVD/PASIS eller om SveDem är enda källan till detta.

Delmål 2016:

- Kartläggning av demensläkemedel och olämpliga läkemedel klar.
- Rutiner för läkemedelsgenomgångar klara.

Förväntade aktiviteter 2017:

- Implementera rutinerna för läkemedelsgenomgångar.
- Kartläggning av icke-farmakologisk behandling vid BPSD.

4. Kommunal vård och omsorg

Av samhällets kostnader för demenssjukdomar står kommunerna för ca 80% medan landstingen står för ca 5%. Övriga kostnader (ca 15%) är informell vård, framförallt utförd av anhöriga (ref).

Socialstyrelsen betonar i sina rekommendationer att samverkan mellan kommuner och landsting är avgörande för att demenspatienten skall få optimal vård och omsorg. Flera goda exempel på detta finns i Skåne, både i projektform eller som ordinarie verksamhet. Vissa har ett brett fokus på äldre och vissa har ett specifikt fokus på demenssjuka. I samarbete med Kommunförbundet Skåne kommer en kartläggning av den kommunala demensvården genomföras i syfte att få underlag för konkreta samverkansprojekt mellan kommun, primärvård och specialistvård.

Inom ramen för arbetet med denna utvecklingsplan kommer en samverkansmodell spridas till intresserade kommuner. Arbetet kommer utgå från Socialstyrelsens identifierade förbättringsområden för kommuner. Region Skåne kommer inom ramen för sådan samverkan erbjuda minnesmottagning inom berörd(a) vårdcentraler samt stöd från specialistvården. Kunskapscentrum för demenssjukdomar och Region Skånes enhet för strategisk kvalitetsutveckling kommer erbjuda anpassade utbildningar och Svenskt BPSD-register ger stöd för att införa BPSD-registret på alla kommunens boenden. Respektive kommun står för de resurser som behövs. Samverkansmodellen kommer att utvärderas hälsoekonomiskt för att ge beslutsunderlag för den egna och för andra kommuner.

Samarbetet med Skånes kommuner kommer att genomföras i enlighet med det nya hälso- och sjukvårdsavtalet (samverkansavtalet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne).

SoS rekommendationer som adresseras (enligt bilaga 1): 1, 2, 3, 6, 8, 14, 15

Notera att dessa mål utgår från SoS rekommendationer för landstingen. Motsvarande lista för kommunala förbättringsområden kommer användas i den gemensamma detaljplaneringen.

4.1 Dementsteam

För att samverkan skall fundera effektivt krävs att kommunen är beredd att etablera ett eller flera tvärprofessionella dementsteam som får en nyckelroll i att knyta ihop kommunala och landstingets lokala verksamheter inom demensvård och omsorg. Samordnad individuell planering (SIP) skall regelmässigt användas. Teamet skall vara knutet till:

- den uppsökande verksamhetens preventiva arbete (se ovan)
- dagverksamhet för personer med demenssjukdom
- hemtjänsten
- äldreboenden och särskilda boenden
- biståndshandläggare
- primärvården
- anhörigstöd

Baserat på vår erfarenhet kan välfungerande samarbete mellan ett kommunalt tvärprofessionellt dementsteam och minnesmottagning i primärvården etableras på två år. Förväntade resultat är ökat antal diagnoser, fler behandlade patienter samt optimering av kommunala vård- och omsorgsinsatser. Samverkan leder också till ökad arbetstillfredsställelse hos vård- och omsorgspersonal.

4.2 Dagvård och hemtjänst

Rutiner och organisation för dagverksamhet och hemtjänst för demenssjuka skiljer sig mellan kommuner och kan behöva anpassas för att samverkan skall fungera optimalt.

4.3 Särskilt boende

Minneskliniken har utvecklat och driver Svenskt BPSD-register som nu används av i stort sett alla kommuner i Sverige för att minska förekomsten av BPSD, minska förskrivningen av neuroleptika och öka arbetstillfredsställelsen hos personalen. I Skåne är 32 av 33 kommuner anslutna till registret, men inom dessa kommuner finns många äldreboenden som ännu inte har infört registrets arbetssätt. Utbildning för de läkare som är knutna till boende med BPSD registret har påbörjats och skall genomföras i hela Skåne.

Planerat arbete 2016:

- Genomför en kartläggning tillsammans med KFSK av Skånes kommuners rutiner och organisation för demensvård och omsorg. Kartläggningen skall bland annat omfatta:
 - Vilka kommuner som har tvärprofessionella team, hur de är organiserade och hur de samarbetar med Region Skånes vårdgivare
 - Annan samverkan med Region Skånes vårdgivare
 - Användandet av SIP (kommer också kartläggas i RSVD)
 - Anhörigstöd
 - Planer för BPSD-registret
 - Dagvård
 - Utbildningsbehov

Delmål 2016:

- Kartläggning med KFSK klar.

Förväntade aktiviteter 2017:

- Detaljplanera och påbörja samverkansarbete med Hälsostaden samt ytterligare minst en kommun. Detaljplanen skall innefatta åtgärder inom SoS samtliga identifierade förbättringsområden för landsting och kommuner. Planen eller delar därav skall gå att följa upp hälsoekonomiskt.
- Fler kommuner engageras.

5. Utbildning

Utbildningsaktiviteterna kommer skötas av välmeriterade utbildningsverksamheter som till exempel Kunskapscentrum för demenssjukdomar, Geriatriskt utvecklingscentrum, Svenskt BPSD-register och Enheten för strategisk kvalitetsutveckling i Region Skåne. Arbetet inom fokusområde utbildning handlar om att fånga upp kunskap från kartläggningar och studier inom denna utvecklingsplan samt att skraddarsy nya utbildningar som behövs för att optimera samverkansarbetet med Skånes kommuner.

SoS rekommendationer som adresseras (enligt bilaga 1): 12, 13, 15

Förväntade aktiviteter 2017:

- Baserat på primärvårdskartläggningen, ta fram ett lättillgängligt kunskapspaket för primärvårdspersonal där betydelsen av utredning, behandling och uppföljning tydliggörs.
- Planera nya utbildningar baserad på ny kunskap från kartläggningar och studier inom denna utvecklingsplan.

6. Hälsoekonomi

Med en åldrande befolkning och utan botande behandling riskerar demenssjukdomarna att bli katastrofalt dyra. I dag uppgår samhällets årliga kostnader till 63 miljarder kronor. Det är dock viktigt att betona att denna beräkning från Socialstyrelsen, vad avser landstingen, framförallt gäller direkta kostnader för vård och behandling av demenssjukdom, medan undvikbar sluten och öppen vård (som i Walder var mycket stor) sannolikt gör att kostnaden är högre. Exakt vad som är undvikbar vård på individnivå är svårt eller omöjligt att definiera, men när man som i Walder med ett enkelt interventionsprogram kunde halvera återinläggningarna bland patienter med oupptäckt demenssjukdom blir det uppenbart att demenssjukdomarna belastar vården i större omfattning än de direkta kostnaderna.

Behovet av bättre och mer kostnadseffektiv vård och omsorg är stort men förbättrings-arbete försvåras av att en och samma patient under sjukdomsförloppet får vård av olika aktörer med separat budgetansvar. Om en huvudman genomför förändringar kan detta inverka negativt på en annan. Det kan vara svårt att mäta de ekonomiska effekterna av förändringar inom en huvudmans budget och det är givetvis ännu svårare att få ett mått på de samhällsekonomiska konsekvenserna.

För att få bästa möjliga underlag för fortsatt förbättringsarbete kommer en omfattande Hälsoekonomisk studie genomföras för samtliga involverade huvudmän under ledning av Professor Ulf Gerdtham (Region Skånes centrum för primärvårdsforskning, Medicinska fakulteten och Nationalekonomiska institutionen vid Lunds universitet).

Rekommendationer som adresseras (enligt bilaga 1): 18

Planerat arbete 2016:

- Litteraturstudie för att få aktuell överblick av kunskapsläget
- Information om planerna till Skånes kommuner i samverkan med KEFU och KFSK
- Övergripande planering av Hälsoekonomiskt arbete samt detaljplanering av de första delstudierna i samverkan med berörda kommuner

Delmål 2016:

- Litteraturstudie klar
- Övergripande plan för finansiering klar
- Detaljplanering av minst två delstudier klar

Förväntade aktiviteter 2017:

- Planering av övriga delstudier
- Påbörja hälsoekonomiska delstudier

7. Kliniska prövningar

Kliniska prövningar i Region Skåne inom demensområdet sker vid SUS Minneskliniks enhet för kliniska prövningar. Denna enhet har varit involverad i mer än en tredjedel av de svenska studier som finns registrerade i databasen clinicaltrials.gov. Patienter till dessa studier rekryteras främst från Minneskliniken. Övriga patienter i Skåne (inom primärvård och specialistvård) bör också erbjudas möjlighet att delta i kliniska prövningar. Detta kan vara av potentiell nytta för

de individer som ingår i studier och genom att bredda patientunderlaget kommer fler provningar kunna genomföras.

Rekommendationer som adresseras (enligt bilaga 1): 19

Planerat arbete 2016:

- Planera ett system för sjukhus och vårdcentraler så att personalen lätt kan få information om pågående studier för vidare spridning till patienter och anhöriga
- Samverka med statens nya enhet för nationell samordning av kliniska studier

8. IT och register

Kvalitetsregister fyller en viktig funktion för uppföljning och kvalitetsarbete. För många vårdgivare kan flera olika nationella register vara aktuella och i dessa fall kan registreringen i ett eller flera register bli ofullständig. Detta är ett skäl för Region Skåne att, utöver kvalitetsregister, använda egna vårddata för att kartlägga, följa upp och bedriva forskning och utveckling inom vården. Ett ytterligare skäl är att data i exempelvis RSVD ger en heltäckande bild av information som inte är tillgänglig från register, till exempel patientflöden.

IT-verksamheten inom denna utvecklingsplan skall skapa en säker och effektiv informationshantering för att stimulera och överskrida traditionella gränser inom och utanför den regionala demensvården. För att möjliggöra en säker och effektiv informationshantering ska IT-tjänsterna standardiseras och göras tillgängliga för forskning och utveckling av demensvården. Mängden IT-tjänster som ska göras tillgängliga via moderna informationsteknologi ska öka för att stimulera till effektiv forskning och utveckling av den regionala demensvården. Inom detta fokusområde faller också uppgiften att hantera datainsamling för utvecklingsplanens kartläggningar och studier (tex primärvårdskartläggningen och hälsoekonomi).

Rekommendationer som adresseras (enligt bilaga 1): 16, 17

Planerat arbete 2016:

- Planera för hur SoS nationella indikatorer 1 och 2 skall mätas i Skåne, där indikator 2 förutsätter samverkan med kommunerna.
 - Indikator 1: Behandling med demensläkemedel
 - Indikator 2: Behandling med antipsykosmedel i särskilt boende
- Planera för hur SoS nationella utvecklingsindikatorer 7-9, 12 och 13 (övriga gäller kommunerna) skall kunna mätas inom Region Skåne.
 - Indikator 7: Andel med nydiagnostiserad demenssjukdom.
 - Indikator 8: Andel personer med demensdiagnos som genomgått basal demensutredning.
 - Indikator 9: Andel personer med demenssjukdom som följs upp minst en gång per år av hälso- och sjukvården.
 - Indikator 12: Andel personer med demenssjukdom som vårdats inom akutsjukvård för höftfraktur orsakad av fall.
 - Indikator 13: Andel personer med demenssjukdom som har utvecklat trycksår, grad 1–4.
- Samverka med Enheten för nationell samordning av kliniska studier för att snabbt kunna implementera eventuella riktlinjer avseende datainsamling.
- Skapa rutiner och infrastruktur för insamling och hantering av data från kartläggning och studier.

Delmål 2016:

- Plan för SoS indikatorer fastställd.
- Plan för ökad registrering i SveDem klar.
- Rutiner och infrastruktur för insamling och hantering av data klara.

Förväntade aktiviteter 2017:

- Kartlägg orsakerna till underregistrering i SveDem och föreslå åtgärder för att öka antalet registreringar. Undersök om RSVD- och läkemedelsdata kan föras direkt till SveDem, på samma sätt som görs för kvalitetsregister för diabetes, bröstcancer och stroke inom Melior. Implementera även via 3D.

9. Kommunikation

En kommunikatör på deltid kommer att rekryteras och få ansvar för intern och extern kommunikation baserad på en kommunikationsplan. Huvuddragen i den kommer vara:

9.1 Intern kommunikation

All medverkande personal vid samtliga enheter som deltar i arbetet skall ha tillgång till Sharepoint 2016 som en gemensam portal för dokumentdelning, aktivitetsplanering, rapportering etc. Ett årligt möte för samtliga deltagande enheter.

9.2 Extern kommunikation

En hemsida med samlad information för allmänheten och media. Media över hela Skåne, och även nationellt, kommer dessutom servas med regelbundna press releaser.

Planerat arbete 2016:

- Ta fram kommunikationsplan

Delmål 2016:

- Kommunikationsplan klar
- Projektgemensam portal för internkommunikation uppe

Förväntade aktiviteter 2017:

- Bygg hemsida
- Stormöte

Budget 2016

Post	Tkr
Projektledare	750
Sjuksköterska/utvecklingsledare x 2	1200
Registerutveckling (IT-resurs)	300
Farmaceut	300
Kommunikatör	150
Administratör	150
Hälsoekonomi	250
Lokala projektledare (SUS, Kryh och SUND/Hälsostaden)	800
Övrigt	100
Totalt	4000

Medlen förvaltas av Kunskapscentrum för demenssjukdomar som ansvarar för projektledning, datasammanställning och kommunikation

Ledning och genomförande av planen

En styrgrupp ska tillsättas med uppdrag att ansvara för konkretisering, implementering och uppföljning av denna plan.

I styrgruppen ska ingå representant för

Förvaltning SUS, ordförande

Förvaltning Sund

Förvaltning Kryh

Hälsostaden

KC Demenssjukdomar

KC Geriatrik

Allmänläkarkonsultorganisationen (AKO)

Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, Koncernkontoret

M. Referenser

Socialstyrelsen, 2010, *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*

Socialstyrelsen, 2014, *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012.*

Socialstyrelsen, 2014, *Nationell utvärdering – Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.*

	Rekommendation	Ursprung	Aktiviteter 2016 (med delmål) i fokusområde:
	Öka andelen personer som får genomgå en demensutredning genom att:	SoS	
1.	<ul style="list-style-type: none"> Samverka med kommunerna så att de med behov upptäcks tidigare 	SoS	1, 2, 4, 5
2.	<ul style="list-style-type: none"> Öka kunskapen om tidiga tecken på demenssjukdom även inom verksamheter som inte primärt arbetar med målgruppen 	SoS	1, 2, 5
3.	<ul style="list-style-type: none"> Se över om primärvården har tillräckliga förutsättningar, både i form av kunskap och resurser, för att arbeta med utredning och behandling av personer med demenssjukdom 	SoS	2, 3
4.	Analysera användningen av olika utredningsmetoder, som lumbalpunktion, strukturell hjärnabbildning med magnetkamera (MR) och funktionell hjärnabbildning med SPECT.	SoS	
5.	Se över tillgången till vissa kompetenser, som arbetsterapeut, sjukgymnast och neuropsykolog, för att säkerställa att patienternas behov av insatser från dessa yrkeskategorier kan tillgodoses.	SoS	
6.	Se över tillgången till samordningsfunktioner i form av till exempel demenssjuksköterskor.	SoS	4
7.	Analysera orsakerna till vänte- och utredningstiderna vid demensutredning, och vid behov förkorta tiderna.	SoS	
8.	Tillgodose behovet av anhörigstöd i samband med demensutredning.	SoS	4
9.	Se över förskrivningen av demensläkemedel och vid behov vidta åtgärder för att öka andelen personer som får tillgång till läkemedel.	SoS	3
10.	Tillsammans med kommunerna uppmärksamma och analysera förskrivningen av antipsykosmedel till personer med demenssjukdom.	SoS	3
11.	Tillsammans med kommunerna utveckla rutiner för uppföljning, och därmed öka andelen personer som följs upp regelbundet.	SoS	3, 4, 5
12.	Bygg upp varaktiga strukturer för regelbundet återkommande utbildningsinsatser till personalen.	SoS	5
13.	Utveckla metoder, kunskap och arbetssätt som leder till en personcentrerad omvårdnad.	SoS	4, 5, 7
14.	Utveckla kunskapen när det gäller utredning och behandling av personer med ett annat modersmål än svenska, och särskilt uppmärksamma och analysera förskrivningen av demensläkemedel och antipsykosmedel till gruppen.	SoS	1-5
15.	Samverkan och kunskapsstöd till kommuner som arbetar för att uppfylla SoS rekommendationer för kommunal demensvård och omsorg.	SoS	4, 5
16.	SoS indikatorer: uppfyll 1-6 och utveckla 7-14	SoS	1, 2, 3, 8
17.	SveDem: öka täckningsgraden	SoS	2, 3, 8
18.	Utvärdera kostnadseffektiviteten av förändringsarbete	eget	6
19.	Öka kapaciteten för verksamhetsuppföljning, registrering i kvalitetsregister, kliniska prövningar och kliniska studier inom demensområdet i hela Skåne	eget	7, 8