



# Handlingsplan för jämlik demensvård i Region Skåne 2018

## **Styrgrupp för framtagandet av planen:**

Anne W. Ekdahl, Sund

Sölve Elmståhl, professor, Kunskapscentrum för geriatrik

Ulrika Grahn, AKO (allmänläkarkonsult)

Eva Granvik, chef, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Per Johansson, Hälsostaden (ersättare för Clement Lidbeck)

Ann-Marie Liljeroth, Kryh

Carina Lindkvist, avdelningschef hälsa och social välfärd, Kommunförbundet Skåne

Lennart Minthon, professor, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Maria Ohlson Andersson, divisionschef, SUS, ordförande

Håkan Toresson, FoU-projektledare, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Petra Widerkrantz, medicinsk rådgivare, avd för hälso- och sjukvårdsstyrning

## Innehåll

1. Sammanfattning .....	3
1.1 Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst .....	3
1.2 Personal .....	3
1.3 Kunskap och kompetens .....	3
1.4 Uppföljning och utvärdering .....	3
1.5 Anhöriga och närstående .....	4
1.6 Samhälle .....	4
1.7 Digitalisering och välfärdsteknik.....	4
2. Inledning.....	4
3. Övergripande mål .....	5
4. Mål, delmål och målnivåer .....	5
5. Planerade aktiviteter inom fokusområdena 2018 och 2019 .....	6
5.1 Prevention.....	6
5.1.1 Insatser inom verksamheter i slutenvården som inte primärt arbetar med målgruppen.....	7
5.2 Utredning och diagnos.....	8
5.2.1 Primärvården .....	8
5.2.2 Specialistminnesmottagningarna.....	10
5.3 Behandling och uppföljning .....	11
5.4 Samverkan med kommunal vård och omsorg .....	12
5.5 Utbildning.....	15
5.6 Hälsoekonomi.....	16
5.7 Kliniska prövningar och kliniska studier.....	17
5.8 Digitalisering och e-hälsa .....	17
5.9 Kommunikation .....	19
6. Budget .....	20
7. Ledning och genomförande av planen .....	20
8. Referenser.....	21

## Bilaga

1. Hälsoekonomisk studieplan ”Synaps – ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom och deras anhöriga”

## 1. Sammanfattning

Denna sammanfattning bygger på de sju problemområden som Socialstyrelsen lyfter fram i den nationella demensstrategin. Här nedan redogörs för Skåneperspektivet för vart och ett av de sju problemområdena med hänvisning till de planerade aktiviteter som beskrivs under 5 i handlingsplanen.

### 1.1 Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst

Socialstyrelsen har länge fokuserat på behovet av bättre samverkan kring patientgruppen, en fråga som också har också analyserats av Vårdanalys och som resulterade i samma slutsatser<sup>1,2</sup>.

I Skåne är den naturliga arenan för detta insatsområde utvecklingsplanen i hälso- och sjukvårdsvtalet i Skåne. Flera av hälso- och sjukvårdsvtalets utvecklingsområden är relevanta för denna handlingsplan, tex teambaserade arbetssätt (se 5.4), samverkan vid utskrivning (se 5.1.1 och 5.4), e-hälsa (se 5.8), kompetensutveckling (se 5.5) samt uppföljning och utvärdering av sådana områden (se 5.8).

Samverkansaktiviteter gällande demensvård har påbörjats i fem kommuner (Burlöv, Båstad, Lomma, Simrishamn och Örkelljunga). Detta arbete går nu in i införandefas. Detaljer återfinns under 5.4 och 5.6. Arbetet med att identifiera och anpassa vården till slutenvårdspatienter med sviktande kognition berör också i hög grad samverkan (se 5.1.1).

### 1.2 Personal

I Region Skånes årliga ST- och läkarbemanningsplan framgår tydligt behovet av långsiktig rekrytering av specialister i allmänmedicin som är den huvudsakliga vårdnivån för individerna med demens. Detta är också nödvändigt för att kunna möta upp befolkningens behov av mångårig personkontinuitet som rekommenderas av Socialstyrelsen. Kunskapscentrum demenssjukdomar arbetar också med en utredning gällande bemanning och rekryteringsbehov för Regionens specialistminnesmottagningar (se 5.2.2). I planens fokusområde Hälsoekonomi (se 5.6) ingår, under förutsättning att tillräcklig extern finansiering kan säkras, ett forskningsprojekt där förutsättningarna för både Regionens och kommunernas personal (kunskap, attityder och arbetsmiljö) kommer undersökas.

### 1.3 Kunskap och kompetens

Under arbetet med 2017 års handlingsplan har många områden identifierats med behov av kunskaps- och kompetensökning. Behovet i Skåne är avsevärt större än vad som kan mötas av Regionens två kunskapscentra som i dag bedriver utbildningar inom demensområdet (KC demenssjukdomar och KC geriatrik). En strategi som kommer utredas och, beroende på respons från förvaltningarna och kommunerna, provas under 2018 är att Regionen tillsammans med Skånes kommuner upprättar en struktur med lokalt förankrade utbildare. En ytterligare strategiskt viktig insats är att i högre grad utbilda tvärprofessionellt och över huvudmannagränserna, för att stödja bildandet av samverkansteam, det vill säga att personal från både kommun och Region går utbildningen tillsammans (se 5.5).

### 1.4 Uppföljning och utvärdering

Detta område handlar i stort om att ta fram digitaliserade lösningar för att kunna följa kvalitetsparametrar som ska användas för utveckling och planering av god vård och omsorg (se 5.8). Inom detta område finns en stor förbättringspotential inom hela sjukvården. Generellt kan sägas att Region Skåne har goda förutsättningar att ta fram efterfrågade digitala lösningar. I denna handlingsplan pågår ett arbete som engagerar Regionens specialistminnesmottagningar i att fö-

reslå relevanta kvalitetsparametrar för verksamhetsuppföljning och planering till indikatorgruppen på koncernkontoret (se 5.2.2). Här kommer vi utgå från Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer.

### 1.5 Anhöriga och närstående

Anhörigaspekten ingår i samtliga patientnära fokusområden (5.1-5.4) och är även en viktig del i de hälsoekonomiska studier som är planerade (se 5.6 och bilaga 1). Även i fokusområde utbildning ingår informations- och utbildningsinsatser riktade mot allmänheten/anhöriga (se 5.5). Precis som Socialstyrelsen kommer vi utgå från den rapport som nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA) har tagit fram och i vilken det finns konkreta förslag på förbättringsområden<sup>3</sup>. Samverkan med anhörigorganisationer inom denna plan finns under 5.9.

### 1.6 Samhälle

Här avses åtgärder i hela samhället, inte bara vård och omsorg, som ska leda till ett demensvänligt samhälle. En stor del av dessa åtgärder är sådana som bör initieras i samverkan mellan vårdhuvudmännen och även på nationell nivå då det rör flera statliga myndigheters ansvarsområden. Det som faller inom denna handlingsplan är utbildningar till allmänheten.

### 1.7 Digitalisering och välfärdsteknik

Denna plan inkluderar digitaliseringsåtgärder inom primärvården. Planen innehåller också åtgärder för att underlätta verksamheternas uppföljnings- och utvärderingsarbete (se 5.2.1 respektive 5.8 nedan). Dessutom finns planer på att införa ett digitalt arbetssätt vid förebyggande hembesök (se 5.4) i samverkan med kommuner.

Ny välfärdsteknik är inte en del av denna plan men har lyfts fram av Skånes kommuner som ett område med behov av utvärdering och gärna med hälsoekonomisk analys inkluderat.

## 2. Inledning

Denna handlingsplan baseras på Region Skånes Strategiska utvecklingsplan för jämlik demensvård samt resultaten av det arbete som har genomförts under 2016 och 2017. De regionala planerna bygger i sin tur på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom<sup>4</sup> samt Socialstyrelsens rekommendationer från den nationella utvärderingen 2014<sup>5</sup>. Anpassning till Socialstyrelsens senaste nationella utvärdering kommer göras under året.

Resultatet av tidigare strategiskt utvecklingsarbete redovisas i särskilda rapporter till Hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Region Skånes Strategiska utvecklingsplan för jämlik demensvård. Rapport över arbetet 2016.
- Region Skånes Strategiska utvecklingsplan för jämlik demensvård. Rapport över arbetet 2017.

Denna handlingsplan för 2018 bygger dessutom på Socialstyrelsens underlag och förslag på en nationell strategi för demenssjukdom<sup>6</sup> som lades fram under 2017. För att underlätta jämförelser med Socialstyrelsens dokument innehåller denna regionala handlingsplan tydliga hänvisningar till den nationella strategin och den nationella utvärderingen.

I den nationella strategin för demenssjukdom finns under rubrikerna Inledning samt Bakgrund en omfattande genomgång av exempelvis demografisk utveckling i Sverige, olika demenssjukdomar, nationella och internationella initiativ gällande demenssjukdomar samt lagar på området.

### 3. Övergripande mål

Skåne ska vara ett föredöme i Sverige med att arbeta enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. På detta sätt får personer med demenssjukdom i Skåne rätt diagnos tidigt i sjukdomsförloppet 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 ska arbeta med ett personcentrerat förhållningssätt i nära samverkan med socialtjänsten och kommunal sjukvård i patientens hemkommun. Bostadsort, kön eller ursprungsland ska inte påverka vårdens kvalitet. All verksamhet som finansieras inom planen ska ha ett Skåneperspektiv, och planering samt dokumentation ska göra resultaten tillgängliga för alla verksamheter som har personer med demenssjukdom som patienter.

### 4. Mål, delmål och målnivåer

Arbetet enligt denna handlingsplan kommer ske enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer<sup>4</sup>, rekommendationer från den nationella utvärderingen 2014<sup>5</sup> och nationella demensstrategin<sup>6</sup>. Eventuella avsteg från riktlinjerna kommer att motiveras. I tabell 3 på sista sidan återfinns Socialstyrelsens rekommendationer som handlingsplanen bygger på.

Delmål är angivna under respektive fokusområde och målnivåer framgår i tabell 1. Socialstyrelsen kommer under 2018 presentera nationella målnivåer för vissa av indikatorerna för vård och omsorg vid demenssjukdom.

Tabell 1. Målnivåer för övergripande mål för demensvården i Region Skåne.

MÅL/målnivåer	Datakälla
<p>Öka andelen personer med demenssjukdom som fått diagnos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2018 ska minst 65% av förväntat antal personer med demenssjukdom ha fått diagnos och minst 65% av patienterna ska ha en specifik diagnos</li> <li>• Från och med 2020 ska minst 80% av förväntat antal personer med demenssjukdom ha fått diagnos och minst 80% av patienterna ska ha en specifik diagnos</li> </ul>	Region Skånes vårddatabas (RSVD)
<p>Öka andelen personer som får tillgång till demensläkemedel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Från och med 2018 ska minst 90% av patienter med diagnos som är indikation för behandling ha fått behandling</li> </ul>	Databas läkemedel

Som framgår i rapporten över 2017 års strategiska demensvårdsarbete har andelen personer med demenssjukdom som fått diagnos legat stabilt på ca 57% under de tre senaste åren. För att uppnå målet 65% visar våra beräkningar att det i Skåne under 2018 behöver fångas upp lite drygt 4000 personer med odiagnostiserad demenssjukdom. Det är ca 1500 fler nya diagnoser än vad som sattes under 2017. Detta är å ena sidan en stor utmaning då det handlar om en ökning på 60%, men å andra sidan, om man slår ut antalet på Skånes vårdcentraler så blir det i

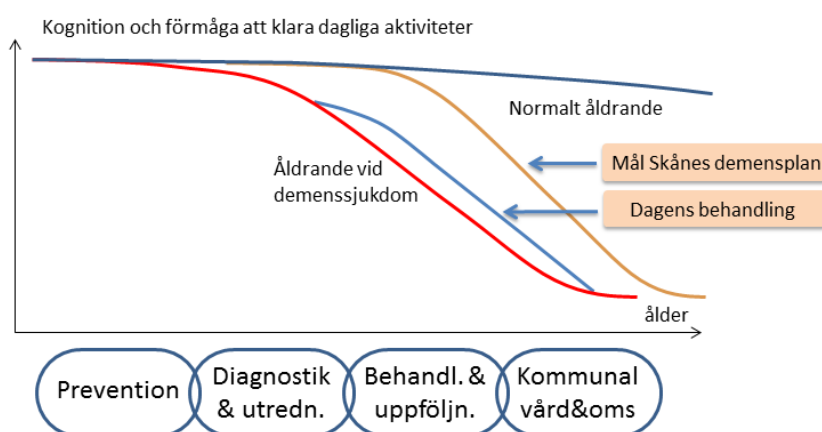
genomsnitt 10 patienter per enhet. Flera av aktiviteterna planerade inom ramen för denna handlingsplan, tillsammans med andra nya rutiner i vården och i samverkan med kommunerna, kan gemensamt bidra till att detta mål kan nås.

Socialstyrelsen kommer under 2018 sätta upp målnivåer gällande flera av de nationella indikatorer som finns för området demenssjukdomar. Till dess gäller ovanstående mål i Skåne.

## 5. Planerade aktiviteter inom fokusområdena 2018 och 2019

Aktiviteterna för 2018 redovisas nedan i fyra patientnära fokusområden (se figur nedan) samt fem stödjande 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. Digitalisering och e-hälsa
9. Kommunikation



Nedan följer en detaljerad plan för de aktiviteter som är planerade för 2018 och 2019. Konkreta delmål för respektive fokusområde har satts för 2018.

Aktiviteterna redovisas enligt Socialstyrelsens identifierade förbättringsområden från deras tidigare utredning av arbetet enligt de nationella riktlinjerna<sup>5</sup> (tabell 3).

### 5.1 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 demenssjukdomsdebut, är kunskapsläget högst begränsat förutom när det gäller vaskulär demens som har samma riskfaktorer som andra kardiovaskulära sjukdomar.

Sekundärprevention i denna handlingsplan handlar framförallt om att anpassa vård- och omsorgsinsatser till patientens förmågor. 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).

Proaktiva insatser avseende läkemedel återfinns i fokusområde behandling och uppföljning.

Socialstyrelsens rekommendationer som adresseras (enligt tabell 3): 1, 2, 3

### 5.1.1 Insatser inom verksamheter i slutenvården som inte primärt arbetar med målgruppen

Personer med kognitiv svikt som också har andra sjukdomar kan ha svårigheter att sköta sin egenvård. Funktionsnedsättningen innebär en risk för individen om inte vården gör en korrekt bedömning av patientens förmåga att ta sina mediciner, följa rehabiliteringsprogram etc. Kognitiv svikt eller demenssjukdom vid ett slutenvårdstillfälle (tex internmedicin, ortopedi eller kirurgi) innebär också en risk för patienter som har svårt att förstå eller komma ihåg instruktioner som tex att använda ringklocka för att kalla på hjälp vid toalettbesök.

Nedsatt kognition ingår idag som möjlig orsak vid riskbedömning fall, trycksår och nutrition. Eventuell kognitiv svikt bedöms dock inte i dessa fall enligt något strukturerat bedömningsinstrument. För att identifiera kognitiv svikt eller odiagnostiserad demenssjukdom finns behov av att utveckla en specifik riskbedömning för kognitiv förmåga samt tydliggöra kopplingar till möjliga konsekvenser och preventiva åtgärder som bör användas vid slutenvårdstillfället och även efter utskrivning. Kognitiv svikt bör dessutom ses som en stark indikation på att patienten har behov av fortsatta insatser efter utskrivning; dvs patienten är aktuell för samverkan vid utskrivning (SVU).

Handlingsplanens aktiviteter bygger i stort på Walder som var ett forskningssamarbete mellan Minneskliniken och Internmedicinska kliniken vid SUS, Malmö med syfte att kartlägga omfattningen av problemet och utvärdera olika interventioner. En detaljerad beskrivning av studien och dess resultat 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.

Walder visade alltså att det är möjligt att anpassa vården till kognitivt sviktande personer på ett sådant sätt att risken för återinläggning minskar.

I Hälsostaden i Ängelholm har det under 2017 införts ett arbetssätt där samtliga patienter vid inläggning ska tillfrågas om tidsorientering (år och månad). Detta är den snabbaste och enklaste metod som har klassats som validerad för att upptäcka kognitiv svikt<sup>7</sup>. Resultatet av tidsorienteringsundersökningen förs in i en befintlig meliormall (för detaljer se rapport). Efter att risk för kognitiv svikt har identifierats skickas remiss till primärvården för kognitiv bedömning och, vid behov, utredning.

På CSK har det sedan 2005 funnits ett samarbete mellan Enheten för kognitiv medicin och medicinklinikens dåvarande närsjukvårdsavdelning för att erbjuda rätt vård till patienter med hjärnsvikt. Samarbetet har även inkluderat Kristianstad kommun som tillhandahåller korttidsboendeplatser för dessa patienter.

Under 2017 har det genomförts analyser av arbetsmetodernas effekt i Ängelholm och Kristianstad. Tillsammans med respektive verksamhet kommer resultaten diskuteras och användas för att långsiktigt bibehålla och utveckla arbetssätten. De jämförande analyser som KC demenssjukdomar har gjort av Region Skånes slutenvård av äldre patienter (se rapport) visar att det finns gott hopp att få långvarig effekt. Internmedicin på SUS Malmö, där Walder genomfördes för åtta år sedan, ligger exempelvis på en mycket hög nivå med de mått som har använts.

Under 2018 ger de nya rutinerna för samverkan vid utskrivning (SVU)\* ett bra stöd för att lyfta fram frågan om patientens kognitiva status när beslut tas om fortsatta insatser efter sjukhusvis- telsen.

Planerat arbete 2018:

- Med den kunskap som införskaffats genom arbetet i slutenvården i Ängelholm och Kristi- anstad samt genom kartläggning av vårddata kommer mycket av utvecklingsarbetet gäl- lande slutenvården integreras med arbetet kring SVU. Beskrivningen av det arbetet har lagts under 5.4 (Samverkan med kommunal vård och omsorg).
- Följ upp resultaten i Hälsostaden och CSK avseende:
  1. Andel patienter som under vårdtillfälle 2017 och 2018 uppmärksammades som kog- nitivt sviktande
  2. Andel av ovan som fick remiss till sin vårdcentral för kognitiv utredning
  3. Andel av ovan som utreddes och fick diagnos
  4. För patienter som uppmärksammades och remitterades under 2017: effekt på vård- konsumtion.
- Utred vilka av mätpunkterna 1-3 ovan som kan upphöjas till regionala kvalitetsindikatorer, se vidare under 5.8.
- Baserat på vår RSVD-analys av slutenvården kommer det genomföras en kartläggning av arbetsmetoder för att upptäcka kognitiv svikt på de avdelningar som fick bäst utfall, ca 10 st. Vid dessa avdelningar kommer också SVU-processen och användandet av Mina planer att kartläggas avseende demenssjukdomar och kognitiv svikt.
- Med den kunskap som införskaffats genom arbetet i slutenvården i Ängelholm och Kristi- anstad samt genom kartläggning av vårddata kommer mycket av utvecklingsarbetet gäl- lande slutenvården integreras med arbetet kring SVU.
- Sprida kunskap inom slutenvården om resultat av kartläggningen av befintliga, effektiva arbetsmetoder.
- Koncernrådet för patientsäkerhet hålls uppdaterat om arbetet i slutenvården i Ängelholm.

Delmål 2018:

- Uppföljning av resultaten i Hälsostaden och CSK genomförd enligt ovan.
- Rapport klar gällande kartläggning av befintliga arbetsmetoder för att upptäcka kognitiv svikt och anpassa vård och fortsatt planering vid Skånes slutenvård.

Förväntade aktiviteter 2019:

- Skåneövergripande rutiner gällande kognitivt sviktande patienter i slutenvården införda.
- 

## 5.2 Utredning och diagnos

Mer än 40% av de demenssjuka personerna i Skåne beräknas sakna diagnos, och riskerar där- med att inte få:

- rätt behandling för sin demenssjukdom
- vid samsjuklighet: patientsäker vård och egenvårdsbedömning
- anpassat stöd från sin kommun

### 5.2.1 Primärvården

Under 2016-2017 genomfördes en omfattande kartläggning av vårdcentralernas arbete gällande demenssjukdomar genom att i stort sett alla vårdcentraler besöktes. Under 2017 genomfördes

\* <https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/kommunsamverkan/mina-planer-varldplanering/#93297>



en behovsanalys och som ett resultat har KC demenssjukdomar tillsammans med primärvårdens utbildningsenhet tagit fram ett antal utbildningsfilmer om kognitiv testning. Vissa av dem är klara och ligger tillgängliga på Vårdgivare Skåne. Resten kommer läggas ut under 2018. Under 2018 kommer användandet och upplevd nytta av dessa filmer kartläggas.

Det framkom att i Skåne används olika versioner av flera kognitiva tester och att resultaten tolkas på olika sätt. Under 2017 inleddes därför ett arbete med att ta fram en Skånegemensam version av varje test som finns med i vårdprogrammet för sjukdomar med varaktig kognitiv svikt.

Vid kartläggningen framkom det tydligt att en utmaning för vårdcentralerna är att utreda rätt personer. I nuläget är problemets omfattning omöjlig att kartlägga eftersom det inte finns någon Skånegemensam rutin för hur kognitionsutredning ska journalföras. Det kan också vara så att rutinerna för remittering till specialistminnesmottagning behöver göras tydligare eftersom specialistmottagningarna har bättre förutsättningar att utreda personer med subjektiv kognitiv svikt. För det senare är en planerad forskningsstudie vid Enheten för klinisk minnesforskning, Lunds universitet, intressant. I denna studie vill forskarna avgöra om en algoritm för att avgöra risken för Alzheimerpatologi kan vara kliniskt användbar på vårdcentral.

Socialstyrelsen rekommendationer som adresseras (enligt tabell 3): 1, 2, 3

Planerat arbete 2018:

- Kartläggning av effekten av utbildningsfilmer om kognitiv utredning.
  - Användning på vårdcentralerna
  - Upplevd nytta och pedagogisk kvalitet
- Ta fram och sprid en Skåneversion av varje kognitivt test i Regionala vårdprogrammet för sjukdomar med varaktig kognitiv svikt.
- I samarbete med AKO och andra relevanta representanter för vårdcentralerna, ta fram ett förslag på hur kognitiv utredning i primärvården kan struktureras med målet att underlätta såväl utredning som diagnostisering och samtidigt optimeras för att kunna mäta i vilken utsträckning som utredningarna uppfyller Socialstyrelsens definition på basalutredning (se även 5.8).
- Stötta forskare från Lunds universitets enhet för klinisk minnesforskning i planering av Alzheimeralgoritmstudie och följ resultaten.
- Förbättra vårdcentralernas möjlighet att identifiera och utreda patienter med möjlig odiaagnostiserad demenssjukdom genom att:
  - Utveckla och införa rutiner för hur vårdcentraler kan identifiera och i behövliga fall utreda demensriskpatienter enligt DRI-listan (tabell 2). Detta utvecklingsarbete kommer inledningsvis genomföras tillsammans med ett mindre antal vårdcentraler där KC demenssjukdomar på verksamhetschefs uppdrag tar fram vilka patienter på respektive VC som vid något vårdtillfälle fått DRI-diagnos. I arbetssättet ingår även att ta fram rutiner för bemötande och samordnad individuell plan (SIP) av patienter där misstanke om kognitiv svikt kvarstår men som ej önskar kognitionsutredning. För vissa patienter kan delar av vård och omsorg planeras och göras mer patientsäker utan utredning och diagnos även om målet alltid måste vara att klarlägga orsaken till den kognitiva svikten.

- Arbets sättet kommer utvärderas på pilotvårdcentralerna med avseende på antal utredningar och diagnoser samt effekt på berörda patienters vårdkonsumtion. Om utvärderingen visar på positiva effekter kommer ett förslag tas fram på digital lösning samt plan för vidare spridning.
- Koncernrådet för patientsäkerhet, Patientadministrativa rådet samt förvaltningarna kommer fortlöpande hållas informerade om arbetet med DRI-patienter.

Delmål 2018:

- Instruktionsfilmer om kognitiva tester tillgängliga online.
- Förslag klart på Skånegemensam struktur för kognitiv utredning i primärvården som underlättar arbetet på vårdcentral samt ökar möjligheterna att fånga data till kvalitetsindikatorer.
- Rutiner på plats för VC hantering av DRI-patienter för såväl offentligt som privat drivna enheter.
- Rutiner för DRI-patienter införda på tio VC i Skåne.

Förväntade aktiviteter 2019:

- Utvärdering och utveckling av arbetet med rutiner för DRI-patienter.
- Fortsatt spridning av rutiner för DRI-patienter och andra riskgrupper som kan identifieras digitalt (se även 5.8).

### 5.2.2 Specialistminnesmottagningarna

En kartläggning av Skånes specialistminnesmottagningar påbörjades under 2017. Den genomförs av en arbetsgrupp med två representanter för varje mottagning. Vid gruppens första möte beslutades att prioritera arbetet med kvalitetsindikatorer baserade på Region Skånes egen vårdinformation om patienter med demenssjukdomar. En mer detaljerad beskrivning av detta arbete återfinns i rapporten och vad som planeras under 2018 beskrivs nedan under 5.8. I korthet handlar det om Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer med tillägg av indikatorer gällande tidig upptäckt, exempelvis genom att mäta antalet diagnoser av lindrig kognitiv svikt (F06.7) och poäng på MMSE vid diagnostillfället. Det är också viktigt att ta med patient- och anhörigrapporterade kvalitetsmått.

För att säkerställa att Region Skåne kan erbjuda en likvärdig specialistvård av demenssjukdomar är gruppen överens om att nya kvalitetsindikatorer är avgörande och har större effekt än en omorganisation till en gemensam verksamhet för hela Skåne.

Socialstyrelsen rekommendationer som adresseras (enligt tabell 3): 1, 2, 3

Planerat arbete 2018:

- Arbetsgruppen som bildades under 2017 med representation från samtliga specialistminnesmottagningar fortsätter sitt arbete för att kartlägga:
  - bemanning
  - behov av olika professioner
  - yngre patienter
  - ovanliga diagnoser
  - produktion (diagnos, behandling, uppföljning)
  - väntetider
  - remissflöde

- remisskvalitet
  - samverkan med slutenvård
  - samverkan med vårdcentraler
  - samverkan med kommuner
  - plan för ökat antal utredningar genom tex förebyggande hembesök
  - utbildningsinsatser
- Baserat på kartläggningen av specialistvården och primärvården gör arbetsgruppen en bedömning av genomförbarheten av förslag från 2014 års utredning. Vid behov av förändringar tar arbetsgruppen fram förslag på:
    - optimal organisationsform för specialistvården i Skåne
    - i samråd med primärvården: ändringsförslag till vårdprogrammet gällande arbetsfördelning mellan specialist- och primärvård
  - Testa och börja mäta utfallet av de indikatorer som har föreslagits för att kunna rapportera graden av likvärdighet inom demensspecialistvården (se också 5.8).

Delmål 2018:

- Rapport från specialistarbetsgruppen med förslag på eventuella förändringar i specialiserade vårdens arbetssätt och/eller organisation.
- Rapport om likvärdighet inom demensspecialistvården.

Förväntade aktiviteter 2019:

- Implementering av eventuellt föreslagna förändringar.
- Specialistgruppen engageras i arbetet med ett standardiserat insatsförlopp (enligt Socialstyrelsens förslag i den Nationella strategin (se 5.4)).

### 5.3 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 dagliga aktiviteter, även om den individuella variationen är stor.

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. Sjukvårdens uppföljning av patienter med demenssjukdom ska därför omfatta alla patientens medicinska behov. För patienter med insatser från kommunen ska uppföljningen göras gemensamt med kommunal vård och omsorg. Läkemedelsgenombångar är av yttersta vikt för att upptäcka bland annat olämpliga läkemedel eller läkemedelskombinationer, något som Region Skånes befintliga rutiner är utformade för. Det saknas dock rutin för specifikt anpassad symptomskattning för patienter med kognitiv sjukdom som har svårt att själv delge sina symptom. Behov finns därför att utveckla rutinen för anpassning till patienter med kognitiv svikt (se rapport för förslag).

Patienter med kognitiv svikt är särskilt känsliga för vissa läkemedel. Det gäller i synnerhet läkemedel med antikolinerga effekter, som kan påverka de kognitiva förmågorna, men även andra läkemedel med påverkan på centrala nervsystemet<sup>8</sup>. Indikator för detta finns i Skåne i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer för vårdcentralerna.

Personer med demenssjukdom och 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 5.4).

Arbetet inom läkemedelsbehandling sker i samverkan med Område läkemedel på Koncernkontoret och i enlighet med Skånelistan\*.

Socialstyrelsens rekommendationer som adresseras (enligt tabell 3): 3, 9, 10, 11, 14

Planerat arbete 2018:

- För att få bättre struktur och rutiner för årliga uppföljningar kommer motsvarande arbete som görs för en Skånegemensam struktur för utredning och diagnostisering genomföras för uppföljning. Detta arbete samordnas med pågående insatser inom Primärvårds kvaliteten och övriga kvalitetsregistreringar.
- Fortsatt kartläggning av demensläkemedel samt potentiellt olämpliga läkemedel för äldre med effekt på kognition enligt Socialstyrelsens indikatorer<sup>8</sup>. KC demenssjukdomars preliminära analys av olämpliga läkemedel kommer verifieras och stämmas av med Område läkemedel.
- Planering av insatser för särskilt utsatta patientgrupper om sådana kan bekräftas i utredningen ovan.
- Förankring av KC demenssjukdomars förslag på rutiner för läkemedelsgenomgångar anpassade för patienter med nedsatt kognition samt föreslå sätt att mäta detta.
- Samverka med nätverk för klinikapotekare respektive läkare certifierade för tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar i Region Skåne med syfte att sprida kunskap om vår kartlägnings resultat till berörd personal.

Delmål 2018:

- Förslag klart på Skånegemensam struktur för årlig uppföljning i primärvården som underlättar arbetet på vårdcentral samt ökar möjligheterna att fånga data till kvalitetsindikatorer.
- Kartläggning av demensläkemedel och olämplig läkemedelsbehandling klar.
- Om särskilt utsatta patientgrupper kan identifieras ska förslag på insatser för dessa vara klara.
- Förslag på rutiner för läkemedelsgenomgångar anpassade för personer med demenssjukdom klara.

Förväntade aktiviteter 2019:

- Införliva rutiner för årlig uppföljning i vårdprogrammet och därefter implementera och utvärdera dessa.
- Implementera och utvärdera rutinerna för läkemedelsgenomgångar.
- Implementera och utvärdera rutiner för särskilt utsatta patientgrupper.
- Kartläggning av icke-farmakologisk behandling vid BPSD.

## 5.4 Samverkan med 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<sup>9</sup>.

Socialstyrelsen betonar, precis som tidigare, i de nya nationella riktlinjerna och i den nationella strategiska planen att samverkan mellan kommuner och landsting är avgörande för att demenspatienten ska 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 personer.

Inom ramen för denna handlingsplan har fem kommuner i Skåne: Burlöv, Båstad, Lomma, Simrishamn och Örkeljunga genomfört ett utvecklingsarbete tillsammans med berörda vårdcentraler och specialistminnesmottagningar för att ta fram arbetssätt som leder till ökad samverkan. I detta arbete deltar dessutom representanter KC demenssjukdomar, KEFU och forskare från enheterna för klinisk minnesforskning respektive hälsoekonomi. Arbetet har utgått från Socialstyrelsens nationella riktlinjer och identifierade förbättringsområden för landsting och kommuner. Införandefas med genomförande av framtagna utvecklingsplaner kommer påbörjas under 2018. Arbetet kommer ge ett gott underlag för eventuellt framtida införande av Socialstyrelsens förslag gällande ett standardiserat insatsförlopp. Tjänstemannaberedningen för HS-avtalets utvecklingsplan hålls fortlöpande informerad och detsamma gäller anhörigrepresentanter. Anpassade utbildningar planeras tillsammans med utvecklingsteamerna och andra berörda aktörer (se 5.5). I samverkansmodellen ska hälsoekonomisk utvärdering genomföras i ett samhällsperspektiv för att ge ett enhetligt beslutsunderlag för Regionen och kommunerna (se 5.6).

#### **5.4.1 Tvärprofessionell kompetens**

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna att inrätta tvärprofessionella demensteam som arbetar över huvudmannagränserna. Samordnad individuell planering (SIP) ska regelmässigt användas så att vården blir personcentrerad och ansvarsfördelningen är tydlig. Teamet bör vara knutet till:

- den uppsökande verksamhetens preventiva arbete
- dagverksamhet för personer med demenssjukdom
- hemtjänsten
- äldreboenden och särskilda boenden
- biståndshandläggare
- vårdcentral/-er
- anhörigstöd

Baserat på erfarenhet från Kunskapscentrum för demenssjukdomar kan välfungerande samarbete mellan ett kommunalt tvärprofessionellt demensteam och minnesmottagning på vårdcentral etableras på två år. Förväntade resultat är ökat antal diagnoser, fler behandlade patienter samt optimering av kommunala vård- och omsorgsinsatser.

#### **5.4.2 Dagverksamhet och hemtjänst**

Rutiner och organisation för dagverksamhet och hemtjänst för demenssjuka skiljer sig mellan kommuner och kan behöva anpassas för att samverkan ska fungera optimalt. En viktig grupp att uppmärksamma här är yngre patienter.

#### **5.4.3 Särskilt boende**

Svenskt BPSD-register används av i stort sett alla kommuner i Sverige för att minska förekomsten av BPSD, minska förskrivningen av neuroleptika och öka arbetstillfredsställelsen hos personalen. Sedan 2017 är alla kommuner i Skåne anslutna till registret, men inom dessa kommuner finns äldreboenden som ännu inte har infört registrets arbetssätt.

Även här har gruppen yngre patienter med demenssjukdom särskilda behov.

#### **5.4.4 Case management**

Inom psykiatrin finns i Skåne ett samarbete mellan kommunerna och Regionen som ger patienter med stort vårdbehov tillgång till en case manager som har samordningsansvar för patientens vård och omsorg. Kriterier för att tilldelas case manager är att sjukdomstillståndet är långvarigt, patienten behöver insatser av flera vårdgivare och att sjukdomen gör att förmågan att klara sitt dagliga liv är nedsatt. För att bli case manager krävs särskild utbildning.

Kriterierna för case manager inom psykiatrin uppfylls av många personer med demenssjukdom. I KC demenssjukdomars arbete med att kartlägga anhörigas behov har just detta att ha en person att vända sig till lyfts fram som en av de viktigaste åtgärderna för att skapa trygghet.

#### **5.4.5 Förebyggande hembesök**

De flesta eller alla kommuner i Skåne bedriver någon form av uppsökande verksamhet i enlighet med Socialtjänstlagen. Vissa kommuner har uppsökande verksamhet fokuserad på prevention som når de allra flesta av kommunens invånare i aktuell åldersgrupp.

Av de fem kommuner som ingår i samverkanssatsningen bedriver fyra förebyggande hembesök. Vid forskningsplattformen ”Hälsa i samverkan” som delfinansieras av Region Skåne har man i samarbete med sju kommuner i nordöstra Skåne utvecklat ett e-hälsoverktyg som används vid förebyggande hembesök i sex kommuner. Kognition ingår i det som kartläggs vid besöks-tillfället. Ett sådant verktyg kan underlätta kommunikationen mellan vårdhuvudmännen och lägga grunden för ett fortsatt personcentrerat vårdförlopp.

Socialstyrelsen rekommendationer som adresseras (enligt tabell 3): 1, 2, 3, 6, 8, 14, 15

Planerat arbete 2018:

- Undersök vilka kommuner i Skåne som är intresserade av att kartlägga samverkansarbetet kring patienter med demenssjukdom.
- KC demenssjukdomar och styrgruppen ska verka för att betydelsen av demenssjukdomar/kognitiv svikt ska lyftas i HS-avtalsarbetet och SVU-processen.

Punkterna nedan gäller utvecklingsarbetet i Burlöv, Båstad, Lomma, Simrishamn och Örkel-ljunga.

- Påbörja utvecklingsarbetet i de fem kommunerna.
  - Mät upplevd vård- och omsorgskvalitet samt livskvalitet hos patienter och anhöriga
  - regelbundna nätverksträffar med vårdkedjans alla aktörer
  - demensronder på vårdcentralerna med kommunrepresentation
  - utforma rutinbeskrivningar för kontakt mellan sjukvård och socialtjänst, samtycke samt sammanhållna uppföljningar
  - utforma diagnosformulär för överföring av information vid satt diagnos
  - utforma en gränsöverskridande broschyr, avsedd för patient/anhörig
  - medverka i framtagande av ny regional utbildningssatsning
- Förankra utvecklingsarbetet i kommunerna, på de involverade vårdcentralerna och i berörda RS-förvaltningar.
- Tillsammans med representanter för vårdgivarna i de fem kommunerna kommer KC demenssjukdomar ta fram arbetssätt som med de nu gällande rutinerna för samverkan vid utskrivning kan leda till effektivare vård.

- Utvärdera implementerings- och förankringsarbetet, optimalt om detta utförs av KEFU.

Delmål 2018:

- Kartläggning klar.
- Rapport om resultat av implementerade samverkansåtgärder i de fem kommunerna.

Förväntade aktiviteter 2019:

- Fler kommuner engageras.
- Fler förbättringsområden identifieras och stödinsatser till verksamheternas utvecklingsarbete planeras.
- Om det finns tillräcklig samsyn i de fem kommunerna, vårdcentralerna och specialistminnesmottagningarna gällande vårdkedjan eller, med Socialstyrelsens ord, det standardiserade insatsförloppet tas det fram ett förslag för fortsatt spridning.

## 5.5 Utbildning

KC demenssjukdomars utbildnings- och utvecklingsverksamhet bör få en bredare förankring i Regionen; något som föreslogs redan i en tidigare utredning från 2014 gällande specialistminnesmottagningarna och då som ett led i att göra demensvården i Region Skåne mer likvärdig. En modell som kommer prövas under 2018 är att använda befintliga utvecklare/utbildare med god förankring i sådana verksamheter som har stort behov av utbildningar om demenssjukdomar, tex vårdcentraler och slutenvårdsavdelningar. Under förutsättning att det finns intresse från förvaltningarna skulle ett antal personer kunna utbildas för att sedan utbilda lokalt om demenssjukdomar. Detta är samma strategi som har använts framgångsrikt inom den utbildningsinsats som KC demenssjukdomar har genomfört inom ramen för BPSD-registrets nationella utbildningssatsning. En fördel med detta arbetssätt är att utbildningar om demenssjukdomar blir samordnade och gemensamma över hela Skåne.

Utbildningsaktiviteterna kommer samordnas med kompetensutvecklingsgruppen inom HS-avtalet, de fem kommuner som deltar i samverkansutvecklingsarbetet och välmeriterade utbildningsverksamheter som till exempel Kunskapscentrum demenssjukdomar, Primärvårdens utbildningsenhet (PUE), AKO, Kunskapscentrum geriatrik, Svenskt BPSD-register och Enheten för strategisk kvalitetsutveckling i Region Skåne.

Förutom utbildningar riktade till personal så ingår här också att gemensamt med kommunerna sprida befintliga och vid behov ta fram informations- och utbildningspaket för anhöriga.

Socialstyrelsen rekommendationer som adresseras (enligt tabell 3): 12, 13, 15

Planerat arbete 2018:

- Undersök intresset i förvaltningarna och kommunerna att samordna personalutbildningsinsatser om demenssjukdomar.
- Om intresse finns; planera och påbörja samordnade utbildningar.
- Inventera vilka utbildningsinsatser som redan finns runt om i Regionen. Undersök vad som riktas mot kommuner och särskilt om det redan pågår utbildningar som har utbildningar för kommun och landsting gemensamt. Även inventering av utbildningar riktade till allmänheten och anhöriga.
- Planera nya utbildningar baserad på inventering ovan samt ny kunskap från kartläggningar och studier.

- Nätverkande regionalt. Återkommande nätverksmöten bör skapas för arbete med att harmonisera och implementera vårdprogram, diagnosmanualer och arbetssätt inom specialiserade vården.
- Behandlingskonferenser regionalt. Dessa möten ska ses som ett led i kompetensutvecklingen.

Delmål 2018:

- Sammanställning om förvaltningar och kommuners inställning till samordnad utbildningsstrategi klar.
- Om sammanställningen ovan visar en positiv inställning: samordnade utbildningar påbörjade inom minst ett delregionalt geografiskt samverkansområde.
- Rapport klar gällande redan pågående utbildningar till personal respektive allmänheten/anhöriga.

Förväntade aktiviteter 2019:

- Utvärdera och utveckla genomförda utbildningar som tagits fram av Kunskapscentrum demenssjukdomar.
- Fortsätt spridning av utbildningar som befanns värdefulla.
- Planera utbildningsinsatser för att ge chefer kunskap om hur de kan använda nya kvalitetsindikatorer i sitt systematiska förbättringsarbete.

## 5.6 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 förbättringsarbete 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 har ett omfattande Hälsoekonomiskt forskningsprogram planerats för samtliga involverade huvudmän under ledning av Professor Elisabet Londos, Minneskliniken, SUS, Professor Lennart Minthon, Minneskliniken SUS och Professor Ulf Gerdtham (Region Skånes centrum för primärvårdsforskning, Medicinska fakulteten och Nationalekonomiska institutionen vid Lunds universitet). Genomförandet av detta program förutsätter extern finansiering (se bilaga 1).

Inom ramen för det strategiska demensarbetet planeras en omfattande registerstudie av sjukvårds- och äldreomsorgsdata från 2010 – 2016 (bilaga 1). Den studien kan ge ny kunskap om



kostnadseffektiviteten av åtgärder inom såväl sjukvården som kommunal omsorg. Burlöv, Båstad, Lomma, Simrishamn och Örskälljunga har delfinansierat denna studie som är etikprövad och data är beställd från respektive register.

Rekommendationer som adresseras (enligt tabell 3): 16

Planerat arbete 2018:

- Analys av registerdata påbörjas.
- Under förutsättning att extern finansiering kan säkras så påbörjas även de prospektiva delstudierna. Planering påbörjas vid besked om finansiering (april) och studien påbörjas då anslaget blir tillgängligt (september).

Delmål 2018:

- Registerdata lagrad på avsedd RS-server.
- Möte med involverade kommuner om prioritering av frågeställningar i registerstudien.
- Första delrapport från registerstudien.

Förväntade aktiviteter 2019:

- Ytterligare registerstudier genomförs.
- Påbörja prospektiv studie om finansiering finns.

## 5.7 Kliniska prövningar och kliniska studier

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](http://clinicaltrials.gov). Patienter till dessa studier rekryteras främst från Minneskliniken även om det finns kanaler för studieinformation till alla vårdcentraler. Det finns alltså behov av ett bättre system för att bredda rekrytering av patienter från alla sjukhus och vårdcentraler. Kliniska studier Sverige, forum söder, arbetar för att skapa ett sådant. Detta kan vara av potentiell nytta för de individer som ingår i studier och genom att bredda patientunderlaget kommer fler prövningar kunna genomföras.

Även kliniska studier som drivs av sjukvården i samverkan med lärosäten är relevanta i detta sammanhang.

Rekommendationer som adresseras (enligt tabell 3): 17

Planerat arbete 2018

- Vi inväntar besked från Kliniska studier Sverige om när ett system för rekrytering till kliniska prövningar är klart. De har inte lämnat någon tidsplan.

## 5.8 Digitalisering och e-hälsa

Digitaliseringsuppdraget inom denna utvecklingsplan ska skapa en patientsäker och effektiv vårdinformationshantering för att stimulera och överskrida traditionella gränser inom och utanför den regionala demensvården. För att också möjliggöra en patientsäker och effektiv vårdinformationshantering bör digitala lösningar också göras tillgängliga för verksamheternas kvali-

tetsutveckling av demensvården. En viktig fråga inom detta område gäller det nationella kvalitetsregistret, SveDem. Här instämmer styrgruppen i Socialstyrelsens bedömning att det behövs åtgärder på nationell nivå för att förbättra och utveckla registret så att det blir bättre lämpat för egenanalys och verksamhetsutveckling.

Det är viktigt att identifiera personer med kognitiv svikt och demenssjukdom så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet för att optimera behandling och kommunala insatser. Det finns studier som visar att en sådan strategi är kostnadseffektiv<sup>10,11</sup> (se 5.6 och bilaga 1). Projektets analys av regionens vårdinformation har visat att det finns många patienter med olika diagnoser som skulle kunna vara tecken på tidig eller oupptäckt demenssjukdom (demensriskindikatorer, DRI, se rapport och tabell 2). Förbättringsarbetet för att identifiera och utreda riskindivider ligger inom **Fel! Hittar inte referenskälla..**

När det gäller metoder att följa upp vårdens kvalitet finns en stor förbättringspotential inom hela sjukvården (se tex Revisionens rapport om effektivitet och produktivitet i den Skånska vården<sup>12</sup>). Socialstyrelsen har tagit fram nationella kvalitetsindikatorer för demensvård och omsorg. Flera av dessa kan baseras på Region Skånes egna vårdinformationssystem och det är därför lämpligt att de nationella kvalitetsindikatorerna förs in i Regionens indikatorbibliotek så att de blir tillgängliga för verksamheternas egen kvalitetsutveckling. För vissa av dessa krävs planering för att fånga data från journalsystemen, dvs ta fram standardiserade mallar, en uppgift som kommer ske tillsammans med primärvårdsrepresentanter (se även 5.2.1 ovan). Utöver de nationella indikatorerna har det framkommit önskemål om att verksamheterna också ska kunna följa när i sjukdomsförloppet patienterna får diagnos, användning av SIP för patienter med demenssjukdom eller kognitiv svikt, slutenvårdens kognitionsbedömningar samt möjlighet att mäta kvaliteten i SVU-processen för patientgruppen. KC demenssjukdomar samverkar med specialistminnesmottagningarna, expertgruppen för allmänmedicin och Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning på Koncernkontoret i framtagandet av de nya indikatorerna. Flera av de nationella kvalitetsindikatorerna är indikatorer för sammanhållen uppföljning; dvs information behövs från flera huvudmän. HS-avtalet i Skåne omfattar också arbete med att utveckla former för sådana indikatorer.

Tabell 2. Diagnoser som berör kognitiv förmåga och som har analyserats som demensriskindikatorer (DRI).

Diagnoskod	Beskrivning
F049	Organiska amnesisyndrom ej framkallade av alkohol eller andra psykoaktiva substanser
F050	Delirium utan underliggande demenssjukdom
F059	Delirium, ospecificerat
F067	Lindrig kognitiv störning
F078	Andra specificerade organiska personlighets- och beteendestörningar orsakade av
F099	Ospecificerad organisk eller symtomatisk psykisk störning
F09-P	Organisk psykisk störning
R410	Desorientering, ospecificerad
R412	Retrograd amnesi
R413	Annan amnesi
R418	Andra och icke specificerade symtom och sjukdomstecken som engagerar uppfattning
R418A	Lindrig kognitiv störning, subjektiv
R418P	Amnesi
R418W	Andra och icke specificerade symtom och sjukdomstecken som engagerar uppfattning

Det digitaliserade stöd som diskuterats under 2017 gällande samverkan vid förebyggande hembesök (se 5.4) rekommenderas fortsatt drivas aktivt och förankras inom ramen för Regionens e-hälsosatsningar i samverkan med kommunerna enligt HS-avtalets utvecklingsplan.

I likhet med tidigare år ska utsedd person på KC demenssjukdomar ha direkt tillgång till relevanta informationskällor och register.

Rekommendationer som adresseras (enligt tabell 3): 17

Planerat arbete 2018:

- Medverka i utveckling av en digitaliserad lösning för överföring av uppgifter om riskpatienter identifierade i RSVD till vårdcentraler.
- Fortsatt kartläggning av DRI och utvärdering av vilka diagnoskombinationer som har bäst träffsäkerhet genom utvärdering i RSVD
- Delta i arbetet med att ta fram kvalitetsindikatorer och beslutsstödsrapporter i Region Skåne baserade på information från:
  - RSVD
  - Läkemedel
  - Melior och PMO
  - Mina planer
- Förankra digitaliseringsaktiviteterna i denna plan i Region Skånes strategiska e-hälsoarbete internt och i samverkan med Skånes kommuner.
- Skapa rutiner och infrastruktur för insamling och hantering av data från kartläggning och studier inom demensområdet.

Delmål 2018:

- Beroende på utvärdering av DRI-arbetsättet (se 5.2.1); förslag klart på digitaliserad informationsöverföringslösning till vårdcentraler.
- Minst fyra nya kvalitetsindikatorer gällande demenssjukdomar införda i indikatorbiblioteket.
- Plan för KC demenssjukdomars medverkan i strategiskt e-hälsoarbete klar.

Förväntade aktiviteter 2019:

- Ytterligare kvalitetsindikatorer förs in i indikatorbiblioteket.
- Fördjupa det strategiska digitaliseringsarbetet internt, förbättra förutsättningarna för forskning ytterligare och fokusera på samverkan med kommunerna (gäller ej Mina planer).

## 5.9 Kommunikation

Planerat arbete 2018:

- Kunskapscentrum demenssjukdomar har tillsammans med Alzheimer Sverige planerat för en skånsk anhörigpanel som kommer ha en viktig roll när vi i flera fokusområden under 2018 kommer in i genomförandefas. I det utvecklingsarbete som genomförs med kommunerna har, utöver Alzheimer Sverige, också anhöriga från samtliga kommuner samt representanter för Demensförbundet engagerats. Synpunkter från denna bredda sammansatta anhörigpanel kommer inhämtas och eventuella justeringar kommer göras innan genomförandet påbörjas. Representanter för olika anhörigföreningar kommer också bjudas in till relevanta planeringsmöten.

- Former för ett nyhetsbrev gemensamt för KC demenssjukdomar kommer tas fram och brevet kommer börja publiceras under året. Målgruppen är vård- och omsorgspersonal i Region och kommuner. Här kommer information om pågående strategiskt arbete läggas ut fortlöpande.
- Heldagsmöte 4/5 där Socialstyrelsen presenterar de nya Nationella riktlinjerna under förmiddagen och arbetet med denna plan presenteras under eftermiddagen.

Förväntade aktiviteter 2019:

- Stormöte om SVU-processen och hur den bäst kan hjälpa patienter med kognitiv svikt/demenssjukdom.

## 6. Budget

Medlen förvaltas av Kunskapscentrum demenssjukdomar.

Projektledare 80%	850 000
Utvecklingsledare x 4	1 850 000
Farmaceut	810 000
IT- och databasexpert	1 000 000
Administratör	150 000
Ssk CSK jan-apr	210 000
<b>Personal</b>	<b>4 870 000</b>
Personalrelaterade kostnader (telefon, PC resor etc)	180 000
Hälsoekonomi	500 000
Övrigt	150 000
Konsultkostnader Qlikview/IT	300 000
<b>Totalt</b>	<b>6 000 000</b>

## 7. Ledning och genomförande av planen

Kunskapscentrum demenssjukdomar har det operativa ansvaret att genomföra arbetet enligt denna plan på uppdrag av styrgruppen för strategiska utvecklingsplan för jämlik demensvård enligt beslut i HSN 2015-09-25, diarienummer 1501549.

För att underlätta implementering och verksamhetsanknytning ska referensgruppen till KC demenssjukdomar utökas och justeras utifrån detta syfte med deltagare från förvaltningarna (företräddelsevis utvecklare/strateger på förvaltnings- eller divisionsstabsnivå) samt representanter för Skånes kommuner.

## 8. Referenser

1. Vårdanalys. Samordnad vård och omsorg - En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. 2016;PM 2016:1.
2. Vårdanalys. Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. 2017;Rapport 2017:9.
3. Nationellt kompetenscentrum anhöriga. Kvalitet i äldreomsorg ur ett anhörigperspektiv. 2016.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning. 2017.
5. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. 2014.
6. Socialstyrelsen. En nationell strategi för demenssjukdom. Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022. 2017.
7. O'Keeffe E, Mukhtar O, O'Keeffe ST. Orientation to time as a guide to the presence and severity of cognitive impairment in older hospital patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2011;82:500-4.
8. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre 2017.
9. Socialstyrelsen. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. 2012.
10. Dixon J, Ferdinand M, D'Amico F, Knapp M. Exploring the cost-effectiveness of a one-off screen for dementia (for people aged 75 years in England and Wales). *International journal of geriatric psychiatry* 2015;30:446-52.
11. Saito E, Nakamoto BK, Mendez MF, Mehta B, McMurtray A. Cost effective community based dementia screening: A markov model simulation. *International Journal of Alzheimer's Disease* 2014;2014.
12. Revisionen Region Skåne. Rapport nr 8 - Effektivitet och produktivitet inom hälso- och sjukvården. 2016.

Tabell 3. Aktiviteternas förhållande till rekommendationer från Socialstyrelsen och Kunskapscentrum för demenssjukdomar.

	Rekommendation	Ursprung	Aktiviteter 2017 (med delmål) i fokusområde:
	Öka andelen personer som får genomgå en demensutredning genom att:	SoS	
1.	• Samverka med kommunerna så att de med behov upptäcks tidigare	SoS	1, 2, 4, 5
2.	• Öka kunskapen om tidiga tecken på demenssjukdom även inom verksamheter som inte primärt arbetar med målgruppen	SoS	1, 2, 5
3.	• 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 hjärnavbildning med magnetkamera (MR) och funktionell hjärnavbildning med SPECT.	SoS	2
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	2
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	2
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.	Utvärdera kostnadseffektiviteten av förändringsarbete	eget	6
17.	Öka kapaciteten för verksamhetsuppföljning, registrering i kvalitetsregister, kliniska prövningar och kliniska studier inom demensområdet i hela Skåne	eget	7, 8