

En nationell strategi för demenssjukdom

Halvtidsrapport

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

Artikelnummer 2020-9-6899

Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2020

Förord

Socialstyrelsen har sedan 1 januari 2018 uppdraget att följa upp och långsiktigt hantera strategiska frågor inom ramen för den nationella strategin för demenssjukdom och i detta arbete samråda med berörda myndigheter och organisationer inom området. Socialstyrelsen ska vidare ta initiativ till att genomföra utvärderingar av nationella satsningar som görs inom demensområdet i de fall myndigheten finner det lämpligt. I arbetet ska perspektiven jämlik och jämställd hälsa beaktas. I uppdraget ingick att redovisa en plan för arbetet senast den 1 oktober 2018. Hela uppdraget ska slutredovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2022.

I planen för arbetet som redovisades 1 oktober 2018 ingick en halvtidsrapportering som skulle lämnats senast den 1 juni 2020. Med anledning av den pågående pandemin med sjukdomen covid-19, ändrades redovisningsdatum för halvtidsrapporten till 30 september 2020.

Halvtidsrapporten riktar sig till regeringen som en del av uppdraget om att följa upp och långsiktigt hantera strategiska frågor inom ramen för den nationella demensstrategin. Projektledare har varit medicinskt sakkunniga Frida Nobel. I arbetet har flera personer från olika avdelningar på Socialstyrelsen deltagit. Christer Neleryd har varit externt sakkunnig inom socialtjänst och deltagit i textbearbetningen av rapporten. Enhetschef har varit Magnus Wallinder.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	11
Rapportens upplägg	13
Uppdragets organisation och samverkansformer	14
Uppstartsfas	14
Extern samverkan	14
Omvärldsbevakning 2018–juni 2020	16
Övriga områden med bäring på demensstrategiarbetet	16
Samverkan mellan hälso- och sjukvård och social omsorg	19
En modell för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom	19
Implementering av insatsförloppet	21
Personal	22
Socialstyrelsens statistik om hälso- och sjukvårdspersonal	22
Rekrytering och personalplanering	22
Kunskap och kompetens	27
Socialstyrelsens arbete med kunskap och kompetens inom ramen för den nationella demensstrategin	27
Samverkan för ökad kompetens	30
Uppföljning och utvärdering	31
Indikatorer och målnivåer för vården och omsorgen till personer med demenssjukdom	31
Utveckling av kvalitetsregister	33
Svenska demensregistret (SveDem)	33
BPSD-registret	34
Anhöriga och närstående	36
Samverkan kring frågor som berör anhöriga och närstående till personer med demenssjukdom	36
En nationell strategi för anhöriga	37
Stöd till anhöriga och närstående en del av Socialstyrelsens vägledning om dagverksamhet vid demenssjukdom	37
Samhälle	39
Demensvänligt samhälle	39
Utvecklingen mot ett demensvänligt samhälle i de nordiska länderna	39
Svenska projekt med inriktning på ett demensvänligt samhälle	40
Digitalisering och välfärdsteknik	45
E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna	46

Tabell 1 Frågor och svar för särskilda målgrupper	46
Utredning om välfärdsteknik i äldreomsorgen	48
Socialstyrelsens förslag	51
Munhälsa och demens	52
Vikten av en nationell informationskampanj om demenssjukdomar	61
Demenssjukdom och covid-19	63
Socialstyrelsens arbete i samband med covid-19 pandemin	63
Statistik om covid-19 och demenssjukdom	64
Diskussion om statistikresultat	72
Referenser	74
Bilaga 1	77
Bilaga 2	78

Sammanfattning

Det finns idag cirka 130 000 -150 000 personer med demenssjukdom i Sverige, varav cirka 4000 är under 65 år och cirka 2000 är under 60 år. I takt med att vi lever allt längre förväntas antalet nästan fördubblas fram till 2050. Detta kommer att innebära en stor utmaning för vården och omsorgen. Det växande antalet personer med demenssjukdom för bland annat med sig ökande krav på vården och omsorgen om personer med demenssjukdom i form av resurser, kompetens, forskning och utveckling. Det kommer också att finnas behov av att utveckla nyskapande arbetssätt och rutiner.

I den nationella demensstrategin ingår sju övergripande delområden. Socialstyrelsens arbete med strategiska frågor inom demensstrategin redovisas här inom respektive område.

Samverkan mellan hälso- och sjukvård och social omsorg

Det finns utmaningar i samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst på alla nivåer när det gäller personer med demenssjukdom. En utveckling inom området är den modell för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom som Socialstyrelsen på regeringens uppdrag tagit fram. Denna syftar till att ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten stöd för samverkan och ett systematiskt arbetssätt kring personen med demenssjukdom. Modellen kan medverka till att ge en mer jämlik vård och omsorg över landet eftersom det tydliggörs vilka insatser som behöver erbjudas en person med demenssjukdom under hela sjukdomsförloppet. En fortsatt utveckling är att Svenskt Demenscentrum nu arbetar tillsammans med fem kommuner med en pilotstudie för implementering av modellen.

Personal

Sedan den nationella demensstrategin togs fram är personalsituationen fortfarande en stor utmaning. Detta påverkar i sin tur kompetensutvecklingen i verksamheterna. Socialstyrelsens nationella planeringsstöd har bland annat följt utvecklingen av tillgången till läkare inom de medicinska specialiteterna över de senaste 22 åren. Kompetens inom demenssjukdomar är reglerade mål inom specialistutbildningarna i geriatrik och äldrepsykiatri. Inom verksamhetsområdet demenssjukdomar är det även vanligt med specialistläkare inom psykiatri och allmänmedicin. De senaste åren ses en vikande trend i antalet sysselsatta specialistläkare i geriatrik, både i antal och i förhållande till antalet invånare över 65 år. En bristande tillgång på specialistläkare i geriatrik påverkar i sin tur möjligheten att sprida kunskap till övriga delar av hälso- och sjukvården.

I en undersökning av Socialstyrelsen hösten 2019 rapporterades brist på specialistläkare från 19 av 21 regioner brist på specialistläkare. Det uppgavs råda brist på allmänläkare, geriatriker och psykiatriker i flera regioner. Samtliga 21 regioner bedömde även att det rådde brist på specialistsjuksköterskor.

Kunskap och kompetens

Kunskap och kompetens om demenssjukdomar är det område där de största utmaningarna finns. Socialstyrelsen har i uppdrag att stödja vården och omsorgen med att ge tillgång till bästa tillgängliga kunskap. Det handlar både om styrning med föreskrifter och nationella riktlinjer, och kunskapsspridande dokument som kunskapsstöd, vägledningar och utbildningar. Socialstyrelsen tog fram nya nationella riktlinjer på demensområdet i december 2017. En utvärdering av vården och omsorgen för personer med demenssjukdom publicerades våren 2018 och i september 2020 publicerades nya indikatorer och målnivåer gällande vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen har även på regeringens uppdrag tagit fram en modell för ett standardiserat insatsförlopp efter diagnostisering av demenssjukdom som publicerades våren 2019, samt en vägledning för dagverksamhet för personer med demenssjukdom som publicerades i juni 2020.

Under 2018 genomförde Socialstyrelsen en informationsinsats med länsvisa seminarier om myndighetens arbete inom demensområdet. Sammantaget hölls 16 seminarier runt om i landet och totalt deltog över 2000 personer som innehar nyckelpositioner i regionernas och kommunernas verksamhet inom demensområdet.

Vidare har Socialstyrelsen en löpande samverkan med Svenskt Demenscentrum för att följa och stödja utvecklingen av och ta initiativ för att säkra kompetensen inom demensvården och -omsorgen i relation till målen i strategin. Ett sådant område är utvecklingen till ett demensvänligt samhälle, där en nationell informationskampanj om demenssjukdomar är en viktig del.

Sammantaget har således en viss utveckling inom området skett sedan den nationella demensstrategin togs fram, vilket också i sin tur kan bana väg för en möjlighet till fortsatt kompetensutveckling.

Uppföljning och utvärdering

År 2018 genomförde Socialstyrelsen en utvärdering av vården och omsorgen till personer med demenssjukdom, med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna inom området. Utvärderingen visade att det fanns ett stort antal förbättringsområden som berörde både regionernas och kommunernas arbete. Socialstyrelsen bedömde därför att det var angeläget att ta fram nationella målnivåer, vilket redan gjorts inom ett tiotal andra riktlinjeområden. Denna utveckling med framtagna målnivåer för vården och omsorgen vid demenssjukdomar kan bana väg mot dels en mer jämlik vård över landet, dels lyfta angelägna områden inom kompetensområdet demenssjukdomar.

En förutsättning för att kunna följa upp vården och omsorgen till personer med demenssjukdom är att det finns nationella datakällor. Socialstyrelsen samverkar därför löpande med de två kvalitetsregister som är specifika för demensområdet: Svenska demensregistret (SveDem) och BPSD-registret.

Anhöriga och närstående

I Socialstyrelsens arbete med frågor inom ramen för demensstrategin, sker en kontinuerlig samverkan med Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, (NKA). Det handlar både om en löpande dialog om aktuella frågor och att medverka vid informationsinsatser inom området. Exempel på ämnen vid

samverkan är identifiering av särskilda områden som är viktiga för anhöriga och närstående till personer med demenssjukdom.

Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning om dagverksamhet för personer med demenssjukdom. Dagverksamhet har förutsättningar att spela en viktig roll för anhöriga och närstående, och i vägledningen har därför anhörigperspektivet integrerats.

Samhälle

I WHO:s globala aktionsplan för demenssjukdomar understryks att den stora ökningen av personer med demenssjukdom de närmaste årtiondena bland annat kräver en ökad medvetenhet om demenssjukdom. I planen finns mål om att det, på nationell och lokal nivå, ska finnas kunskap och förståelse om levnadsförhållanden för personer med demenssjukdom samt att det skapas ett demensvänligt, inkluderande samhälle där människor med demenssjukdomar kan leva ett meningsfullt och tryggt liv med bibehållen personlig värdighet.

I Sverige har flertalet initiativ till utveckling tagits bland annat via Svenskt Demenscentrum. Det handlar till exempel om spridande av kunskap till polis och väktare, utveckling av demensinriktade verksamheter inom muséer och bibliotek och att stimulera till en demensvänlig miljö i dagligvaruhandeln.

Samhällsområden som fortfarande innebär stora utmaningar för en person med demenssjukdom och som därför är angelägna att utveckla, är anpassning av bostäder, bankväsende och kollektivtrafik.

Digitalisering och välfärdsteknik

Det är angeläget att verksamheterna inom både kommuner och regioner utvecklar arbetet för att ge stöd till den välfärdsteknik som syftar till att ge ett kognitivt stöd för målgruppen personer med demenssjukdom. I detta arbete är stöd från och samverkan med myndigheterna en viktig del. Målgruppens behov och dess användning av tekniken skiljer sig från andra målgrupper generellt.

Socialstyrelsen har både i arbetet med att ta fram ett standardiserat insatsförlopp och i vägledningen om dagverksamheter beaktat välfärdsteknikens möjligheter och utmaningar.

Summering och förslag

Bristande basala kunskaper om demenssjukdomar är ett återkommande problem både hos professioner i välfärdsverksamheterna som arbetar med personer med demenssjukdom och hos allmänheten. Kunskapsbrist i primärvården kan exempelvis bidra till att demenssjukdom inte upptäcks. Otillräckliga kunskaper bland personalen i särskilt boende kan medföra att en person med demens inte får den vård och omsorg som hen behöver.

Det är också tydligt att personer med demens har svårt att utnyttja delar av samhällets tjänsteutbud. Förändringar och effektiviseringar exempelvis i dagligvaruhandel, samfärdsel och bankverksamhet, ofta med en hög grad av digitalisering, innebär att tjänsterna blir svåra att utnyttja för personer med demenssjukdom. Erfarenheter från verksamheter som förbättrat servicen för personer med demenssjukdom visar att det ofta behövs alternativa, enkla vägar för att målgruppen ska nå fram till tjänsterna.

Även inom tandvården finns exempel på att personer med demenssjukdom inte får sina behov tillgodosedda fullt ut. Den särskilda hjälp till tandvård för personer med långvarigt omsorgsbehov utnyttjas i stor utsträckning av dem som bor i särskilt boende. Behoven av tandvård för dem som bor i ordinärt boende "glöms" däremot ofta bort. Personer med långt framskriden demenssjukdom saknar inte sällan förmåga att själv berätta om sitt tandvårdsbehov.

I planen för Socialstyrelsens uppdrag om demensstrategin ingår att ge förslag på nya områden som behöver hanteras ur ett långsiktigt och strategiskt perspektiv eller på områden som behöver stödjas genom nya nationella satsningar. Omvärldsbevakningen har visat att ett område som behöver stödjas genom en ny nationell satsning är att hålla en informationskampanj om demenssjukdom. Detta dels utifrån nationella behov, dels med anledning av WHO:s globala demensplan där ett mål är att samtliga länder har genomfört en nationell informationskampanj om demens fram till år 2025. För att genomföra en sådan kampanj i Sverige kan många av de initiativ som redan tagits för ett demensvänligt samhälle användas eller utvecklas. Sammantaget gör detta att Socialstyrelsen anser att det finns goda skäl att det genomförs en bred nationell kampanj för att förbättra kunskaperna om demenssjukdomar. Behovet har också kommit fram i problematiken kring arbetet med att hindra smittspridning och bedriva vård under covid-19 pandemin.

Vidare har omvärldsbevakningen identifierat området munhälsa och demens som ett nytt område som behöver hanteras ur ett långsiktigt och strategiskt perspektiv.

Covid-19 och demenssjukdom

I slutet av december 2019 konstaterades en spridning av ett nytt virus, SARS-CoV-2 (SARS-coronavirus-2) i Kina. Sedermera skedde en pandemisk spridning och den 1 februari klassificerades covid-19 som en både allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168), SmL.

Viruset leder till sjukdomen covid-19, som bland annat ger en uttalad viruspneumonit – lunginflammation orsakad av virus. Äldre personer är mycket känsliga för covid-19, och under våren/sommaren 2020 insjuknade och avled många äldre personer.

Pandemins utveckling i Sverige finns beskrivet i ett flertal dokument från både Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen samt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Ett av områdena som blivit särskilt tydligt under pandemins utveckling i Sverige, är utmaningarna inom äldreomsorgen både vad gäller nuvarande bemanningssituation och personalens kompetens. De mest sköra äldre bor ofta i särskilt boende, och därför har Sveriges initiala strategi varit att försöka skydda de särskilda boendena för smittspridning. Detta visade sig dessvärre inte möjligt, och ett flertal granskningar hittills har problematiserat kring orsakerna till smittspridningen inom särskilt boende.

I särskilt boende för äldre bor totalt cirka 82 200 personer, varav cirka 70 procent har en kognitiv svikt eller demenssjukdom. Pandemins spridning i Sverige har tydliggjort utmaningar inom äldreomsorgen och därmed för en stor del av vården och omsorgen av personer med demenssjukdom.

Inledning

Det finns idag cirka 130 000-150 000 personer med demenssjukdom i Sverige och i takt med att vi lever allt längre förväntas antalet nästan fördubblas fram till 2050 [1]. Detta kommer att innebära en stor utmaning för vården och omsorgen. Det växande antalet personer med demenssjukdom för bland annat med sig ökande krav på vården och omsorgen om personer med demenssjukdom i form av resurser, kompetens, forskning och utveckling. Det kommer också att finnas behov av att utveckla nyskapande arbetssätt och rutiner.

Sett ur ett internationellt perspektiv har Sverige både en framstående forskning och utvecklade registerdata på området [2]. De första nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom kom 2010 [3], och en ny version publicerades 2017 [4]. En utvärdering av vården och omsorgen för personer med demenssjukdom publicerades våren 2018 [1], och i september 2020 publicerades nya indikatorer och målnivåer gällande vård och omsorg vid demenssjukdom [5, 6]. Socialstyrelsen har även på regeringens uppdrag tagit fram en modell för ett standardiserat insatsförlopp efter diagnosticering av demenssjukdom som publicerades våren 2019 [7], samt en vägledning för dagverksamhet för personer med demenssjukdom som publicerades i juni 2020 [8].

De senaste åren har flera satsningar gjorts inom området, exempelvis Svenskt Demenscentrum vars uppdrag bland annat är att samla in och sprida kunskap. Trots en positiv utveckling inom området behövs fortsatta insatser framöver. Det handlar om att möta det faktum att vi kommer att bli så många fler personer med demenssjukdom och att lösa de problemområden som trots allt finns för att kunna säkra och stödja att den positiva utvecklingen fortsätter.

En nationell strategi för demenssjukdom

Regeringen gav 2016 Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en utredning i syfte att lämna ett samlat underlag dels för en bred nationell strategi om demenssjukdomar, dels en plan för prioriterade insatser till 2022. Rapporten presenterade i juni 2017 förslag på 21 prioriterade insatser fram till 2022 inom ramen för en demensstrategi [2]. Förslagen utgår från sju problemområden som Socialstyrelsen identifierade under arbetet med underlaget.

Den nationella strategin för omsorg om personer med demenssjukdom grundas på de nationella målen för äldrepolitiken och är bland annat utformad efter Socialstyrelsens rapport [9]. Regeringen vill genom strategin verka för förbättringar inom sju strategiska områden:

- Samverkan mellan hälso- och sjukvård och social omsorg
- Personal
- Kunskap och kompetens
- Uppföljning och utvärdering
- Anhöriga och närstående

- Samhälle
- Digitalisering och välfärdsteknik

Uppdraget

Socialstyrelsen fick 2018 uppdraget som lyder:

Socialstyrelsen ska följa upp och långsiktigt hantera strategiska frågor inom ramen för den nationella strategin för demenssjukdom och i detta arbete samråda med berörda myndigheter och organisationer inom området. Socialstyrelsen ska ta initiativ till att genomföra utvärderingar av nationella satsningar som görs inom demensområdet i de fall myndigheten finner det lämpligt. I arbetet ska perspektiven jämlik och jämställd hälsa beaktas. Socialstyrelsen ska vidare redovisa en plan för arbetet senast den 1 oktober 2018 och där redogöra för hur och när redovisningen av uppdraget ska ske. Hela uppdraget ska slutredovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2022.

Socialstyrelsen lämnade en plan [10] för arbetet. Uppdraget sträcker sig över fyra år. Planen utgår från den nationella strategin för omsorg om personer med demenssjukdom och de nationella satsningar inom området som är kända i dagsläget.

Ur planen framkommer bland annat att för att långsiktigt hantera strategiska frågor kommer olika insatser behöva göras, som exempelvis att:

- Arbeta aktivt med högnivågrupp, dialogaktörer och andra relevanta aktörer för att göra frågorna synliga och kända.
- Ge förslag på nya områden som behöver hanteras ur ett långsiktigt och strategiskt perspektiv eller på områden som behöver stödjas genom nya nationella satsningar.

Vidare beskrivs i planen följande angående vad som behöver redovisas i halvtidsrapporteringen:

- Hur uppstartsfasen och intern och extern samverkan har genomförts
- Vad omvärldsbevakning visat under 2018-2019
- Vilka nationella satsningar Socialstyrelsen planerat eller påbörjat att utvärdera
- Resultat för arbetet med strategiska frågor utifrån den nationella strategin för demenssjukdom

Angående vilka nationella satsningar Socialstyrelsen planerat eller påbörjat att utvärdera

Socialstyrelsen har hittills ej planerat eller påbörjat att utvärdera några nya nationella satsningar, detta mot bakgrund av att de nationella satsningar som gjorts inom ramen för demensstrategin (att ta fram ett standardiserat insatsförlopp respektive en vägledning för dagverksamhet) inte ännu hunnit nå ut till verksamheterna. Socialstyrelsen har däremot tagit fram nya kvalitetsindikatorer och målnivåer att ha som utgångspunkt vid framtida utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdom, mer om detta i avsnittet ”Uppföljning och utvärdering”. Socialstyrelsen utvärderar även årligen verksamheten inom Svenskt Demenscentrum samt Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga.

Rapportens upplägg

Sammanfattningsvis handlar denna halvtidsrapport dels om Socialstyrelsens eget arbete inom ramen för demensstrategin, dels om vad omvärldsbevakning av bland annat andra aktörers insatser visat. Det innebär att vissa områden, exempelvis inom området demensvänligt samhälle, innehåller en summering av utveckling som påbörjats redan innan demensstrategin fanns 2018.

Rapportens initiala del handlar om det organisatoriska arbetet och omvärldsbevakning, därefter följer resultat för arbetet med strategiska frågor utifrån den nationella demensstrategin. Dessa frågor har vi valt att sortera som avsnitt utifrån de sju strategiska områdena enligt demensstrategin.

Uppdragets organisation och samverkansformer

Uppstartsfas

Uppdraget innefattar både styrning och ledning samt förankring och kunskapsspridning på flera nivåer. Under uppstartsfasen av uppdraget har en organisation för arbetet byggts upp. En demenssamordnare, en högnivågrupp och en grupp med dialogaktörer har inrättats.

Högnivågrupp

Högnivågruppens syfte är en tydligt samordnad styrning och ledning samt dialog om prioritering av frågor och deltagarna består av centrala nyckelaktörer inom området. Aktörerna representerar kunskapsområdet, det internationella perspektivet, vårdgivare och centrala myndigheter. Högnivågruppen har hittills haft två möten. Högnivågruppen beskrivs i bilaga 1.

Dialogaktörer

En rad viktiga aktörer inom området har samlats som dialogaktörer. Syftet är information, omvärldsbevakning, förankring och kunskapsspridning. Gruppen med dialogaktörer har haft ett möte i november 2019, och ett nytt är planerat till november 2020. Dialogaktörerna beskrivs i bilaga 2.

Extern samverkan

Extern samverkan sker med många aktörer och på flera nivåer.

Nationell samverkan

Samtliga aktörer inom dialogaktörsgruppen är samverkansparter. En stor del av samverkan sker med nationella kompetenscentra och kvalitetsregister inom demensområdet; Svenskt Demenscentrum, Nationellt Kompetenscenter Anhöriga, Svenska Demensregistret (SveDem) samt Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD-registret). Vidare sker samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Nationella programområdet för äldres hälsa samt Nationella arbetsgruppen (NAG) i arbetet med att ta fram ett standardiserat vårdförlopp vid kognitiv svikt.

Nordisk samverkan

Demenssamordnaren ingår i Nordens Velfärdscenters demensnätverk, vilket dels innebär två ordinarie möten om året, dels löpande samverkan mellan länderna vid olika aktuella frågeställningar. I nätverket ingår representanter från myndighet samt kompetenscenter från respektive land.

Internationell samverkan

Demenssamordnaren ingår i the European Group of Governmental Experts on Dementia. Gruppens deltagare utgörs av representanter från myndigheter eller departement i Europa, och de två ordinarie mötena per år arrangeras i samverkan med Alzheimer Europe. Vid mötena deltar även representanter från WHO och OECD, vilket ger möjlighet att få ta del av färsk fakta och att föra en bred diskussion. Varje möte har ett aktuellt tema, till exempel palliativ vård vid demens eller vård- och omsorgssamordning för personer med demens. Därutöver diskuteras aktuella frågor inom respektive lands demensstrategier.

Utöver ovanstående möte, sker löpande kontakter och informationsinhämtning med WHO utifrån den globala aktionsplanen för demens 2017–2025.

Omvärldsbevakning 2018–juni 2020

Omvärldsbevakning genomförs löpande och via flera kanaler. Socialstyrelsen har inrättat en grupp med dialogaktörer enligt ovan. Utöver dessa sker samverkan med både nationella, nordiska och internationella fora som beskrivs i avsnittet extern samverkan. I planen för uppdragets genomförande ingår att ge förslag på nya områden som behöver hanteras ur ett långsiktigt och strategiskt perspektiv eller på områden som behöver stödjas genom nya nationella satsningar. Omvärldsbevakningen har visat på följande viktiga nya områden som beskrivs i egna kapitel:

- Munhälsa och demens
- Nationell informationskampanj om demenssjukdom
- Demenssjukdom och covid-19

Övriga områden med bäring på demensstrategiarbetet

God och nära vård

Regeringen tillsatte 2017 en särskild utredare med uppdraget att stödja utvecklingen mot en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. I ett tilläggsdirektiv fick utredningen bl.a. i uppdrag att även utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården i regionerna och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut. Utredningen tog sig namnet Samordnad utveckling för en god och nära vård.

Under 2018 genomförde Socialstyrelsen en förstudie om hur myndigheten kan stödja den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Bakgrunden var att huvudmännen framfört att de behöver mer stöd från de nationella myndigheterna för att hantera sitt uppdrag. Förstudien visade att den kommunala hälso- och sjukvården har stor betydelse inte minst för patienter som är sköra och har komplexa hälsoproblem och att kommunernas roll i hälso- och sjukvårdssystemet behöver uppmärksammas. Arbetet resulterade i en åtgärdsplan med förslag till stöd som Socialstyrelsen kan ge kommunerna och som togs fram i samverkan med de regionala samverkans- och stödstrukturerna RSS och SKR.¹

Under 2019 fick Socialstyrelsen först i uppdrag att genomföra insatser i enlighet med den föreslagna åtgärdsplanen. Senare under våren kom även uppdraget att ta fram en strategisk plan för hur Socialstyrelsen kan stödja omställningen till god och nära vård. I arbetet med den strategiska planen arbetades åtgärdsplanen för kommunalt finansierad hälso- och sjukvård in så

¹ Socialstyrelsen, Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

att det nu finns en samlad plan som beskriver stödet till den nära vården inklusive kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.²

Den strategiska planen för att stödja en god och nära vård innehåller förslag till åtgärder under följande rubriker:

- Stöd till nära vård
- Stöd till god vård
- Stöd till samordnad vård och omsorg
- Stöd till att främja hälsa och förebygga ohälsa
- Stöd till att göra patienten delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser
- Stöd till att göra primärvården i regionen till navet i vården och omsorgen
- Stöd till kompetensförsörjning och utbildning
- Stöd till vision e-hälsa

Den strategiska planen är inte inriktad på stöd till särskilda diagnosgrupper men många av de områden som berörs i strategin är viktiga för t.ex. patienter med demenssjukdomar. Omställningen till en nära vård handlar bl.a. om en vård med god tillgänglighet och kontinuitet vilket kan underlätta tidig upptäckt av demens. En bra samordning mellan vårdnivåer och med den sociala omsorgen är annat som spelar stor roll för många patienter med demenssjukdom. I omställningen lyfts även behovet av personcentrering och att fokusera på hälsofrämjande och förebyggande insatser. För personer med demens är det viktigt att kroniska sjukdomar upptäcks och behandlas för att undvika multisjuklighet. De kan också behöva särskilt stöd för behandling och för att förebygga försämringar i de kroniska sjukdomarna och det är viktigt att den vården är tillgänglig och personcentrerad.

De stöd som Socialstyrelsen kommer kunna ge i enlighet med den strategiska planen för att stödja en god och nära vård och åtgärdsplanen för kommunalt finansierad hälso- och sjukvård kan således ses som ett komplement till de åtgärder som har lagts fast i demensstrategin. Stöden till samordnad vård och omsorg kommer att kunna bidra till bättre strukturella förutsättningar för en samordnad vård och omsorg till patienter med demens. Stöden till att göra patienten delaktig innebär bland annat att analysera hur digitala kommunikationsmöjligheter påverkar tillgänglighet och jämlikhet. Stöden till kompetensförsörjning och utbildning bidrar till exempel till att underlätta för hälso- och sjukvården att arbeta med kompetensutveckling av sin personal. Ett behov av utbildning som nämns i planen gäller kunskap om styrning och ledning av hälso- och sjukvård respektive socialtjänst för chefer i kommuner och regioner. Dessa kunskaper bör bidra till att underlätta samverkan mellan huvudmännen i sjukvården respektive socialtjänsten.

Kommunal hälso- och sjukvård

Inom öppna jämförelser av kommunal hälso- och sjukvård används två indikatorer som mäter delar av vården och omsorgen för personer med demenssjukdom: *Styrdokument för vård och omsorg vid demenssjukdom* och *Multi-professionella demensteam*. Med styrdokument för vård och omsorg vid

² Socialstyrelsen, Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård

demenssjukdom avses t.ex. regionala eller lokala riktlinjer för hälso- och sjukvården som innehåller målsättningar för den sammanhållna vården och omsorgen till personer med demenssjukdom. För indikatorn multiprofessionella demensteam redovisas sedan 2019 i vilken omfattning multiprofessionellt demensteam erbjuds av kommunen inom socialtjänstens olika boendeformer, inklusive ordinärt boende. För att uppfylla indikatorn krävs att multiprofessionellt demensteam erbjuds inom minst en boendeform. Enligt öppna jämförelser av kommunal hälso- och sjukvård 2019 är det vanligast att personer med demenssjukdom som bor i särskild boendeform för äldre (SÄBO) erbjuds detta. Multiprofessionellt teambaserat arbete med kompetenser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst syftar till att skapa kontinuitet i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom. Det kan bidra till att personer med demenssjukdom identifieras tidigare och att vård- och omsorgsinsatserna blir mer samordnade. Att multiprofessionella demensteam har nödvändiga kompetenser kopplade till teamet är viktigt likväl som att det finns utsedd personal med samordnande funktion för teamet.

Vikten av att följa upp insatser som beviljats genom förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre

Den 1 juli 2018 trädde en bestämmelse i kraft som ger kommunerna möjlighet att erbjuda hemtjänst till äldre utan föregående behovsprövning. Insatserna skulle då ges med stöd av 4 kap. 2 a § i socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Syftet med den nya bestämmelsen är att ge de kommuner som så önskar, möjlighet att bevilja äldre insatser på ett enklare sätt. Därmed ökar vårdtagares delaktighet och självbestämmande. I samband med detta gav Regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att under 2019 analysera samt ge förslag på ett för kommunerna lämpligt sätt ska redovisa uppgifter till Socialstyrelsen om insatser enligt 4 kap. 2 a § SoL.

Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag att följa strategiska frågor inom uppföljning och utvärdering av den nationella strategin om demenssjukdom, uppmärksammades att personer med kognitiva funktionsnedsättningar (t.ex. personer med en demenssjukdom) riskerar att drabbas negativt av den nya bestämmelsen. De kan ofta sakna insikt om sina behov. Konsekvensen kan bli att de inte efterfrågar insatser eller att de efterfrågar fel insatser. Socialstyrelsen anser att det är viktigt att följa upp hur behoven hos personer med kognitiv svikt eller demenssjukdom hanteras enligt 4 kap 2 a § SoL.

Samverkan mellan hälso- och sjukvård och social omsorg

Det finns utmaningar i samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst på alla nivåer när det gäller personer med demenssjukdom. Den problematik som oftast förmedlas från verksamheterna handlar om samverkan mellan region och kommun på övergripande nivå som resulterar i svårigheter i den patientnära situationen.

En modell för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom

Att få diagnosen demenssjukdom, innebär att få veta att en person har en dödlig sjukdom som på sikt kommer att påverka ens kognitiva funktioner som till exempel minne, planeringsförmåga och uppfattning av omvärlden. Det finns brister hos både hälso- och sjukvården och socialtjänsten både när det gäller att erbjuda insatser och att följa upp individens sjukdomsutveckling. Socialstyrelsen fick mot denna bakgrund i uppdrag att utveckla och sprida en modell riktad till kommuner och regioner för ett standardiserat insatsförlopp efter diagnosticering av demenssjukdom. Uppdraget redovisades 13 juni 2019 [7].

I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom rekommenderas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten säkerställer ett multiprofessionellt, teambaserat arbete inom vården och omsorgen för personer med demenssjukdom. Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen därför även beskrivit exempel på demenssteam utifrån personalinnehåll, kunskap och uppdrag [4].

Socialstyrelsens modell för standardiserat insatsförlopp efter diagnosticering av demenssjukdom syftar till att ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten stöd för samverkan och ett systematiskt arbetssätt kring personen med demenssjukdom. Modellen kan medverka till att ge en mer jämlik vård och omsorg över landet eftersom det tydliggörs vilka insatser som behöver erbjudas en person med demenssjukdom under hela sjukdomsförloppet.

Grunden för vård och omsorg för en person med demenssjukdom är ett personcentrerat förhållningssätt. Modellen är därför avsedd att stödja ett personcentrerat arbetssätt.

Ett standardiserat insatsförlopp

Med ett standardiserat insatsförlopp menas i detta sammanhang att genom en standardiserad modell för samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst erbjuda de insatser och belysa de särskilda perspektiv och viktiga områden som behöver beaktas under demenssjukdomens förlopp. Insatser kan exempelvis handla om hemtjänst eller läkemedelsbehandling, särskilda perspektiv och viktiga områden berör exempelvis perspektivet yngre personer

med demenssjukdom, där behovet av stöd och insatser kan skilja sig från en äldre person med demenssjukdom.

Behovet av insatser, de särskilda perspektiven samt de viktiga områdena bedöms utifrån den enskilde individen. Det betyder att de insatser en person får under demenssjukdomens förlopp kommer att vara olika för varje person, medan den standardiserade modellen för att i samverkan erbjuda insatser eller beakta särskilda perspektiv och viktiga områden är densamma under hela förloppet.

Modellens upplägg

Modellen består av tre delar som hänger samman:

- de insatser, särskilda perspektiv och viktiga områden som behöver beaktas för en person med demenssjukdom både vid kontakt med socialtjänsten och med hälso- och sjukvården
- exempel på samverkansformer mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, både mellan huvudmän och inom verksamheter
- verktyg för att underlätta samverkan, exempelvis samordnad individuell plan (SIP).

Översiktligt innebär det att modellen består av *vad* som behöver göras – erbjuda insatser, *hur* detta kan göras – genom demensteam och samverkans-team och *vilka verktyg som kan användas* – exempelvis samordnad individuell plan.

Checklista över insatser, särskilda perspektiv och viktiga områden

Till modellen för det standardiserade insatsförloppet finns en framtagen checklista. Avsikten med checklistan är att ge en överblick över insatserna samt särskilda perspektiv och viktiga områden att tänka på vad gäller respektive insats.

Exempel på samverkansformer

Samverkansteamet är en del av den standardiserade modellen för insatsförloppet. Det är viktigt att det finns team som arbetar gränsöverskridande mellan region och kommun eftersom en person med demenssjukdom vanligtvis har behov av stöd från både regionens hälso- och sjukvård, kommunens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst. Exempel på sådana team är dels *demensteam* med personal från såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten, dels *samverkansteam på ledningsnivå* inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

Erfarenheterna från de regioner och kommuner som redan har en gränsöverskridande, mångprofessionell samverkan visar att det är en fördel att finna lösningar som utgår från de lokala förutsättningarna. Vid både kartläggningen för underlaget till demensstrategin och kartläggningen om insatsförlopp, framkommer att två komponenter behöver finnas med. Det är kompetens inom demensområdet och engagemang för utvecklingsfrågor bland de medarbetare som bildar samverkansteam. Dessa kan ge inspiration till hur en verksamhet kan organiseras och resurssättas utifrån dagens förutsättningar med exempelvis befintliga ersättningssystem.

Användning av modellen

Ambitionen är att modellen för ett standardiserat insatsförlopp kan utgöra en grund för utveckling i den lokala och regionala egna verksamheten. För att göra modellen tillgänglig behöver den omsättas i praktiken. Det är därför lämpligt att de aktörer och kompetenscentra som finns inom området bereds möjlighet att på ett målgruppsanpassat sätt stödja implementering av modellen för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom.

Implementering av insatsförloppet

Svenskt Demenscentrum har under våren 2020 beviljats medel för att tillsammans med fem kommuner under 2020 påbörja ett projekt med syfte att införa det av Socialstyrelsen framtagna standardiserade insatsförloppet för personer med demenssjukdom i de fem kommunerna [11]. Projektet ska redovisas 30 november 2021.

Personal

Socialstyrelsens statistik om hälso- och sjukvårdspersonal

Den officiella statistiken om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ges ut årligen av Socialstyrelsen. Statistiken består av ett faktablad, en tabellbilaga och en kvalitetsdeklaration. Statistikdatabasen på Socialstyrelsen kompletterar den officiella statistiken. Liksom i den officiella statistiken finns volymer över sysselsatt hälso- och sjukvårdspersonal. Dessutom finns uppgifter om antal sysselsatta läkare och tandläkare som innehar specialistbevis samt antal sysselsatta specialistsjuksköterskor. Samtliga typer av specialistläkare och tandläkare går att ta fram. De största inriktningarna för specialistsjuksköterskorna finns i Statistikdatabasen. Vissa specialistutbildningar för sjuksköterskorna har av historiska skäl slagits samman i databasen.

Förutom volymer i form av antal finns även måttet antal per 100 000 invånare i Statistikdatabasen. Antal för de olika yrkeskategorierna går att fördela över kön, ålder, region, regi (offentlig eller privat sektor), sysselsättningsstatus (sysselsatt inom respektive utanför hälso- och sjukvården) samt de vanligaste näringsgrenarna för hälso- och sjukvårdspersonalen. I Statistikdatabasen finns också en längre tidsserie än i den officiella statistiken över antal utfärdade legitimationer uppdelad på kön, år för utfärdande och utbildningsland.

Volymer för läkare med specialistbevis i till exempel geriatrik och allmänmedicin samt specialistsjuksköterskor med inriktning mot vård av äldre går att ta fram från Statistikdatabasen. Legitimationsyrket arbetsterapeut finns med men eventuell vidareutbildning mot äldre och/eller demens finns det inte uppgift om.

Generellt gäller att den statistik som finns i Statistikdatabasen och i den officiella statistiken utgår från legitimationer och specialistbevis. Det finns inga uppgifter om icke legitimerad personal, såsom undersköterskor, vårdbiträden, assistenter eller biståndsbedömare/handläggare inom socialtjänsten. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att se över möjligheterna till en eventuell utökad statistik för fler grupper inom socialtjänsten.

Rekrytering och personalplanering

Ojämn tillgång på specialistläkare över landet

Socialstyrelsens nationella planeringsstöd har bland annat följt utvecklingen av tillgången till läkare inom de medicinska specialiteterna över de senaste 22 åren. Det finns 63 olika specialiteter för läkare, vilket är flest av de legitimerade yrkesgrupperna [12]. Det gör att variationen på utvecklingen av specialistläkare ger en tydlig och detaljerad bild inom vilka specialistområden hälso- och sjukvården har utvecklats. Under de 22 år som utvecklingen har

följts, ses de senaste åren en vikande trend i antalet sysselsatta specialistläkare i geriatrik, både i antal och i förhållande till antalet invånare över 65 år. En bristande tillgång på specialistläkare i geriatrik påverkar i sin tur möjligheten att sprida kunskap till övriga delar av hälso- och sjukvården [13].

Kompetens inom demenssjukdomar är reglerade mål inom specialistutbildningarna i geriatrik och äldrepsykiatri [12]. Inom verksamhetsområdet demenssjukdomar är det vanligt även med specialistläkare inom psykiatri och ibland allmänmedicin. Det gör att de läkarspecialiteter som har mest kunskap om demenssjukdomar är geriatrik, äldrepsykiatri, psykiatri och allmänmedicin.

Antalet specialistläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården var 2017 nästan 290 per 100 000 invånare på nationell nivå. Tillgången skilde sig mellan olika län och specialiteter. Jämtlands län hade omkring 76 allmänläkare per 100 000 invånare, jämfört med 48 per 100 000 invånare i Gotlands län. På nationell nivå var tillgången 63 per 100 000 invånare och 20 procent av de sysselsatta allmänläkarna var 65 år eller äldre.

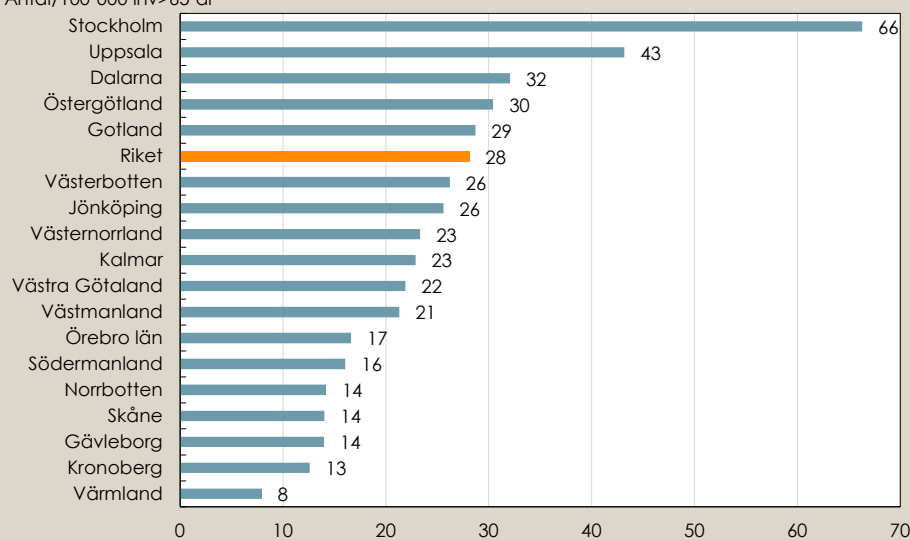
Tillgången till specialister inom geriatrik skilde sig mellan olika delar av landet, från 8 per 100 000 invånare över 65 år i Värmlands län till 66 per 100 000 invånare över 65 år i Stockholms län. Genomsnittet för hela landet var 28 geriatriker per 100 000 invånare över 65 år (se figur 1). Av de sysselsatta geriatrikerna 2017 var 33 procent 60 år eller äldre.

Tillgången till specialister inom psykiatri var också ojämnt fördelad 2017. Högst relativt antal sysselsatta psykiatriker, 39 per 100 000 invånare som var 18 år eller äldre, hade Stockholms län. Det lägsta relativa antalet, 11 per 100 000 invånare som var 18 år eller äldre, fanns i Norrbottens län. I riket som helhet var tillgången 24 per 100 000 invånare som var 18 år eller äldre. Av de sysselsatta psykiatrikerna 2017 var 19 procent 65 år eller äldre [13].

Figur 1. Specialister i geriatrik 2017*

Relativa antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården i riket och per län

Antal/100 000 inv>65 år



* Färre än totalt 3 specialister eller avsaknad av data för Blekinge, Halland och Jämtland.

Källa: Socialstyrelsen

Tillgången över tid skiljer sig mellan olika län och specialiteter

Antalet specialistläkare per 100 000 invånare som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården ökade med 1 procent på nationell nivå 2013–2017. Förändringen skilde sig mellan olika delar av landet. I Östergötlands och Jönköpings län var ökningen 7 respektive 6 procent medan det relativa antalet minskade med 5 procent i Kronobergs och Västernorrlands län.

Antalet allmänläkare per 100 000 invånare som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården minskade med 2 procent nationellt 2013–2017. I vissa län var minskningen större, exempelvis 27 procent på Gotland och 15 procent i Kronobergs län. I Jönköpings och Hallands län ökade istället tillgången med 10 procent.

Antalet geriatriker per 100 000 invånare över 65 år som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården minskade 2013–2017 med 9 procent nationellt. I Gotlands, Uppsala, Stockholms, Västra Götalands, Gävleborgs och Västerbottens län minskade den relativa tillgången med mellan 10 och 28 procent. I Västmanlands, Sörmlands, Dalarnas, Västernorrlands och Örebro län ökade istället den relativa tillgången med mellan 11 och 33 procent.

Antalet sysselsatta psykiatriker per 100 000 invånare som var 18 år eller äldre ökade med 4 procent nationellt 2013–2017. Ökningen var ännu större, mellan 5 och 34 procent, i Stockholms, Hallands, Östergötlands, Gotlands, Norrbottens, Uppsala, Kalmar, Västernorrlands och Blekinge län. Samtidigt minskade den relativa tillgången på psykiatriker med mellan 1 och 13 procent i Västra Götalands, Värmlands, Dalarnas, Sörmlands, Örebro, Västmanlands, Jönköpings och Kronobergs län [13].

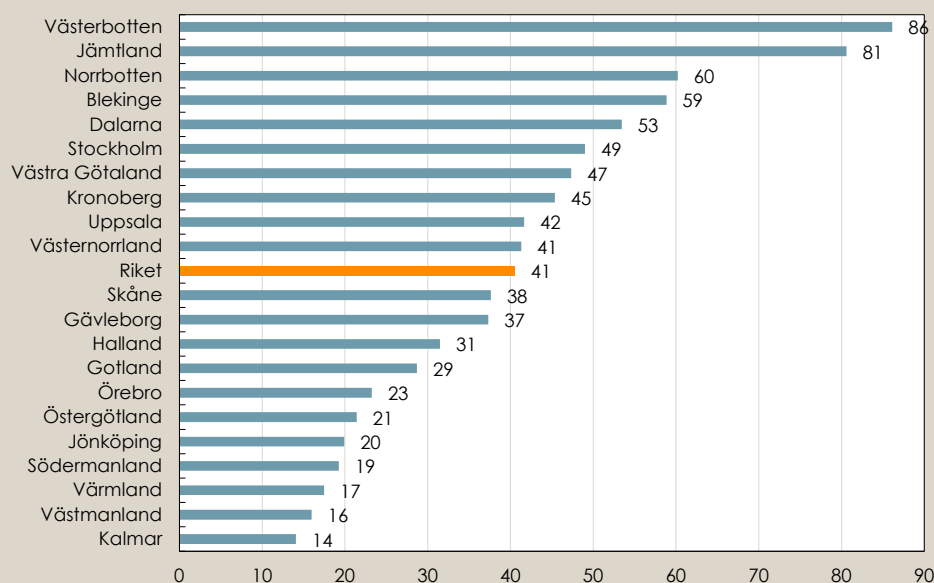
Tillgång på specialistsjuksköterskor

Omkring 770 av de 47 500 specialistsjuksköterskor som 2017 var sysselsatta inom hälso- och sjukvården hade inriktningen vård av äldre. Det innebär att det fanns drygt 40 specialistsjuksköterskor med den inriktningen per invånare över 65 år på nationell nivå 2017. Tillgången skilde sig mellan olika delar av landet, från 14 per 100 000 invånare över 65 år i Kalmar län till 86 per 100 000 invånare över 65 år i Västerbottens län (se figur 2) [13].

Figur 2. Specialistsjuksköterskor inom vård av äldre 2017

Relativa antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården i riket och per län

Antal/100 000 inv >65 år



Källa: Socialstyrelsen

Vidareutbildning för yrkesgrupper som arbetar med personer med demenssjukdom

I samverkan mellan Stiftelsen Silviahemmet och Sophiahemmet Högskola kan grundutbildade sjuksköterskor vidareutbilda sig till Silviasjuksköterska (inriktning vård vid kognitiv sjukdom, demenssjukdom). Utbildningen omfattar 30 högskolepoäng och syftar till att ge fördjupade kunskaper om demenssjukdomar och demensvård [14]. De utbildade Silviasjuksköterskorna, kan läsa ytterligare 30 högskolepoäng för en magisterexamen som specialist med inriktning vård vid kognitiv sjukdom, också genom Sophiahemmet Högskola. Utbildningen ges till alla grundutbildade sjuksköterskor (även de som inte är Silviasjuksköterskor) och motsvarar då 60 högskolepoäng.

Stiftelsen Silviahemmet samverkar även med Sophiahemmet Högskola för vidareutbildning till Silviasyster [15]. Det innebär en specialisering i demensvård för undersköterskor [16].

I samverkan mellan Stiftelsen Silviahemmet och Karolinska Institutet kan även arbetsterapeuter, fysioterapeuter och läkare studera magisterutbildningar i demensvård om 60 högskolepoäng [17].

Socialstyrelsen saknar data över antalet sysselsatta specialistsjuksköterskor med inriktningen vård vid kognitiv sjukdom. Socialstyrelsen saknar även data över antalet undersköterskor, oavsett inriktning [13]. Enligt Universitetskanslersämbetet avlade tre personer examen som specialistsjuksköterska inom demensvård läsåret 2017/2018 [18].

Hög efterfrågan på specialistläkare och specialistsjuksköterskor

Från 19 av 21 regioner rapporterades brist på specialistläkare i en enkät till Socialstyrelsen hösten 2019. Regionerna kommenterade att tillgången på läkare varierar mellan olika specialiteter. Allmänläkare, geriatriker och psykiatriker uppgavs råda brist på i flera regioner [19]. Även Läkarförbundets specialitetsföreningar rapporterar brist på specialistläkare inom dessa tre specialiteter [20]. Samtliga 21 regioner bedömde i Socialstyrelsens enkät hösten 2019 att det rådde brist på specialistsjuksköterskor och 20 av 21 rapporterade brist på grundutbildade sjuksköterskor [19].

Regionerna uppgav att det är svårt att rekrytera personal till glesbygd och till verksamheter som bedriver vård dygnet runt. Några regioner beskrev att en ökad vårdtyngd hos patienterna, en hög belägningsgrad och ökad personalomsättning påverkar arbetsmiljön för alla yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Det gör det svårt att behålla medarbetare. Flera regioner uppgav pensionsavgångar och en bristande planering och prognostisering som bidragande orsaker till brist på personal. Några regioner beskrev en konkurrens om personal mellan regioner, privata vårdgivare och kommuner [19].

I en enkät till Socialstyrelsen i december 2019 svarade 96 av 170 kommuner (56 procent) att de har brist på grundutbildade sjuksköterskor. 130 av 170 kommuner (76 procent) rapporterade brist på specialistsjuksköterskor. En kommun uppgav att det är stor brist på specialistsjuksköterskor inom vård av äldre. Omkring 40 procent av kommunerna uppgav att de har anlitat bemanningsbolag för att hantera bristen på framförallt sjuksköterskor. En lika stor andel beskrev att de har hanterat bristen genom att omfördela arbetsuppgifter till undersköterskor. Några kommuner kommenterade att de erbjuder betald specialistutbildning till sjuksköterskor [21].

Kunskap och kompetens

Socialstyrelsens arbete med kunskap och kompetens inom ramen för den nationella demensstrategin

Kunskap och kompetens om demenssjukdomar är det område där de största utmaningarna finns. Det finns en påtaglig brist på kunskap om demenssjukdomar inom alla vård- och omsorgsnivåer och inom alla professioner [2]. Detta försvårar diagnostik, behandling och tidig upptäckt av kognitiv svikt. Bristen på kunskap och kompetens försämrar även både vården och omsorgen om och livskvaliteten för personer med demenssjukdom.

Socialstyrelsen föreslog i underlaget till demensstrategin att baskunskaper om demenssjukdomar ges i samtliga grundutbildningar som är relevanta för demensvården och demensomsorgen [2]. En höjning av kunskapsnivån behövs i samtliga personalkategorier i demensvården och -omsorgen. Huvudansvar för att den personal som arbetar i verksamheter med personer med demens har kompetens för uppgiften, har dock alltid den vårdgivare som är ansvarig för verksamheten.

Socialstyrelsen ger årligen ut en lägesrapport för vård och omsorg om äldre. I 2019 års rapport pekade Socialstyrelsen på ett antal brister inom äldreomsorgen [22]. Bland annat konstaterades påtagliga problem att behålla befintlig personal, rekrytera nya medarbetare, säkerställa kompetensutveckling och använda befintlig kompetens på ett effektivt sätt. Brister i bemanning och kompetens, hög personalomsättning och bristande personalkontinuitet kan påverka patientsäkerheten. Vidare konstaterades att en viktig insats för att undvika såväl vårdrelaterade infektioner som spridning av antibiotikaresistenta bakterier är att personal som har fysisk kontakt med den som får vård följer basala hygienrutiner och klädregler. I rapporten konstateras också att det finns stora utmaningar när det gäller samverkan och användandet av samordnad individuell plan (SIP).

Socialstyrelsen har i uppdrag att på den nationella nivån stödja vården och omsorgen för att ge tillgång till bästa tillgängliga kunskap. Det handlar både om styrning med föreskrifter och nationella riktlinjer, och kunskapsspridande dokument som kunskapsstöd, vägledningar och utbildningar.

Nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demenssjukdom

De första nationella riktlinjerna för vård och omsorg om personer med demenssjukdom publicerades 2010 [3], och en ny version publicerades i december 2017 [4].

Riktlinjerna ger rekommendationer om åtgärder vid vård och omsorg vid demenssjukdom. Rekommendationerna gäller utredning och uppföljning,

multiprofessionellt arbete, stödinsatser, läkemedelsbehandling och utbildning.

Utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdom 2018

År 2018 genomförde Socialstyrelsen en utvärdering av vården och omsorgen till personer med demenssjukdom, med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna inom området [1]. Utvärderingen visade att det fanns ett stort antal förbättringsområden som berörde både regionernas och kommunernas arbete. Det handlar bland annat om en minskning av antalet multiprofessionella demensteam och om att förskrivningen av antipsykosmedel till personer med demenssjukdomar ökar, båda dessa områden har således försämrats jämfört med föregående utvärdering 2014. Men utvärderingen visar också positiv utveckling, till exempel att personer med demens sedan 2014 oftare genomgår en fullständig utredning och därför får bättre möjlighet till rätt behandling.

Informationsspridning

Under 2018 genomförde Socialstyrelsen en informationsinsats med länsvisa seminarier om myndighetens arbete inom demensområdet. Sammantaget hölls 16 seminarier runt om i landet, med mellan 30 och 300 deltagare. Totalt deltog över 2000 personer som innehar nyckelpositioner i regionernas och kommunernas verksamhet inom demensområdet.

Vid seminarierna presenterades de nationella riktlinjerna, utvärderingen av vården och omsorgen för personer med demenssjukdom samt den nationella demensstrategin. Länsseminarierna arrangerades och finansierades av region och kommuner gemensamt. Målgrupp var politiker, tjänstemän och verksamhetschefer, men vid seminarierna deltog dessutom ofta till exempel demenssjuksköterskor och kvalitetsutvecklare.

Presentationen genomfördes på ett sammanhållet sätt med infallsvinkeln ”bästa tillgängliga kunskap – koll på läget – strategi för framtiden” med Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer – utvärdering – demensstrategi. Vid seminarierna har dessutom ofta Svenskt Demenscentrum och kvalitetsregistren SveDem och BPSD-registret hållit presentationer

Vid seminarierna delades en enkel utvärdering om seminariet ut, och intrycket var mycket positivt. Många framhöll styrkan med att Socialstyrelsen agerade samlat och presenterar allt som pågår inom demensområdet och aktivt för en dialog med verksamheterna.

En modell för ett standardiserat insatsförlopp 2019

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram en modell för ett standardiserat insatsförlopp vid demens [7], se under tidigare kapitel om samverkan.

Förutom att modellen är ett stöd för samverkan, är den också ett stöd för ökad kunskap inom demensområdet eftersom den även innehåller vilka insatser, särskilda perspektiv och viktiga områden som behöver beaktas för en person med demenssjukdom både vid kontakt med socialtjänsten och med hälso- och sjukvården.

En förstudie om innehåll i dagverksamheter för personer med demenssjukdom 2018

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för personer med demenssjukdom bör socialtjänsten erbjuda dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom med mild till måttlig demenssjukdom, och även till yngre individer (prioritet 1). Socialstyrelsen genomförde därför en förstudie i syfte att undersöka vad ett innehåll som harmonierar med ett personcentrerat arbets sätt i en dagverksamhet kan innefatta [23]. Socialstyrelsen undersökte även möjligheten att ta fram ett kunskapsstöd med eller utan rekommendationer för att ge vägledning till kommuner/verksamheter. Sammanfattningsvis visade resultatet att det fanns behov av ett kunskapsstöd för att utveckla följande områden:

- Underlätta omgivning- och samverkansfaktorer som kan förbättra förutsättningar för personer med demens att komma till och vistas i dagverksamhet utifrån sina behov. Till exempel hur samarbete med färdtjänst, hemtjänstpersonal, anhöriga och biståndshandläggare kan förbättras.
- Utveckla ramen för vad dagverksamhet är genom att tydliggöra dagverksamhetens funktion och nytta samt att veta vilken kompetens som personalen behöver.
- Lyfta fram innehållet utifrån ett personcentrerat och rehabiliterande arbets sätt med metoder för ökad självständighet och delaktighet i en sjukdom som förändras över tid.

Förstudien resulterade i fortsatt arbete med att ta fram en vägledning om dagverksamhet vid demenssjukdom.

Vägledning om dagverksamhet för personer med demenssjukdom 2020

Dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom erbjuder bland annat meningsfulla aktiviteter, social samvaro, individuellt stöd och struktur i vardagen samt avlastning för deras anhöriga. Insatsen är i hög grad ett komplement till andra insatser inom socialtjänsten.

Vägledningen anger dagverksamhet som ett komplement till i första hand hemtjänst och till det stöd som anhöriga ofta ger [8]. Det ges beskrivningar av hur dagverksamhet kan bidra till att tillgodose behov som personer med demenssjukdom kan ha. Särskilt fokus läggs på hur personalen i dagverksamheter för personer med demenssjukdom kan arbeta med ett personcentrerat förhållningssätt och ett rehabiliterande arbetssätt. Dagverksamhet är en mångfacetterad verksamhet som bland annat kan:

- Erbjuder meningsfulla aktiviteter ute i samhället tillsammans med andra.
- Ge ett tidigt stöd innan personen har behov av vård- och omsorgsinsatser.
- Följa personer över tid och verka för att de får insatser vartefter deras behov förändras.
- Ge god personalkontinuitet i kombination med ett rehabiliterande arbets sätt som bland annat kan ge förutsättningar för deltagare att bibehålla förmågor.

- Erbjud avlösning för anhöriga.
- Ge stöd via andra kompetenser som till exempel om anhängigstöd, rehabilitering,
- Erbjud mer specifik kunskap kring demens beroende av vilken kompetens kommunen valt att bemanna verksamheten med.
- Säkra att personen till exempel får mat dagtid och i samarbete med bland annat hemtjänst vara en del av personens måltidsordning.
- Bidra till att personen får hjälpmedel och tillgång till kognitiva stöd samt ge stöd så att de används.
- Genom samarbete mellan dagverksamhetens personal och hemtjänstpersonalen kring förhållning- och arbetssätt, bemötande etcetera, sträva efter att all personal kring den enskilde är konsekvent.

Kommunerna har stora möjligheter att välja vilket innehåll dagverksamheten behöver fyllas med. Det handlar bland annat om var den förläggs, vilken roll den ges i det samlade stödet till målgruppen, vilken kompetens personalen har och vilka de samarbetar med.

Utveckling av temat demens på Kunskapsguiden

Kunskapsguiden.se är en webbplats som samlar kunskapsstödande produkter från Socialstyrelsen, andra myndigheter och aktörer. Här finns stöd och vägledning för personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Under 2018 har arbete pågått med att utveckla webbplatsen, och en ny version lanserades 13 maj 2020. I samband med lanseringen har temat demenssjukdomar uppdaterats.

Samverkan för ökad kompetens

Viktiga samverkansparter i kompetensfrågor i allmänhet och för planering för kompetenshöjande åtgärder i synnerhet, är Svenskt Demenscentrum samt Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (NKA). Samverkan med NKA beskrivs i kapitlet Anhöriga och närstående.

Socialstyrelsen har inom ramen för demensstrategin samverkat med Svenskt Demenscentrum vid revidering av den webbaserade utbildningen Demens ABC, bland annat utifrån att en modell för ett standardiserat insatsförlopp tagits fram i juni 2019. Kunskap om ett standardiserat insatsförlopp införlivas nu i utbildningarna Demens ABC.

Vidare har Socialstyrelsen en löpande samverkan med Svenskt Demenscentrum för att följa och stödja utvecklingen av och ta initiativ för att säkra kompetensen inom demensvården och -omsorgen i relation till målen i strategin. Ett sådant område är en nationell informationskampanj om demenssjukdomar, se avsnitt om ”Vikten av en nationell informationskampanj”.

Sedan tidigare har Socialstyrelsen tagit fram en webbaserad utbildning om basintroduktion för omsorgspersonal. I samband med covid-19 har en utvidgad introduktionsutbildning för personal inom äldreomsorgen tagits fram [24, 25].

Uppföljning och utvärdering

Indikatorer och målnivåer för vården och omsorgen till personer med demenssjukdom

År 2018 genomförde Socialstyrelsen en utvärdering av vården och omsorgen till personer med demenssjukdom, med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna inom området [1]. Utvärderingen visade att det fanns ett stort antal förbättringsområden som berörde både regionernas och kommunernas arbete. Socialstyrelsen bedömde därför att det var angeläget att ta fram nationella målnivåer, vilket redan gjorts inom ett tiotal andra riktlinjeområden.

De nationella målnivåerna är kopplade till de kvalitetsindikatorer som utarbetas inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer. Indikatorerna tas fram för att kunna följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis, men också för att kunna följa utvecklingen och förbättringen av kvaliteten i vården och omsorgen. Indikatorerna speglar framförallt de centrala rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, men även till exempel vårdresultat som är viktiga att följa över tid.

För ett urval av dessa indikatorer har det alltså tagits fram nationella målnivåer. Målnivåerna anger hur stor andel i en patient- eller sjukdomsgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. Målet är att ge regionerna och kommunerna tydliga riktmärken att arbeta mot. Målnivåerna ingår som en del i Socialstyrelsens arbete för att genomföra den nationella demensstrategin.

Målnivåerna har tagits fram i en bred konsensusprocess, där ett stort antal aktörer har deltagit. Inledningsvis tillsattes en expertgrupp som gjorde ett urval av vilka indikatorer som bedömdes vara lämpliga att målsätta. Därefter bedrevs arbetet i ett konsensusförfarande, där företrädare för professionsorganisationer, patient- och brukarorganisationer samt huvudmannaföreträdare för regioner och kommuner deltog. Konsensusgruppen diskuterade sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna, bland annat baserat på det statistiska underlag som fanns tillgängligt. Därefter skickades förslaget på målnivåer på remiss till professionsorganisationer, patient- och brukarorganisationer samt regioner och kommuner. Remissynpunkterna bearbetades och i september 2020 fastställdes de nationella målnivåerna av Socialstyrelsens generaldirektör.

Målnivåerna ser ut på följande sätt:

Tabell 1. Målnivåer för vård och omsorg till personer med demenssjukdom.

Namn	Målnivå
1. Fullständig basal demensutredning	≥90 %
2. Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen	≥90 %

3. Behandling med demensläkemedel vid Alzheimers sjukdom	≥75 % i primärvården ≥80 % i specialistvården
4. Regelbunden uppföljning	≥90 %
5. Behandling med antipsykosläkemedel	≤10 % i särskilt boende ≤5 % i ordinärt boende
6. Levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformande	≥98 %
7. Individuella miljöanpassningar i genomförandeplanen	≥98 %
8. Strategier för bemötande i genomförandeplanen	≥98 %
9. Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans	≥98 %
10. Initiativ till anhörigstöd i samband med demensdiagnos	≥95 %

Parallellt med att de nationella målnivåerna har tagits fram har indikatorerna som är kopplade till de nationella riktlinjerna reviderats. Indikatorbilagan med samtliga indikatorer publicerades samtidigt som de nationella målnivåerna.

Den fullständiga indikatorlistan ser ut på följande sätt:

Tabell 2. Riktlinjespecifika indikatorer

Nummer	Namn	Målnivå
Indikator 1	Diagnostisering av personer med demenssjukdom	-
Indikator 2	Fullständig basal demensutredning	≥ 90 %
Indikator 3	Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen	≥ 90 %
Indikator 4	Behandling med demensläkemedel vid Alzheimers sjukdom	≥75 % i primärvården ≥80 % i specialistvården
Indikator 5	Regelbunden uppföljning	≥90 %
Indikator 6	Kognitiva hjälpmedel i samband med uppföljning	-
Indikator 7	Behandling med antipsykosläkemedel	≤10 % i särskilt boende ≤5 % i ordinärt boende
Indikator 8	Demensteam i kommunerna	-
Indikator 9	Gränsöverskridande demensteam	-
Indikator 10	Demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion	-
Indikator 11	Personal med längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demens	-
Indikator 12	Tillgång till regelbundna reflektionsmöten	-
Indikator 13	Tillgång till regelbunden handledning	-
Indikator 14	Personer med demenssjukdom i särskilt boende	-
Indikator 15	Plats i dagverksamhet	-
Indikator 16	Levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformande	≥98 %
Indikator 17	Individuella miljöanpassningar i genomförandeplanen	≥98 %
Indikator 18	Strategier för bemötande i genomförandeplanen	≥98 %
Indikator 19	Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans	≥98 %
Indikator 20	Initiativ till anhörigstöd i samband med demensdiagnos	≥95 %
Indikator 21	Anhöriga som erhållit informations- eller utbildningsprogram, anhöriggrupp eller stödsamtal	-

Tabell 3. Övergripande indikatorer

Nummer	Namn	Målnivå
Indikator 22	Deltagande i kvalitetsregister, SveDem	-
Indikator 23	Deltagande i kvalitetsregister, BPSD-registret	-
Indikator 24	Tid från kontaktdatum/mottagen remiss till diagnos	-
Indikator 25	Diagnos inom 90 dagar	-

Utöver indikatorer som är direkt kopplade till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna finns det andra områden som det är angeläget att följa för att få en mer fullständig bild av vården och omsorgen till personer med demenssjukdom. Det handlar bland annat om omvårdnadsinsatser, olämplig läkemedelsanvändning, inne- och utemiljön vid särskilda boenden och palliativ vård. Inom Socialstyrelsen pågår ett kontinuerligt arbete med att utveckla indikatorer inom dessa områden.

Utveckling av kvalitetsregister

En förutsättning för att kunna följa upp vården och omsorgen till personer med demenssjukdom är att det finns nationella datakällor. Inom demensområdet finns det idag två kvalitetsregister: Svenska demensregistret (SveDem) och BPSD-registret.

Svenska demensregistret (SveDem)

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister som startade i maj 2007. Under de första åren deltog framförallt regionernas specialistverksamheter i registret. Sedan 2010 har dock antalet primärvårdsenheter som deltar i registret ökat kraftigt. År 2019 var 909 av landets primärvårdsenheter anslutna till registret, vilket motsvarar knappt 80 procent av samtliga primärvårdsenheter. Alla har dock inte registrerat några patienter under det senaste året. Primärvårdens aktivitet i SveDem varierar avsevärt mellan olika regioner.

Inom specialistvården deltar samtliga minnesmottagningar i registret – 58 stycken. Flera minnesmottagningar i Region Skåne har dock inte registrerat några patienter i SveDem under 2019. Med undantag av Skåne bedöms täckningsgraden inom specialistvården vara relativt god, men antalet registreringar per region varierar bland annat beroende på hur ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialistvård ser ut. Stockholm, där en stor andel av demensutredningarna sker inom specialistvården, står för mer än hälften av specialistvårdens registreringar.

Under senare år har det tillkommit ytterligare två moduler i SveDem, vilka riktar sig mot den kommunala verksamheten. Modulen om särskilt boende har funnits sedan 2012, och fokuserar på omvårdnadsindikatorer som utgår från de nationella riktlinjerna. År 2019 var 854 enheter från 83 kommuner anslutna till registret. Det innebär en ökning med ungefär 200 enheter jämfört med föregående år. Under 2019 registrerades drygt 1 700 personer i modulen för särskilt boende.

Det finns också en nystartad modul för kommunal hemsjukvård med omsorgsinsatser. Antalet deltagande enheter är dock fortfarande mycket begränsat. År 2019 registrerades drygt 100 personer i modulen för kommunal hemsjukvård med omsorgsinsatser.

År 2019 nyregistrerades nästan 6 500 personer i SveDem, varav 3 670 inom specialistvården, 2 785 inom primärvården och ett tiotal inom den kommunala hälso- och sjukvården. Jämfört med föregående år har antalet personer som nyregistrerats i SveDem minskat med knappt 200 personer. Totalt är nästan 42 000 nu levande personer registrerade i SveDem.

SveDem arbetar aktivt med att försöka öka täckningsgraden i registret. Det sker bland annat genom att SveDems koordinators besöker verksamheter – i första hand inom kommunerna – som är intresserade av att delta i registret. SveDem samarbetar också kring informationsspridning tillsammans med Svenskt Demenscentrum, då registrering i SveDems modul för särskilt boende ingår som en del i deras stjärnmärkning av äldreomsorgen. Man förbereder dessutom ett byte av den digitala plattformen, som ska göra det lättare att använda registret. Förhoppningsvis kan detta också bidra till att öka täckningsgraden.

BPSD-registret

Målet med BPSD-registret är att minska beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom (BPSD) med hjälp av olika multiprofessionella vård- och omsorgsåtgärder. BPSD-registret har funnits som ett nationellt kvalitetsregister sedan 2010.

Registret innebär att verksamheten gör en skattning av de beteendemässiga och psykiska symtomen och tar fram en vård- och omsorgsplan utifrån resultaten i skattningen. Skattningen görs med hjälp av skattningsskalan Neuro Psychiatric Inventory (NPI). När verksamheten har prövat åtgärderna i vård- och omsorgsplanen under en bestämd tidsperiod gör de en utvärdering med hjälp av en ny skattning. Resultatet av den nya skattningen dokumenteras också i registret.

År 2019 deltog samtliga kommuner i BPSD-registret, vilket innebär att de hade åtminstone någon verksamhet som deltog i registret. Majoriteten av verksamheterna som deltar i registret är särskilda boenden, men även en del hemtjänstteam, specialistteam för BPSD, dagverksamheter och korttidsboenden är anslutna till registret. Totalt deltar ungefär 6 000 verksamheter i BPSD-registret.

Antalet personer som ingår i BPSD-registret har ökat kontinuerligt sedan kvalitetsregistret startade. Vid utgången av 2019 ingick ungefär 25 000 då levande individer, vilket innebär en ökning med 1 200 personer jämfört med föregående år. Majoriteten av dessa personer är bosatta i särskilt boende. Då det totala antalet personer med demenssjukdom i särskilt boende uppskattas till 60 000, innebär det att BPSD-registret i dagsläget har en täckningsgrad på drygt 40 procent. Det finns dock stora variationer mellan olika kommuner när det gäller täckningsgraden. Vilka personer som dokumenteras i registret (alla personer med demenssjukdom eller enbart de med allvarlig BPSD-

problematik) samt hur ofta BPSD-skattningar görs och dokumenteras varierar också mellan olika verksamheter.

BPSD-registret arbetar aktivt med att öka täckningsgraden – både när det gäller nyregistreringar och registreringar av uppföljningstillfällen. Under 2020 kommer man bland annat att projektanställa ett antal certifierade utbildare för att öka kunskapen om registret i de olika regionerna. Registret planerar också en landsomfattande turné för att sprida kunskap om registret och om de nya kvalitetsindikatorer som har utarbetats. För att öka användbarheten håller man vidare på att utveckla utdataportalen, där de deltagande enheterna kan se sina egna resultat.

BPSD-registrets egna uppföljningar tyder på att förekomsten och allvarighetsgraden av BPSD-symtom minskar hos de som registreras, och att effekten är störst bland personer med svår BPSD-problematik.

Anhöriga och närstående

Nästan var femte person i Sverige vårdar eller stödjer regelbundet en närstående som är äldre, sjuk, har beroendeproblem eller en funktionsnedsättning.

För anhöriga till äldre med demenssjukdom innebär vårdandet flera utmaningar³. Till exempel kan det innebära särskilda psykiska påfrestningar för anhöriga i fall där den sjuka också förändras i sin personlighet, vilket kan hända vid demenssjukdom. Inom forskningen är det vanligt att man utvärderar den belastning och den livskvalitet som den anhöriga upplever. Det är också väl känt att risken att drabbas av depressiva besvär ökar bland de anhöriga. Samtidigt innebär vårdandet också positiva känslor för många anhöriga, till exempel i form av ökad personlig mognad och en tillfredställande upplevelse av att göra saker tillsammans med den sjuka.

Enligt socialtjänstlagen ska alla kommuner erbjuda stöd för att underlätta för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående. Stödet som erbjuds ska vara av god kvalitet och vara anpassat till de anhörigas individuella behov. Tidigare undersökningar har dock visat att det anhörigstöd som kommunerna erbjuder skiljer sig mycket åt i både inriktning och omfattning.

I arbetet med uppdragen samverkar Socialstyrelsen med Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Samverkan kring frågor som berör anhöriga och närstående till personer med demenssjukdom

I Socialstyrelsens arbete med frågor inom ramen för demensstrategin, sker en regelbunden samverkan med Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, (NKA). Det handlar både om en löpande dialog om aktuella frågor och att exempelvis medverka vid informationsinsatser inom området. Exempel på ämnen vid samverkan är identifiering av särskilda områden som är viktiga för anhöriga och närstående till personer med demenssjukdom.

Befolkningsstudie om anhöriga

Myndigheten har även haft kontakter med NKA med anledning av den befolkningsstudie de genomfört bland ett urval av 30 000 personer i åldern 18 år och uppåt. Studien har genomförts i samverkan med Linnéuniversitetet, Högskolan i Dalarna och Lunds Universitet. Det insamlade materialet kan ge bättre och fördjupade kunskaper om bland annat anhörigas insatser till närstående, omfattningen av deras engagemang, samt vilket anhörigstöd de fått via sina kommuner. Befolkningsstudien har med en fråga som belyser vilken

³ Effekter av stöd till anhöriga som vårdar äldre med demenssjukdom eller sköra äldre : en systematisk översikt. Socialstyrelsen 2012.

den huvudsakliga orsaken är till att personen hjälper en närstående. En av orsakerna som belyses är att den närstående har demenssjukdom eller minnesproblem. De gör det insamlade materialet intressant i arbetet med att följa utvecklingen kring den nationella demensstrategin.

En nationell strategi för anhöriga

Socialstyrelsen har under hösten 2019 fått två uppdrag av regeringen att ta fram underlag till en nationell strategi för anhöriga. Det första uppdraget rör anhöriga som vårdar och stöder närstående äldre och ska redovisas till regeringskansliet den 1 december 2020 (S2019/04223/FST). Det andra uppdraget rör övriga anhöriga och ska redovisas till regeringskansliet den 30 juni 2021 (S2019/05315/RS). I uppdragen ingår att analysera vilka behov av stöd olika anhöriggrupper har, hur anhörigstödet fungerar idag samt att belysa eventuella brister i det offentliga stödet till anhöriga. Anhöriga avser här personer som ger stöd eller vård till någon närstående som är långvarigt fysiskt eller psykiskt sjuk, har beroendeproblem, är äldre eller har en funktionsnedsättning.

Stöd till anhöriga och närstående en del av Socialstyrelsens vägledning om dagverksamhet vid demenssjukdom

Socialstyrelsen har genomfört ett regeringsuppdrag om dagverksamhet för personer med demenssjukdom, som resulterade i en vägledning [8]. Dagverksamhet har förutsättningar att spela en viktig roll för anhöriga. I den vägledning som publicerats har anhörigperspektivet dels integrerats i flertalet avsnitt, dels fått ett eget avsnitt. De tre huvudperspektiv som lyfts är:

- *Dagverksamhet som indirekt anhörigstöd.* Om anhöriga vet att den närstående får del av bra vård och omsorg (dagverksamhet, hemtjänst, sjukvård etc.) är det samtidigt ett bra och viktigt indirekt stöd för anhöriga. Den dagverksamhet som erbjuds behöver vara av god kvalitet.
- *Dagverksamhet som avlösning för anhöriga.* För att den tid anhöriga får genom avlösning via dagverksamhet ska kunna upplevas som användbar tid, behöver den anhöriga veta att den närstående har det bra. Det handlar t.ex. om att förflyttningen mellan hemmet och dagverksamheten fungerar och den anhöriga vet att den närstående erbjuds meningsfulla aktiviteter och trivs vid verksamheten.
- *Anhöriga - en samarbetspartner.* Den anhöriga, den närstående och personalen är tre parter som är beroende av varandra och behöver varandra för att klara sina olika roller. Utifrån anhörigas perspektiv handlar det om att bli sedd, ha möjlighet att skapa en god relation till personalen, få del av stöd och ha inflytande samt att alla förmedlar tips, information och kunskap till varandra

Utöver detta beskrivs i vägledningen hur väsentligt det kan vara med ett tidigt stöd till både den närstående och till anhöriga. Genom att tidigt få kunskaper och information om olika stöd om att leva med en person med demenssjukdom kan det ge bra förutsättningar för en bra livssituation både i stunden och i framtiden. Här har dagverksamhet och olika former av öppna verksamheter som vänder sig till personer med demenssjukdom och deras anhöriga en viktig roll att spela.

Anhörigas och närståendes situation i samband med covid-19

Under våren när det stod klart att landet var drabbat av covid-19 påbörjade Socialstyrelsen ett arbete för att bl.a. via myndighetens hemsida stödja verksamheter som ger stöd, vård och omsorg. I början av april tillfrågades bl.a. Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga (NKA) och Anhörigas riksförbund (AHR) om de kunde förmedla en bild av vilka frågor anhöriga bar på och önskade få svar på. Utifrån detta underlag publicerade myndigheten i början av maj svar på ett urval av det underlag vi fått in under rubriken ”frågor och svar” [25].

Inom ramen för arbetet med vägledningen om dagverksamhet tillfrågades även några verksamheter om hur situationen påverkats med anledning av covid-19. Utifrån de svar som kom in finns det skäl att tro att många anhöriga kan ha hamnat i svåra situationer när en del dagverksamheter temporärt stängde. Det fanns även exempel på verksamheter som drog ner på verksamheten eftersom flera deltagare slutade att komma. Med ambitionen att undvika smitta kan många anhöriga ha hamnat i en besvärlig situation. De har inte fått den avlastning de behöver, de har levt sida vid sida med en person som kanske inte förstått allvaret i situationen och samtidigt haft oro över att själva bli sjuka. Därför är det viktigt att framöver följa upp situationen med anhöriga, i synnerhet anhöriga till personer med demenssjukdom.

Samhälle

Demensvänligt samhälle

I sin globala aktionsplan för demenssjukdomar understryker Världshälsoorganisationen (WHO) att den stora ökningen av personer med demenssjukdom de närmaste årtiondena bland annat kräver en medvetenhet om levnadsförhållanden för personer med demenssjukdom [26]. I planen finns mål om att det, på nationell och lokal nivå, ska finnas kunskap och förståelse om levnadsförhållanden för personer med demenssjukdom samt att det skapas ett demensvänligt, inkluderande samhälle där människor med demenssjukdomar kan leva ett meningsfullt och tryggt liv med bibehållen personlig värdighet.

I den sociala miljön bör det, enligt WHO, ske satsningar på information till allmänheten om demenssjukdomar och möjlighet till kulturupplevelser för personer med demenssjukdom. WHO framhåller att kollektivtrafik, taxi, dagligvaruhandel, banker, anpassade bostäder, apotek och vårdens miljöer bör göras tillgängliga för personer med demenssjukdom.

Utvecklingen mot ett demensvänligt samhälle i de nordiska länderna

Danmark

Den andra nationella handlingsplanen för demensinsatser i Danmark omfattar åren 2017–2025. I denna strategi finns fem initiativ med inriktning på boende och samhälle:

- Lokala och landsomfattande aktiviteter ska stödja utvecklingen av ett demensvänligt samhälle.
- Samtliga Danmarks 98 kommuner ska bli demensvänliga.
- Det ska skapas fler bostäder med tillhörande omgivningar, som är anpassade för personer med demenssjukdom.
- Ett klassificeringssystem ska införas för bostäder anpassade för personer med demenssjukdom.
- Försök med demensvänliga sjukhus [27].

Ett projekt, som startades redan inom ramen för den förra handlingsplanen 2010–2016, kallas *Demensvänner*. Det drivs av Alzheimerföreningen, med ekonomiskt stöd från den danska staten. För närvarande finns 109 837 demensvänner i Danmark. De har fått en basutbildning och har förbundit sig att hjälpa till när de möter en person med demenssjukdom [28]. Ett annat initiativ som tagits i Demenshandlingsplanen 2025 är att bygga upp 12–15 *lokala rådgivnings- och aktivitetscentra* som riktar sig till personer med demenssjukdom, både yngre och äldre samt till anhöriga. Avsikten är att kommuner, sjukvården och frivilligorganisationer ska driva dessa centra i samverkan. Statliga stimulansmedel till planering för uppstart har beviljats

till 13 planerade verksamheter. 40 kommuner, 5 regionala sjukvårdsenheter, en rad frivilligorganisationer och andra samverkanspartners deltar i förberedelsearbetet.

Den danska staten satsar 2020–2023 244 miljoner DKK för att implementera handlingsplanen. Det är en minskning i förhållande till implementeringen av handlingsplanen 2016–2019. Det innebär bland annat att en övervägning av storleken på det ekonomiska bidraget till *Demensvänner* görs. Ingen minskning av anslaget till *lokala rådgivnings- och aktivitetscentra* kommer dock att göras.

Norge

I den nu gällande norska demensplanen läggs bland annat stor vikt vid information till allmänheten. Under 2020 har *Helsedirektoratet* genomfört en bred informationskampanj.

Nasjonalt kompetensecenter for aldring og helse har genomfört ett antal riktade informationskampanjer om demenssjukdomar.

Finland

Finland har ett brett *Minnesprogram* (2012–2020) där information och kunskapsöverföring är en viktig del. Alzheimer Centralförbundets medlemsföreningar ansvarar för landskapsvisa expert- och stödcentraler, ”*Muistoluotsi/Minneslotsar*”, för personer med demenssjukdom och deras anhöriga och närstående.

Svenska projekt med inriktning på ett demensvänligt samhälle

Polis

Svenskt Demenscentrum har i samarbete med Polisen sammanställt en webb-utbildning riktad till poliser på olika nivåer. Utbildningen ger grundläggande kunskaper om demenssjukdomar, information om beteenden som en person med demenssjukdom kan uppvisa, och råd och tips om förhållningssätt i de situationer där tjänstgörande poliser kan möta personer med demenssjukdom.

Muséer

Från 2013 till 2015 drev Alzheimerfonden, Svenskt Demenscentrum och Demensförbundet ett projekt, *Möten med minnen*, där man utvecklade särskilda visningar riktade till personer med Alzheimersjukdom i ett tidigt stadium, deras anhöriga och vårdare. Förebild var projektet *Meet me* på Museum of Modern Art i New York.

88 muséer runt om i landet var involverade i *Möten med minnen*. Erfarenheterna redovisades i en rapport 2015. Muséerna hade visningar där några föremål presenterades för en mindre grupp med personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Demensförbundet har fortfarande en central roll i muséernas verksamheter för personer med demenssjukdom [29].

Bibliotek

Bibliotek i nio kommuner deltog 2016 i projektet *Möten med litteratur*. Projektet drevs av Demensförbundet, Svenskt Demenscentrum och Regionbiblioteket Stockholm. Aktiviteterna riktade sig till personer med demenssjukdom i ett tidigt stadium av sjukdomen som bodde kvar hemma. Syftet var att stödja biblioteken att öppna upp sin verksamhet för denna målgrupp och därmed bidra till ett demensvänligt samhälle.

De nio biblioteken arbetade med att:

- öka sin förståelse och kunskap om demenssjukdomar
- skapa lokala nätverk
- testa och genomföra olika aktiviteter för och med målgruppen

Många aktiviteter arrangerades runt om i landet via de bibliotek som deltog i projektet. Det kunde bland annat vara föreläsningar om demens, arkivfilmvisningar, besök på bibliotek och information om service för personer med demenssjukdom i samband med boklån, musik- och berättarstunder och bokcaféer.

Erfarenheter från projektet var att det kan ta lång tid att få kontakt med hemmaboende personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Det var också viktigt att knyta kontakter med de som hade vård- och omsorgskontakter med personen (anhöriga, demenssjuksköterska, undersköterska med vidareutbildning inom demens (Silviasyster) och anhörigkonsulenter).

Efter projekttiden har inget kommunövergripande utvecklingsarbete skett. Däremot bedriver de flesta av de nio biblioteken fortfarande någon form av aktivitet för personer med demenssjukdom, dock i mindre skala jämfört med under projektperioden [30].

Dagligvaruhandel

Svenskt Demenscentrum har tagit flera initiativ till att stimulera livsmedelshandeln att skapa demensvänliga miljöer. För en person med demenssjukdom kan besöket i livsmedelsbutiken vara förknippat med stress och oro. Det kan vara svårt att hitta varor och det kan vara stressigt vid kassan där koder och hantering av kontanter kan vara ett hinder.

För att skapa en god butiksmiljö även för personer med demenssjukdom har Svenskt Demenscentrum, tillsammans med Myndigheten för Delaktighet, Demensförbundet och Alzheimer Sverige utarbetat ett kunskapsstöd, "Det ska vara lätt att handla". Det innehåller en rad enkla råd för att göra det lättare att handla även för personer med kognitiv funktionsnedsättning. En informationsfilm med samma namn finns på YouTube.

För att stimulera utvecklingen av demensvänliga butiker utsåg Svenskt Demenscentrum vid två tillfällen, 2017 och 2018, "Årets mest demensvänliga butik". Projektet har avslutats, men flertalet av de butiker som gjorde förändringar inspirerade av kunskapsstödet har fortfarande fokus på kunder med kognitiv svikt.

Bostäder för personer med demenssjukdom

Boverkets undersökningar om boende för personer med demens

Boverket genomför årligen en enkätundersökning där man bland annat undersöker kommunernas tillgång på särskilda boenden för äldre och personer med funktionshinder. Enligt 2019 års undersökning kommer behovet att vara tillgodosett inom 5 år i 71 procent av Sveriges kommuner. I undersökningen finns inga specifika frågor om särskilda boenden för personer med demenssjukdom. De räknas in i antalet platser i särskilda boenden för äldre.

Enligt Boverket har ett tiotal kommuner specifika uppföljningsbara mål för antal platser i särskilda boenden för personer med demenssjukdom. Behovet har baserats på beräknat antal personer med demenssjukdom i kommunen och på förväntad efterfrågan av den här typen av boende. Flera av dessa kommuner har också planer på en utveckling av särskilda boenden för personer med demenssjukdom [31].

I några kommuner, bland andra Stockholm, Håbo, Nyköping och Valdemarsvik, finns bedömningar av behovet av särskilt boende för personer med demenssjukdom. Dessa kommuner har i regel också satt upp mål för när behoven är planerade att vara tillgodosedda. Det finns alltså tecken på att antalet platser för personer med demenssjukdom i särskilt boende är otillräckligt.

I flertalet kommuner ingår behoven hos en person med demenssjukdom i analysen av äldres behov av särskilda bostäder. 109 kommuner rapporterar i enkäten att de har ett underskott på bostäder i särskilt boende för äldre. Det är en minskning jämfört med den förra undersökningen. 75 kommuner beräknar dock att det även om 5 år finns ett underskott. 14 kommuner har biståndsbedömda trygghetsboenden. Dessa är främst avsedda för äldre med behov av stöd och hjälp i boendet, lättåtkomlig service och som behöver bryta en oönskad isolering. Kommunerna redovisar dessa boenden som avsedda för äldre och inte specifikt för personer med demenssjukdom. Boverket bedömer att det relativt låga antalet biståndsbedömda trygghetsboenden kan bero på att det är en ny boendeform.

Silviastiftelsens arbete för ordinära bostäder för personer med demenssjukdom

Silviahemmet har i samarbete med SilviaBo och Boklok utvecklat ett koncept för fullvärdiga bostäder för en person med demenssjukdom tillsammans med sin närstående. Ett syfte med boendet är att personen som har demenssjukdom kan flytta in i bostaden i ett tidigt skede av sjukdomsutvecklingen för att sedan bo kvar under resten av livet. Lägenheterna har från början en tillgänglighetsanpassning som är funktionell med tröskelfria och breda dörröppningar. Lägenheterna är också förberedda för att komplettera med ytterligare funktioner som underlättar vardagen för den boende. Konceptet är det enda i landet med inriktning på vanliga bostäder för personer med demenssjukdom.

Vidare driver Silviastiftelsen, IKEA och byggnadsföretaget BoKlok en pilotverksamhet för att skapa bostäder för personer som har en demenssjukdom. Ambitionen är att skapa bostäder som är anpassade för familjer där en

familjemedlem har en demenssjukdom. Ansvariga för projektet hoppas på sikt stimulera kommuner att bygga denna typ av bostäder som biståndsbedömda trygghetsboenden. Ett sådant boende kan ge möjlighet till kvarboende för en person med demenssjukdom. De planerade lägenheterna ska ha en väl utvecklad fysisk anpassning. Där det är möjligt, planeras att en dagverksamhet ska finnas i nära anslutning till lägenheterna.

Ett sådant försöksboende har börjat byggas nära Silviahemmets dagverksamhet i Drottningholm på Lovön, väster om Stockholm.

Boendeformer klassas som trygghetsboende

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) utgår från att lägenheter enligt konceptet från SilviaBo måste hanteras som biståndsbedömt trygghetsboende. Enligt SKR löper kommuner som erbjuder biståndsbedömt trygghetsboende för personer med demenssjukdom en dubbel risk. Om det biståndsbedömda behovet är mindre än tillgången riskerar kommunen kostnader för lägenheter som inte används. Om det å andra sidan visar sig att antalet personer som, enligt biståndsbedömningar, har behov av trygghetsbostäder överskrider tillgången, riskerar kommunen vitesförelägganden från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för icke verkställda biståndsbeslut. Med hänvisning till nuvarande lagstiftning avråder därför SKR kommuner från att satsa på biståndsbedömda trygghetsboenden.

I flera kommuner har det funnits planer på att erbjuda ett antal bostäder enligt koncept från SilviaBo. Bostäderna skulle tillhandahållas som biståndsbedömda trygghetsbostäder och skulle byggas av allmännyttan eller ett bostadsbolag. Kommunerna har dock i nuläget avstått från att fullfölja planerna eller, i några fall, lagt planerna på is. Ett eller flera av följande skäl ligger bakom kommunernas tveksamhet:

- Vid låg efterfrågan på boendeformen skulle kommunernas socialtjänst riskera att få bekosta tomma bostäder.
- Om efterfrågan blir stor riskerar kommunen å andra sidan att ha brist på denna typ av lägenheter. Sökanden som enligt biståndsbedömning har behov av en sådan lägenhet kan i så fall inte få behovet tillgodosett. Kommunen kan då riskera att få ett vitesföreläggande för ett icke verkställt beslut.
- Byggandet av bostäderna innebär merkostnader som SilviaBo uppskattar till 15% i förhållande till företagets andra bostäder. Kommunerna befärar att detta kan medföra en högre hyra som leder till en lägre efterfrågan och önskemål kan framföras om att kommunen behöver kompensera med subventioneringar.

Demensvänner

Demensförbundet har startat en verksamhet, *Demensvänner*, som syftar till att bidra till ett demensvänligt samhälle. Demensförbundet förmedlar kunskaper om demenssjukdomar till dem som anmäler sig som demensvän. Kunskaperna använder demensvännen till att uppmärksamma personer med demenssjukdom ute i samhället och ge hjälp. Det kan gälla att ge tålmodig hjälp att hitta rätt buss eller att hitta hem. I början av 2020 fanns det drygt 7000 anslutna demensvänner.

Bankväsende

Inga kända initiativ till särskild service för personer med demenssjukdom finns för närvarande.

Kollektivtrafik

Inga kända initiativ till särskild service för personer med demenssjukdom finns för närvarande.

Digitalisering och välfärdsteknik

Utveckling av digital teknik

Meddelandeblad – välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram ett meddelandeblad avseende välfärdsteknik under 2019 som riktar sig till regioner, kommuner och enskilda verksamheter enligt SoL, LSS och HSL⁴. Meddelandebladet beskriver de centrala rättsliga utgångspunkterna för välfärdsteknik och de riktar sig till kommuner, regioner eller enskilda utförare. Vidare beskrivs en översiktlig genomgång av:

- vad välfärdsteknik är
- under vilka förutsättningar välfärdsteknik kan användas
- vilka bestämmelser som gäller beroende på hur tekniken tillhandahålls
- välfärdsteknik som hjälpmedel
- välfärdsteknik som medicintekniska produkter.

I meddelandebladet lyfts frågor fram som är angelägna att beakta när det gäller välfärdsteknik för personer med nedsatt beslutsförmåga. Till exempel är det viktigt att anpassa informationen om, och erbjudandet av, välfärdstekniken utifrån den enskilda personens förmåga och förutsättningar. Det gäller i synnerhet personer vars kognitiva förmåga kan förväntas försämrats över tid.

Socialstyrelsen har i meddelandebladet tydliggjort olika exempel hur välfärdsteknik tillhandahålls och vilken lagstiftning och bestämmelse som gäller i de olika fallen. Till exempel kan det handla om hjälpmedel som förskrivs, insatser enligt SoL eller en servicetjänst för äldre.

Välfärdsteknik som insats i ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom

Socialstyrelsen har i modellen för ett standardiserat insatsförlopp framfört att de tekniska lösningar som erbjuds personer med nedsatt beslutsförmåga vid demenssjukdom kan innebära möjligheter till oberoende, men även risker i form av integritetsintrång och övervakning [7]. I rapporten lyfts aspekter fram som är viktiga att beakta specifikt när det gäller personer med demenssjukdom. Vikten av att kontinuerligt utvärdera funktionaliteten av tekniken utifrån att personens förmåga försämrats över tid.

En checklista över insatser finns med för att göra det enklare för vården och omsorgen att få en överblick när olika insatser behöver tillämpas. I checklistan finns välfärdsteknik som en av flera insatser vilket synliggör behovet hos personer med demenssjukdom och deras behov av att få del av tekniska lösningar.

⁴ Meddelandeblad Välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, art nr 2019-5-16

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

Socialstyrelsen gör årligen en undersökning av utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Resultatet av undersökningen 2019 visade att äldreomsorgen är det område där kommunerna dragit störst nytta av tekniken och att utvecklingen går snabbare än inom andra områden [32]. Ur resultaten i rapporten från 2019 framgick inte specifikt uppgifter kring målgruppen personer med demenssjukdom. Socialstyrelsen bedömde det därför angeläget att insamla uppgifter om denna målgrupp under 2020 eftersom den särskiljer sig från gruppen äldre och personer med funktionsnedsättning generellt. Personer med demenssjukdom har ofta nedsatt insikt om sina svårigheter, kan ha svårigheter att ge samtycke till insatser, samt nedsatt förmåga att hantera tekniken. Därför behövs andra rutiner och stöddokument för att se till att personer med demenssjukdom får tillgång till välfärdstekniken, att de använder den samt för att säkerställa att de inte påverkas på ett negativt sätt.

Planer och insatser för särskilda målgrupper i enkäten e-hälsa och välfärdsteknik 2020

I samband med den årliga enkäten för 2020 genomfördes kartläggningen utifrån vissa aspekter inom det demensstrategiska uppdraget [33]. Syftet var att samla kunskap om hur man i kommunerna förbereder sig när det gäller att ha styrande dokument och rutiner för personer med demenssjukdom. Frågeställningarna i enkäten gick ut till samtliga 290 kommuner. Enkäten besvarades av 248 kommuner.

Resultatet presenteras i tabell 4

Tabell 4. Frågor och svar för särskilda målgrupper

Frågor	Andel av kommunerna som svarat JA
Har kommunen styrande dokument om införande eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik för personer med demenssjukdom? (Styrande dokument kan vara i form av verksamhetsplan, handlingsplaner, strategi)	27%
Har kommunen rutiner eller stöddokument för användning av e-hälsa eller välfärdsteknik för personer med demenssjukdom? (Till exempel rutiner för samtycke)	42%
Erbjuds personer med demenssjukdom välfärdsteknik?	83%
Exempel på tjänster och produkter som erbjuds som välfärdsteknik till personer med demenssjukdom	GPS-larm, tillsynskamera, tidshjälpmedel, wifi, toweraffel, trygghetslarm, dörlarm, brandlarm kopplat till trygghetslarm, sensorer, robotkatter, virtuell cykel, larmmatör, kognitiva hjälpmedel som förskrivs t.ex elektronisk kalender, rörelselarm, användning av Ipad och VR glasögon, spis-timer, robotkatter, rökvarnarare osv.

Den riktade kartläggningen om kommunerna har styrande dokument för målgruppen personer med demenssjukdom visade att knappt var tredje kommun hade styrande dokument. Resultatet kan peka på att välfärdsteknik erbjuds men att rutiner för säkerställande av hur tekniken används, anpassas och påverkar personer med demenssjukdom tycks vara mer bristfälligt.

Statsbidrag för att investera i välfärdsteknik

Regeringen gav under 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att fördela och följa upp 350 miljoner kronor i investeringar i välfärdsteknik inom kommunal hälso- och sjukvård samt social omsorg. Stimulansmedlen syftar till att möjliggöra för kommunerna att öka investeringstakten i välfärdsteknik.

Socialstyrelsen konstaterade att fler kommuner har investerat i teknik och fått grundförutsättning för att kunna digitalisera arbetssätt, effektivisera det administrativa arbetet och förbättra arbetsmiljön för personalen. Socialstyrelsen konstaterar att det inte framkommer uppgifter om hur dessa satsningar bidragit till att tillgodose personer med demenssjukdom. Anledningen är att bidragen inte varit specifikt riktade till målgruppen.

En rapport om trygghetskameror och gps-larm i 12 kommuner

Under 2018 sammanställde Socialstyrelsen en rapport som presenterade kunskap om hur användandet av trygghetskameror och gps-larm påverkade tillvaron för de enskilda och deras anhöriga [34]. Rapporten presenterar hur tekniken påverkade personalens arbetssituation och vad det innebär organisatoriskt och ekonomiskt för kommunerna.

I rapporten framkommer hur olika tekniska lösningar kan ge trygghet och säkerhet för personen med demenssjukdom i ett tidigt skede av sjukdomen. I ett senare stadium, när förmågan förändrats, behöver de tekniska lösningarna följas upp för att säkerställa att den fortsatt fungerar tillfredsställande. I annat fall behöver uppföljning ske för att eventuellt kunna ge andra stödinsatser. Det framkommer också brister hos kommunerna när det gäller rutiner kring hur personalen kan försäkra hur personer med demenssjukdom ger samtycke till en insats med teknik. Rapporten tar upp både fördelar och nackdelar avseende välfärdstekniken, etiska aspekter, hantering av samtycke, anhöriga osv, sådant som är viktigt att beakta när det gäller målgruppen personer med demenssjukdom. Inom ramen för det strategiska uppdraget konstateras viktiga aspekter som påverkar införande och implementering av välfärdsteknik för personer med demenssjukdom.

Forskningsartiklar kring välfärdsteknik och en summering av de etiska aspekterna

Socialstyrelsen har gjort en sökning på forskningsartiklar och systematiska forskningsöversikter publicerade 2017 och 2018 och som gäller välfärdsteknik samt informations- och kommunikationsteknik (IKT) [35]. Den visar att det pågår internationell forskning inom området. En summering togs fram som kan ge stöd genom att visa hur forskare resonerat kring risker och möjligheter med välfärdsteknik. Summeringen vänder sig i första hand till chefer i kommuner, företag och ideella organisationer men även politiska beslutsfattare med flera, och bland annat summeras de etiska aspekterna där vissa delar berör personer med demenssjukdom.

Dagverksamhet för personer med demenssjukdomen vägledning

I den vägledning för dagverksamhet för personer med demenssjukdom som myndigheten tagit fram 2020 har området välfärdsteknik berörts. Vägledningen har synliggjort behovet av att personalen i dagverksamheten får kunskaper inom området välfärdsteknik så att de kan påverka att personer med demenssjukdom och dennes närstående får del av stödet i större omfattning [8].

I rapporten betonas värdet av att personen med demenssjukdom, anhöriga, och personalen vid dagverksamheten behöver få tidig och kontinuerlig information om vilka hjälpmedel, produkter och välfärdsteknik som kan vara lämpliga beroende på personens sjukdomsstadier och förmåga. De kan också behöva information vad och var de ska söka för att få tillgång till stödet.

Nordens välfärdscenter

Nordens välfärdscenter har under 2019 publicerat en rapport, Vård och omsorg på distans. Rapporten tar upp 24 olika praktiska exempel från Norden [36].

I rapporten framkommer att flera kommuner i Norge har erbjudit positioneringsteknik som en del av sin rehabiliteringsverksamhet. Medverkade gjorde 19 kommuner, som i projektet testade och utarbetade en servicemodell för hur kommunerna kan använda GPS för personer med demens. Resultatet visar att cirka 70 procent av användarna som diagnostiserats med demenssjukdom eller kognitiva nedsättningar i en kommun, inte behövde avledas eller hindras av anhöriga eller personal från att kunna gå ut.

Utredning om välfärdsteknik i äldreomsorgen

Under 2018 beslutade regeringen att ge i uppdrag till en särskild utredare att se över och lämna förslag på åtgärder som kan främja införandet av välfärdsteknik. Syftet är att förbättra förutsättningarna för verksamheterna och personalen inom äldreomsorgen att bättre ta tillvara potentialen i att använda välfärdsteknik. Förslagen skulle gälla adekvat stöd, kunskap och förbättrande förutsättningar för personalen, rättsliga förutsättningar för användning, förbättrad samverkan, nationellt stöd och myndigheternas roll. En central fråga i utredningen är i vilken utsträckning välfärdsteknik kan användas i vård och omsorg av äldre med nedsatt beslutsförmåga. Det finns oklarheter i lagstiftningen om på vilket sätt personer med nedsatt beslutsförmåga kan erbjudas tjänster med hjälp av välfärdsteknik.

Målgruppen äldre som riskerar och kommer att få nedsatt beslutsförmåga kommer att utgöra en betydande del i samhället. Kunskap om viktiga faktorer för denna målgrupp behöver särskilt följas upp för att säkerställa att insatser och uppföljning av välfärdstekniken anpassas till målgruppens behov och förutsättningar. Enligt utredningen ska välfärdsteknik användas på ett sätt som stärker den enskildes självständighet och livskvalitet. Användningen ska också avlasta personal och modernisera verksamheten så att personalen får

förbättrade förutsättningar i omsorgsarbetet. För att stärka användning av välfärdsteknik har utredaren lämnat förslag på sådana åtgärder.

Utredningen⁵ om välfärdsteknik i äldreomsorgen föreslår olika åtgärder för att öka användningen av välfärdsteknik. Utredningen har särskilt sett över vilka lagar som gäller vid erbjudandet av välfärdsteknik till personer som har svårt att förstå vad som menas med tekniken. Utredningen föreslår ändringar i lagstiftningen som ska möjliggöra användningen av välfärdsteknik även för personer som har nedsatt beslutsförmåga. Vidare har utredningen har undersökt hur välfärdsteknik kan göra det mer populärt att arbeta i äldreomsorgen och lämnat förslag på hur alla som arbetar med äldreomsorg kan samarbeta för att bli bättre på att använda välfärdsteknik.

Inspektionen för vård och omsorg - IVO

2019 och 2020 genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillsyn av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Syftet var att fördjupa kunskapen om viktiga faktorer och eventuella risker som påverkar användarnas situation när välfärdsteknik används inom äldreomsorgen [37]. IVO konstaterade att införandet av välfärdsteknik går relativt långsamt, men att både de enskilda och personal i många fall är positiva till användningen [38]. Tillsynen visade att som ett resultat av den ökade digitaliseringen kan invånare söka vård digitalt genom så kallade digitala eller digifysiska vårdmöten.

Vidare framgick att digitaliseringen innebär möjligheter att använda nya digitala verktyg och arbetssätt med hjälp av välfärdsteknik. Det kan bidra till att utveckla både hemsjukvården och omsorgen, men sannolikt även skapa nya risker. Granskningen visade att vårdgivarna är medvetna och tar hänsyn till de särskilda förutsättningar och risker som finns när vården och omsorgen ges digitalt. Slutsatsen är att det finns förutsättningar för att vården ska kunna vara patientsäker.

IVO har också sett att vårdgivare som erbjuder digital vård inom primärvården hänvisar patienterna till fysisk vård när det så behövs. Hur den digitala primärvården kompletterar den fysiska vården påverkar både primärvårdens tillgänglighet och arbetssätt. Det gäller både renodlat digitala vårdgivare och den ökande andelen vårdgivare som ger vård via både digital och fysiska möten. Detta ger stora möjligheter till bättre tillgänglighet, men ställer också frågor om hur kontinuitet, informationsdelning och sammanhållen vård kan uppnås. Den digitala omställningen inom vård och omsorg är något IVO kommer att följa [38].

I IVOs rapport [38] framkommer att allt fler i omsorgen använder medicintekniska produkter. Det rör sig om klassiska hjälpmedel som rullstolar till nyare produkter som larmmattor och andra produkter som innehåller digital teknik. IVO har sett att produkter ibland används till annat ändamål än det är avsett för. Det beror ibland på att personalen som använder produkterna inte alltid känner till hur de ska hantera produkten patientsäkert. IVO ser också att en ökad användning i hemmiljön kan leda till ökade risker för patienterna.

⁵ SOU 2020:14

Kommunals undersökning visar att var femte medarbetare inom omsorgen anser att de inte får tillräcklig utbildning om hur hjälpmedel ska användas [39].

IVOs slutsats är att digitaliseringen skapar både möjligheter och risker. För att kunna möta befolkningens förväntningar och behov av vård och omsorg behöver digitaliseringens möjligheter tas tillvara på bästa sätt. Digitaliseringen kan bidra till ökad kvalitet och säkerhet, om vården och omsorgen använder den på rätt sätt. Digitaliseringen kan också ge upphov till nya risker, som vården och omsorgen måste förebygga och hantera.

I IVOs rapport framgår inte hur personer med nedsatt kognitiv förmåga, såsom demens, påverkats av digitalisering kring digitala möten eller möjligheter att söka vård digitalt.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har på uppdrag av regeringen analyserat hur en ökad användning av välfärdsteknik påverkar brukare, personal, närstående och omsorgens organisation i både äldreomsorgen och verksamheter för personer med funktionsnedsättning.

I rapporten framkommer att det finns tre områden som särskilt påverkas för att effektivt tillvarata nyttan av välfärdsteknik; förstärkt personcentrering, kunskapsstöd och kunskapsstyrning samt arbetsmiljöarbete [40]. Det innebär att tekniken behöver vara individanpassad utifrån personens behov och förmåga. Kommunerna behöver metodstöd som stöd för att analysera och utvärdera tekniken. Vikten att arbetsmiljöperspektivet ingår i utvärderingar framhålls som ett område som berör nyttan av välfärdsteknik. Fortsatt stöd behövs inom kunskapsutveckling inom välfärdsteknik samt med jämlik tillgång till infrastruktur som bredbandsuppkoppling och mobiltäckning.

Kommunerna behöver fortsatt bedriva arbetet med välfärdsteknik som en integrerad del av verksamhetsutvecklingen. Vid upphandling, utveckling och användning av välfärdsteknik bör fokus ligga på behov och funktion snarare än på tekniken i sig [40]. Kommunerna behöver ställa grundläggande frågor om vilka problem som finns och som behöver lösas både utifrån brukarens, närståendes och personalens perspektiv [40]. Det betyder att personer med demenssjukdom behöver beaktas och följas upp eftersom sjukdomens förändras över tid.

Funktionsperspektivet är särskilt viktigt inom ett område där teknikutvecklingen går snabbt, för att undvika att tekniken inte är ändamålsenlig och anpassad utifrån brukarnas och personalens behov. Att tänka i termer av behov och funktioner gäller för hur själva omsorgstjänsten kan förbättras, liksom för hur arbetsmiljön inom omsorgen kan stärkas. Vilken effekt en digital teknik får beror också på individens förutsättningar. Gruppen som är aktuell för insatser med välfärdsteknik är heterogen, och en funktionsnedsättning kan vara både kognitiv och fysisk.

Socialstyrelsens förslag

I Socialstyrelsens plan för uppdraget ⁶, ingår att ge förslag på nya områden som behöver hanteras ur ett långsiktigt och strategiskt perspektiv eller på områden som behöver stödjas genom nya nationella satsningar. Omvärldsbevakningen har identifierat området munhälsa och demens som ett nytt område som behöver hanteras ur ett långsiktigt och strategiskt perspektiv. Vidare har omvärldsbevakningen visat att ett område som behöver stödjas genom en ny nationell satsning är att hålla en informationskampanj om demenssjukdom. Detta dels utifrån nationella behov, dels med anledning av WHO:s globala demensplan där ett mål är att samtliga länder har genomfört en nationell informationskampanj om demens fram till år 2025 [26].

I det följande beskrivs dessa båda områden.

⁶ Socialstyrelsens plan för att följa upp och långsiktigt hantera strategiska frågor inom ramen för den nationella demensstrategin 2018.

Munhälsa och demens

Tandhälsan har utvecklats i positiv riktning i Sverige och andelen helt tandlösa har minskat och antalet kvarvarande tänder ökat hos äldre personer (Statistik om tandhälsa 2019). Kunskapen om munhälsans betydelse för hälsa och välbefinnande har en lång historia och har aktualiserats vid många sjukdomsförlopp. En bibehållen munhälsa har fått ökad betydelse när funktionsförmågan påverkas av ålder och sjukdom.

Definition av munhälsa

Munhälsa är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av sjukdom [41, 42].

Munhälsans betydelse

Brister i munhälsa är ett globalt hälsoproblem [43, 44]. Att behålla en god munhälsa med stigande ålder, ofta tillsammans med funktionsnedsättning, är en förutsättning för allmänt välbefinnande, integritet och självbestämmande. Basala behov för ett hälsosamt liv som att kunna äta, dricka, tugga, tala och vara fri från smärta i munnen främjas av en god munhälsa. Munhälsan påverkar också möjligheter till sociala interaktioner, vilka vård- och omsorgsinsatser som krävs och underlättar vård- och omsorgsinsatser. På detta sätt är munhälsan starkt förknippad med en allmänt god hälsa. Funktionsnedsättning, oral motorik, läkemedel och kosten påverkar både förmåga och förutsättningar att upprätthålla en god hälsa. Hur en försämrad munhälsa kan öka risken för lunginflammation, diabetes och hjärt- kärlsjukdom finns beskrivna och är områden med stort behov av kunskapsutveckling.

Bättre tandhälsa hos äldre – en stor utmaning för tandvård, socialtjänst och hälso- och sjukvård

Paradoxalt nog ger den förbättrade tandhälsan i befolkningen en ökad risk för karies och tandlossning när den allmänna hälsan och förmågan till egenvård sviktar. Demens och kognitiva funktionsnedsättningar är exempel där risken för försämrad munhälsa ökar. Situationen för 20-30 år sedan var annorlunda och många hade få kvarvarande tänder eller saknade helt egna tänder vid en demensdiagnos.

Idag ersätts tandförluster i allt mindre grad av avtagbara proteser och ofta väljs avancerade festsittande konstruktioner, däribland implantat [45]. Dessa ersättningar ställer mycket höga krav på både god egenvård och en regelbunden förebyggande tandvård. Omsorgen om äldre har också förändrats, till en situation med allt fler som trots stort omsorgsberoende bor kvar i sina bostäder med hjälp från hemtjänst. Personer som lever med demens i eget boende kan ha svårt att bibehålla regelbunden kontakt med tandvård och svårigheter att upprätthålla en adekvat egenvård vilket ökar behovet av stöd från anhöriga eller vård- och omsorgspersonal. En fungerande samverkan i vård och

tandvård saknas många gånger trots att kunskapen om sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa är väl etablerad [46, 47]. Marknaden har fler privata aktörer i kommuner och regioner och styrs av upphandlingar och fritt vårdval. Det finns ett ökat behov av kunskaper om munhälsa och munvård hos den personal som ansvarar för vård- och omsorg.

Socialstyrelsen har för närvarande ett pågående arbete för att öka kunskaperna om munhälsa och munvård för personal inom vård- och omsorg. Under 2020 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en webbutbildning i munvård till vård- och omsorgspersonal. I uppdraget ska Socialstyrelsen utveckla en webbaserad utbildning i munhälsa och munvård. Utbildningen ska omfatta kunskap för att identifiera ohälsa och problem i munnen samt ge kunskap om hur vård- och omsorgspersonal kan ge munvård till personer med särskilda behov och sjukdomstillstånd. En målgrupp är personalen som arbetar inom vård- och omsorg till personer med demenssjukdom. Uppdraget ska redovisas första mars 2021.

Personer med demenssjukdom är identifierad som en särskilt utsatt grupp där munhälsan riskerar att försämrast. Risker för bristande munhälsa ökar redan tidigt i sjukdomen och utan relevanta insatser under hela sjukdomsförloppet kan irreversibla skador snabbt uppstå som kan medföra smärta, tandförluster och försämrad funktion. En särskild utmaning är att på ett tidigt stadium upptäcka och förebygga dålig munhälsa hos personer som diagnostiserats med en demenssjukdom.

Socialstyrelsen har under 2020 också fått i uppdrag av regeringen att ta fram och sprida ett stöd till relevanta verksamheter med syfte att främja insatser för en god munhälsa för personer med demenssjukdom. Uppdraget omfattar personer som bor såväl ordinärt boende som i särskilt boende. Socialstyrelsen ska redovisa uppdraget senast den 1 juni 2021.

Tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen

Det har gått 20 år sedan det särskilda tandvårdsstödet med uppsökande⁷ och nödvändig tandvård⁸ för långvarigt omsorgsberoende personer trädde i kraft. Regionerna ansvarar för denna tandvård och utbildningen i munvård och munhälsa till vård- och omsorgspersonal. Personer med demensdiagnos är en av målgrupperna för tandvårdsstödet. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård är en unik reform som inte har sin motsvarighet någon annanstans i världen. Reformens syfte var att förbättra munhälsan hos de äldre med stora omvårdnadsbehov och med 20 års uppföljning är frågan om syftet uppnått: Att förbättra förmågan att äta och tala, eliminera smärta och sjukliga förändringar i munhålan.

Socialstyrelsens utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget konstaterade att det finns stora svårigheter att tillämpa regelverket i förordningen. Socialstyrelsens bedömning är att tandvårdsförordningen behöver ses över och re-

⁷ 8 § tandvårdsförordningen (1998:1338)

⁸ 9 § tandvårdsförordningen (1998:1338)

videras för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård [48]. Regeringen tog beslut 9 januari 2020 om ett tilläggsdirektiv till utredningen om jämlik tandhälsa (S 2018:02). Uppdraget till utredningen utvidgas därmed till att också utreda och föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Där ingår personer som lever med en demensdiagnos.

Personer med demens riskerar att tappa kontakten med tandvården

Det finns flera skäl till varför tandvårdskontakterna minskar med stigande ålder men en fastställd orsak är en demensdiagnos [49]. Här ses redan innan diagnosen sätts, att kontakterna minskar och tandhälsan försämras. Demens, eller kognitiva funktionshinder, är också en vanlig orsak till att plats på särskilt boende beviljas.

Studeras de äldres tandvårdsutnyttjande, ses ett mönster som består i att personer över 80 års ålder tenderar förlora sina regelbundna tandvårdskontakter och inte möta tandvården förrän flera år senare när omsorgsberoendet blivit så stort att man blivit berättigad till det särskilda tandvårdsstödet. Detta antas följa ett mönster av tilltagande skörhet och riskerar att bli en ond cirkel där den bristande munhälsan också bidrar till den allmänna ohälsan.

I en pågående studie med samtliga individer 65 år och äldre i Västra Götalandsregionen som fått tandvård av Folktandvården eller en privat vårdgivare inom hemtandvård, ses att många äldre successivt förlorar sina kontakter med Folktandvården. Därefter kan det dröja flera år innan samma individer återfinns i SkaPa⁹ registret. De har då blivit så omsorgsberoende att det berättigar till nödvändig tandvård. De är också i behov av hemtandvård då de har svårt att klara transport till en tandvårdsklinik. Under denna period har tandvårdsbehovet ökat avsevärt (In manus: Sjögren P, Wårdh I, Zimmerman M, Gahnberg L).

Åtgärder när en person uteblir eller skjuter upp en planerad tandvårdskontakt

Vuxna patienter kallas traditionellt till tandläkarundersökning i individuellt satta intervall, beroende av risk för ohälsa i munnen. I de fall patienten inte hörsammar kallelsen upprepas den vid ett antal tillfällen innan patienten markeras i journalen som "hör av sig själv". Folktandvården i Halland observerade att sköra äldre markerades som "hör av sig själv" i stor utsträckning och tog fram en klinikutin med målsättning att hindra förlorade kontakter hos äldre personer. Idag arbetar majoriteten av Folktandvårdsorganisationerna målinriktat med särskilda kallelserutiner för äldre [44]. En stor del av den äldre befolkningen går dock regelbundet till privat tandvård (Fig. 1). I en undersökning av offentlig och privat tandvård från Uppsala hamnade var fjärde person över 75 år utanför tandvårdens kallelsesystem både hos Folktandvården och privat. Detta resulterade i att Folktandvården Uppsala utsåg äldreombud vid samtliga 21 tandvårdskliniker. Ombuden har ansvar för att

⁹ SKaPa, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

bevaka äldre personer som lämnar återbud till tandvården. Vikten av regelbundna tandvårdskontakter och rutiner för att fånga upp sköra äldre som av olika anledningar får svårare med tandvårdsbesöken kommer att få ökad betydelse i framtiden. Sköra äldre har ett ökat behov av regelbunden tandvård med fler egna tänder, fastsittande tandersättningar och en längre tid med kroniska sjukdomar.

Till viss del har de uteblivna tandvårdskontakterna kompensats av hemtandvård som numera är en etablerad vårdform. Det är dock fler på särskilt boende som fått ta del av denna service än de som bor kvar i sin ursprungliga bostad. Hemtandvård har mest utgjorts av konsultation och reparativ tandvård men den senaste tiden har visat på mer profylaktiskt inriktad mun- och tandvård, vilket är ett lämpligt område för hemtandvård. Det är främst denna typ av behandlingar som de äldre inte prioriterar för ett klinikbesök. Förbättrad munhygien har visat sig minska antalet lunginflammationer som kan uppstå hos sköra personer med ineffektiv sväljfunktion (dysfagi). Effekten ses främst när munvården utförs av tandvårdspersonal, vilket motiverar behovet av sådan verksamhet [50].

Samverkan kring äldres munhälsa får ökad betydelse

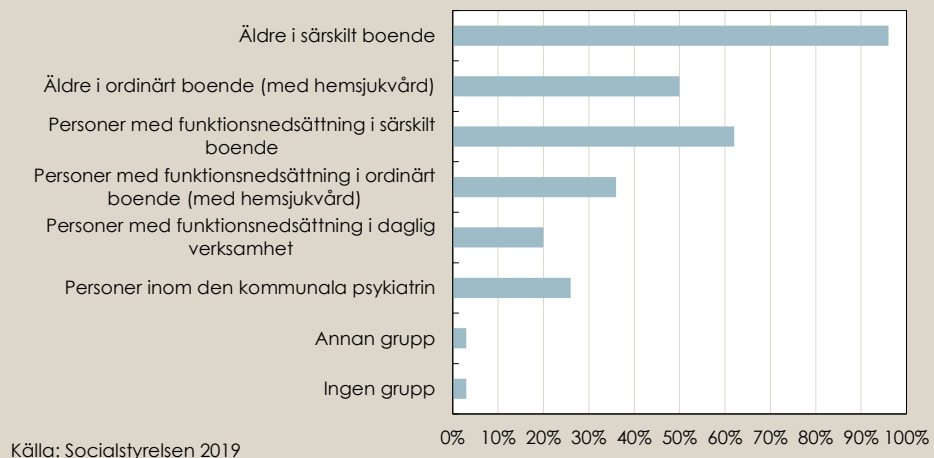
När den äldre går från oberoende till ett beroende av stöd för att upprätthålla hälsa och välbefinnande har ofta både allmänt status och tandstatus nått ett stadium när det inte går att utföra så mycket tandbehandling. Det särskilda tandvårdsstödet uppsökande och nödvändig tandvård når främst de omsorgsberoende äldre i särskilt boende och i mindre grad de som bor kvar hemma med hjälp av hemtjänst och anhöriga. Detta trots att vårdformer i eget boende alltmer prioriteras och antalet platser i särskilda boenden minskar. Det finns risk att tandvården blir ojämnt och orättvist fördelad [48]. Sveriges Tandläkarförbund påtalar också vikten av samverkan kring äldres munhälsa och identifierar sköra äldre som en viktig målgrupp där munhälsan bör aktualiseras inom alla vårdprofessioner [51].

Socialstyrelsen genomförde nyligen en kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård där äldre personers behov av samverkan särskilt belystes. Inom den kommunala hälso- och sjukvården förekommer samverkan med tandvård kring den äldre patienten i större utsträckning än andra sektorer av hälso- och sjukvården. Den kommunala hälso- och sjukvården upplever att samverkan fungerar väl för äldre som bor på särskilda boenden men sämre när det gäller äldre som bor i ordinärt boende (Fig 1). Vikten av en god samverkan illustrerades i rapporten av en tandhygienist som är verksam i uppsökande verksamhet. Hon beskriver en stor frustration när samverkan inte fungerar eftersom det påverkar äldres munhälsa så kraftigt [46].

- Ofta kommer tandvården in alltför sent, för kunskapen och förståelsen för munhälsans betydelse upplevs som liten och svår att omsätta i praktiken.

Figur 1. Målgrupper i kommunal hälso- och sjukvård där samverkan med tandvården fungerar väl. N = 153

Andelar i procent. Det går att ange flera svarsalternativ.



Under den period som tandvårdskontakterna minskar, ökar oftast kontakterna med andra vård- och omsorgsprofessioner. Det nationella kvalitetsregistret Senior Alert, ett verktyg för att stödja vårdprevention och identifiera personer, minst 65 år, med risk för undernäring, fall, trycksår och inkontinens, inkluderar också munhälsa [52]. Risk för ohälsa i munnen bedöms med instrumentet ROAG-J för att tidigt upptäcka äldre i riskzonen för ohälsa i munnen [53]. Bedömningarna görs idag främst på särskilda boenden där personalen regelbundet erbjuds utbildning i munhälsa men det är önskvärt att fler bedömningar görs både inom primärvård och slutenvård däribland akutmottagningar [46, 54].

Ett tillstånd där munhälsan ofta försummas som tänkbar orsak, är då äldre personer lider av undernäring. Det finns många förklaringar till att munhälsa och undernäring påverkar varandra, åt båda håll. En bristande kosthållning ökar risken för kariesutveckling samtidigt som munslemhinnans hälsa och tandstatus påverkar förmågan att äta. Möjligheten att sköta t.ex. den dagliga munhygien kan påverkas av ett generellt försämrat tillstånd såsom försämrad motorik eller kognitiv förmåga.

Att identifiera nutritionsrelaterade problem kan initialt göras med en riskbedömning av personens näringstillstånd. Riskbedömningen visar om en patients näringstillstånd och bakomliggande orsaker behöver utredas vidare så att förebyggande åtgärder kan sättas in för att undvika att tillståndet utvecklas till undernäring. En samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvården kan många gånger vara nödvändig. Tre enkla faktorer att beakta hos den äldre har visat sig peka på risk för undernäring:

Oavsiktlig viktförlust (tecken på negativ energibalans)

Ätsvårigheter, t.ex. aptitlöshet eller tugg- och sväljproblem

Undervikt, dvs. body mass index (BMI) är mindre än 20 kg/m² (för patienter under 70 år) eller BMI är mindre än 22 kg/m² (för patienter 70 år och äldre).

Om den bedömda individen uppvisar något av de tre tillstånden finns det anledning för hälso- och sjukvården att föreslå en utredning av personens näringstillstånd. Försämrat mun- och tandstatus och tugg- eller sväljningssvårigheter är några av de faktorer som då behöver ingå i utredningen [55].

På olika vårdprofessioners grundutbildningsprogram undervisas munhälsa endast i mindre utsträckning [47, 56]. Remissgången mellan sjuk- och tandvård är också många gånger oklar och trots remiss är patienten betalningskyldig till tandvården om rätten till tandvårdsstöd för tandvårdskostnader inte klarlagts innan remissen skickats. Kunskapen om tandvårdsstöden är också bristfällig hos hälso- och sjukvården. Detta har identifierats som ett av hindren för samverkan mellan domänerna.

Vårdplaneringsmötet vid en utskrivning är ett lämpligt tillfälle att undersöka om den äldre är berättigad till särskilt tandvårdsstöd och tillse att munvård poängteras i den dagliga omsorgen. Nu får oftast munvård ingå i allmän hygien och med dagens komplicerade munstatus hos de äldre med egna tänder och avancerade tandersättningar, är detta en tidsödande aktivitet som kräver både anpassade munvårdshjälpmedel och särskild kunskap och färdigheter.

Sjukdomspanorama

Munsjukdomar hos äldre personer anses som ett globalt folkhälsoproblem [57]. Med stigande ålder ökar risken att få karies, främst rotkaries. Rotytorna blottläggs då tandköttet drar sig tillbaka – ett åldersfenomen - och rotcementet är mindre motståndskraftigt än emaljen. Är personen ifråga också muntorr, vilket ofta är fallet, minskar salivens skydd. Muntorrhet hos äldre är främst läkemedelsorsakad men bara en del förskrivare informerar sina patienter om att tänderna kan ta skada och rekommenderar tandvårdsbesök.

Parodontit, eller tandlossning, är en mer komplicerad process där individens immunförsvar spelar en avgörande roll. Det är en kronisk icke smittsam sjukdom som delar riskfaktorer och sociala bestämningsfaktorer med andra icke smittsamma sjukdomar såsom diabetes, hypertoni, hjärt- kärlsjukdom och cancer. Har man inte fått parodontit innan medelåldern, är det inte troligt att sjukdomen kommer i högre ålder. Däremot kan en redan existerande sjukdom som hållits under kontroll med god munhygien och regelbunden tandvård, blomma upp på nytt när förmågan till egenvård och tandvårdsbesök avtar.

Äldre personer med diabetes och tandlossning är en särskilt utsatt grupp där behov av samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård är stor. Båda tillstånden ökar i omfattning hos äldre och har ett bidirektionellt förhållande där personer med diabetes har tre gånger högre risk att utveckla tandlossningssjukdom och personer med tandlossning har högre risk att utveckla diabetes. European Federation of Peridontology har tagit fram informationsmaterial till tandvårdspersonal som också översatts till svenska. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tidigare tagit fram liknande information till både tandvårdspersonal och patienter. Informationsmaterial till hälso- och sjukvårdspersonal saknas dock men Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för diabetesvård rekommenderar att patienter bör ha kontakt med tandvården vid risk för tandlossningssjukdom [58].

Utvecklingsområden och framtidsscenario

Behovet av ökad samverkan är ständigt aktuell men med den framtida utvecklingen av hälso- och sjukvården mot en nära vård med större fokus på primärvårdens roll som spindel i nätet kommer samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård få en allt större betydelse för personer med demens och kognitiv funktionsnedsättning.

Utvecklingen av välfärdsteknik som stöd för tandvård, hälso- och sjukvård och socialtjänst att bibehålla och förbättra munhälsa hos omsorgsberoende äldre är ett utvecklingsområde som ännu är oprövat. Frågor om etik och informationsöverföring kan vara hinder som behöver utredas eftersom verksamheterna styrs av olika lagrum. För individen och anhöriga kan välfärdstekniken bidra till ökad trygghet, säkerhet och självständighet. Professionen kan uppleva mindre stress och verksamhetens effektivitet kan öka [35].

Den ökade risken för försämrad munhälsa hos personer med demens behöver åtgärder från många aktörer i samverkan. Största behovet finns hos personer som bor kvar hemma med stöd av hemtjänst. Både inom offentlig och privat tandvård finns verksamheter som erbjuder tandvårdsbesök i hemmiljö, detta kallas oftast för hemtandvård eller mobil verksamhet. Man behöver särskilja mobil verksamhet från den uppsökande verksamheten som alltid utförs i personens hemmiljö. Tandvårdens uppsökande verksamhet har svårare att nå ut till personer i eget boende och vid behov av nödvändig tandvård kan det vara svårt med transport till tandkliniken och insatser i mobil tandvård i hemmiljö är begränsade. Utbildning i munhälsa och munvård är svårare att genomföra för personalen inom hemtjänsten. Det är också stora variationer i hur regionerna lyckas nå ut med uppsökande och nödvändig tandvård för personer i eget boende.

Utvecklingsområden som identifierats i en nationell enkätstudie om äldre tandvård omfattar patientnära projekt, samverkansprojekt, utbildning och verksamhetsutveckling. Utbildningsinsatser till vårdpersonal behöver effektiviseras och utvärderas. Idag finns ett kunskapsgap avseende utbildningarnas effektivitet och långsiktiga effekt. Deltagande i nationella nätverk inom äldretandvård bidrar till utvecklingen av nya initiativ för att förbättra munhälsan. Exempel på verksamhetsutveckling är utbildning i att möta patienter med kognitiv svikt, till exempel genom att bli demensvän.

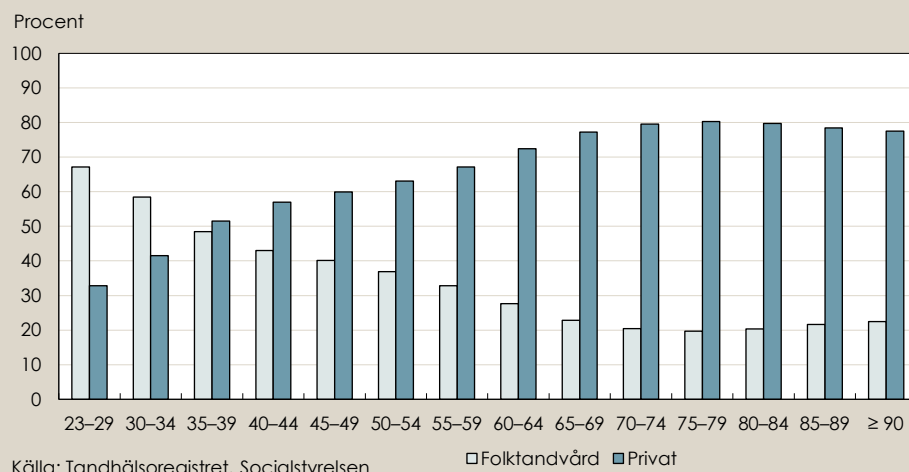
Personer mellan 60-80 års ålder besöker tandvård i högst grad jämfört med andra åldersgrupper och konsumerar stor andel av den tandvård som ges i landet inom det statliga tandvårdsstödet. Detta innebär att tandvårdsdomänen har en stor kontaktyta till en del av befolkningen som har risk att få en demensdiagnos. Kunskapen inom tandvården om demenssjukdom kan öka och på så vis bidra till tidig diagnos och behandling.

Dagens situation där många äldre får sin tandvård av privata tandvårdsgivare, inom det statliga tandvårdsstödet (Fig 2) och omsorgsberoende personer som får sin tandvård inom det regionala tandvårdsstödet (Fig 3), förändras troligen. Kommande generationer har sedan unga år vana av offentlig tandvård eller större tandvårdskedjor i privat regi. Tandhygienisten blir kanske den första kontaktpersonen i tandvårdsteamet men kontakterna mellan enskild behandlare och patient kanske blir mindre regelbundna. Det finns

också begränsad kunskap om hur de äldre själva ser på sin munhälsa och tandvård och vad som prioriteras. Mun- och tandhälsa behöver ses som en allmän hälsofråga och stödsystemen för tandvård och munhälsa kan behöva revideras för att underlätta samarbetet mellan tandvård och hälso- och sjukvård och styra mot en kunskapsbaserad, jämlik och effektiv tandvård.

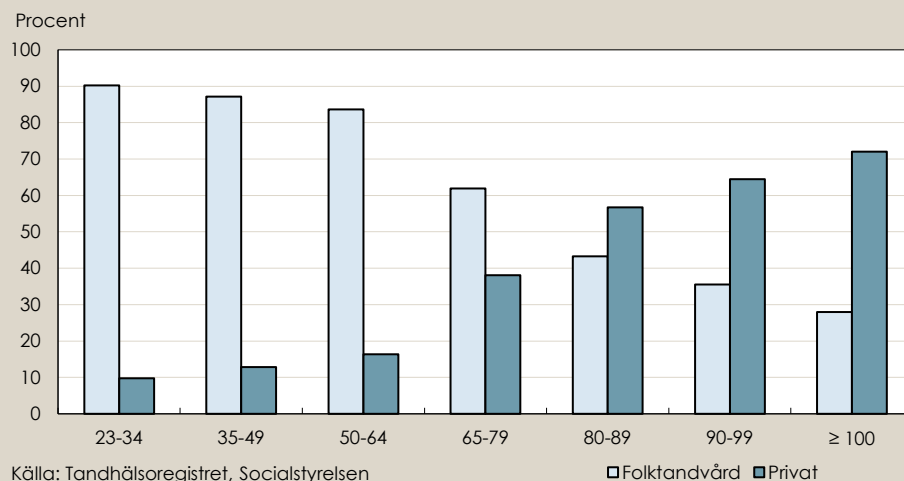
Figur 2. Tandvård inom det statliga tandvårdsstödet

Procentuell (%) fördelning av vårdgivarkategori för senaste basundersökningen 2018, efter ålder.



Figur 3. Tandvård inom det regionala tandvårdsstödet

Procentuell (%) fördelning av vårdgivarkategori för tandvårdsbesök inom nödvändig tandvård 2018, efter ålder.



Idag finns en generation av unga personer som till stora delar vuxit upp utan tandproblem – undantaget behov av tandreglering eller behandling vid olika trauma – och vi vet inte hur tandvårdsmedvetna de kommer att vara. En god tandhälsa i hög ålder är ett kvitto på att individen ända sedan unga år tagit väl hand om sina tänder och varit huvudsakligen frisk.

Den svenska befolkningen utgörs idag också av en växande grupp med annan etnisk bakgrund än svensk. De äldre i den gruppen har inte haft samma möjligheter till tandvård som i Sverige. Många söker tandvård endast vid akuta problem och har aldrig vant sig vid ett förebyggande tänkande runt tandhälsa med ansvar för egenvård, kostmedvetenhet och regelbundna tandvårdskontakter. Det svenska tandvårdssystemet har skapat ett förhållningssätt till mun- och tandhälsa som inte är självklart hos alla.

Uppgiften att ombesörja det ökande tandvårdsbehovet hos personer med demens och kognitiva funktionsnedsättningar förutsätter en utveckling av nya rutiner, prioriteringar, former för samverkan, vårdprogram och offentligt finansierade tandvårdsstöd som bygger på bästa tillgängliga kunskap.

Vikten av en nationell informationskampanj om demenssjukdomar

Bristande basala kunskaper om demenssjukdomar är ett återkommande problem både hos professioner i välfärdsverksamheterna som arbetar med personer med demenssjukdom och hos allmänheten. Kunskapsbrist i primärvården kan exempelvis bidra till att demenssjukdom inte upptäcks. Otillräckliga kunskaper bland personalen i särskilt boende kan medföra att en person med demens inte får den vård och omsorg som hen behöver.

I WHO:s globala demensplan ingår ett mål att samtliga länder har genomfört en nationell informationskampanj om demens fram till år 2025 [24]. För att genomföra en sådan kampanj i Sverige kan många av de initiativ som redan tagits för ett demensvänligt samhälle användas eller utvecklas.

Norden

I de nordiska länder som har fastställt nationella strategier för demenssjukdomar spelar informationen till medborgarna en viktig roll.

I Norge har man gjort ett antal informationskampanjer riktade till avgränsade målgrupper. 2020 planeras en ny nationell informationskampanj. Vid den föregående kampanjen riktade man sig direkt till allmänheten. Det visade sig då dock att bland annat primärvården inte hade tillräckliga erfarenheter eller resurser att möta det behov som uppstod i och med att allmänheten uppmärksammades på exempelvis behovet av utredning vid misstänkt demenssjukdom. Till den nya kampanjen har man dragit lärdom av detta och riktar sig först selektivt till professionen, och i nästa steg till allmänheten.

I Danmark och Finland är informationsarbetet mer selektivt. Den danska Alzheimerföreningen bedriver ett informationsarbete med inriktning på frivilliga i projektet *Demensvänner*. Ett liknande projekt drivs i Norge. Också i Finland är det frivilligorganisationer som genomför informationen till allmänheten. Alzheimer Centralförbundet har expert- och stödcentraler i varje landskap. Även andra frivilligorganisationer bedriver informationsarbete.

En nationell kampanj i Sverige för informations- och kunskapsspridning om demenssjukdomar

Personalens kunskaper och kompetens har stor betydelse för möjligheterna att bedriva en god vård och omsorg för personer med demenssjukdom [57]. I sjukvårdens och socialtjänstens alla yrkeskategorier finns bristande kunskaper om behoven hos personer med demenssjukdomar. I de grundutbildningar för vårdyrken som ges på högskolenivå förmedlas kunskaper i geriatrik/gerontologi som är otillräckliga för att möta behovet av kompetens [6].

Socialstyrelsen konstaterar att det behövs ett mer utvecklat kunskapsstöd till den kommunala vården och omsorgen för att främja en mer jämlik vård

och omsorg [6]. Inom baspersonalen i äldreomsorgen (särskilt boende och hemtjänst) saknar 30-40 procent grundläggande utbildning motsvarande gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram [6].

Det relativt begränsade antalet aktiviteter med inriktning på ett demensvänligt samhälle tyder på att det även i civilsamhället finns begränsad uppmärksamhet på demenssjukdomarnas omfattning och vilka behov en person med demenssjukdom kan ha.

Sammantaget gör detta att Socialstyrelsen anser att det finns goda skäl att det genomförs en bred nationell kampanj för att förbättra kunskaperna om demenssjukdomar. Behovet har också kommit fram i problematiken kring arbetet med att hindra smittspridning och bedriva vård under covid-19 pandemin. Lärdomar inför en nationell kampanj har kunnat dras från Norges tidigare nationella kampanjer. En kampanj bör främst riktas mot allmänheten och mot professioner som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom. Huvudsakligt syfte är att stödja en utveckling mot ett demensvänligt samhälle, och det är därför lämpligt att de aktörer som redan har kunskap om och pågående projekt för utvecklingen till ett demensvänligt samhälle ansvarar för kampanjen.

Mål och syfte

Det övergripande målet med kampanjen bör vara att åstadkomma *förbättringar för personer med demenssjukdom och deras anhöriga/närstående*.

Syftet bör vara att *medvetandegöra befolkningen om demenssjukdomar* och det stöd som vård, omsorg samt vanliga medborgare kan ge de drabbade. Vidare bör syftet vara att *avdramatisera attityderna till demenssjukdomar*. Dessa sjukdomar är visserligen allvarliga men med rätt stöd kan den som drabbas få en god livskvalitet i sjukdomens alla stadier. Det budskap som bör kommuniceras är *att bra bemötande och kunskap underlättar livet för personer med demenssjukdom*.

Demenssjukdom och covid-19

Socialstyrelsens arbete i samband med covid-19 pandemin

Socialstyrelsen har under våren 2020 gett ut 29 dokument i syfte att ge vägledning och stöd för hälso- och sjukvården vid behandling av patienter som drabbats av covid-19. Vidare har Socialstyrelsen gett ut webbaserad information och vägledning för socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården, bland annat genom att sammanställa vanliga frågor och svar. Myn-digheten har även sammanställt information om förhållningssätt och arbetsmetoder för hemtjänst, Hem för vård och boende (HVB) och stödbo-ende, härbärgen, personlig assistans, socialsekreterare och handläggare och kommunal hälso- och sjukvård.

De flesta dokumenten berör på ett eller annat sätt stora delar av befolk-ningen där personer med demenssjukdom är inkluderade. Ett av dokumenten är särskilt riktat till vården- och omsorgen vid demenssjukdom.

Kunskapsstöd för arbetssätt vid covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre

Kunskapsstödet syftar till att ge stöd till personal och chefer i särskilda boen-deformer för äldre om hur arbetssätt kan anpassas då personer med demens-sjukdom bär på coronavirus. Personer över 70 år tillhör en riskgrupp när det gäller covid-19. Många personer i särskilda boendeformer för äldre har en demenssjukdom och har ofta en grad av kognitiv svikt som medför svårig-heter att förstå innebörden av restriktioner eller konsekvenser av situationen. De kan därmed bidra till en smittorisk både för sig själva och för andra. Vid demenssjukdom kan beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjuk-dom (BPSD) uppträda. Det kan exempelvis handla om oro, vandringsbete-ende eller aggressivitet. BPSD kan dessutom orsakas eller förvärras av covid-19. En person med covid-19 som till exempel har ett vandringsbeteende ris-kerar att sprida smittan vidare till andra personer som finns på boendet.

Bland annat innehåller kunskapsstödet avsnitt om arbetssätt för att före-bygga beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD), bemötandestrategier vid svåra situationer och om förändringar i arbetssätt på grund av covid-19.

Statistik om covid-19 och demenssjukdom

Bakgrund

Med anledning av pandemin fick Socialstyrelsen tidigt under våren flera regeringsuppdrag med syfte att stödja regioner och kommuner samt för att övervaka och följa utvecklingen av covid-19.

Myndigheten upprättade bland annat en särskild databas för uppföljning, statistik och analyser med anledning av covid-19. WHO:s ICD-10-koder för klassificering av covid-19 (diagnos) och anvisningar för angivande av dödsorsaker kommunicerades och implementerades tidigt under våren.

Förutom myndighetens befintliga register såsom patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, har även datakällor från Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Svenska intensivvårdsregistret (SIR) samt uppgifter från Skatteverket och Statistiska centralbyrån använts. Den särskilda datainsamlingen möjliggjorde tillskapandet av en databas för den svenska covid-19-populationen. Denna databas och population utgör grunden för redovisning av statistik och analyser av utfall för exempelvis den äldre befolkningen, och möjliggör samkörningar med uppgifter om bland annat socialtjänstinsatser och boendeformer för äldre.

Särskild demenspopulation

Socialstyrelsen har tagit fram två demenspopulationer för att se i vilken utsträckning personer med demenssjukdom drabbats av covid-19 jämfört med den allmänna befolkningen. Demenspopulationerna är framtagna genom att lägga samman patientregistret, läkemedelsregistret, registret över socialtjänstinsatser samt dödsorsaksregistret. Populationerna är från maj 2019 respektive maj 2020, och innehåller 90 456 individer 2019 och 92 138 individer 2020.

Statistiken omfattar bland annat: antal bekräftat smittade, antal avlidna, antal som blivit inskrivna i slutenvård samt antal som vårdats i slutenvård och som funnits möjlighet att följa i 30 dagar. Dessutom finns statistik för olika socialtjänstinsatser såsom personlig assistans, insatser enligt LSS¹⁰ och SoL¹¹, det senare exempelvis hemtjänst och särskilda boendeformer för äldre. För dessa områden redovisas statistik för demenspopulationen från maj 2020. För området dagverksamhet respektive hemtjänst som avlösning i hemmet presenteras statistik från båda demenspopulationerna, det vill säga maj 2019 och maj 2020.

Jämförelse av personer över 70 år i allmänhet och personer över 70 år som har demenssjukdom

De data som presenteras i denna halvtidsrapport är en jämförelse mellan individer över 70 år i allmänhet och individer över 70 år som har en demenssjuk-

¹⁰ lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

¹¹ socialtjänstlagen (2001:453)

dom. Detta eftersom den övervägande delen av både personer med demenssjukdom och de som insjuknat i covid-19 till allra största delen är 70 år eller äldre. Det är även ytterst få inom denna åldersgrupp som har stöd enligt LSS eller personlig assistans, varför statistik för detta ej presenteras här.

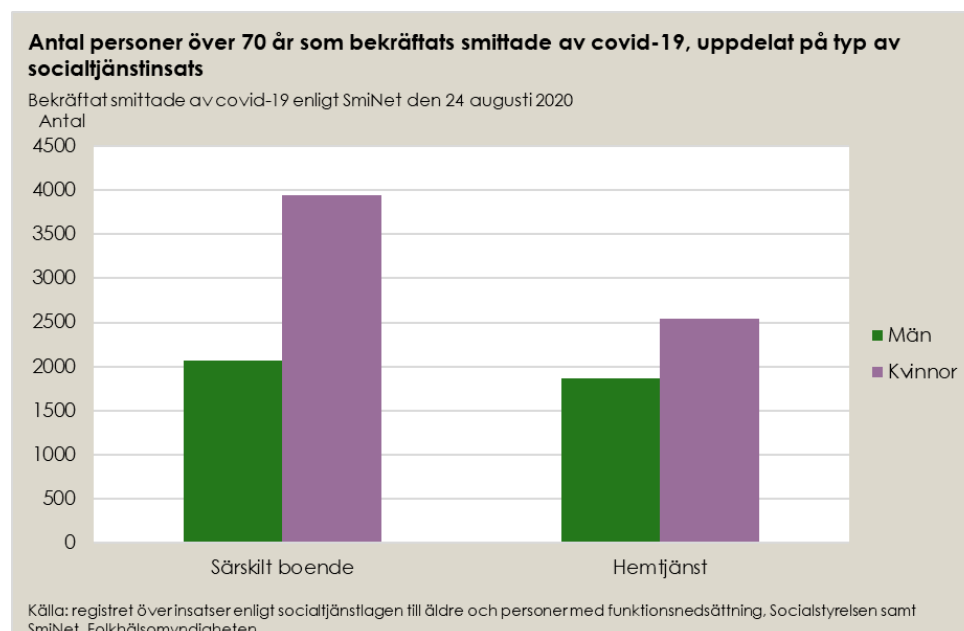
Antal bekräftat smittade

Population

Bekräftat smittade fall enligt Folkhälsomyndighetens databas SmiNet med ett giltigt personnummer eller samordningsnummer, 70 år eller äldre. Personer som har avlidit och registrerats med covid-19 som underliggande dödsorsak i dödsorsaksintyg (ICD-10: U07.1 eller U07.2) inkomna till Socialstyrelsens register fram till den 24 augusti 2020 med ett giltigt personnummer eller samordningsnummer, 70 år eller äldre.

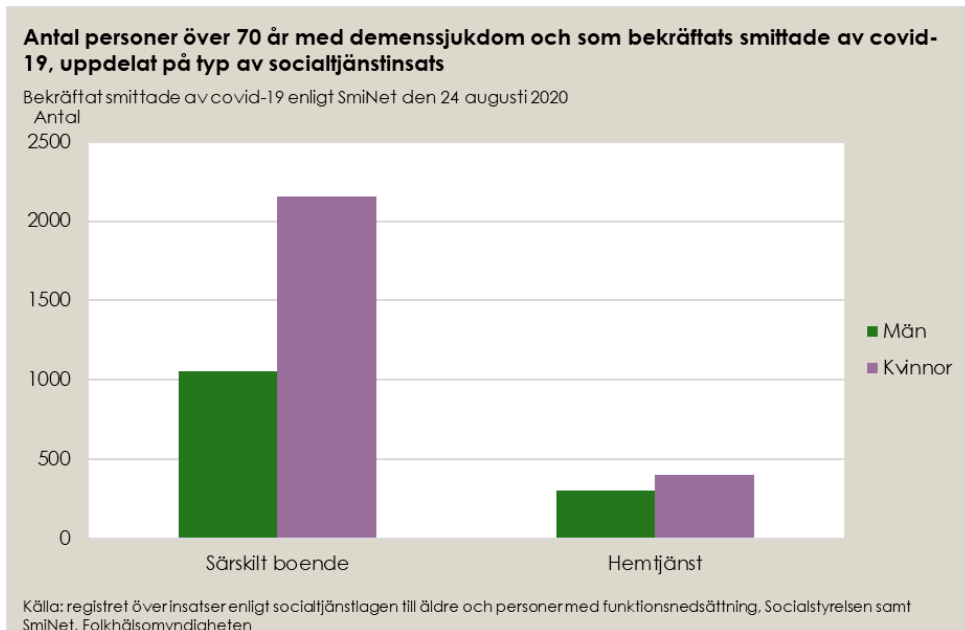
Allmänna populationen, individer över 70 år

Antal smittade är 16 483, varav 6 011 bor i äldreboende och 4 413 bor i ordinarie boende och har hemtjänst.



Personer med demenssjukdom, individer över 70 år

Antal bekräftat smittade är 4 207, varav 3 208 bor i äldreboende och 701 bor i ordinärt boende och har hemtjänst.



Antal inskrivna i slutenvård

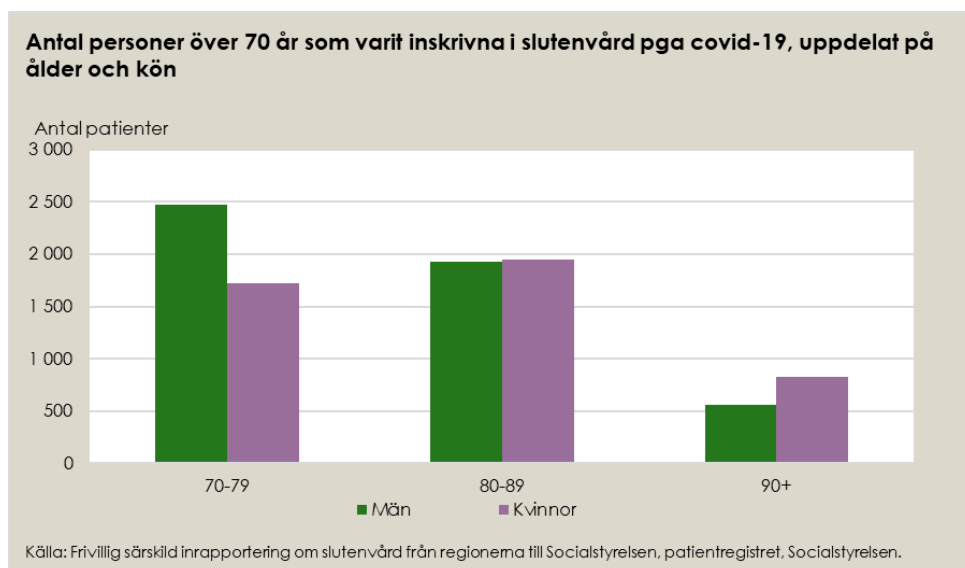
Population

Populationen utgörs av alla individer som slutenvårdats för covid-19 med inskrivningsdatum fram till och med 22 augusti 2020 enligt rapportering till patientregistret eller frivillig särskild veckovis inrapportering om slutenvård till Socialstyrelsen från regionerna. Patienter som slutenvårdas vid fler än ett tillfälle räknas bara som inskriven en gång respektive utskriven en gång. Statistiken är preliminär och baserad på de uppgifter som inkommit till Socialstyrelsen vid 24 augusti.

Bortfallet för dessa uppgifter kan dock finnas. Data om vårdtillfällen rapporteras normalt in tre månader i följd till patientregistret och inte förrän tre månader har förflutit så är data att betrakta som slutrapporterade. Det kan alltså förekomma upp till tre månaders eftersläpning för delar av statistiken över vårdtillfällen under normala omständigheter. I genomsnitt saknas i den första inrapporteringen av slutenvård över 10 %, men den siffran kan variera mycket kraftigt från månad till månad. Pågående vårdtillfällen är också underrepresenterade i statistiken. Pågående vårdtillfällen (där patienten ännu inte skrivits ut från en sjukhusinläggning) har ett bortfall uppskattat till ca 25 %. Det slutgiltiga antalet patienter som skrivits in på sjukhus kommer därför att förändras allt eftersom det inkommer mer uppgifter till Socialstyrelsen. Bortfallet för den frivilliga särskilda inrapporteringen av slutenvårdstillfällen från regionerna är inte känt i dagsläget och kan endast skattas med noggrannhet i efterhand. Slutenvårdstillfällen för juli månad, särskilt data från den senaste veckan, är mer preliminära än slutenvårdstillfällen från början av mars. Slutenvård i de regioner som inte rapporterar in särskild veckodata till Socialstyrelsen under pandemin ingår inte alls i statistiken för de senaste veckorna.

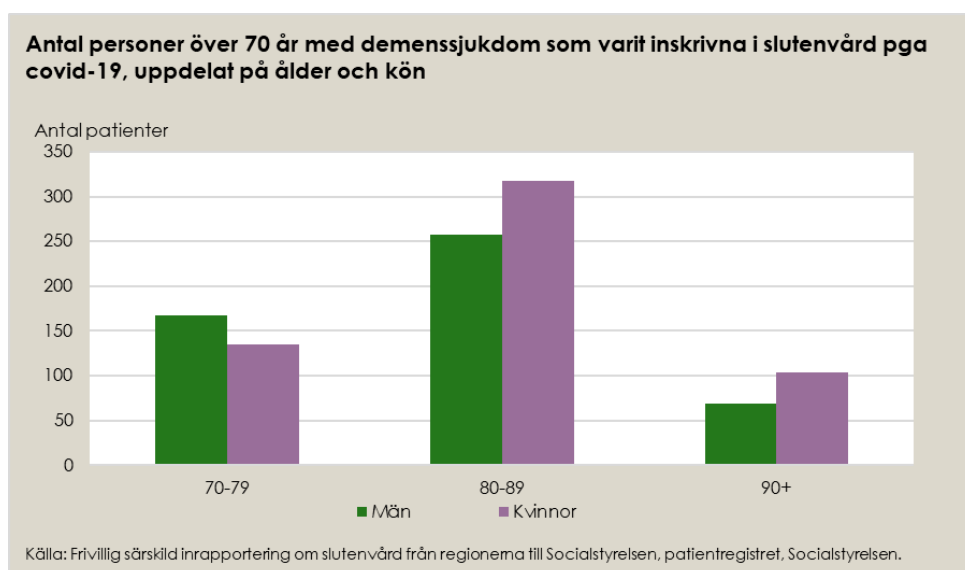
Allmänna populationen, individer över 70 år

Antal inskrivna inom slutenvård är 9 462, varav 1 040 bor i äldreboende och 3 801 bor i ordinärt boende och har hemtjänst.



Personer med demenssjukdom, individer över 70 år

Antal inskrivna är 1 051, varav 402 bor i äldreboende och 483 bor i ordinärt boende och har hemtjänst.



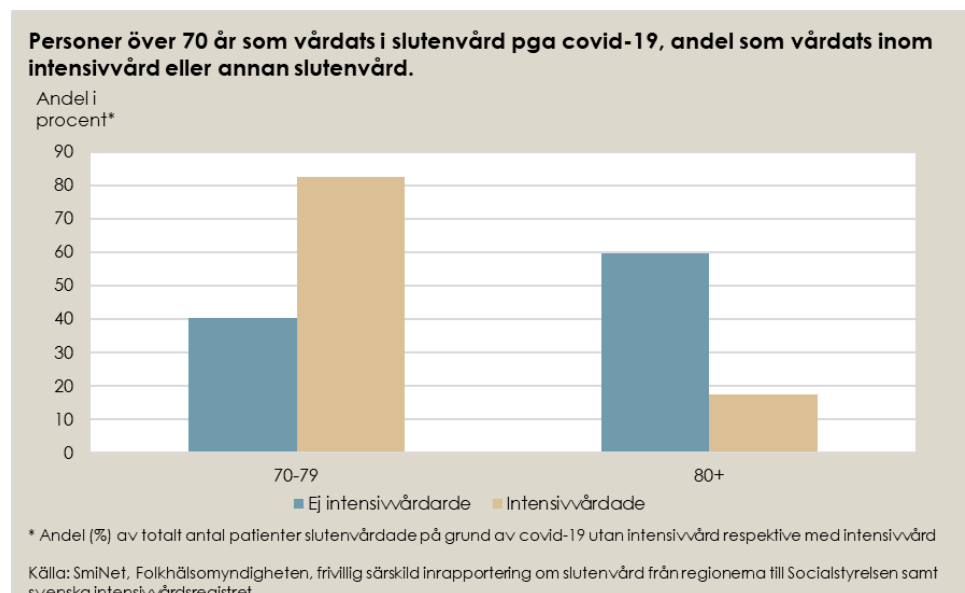
Antal som vårdats i slutenvård och som funnits
möjlighet att följa i 30 dagar

Population

Populationen som statistiken är baserad på utgörs av samtliga individer som enligt SmiNet testat positivt för coronavirus från och med 14 mars som också har slutenvårdats för diagnosen covid-19, och som har kunnat följas minst 30 dagar sedan sitt första inskrivningsdatum i slutenvård för covid-19.

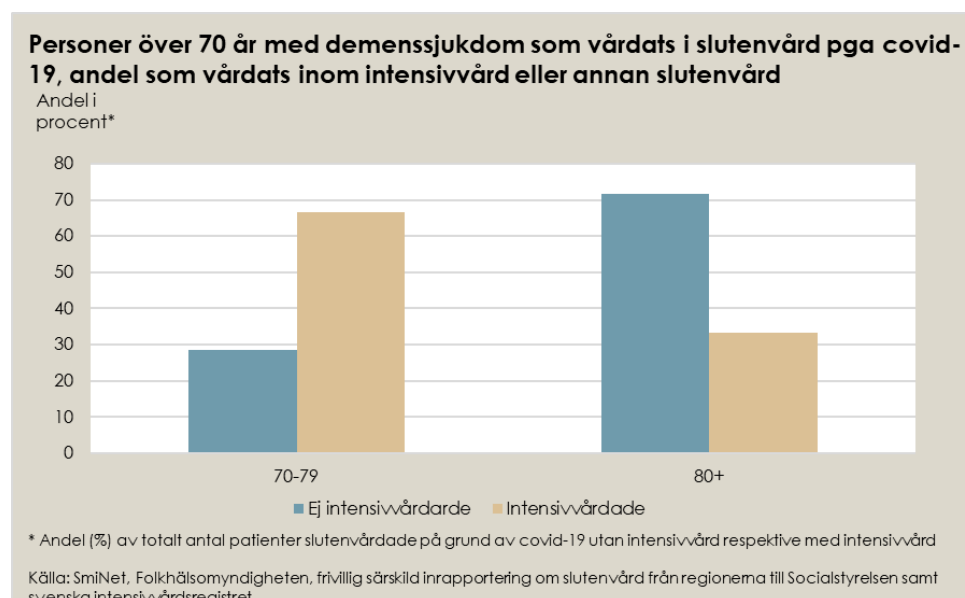
Allmänna populationen, individer över 70 år

Antal som vårdats i slutenvård och kunnat följas i 30 dagar är 7 359, varav 833 bor i äldreboende och 3 061 bor i ordinärt boende och har hemtjänst. Nedanstående diagram visar andel av de som slutenvårdats utifrån om vården skett inom intensivvård eller ej.



Personer med demenssjukdom, individer över 70 år

Antal som vårdats i slutenvård och kunnat följas i 30 dagar är 858, varav 327 bor i äldreboende och 394 bor i ordinärt boende och har hemtjänst. Nedanstående diagram visar andel av de som slutenvårdats utifrån om vården skett inom intensivvård eller ej.



Antal avlidna

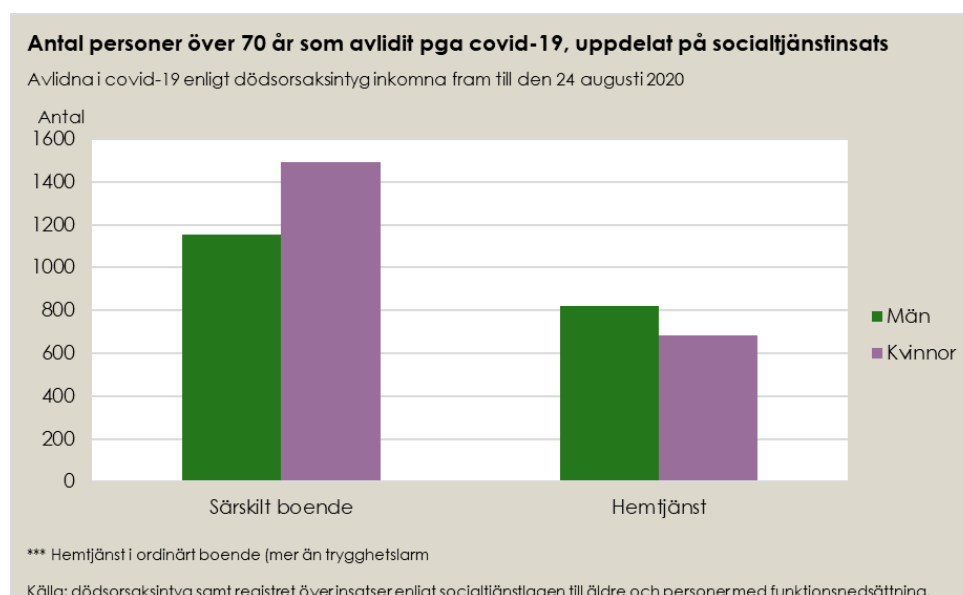
Population

Personer som har avlidit och registrerats med covid-19 som underliggande dödsorsak i dödsorsaksintyg (ICD-10: U07.1 eller U07.2) som inkommit till Socialstyrelsen fram till och med den 24 augusti 2020 med ett giltigt personnummer eller samordningsnummer.

Antal avlidna hämtas från kodade dödsorsaksintyg som inkommit fram till den 24 augusti 2020. Dödsorsaksintyget ska skickas till Socialstyrelsen inom tre veckor efter dödsfallet. Dessa uppgifter bygger på alla inkomna intyg men intyg för alla avlidna har inte inkommit ännu. Dessa uppgifter är alltså högst preliminära och beskriver avlidna i covid-19 baserat på inkomna intyg fram till den 24 augusti inte det slutgiltiga antalet. Det slutgiltiga antalet kommer att förändras allt eftersom det inkommer fler dödsorsaksintyg.

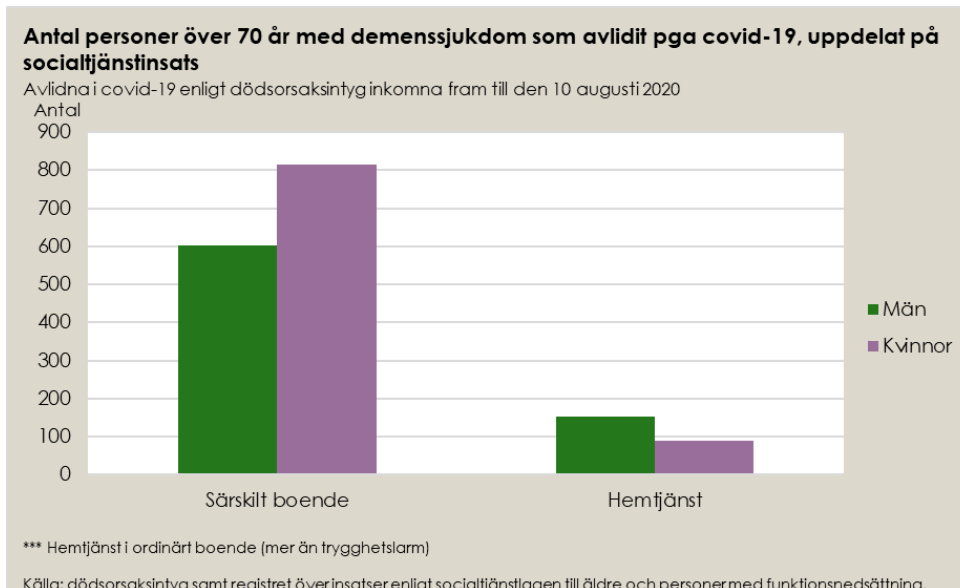
Allmänna populationen, individer över 70 år

Antal avlidna är 5 086, varav 2 592 bor i äldreboende och 1 438 bor i ordinarie boende och har hemtjänst.



Personer med demenssjukdom, individer över 70 år

Antal avlidna är 1 761, varav 1 417 bor i äldreboende och 244 bor i ordinärt boende och har hemtjänst.



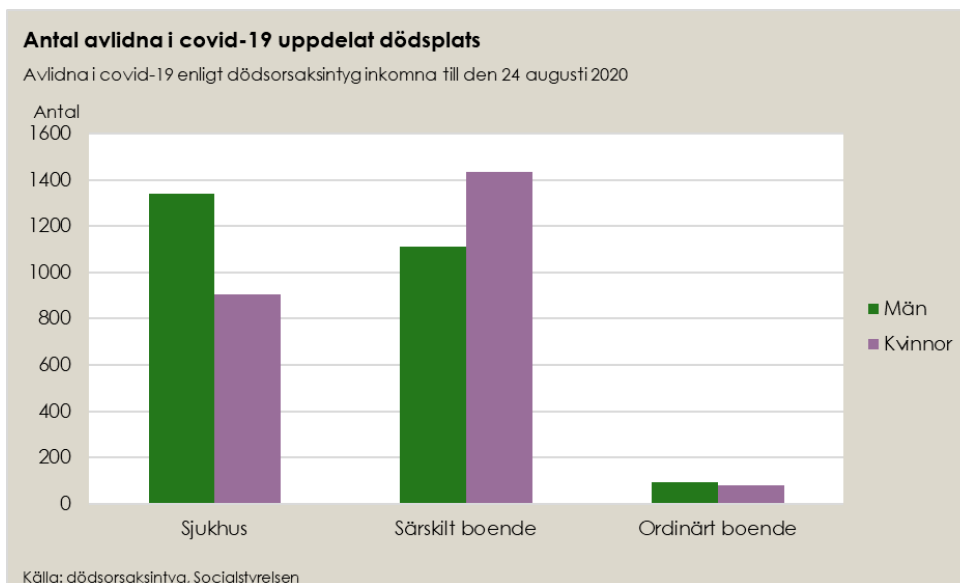
Antal avlidna utifrån dödsplats

Om dödsplats

Uppgift om dödsplats förekommer i dödsorsaksregistret. På dödsorsaksintyget anger ansvarig läkare var döden inträffat. Fyra olika kategorier kan anges - "sjukhus", "särskilt boende", "ordinärt boende" eller "annan/okänd". "Annan/Okänd" är inte vanligt förekommande och exkluderas här för att förhindra att antal blir för låga för att kunna redovisas. Saknad uppgift om dödsplats redovisas inte heller.

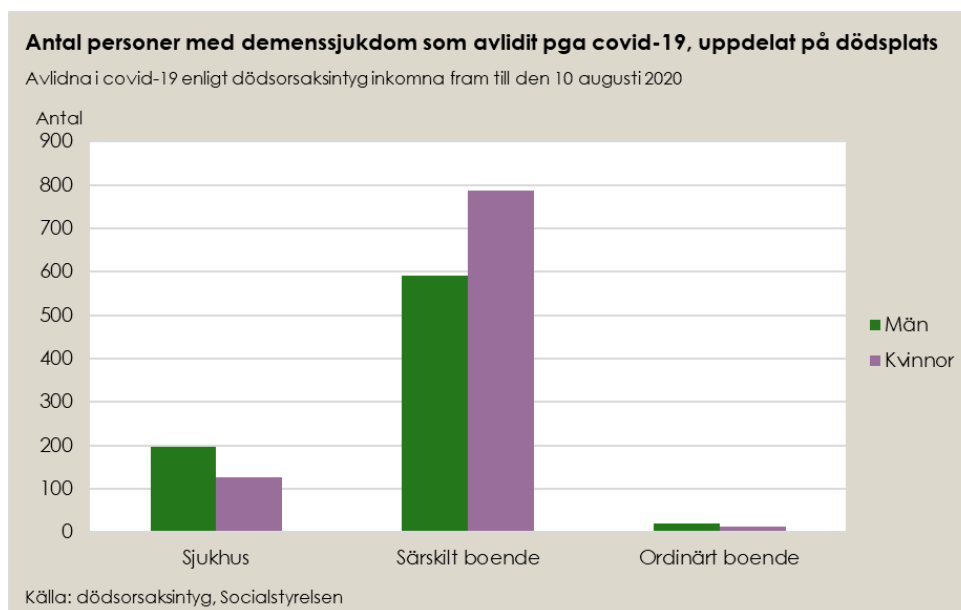
Allmänna populationen, individer över 70 år

Antal avlidna är 5 086, varav 2 245 avlidit på sjukhus och 2 547 avlidit i särskilt boende.



Personer med demenssjukdom, individer över 70 år

Antal avlidna är 1 761 varav 322 avlidit på sjukhus och 1 377 avlidit i särskilt boende. 33 personer av de 1 761 har avlidit i ordinärt boende.



Dagverksamhet och avlösning i hemmet, 2019 och 2020

År 2019 fanns i Socialstyrelsens SoL-register 90 456 individer, av vilka 9 985 har ett verkställt beslut om dagverksamhet. Detta utgjorde 11 procent av det totala antalet personer med demenssjukdom.

År 2020 finns 92 138 individer, av vilka 6 717 har ett verkställt beslut om dagverksamhet. Detta utgör 7 procent av det totala antalet personer med demenssjukdom.

År 2019 fanns 90 456 individer, av vilka 2 467 har ett verkställt beslut om avlösning i hemmet. Detta utgjorde 2,7 procent av det totala antalet personer med demenssjukdom.

År 2020 finns 92 138 individer, av vilka 1 662 har ett verkställt beslut om avlösning i hemmet. Detta utgör 1,8 procent av det totala antalet personer med demenssjukdom.

Falskt positiva svar vid hemtest

Sedan Socialstyrelsen gjorde beräkningarna som presenteras i rapporten så har Folkhälsomyndigheten korrigerat några felaktiga datapunkter i SmiNet (de hade upptäckt ett fel där 3-4000 personer hade testat falskt positivt). Våra analyser visar att korrigeringarna av de felaktiga uppgifterna får ytterst små konsekvenser i statistiken över covid-19 bland äldre.

Under hösten sågs en ökning med omkring 50-100 fall per vecka i äldrestatistiken. Efter korrigeringarna minskade det med 17 fall, så justeringen Folkhälsomyndigheten gjorde märks, men inte så att det påverkar ev slutsatser från statistiken, t.ex. ingen märkbar skillnad vad gäller procentuell

fördelning mellan olika åldersgrupper, regioner osv. Främst syns minskningen för Stockholm (-20) och VGR (-35) om jämför siffrorna från innan korrigeringen med siffrorna efter korrigeringen. Minskningen med 20 respektive 35 fall är sammantaget korrigeringen samt tillkomst av nya fall.

Korrigeringsarna får ingen konsekvens på beräkningar av vårdtider. Antal nya observationer har ökat i linje med förväntat och median, kvartiler, etcetera är oförändrade.

Diskussion om statistikresultat

Vid den kartläggning som Socialstyrelsen haft som underlag till utvärdering av vården och omsorgen av personer med demenssjukdom 2018, kunde cirka 50 procent av de boende i särskilt boende för äldre konstateras vara diagnostiserade med en demenssjukdom. Det finns dock flertalet studier som visar att cirka 70 procent av personer i särskilt boende för äldre har en demenssjukdom.

I ovanstående data finns i särskilt boende 6011 personer över 70 år som fått covid-19, varav 3208 personer av dessa har demenssjukdom. Det innebär att 53 procent av de personer som smittats av covid-19 har demenssjukdom, vilket alltså stämmer ungefärligen överens med andra statistiska beräkningar över andelen personer med demens i särskilt boende. Dock har personer med demenssjukdomar på gruppnivå mindre kroppslig sjuklighet, som annars utgör riskfaktorer för covid-19. En hypotes skulle därför kunna vara att personer i demensboende möjligen haft något lättare att bli smittade än personer med enbart kroppsliga sjukdomar. Ytterligare en hypotes om bidragande orsak kan vara att personalen i demensboende inte haft tillräckligt stöd och handledning i hur de upptäcker symtom på kroppsliga skador eller sjukdomar. Bland annat har IVO i sin tillsynsrapport 2018 sett flera exempel på brister i form av att personal inte lagt märke till äldre personers symtom, framför allt när det handlar om personer som har en demenssjukdom.

Vidare visar ovanstående statistik att bland inskrivna och vårdade i slutenvård och som är över 70 år, utgör personer med demenssjukdom cirka 11-12 procent. Andelen som vårdats inom intensivvård är väsentligt mindre i åldern 80 år och äldre jämför med åldern 70-79 år. Denna skillnad i andel är något mer uttalad för personerna med demenssjukdom.

Bland de som avlidit i covid-19 och som har särskilt boende har 55 procent en demenssjukdom, och 54 procent har avlidit på plats på boendet. Även detta stämmer ungefärligen med andra statistiska beräkningar över andelen personer med demens i särskilt boende.

När det gäller insatserna dagverksamhet respektive avlösning i hemmet ses en väsentlig skillnad mellan maj 2019 och maj 2020. Insatsen dagverksamhet har minskat från att redan låga 11 procent till sju procent av personer med demenssjukdom har insatsen. Insatsen avlösning i hemmet (med hjälp från hemtjänst) har på motsvarande sätt minskat från 2,7 procent till 1,8 procent. En hypotes är att detta beror dels på att många dagverksamheter stängde med anledning av covid-19, dels att anhöriga och närstående tackat nej till hemtjänsthjälp på grund av försiktighet att inte utsättas för smitta.

I nuläget vet vi inte hur länge covid-19 kommer att ge förändrade förutsättningar bland annat för levnadsvanor och för vården och omsorgen. Socialstyrelsen anser att det är angeläget att följa utvecklingen och att kommuner och regioner överväger alternativ till de verksamheter som inte är möjliga att genomföra idag på grund av risk för smitta.

Referenser

1. Nationella riktlinjer - utvärdering 2018 : vård och omsorg vid demenssjukdom : sammanfattning och förbättringsområden.: Socialstyrelsen; 2018.
2. En nationell strategi för demenssjukdom : underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
3. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
4. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: Socialstyrelsen; 2017.
5. Vård och omsorg vid demenssjukdom, Indikatorer. Socialstyrelsen. 2020.
6. Vård och omsorg vid demenssjukdom, Målnivåer. Socialstyrelsen. 2020.
7. Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom : en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom.: Socialstyrelsen; 2019.
8. Dagverksamhet för personer med demenssjukdom : en vägledning.: Socialstyrelsen; 2020.
9. Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom [Elektronisk resurs]. Regeringskansliet; 2018.
10. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens plan för att följa upp och långsiktigt hantera strategiska frågor inom ramen för den nationella demensstrategin 2018.
11. Utbetalning av medel till kommuner för att införa insatsförlopp vid demenssjukdom. Socialdepartementet; 2020
12. Läkarnas specialiseringstjänstgöring : föreskrifter och allmänna råd ; målbeskrivningar 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
13. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård: nationella planeringsstödet 2020. Stockholm; 2020.
14. <http://www.silviahemmet.se/silviasjukskoterska/>. Hämtad från:
15. Silviasjukskoterska <https://www.shh.se/sv/utbildningar/avancerad-niva/specialistsjukskoterskeprogrammet-inriktning-demensvard/#Behörighet>. Hämtad från:
16. Silviasyster. <http://www.silviahemmet.se/silviasyster/>. Hämtad från:
17. Silvialäkare. <http://www.silviahemmet.se/silvialakare/>.
18. Universitetskanslersämbetet. Statistik över antal examinerade samt söktryck till utbildningar 2019.
19. Socialstyrelsen. Arbetsmarknadsenkät Nationella planeringsstödet 2020 om tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård och tandvård till regioner och privata vårdgivare.
20. Underlag från specialitetsföreningarna. 2018-2019.
21. Socialstyrelsen. Enkät med frågor om tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård till kommuner.
22. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019. Socialstyrelsen.
23. Förstudie- innehåll i dagverksamhet för personer med demenssjukdom: Socialstyrelsen; 2018.

24. Introduktionsutbildning. Hämtad från:
<https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/170/Introduktionstillarbeteiv%C3%A5rdochomsorg>.
25. Frågor och svar med anledning av covid-19
www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/fragor-och-svar/
26. WHO global plan dementia. Hämtad från:
www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/
27. National Demenshandlingsplan. Sundheds-ældreministeriet. 2017.
Hämtad från:
<https://www.sum.dk/Temaer/National%20demenshandlingsplan.aspx>
28. <https://demensven.dk>. Hämtad från: <https://demensven.dk>
29. Möten med litteratur. Regionbibliotek Stockholm, Demensförbundet, Svenskt Demenscentrum. 2016.
30. Möten med minnen. Alzheimerfonden. 2015.
31. Bostadsmarknadsenkät 2020. Boverket. 2020.
32. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. 2019.
33. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020 : uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.: Socialstyrelsen; 2020.
34. Socialstyrelsen. Välfärdsteknik. En studie av användningen av trygghetskameror och gps-larm i 12 kommuner. 2018.
35. Socialstyrelsen och Myndigheten för delaktighet. Forskningsartiklar kring välfärdsteknik och en summering av de etiska aspekterna. 2017.
36. Nordens välfärdscenter. Vård och omsorg på distans. 24 praktiska exempel från Norden. 2019.
37. Inspektionen för vård och omsorg. Välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Förstudie inför nationell tillsyn, avdelning öst. 2018.
38. Vad har IVO sett 2019 [Elektronisk resurs]. 2020.
39. Kommunal. Välfärdsteknik. För trygghet, hälso- och utveckling i arbetet. 2019.
40. Innovation efter funktion - välfärdsteknikens effekter ur fyra perspektiv [Elektronisk resurs]. 2020.
41. Hugoson, A, Koch, G, Johansson, S, Börjesson, A, Lindberg, J. Oral hälsa : sammanställning av konsensuskonferens i Mullsjö 12-14 november 2002. Stockholm: Gothia; 2003.
42. Glick M, WD, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. . A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. Br Dent J. 2016;
43. Peres MA, ML, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet 2019;394(10194):249-60. 2019; 2019:249-60.
44. Folk tandvården. Rutin och checklista då äldre patienter ringer återbud till planerat besök. Available from:
<http://www.folktandvarden.se/PageFiles/11826726/Klinikrutin%20f%C3%B6r%20att%20f%C3%B6rhindra%20f%C3%B6rlorad%20tandv%C3%A5rdskontakt.pdf>. 2017.
45. Årsrapport 2018. Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit. 2018.
46. Socialstyrelsen. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård, slutrapport. 2019.

47. Socialstyrelsen. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård, delrapport. 2019.
48. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det särskilda tandvårdsbidraget : delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
49. Fereshtehnejad SM, G-PS, Religa D, Holmer J, Buhlin K, Eriksdotter M, et al. Dental care utilization in patients with different types of dementia: A longitudinal nationwide study of 58,037 individuals. *Alzheimers Dement* 2018;14(1):10-9. 2018;14(1):10-9.; 2018;14:10-9.
50. Catarina Derblom M-LHG, PG. Regelbundna tandvårdsbesök hos sköra äldre – förekomst, hinder och möjligheter. <http://www.lul.se/Global/FTV/Verksamhet/derblom%20slutversion%20.pdf>. 2016.
51. Om sköra äldres munhälsa – insatserna kommer för sent! <https://tandlakarforbundet.se/app/uploads/2017/01/det-ar-for-sent-nar-systemet-tar-vid-rapport-aldre-juni2015-fin-1.pdf>. 2015.
52. Johansson I, JH, Lindmark U. Oral Health Status of Older Adults in Sweden Receiving Elder Care: Findings From Nursing Assessments. *Nurs Res* 2016;65(3):215-23. 2016; 65:215-23.
53. Rantzow V, AP, Lindmark U. Occurrence of oral health problems and planned measures in dependent older people in nursing care. *J Clin Nurs*. 2018; 2018;27(23-24):4381-9.
54. Munnen är allas ansvar! Ett handlingsprogram för sköra äldres munhälsa. Available from: <https://tandlakarforbundet.se/app/uploads/2017/01/handlingsprogram-skora-aldre-fin-1.pdf>. Sveriges Tandläkarförbund. 2016.
55. Att förebygga och behandla undernäring – Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst [Elektronisk resurs]. 2020.
56. Mehl AE, EO, Kjeksrud J, Willumsen T. Oral healthcare education of future nursing personnel and auxiliary nurses. *Gerodontology*. 2016; 2016:233-9.
57. Peres MA, ML, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* 2019;394(10194):249-60. 2019; 394(10194):249-60.
58. Nationella riktlinjer för diabetesvård : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
59. Arbetsmarknadsenkät i Nationellt planeringsstöd om tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Socialstyrelsen. 2020.

Bilaga 1

Högnivågrupp för styrning och ledning

- Svenskt Demenscentrum
- Nationellt kompetenscentrum anhöriga
- Sveriges Kommuner och Landsting
- Nordens Välfärdscenter
- Läkemedelsverket
- Tandvårds och läkemedelsförmånsverket
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
- Myndigheten för delaktighet
- Inspektionen för vård och omsorg

Bilaga 2

Dialogaktörer

- Patienter och anhöriga
- Äldrerådet
- Patientföreträdare såsom Demensförbundet och Alzheimer Sverige
- Anhörigorganisationer, bland annat Anhörigas Riksförbund
- Arbetsgivar- och intresseorganisationer
- Sveriges Kommuner och Landsting
- Famna
- Vårdföretagarna
- Professionsföreträdare
- Vårdförbundet
- Sveriges läkarförbund
- Akademikerförbundet SSR
- Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldreomsorg
- Svensk Kuratorsförening
- Sveriges arbetsterapeuter
- Fysioterapeuterna
- Svenska Logopedförbundet
- Dietisternas riksförbund
- Psykologförbundet
- Kommunal
- Svensk Geriatrisk Förening
- Svensk Förening för Palliativ medicin
- Svensk Förening för Allmänmedicin
- Svenska Psykiatriska Föreningen
- Myndigheter
- Läkemedelsverket
- Tandvårds och läkemedelsförmånsverket
- Folkhälsomyndigheten
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
- Inspektionen för vård och omsorg
- Myndigheten för delaktighet
- Forte
- Aktörer med specifik kunskap inom området
- Svenskt Demenscentrum
- Nationellt kompetenscentrum anhöriga
- Socialstyrelsens vetenskapliga råd
- Andra relevanta externa experter, såsom experter från arbete med nationella riktlinjer, utvärdering och indikatorer/målnivåer.