Socialstyrelsen

Nationella riktlinjer 2025

Nationell utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar

Följsamhet till nationella riktlinjer

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

ISBN: 978-91-7555-661-1

Artikelnummer: 2025-12-9988

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, december 2025

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar. Utgångspunkten har varit följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdomar. Utvärderingen vänder sig till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom regionerna, kommunerna och på nationell nivå, men den kan även vara till nytta för andra aktörer, såsom berörda yrkesgrupper, patienter, allmänheten och medier. Projektledare för utvärderingen har varit Annika Eriksson som tillsammans med Riitta Sorsa och Karin Bengts har utgjort projektets arbetsgrupp. Ansvarig enhetschef har varit Maria State.

Generaldirektör

Björn Eriksson

Innehåll

Förord 3

Sammanfattning 5

Inledning 8

Metod 9

Om demensdiagnoser 12

Samordning och samverkan behöver förbättras 23

Tid till diagnos och uppföljning behöver förbättras – men utredning blir vanligare 34

Läkemedelsbehandling vid demenssjukdomar 47

Personcentrerad vård och omsorg vinner mark men målen nås inte 60

Anhörigas dubbla roll 87

Tillgången till utbildning och kompetensutveckling varierar 93

Avslutande diskussion 102

Projektorganisation 104

Bilaga demenspopulation 105

Referenser 106

Sammanfattning

I Sverige finns idag cirka 150 000 personer med demenssjukdomar. Demenssjukdomar är ännu inte möjliga att bota, men med läkemedelsbehandling och vård- och omsorgsinsatser kan man lindra symtom, underlätta vardagen och förbättra livskvaliteten för personer med demenssjukdomar. Den förväntade livslängden efter diagnos är 5–10 år.

Socialstyrelsen har utvärderat vården och omsorgen vid demenssjukdom. Utgångspunkten för utvärderingen har varit följsamheten till de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom.

Tid till diagnos behöver bli kortare

Fler behöver få diagnos inom vårdgarantins 90 dagar. Regionerna behöver identifiera vilka hindren är för att förkorta tiden till diagnos och ta fram handlingsplaner för att åtgärda dessa. Resultaten från utvärderingen visar att andelen personer som fått demensdiagnos inom 90 dagar i både primärvård och specialistvård har minskat sedan 2021. Tid till diagnos inom 90 dagar ligger på cirka 45 procent i primärvården och cirka 30 procent i specialistvården.

Resultat för utredning behöver förbättras

Det är positivt att fler får fullständig basal utredning i primärvården. Resultaten visar att andelen personer som fått fullständig basal utredning i primärvården ligger på 85 procent. Däremot uppnås den nationella målnivån på minst 90 procent fortfarande inte.

Idag får ungefär 20 procent av personer med demenssjukdom en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning i primärvården och 50 procent i specialistvården. Resultatet når inte upp till den nationella målnivån på 90 procent, men är trots allt en ökning sedan förra utvärderingen 2018.

Uppföljning av personer som fått demensdiagnos är avgörande för fortsatt vård och omsorg. Regionerna behöver säkerställa att alla patienter får adekvat uppföljning.

Läkemedelsbehandling visar på skillnader

Det finns skillnader i läkemedelsbehandling mellan olika regioner och mellan olika socioekonomiska grupper. Skillnaderna har ökat under den senaste tioårsperioden. Regionerna behöver säkerställa att personer med demenssjukdomar får likvärdig tillgång till demensläkemedel när det är medicinskt motiverat.

Personcentrerad vård som grund behöver bli vanligare

När det gäller personcentrerad vård syns försiktigt positiva trender i arbetet på demensboende, däremot inte i ordinärt boende. Exempelvis har användande av levnadsberättelser som grund för vård och omsorg ökat något vid demensboende. Åtta av tio demensboenden uppger att man utgår från levnadsberättelsen som grund för vård och omsorg. Av hemtjänstverksamheterna uppger knappt tre av tio att de brukar samla in och dokumentera levnadsberättelser i samband med att en person med demenssjukdomar beviljats hemtjänstinsatser. Arbetet med personcentrerad vård behöver fortsatt stärkas, i synnerhet inom hemtjänst.

Utbildningsnivån behöver höjas

Fler av omvårdnadspersonal har fått fortbildning sedan 2018, men många saknar längre påbyggnadsutbildning och hälften av kommunerna ställer fortfarande inga krav på socialtjänstens handläggares kunskap om demenssjukdomar. Extern handledning minskar både inom hemtjänst och demensboende medan möjligheten till reflektionsmöten ökar. För att stärka vården och omsorgen behöver kommunerna tydliggöra vikten av kompetens hos personalen, särskilt hos handläggare, och undanröja hinder för fortsatt kunskapsutveckling.

Trots pandemi och ekonomiska utmaningar har drygt hälften av regionerna fortsatt att satsa på fortbildning, både inom specialistvård och primärvård.

Samverkan behöver stärkas i vården och omsorgen

Drygt hälften av regionerna och kommunerna har någon form av samverkansgrupp på ledningsnivå. De regioner och kommuner som saknar sådan samverkan behöver arbeta gemensamt för att utveckla den.

Brist på läkarkontakter och otillräckligt antal platser på säbo uppges som begränsningar för kommunernas möjlighet att ge vård och omsorg för personer med demenssjukdomar. Kommuner och regioner behöver förbättra samverkan, säkerställa tillgång till läkare, utöka antalet platser på särskilda boenden där det behövs, och samtidigt möjliggöra att personer med demensdiagnos kan bo kvar i ordinärt boende så länge som möjligt med stöd för personcentrerad vård.

Demensteam i olika former visar negativ eller oförändrad utveckling sedan utvärderingen 2018; hälften av regionerna saknar demensteam liksom en fjärdedel av de vård- och hälsocentraler som besvarat enkäten. Både regioner och kommuner behöver identifiera vilka hinder som finns för att skapa demensteam, och arbeta för att åtgärda dessa.

Viss förbättring av stöd till anhöriga

Initiativ till anhörigstöd har ökat inom både primär- och specialistvård sedan 2018. I kommunerna är resultaten för andelen anhöriga som erbjuds olika typer av stöd i stort oförändrad, och insatser som psykosocialt stöd och relationsbaserade program erbjuds fortfarande i låg utsträckning. Kommunerna behöver identifiera vad som hindrar att fler erbjuds anhörigstöd, och förbättra tillgången till dessa stödinsatser.

Inledning

Demenssjukdomar beror på olika typer av skador i hjärnan som gör det svårare att tänka, planera och kommunicera. Symtomen kommer ofta smygande och gör det allt svårare att klara sina vardagliga aktiviteter utan stöd och hjälp. Demenssjukdom betraktades länge som en oundviklig följd av ålderdom. Idag vet vi att det inte är ett naturligt åldrande, däremot är det vanligare i hög ålder. Det finns närmare 100 olika sjukdomstillstånd som kan leda till demenssjukdomar. I Sverige finns idag uppskattningsvis 150 000 personer med demenssjukdomar.

Det finns inget som tyder på att risken att insjukna i demens har ökat under senare år, tvärtom pekar forskningsstudier på att insjuknandet av nya fall är lägre än förväntat. Den prevalenta populationen beräknas ändå öka, eftersom vi lever allt längre och gruppen äldre därmed blir större.

De senaste nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdomar publicerades 2017[1]. Socialstyrelsen utvärderade vård och omsorg vid demenssjukdomar 2014 [2] och 2018 [3]. Denna utvärdering har även tagit hänsyn till demensstrategin *Varje dag räknas för personer med demenssjukdom*, 2025 – 2027 [4] samt *Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom* [5]. Myndigheten använder begreppet god vård och omsorg i betydelsen att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

Syfte och avgränsning

Rapporten är en utvärdering av strukturer, processer och resultat för vård och omsorg vid demenssjukdomar. Syftet är att utvärdera hälso- och sjukvården utifrån följsamheten till de nationella riktlinjerna. Syftet är också att utvärdera om vården och omsorgen bedrivs i enlighet med kriterierna för en god vård och omsorg. Arbetet har även utgått från förbättringsområden i utvärderingen 2018, samt områden som framträtt vid omvärldsbevakning.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer innehåller även rekommendationer om åtgärder som inte bör göras (icke-göra). Det kan handla om åtgärder som är skadliga för hälsan, men det kan också handla om åtgärder som saknar evidens och riskerar att skapa undanträngningseffekter om de fortsätter att tillämpas. Dessutom kan användning av felaktiga åtgärder leda till ett ännu större vårdbehov. Under 2023 gjorde Socialstyrelsen en utvärdering av följsamheten till de nationella riktlinjernas rekommendationer med prioritet icke-göra [6] och av den anledningen ingår inte detta i utvärderingen. De åtgärder som berörde vård och omsorg vid demenssjukdom var läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare till personer med lindrig kognitiv störning och läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare och memantin till personer med frontotemporal demenssjukdom.

Metod

Utvärderingens utgångpunkter har varit de indikatorer Socialstyrelsen har tagit fram [7] baserade på registerdata och enkätundersökningar till region, kommun, hemtjänst, särskilda boenden för äldre och hälso- /vård- och hälsocentraler, samt demenspopulation (se bilaga demenspopulation).

Det saknas uppgift om det totala antalet personer med demenssjukdomar i Sverige. I samråd med Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar, (SveDem) har Socialstyrelsen utarbetat en modell för beräkning av täckningsgrad där täckningsgraden beräknas utifrån hur stor andel av referenspopulationen som finns upptagen i registret. År 2024 består referenspopulationen av drygt 105 000 personer, detta motsvarar omkring två tredjedelar av det förväntade antalet personer med demenssjukdom i Sverige (ca 150 000–160 000). Till exempel blir SveDems täckningsgrad för hela Sverige därmed ungefär 38 procent 2024, med stor variation mellan olika län. Tillsammans med resultat från övriga register blir det ändå möjligt att ge en bild av hur vård och omsorg vid demenssjukdomar utvecklats.

Socioekonomisk status och hälsolitteracitet är viktiga områden för förståelsen av vård och omsorg vid demenssjukdomar, även om sambanden är komplicerade och ibland svårtolkade [8]. Socioekonomisk status är ett aggregerat koncept som inkluderar utbildning, inkomst och yrkesbaserad klasstillhörighet. Hälsolitteracitet handlar om förmågan att förstå budskap om hälsa och omsätta informationen genom att leva hälsofrämjande. Att ha hög hälsolitteracitet innebär att man kan förstå vilka faktorer som påverkar hälsan och hur man hanterar dessa. En person med tillräcklig hälsolitteracitet har förmåga att ta ansvar över både sin egen och familjens hälsa medan låg hälsolitteracitet kan få negativa konsekvenser för både patient och vårdkedja, med risk för feldiagnostisering, felaktig behandling osv.

Demensdiagnoser komplicerar resultaten ytterligare, eftersom kognitiva förmågor försämras när sjukdomen fortskrider. En konsekvens av detta är att anhöriga kan spela en stor roll, därmed även deras hälsolitteracitet och socioekonomiska status [9]. Låg socioekonomisk status ingår dessutom bland riskfaktorerna för demenssjukdom [10].

Det förekommer också samvariation mellan socioekonomiska faktorer och hälsolitteracitet, och studier har visat att personer med utländsk bakgrund är ytterligare en grupp som generellt har lägre hälsolitteracitet [11].

I utvärderingen har vi i olika delområden följt resultat för utbildning och födelseland. Vi har även använt oss av urval i form av områdestyp, det vill säga ett mått på enskilda områdens socioekonomiska förutsättningar framtaget av SCB. De graderas från 1 till 5, där områdestyp 1 har stora

socioekonomiska utmaningar och områdestyp 5 har mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för vård och omsorg vid demenssjukdomar som en del i nationella riktlinjer för vård vid demenssjukdomar.

➔ Läs mer om indikatorerna för vård och omsorg vid demenssjukdomar på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Datakällor

I utvärderingen har uppgifter hämtats från flera olika datakällor.

Socialstyrelsens register

- Patientregistret
- Läkemedelsregistret
- Dödsorsaksregistret
- Tandhälsoregistret
- Socialtjänstregistret

➔ Läs mer om registren på Socialstyrelsens webbplats.

Kvalitetsregister och andra register

- Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar, (SveDem)
- Register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdomar (BPSD)
- Senior Alert

➔ Läs mer om kvalitetsregistren på www.kvalitetsregister.se.

- Utbildningsregistret, SCB
- Regionala statistikområden, SCB

➔ Läs mer om registren på Socialstyrelsens webbplats.

Enkäter

Socialstyrelsen har genomfört fem enkätundersökningar. Enkäterna finns att läsa i särskild bilaga.

Tabell 1. Enkätutskick vid utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar 2025

Mottagare	Utskick	Inkomna svar	Svarsfrekvens (Procent)
Regionledningar	21	19	90
Kommun- och stadsdelsledningar	300	235	78
Särskilt boende för äldre med inriktning på demenssjukdomar/ Demensboende*	300	180	60
Hemtjänst*	400	194	48
Hälso-/vård- och hälsocentraler*	612	286	47

Källa: Socialstyrelsen
*Urvalsundersökning.

Om demensdiagnoser

Kognitiv svikt kan förekomma vid ett antal olika tillstånd eller kan vara en del i en kognitiv sjukdom (bland annat demenssjukdom). För att kriterierna för en demensdiagnos ska vara uppfyllda måste den kognitiva nedsättningen vara sänkt från en tidigare högre kognitiv nivå, och så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas. Debuterar demenssjukdomen före 65 års ålder kallas det för demenssjukdom hos yngre eller tidigt debuterande demenssjukdom.

Det finns flera olika demenssjukdomar. De har ofta ett utdraget förlopp över många år. Sjukdomen utvecklas gradvis, nya symtom tillkommer och förmågor går förlorade. Efterhand behöver personer med demensdiagnos mer hjälp och stöd för att klara sin vardag. Sjukdomsförloppet brukar delas in i tre faser: mild, medelsvår och svår demenssjukdom. Det finns idag inte någon behandling som kan bota demenssjukdomar. Den förväntade livslängden efter diagnos är 5–10 år, men eftersom det ingår många multisjuka i patientgruppen är dödsorsaken ofta någon annan än demenssjukdomen. Förlopp, behov av vård och omsorg och de individuella förutsättningarna varierar och förändras dessutom i takt med sjukdomsförloppet. Här kommer även boendet in som en viktig del. I utvärderingen skriver vi dels om särskilt boende för äldre, dels om särskilda boenden för äldre med särskild inriktning på demenssjukdomar, vilket vi refererar till som demensboende. Det senare gäller framför allt de enkätundersökningar som genomförts.

Tidig diagnos är viktig av flera skäl. Demenssjukdomar är ännu inte möjliga att bota men det går att med olika läkemedel och vård- och omsorgsinsatser lindra symtom, underlätta vardagen och förbättra livskvaliteten för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga. Det finns också flera andra orsaker än demenssjukdom som kan orsaka kognitiv svikt. Syftet är att utesluta andra tillstånd som kan ge demensliknande symtom. Vissa av dessa går att bota, andra går att behandla beroende på orsak.

Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen och står för 60 – 70 procent av samtliga diagnoser i Sverige. Näst vanligast är vaskulär demenssjukdom. Vaskulära förändringar förekommer ofta samtidigt med Alzheimers sjukdom, då brukar man tala om blanddemens. Andra demenssjukdomar är Lewykroppsdemens, frontotemporal demens och Parkinsons sjukdom med demens. Även alkoholmissbruk, hjärntumörer och HIV kan ge demenssymtom [12].

Begränsade möjligheter att förebygga demensdiagnoser

I takt med ökande kunskap om olika demensdiagnoser växer förhoppningarna om förebyggande insatser och man har också kunnat se positiva resultat efter vissa insatser. Insjuknande i de flesta demenssjukdomar påverkas dock i olika grad av både arv (genetik), miljö och påverkbara livsstilsfaktorer, därför är det än så länge oklart vilka faktorer som är avgörande.

Kvinnor löper större risk än män till exempel, och den som har en eller flera familjemedlemmar med Alzheimers sjukdom löper 2 – 3 gånger större risk att själv insjukna i sjukdomen. Det finns också genvarianter som man vet ökar sannolikheten att utveckla Alzheimers sjukdom och i dagsläget känner man till ca 20 riskgener.

The Lancet Commissions och WHO har rapporterat 14 faktorer som påverkar den relativa risken att utveckla demenssjukdom och dessa är låg utbildningsnivå, hörselnedsättning, traumatisk hjärnskada, högt blodtryck, alkohol, övervikt, social isolering, fysisk inaktivitet, diabetes, depression, rökning, luftföroreningar, höga LDL-kolesterolvärden och synnedsättning. De har olika påverkan på risk för att utveckla demens, och är mer eller mindre lätta att påverka [13].

Sedan ungefär 15 år tillbaka har flera olika befolkningsstudier visat att det åldersjusterade insjuknandet i demenssjukdomar verkar minska i Sverige och jämförbara västländer [14]. Även om det inte är klarlagt vad som är orsaken pekar mycket på att bättre behandling av hjärt-kärl-relaterade riskfaktorer spelar roll (behandling av höga blodfetter, högt blodtryck och diabetes), och inte minst den ökade behandlingen av förmaksflimmer med antikoagulantia (blodförtunnande) som minskar risken för stroke och i förlängningen vaskulär demens.

Annat som skulle kunna bidra är allmänt förbättrad hälsa liksom ökad medvetenhet om riskerna med upprepade hjärnskakningar inom idrotten och riskerna med lösningsmedel, tungmetaller och så vidare inom arbetslivet. Flera nyligen publicerade studier har också pekat på att vaccinering mot bältros tycks minska risken för demenssjukdomar.

Det är däremot oklart i vilken grad hälsointerventioner kan påverka den generella risken för demenssjukdom. Den så kallade FINGER-studien kunde visa att en multifaktoriell intervention (kost, motion, kognitiv träning, och kontroll på hjärt-kärl-riskfaktorer) gav mätbar effekt på kognitiva test vid uppföljningen för äldre personer med förhöjd risk för demenssjukdom. Eftersom det ännu inte publicerats några data från FINGER-studien avseende insjuknandet i demenssjukdom går det ännu inte att skatta hur stor effekt interventionen skulle kunna ha [15, 16].

Fortsatt arbete med att minska risken för hjärt-kärl-relaterad sjukdom genom såväl läkemedelsbehandling som annat hälsofrämjande arbete bedöms dock ha etablerat gott stöd avseende risk för bland annat stroke och hjärtinfarkt och bör därför även kunna bidra till att minska risken för framför allt vaskulär demens [17].

Demenssjukdomar kräver stöd

Demenssjukdomar är kroniska, långvariga och progressiva vilket på sikt påverkar hela livssituationen för de sjuka själva och deras anhöriga under många år. Under 2019 uppskattades omfattningen och fördelningen av kostnader för personer med demenssjukdomar till att ca 82 procent utgjordes av kommunala kostnader, ca 2 procent av kostnader för regionerna och ungefär 16 procent av indirekta kostnader (informell vård och produktionsförluster). Regionernas kostnader i form av sjukvårdsinsatser och läkemedel. Av den totala kostnaden för personer med demenssjukdomar (SEK 81,5 miljarder) utgjordes lite mer än 52,6 miljarder (64 procent) av kostnad för särskilda boenden och lite mer än 12,5 miljarder (15 procent) av hemtjänst [18].

Kostnaderna för personer med demenssjukdomar som bor i särskilt boende för äldre med inriktning på demenssjukdomar uppgår till ca 70 procent av kommunernas totala kostnader för alla personer i särskilt boende för äldre, säbo. De kommunala kostnaderna för demenssjukdomar utgör ungefär hälften av kommunernas totala kostnader för äldreomsorg [4]. En ekonomisk värdering av informell vård utförd av anhöriga utgör ungefär 16 procent.

Internationell utblick

Demens är ett växande globalt folkhälsoproblem som enligt WHO beräknas påverka över 135 miljoner människor år 2050, främst i låg- och medelinkomstländer. WHO har därför tagit fram en global handlingsplan för demens som antogs 2017, med fokus på ökad kunskap, förebyggande insatser, förbättrad vård och stöd till både drabbade och anhöriga samt satsningar på forskning och datainsamling. Organisationen har även etablerat Global Dementia Observatory som ett kunskapscentrum och inom Europa har European Centre for Social Policy and Research i Wien motsvarande roll [19].

I de nordiska länderna har sannolikt mer än en halv miljon människor en demenssjukdom. Förekomsten av demens beräknas dubbleras till år 2050. Samtliga nordiska länderna har en nationell demensstrategi eller handlingsplan. Dock finns skillnader i styrning av vård och omsorg. Norge och Finland har till exempel specifika lagar som direkt reglerar

dagverksamhet för personer med demens, medan Sverige, Danmark och Island styr detta genom mer allmänna socialtjänstlagar och riktlinjer.

Vården och omsorgens organisering är betydelsefull för kvalitet och resultat

Vården och omsorgens organisering förutsätter samarbete mellan olika professioner såväl som olika aktörer, vilket i sin tur innebär att vårdens och omsorgens organisering har betydelse för vård vid demenssjukdomar.

Brist på personal är vanligt inom hälso- och sjukvården och vård och omsorg vid demenssjukdomar är inte något undantag. För att säkra kompetensförsörjning av personal behöver regionerna och kommunerna fortsätta att satsa på att rekrytera, fortbilda och behålla personal inom området. En mer ingående redogörelse finns i rapporten *Metoder för att arbeta med lärande för ett effektivt nyttjande av personalresurser utifrån ett nationellt perspektiv,* 2025 [20].

Flera aktörer är berörda och på olika sätt ansvariga för vården och omsorgen:

- Kommunen har ansvar för insatser enligt socialtjänstlagen, där hemtjänst, dagverksamhet, särskilda boenden och anhörigstöd ingår.
- Regionen representeras av specialistvård (minnesmottagning) som ansvarar för utredning, diagnos och läkemedelsbehandling och primärvård som är central för diagnostisering, vård, uppföljning och samordning.
- Ansvaret för hemsjukvård kan efter överenskommelse överlämnas från regionen till kommunen. Detta brukar kallas skatteväxling, eftersom skattemedel då överförs från regionen till kommunen. I Sverige har sådan skatteväxling genomförts i alla regioner förutom Stockholmsregionen. Kommunen utför då viss typ av primärvård i den enskildes hem (ordinärt boende). Vilken vård som utförs av kommunen bestäms av huvudmännens avtal. Oftast behåller regionen ansvaret för avancerad sjukvård i hemmet, ASIH.
- Slutligen finns även privata vårdgivare som tillhandahåller vård och omsorg vid demenssjukdomar. Tillgång till denna kan dock förutsätta prövning av rätt till insats av ansvarig kommun.

Vård och omsorg vid demenssjukdomar berörs också av flera olika lagrum:

- Socialtjänstlagen (SoL) är en ramlag som reglerar kommunernas socialtjänst. För att få boende i en särskild boendeform fordras en individuell prövning av den enskildes behov och ett beslut enligt socialtjänstlagen. Den enskilde gör en ansökan hos socialnämnden i

kommunen. Kommunen har också möjlighet att erbjuda hemtjänst och vissa andra insatser utan individuell behovsprövning.

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är en ramlag som berör de båda sjukvårdshuvudmännen, regioner och kommuner. Kommunerna har ett hälso- och sjukvårdsansvar till och med sjuksköterskenivå inom vissa särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionsnedsättning samt daglig verksamhet och dagverksamhet. Efter överenskommelse mellan regionen och kommunen kan kommunen även ge sådan hälso- och sjukvård i den enskildes hem (ordinärt boende). Läkarinsatser är alltid regionernas ansvar. Ofta innebär överenskommelsen att den som inte kan ta sig till sin regionens primärvård i stället får insatser från den kommunala hälso- och sjukvården i sitt hem. Även vid kommunal hälso- och sjukvård gäller reglerna om verksamhetschef i HSL. Dessutom finns det krav på att kommunen ska ha en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som har ett visst reglerat ansvar.
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en lag som reglerar regionernas och kommunernas insatser för människor som på grund av funktionsnedsättning är beroende av speciella stödinsatser. LSS är en rättighetslagstiftning, där rättigheten för den enskilde motsvaras av en skyldighet för region och kommun att tillhandahålla insatsen i fråga. Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ingår i LSS-insatserna bostad med särskild service och daglig verksamhet.
- 1980 års socialtjänstreform hade en bärande tanke om att den enskildes inflytande skulle förstärkas, och frivillighet och självbestämmande är vägledande begrepp inom socialtjänsten. Frivillighetstanken kommer till uttryck i 2 kap. 1 § SoL där det framgår att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet. Det förstärks av 10 kap. 3 § SoL som anger att insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Det är viktigt att den enskilde behåller ansvaret för sin egen situation.

Styrning av vård och omsorg

Som tabell 2 visar har de flesta regionerna (14 av 19) styrdokument som reglerar vård och omsorg för personer med demenssjukdomar, majoriteten i samarbete med kommunerna i regionen. Endast region Gotland och region Värmland saknar ett sådant styrdokument.

Tabell 2. Regioner som har styrdokument som reglerar vården av demenssjukdomar

Antal regioner med styrdokument. Avser år 2025. Antal svarande regioner 19 av 21.

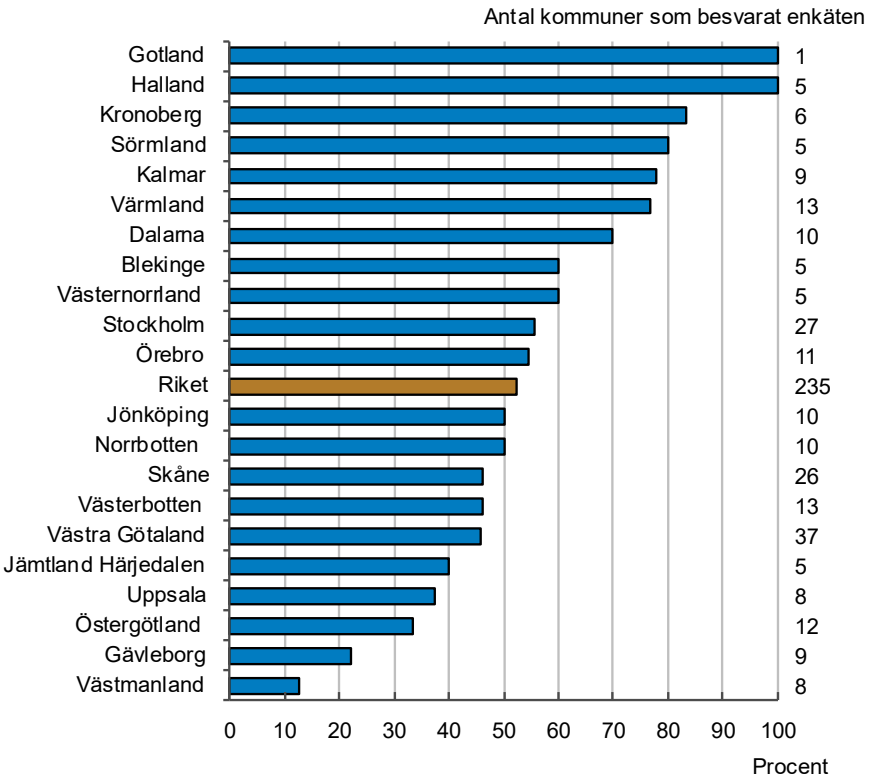
Regionen och samtliga kommuner i regionen/länet	Regionen och vissa kommuner i regionen/länet	Enbart regionen	Inga styrdokument
14	0	3	2

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner 2025.

Diagram 1 visar att hälften av kommunerna uppger att de har ett motsvarande styrdokument som inkluderar målsättningar för vård och omsorg av personer med demenssjukdomar.

Diagram 1. Kommuner med centralt styrdokument

Andelen kommuner med styrdokument som inkluderar målsättningar för vård och omsorg av personer med demenssjukdomar. Avser år 2025. (Antal svarande kommuner och stadsdelar 235 av 300.) Procent.



Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Närmare hälften av kommunerna (106 av 235) uppger att de har en plan för vård och omsorg av personer med demenssjukdomar. Andelen har ökat från utvärderingen 2018 då en tredjedel av kommunerna hade en sådan plan.

Satsningar på förbättrad vård och omsorg men oklara resultat

Majoriteten av regionerna uppger att de har ett pågående arbete för att stärka vården av personer med demenssjukdomar. Tabell 3 visar att 12 regioner svarar att man skapar förutsättningar för tidig diagnos i primärvården och 11 i specialistvården. På samma sätt svarar 13 regioner att man skapar förutsättningar genom att säkerställa att personer med demenssjukdomar får adekvat uppföljning i primärvården, 11 i specialistvården. Bland andra åtgärder tar regionerna främst upp att de har infört *Vårdförlopp för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom* [21] och samarbetet med kommunerna.

Regionerna Gotland, Jönköping och Östergötland svarar att de inte har något sådant pågående arbete.

Tabell 3. Regioner med pågående arbete för att stärka vård vid demenssjukdomar

Antal regioner med ett pågående arbete för att stärka vården av personer med demenssjukdomar. Avser år 2025. Antal svarande regioner 19 av 21.

	Primärvården	Specialistvården	Inget pågående arbete
Genom att skapa förutsättningar för att fler personer får tidig demensutredning	12	11	4
Genom att säkerställa att fler personer med demenssjukdomar får adekvat uppföljning	13	11	3
Andra åtgärder	7	6	8

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner 2025.

För att få ytterligare kunskap om regionernas satsning på att stärka vården för personer med demenssjukdomar genomfördes två stickprov. Vi utgick från områden där regioner gjort satsningar och motsvarande data i utvärderingen, det vill säga satsningar på att fler personer får tidig demensutredning och satsningar på att säkerställa att fler personer med demenssjukdomar får adekvat uppföljning.

Vi jämförde sedan regionernas enkätsvar inom dessa båda områden, för att se om det fanns något samband mellan satsningarna och i vilken utsträckning våra data visade att de nådde målnivån inom respektive område. Jämförelsen visade inga samband mellan uppnådd målnivå och regioners satsningar.

Regionernas satsningar kan också relateras till kommunernas behov. I Socialstyrelsens enkät till kommunerna frågade vi bland annat vilka

begräsningar kommunerna ser för att erbjuda den vård och omsorg de önskar. Som diagram 2 visar är den begränsning flest nämner tillgången till särskilda boenden, vilket i första hand är en kommunal fråga (se vidare diskussion nedan), men därefter återkommer begränsning i form av tillgång till läkarinsatser.

Var fjärde kommun svarade tillgång till läkarinsatser på särskilda boenden är en begränsning och var tredje kommun svarade att hemtjänstens tillgång till läkare via hemsjukvård är en begränsning. När det gäller hemtjänstens läkarkontakter tillhör personer med demenssjukdomar olika vård- och hälsocentraler vilket innebär kontakter med många olika läkare. Några önskemål från kommunerna handlar om samverkan med utsedda läkare med geriatrisk kompetens.

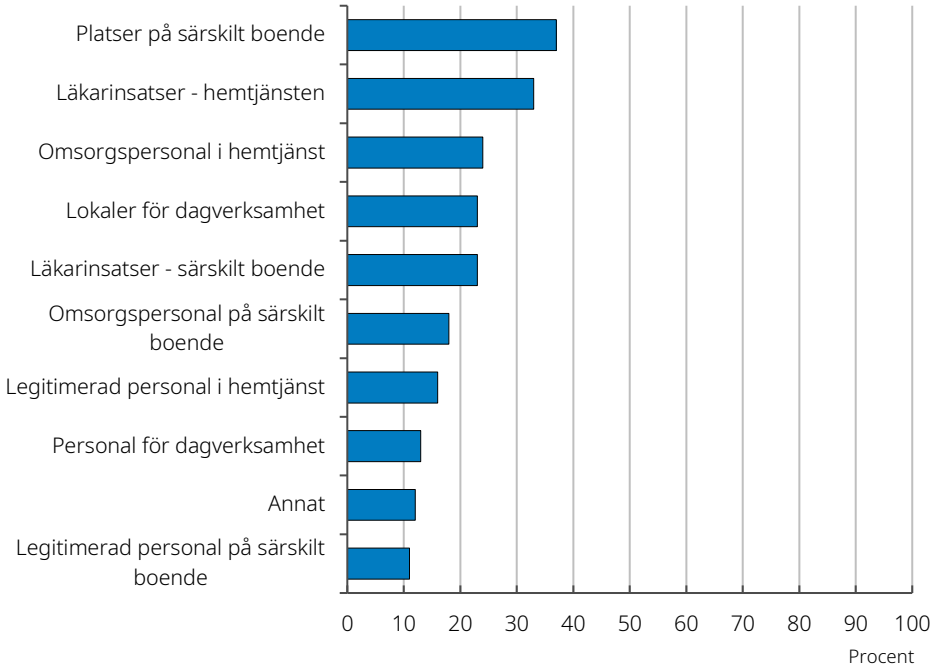
Samverkan med regionen lyftes även specifikt, kommuner önskar att arbeta tidigare och strukturerat med demensförloppet med till exempel förebyggande SIP (samordnad individuell plan).

Den enskilt vanligaste orsaken till att kommunen ansåg sig inte kunna erbjuda samtliga insatser man skulle önska var dock begränsad tillgång till platser på säbo, vilket är en fråga som i första hand berör kommunen. Bilden bekräftas delvis av Boverkets redovisning av kommunernas behov, som visar att det råder obalans mellan behov och tillgång till säbo. I ungefär tio års tid har mellan 110 och 120 kommuner uppgett att de har ett underskott. De senaste tre åren har dock visat en liten minskning av antalet kommuner med underskott [22].

En stor del av kommentarerna tar upp tillgång till personal med rätt kompetens, men också bristande kontinuitet på grund av många vikarier, både på säbo och i hemtjänst.

Diagram 2. Faktorer som påverkar kommunernas insatser negativt

Rapporterade begräsningar för kommunernas möjlighet att ge vård vid demenssjukdomar och dess omfattning. Avser 2025. Antal svarande kommuner och stadsdelar 235 av 300. Procent.



Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Skillnader i kommunernas krav på rapportering till kvalitetsregister

Tabell 4 visar att systematiskt arbete med kvalitetsregister skapar viktiga förutsättningar för att få kunskap om vårdens utveckling i stort, men ger också möjlighet att följa upp gjorda satsningar. Det register som förekommer i flest fall är Palliativregistret. Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) är det register som följer hela vårdkedjan, men är också minst förekommande i kommunernas kravställan.

Tabell 4. Kommunernas krav på verksamheternas rapportering till kvalitetsregister

Andelen kommuner med krav på rapportering till nedanstående kvalitetsregister. Avser 2025. Antal svarande kommuner- och stadsdelar 235 av 300. Procent.

	Senior alert	Palliativ-registret	SveDem	BPSD-registret	Inget av dessa register	Inte aktuellt*
Särskilda boenden i offentlig regi	86	91	35	87	2	2
Särskilda boenden i enskild regi	26	27	7	26	1	70
Hemsjukvård i offentlig regi	62	80	20	50	3	15
Hemsjukvård i enskild regi	11	14	2	8	2	83
Hemtjänst i offentlig regi	45	37	-	34	25	20
Hemtjänst i enskild regi	10	9	-	6	10	78

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.
*Inte aktuellt kan betyda att kommunen inte har utförare i enskild regi eller att man inte reglerar rapporteringar i avtal.

Analys av resultat

Närmare hälften av kommunerna uppger att de har en plan för vård och omsorg av personer med demenssjukdomar. Denna andel har visserligen ökat från utvärderingen 2018, då en tredjedel av kommunerna hade en sådan plan, men skillnaden mellan regioner och kommuners redovisning av styrdokument skapar frågetecken. Till det kan läggas brist på läkarkontakter, som återkommer från kommunernas sida. På frågan om faktorer som påverkar kommunernas insatser negativt svarar var fjärde kommun tillgång till läkarinsatser på särskilda boenden och var tredje kommun svarar att hemtjänstens tillgång till läkare via hemsjukvård är en begränsning. Regioner och kommuner behöver skapa gemensamma styrdokument som motsvarar aktuella behov i vård och omsorg.

Platser på säbo beskrivs av kommunerna som främsta begränsning för att erbjuda den vård och omsorg de önskar. vilket är en fråga kommunen har kontroll över. Visserligen redovisar Boverket en viss förbättring i balansen mellan behov och platser, men obalansen har tagits upp i mer än tio år. Kommunerna har här ett dubbelt ansvar, dels att säkerställa att vården och

omsorgen fungerar trots att platser på säbo saknas, dels att tillhandahålla fler platser.

Samtidigt ska utvecklingen inom god och nära vård vägas in, liksom strävan efter personcentrerad vård. I den utsträckning det är möjligt bör personer med demensdiagnos ha möjlighet att bo kvar i ordinärt boende om önskan finns.

Kommunen behöver identifiera vilka de negativa konsekvenser bristen på säbo leder till för att region och kommun gemensamt ska kunna arbeta för att åtgärda dessa. Samtidigt behöver region och kommun fortsatt arbeta för att kunna erbjuda möjlighet att så länge som möjligt bo kvar i sitt ordinära boende när önskan finns [23].

Samordning och samverkan behöver förbättras

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt, teambaserat arbetssätt [24]. Syftet är att bidra till kontinuitet i vården och omsorgen, och att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser. Det bidrar också till ett helhetsperspektiv.

Vård och omsorg vid demenssjukdomar är därmed ett område där ansvaret delas av flera parter. Förutom kommun och region finns privata utförare och anhöriga. Nya behandlingsmetoder och möjligheter till tidigare diagnostik medför också att gränserna mellan olika aktörer förändras, vilket ställer ytterligare krav på samverkan.

Demensteam på ledningsnivå ser olika ut i region och kommun

Nationella riktlinjer rekommenderar samverkan som ett viktigt utvecklingsområde och även i *Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom* [5] lyfts samverkan fram, bland annat i form av strategisk samverkan på ledningsnivå. Stöd från beslutsfattande nivå underlättar prioriteringar och genomförande, samt bidrar till att skapa kontinuitet.

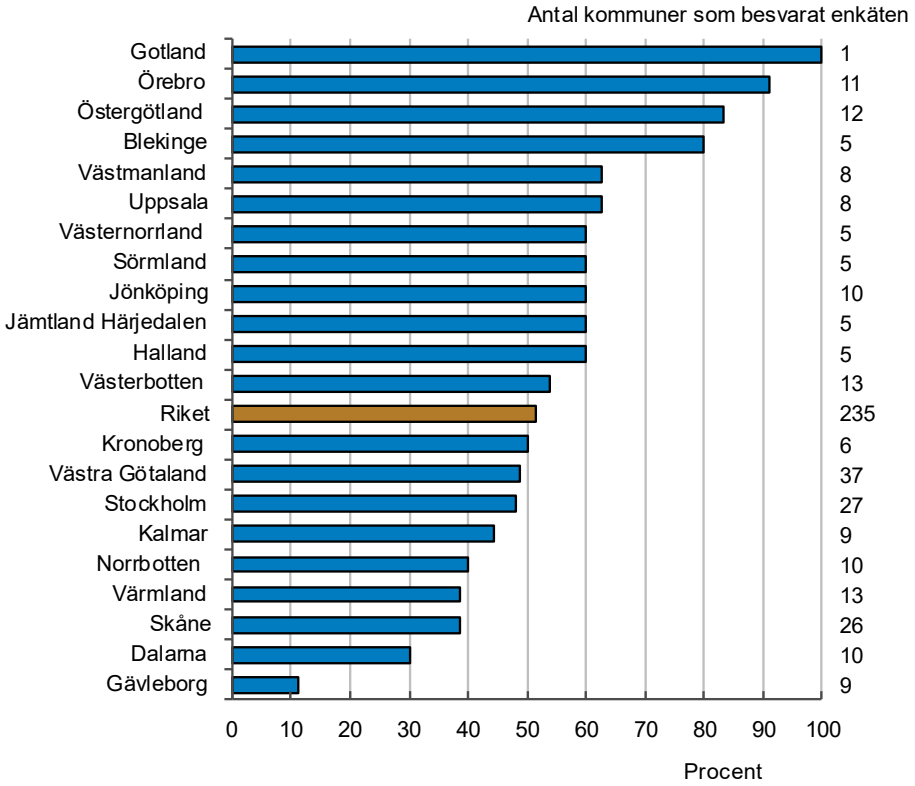
Drygt hälften av regionerna, 12 av 19, svarar att de tillsammans med kommuner har en strategisk samverkansgrupp på ledningsnivå inom vård och omsorg för personer med demenssjukdomar. Regioner som svarar att de inte har en sådan samverkansgrupp är Halland, Kalmar, Skåne, Sörmland, Värmland, Västra Götaland samt Örebro.

Av kommentarerna framgår att regionerna kan ha andra former för samverkan, till exempel arbetsgrupper med kommunerna med tema äldre. Det finns också exempel på regioner som har skapat en regional arbetsgrupp med representanter för alla verksamheter i samband med att de arbetat med vårdprogram och vårdförlopp.

Som diagram 3 visar uppger drygt hälften av kommunerna att de ingår i en sådan samverkansgrupp med regionen. I redovisning efter region uppger endast en av tio kommuner i Gävleborg och en av tre i Dalarna att de ingår i en regiongemensam samverkansgrupp medan det i Örebro är nio kommuner av tio och i Blekinge och i Östergötland åtta av tio.

Diagram 3. Kommuner som tillsammans med regionen ingår i en strategisk samverkansgrupp

Andelen kommuner som tillsammans med regionen ingår i en strategisk samverkansgrupp på ledningsnivå inom vård och omsorg för personer med demenssjukdomar. Avser år 2025. (Antal svarande kommuner och stadsdelar 235 av 300.) Procent.



Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Utveckling av demensteam i verksamheterna har avstannat

Ett vanligt sätt att organisera det multiprofessionella arbetet är i form av demensteam med en samordnande funktion för hela teamet. Det är viktigt att ingående kompetenser i demensteam har sin bas i såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. I de fall en person har behov av både vård- och omsorgsinsatser ska socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillsammans upprätta en samordnad individuell plan (SIP), vilken utgör ett viktigt verktyg i samordningen av personens olika insatser.

Vilka som ska delta i det multiprofessionella arbetet kan variera över tid. I tidiga faser av sjukdomen ligger fokus på medicinsk utredning och diagnos. I takt med att personens behov av vård och omsorg ökar blir det aktuellt med åtgärder från andra professioner, samt regelbunden uppföljning genom multiprofessionellt arbete, olika typer av stödinsatser etcetera

Demensteamen arbetar konsultativt med till exempel samordning, stödinsatser och utbildning.

Som tabell 5 visar har tre regioner demensteam med personal enbart från regionen, Sörmland, Västra Götaland och Västerbotten. Ytterligare fem regioner, Östergötland, Kronoberg, Blekinge, Västernorrland och Jämtland Härjedalen, har demensteam med personal både från regionen och kommuner, men majoriteten av regionerna har inga demensteam. I kommentarerna hänvisar man till att kommunerna har demensteam.

Tabell 5. Demensteam i regioner

Antal regioner som har demensteam. Avser år 2025. Antal svarande regioner 19 av 21.

Personal enbart från regionen	Personal både från regionen och kommuner	Har inte demensteam
3	5	11

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner 2025.

Knappt hälften (111 av 235) av kommunerna har demensteam med personal enbart från den egna kommunen och var sjätte kommun (37 av 235) har även demensteam i samarbete med regionen. Andelen kommuner med personal enbart från den egna kommunen har ökat något från utvärderingen 2018 och andelen kommuner med demensteam där även regionen deltar har fördubblats jämfört med utvärderingen 2018.

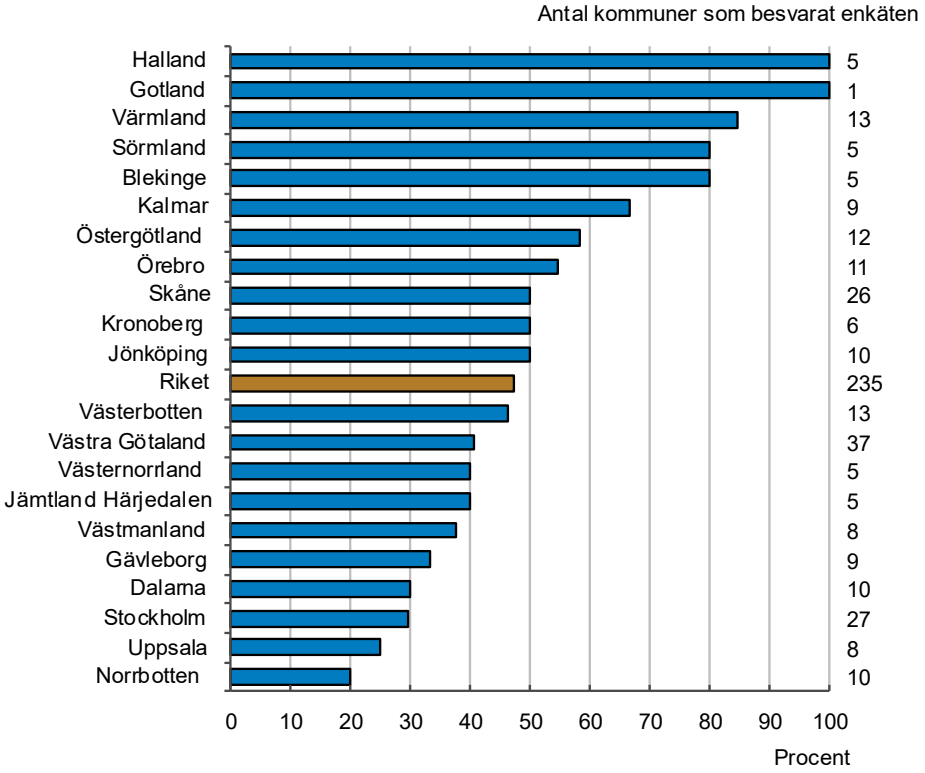
Antalet kommuner med personal från både region och kommun i sina demensteam har ökat. År 2014 hade färre än var tionde kommun ett demensteam där personal från regionen ingick, och 2025 är det resultatet närmare en fjärdedel.

Av de totalt 231 svarande kommunerna uppger ungefär hälften, 113 kommuner, att de inte har demensteam vare sig med personal från kommun eller region.

I utvärderingen från 2018 konstaterade Socialstyrelsen att antalet demensteam hade ökat under perioden 2002 till 2013. En förklaring till ökningen ansågs vara det statsbidrag som regeringen delade ut inom äldreområdet, och som bland annat kunde användas till att utveckla demensteam. Däremot visade resultaten att antalet demensteam hade minskat under åren därefter. Knappt varannan kommun – 45 procent – hade ett sådant team. Som diagram 4 visar är situationen i stort sett oförändrad sedan dess. Demensteam saknas i drygt 100 kommuner.

Diagram 4. Kommuner med demensteam

Andelen kommuner som har demensteam. Avser år 2025. (Antal svarande kommuner och stadsdelar 235 av 300.) Procent.



Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Tabell 6 visar att ungefär hälften av de tillfrågade vård- och hälsocentralerna (149 av 286) har svarat att de har demensteam inom vård- och hälsocentralerna, något färre har ett team i samverkan med specialistklinik och något fler har ett i samverkan med kommunen. Var fjärde vård- och hälsocentral saknar dock helt demensteam.

Kommentarerna beskriver att demensteamen medverkar både inom utredning och diagnostik och vid uppföljning; detta gäller mer än fyra femtedelar av teamen.

Tabell 6. Vård- och hälsocentraler med demensteam

Andelen vård- och hälsocentraler efter huruvida de har demensteam inom sin verksamhet. Avser år 2025. Antal svarande vård- och hälsocentraler 286 av 612. Procent.

	Procent
Inom vård- och hälsocentraler	52
I samverkan mellan vård- och hälsocentraler och specialistklinik kognitiva sjukdomar	44
I samverkan mellan vård- och hälsocentraler och kommun	57

Källa: Socialstyrelsens enkät till vård- och hälsocentraler 2025.

Varierande yrkeskompetenser i demensteam

Som tabell 7 visar är demenssjuksköterska och undersköterska de yrkesgrupper som ingår i demensteam i de flesta kommuner (demenssjuksköterska i 96 kommuner, undersköterska i 102 kommuner). I två tredjedelar (76 av 118) av teamen ingår även en arbetsterapeut. Däremot ingår som regel inga funktioner som kan ge psykosocialt stöd i teamen, exempelvis kurator eller psykolog. Andra kompetenser som kan ingå i teamet är anhörigkonsulent, Silviasjuksköterska och läkare.

Tabell 7. Kompetenser i kommunernas demensteam

Andelen kommuner efter kompetenser i kommunernas demensteam. Avser år 2025. Antal svarande kommuner- och stadsdelar 235 av 300. Procent.

	Procent
Demenssjuksköterska	81
Undersköterska	86
Arbetsterapeut	64
Fysioterapeut	36
Kurator	1
Psykolog	0
Dietist	0
Handläggare socialtjänst	43
Andra kompetenser	46

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Försämrad tillgång på hemtjänstteam med inriktning på demenssjukdomar

Det är den enskildes behov som avgör om socialtjänsten beviljar en insats och hur den i så fall ska utformas. Det finns inget ”minimum” utan det är det individuella behovet som styr. Målet är att varje person ska ha skäliga levnadsförhållanden.

Knappt en femtedel (42 av 235) av kommunerna säger att de har hemtjänstpersonal som enbart har i uppdrag att arbeta med personer med demenssjukdomar.

Det är vanligast att kommunerna har särskilda hemtjänstteam som enbart arbetar med personer med demenssjukdomar. Detta finns i 11 procent av kommunerna, (27 av 235). Teamen kan finnas inom en hemtjänstverksamhet, men de kan också vara en separat verksamhet som ansvarar för ett större geografiskt område. I kommuner som har särskilda

hemtjänstteam finns dessa vanligtvis i hela eller nästan hela kommunen eller stadsdelen. Totalt i riket uppger 190 av 235 svarande kommuner att de har särskilda hemtjänstteam.

I ytterligare 7 procent av kommunerna (17 av 235) finns särskild hemtjänstpersonal inom respektive hemtjänstverksamhet som har i uppdrag att arbeta med personer med demenssjukdomar, utan att vara kopplade till ett särskilt team med demensinriktning. Även detta finns vanligen i hela eller nästan hela kommunen eller stadsdelen.

I åtta regioner, Stockholm, Östergötland, Kalmar, Skåne, Västra Götaland, Värmland, Dalarna och Västerbotten, finns båda formerna av uppdrag där personal enbart arbetar med personer med demenssjukdomar. I fyra regioner, Södermanland, Jönköping, Halland och Gävleborg, har kommuner särskilda hemtjänstteam med uppdrag att enbart arbeta med dessa personer.

I utvärderingen 2018 konstaterade Socialstyrelsen att antalet demensteam inte längre ökade, utan i stället hade minskat under de senaste åren. Socialstyrelsen bedömde att det var en olycklig utveckling, eftersom teamen kan bidra till att personer med demenssjukdomar identifieras tidigare samt får bättre och mer samordnade vård- och omsorgsinsatser. Situationen är densamma nu - inga förändringar har skett jämfört med utvärderingen 2018.

Varierande tillgång på personal med samordningsansvar

Personal med särskilt samordningsansvar för personer med demenssjukdomar behövs inte enbart i demensteam utan även i andra delar av vården. Denna personal behöver ha särskild kunskap om demenssjukdomar och ett uttalat uppdrag att specifikt arbeta med patientgruppen.

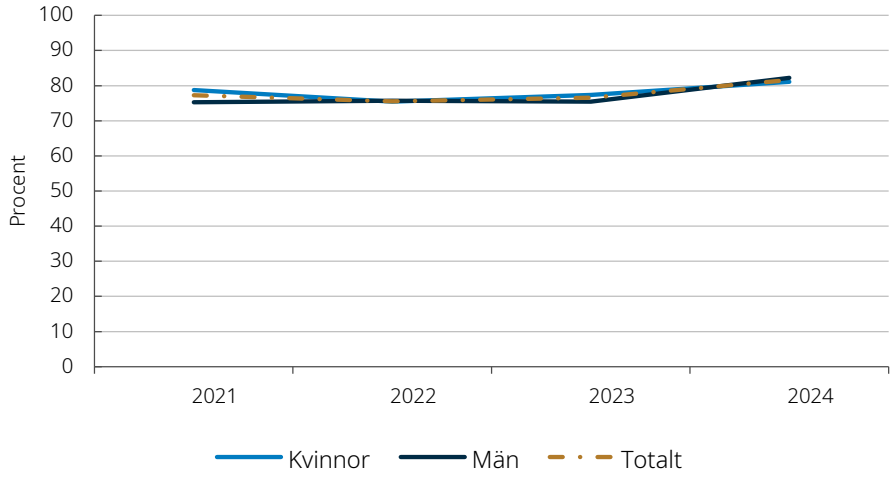
Viss ökning av personal med samordningsfunktion i primärvården

I hälften av regionerna finns personal med särskilt samordningsansvar vid de flesta vård- och hälsocentraler. De samordnar till exempel insatser inom primärvården och med andra vård- och omsorgsgivare. Dock bör påpekas att en generellt koordinerande roll ingår i primärvårdens uppdrag.

Diagram 5 visar andel personer med demenssjukdomar som har en kontakt med samordningsansvar hos vård- och hälsocentraler. Resultatet är förhållandevis konstant, runt fyra femtedelar. Skillnaden mellan könen är liten.

Diagram 5. Personer som har tillgång till demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion i primärvård

Andelen personer med demenssjukdomar som har kontakt med en demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion. Primärvård. Procent.



Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).

Ingen region har någon vård- och hälsocentral som saknar samordningsfunktion (tabell 8). I jämförelse med utvärderingen 2018 har något fler regioner vård- och hälsocentraler med särskild samordnande funktion.

Tabell 8. Personal med särskilt samordningsansvar inom primärvården för personer med demenssjukdomar

Antal regioner som har personal med särskilt samordningsansvar inom primärvården för personer med demenssjukdomar. Avser år 2025. Antal svarande regioner 19 av 21.

Alla eller de flesta vård- och hälsocentralerna	Ungefär hälften av vård- och hälsocentralerna	Vid någon enstaka vård- och hälsocentraler	Inte vid någon vård- och hälsocentraler
9	5	5	0

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner 2025.

Oförändrat antal kommuner med samordningsfunktion

Samordningsansvarig för demensfrågor i kommunerna kan vara demenssjuksköterska: en sjuksköterska som främst har till uppgift att fungera som samordnare, utbildare och kontaktsköterska för vård eller omsorg för personer med demenssjukdomar, och som har tydligt avsatt tid för detta. Samordnaren kan även ha annan utbildning än demenssjuksköterska, men uppgifterna är likartade.

Drygt hälften av kommunerna, 129 av 235, uppger att de har en demenssjuksköterska med samordningsansvar och i 98 av 235 svarande kommuner har en person med någon annan professionell bakgrund detta ansvar; personen är då ofta en Silviasyster eller arbetsterapeut. 65 av 235 svarande kommuner saknar dock en person som har i uppdrag att samordna kommunens insatser till personer med demenssjukdomar, vilket är lika stor andel som utvärderingen 2018.

I hemtjänstverksamheten ska det också finnas en fast omsorgskontakt som tillgodoser den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning. En hemtjänsttagare ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms som uppenbart obehövligt. Utrymmet att inte erbjuda hemtjänsttagare en fast omsorgskontakt är mycket begränsat. Bara personer som får använda titeln undersköterska får vara fast omsorgskontakt, enligt särskilda regler som började gälla den 1 juli 2023. Enligt Socialstyrelsens uppföljning från 2025 hade tre av fyra personer 65 år och äldre och 9 av 10 personer yngre än 65 år med hemtjänst erbjudits en fast omsorgskontakt. Sju av tio äldre och åtta av tio yngre än 65 år med hemtjänst hade tackat ja till erbjudandet. Socialstyrelsens slutsats var att de äldre hemtjänsttagare som ofta träffade sina fasta omsorgskontakter också generellt var mer nöjda med kvaliteten i hemtjänsten. Samtidigt ansåg Socialstyrelsen att fler hemtjänsttagare framöver behöver erbjudas en fast omsorgskontakt [25].

Samverkan mellan region och kommun om medverkan av läkare

Regionernas uppföljning av personer med demenssjukdomar sker i de flesta fall inom primärvården. Även om utredningen har skett inom specialistvården är det vanligt att patienten överförs till primärvården för vidare insatser och uppföljning. Eftersom en person med demenssjukdom ofta behöver insatser från både region och kommun är det angeläget att uppföljningen sker i samverkan mellan huvudmännen.

Tabell 9 visar att drygt hälften av regionerna svarar att de har en överenskommelse mellan regionen och kommunerna om att läkare ska medverka vid uppföljning av personer med demenssjukdomar. I stort sett alla regioner har endera överenskommelse med både primärvård och specialistvård eller saknar helt sådan överenskommelse.

Tabell 9. Gemensam överenskommelse mellan regionen och kommunerna om läkarmedverkan

Antal regioner med gemensam överenskommelse mellan regionen och kommunerna om att läkare ska medverka vid uppföljning av personer med demenssjukdomar. Avser år 2025. Antal svarande regioner 19 av 21.

	Antal
Primärvården	11
Specialistvården	12
Saknar gemensam överenskommelse	6

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner 2025.

Som tabell 10 visar anger två tredjedelar av kommunerna (158 av 235) att de har en överenskommelse mellan kommun och region om att läkare ska medverka vid uppföljning av personer med demenssjukdomar inom primärvården. Däremot är det endast var fjärde kommun (56 av 235) som anger att de har en motsvarade överenskommelse för specialistvården.

Två kommuner av tio (52 av 235) har en överenskommelse som omfattar både primärvård och specialistvård, medan tre kommuner av tio (73 av 235) helt saknar sådan överenskommelse om läkarmedverkan.

Flera kommentarer tar upp att läkarmedverkan inte specifikt handlar om demenssjukdomar utan att verksamheterna erbjuder sedvanligt läkarstöd efter behov; avtal finns med primärvården men inte specifikt om demenssjukdomar.
Svaren från region och kommun ger olika bilder av samverkan. Resultatet kompliceras ytterligare när vi jämför med *Sömlös vård,* den undersökning Svensk Demenscentrum genomförde under 2023. Där ställdes bland annat en fråga till kommunerna om huruvida det fanns samverkansavtal med regionen, men ingen av de svarande uppgav att de hade något sådant [26].

Tabell 10. Gemensam överenskommelse mellan kommunen och regionen gällande läkarmedverkan

Andelen kommuner som har gemensam överenskommelse mellan kommunen och regionen om att läkare ska medverkan vid uppföljning av personer med demenssjukdom. Avser år 2025. Antal svarande kommuner- och stadsdelar 235 av 300. Procent.

	Procent
Primärvården	67
Specialistvården	24

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Informationsöverföring till hemsjukvård är viktig för patientsäkerheten

Informationsöverföring mellan olika vård- och omsorgsgivare är viktig för patientsäkerheten men är också en viktig grund för god och ändamålsenlig vård och omsorg. När och hur information kan överföras beror bland annat på bestämmelser om sekretess, hur verksamheterna är organiserade och vilka system för dokumentation och ärendehantering som används.

Hemtjänsten har ett nära samarbete med hemsjukvården om personer med demenssjukdomar som har hjälp av både hemtjänst och hemsjukvård. Inom fyra av tio hemtjänstverksamheter överförs information från hemtjänst till ansvarig sjuksköterska inom hemsjukvården varje dag och i ytterligare fyra av tio sker det varje vecka. Resterande två av tio uppger att information överförs mer sällan. Den vanligaste kommentaren var att hemtjänsten vid behov informerar ansvarig sjuksköterska. På några ställen har hemtjänsten, oavsett patientens diagnos eller sjukdomstillstånd, alltid möjlighet att kommunicera med hemsjukvården dygnet runt om de behöver.

Drygt hälften av vård- och hälsocentralerna svarade att de rapporterar regelbundet mellan hemsjukvårdens sjuksköterskor och läkare på vård- och hälsocentraler med ansvar för patienter med demensdiagnos, allt från dagligen till månadsvis.

Analys av resultat

Drygt hälften av regionerna uppger att de har någon form av samverkansgrupp på ledningsnivå med kommunerna. Hälften av kommunerna, 121 av 235, svarade de har motsvarande samverkan. De regioner och kommuner som saknar sådan samverkan behöver arbeta gemensamt för att utveckla den.

Arbete i demensteam visar en negativ eller oförändrad utveckling sedan utvärderingen 2018. 11 regioner saknar demensteam och var fjärde vård-/hälsocentral saknar demensteam. Andelen hemtjänstverksamheter som har demensteam minskade mellan 2014 och 2018, sedan dess har andelen varit oförändrad. Samtidigt är det sannolikt ett område där behoven ökar, inte minst med tanke på att diagnos ofta ställs tidigare i sjukdomsförloppet. Demensteam saknas i drygt 100 kommuner. Både regioner och kommuner behöver identifiera vilka hinder som finns för att skapa demensteam. Regioner och kommuner behöver också kartlägga alternativa arbetssätt som eventuellt utvecklats, dels för att förmedla goda exempel, dels för att säkerställa att arbetssätten uppfyller behoven.

Det är fortfarande en förhållandevis liten andel regioner och kommuner som har personal med särskilt samordningsansvar. Regioner och kommuner

behöver identifiera skälen till varför de inte inrättat sådana funktioner och arbeta för att åtgärda dessa [27].

I kommunernas demensteam saknas kompetenser i form av kuratorer och psykologer. Kommunerna behöver kartlägga patienters behov av psykosocialt stöd och säkerställa att de möts. Även dietist saknas ofta i kommunala demensteam. Personer med demenssjukdom har olika vård- och omsorgsbehov och vården behöver utgå från varje enskild patient. Kategorin Övriga har inte studerats närmare men kommentarer visar att kompletterande kompetenser kan finnas, som anhörigkonsulent, läkare. Myndigheten ser dock en risk för att individuella behov inte tillgodoses om nyckelprofessioner inte ingår i teamen.

När det gäller tillgång till demenssjuksköterska visar resultaten en försiktig ökning i primärvården. Regionerna behöver arbeta för att den positiva utvecklingen fortsätter.

Eftersom en person med demenssjukdom ofta behöver insatser från både region och kommun är det angeläget att uppföljningen sker i samverkan mellan huvudmännen. Läkarmedverkan vid uppföljning är dessutom viktig vid demensdiagnoser. Risk finns för feldiagnostisering och felaktig medicinering vid en sjukdomsutveckling som kan vara mycket individuell. Både regioner och kommuner behöver arbeta för fler gemensamma överenskommelser gällande läkarmedverkan.

Tid till diagnos och uppföljning behöver förbättras – men utredning blir vanligare

Det finns idag inte något enskilt test som kan fastställa misstänkta demenssjukdomar, utan utredningen består av flera olika delar och kräver en kombination av bedömningar. Eftersom sjukdomen är progressiv och föränderlig över tid är uppföljning extra viktigt. Det finns vedertagna och validerade instrument som kan användas vid diagnossättning.

Tidig diagnos är viktigt för att med rätt behandling kunna underlätta vardagen och förbättra livskvaliteten för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga. Det är också viktigt för att identifiera sjukdomstillstånd med demensliknande symtom som går att behandla och bota. I och med att läkemedel etableras som faktiskt kan påverka sjukdomsutvecklingen blir det än viktigare.

Diagnostider i primärvård och specialistvård

Enligt riktlinjerna finns ingen specifik rekommendation om utredningstidens längd [1]. Utvärderingen har utgått från samma indikator som utvärderingen 2018 [7], och följer vårdgarantins mål på diagnos inom 90 dagar. Som jämförelse har *Vårdförlopp för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom* 60 dagar som gräns, vilket baseras på att det är en rimlig utredningstid för en potentiellt dödlig sjukdom. Personer med demenssjukdomar är ofta äldre, vilket betyder att samsjuklighet är vanligt förekommande och personer avlider ofta av annan sjukdom.

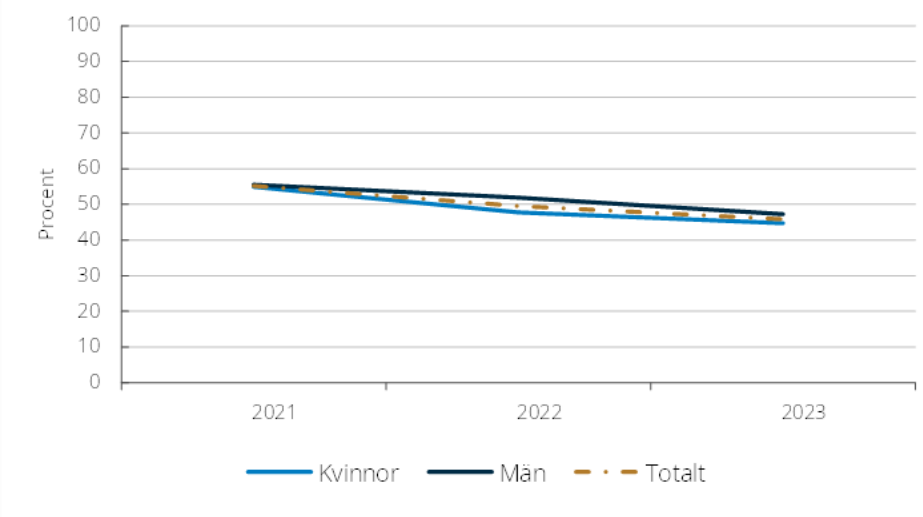
Diagnostider i primärvården

Knappt hälften av de patienter som får diagnos i primärvården får det inom vårdgarantins mål på diagnos inom 90 dagar, som diagram 6 visar. Skillnaden är liten men visar dock en viss negativ trend. Skillnaden mellan könen är liten.

Den tidigare utvärderingen visade att mediantiden från utredningsstart till diagnos var 64 dagar i primärvården. Motsvarande mediantid för 2023 var 57.

Diagram 6. Diagnos inom 90 dagar i primärvård

Andel patienter som fått en demensdiagnos i primärvården inom 90 dagar från kontaktdatum eller mottagen remiss. I region inkluderas enbart personer som har folkbokföringsort registrerad 1 januari. Procent.

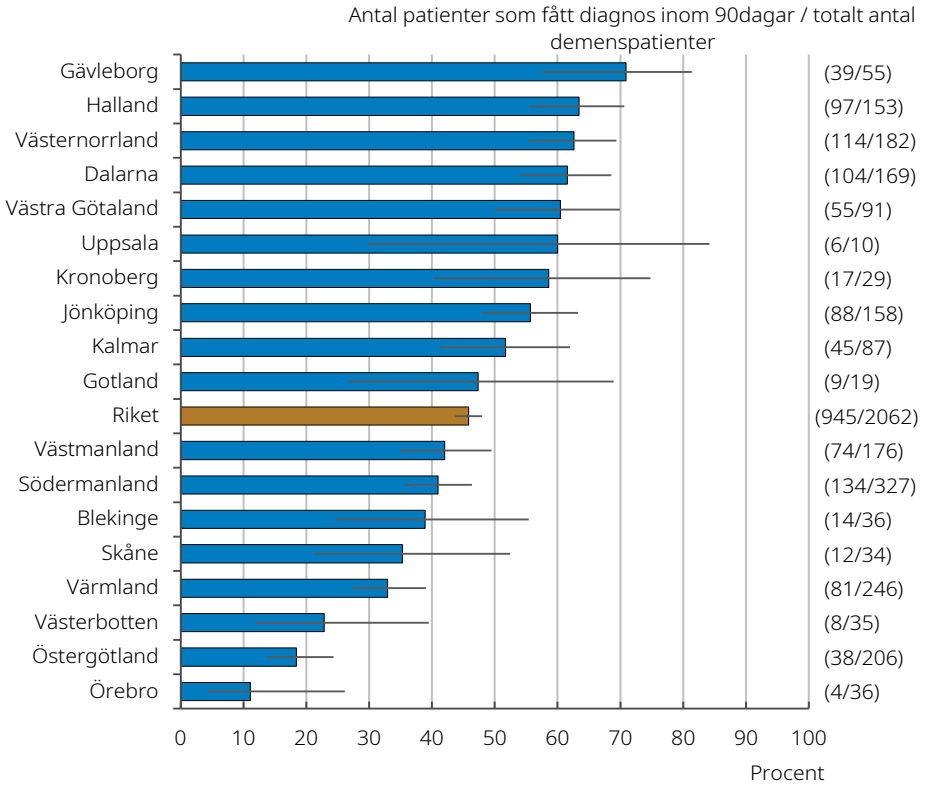


Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).

Utredningstiden skiljer mellan olika regioner, men registreringen i SveDem skiljer sig också, som diagram 7 visar. I Örebro, där minst andel patienter får diagnos inom 90 dagar är resultatet ungefär en av tio. Störst andel patienter som får diagnos inom 90 dagar redovisar Gävleborg, med närmare sju av tio.

Diagram 7. Diagnos inom 90 dagar i primärvård

Andel patienter med demenssjukdomar som får en diagnos i primärvården inom 90 dagar från kontaktdatum eller mottagen remiss. I region inkluderas enbart personer som har folkbokföringsort registrerad 1 januari. Med konfidensintervall. Avser år 2023. Procent.



Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).
* Uppgifter för Stockholm, Norrbotten och Jämtland redovisas inte p.g.a. för få registreringar.

I Socialstyrelsens enkät till vård- och hälsocentraler svarar sex av tio, 172 av 286 att alla eller de flesta nydiagnostiserade patienter fått diagnos inom 90 dagar. Skillnaderna är stora mellan regioner: i Gotland och Västernorrland anger samtliga svarande att alla eller de flesta nydiagnostiserade patienterna fått en demensdiagnos inom 90 dagar, medan detta endast gäller färre än var femte vård- och hälsocentraler i Västerbotten och Örebro. Flera av kommentarerna tar upp utredningstiden på minnesmottagningen eller äldrepsykiatrin. Även väntetiderna till hjärnavbildning med magnetkamera kan vara långa.

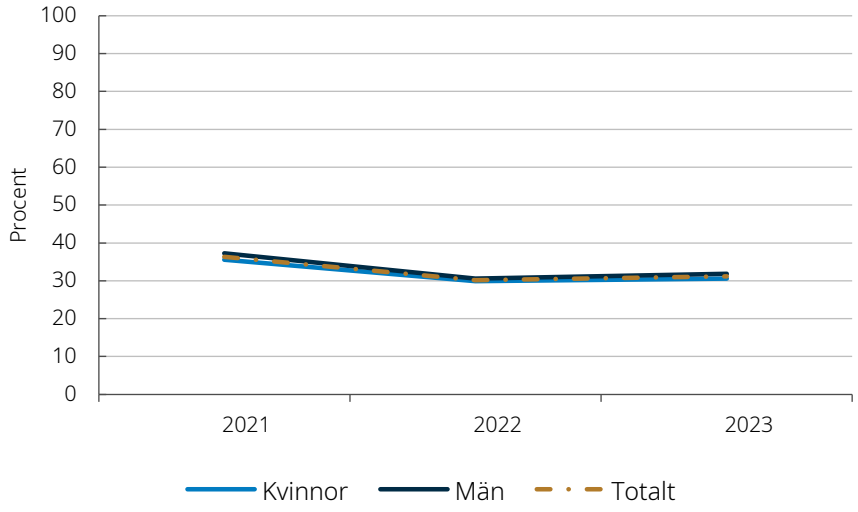
Diagnostider i specialistvården

Diagram 8 visar hur många patienter som fått diagnos inom 90 dagar i specialistvård under åren 2021 och 2023. Andelen patienter ligger mellan ungefär 40 procent 2021 och 35 procent. Skillnaden mellan könen är liten.

Den tidigare utvärderingen visade att mediantiden från utredningsstart till diagnos var 62 dagar i specialistvården. Motsvarande mediantid för 2023 var 64.

Diagram 8: Diagnos inom 90 dagar i specialistvård

Andel patienter med demenssjukdomar som får en diagnos i specialistvård inom 90 dagar från kontaktdatum eller mottagen remiss. I region inkluderas enbart personer som har folkbokföringsort registrerad 1 januari. Procent.

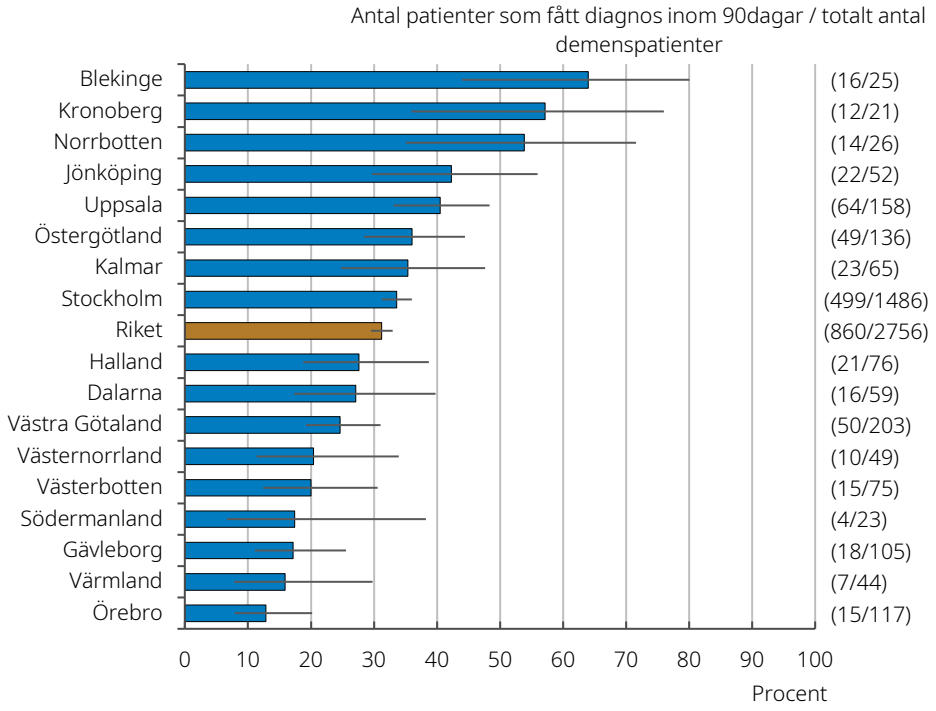


Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).

Som diagram 9 visar skiljer sig utredningstiden mellan olika regioner. Region Blekinge har störst andel patienter som får diagnos inom 90 dagar i specialistvården, medan det i region Örebro är drygt en tiondel som får diagnos inom 90 dagar.

Diagram 9: Diagnos inom 90 dagar i specialistvård

Andel patienter som får demensdiagnos i specialistvård inom 90 dagar från kontaktdatum eller mottagen remiss. I region inkluderas enbart personer som har folkbokföringsort registrerad 1 januari. Med konfidensintervall. Avser år 2023. Procent.



Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).
*Uppgifter för Jämtland, Skåne och Gotland redovisas inte p.g.a. för få registreringar.

Fler får fullständig basal utredning och strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning

Utredningar görs dels för att utesluta andra tillstånd som kan ge kognitiv svikt, för att på så vis fastställa diagnosen demenssjukdom, dels för att bestämma vilken typ av demenssjukdom det gäller, så att vården kan bedöma prognos och behandling samt vård- och omsorgsbehov. Utredningen görs ibland på två nivåer. Först görs en basal utredning, och i de fall som den inte gett tillräcklig information görs en utvidgad utredning. Det gäller till exempel när en person har symtom som är svårbedömda eller när det finns en klinisk misstanke om en sällsynt demenssjukdom. Det är vanligt att primärvården remitterar yngre personer med misstänkt demenssjukdom till en utvidgad utredning. Socialstyrelsen rekommenderar också att hälso- och sjukvården erbjuder en strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmågan som en del i den basala utredningen till personer med misstänkt demenssjukdom.

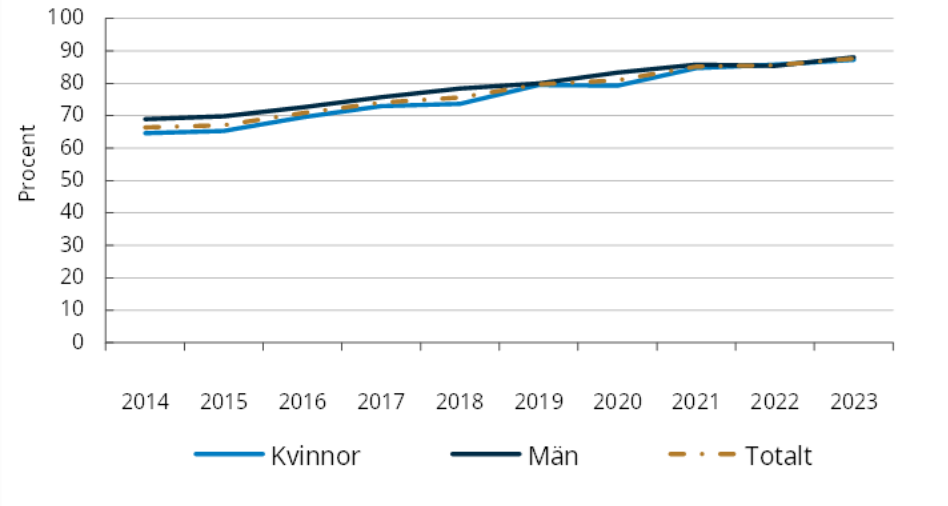
Fullständig basal utredning

I de nationella riktlinjerna framhålls vikten av en fullständig basal demensutredning [28]. Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå för andelen personer med nydiagnostiserad demenssjukdom som genomgår en fullständig basal demensutredning till 90 procent eller fler.

Diagram 10 visar att andelen personer som fått fullständig basal utredning i primärvården har ökat från ungefär 65 procent till 88 procent. Den nationella målnivån på minst 90 procent uppnås alltså inte. Skillnaden mellan könen är liten och från 2020 finns ingen registrerad skillnad.

Diagram 10. Fullständig basal utredning i primärvård

Andelen personer med nydiagnostiserad demenssjukdom som genomgår en fullständig basal demensutredning i primärvården. I region inkluderas enbart personer som har folkbokföringsort registrerad 1 januari. Procent.

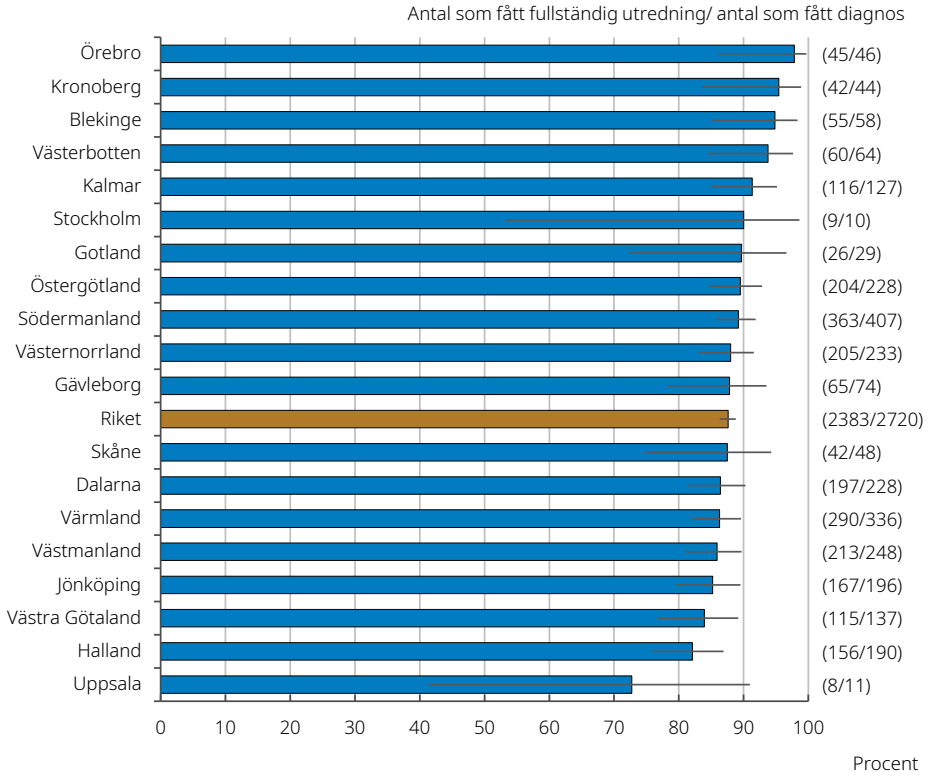


Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).

Som diagram 11 visar är skillnaden mellan regionerna liten och i de flesta regioner får fyra femtedelar fullständig basal utredning i primärvården. Regionerna Kronoberg, Blekinge, Västerbotten och Örebro uppnår målnivån på minst 90 procent.

Diagram 11. Fullständig basal utredning i primärvård

Andelen personer med nydiagnostiserad demenssjukdom som genomgår en fullständig basal demensutredning i primärvården. I region inkluderas enbart personer som har folkbokföringsort registrerad 1 januari. Med konfidensintervall. Avser år 2023. Procent.



Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).
* Uppgifter från Norrbotten och Jämtland redovisas inte p.g.a. färre än tio registreringar.

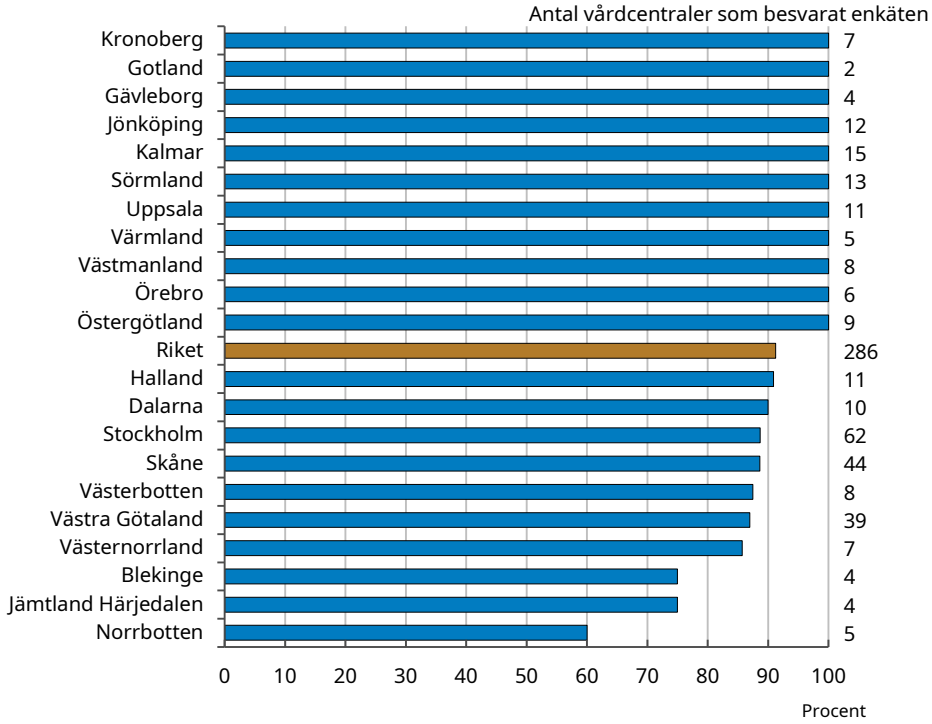
En jämförelse gjordes av andel som fått fullständig basal utredning i relation till områdestyp, men skillnaderna mellan olika områden är försumbara. I samtliga områdestyper får ungefär fyra femtedelar fullständig basal utredning i primärvården.

Diagram 12 visar att en majoritet av vård- och hälsocentralerna, nio av tio, (261 av 286) uppger att alla eller de flesta patienter med nydiagnostiserad demenssjukdom har genomgått en fullständig basal demensutredning under perioden. I elva regioner gäller detta samtliga vård- och hälsocentraler.

Flera kommentarer tar upp att det inte är lämpligt att genomföra en fullständig utredning för vissa patienter på grund av hög ålder och andra allvarliga sjukdomar. Detta är också något som redovisas i motiveringen till den nationella målnivån.

Diagram 12. Nydiagnostiserade patienter som fått basal demensutredning i primärvård

Andelen vård- och hälsocentraler där alla eller de flesta patienter med nydiagnostiserad demenssjukdom har genomgått en fullständig basal demensutredning. Avser år 2023 – 2024. (Antal svarande vård- och hälsocentraler 286 av 612.) Procent.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vård- och hälsocentraler 2025.

Alla regioner uppger att de har tillgång till specialistmottagning för fördjupad demensutredning, inom den egna regionen eller i samverkan med annan region. Att fler får fullständig basal utredning kan också ställas i relation till SveDems registrering av andel patienter som fått diagnos ospecificerad demens, UNS. År 2015 var denna andel närmare 40 procent, men 2024 hade andelen sjunkit till 20 procent. En sannolik förklaring är att ju fler som får en fullständig basal utredning, desto färre får en ospecificerad diagnos.

Allt fler får strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning

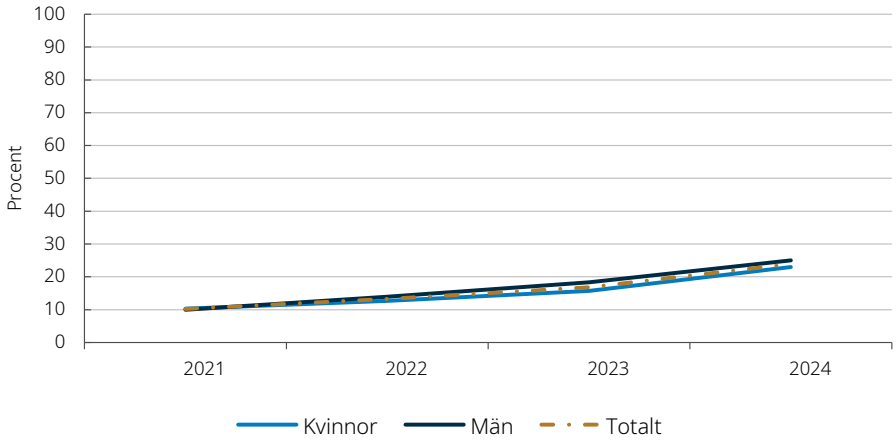
En strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning bidrar både till en bättre tillförlitlighet i diagnostiken och till att uppmärksamma aktivitetsnedsättningar hos personer med misstänkt demenssjukdom. Ofta görs intervju med personen och dess anhöriga, liksom observationsbedömning vid utförande av relevanta uppgifter och aktiviteter i

det dagliga livet (ADL). Den nationella målnivån är fastställd till minst 90 procent.

Diagram 13 visar andel personer som fått strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning i primärvården som del av demensutredningen. Andelen har fördubblats mellan 2021 och 2024, men resultatet ligger fortfarande långt från målnivån. Skillnaden mellan könen är liten, även om en viss förändring finns över tid.

Diagram 13. Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen i primärvård

Andelen personer med demenssjukdom som får en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning i primärvården, som del av demensutredningen. Procent.

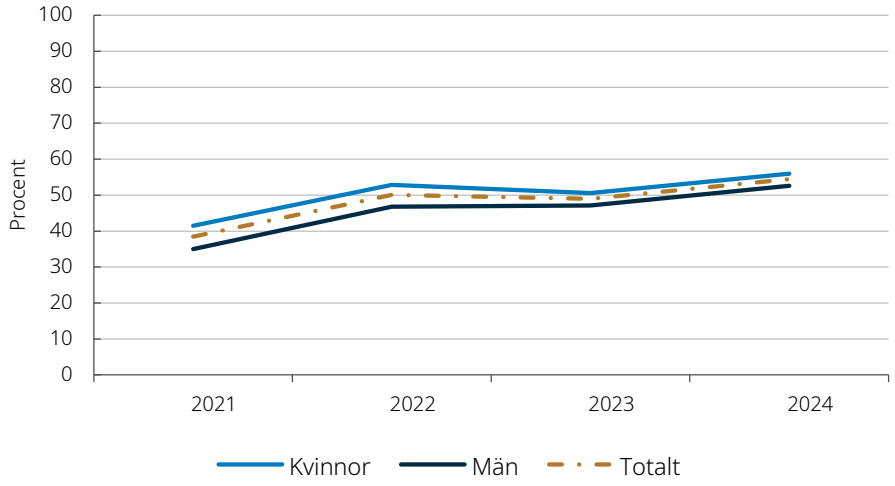


Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).

Diagram 14 visar andel personer som fått strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning i specialistvården som del av demensutredningen. Andelen ökar från knappt två femtedelar till drygt hälften mellan 2021 och 2024. Den nationella målnivån på minst 90 procent uppnås inte. Skillnaden mellan könen är något större än i primärvården, men krympande.

Diagram 14. Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen i specialistvård

Andelen personer med demenssjukdomar som får en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning i specialistvård, som del av demensutredningen. Procent.



Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).

Kognitiva hjälpmedel erbjuds lika ofta i primärvård och specialistvård

Individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel har en positiv effekt utan negativa konsekvenser, och hög prioritering i de nationella riktlinjerna. Särskilt viktigt är att hjälpmedlen provas ut tidigt i förloppet och regelbundet följs upp för att ge störst nytta och underlätta vardagligt liv. Som tabell 11 visar är skillnaden liten mellan specialistvård och primärvård.

Tabell 11: Kognitiva hjälpmedel i samband med uppföljning

Andelen personer med demenssjukdom som har fått kognitiva hjälpmedel under tiden från diagnos till första uppföljningstillfället. Avser 2023. Procent.

	Ja	Nej	Tackat nej
Specialistvård	34	53	13
Primärvård	28	55	17

Källa: Svenskt register för demenssjukdomar/kognitiva sjukdomar (SveDem).

Uppföljning är viktigt för patienten

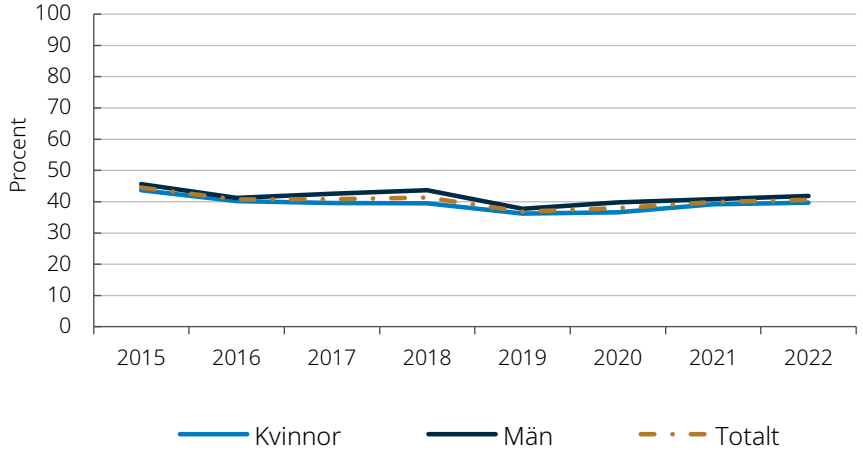
Uppföljning är viktig, inte minst för att demensdiagnoser kan vara svåra att ställa och eventuella misstag därför kan behöva rättas till. Enligt de nationella riktlinjerna behöver hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda en regelbunden och sammanhållen uppföljning. Uppföljningen ska bland annat innehålla en medicinsk bedömning, en läkemedelsgenomgång,

en strukturerad bedömning av personens funktions- och aktivitetsförmåga, samtal med anhöriga samt en uppdatering av individens genomförandeplan. Uppföljningen behöver ske minst en gång per år och i samverkan mellan region och kommun. Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå för andelen personer med demenssjukdomar som har följts upp av hälso- och sjukvården minst en gång under de senaste 15 månaderna till minst 90 procent.

Diagram 15 visar andelen nydiagnostiserade personer som följts upp i hälso- och sjukvården minst en gång inom 5–15 månader. Denna andel är i stort sett oförändrat och är mindre än hälften. Dock sker uppföljningen i majoriteten av regionerna huvudsakligen i primärvården, som registrerar i lägre utsträckning i SveDem vilket kan ge lägre utfall. Dessutom kan det finnas ytterligare förklaringar, definitionen på uppföljning kan till exempel skilja sig åt.

Diagram 15. Regelbunden uppföljning i hälso- och sjukvården

Andelen personer med demenssjukdom som har följts upp av hälso- och sjukvården minst en gång inom 5–15 månader efter diagnosdatum. * Procent.

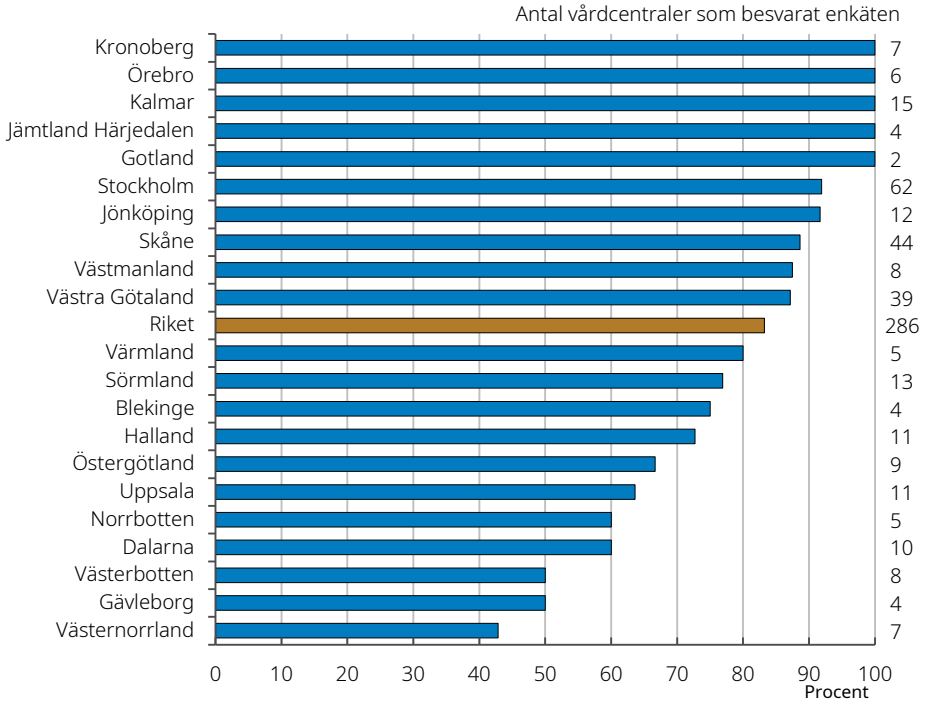


Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).
* På grund av låga tal redovisas primärvård och specialistvård gemensamt.

Resultaten i Socialstyrelsens enkät till vård- och hälsocentraler visar en mer positiv bild. Som diagram 16 visar uppger drygt åtta av tio vård- och hälsocentraler av de svarande att alla eller de flesta av deras patienter med nydiagnostiserad demens har fått uppföljning av läkare minst en gång under de senaste 15 månaderna efter fastställd diagnos. I fem regioner – Gotland, Jämtland Härjedalen, Kalmar, Kronoberg och Örebro – uppger alla vård- och hälsocentraler att alla eller de flesta patienter har fått en sådan uppföljning medan denna andel är hälften eller lägre i Gävleborg, Västerbotten och Västernorrland.

Diagram 16. Nydiagnostiserade patienter som fått uppföljning.

Andelen vård- och hälsocentraler där alla eller de flesta patienter med nydiagnostiserad demens har fått uppföljning av läkare minst en gång de senaste 15 månaderna efter fastställd diagnos. Avser år 2023 - 2024. (Antal svarande vård- och hälsocentraler 286 av 612.) Procent.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vård- och hälsocentraler 2025.

Den sammantagna bilden tyder på regionala skillnader. Skillnaderna mellan diagram 15 och 16 visar att mer kunskap behövs om hur uppföljning genomförs och hur den registreras. Under hösten 2025 publiceras en forskningsrapport från Karolinska Institutet där tio regioner studeras närmare, vilket sannolikt ger en mer rättvisande bild av situationen [16].

Uppföljning av beslut om insats enligt SoL sker regelbundet

För att följa en person genom hela förloppet i en demenssjukdom behövs en regelbunden och sammanhållen uppföljning av personens situation och behov, medicinsk bedömning såväl som vård- och omsorgsinsatser.

Tabell 12 visar att nio av tio kommuner följer upp beslut om insatser enligt SoL för personer med demenssjukdomar senast efter ett år. Av kommentarerna till frågan framgår att detta sker oftare inom hemtjänst och mer sällan inom säbo och dagverksamhet, men att det vid behov görs tätare uppföljningar.

Tabell 12. Uppföljning av beslut om insats enligt SoL.

Andelen kommuner efter hur ofta det sker uppföljning av beslut för personer med demenssjukdomar. Avser år 2025. Antal svarande kommuner och stadsdelar 235 av 300. Procent.

Efter sex månader	24
Efter ett år	64
Vartannat år	1
Mer sällan	11

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Analys av resultat

Resultatet för tid till diagnos har snarast försämrats sedan utvärderingen 2018. Fler behöver få diagnos inom vårdgarantins 90 dagar. Enligt det vårdprogram som tagits fram av nationella programområdet äldres hälsa och palliativ vård ska diagnos ställas inom 60 dagar. Regionerna behöver identifiera hinder och åtgärda dessa för att säkerställa att bägge målen nås. Det bör understrykas att tid till diagnos inte ska påverkas negativt av att fler fullständiga basala utredningar genomförs.

Allt fler får fullständig basal utredning i primärvården vilket är positivt, även om målet fortfarande inte nås. Utvärderingen visar att fler får specifik diagnos tidigare, vilket förstärks vid en jämförelse med SveDems sjunkande registrering av andel som fått diagnos ospecificerad demens, UNS. Risk finns dock att fler fullständiga basala utredningar påverkar tid till diagnos negativt. Regionerna behöver säkerställa att så inte är fallet. Regionerna behöver samtidigt fortsatt stärka den positiva utvecklingen mot att fler får fullständig basal utredning i primärvården.

Fler får strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning, men ökningen sker från en låg nivå när det gäller både primärvård, drygt 20 procent, och specialistvård, drygt 40 procent, och behöver öka om målen på minst 90 procent ska nås. Rekommendationen understryker att bedömningen görs med särskilda instrument som kräver arbetsterapeutkompetens. Regionerna behöver identifiera vilka hinder som finns för att fler ska få strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning.

Kognitiva hjälpmedel är betydelsefulla och behöver sättas in tidigt. Ungefär lika många får tillgång till kognitiva hjälpmedel i primärvård som i specialistvård. Regionerna behöver säkerställa att kognitiva hjälpmedel sätts in så tidigt som möjligt.

Utvärderingen 2018 lyfte betydelsen av regelbunden uppföljning för personer med demensdiagnosen och de aktuella resultaten pekar i samma riktning. Regionerna behöver säkerställa att alla patienter får adekvat uppföljning.

Läkemedelsbehandling vid demenssjukdomar

Läkemedelsbehandling vid demenssjukdom består av dels symtomatisk behandling med demensläkemedel, dels behandling med psykofarmaka. De senare används vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD).

Personer med demens av Alzheimertyp behöver erbjudas behandling med demensläkemedel. Det gäller även personer som har både Alzheimers sjukdom och skador på hjärnans blodkärl, så kallad blanddemens, vid Lewykroppsdemens samt vid demens vid Parkinsons sjukdom. För andra demenssjukdomar saknas dock vetenskapligt stöd för läkemedelsbehandling. Det gäller till exempel vid lindrig kognitiv störning, vaskulär demens och frontotemporal demens [29].

Alzheimers sjukdom går idag inte att bota, men demensläkemedel kan bidra till att personer med sjukdomen under en period kan upprätthålla sin kognitiva förmåga och funktionsförmåga.

Det finns två typer av läkemedel som är godkända för behandling av kognitiva symtom vid Alzheimers sjukdom: kolinesterashämmare (donezepil, galantamin och rivastigmin) och memantin. Kolinesterashämmare är avsedda för behandling vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom och memantin för behandling vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom.

I riktlinjerna rekommenderas att behandlingen med demensläkemedel följs upp regelbundet, för att vården ska kunna bedöma eventuella biverkningar och om behandlingen fortfarande har effekt eller kan avslutas.

I avsnittet beskrivs hur förskrivningen av demensläkemedel har förändrats över tid, från 2016 (senaste mättidpunkten vid föregående utvärdering) till 2024, samt hur den ser ut i olika regioner.

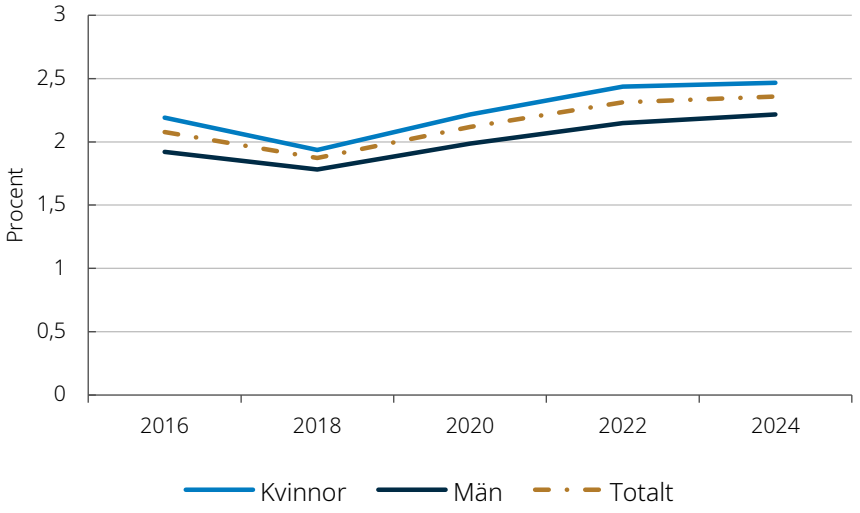
Förskrivningen av demensläkemedel fortsätter att öka

I december 2024 förskrevs demensläkemedel till 2,4 procent av alla personer som var 65 år och äldre i Sverige. Det innebär att förskrivningen har ökat med 14 procent sedan 2016, då motsvarande andel uppgick till 2,1 procent. Förskrivningen är generellt högre till kvinnor än till män, som diagram 17 visar.

En likartad ökning sågs i data från SveDem under samma period, där andelen personer 65 år och äldre med kognitiv sjukdom som förskrevs demensläkemedel vid diagnos, ökade med 16 procent. Däremot sågs inte någon ökning hos personer med diagnos Alzheimers sjukdom. Det talar för att ökningen beror på en ökad diagnostisering av Alzheimers sjukdom bland personer som utreds för demens.

Diagram 17. Förskrivning av demensläkemedel

Andelen 65 år och äldre som förskrivs demensläkemedel (ATC: N06D) 2016–2024, uppdelat på kön. Avser personer 65 år och äldre den 31 december respektive år. Åldersstandardiserat. Procent.

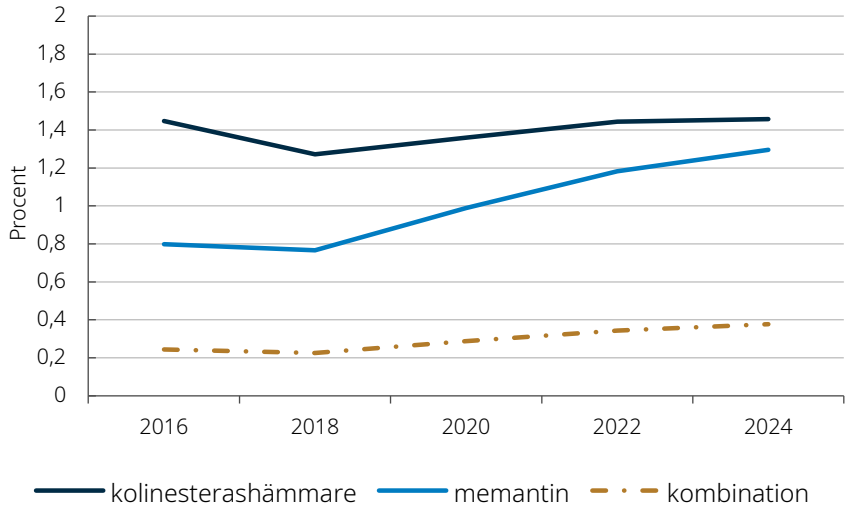


Källa: Läkemedelsregistret.

Diagram 18 visar att förskrivningen av kolinesterashämmare till personer 65 år och äldre idag är lika stor som 2016: 1,4 procent. Däremot har förskrivningen av memantin ökat påtagligt, från 0,8 till 1,3 procent (ökning med 62 procent). Detsamma gäller kombinationen av kolinesterashämmare och memantin, som har ökat med 55 procent från 0,2 till 0,4 procent.

Diagram 18. Förskrivning av olika typer av demensläkemedel 2016–2024

Andelen 65 år och äldre som förskrivs demensläkemedel av typen kolinesterashämmare (ATC: N06D), memantin (ATC: N06DX01) samt en kombination av dessa, 2016–2024. Avser personer 65 år och äldre den 31 december respektive år. Åldersstandardiserat. Procent.



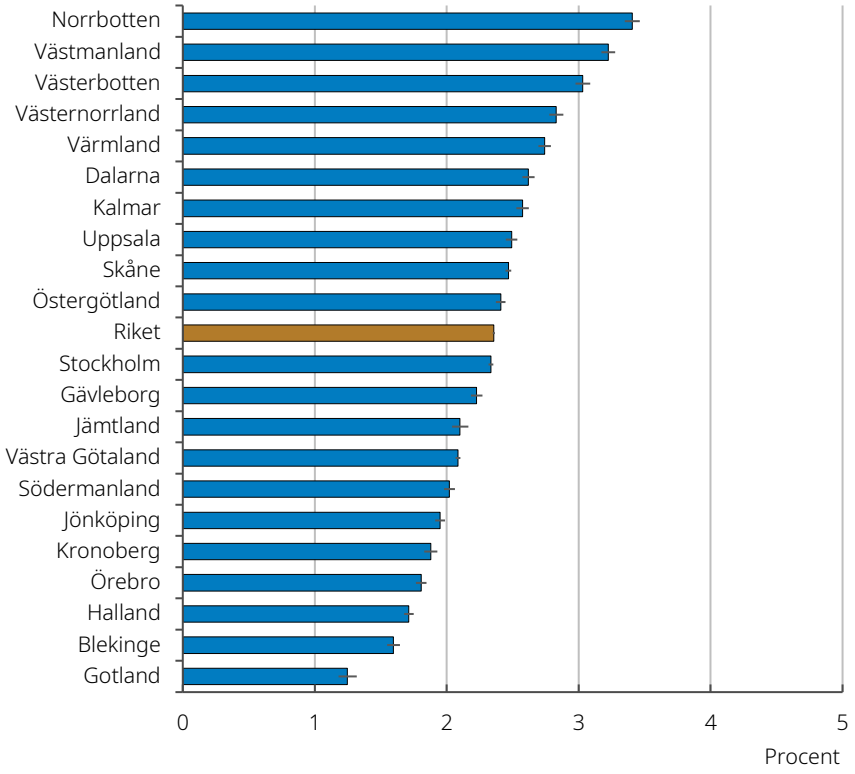
Källa: Läkemedelsregistret.

Stora skillnader mellan regionerna

Diagram 19 visar att det fortfarande är stora skillnader mellan regionerna i förskrivningen av demensläkemedel till personer 65 år och äldre. Andelen som behandlas med demensläkemedel varierar från 1,2 procent på Gotland till 3,4 procent i Norrbotten. Spridningen mellan regionerna är större 2024 än 2016. Rangordningen mellan regionerna är dock likartad. I 15 av de 21 regionerna har förskrivningen ökat sedan 2016 med störst ökning i Västerbotten (ökat med 176 procent), Västmanland (148 procent) och Norrbotten (113 procent). En minskning har skett i övriga regioner, främst Gotland (minskat med 46 procent), Halland (34 procent) och Örebro (31 procent).

Diagram 19. Förskrivning av demensläkemedel till personer 65 år och äldre

Andelen äldre som förskrivs demensläkemedel (ATC: N06D), uppdelat på region. Avser personer 65 år och äldre den 31 december 2024. Med konfidensintervall. Åldersstandardiserat. Procent



Källa: Läkemedelsregistret.

Förskrivning av demensläkemedel sker främst i primärvården

Demensläkemedel förskrivs framför allt av läkare i primärvården, medan resterande andel huvudsakligen förskrivs i geriatrik och psykiatri. Andelen som förskrivs i primärvården varierar dock avsevärt i landet – från 95 procent i Norrbotten till 42 procent i Stockholm, som tabell 13 visar. Stockholms resultat hänger ihop med att demensdiagnos oftare ställs - och demensläkemedel därmed oftare förskrivs - i specialistvården. Analysen visar att Stockholm har den ojämförligt högsta andelen förskrivningar av demensläkemedel inom geriatriken (23 procent både 2016 och 2024) och resterande andel inom övrig verksamhet, i huvudsak minnesmottagningar.

Jämfört med 2016 har andelen demensläkemedel som förskrivs i primärvården inte förändrats nämnvärt i riket och i de flesta regioner är förändringarna små. En viss ökning kan dock noteras framför allt på Gotland och i Skåne, medan en viss minskning ses i främst Blekinge och Halland.

Tabell 13. Demensläkemedel förskrivna till personer 65 år och äldre i primärvård

Andelen demensläkemedel hos personer 65 år och äldre förskrivna i primärvård 2016 respektive 2024. Sorterat efter andelen 2016. Procent.

Region	2016	2024
Norrbotten	96	95
Värmland	93	95
Jämtland Härjedalen	92	94
Kalmar län	92	91
Västmanland	91	91
Blekinge	91	85
Västra Götaland	89	90
Kronoberg	87	85
Sörmland	87	91
Gävleborg	86	91
Västernorrland	86	86
Dalarna	85	88
Jönköpings län	83	85
Örebro län	83	83
Västerbotten	80	84
Östergötland	79	81
Halland	79	77
RIKET	76	78
Gotland	74	80
Skåne	72	77
Uppsala	68	72
Stockholm*	40	42

Källa: Läkemedelsregistret

* Stockholm har den största förskrivningen inom specialistvården

Förskrivning med avseende på utbildningsnivå och områdestyp visar delvis motstridiga resultat

Socialstyrelsen har jämfört hur demensläkemedel förskrivs med avseende dels på utbildningsnivå, dels på områdestyp. Jämförelsen gav delvis motstridiga resultat. Sannolikheten för att förskrivas demensläkemedel var högre hos personer med en utbildningsnivå motsvarande gymnasial utbildning eller högre, jämfört med dem med endast förgymnasial

utbildning. Högst var sannolikheten i gruppen med den högsta utbildningsnivån (eftergymnasial utbildning 3 år eller mer), där sannolikheten var 15 procent högre än för dem med endast förgymnasial utbildning, jämfört med 4 procent 2016. Denna skillnad i sannolikhet var ännu högre hos dem som förskrevs en kombination av kolinesterashämmare och memantin (36 procent).

Analysen av områdestyp gav ett annat resultat. I jämförelse med personer bosatt i områdestyp 1 med stora socioekonomiska utmaningar uppvisade personer i områdestyp 3 och 4 en *lägre* sannolikhet för att förskrivas memantin. Samtidigt var sannolikheten för att förskrivas detta läkemedel *högre* för personer i områdestyp 5 med mycket goda socioekonomiska förutsättningar,15 procent, i synnerhet i kombination med kolinesterashämmare, 25 procent.

Behandling med psykofarmaka

Psykofarmaka utgörs av läkemedelsgrupperna antipsykotika, lugnande medel, sömnmedel och antidepressiva medel. De förskrivs i betydande omfattning till personer 65 år och äldre, i synnerhet vid demenssjukdomar, främst för att behandla BPSD, beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

En särskild läkemedelsgrupp i sammanhanget är antipsykotika. De är i första hand godkända för behandling av psykossjukdom och bipolär sjukdom. Till personer med demens förskrivs de emellertid också ibland för behandling av beteendesymtom. Effekten av antipsykotika är dock ofta otillräcklig eller obefintlig vid sådana tillstånd. Samtidigt är dessa läkemedel förknippade med en ökad risk för allvarliga biverkningar liksom för cerebrovaskulära händelser och förtida död hos personer 65 år och äldre med demenssjukdomar.

I de nationella riktlinjerna för demenssjukdom [1] anges att hälso- och sjukvården i undantagsfall kan pröva behandling med antipsykosläkemedel om en patient har kvarstående psykotiska symtom eller aggressivitet. Detta får dock endast ske när bakomliggande orsaker har utretts och om det visat sig att icke-farmakologiska åtgärder är otillräckliga.

Ökad behandling med antipsykotika i säbo beror på ökad förskrivning av kvetiapin

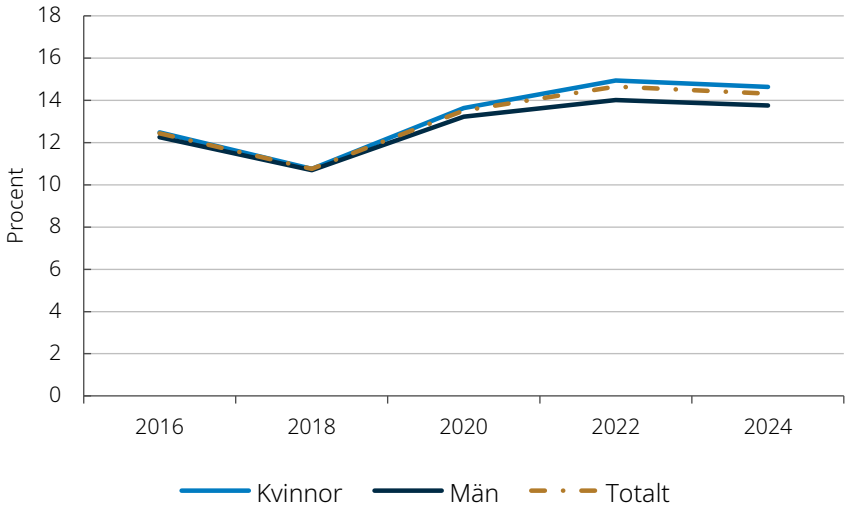
Diagram 20 visar förändringen i förskrivningen av antipsykosmedel till personer 65 år och äldre i säbo under åren 2016 till 2024. Här, liksom i diagram 20, har personer med diagnosen psykossjukdom exkluderats för att renodla mätningen av förskrivningen vid demenssjukdomar. Resultaten visar att förskrivningen av antipsykotika har ökat med 15 procent mellan 2016

och 2024, från 12,4 till 14,3 procent. Den är högre än den nationella målnivån, som är 10 procent eller lägre.

När det antipsykotiska läkemedlet kvetiapin, som även används vid behandling av sömnstörning, exkluderades från analysen sågs dock inte någon ökning av antipsykotika mellan dessa år (11,0 till 10,9 procent), vilket betyder att ökningen av antipsykotiska i särskilda boenden beror på en ökad förskrivning av kvetiapin.

Diagram 20. Förskrivning av antipsykotika till personer 65 år och äldre i säbo 2016–2024

Andelen personer 65 år och äldre i särskilt boende för äldre som förskrivs antipsykotika (ATC: N05A exkl. N05AN) 2016–2024, uppdelat på kön. Avser personer 65 år och äldre den 31 december respektive år. Personer med diagnos psykossjukdom är exkluderade från analysen. Åldersstandardiserat. Procent.



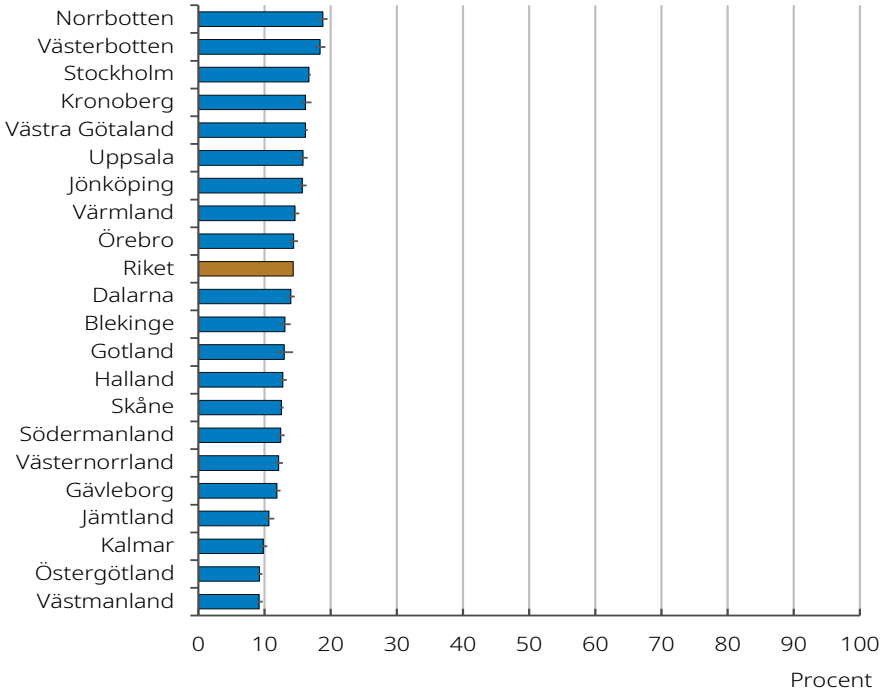
Källa: Läkemedelsregistret, patientregistret, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Diagram 21 visar förskrivningen av antipsykotika till personer 65 år och äldre i säbo i olika regioner. Liksom 2016 är skillnaderna mellan regionerna betydande – från 9,2 procent i Västmanland till 18,8 procent i Norrbotten. Spridningen mellan regionerna är något större 2024 än 2016. Rangordningen mellan regionerna är dock likartad; 6 av 7 regioner ligger kvar över riksgenomsnittet och 11 av 14 ligger under, jämfört med 2016. I 18 av de 21 regionerna har förskrivningen ökat sedan 2016. Den största ökningen har skett på Gotland (ökat med 59 procent), i Jönköping (31 procent) och i Södermanland (31 procent). I resterande tre regioner har förskrivningen minskat: det gäller Kalmar (minskat med 10 procent), Dalarna (3 procent) och Jämtland (3 procent).

Kalmar, Östergötland och Västmanland uppnår den nationellt fastställda målnivån 10 procent eller lägre.

Diagram 21. Förskrivning av antipsykotika till personer 65 år och äldre i säbo

Andelen 65 år och äldre i särskilt boende för äldre som förskrivs antipsykotika (ATC: N05A exkl. N05AN), uppdelat på region. Avser personer 65 år och äldre den 31 december 2024. Personer med diagnos psykossjukdom är exkluderade från analysen. Med konfidensintervall. Åldersstandardiserat. Procent.



Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret, Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Förskrivning med avseende på utbildningsnivå och områdestyp

Socialstyrelsen använde samma modell som för demensläkemedel för att analysera sannolikheten för att förskrivas antipsykotika med avseende på utbildningsnivå och områdestyp. Analysen visade att sannolikheten för att förskrivas antipsykotika var lägre hos personer med en utbildningsnivå motsvarande gymnasial utbildning eller högre, jämfört med hos dem med enbart förgymnasial utbildning. Lägst var sannolikheten för personer med eftergymnasial utbildning mindre än 3 år (19 procent lägre).

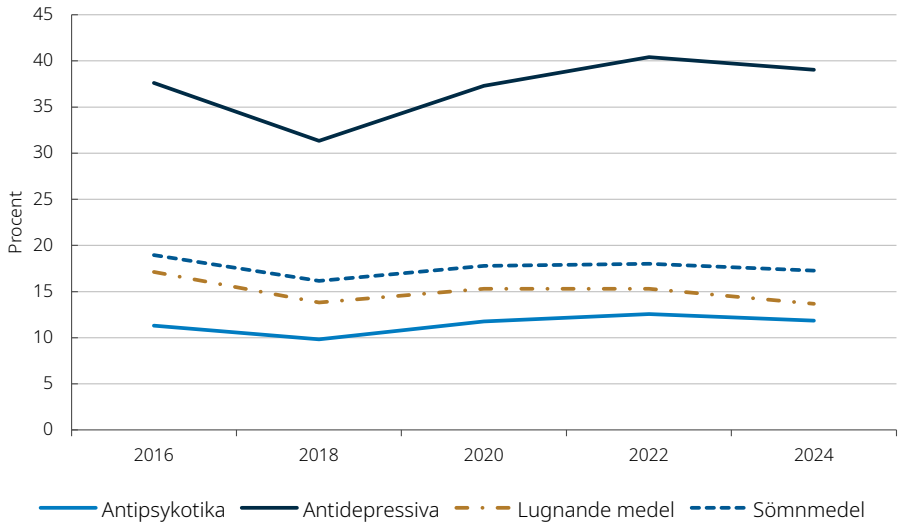
Sannolikheten för att förskrivas antipsykotika var också lägre för personer i områdestyp 2–5 jämfört med områdestyp 1 (31 procent lägre i områdestyp 4 och 5).

Minskad förskrivning av vissa psykofarmaka till personer 65 år och äldre med demenssjukdomar och i befolkningen

Diagram 22 och 23 visar förskrivningen av de fyra grupperna av psykofarmaka hos personer 65 år och äldre med demenssjukdomar respektive i befolkningen under åren 2016 till 2024. För antipsykotika och antidepressiva ses en liten ökning om 5 respektive 4 procent. Däremot har det skett en märkbar minskning av lugnande medel (med 20 procent). Även förskrivningen av sömnmedel har minskat (med 9 procent).

Diagram 22. Förskrivning av psykofarmaka till personer 65 år och äldre med demenssjukdomar

Andelen äldre personer med demenssjukdomar* som behandlas med olika psykofarmaka. Avser personer 65 år och äldre den 31 december respektive år 2016-2024. Åldersstandardiserat. Procent.

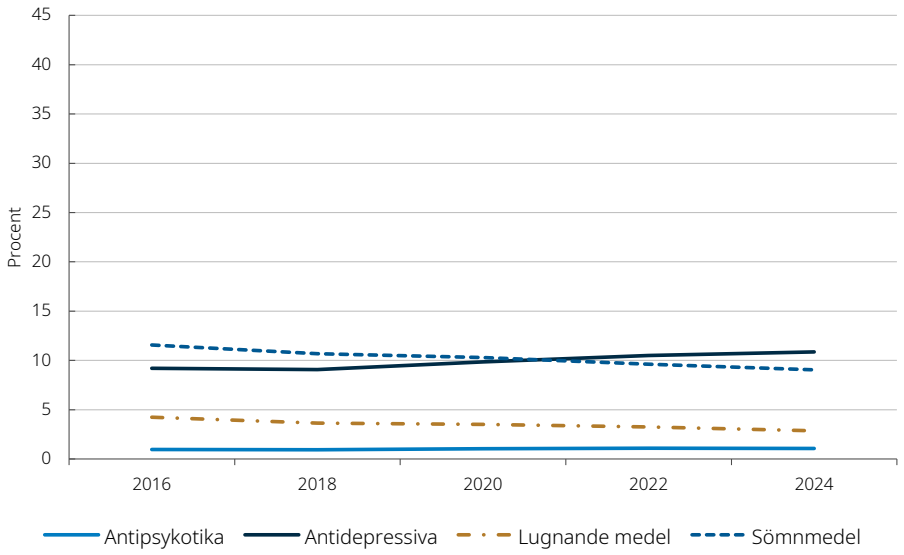


Källa: Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister, Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) och BPSD-registret.
*Socialstyrelsens Demenspopulation, se definition i metodbilaga

Hos personer 65 år och äldre i befolkningen som helhet ses en betydligt lägre förskrivning av psykofarmaka jämfört med hos dem med demenssjukdomar. Förändringarna har samma riktning som för personer 65 år och äldre med demenssjukdomar, men för befolkningen som helhet är de mer påtagliga. Förskrivningen av antipsykotika har ökat med 10 procent och antidepressiva med 18 procent, medan lugnande medel och sömnmedel har minskat med 32 respektive 22 procent.

Diagram 23. Förskrivning av psykofarmaka till personer 65 år och äldre i befolkningen

Andelen personer 65 år och äldre i befolkningen som behandlas med olika psykofarmaka. Avser personer 65 år och äldre den 31 december respektive år 2016-2024. Åldersstandardiserat. Procent.



Källa: Läkemedelsregistret.

Förskrivning har även minskat av andra centralt verkande läkemedel till personer 65 år och äldre med demenssjukdomar och i befolkningen

Läkemedel som verkar i centrala nervsystemet brukar benämnas centralt verkande läkemedel. Psykofarmaka är en stor och viktig sådan grupp, men det finns också andra läkemedel som ingår i detta begrepp, som opioider, antiepileptika och sederande antihistaminer. Några av dessa läkemedel kan förskrivas till personer med demens för deras sederande (lugnande) effekter, och redovisas därför här. Diagram 24 och 25 visar förskrivningen av dessa läkemedel till personer 65 år och äldre med demenssjukdomar respektive i befolkningen som helhet, och hur förskrivningen av läkemedlen har utvecklats under perioden 2016–2024.

Inom gruppen opioider har vi studerat de läkemedel som ges i plåsterform, fentanyl och buprenorfin. Förskrivningen av buprenorfin har ökat med 17 procent hos personer 65 år och äldre med demens, som diagram 24 visar. Samtidigt har förskrivningen av fentanyl minskat påtagligt med 53 procent. Som helhet har därför förskrivningen av dessa läkemedel minskat med 8 procent.

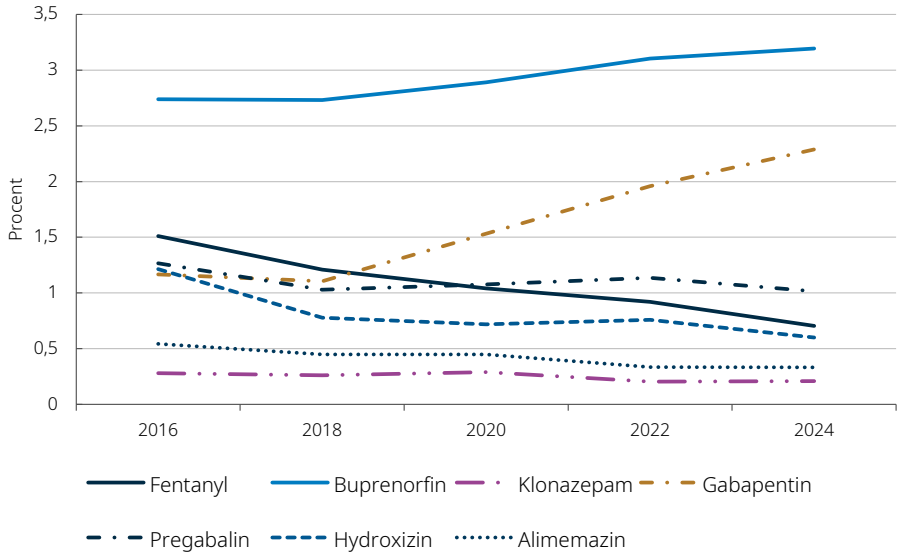
De två antiepileptiska medlen gabapentin och pregabalin har båda indikationen nervsmärta och epilepsi. Pregabalin har dessutom indikationen generaliserat ångestsyndrom hos vuxna. För gabapentin har det närmast skett en fördubbling av förskrivningen, medan förskrivningen av pregabalin visar en minskning på 20 procent. En liknande minskning syns för det antiepileptiska läkemedlet klonazepam som dock används sparsamt jämfört med de övriga.

De sederande antihistaminerna hydroxizin och alimemazin har båda minskat betydligt i förskrivning (med 51 respektive 39 procent).

Sammanfattningsvis är det endast två av de sju studerade läkemedlen som har ökat i förskrivning hos personer 65 år och äldre med demens under perioden 2016–2024: gabapentin och buprenorfin. Övriga läkemedel har minskat mer eller mindre påtagligt.

Diagram 24. Förskrivning av några andra centralt verkande läkemedel till personer 65 år och äldre med demenssjukdomar

Andelen äldre personer med demenssjukdomar* som behandlas med några olika centralt verkande läkemedel. Avser personer 65 år och äldre den 31 december respektive år 2016-2024. Åldersstandardiserat. Procent.

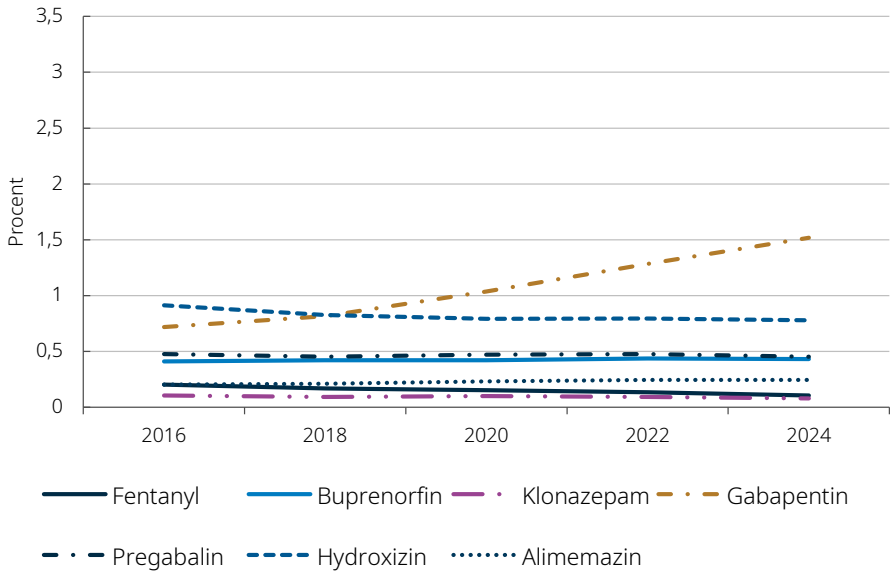


Källa: Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister, Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) och BPSD-registret.
*Socialstyrelsens demenspopulation se definition i metodbilaga

För personer 65 år och äldre i befolkningen ses ett likartat mönster, men på en lägre nivå, som diagram 25 visar.

Diagram 25. Förskrivning av några andra centralt verkande läkemedel till personer 65 år och äldre i befolkningen

Andelen personer 65 år och äldre i befolkningen som behandlas med några olika centralt verkande läkemedel. Avser personer 65 år och äldre den 31 december respektive år 2016-2024. Åldersstandardiserat. Procent.



Källa: Läkemedelsregistret.

Behandlingstiden lång för antipsykotika

Tabell 14 visar hur stor andel av personer med demenssjukdomar som använde antipsykotika den 31 december 2024, som beräknades ha behandlats mer än sex veckor, mer än tre månader respektive mer än sex månader. Över lag visar resultaten att en stor andel av personerna hade behandlats under lång tid med dessa läkemedel oavsett om de tillhörde gruppen yngre-äldre (65–79 år) eller äldre-äldre (80 år och äldre).

Tabell 14. Beräknad förskrivning av antipsykotika

Beräknad andel av personer 65 år och äldre som förskrivits antipsykotika, med behandlingstid mer än 6 veckor, 3 månader respektive 6 månader

Analysen baseras på beräknad aktuell användning av antipsykotika (ATC-kod: N05A exkl. N05AN) den 31 december 2024. Personer med diagnos psykossjukdom är exkluderade från analysen.

	Behandlingstid, mer än		
Åldersgrupp	**6 veckor**	**3 månader**	**6 månader**
65–79	91	82	72
≥ 80	90	81	71

Källa: Läkemedelsregistret.

Analys av resultat

Knappt hälften av de personer 65 år och äldre som uppskattas ha Alzheimers sjukdom i Sverige [30] behandlas med demensläkemedel, vilket motsvarar resultaten från utvärderingen 2018. Fler fall skulle behöva upptäckas, utredas och behandlas med adekvata läkemedel. Regionerna behöver stärka arbetet med diagnos och utredning för att säkerställa att behoven möts.

Andelen personer som förskrivs demensläkemedel varierar mellan regionerna, och skillnaderna har inte minskat sedan 2016. I Norrbotten är den högst, nära tre gånger högre än i den region som har lägst förskrivning. Regionerna behöver stärka arbetet med uppföljning för att säkerställa att skillnaderna är medicinskt motiverade.

Personer med högre utbildningsnivå visar en större sannolikhet att behandlas med demensläkemedel, och skillnaderna är mer uttalade 2024 än 2016. Jämförelse utifrån områdestyp tyder också på att personer i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningarna har en högre sannolikhet för att behandlas med demensläkemedlet memantin, framför allt i kombination med kolinesterashämmare, jämfört med personer i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Regionerna behöver säkerställa att personer med demenssjukdomar får samma tillgång till kolinesterashämmare när det är medicinskt motiverat.

Förskrivningen av antipsykotika i säbo har ökat sedan 2016. Ökningen beror emellertid helt och hållet på att förskrivningen av kvetiapin har ökat, vilket i sin tur kan förklaras av att det blivit allt vanligare att detta läkemedel förskrivs i låg dos vid sömnstörning.

Skillnaderna mellan regionerna i förskrivningen av antipsykotika är fortfarande stora och den inbördes ordningen likartad jämfört med 2016. Sannolikheten att förskrivas antipsykotika är lägre hos personer med högre utbildning. Sannolikheten är också lägre i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar. Regionerna behöver stärka arbetet med uppföljning för att säkerställa att skillnaderna är medicinskt motiverade.

Hos personer 65 år och äldre med demenssjukdomar har förskrivningen av antipsykotika och antidepressiva medel ökat något. Däremot har förskrivningen av lugnande medel och sömnmedel minskat – detsamma gäller flera andra centralt verkande läkemedel, såsom hydroxizin, alimemazin och opioider i plåsterform

Över 70 procent av personer 65 år och äldre med demens som förskrevs antipsykotika behandlades i mer än 6 månader, vilket kan ställas i relation till den rekommenderade maximala behandlingstiden på 6 veckor för antipsykotika vid vissa beteendesymtom vid demens. Lång behandlingstid ökar risken för biverkningar. Detta understryker behovet av täta utvärderingar och omprövningar av sådan behandling.

Personcentrerad vård och omsorg vinner mark men målen nås inte

Det pågår en omställning till en god och nära vård i Sverige där inte minst primärvården har en central roll. Omställningen sammanfaller på många sätt med utformningen av vård och omsorg vid demenssjukdomar. Begreppet personcentrerad omvårdnad är centralt i de nationella riktlinjerna. Personcentrerad omvårdnad innebär att personen, och inte demenssjukdomen, sätts i fokus och vården och omsorgen tar utgångspunkt i personens upplevelse av sin verklighet. Detta förhållningssätt syftar till att sätta personen med demenssjukdom i fokus och erbjuda en mer personlig omvårdnad och vårdmiljö samt förståelse för de olika problem och svårigheter som kan uppstå i samband med sjukdomen.

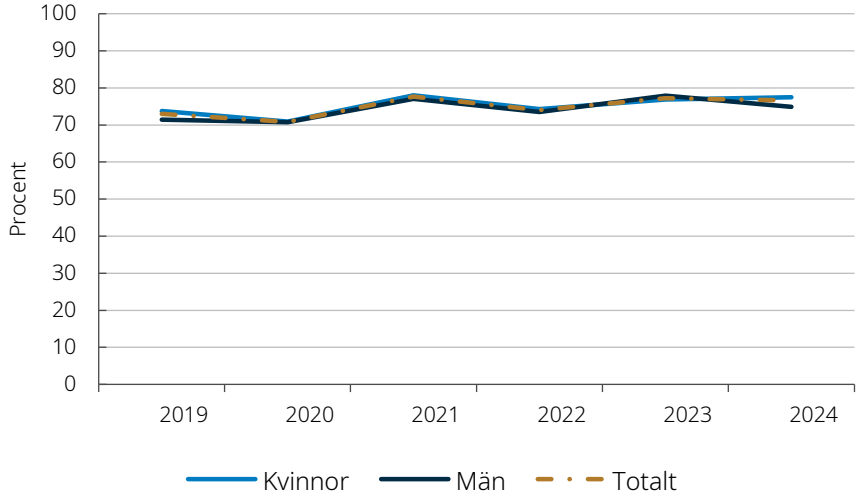
Levnadsberättelsen som grund för vård- och omsorgsarbetet visar varierande resultat

I den personcentrerade vården och omsorgen uppmuntras personen med demenssjukdom, ibland tillsammans med anhöriga, att berätta om sig själv och sitt liv i en dokumenterad levnadsberättelse. Levnadsberättelsen är ett etablerat verktyg för att nå en personcentrerad omvårdnad, vilket lyfts i de nationella riktlinjernas rekommendationer. Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå för andelen personer med demenssjukdomar vars levnadsberättelse ligger till grund för hur vården och omsorgen utformas på minst 98 procent.

Diagram 26 visar att användande av levnadsberättelsen som grund för vård och omsorg vid särskilda boenden ökar något, från sju av tio till åtta av tio. Ingen skillnad uppmäts mellan könen. Den nationella målnivån på 98 procent uppnås inte.

Diagram 26: Levnadsberättelse som grund för hur vården och omsorgen utformas

Andelen personer med demenssjukdomar vid särskilt boende för äldre vars levnadsberättelse ligger till grund för hur vården och omsorgen utformas. Procent



Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).

I enkätsvaren uppger tre av fyra demensboenden att de har en skriftlig rutin för att hämta in information från hemtjänsten eller hemsjukvården när en person ska flytta in på demensboendet. Andelen demensboenden som svarar att de hämtar in levnadsberättelse för alla eller de flesta boende har ökat något sedan samma fråga ställdes i enkäten 2017, som låg till grund för utvärderingen 2018.

Som tabell 15 visar uppger ungefär en tredjedel av hemtjänstverksamheterna (73 av 194) att de brukar samla in och dokumentera personens levnadsberättelse i samband med att en person med demenssjukdomar beviljats hemtjänstinsatser. Även när detta sker så omfattar det inte alla personer utan i hälften av verksamheterna endast hälften eller några enstaka personer. Här har det inte skett någon förbättring jämfört med utvärderingen 2018.

Tabell 15. Förekomst av levnadsberättelse i demensboenden och hemtjänstverksamheter

Andel verksamheter som samlar in levnadsberättelser i samband med inflyttning respektive beviljandet av hemtjänstinsatser. Avser år 2017 respektive 2025. Antal svarande demensboende 180 av 300 och antal svarande hemtjänster 194 av 400 år 2025. Procent.

	Alla	De flesta	Ungefär hälften	Någon enstaka	Ingen
Andelen demensboenden					
2025	**66**	**29**	**3**	**2**	**1**
2017	24	64	11	2	1
Andelen hemtjänstverksamheter					
2025	**13**	**18**	**6**	**22**	**40**
2017	9	20	11	18	42

Källa: Socialstyrelsens enkät till ett urval av demensboenden respektive hemtjänstverksamheter 2017 respektive 2025.

Hälften av de tillfrågade demensboendena hämtar in levnadsberättelserna inom en vecka efter att personen med demenssjukdomar har flyttat in till demensboendet, och ett antal demensboenden uppger att detta sker redan innan flytten. I stort sett har alla övriga demensboenden inhämtat levnadsberättelsen inom en månad. Det har inte skett några förändringar sedan 2017. Kommentarerna handlar oftast om att anhöriga ibland inte vill fylla i levnadsberättelsen och att anhöriga ibland saknas.

Inom hemtjänsten har en tredjedel av verksamheterna inhämtat personens levnadsberättelse inom en vecka efter att hemtjänstinsatserna påbörjats och ytterligare en tredjedel har gjort det inom en månad. Flera kommentarer tar upp att hemtjänsten arbetar med genomförandeplaner, inte levnadsberättelser.

Tabell 16 visar att merparten av demensboenden (121 av 175) uppger att de alltid eller oftast uppdaterar levnadsberättelserna när det tillkommer ny information. Vart femte demensboende gör dock inte detta, vilket är en fördubbling jämfört med utvärderingen 2018.

Knappt hälften av hemtjänstverksamheterna (90 av 194) brukar uppdatera levnadsberättelserna vid ny information, vilket är en minskning jämfört med utvärderingen 2018. Andelen verksamheter som uppger att de inte alls uppdaterar dessa dokument vid ny information har fyrdubblats – en försämring sedan utvärderingen 2018.

Tabell 16. Uppdatering av levnadsberättelser demensboenden och hemtjänstverksamheter

Andelen verksamheter efter uppdatering av levnadsberättelser Avser år 2017 respektive 2025. Antal svarande demensboende 180 av 300 och antal svarande hemtjänster 194 av 400 år 2025. Procent.

	Alltid	Oftast	Bara i undantagsfall	Nej
Andelen demensboenden				
2025	**28**	**41**	**11**	**19**
2017	29	43	18	11
Andelen hemtjänstverksamheter				
2025	**16**	**30**	**15**	**38**
2017	27	48	16	9

Källa: Socialstyrelsens enkät till ett urval av demensboenden respektive hemtjänstverksamheter 2017 respektive 2025.

Genomförandeplan oftare grund för vård- och omsorgsarbetet

En genomförandeplan tas fram av aktuell personal och den enskilda gemensamt. Dokumentet beskriver de mål och insatser som man kommit överens om och hur insatserna ska genomföras. En genomförandeplan är med andra ord en överenskommelse med den enskilde och ett praktiskt redskap för personalen i deras arbete. Syftet med genomförandeplanen är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för hur en beslutad insats ska följas upp. Varje kommun bestämmer själv hur genomförandeplanen utformas men Socialstyrelsen har tagit fram rekommendationer om vad som bör ingå i planen [31].

Fler får individuella miljöanpassningar i demensboenden

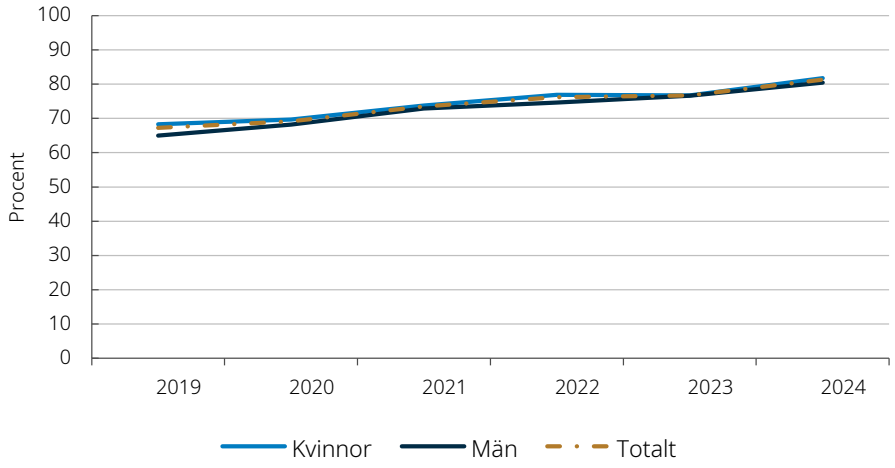
Många personer med demenssjukdomar tillbringar en stor del av sin tid på demensboende eller i den egna bostaden, och innemiljön är därför central. En väl genomtänkt miljö som är tydlig samt lätt att tolka och förstå kan underlätta för personer med kognitiva svårigheter och därmed öka deras välbefinnande.

Utöver generella miljöanpassningar har personer med demenssjukdomar behov av individuella anpassningar. Det kan till exempel handla om att lägenheten är personligt möblerad för att bidra till igenkänning och välbefinnande, och att belysningen och dukningen vid måltider är anpassad till den enskildes behov.

Diagram 27 visar att andelen personer med demenssjukdomar som har individuella miljöanpassningar i sin genomförandeplan har ökat från sju av tio till åtta av tio. Den nationella målnivån, satt till minst 98 procent, uppnås inte. Skillnaden mellan kvinnor och män är liten 2019 och obetydlig därefter.

Diagram 27. Individuella miljöanpassningar i genomförandeplanen i säbo

Andelen personer med demenssjukdomar som har individuella miljöanpassningar beskrivna i den enskildes genomförandeplan i särskilt boende för äldre. Procent



Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar SveDem).

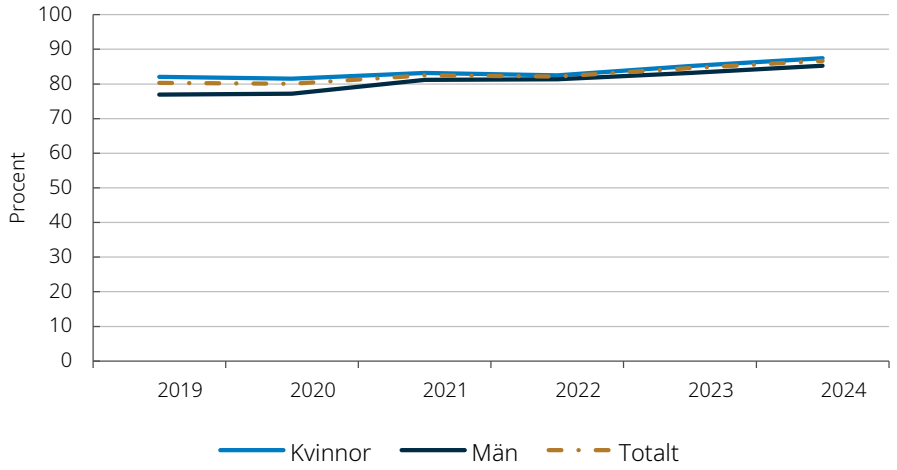
Strategier för bemötande i genomförandeplanen ökar vid särskilda boenden

Personen med demenssjukdom behöver bemötas som en unik och kapabel person med självkänsla och rättigheter, trots förändrade funktioner. Personalen behöver värna om personens självbestämmande och betrakta hen som en aktiv samarbetspartner. Strategier för bemötandet dokumenteras i genomförandeplanen.

En positiv trend syns i diagram 28 över andelen personer med demenssjukdomar som har strategier för bemötande dokumenterade i en genomförandeplan. Andelen har ökat, från drygt åtta av tio 2019 till nio av tio 2024. Den nationella målnivån, 98 procent, uppnås inte. Resultatet för kvinnor är något högre än för män, men skillnaden är försumbar.

Diagram 28. Strategier för bemötande i genomförandeplanen i säbo

Andelen personer med demenssjukdomar som har strategier för bemötande dokumenterade i sin genomförandeplan i särskilt boende för äldre. Procent



Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).

I stort sett alla personer har en genomförandeplan i demensboenden. Några få hemtjänstverksamheter svarar att endast enstaka eller inga personer alls har en sådan plan. Socialstyrelsens enhetsundersökning från 2025 visar motsvarande resultat [32].

De allra flesta demensboenden dokumenterar vad personen kan göra själv, hur kommunikationen bäst sker med personen samt om personen behöver särskilt stöd eller särskilda anpassningar i miljön för att kunna delta i aktiviteter. Den senare frågan besvaras endast av demensboenden. En genomförandeplan bör upprättas även för hemtjänstinsatser och något särskilt beslut om det krävs inte. Om den enskilde endast har en enklare hemtjänstinsats som matdistribution eller trygghetslarm behövs dock i regel inte en genomförandeplan.

De flesta demensboenden och hemtjänstverksamheter dokumenterar behov av individuellt anpassat stöd vid måltider och delaktighet vid upprättande eller förändring av genomförandeplanen.

Det är däremot mer ovanligt att man dokumenterar personens livsåskådning samt önskemål vid livets slut, likaså personens upplevelse av sig själv och uppfattning om sin nuvarande situation. Av demensboenden svarar drygt hälften att personens livsåskådning samt önskemål vid livets slut ingår och av hemtjänstverksamheterna svarar en dryg tredjedel samma sak. Personens upplevelse av sig själv och uppfattning om sin nuvarande situation dokumenteras i drygt två tredjedelar av demensboendena och knappt två tredjedelar av hemtjänstverksamheterna. Kommentarerna tar upp att personer med demenssjukdomar ofta har förlorat förmågan att uttrycka sin vilja i livets slutskede och att personalen utgår från anhörigas önskemål och förutsätter att anhöriga vet hur och vad personen hade önskat sig. Flera

nämner också att de försöker lyfta frågan med anhöriga vid välkomstsamtal, men att anhöriga inte brukar vilja prata om det.

Både i demensboende och i hemtjänst dokumenterar man i stor utsträckning vilka dagliga rutiner som personen uppskattar särskilt samt vilka personer som har varit eller är viktiga i hens liv och om hen önskar ha kontakt med dessa.

Enkätens resultatet är samstämmiga med hur det såg ut vid utvärderingen 2018, både för demensboenden och hemtjänst.

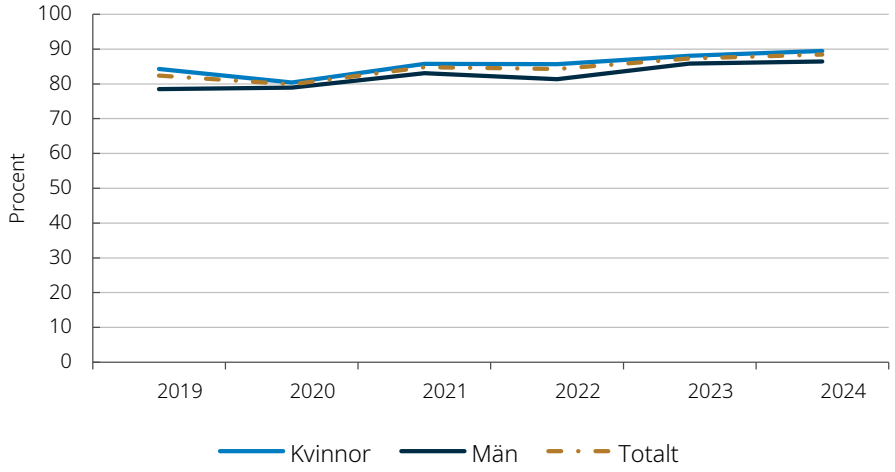
Personcentrerade aktiviteter och stimulans varierar

Personer med demenssjukdomar har behov av meningsfulla aktiviteter som omfattar både fysisk aktivitet och social samvaro. Aktiviteterna bör vara individuellt anpassade och utföras under en särskilt avsatt tid. Det kan till exempel handla om utevistelse, hushållssysslor, fysisk aktivitet, musik, dans och andra kulturella aktiviteter eller annat som stimulerar personen och som ger utrymme för egen tid där personen är i centrum. Aktivitet innebär också att få vara delaktig i det dagliga livets aktiviteter och att kunna utföra sin personliga vård så självständigt som möjligt. Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå på minst 98 procent för andelen personer med demenssjukdomar som har erbjudits personcentrerade insatser med aktiviteter eller annan stimulans utifrån under den senaste veckan, beskrivna i den enskildes genomförandeplan.

Diagram 29 visar en försiktigt positiv trend, från åtta av tio till nio av tio som erbjuds personcentrerade aktiviteter eller stimulans. Resultatet för kvinnor är något högre genom hela mätperioden. Den nationella målnivån på minst 98 procent uppnås inte.

Diagram 29: Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans i säbo

Andelen personer med demenssjukdomar som har erbjudits personcentrerade aktiviteter eller annan stimulans utifrån i genomförandeplanen under den senaste veckan i särskilt boende för äldre. Procent.



Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).

Tabell 17 visar att merparten av demensboenden bedömer att de kan tillgodose de boendes behov och önskemål angående individuellt utformade aktiviteter, men var fjärde verksamhet svarar dock att detta endast gäller till liten del för fysiska aktiviteter. Exempel på sådana aktiviteter kan till exempel vara promenad, träning med vikter och pulshöjande träning.

Även vad gäller de boendes behov och önskemål om att vistas utomhus bedömer huvudparten av verksamheterna att de kan tillgodose dessa helt och hållet eller till stor del.

Tabell 17. Möjlighet att tillgodose de boendes behov och önskemål i demensboende

Demensboendens möjlighet att tillgodose de boendes behov och önskemål. Avser år 2025. Antal svarande demensboenden 180 av 300. Procent.

	Helt och hållet	Till stor del	Till liten del	Inte alls
Individuellt utformade aktiviteter	16	69	15	0
Individuellt utformade fysiska aktiviteter	14	61	25	1
Vistas utomhus	34	54	12	1

Källa: Socialstyrelsens enkät till ett urval av demensboenden.

I en avhandling som publicerades under våren 2025 gjordes en nationell kartläggning av utemiljöer vid säbo. Kartläggningen visade att två tredjedelar av dessa hade liten tillgång till balkonger, uteplatser och uterum för äldre personer [33].

Tillgång till kontaktpersoner har etablerats i demensboenden

Ett sätt att öka den enskildes delaktighet och inflytande är att i samband med inflyttningen till demensboendet utse en särskild person i personalgruppen som har i uppdrag att samordna frågor som rör den enskildes personliga omvårdnad och service.

Samtliga demensboenden uppger att de erbjuder alla boende en fast personkontakt för frågor som rör den boendes personliga omvårdnad och service. Även av hemtjänstverksamheterna uppger de allra flesta att de erbjuder personer med demenssjukdomar en fast personkontakt. Resultatet har förbättrats för hemtjänsten jämfört med utvärderingen 2018.

Dagverksamhet fyller flera syften

Personer med demenssjukdomar kan få möjlighet att vistas på en anpassad dagverksamhet [28]. Det är en insats som man ansöker om hos kommunen men den kan även erbjudas utan individuell behovsprövning. Dagverksamheten fyller flera syften. Den bidrar till att personer med demenssjukdomar får uppleva social samvaro och ger samtidigt en struktur på dagen. Dagverksamheter har även betydelse för anhöriga som får en tillfällig avlösning. Dagverksamheterna är också en del av vårdkedjan för personer med demenssjukdomar. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att socialtjänsten erbjuder dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdomar. En närmare beskrivning finns i Socialstyrelsens vägledning dagverksamhet [34].

Dagverksamhet illustrerar också den komplexa organisationen för vård och omsorg vid demenssjukdomar. Kommunen är enligt HSL ansvarig huvudman för den hälso- och sjukvård som utförs i dagverksamheten. Läkarinsatser är däremot alltid regionens ansvar som huvudman. När personen inte vistas i dagverksamheten kan regionen eller kommunen vara huvudman för hälso- och sjukvården, det vill säga när personen befinner sig i sitt ordinarie hem.

Personen som är på dagverksamhet kan med andra ord ha hälso- och sjukvårdsinsatser från flera huvudmän och flera vård- och omsorgsgivare under dygnet. Det förutsätter samverkan mellan såväl huvudmännen som vård- och omsorgsgivarna för att säkerställa att personerna får en god och säker vård. Personens vård kan behöva planeras gemensamt mellan vårdgivarna i de fall det behövs hälso- och sjukvårdsinsatser i dagverksamheten. Det gäller till exempel delegering av läkemedelshantering och förskrivning av hjälpmedel.

Kommunen har ansvaret för hälso- och sjukvård som utförs på dagverksamhet. Beroende på hur hälso- och sjukvården har skatteväxlats

kan patientens övriga hälso- och sjukvård utföras av antingen regionen eller kommunen. Läkarinsatserna är alltid regionens ansvar.

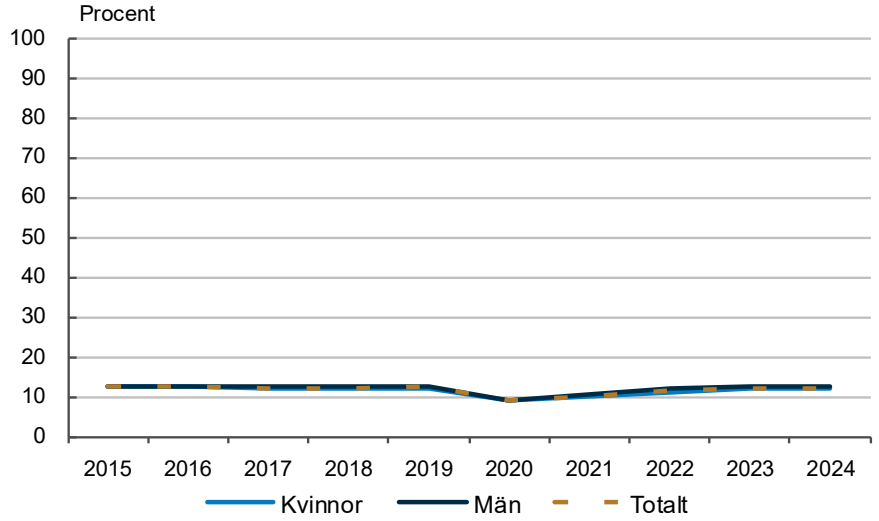
Även social dagverksamhet förekommer, eller öppna verksamheter utan särskilt beslut om insats. För att få tillgång till dagverksamhet med inriktning på demenssjukdom behövs dock diagnosintyg.

Dagverksamhet för personer med demenssjukdomar oförändrat på låg nivå

Diagram 30 visar att kommunerna erbjuder dagverksamhet i ungefär samma utsträckning över tid; en dryg tiondel av personer med demenssjukdomar erbjuds dagverksamhet. Antalet platser minskade dock mellan 2019 och 2022. Socialstyrelsen har inte fastställt någon nationell målnivå, men ett högt resultat är önskvärt.

Diagram 30. Plats i dagverksamhet

Andelen personer med demenssjukdomar* i ordinärt boende som har ett verkställt beslut om dagverksamhet. Avser 31 december. Procent.

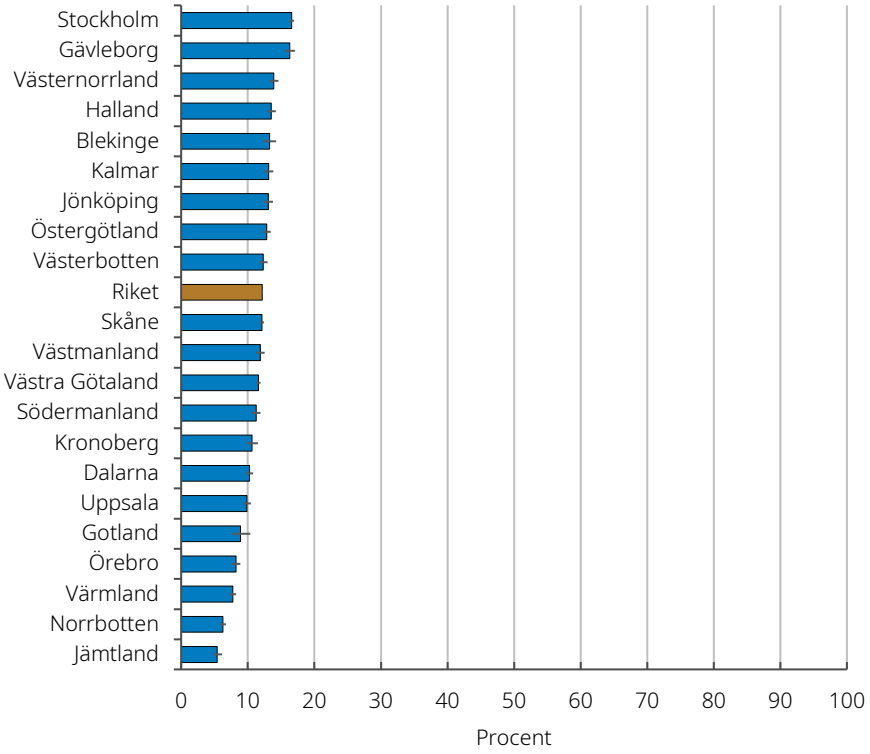


Källa: Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister och register över insatser till personer 65 år och äldre och personer med funktionsnedsättning samt Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (Svedem) och BPSD-registret.
*Socialstyrelsens demenspopulation, definition i metodbilaga

Diagram 31 visar skillnader mellan regionerna. Till exempel är andelen som har beslut om dagverksamhet tre gånger högre i Stockholm och Gävleborg än i Norrbotten och Jämtland. Flertalet regioner ligger runt 10 procent.

Diagram 31. Plats i dagverksamhet

Andelen personer med demenssjukdomar* i ordinärt boende som har ett verkställt beslut om dagverksamhet. Med konfidensintervall. Avser 31 december 2023. Procent.



Källa: Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister och register över insatser till personer 65 år och äldre och personer med funktionsnedsättning samt Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) och BPSD-registret.
* Socialstyrelsens demenspopulation, se definition i metodbilaga

Majoriteten av kommunerna (198 av 235) anger att de har behovsbedömd dagverksamhet som riktar sig till enbart för personer för demenssjukdomar. I åtta av regionerna har alla kommuner denna typ av dagverksamhet medan det i Norrbotten och Västerbotten endast gäller hälften av kommunerna. Andelen är oförändrad jämfört med utvärderingen 2018. Enligt flera kommentarer är dagverksamheten inte alltid behovsbedömd, det vill säga den har social inriktning.

Som tabell 18 visar ordnar de allra flesta kommuner dagverksamhet som enbart riktar sig till personer med demenssjukdomar flera gånger i veckan och några kommuner gör det även på helgdagar.

Tabell 18. Dagverksamhet som riktar sig till personer med demenssjukdomar

Andelen kommuner efter hur ofta de ordnar dagverksamhet som enbart riktar sig till personer med demenssjukdomar. Avser år 2025. Antal svarande kommuner- och stadsdelar 235 av 300. Procent.

	Procent
En gång i veckan	4
Flera gånger i veckan	89
Även helgdagar	2
Saknar dagverksamhet	5

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Ökad möjlighet till dagverksamhet med särskild inriktning

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att socialtjänsten erbjuder dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdomar [28]. I riktlinjerna rekommenderas också att yngre personer med demenssjukdomar erbjuds plats i dagverksamhet som är anpassad för målgruppen.

Socialstyrelsen bedömde i utvärderingen 2018 att fler kommuner borde kunna utveckla målgruppsanpassade dagverksamheter. Till exempel är det motiverat att skapa dagverksamheter för personer med demenssjukdom baserat på var de befinner sig i sjukdomsutvecklingen, eftersom det finns en målsättning om att ställa tidig diagnos och diagnosverktygen ständigt utvecklas.

Tabell 19 visar att närmare två tredjedelar av kommunerna (143 av 235) erbjuder dagverksamhet för personer under 65 år och hälften av kommunerna erbjuder verksamhet anpassad för personer som är i tidig fas i demenssjukdomen. Vad gäller dagverksamhet för personer med ett annat modersmål än svenska har det skett en stor förbättring jämfört med 2018; andelen kommuner som erbjuder sådan har fördubblats. Andelen är dock fortfarande låg. Det har skett en kraftig ökning av andelen kommuner som erbjuder dagverksamhet som särskilt riktar sig till yngre personer med demenssjukdomar; andelen har tredubblats.

Av kommentarerna framgår att det ofta är kommunens storlek som avgör i vilken utsträckning det finns möjlighet att erbjuda dagverksamhet för specifika grupper.

Tabell 19. Kommuner som erbjuder målgruppsanpassad dagverksamhet för personer under 65 år, i tidig sjukdomsfas eller med andra språk än svenska

Andelen kommuner som erbjuder dagverksamhet för grupper med demenssjukdomar och andra språk än svenska, personer under 65 år och i tidig sjukdomsfas. Avser år 2025. Antal svarande kommuner- och stadsdelar 235 av 300. Procent.

	Procent
Andra språk än svenska	20
Personer under 65 år med demenssjukdomar	61
Verksamhet anpassad för tidig fas i demenssjukdom	51

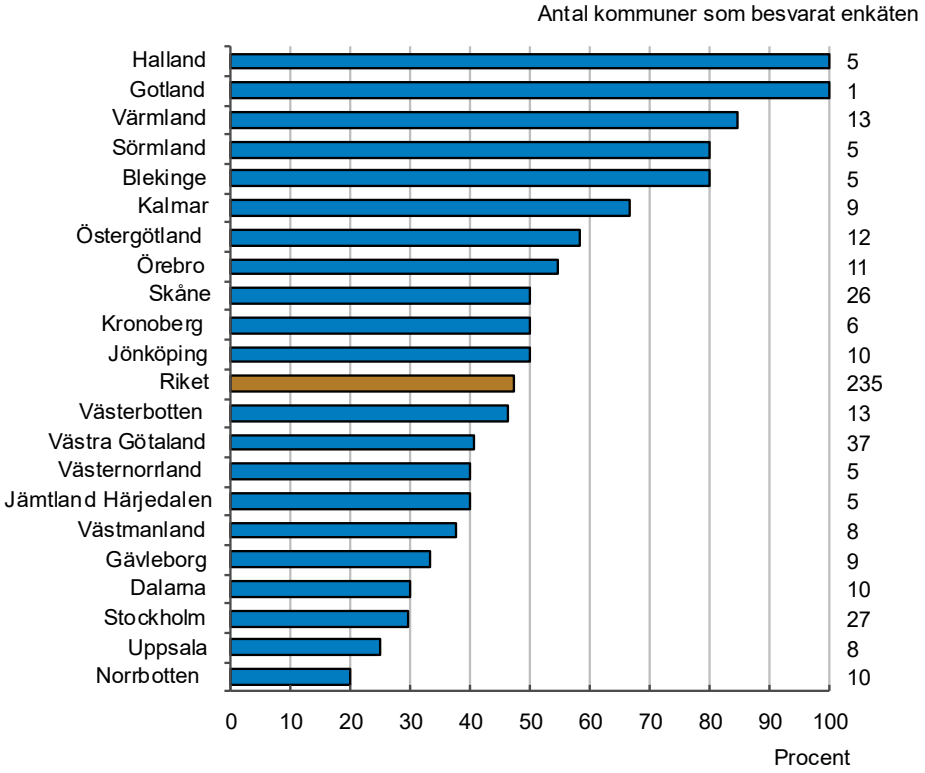
Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Dagverksamhet anpassad efter sjukdomsfas

I och med målet om tidig diagnos och de allt större möjligheterna att ställa diagnoser tidigt i sjukdomsförloppet blir variationen större mellan personer som har demensdiagnos. Det har i sin tur betydelse för dagverksamhetens organisering och innehåll, bland annat ett rehabiliterande arbetssätt. Diagram 32 visar att hälften av kommunerna erbjuder dagverksamhet för personer i tidig fas i demenssjukdom, men att variationen är stor mellan regionerna.

Diagram 32. Kommuner med anpassad dagverksamhet

Andelen kommuner som har verksamhet anpassad för personer i tidig fas i demenssjukdom. Avser år 2025. (Antal svarande kommuner och stadsdelar 235 av 300.) Procent.



Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Personalens kompetens i dagverksamhet

I dagverksamhet som riktar sig till personer med demenssjukdom är undersköterska den absolut mest förekommande yrkesgruppen, som tabell 20 visar. I var tredje dagverksamhet finns det demenssjuksköterska och arbetsterapeut, och nästa lika många dagverksamheter har fysioterapeut. Däremot erbjuder ingen dagverksamhet psykosocialt stöd i form av kurator eller psykolog.

Tabell 20. Personalens kompetens i dagverksamhet

Andelen kommuner efter vilka kompetenser personalen har på dagverksamhet som enbart riktar sig till personer med demenssjukdomar har. Avser år 2025. Antal svarande kommuner- och stadsdelar 235 av 300. Procent.

	Procent
Demenssjuksköterska	35
Undersköterska	93
Arbetsterapeut	36
Fysioterapeut	29
Kurator	0
Psykolog	0
Dietist	5
Andra kompetenser	46

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Skillnader i tillgång till särskilt anpassade insatser

Beroende på individers olika förutsättningar kan behoven vid demenssjukdom se olika ut.

Insatser vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Nio av tio personer med demenssjukdomar uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet någon form av beteendemässiga eller psykiska symtom vid demenssjukdomar (BPSD). Symtomen kan vara affektiva, som depression och ångest, men också psykotiska, som hallucinationer och vanföreställningar. Det är även vanligt med hyperaktivitet, som innebär att personen gör samma sak om och om igen, eller apati med initiativlöshet och tillbakadragenhet.

Majoriteten av regionerna (16 av 19) anger att de har någon form av insats som särskilt riktar sig till personer med demenssjukdomar och svåra beteendeförändringar, som tabell 21 visar. I hälften av regionerna (10 av 19) finns det särskilda team som arbetar med personer med beteendeförändringar. Lika många regioner erbjuder insatser till andra verksamheter, till exempel inom kommunen, såsom regelbunden utbildning och handledning som berör personer med beteendeförändringar. I något färre regioner finns det slutenvårdsplatser vid särskilda vårdenheter för personer med svår BPSD. Jämfört med utvärderingen 2018 har antalet regioner som erbjuder dessa insatser minskat något. Riktade

utbildningsinsatser eller gruppverksamheter för anhöriga till personer med beteendeförändringar har dock ökat; 2018 erbjöds sådana i var femte region, 2025 i var tredje.

Flera av kommentarerna handlar om att regionen idag inte erbjuder riktade insatser mot just demenssjukdomar med beteendeförändringar, men däremot har riktade insatser med vårdteam, anhörigstöd och utbildningar inom både kommun och region. Vissa av patienterna har beteendestörningar, men insatserna är inte specifikt framtagna eller riktade mot just beteendestörningar.

Tabell 21. Regionernas insatser till personer med demens och beteendeförändringar

Regionernas insatser för personer med svåra och långvariga beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, t ex aggressivitet, vanföreställningar och ropbeteende. Avser 2025. Antal svarande regioner 19 av 21.

	Särskilda team	Särskilda slutenvård s-platser	Utbildning eller gruppverksam -het för anhöriga	Utbildning och handledning till t.ex. kommunerna	Andra insatser
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Uppsala*	-	-	-	-	-
Sörmland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Jönköping	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej
Kronoberg	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Kalmar	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej
Gotland	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Blekinge	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Skåne	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Halland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Värmland	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja
Örebro	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Västmanland	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Dalarna	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Gävleborg	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Jämtland-Härjedalen	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Norrbotten*	-	-	-	-	-
Riket	10/19	8/19	7/19	10/19	10/19

*Ej svar.

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner 2025.

Ingen förbättring av insatser för yngre personer med demenssjukdomar

När en yngre person, under 65 år, insjuknar i en demenssjukdom påverkas livssituationen på ett avgörande sätt för såväl personen som för hens anhöriga. Det är därför viktigt att insatser erbjuds i ett tidigt skede, och att dessa är anpassade utifrån den enskildes behov.

Tabell 22 visar att drygt hälften av regionerna (11 av 19) erbjuder riktade utbildningsinsatser eller gruppverksamheter för anhöriga till yngre personer med demenssjukdomar. En tredjedel uppger att de har särskilda team för yngre personer med demenssjukdomar och lika många erbjuder regelbunden utbildning eller handledning till andra verksamheter, som till exempel kommunerna. Inga förändringar har skett jämfört med utvärderingen 2018.

I stort sett alla regioner har tillgång till utvidgad utredning för yngre personer som misstänks ha eller har demenssjukdomar, i vissa fall i samarbete med andra regioner. Av kommentarerna framgår att yngre personer med misstänkt demenssjukdom utreds och följs upp på Minnesmottagningen. Bland kommentarerna nämns också att det är svårt att skapa grupper för särskilda målgrupper i mindre kommuner. I vissa fall samarbetar kommuner för att få ihop tillräckligt många deltagare till grupper för yngre personer med demensdiagnoser.

Tabell 22. Insatser för yngre personer med demenssjukdomar

Regionernas insatser för yngre personer med demenssjukdomar. Avser år 2025. Antal svarande regioner 19 av 21.

	Antal
Särskilda team för yngre personer med demenssjukdomar	7
Riktade utbildningar och/eller gruppverksamheter för anhöriga till yngre personer med demenssjukdomar	11
Regelbunden utbildning och handledning som berör yngre personer med demenssjukdomar, riktade till andra verksamheter (t. ex inom kommunen)	6
Tillgång till utvidgad utredning	18
Andra insatser	8

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner 2025.

Personer med demenssjukdom som är födda i andra länder utreds oftare med anpassat instrument

Den aktuella siffran för hur många personer med demenssjukdom som beräknas vara födda i annat land är 20 000, och den största gruppen är födda

i Finland eller annat nordiskt land än Sverige. Samma bedömning gällde vid utvärderingen 2018. Eftersom många andra grupper kommit till Sverige under de senaste decennierna kommer sammansättningen antagligen att ändras under den kommande tjugoårsperioden [35-37].

För att vården och omsorgen ska vara personcentrerad är det viktigt att uppmärksamma behov som är relaterade till att personen har en annan kulturell eller språklig bakgrund. Att ta kulturell hänsyn handlar till exempel om att ge personen möjlighet att utöva sin religion, få kulturellt anpassad mat och bevara sina kulturella traditioner och sedvänjor. Forskning visar också på vikten av att personer med demenssjukdom har tillgång till personal som talar samma språk som hen själv [38].

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att hälso- och sjukvården använder minnestestinstrumentet RUDAS (The Rowland Universal Dementia Assessment Scale) som en del i den basala demensutredningen för personer med misstänkt demenssjukdom och annat modersmål än svenska [28]. Tabell 23 visar att de flesta regioner anger att de använder RUDAS i samband med demensutredningar, vilket är en markant ökning från utvärderingen 2018 då drygt hälften av regionerna använde instrumentet.

Däremot har användningen av särskilt utbildade tolkar vid demensutredningar minskat från utvärderingen 2018. Då svarade två tredjedelar av regionerna att de anlitade tolkar. Nu gäller det färre än hälften av regionerna. Flera regioner har kommenterat att man alltid använder tolk, men att de sällan har specifik utbildning för uppdraget.

Redan i Socialstyrelsens *Lägesrapport äldre 2017* [39] beskrivs brist på kvalificerad tolkhjälp som ett hinder för vården.

Tabell 23. Regionernas insatser för personer med demensdiagnoser som är födda annat land än Sverige

Regionernas insatser för personer med demensdiagnoser som är födda i annat land än Sverige. Avser år 2025. Antal svarande regioner 19 av 21.

	Antal
RUDAS används i demensutredningar	17
Särskilt utbildade tolkar anlitas vid demensutredningar	8
Andra insatser	5

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner 2025.

Personer med demenssjukdom som tillhör nationella minoriteter

För personer som tillhör någon av de fem nationella minoriteterna gäller särskilda rättigheter enligt lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk som kom 2010 och som stärkts genom nya bestämmelser

från den 1 januari 2019. De fem nationella minoriteterna är judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar.

Några av dessa rättigheter kan beröra vård och omsorg vid demenssjukdom. Äldre som bor i ett förvaltningsområde har till exempel rätt att få hela eller en väsentlig del av sin äldreomsorg av personal som kan tala finska, meänkieli eller samiska. Detsamma gäller äldre som bor utanför förvaltningsområdena om kommunen har tillgång till personal som kan språken finska, jiddisch, meänkieli, romani chib eller samiska. Kommuner ska inom ramen för den äldreomsorg som erbjuds på minoritetsspråk beakta de äldres behov av att upprätthålla sin kulturella identitet.

Kommunerna är också skyldiga att verka för att det finns personal med kunskaper i minoritetsspråken där det behövs i omvårdnaden av äldre. Vårdgivare inom hälso- och sjukvården bör verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli och samiska där det behövs i vården[40].

Insatser för personer med intellektuell funktionsnedsättning och demenssjukdomar fortsatt på låg nivå

Personer med intellektuell funktionsnedsättning löper ökad risk för att utveckla demenssjukdomar [41]. Mest kunskap finns det om gruppen personer med Downs syndrom, där det finns en väl dokumenterad risk att tidigt utveckla demenssjukdomar – framför allt Alzheimers sjukdom. Symtom på Alzheimers sjukdom är ovanliga före 40 års ålder, men i 60-årsåldern har nästan hälften av alla personer med Downs syndrom tydliga tecken på demenssjukdomar. Sjukdomsförloppet är ungefär tre gånger snabbare för personer med Downs syndrom. Demensdebuten kan vara svår att upptäcka hos personer med intellektuell funktionsnedsättning, men det är avgörande att kommun och region utvecklar gemensamma arbetssätt för att tidigt kunna identifiera tecken och erbjuda rätt insatser. Det handlar till exempel om både LSS-boenden och demensboenden. Ett stöd i det arbetet kan vara webbutbildningarna ”Åldern har sin rätt” och ”Tidiga tecken” som tillhandahålls av Svenskt Demenscentrum [42].

Det är få regioner som har särskilda insatser som riktar sig till personer med intellektuell funktionsnedsättning som även har en demenssjukdom, som tabell 24 visar. Endast Örebro anger att det finns ett team som arbetar med målgruppen.

Inga regioner erbjuder riktade utbildningar eller gruppverksamheter för anhöriga till personer med intellektuell funktionsnedsättning och demenssjukdomar. Däremot erbjuder tre regioner – Gävleborg, Västerbotten och Västra Götaland – regelbunden utbildning och handledning till andra

verksamheter inom till exempel kommunerna, på temat personer med intellektuell funktionsnedsättning och demenssjukdomar.

Enligt kommentarer kommer dessa patienter till minnesmottagning och erbjuds utredning och uppföljning på mottagningen. Andra kommentarer handlar om att olika punktinsatser med utbildning om intellektuell funktionsnedsättning och demens har genomförts. Insatserna är däremot inte att betrakta som regelbundna eller systematiska.

Jämfört med utvärderingen 2018 har det inte skett några förändringar utom att det är flera regioner som uppger att de erbjuder andra insatser. Några exempel är att det vid behov finns möjlighet till handledning, utbildning och att det erbjuds kompetensutveckling för personal på vuxenhabiliteringen.

Tabell 24. Regionernas insatser riktade till personer med intellektuell funktionsnedsättning och demenssjukdomar

Regionernas insatser riktade till personer med intellektuell funktionsnedsättning och demenssjukdomar. Avser år 2025. Antal svarande regioner 19 av 21.

	Antal
Särskilda team för personer med intellektuell funktionsnedsättning och demenssjukdomar	1
Riktade utbildningar och/eller gruppverksamheter för anhöriga till personer med intellektuell funktionsnedsättning och demenssjukdomar	0
Regelbunden utbildning och handledning till andra verksamheter (t.ex. inom kommunen) på temat personer med intellektuell funktionsnedsättning och demenssjukdomar.	3
Andra insatser	6

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner 2025.

Platser i särskilt boende för äldre oförändrat

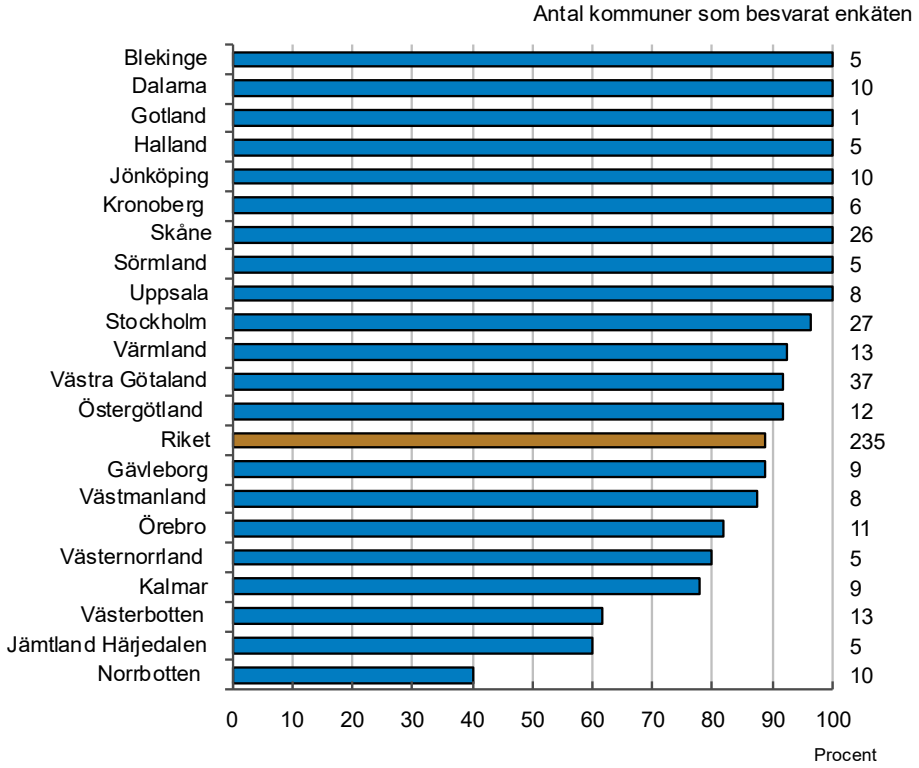
Personer med omfattande fysiska eller kognitiva besvär kan behöva insatser dygnet runt, vilket erbjuds i säbo. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att socialtjänsten erbjuder ett säbo som är anpassat för personer med demenssjukdomar. Det innebär bland annat att boendet ska vara småskaligt och ha en inkluderande boendemiljö.

Andelen personer 65 år äldre som bor i säbo har successivt minskat under den senaste tioårsperioden – från 13 procent till 10 procent mellan åren 2014 och 2024. Kvinnor har plats i säbo i högre utsträckning än män; i gruppen 80 år och äldre ligger kvinnor på 13 procent jämfört med 8 procent av männen. Väntetiden är dock något kortare för män [43].

Diagram 33 visar att de flesta kommuner i landet, nio av tio, har demensboenden för personer med demenssjukdomar och det gäller i nio regioner. I Jämtland Härjedalen och Västerbotten har sex kommuner av tio demensboenden och i Norrbotten endast fyra av tio. Flera kommentarer handlade om att det i kommunens särskilda boenden finns specifika demensavdelningar.

Diagram 33. Kommuner som har demensboenden

Andelen kommuner per region som har särskilda boenden för äldre för personer med demenssjukdomar. Avser år 2025. (Antal svarande kommuner och stadsdelar 235 av 300.) Procent.



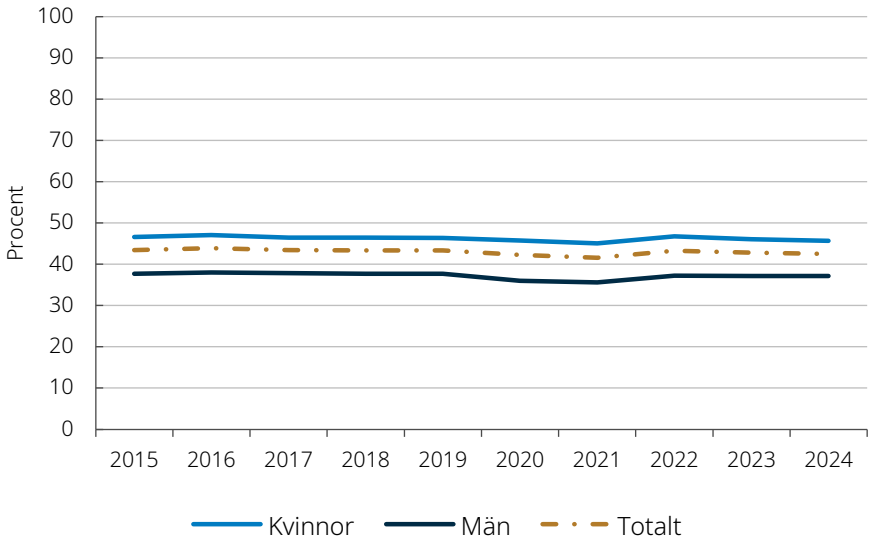
Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Var tredje kommun svarar att de har korttidsboenden enbart för personer med demenssjukdomar. Drygt hälften av kommunerna i Stockholm och Uppsala har korttidsboenden för personer med demenssjukdomar, medan ingen kommun i Sörmland och inte heller Gotland har sådana. Flera kommuner uppger dock att det finns planer på att öppna korttidsboenden för personer med demenssjukdomar framöver.

Diagram 34 visar att andelen personer med demensdiagnos som bor i särskilt boende för äldre varit i stort sett oförändrad mellan 2015 och 2024, andelen ligger runt 45 procent. Andelen kvinnor är genomgående högre än andelen män, sannolikt beroende på att kvinnor lever längre och oftare saknar en partner som kan vårda i hemmet.

Diagram 34. Personer med demenssjukdomar i särskilt boende

Andelen personer med demenssjukdomar* som bor i särskilt boende för äldre. Avser 31 december årsvis. Procent.

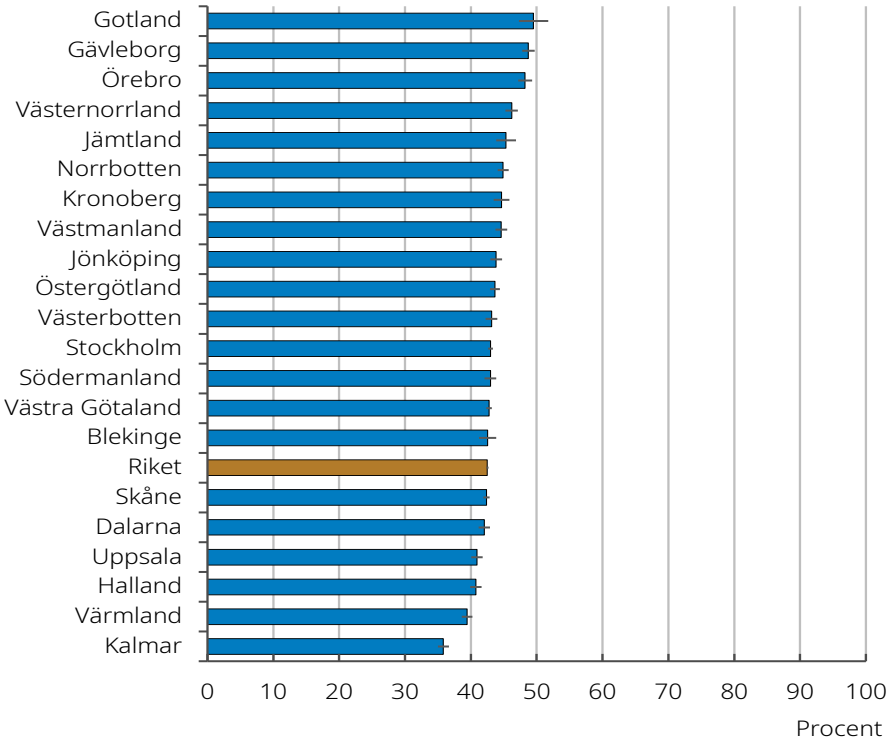


Källa: Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister och register över insatser till personer 65 år och äldre och personer med funktionsnedsättning samt Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) och BPSD-registret.
*Socialstyrelsens demenspopulation, definition i metodbilaga.

Diagram 35 visar att skillnaderna mellan regioner är små; flertalet ligger mellan 40 procent och 50 procent. Lägst andel personer med demenssjukdomar i säbo har Kalmar, 36 procent. Gotland och Gävleborg har båda närmare 50 procent.

Diagram 35. Personer med demenssjukdomar i särskilt boende

Andelen personer med demenssjukdomar* som bor i särskilt boende för äldre. Med konfidensintervall. Avser 2024. Procent



Källa: Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister och register över insatser till personer 65 år och äldre och personer med funktionsnedsättning samt Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) och BPSD-registret.
*Socialstyrelsens demenspopulation, definition i metodbilaga.

När vi utifrån områdestyp jämförde hur stor andel personer med demenssjukdomar som bor i säbo syntes vissa skillnader. För områdestyp 5, med goda socioekonomiska förutsättningar, var det minst vanligt med plats i säbo, ungefär en femtedel av personer med demenssjukdom hade en sådan. För områdestyp 1 och 2, med störst socioekonomiska utmaningar, var det närmare hälften som hade plats i särskilt boende.

För att få en fördjupad bild av kommunernas satsningar på särskilda boendeformer för personer med demenssjukdomar gjorde vi ett stickprov i en kommun som valt att frångå principen om särskilda demensboenden. Vid en fördjupande intervju visade sig skälet vara att de individuella behoven avgör boendet, inte diagnosen. I stället har hela boendet anpassats för personer med demensdiagnoser och kompetensen höjts i hela personalgruppen.

Resultaten för olika boendeformer är med andra ord svårtolkade, både när det gäller definition av boendeform och i relation till den personcentrerade omvårdnad som är målet både för vård och omsorg vid demenssjukdomar och den omställning som pågår till en god och nära vård i Sverige.

Utformningen av säbo liksom tillgången till säbo bör bedömas i relation till detta.

Andelen som får bedömning av munhälsa i säbo ökar

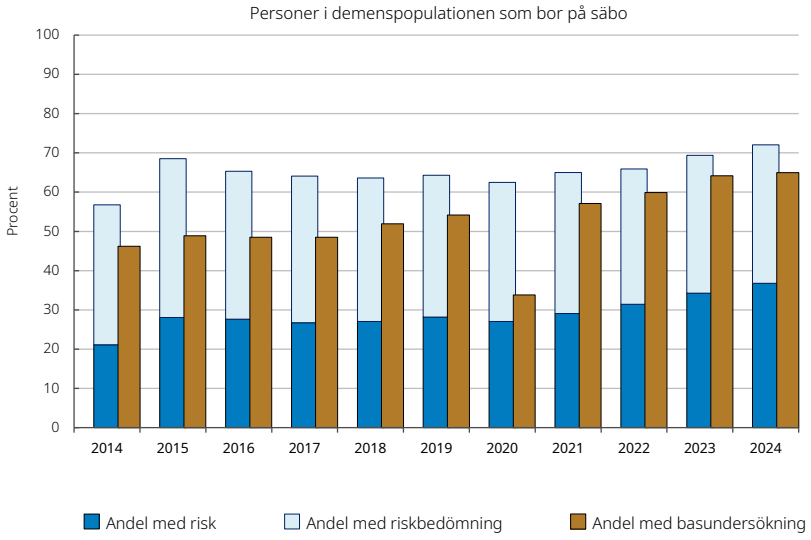
Personer med demenssjukdom kan redan tidigt i sjukdomen få problem med att göra regelbundna tandvårdsbesök, tandborstning och annan munvård. Samtidigt påverkar munhälsan många basala behov, som att äta, dricka och tala. Det är ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten, att uppmärksamma munhälsan under hela sjukdomsförloppet, och att ha rutiner för när samverkan behövs.

Tre av fyra demensboenden uppger att alla deras boende har fått bedömning av munhälsa under 2023 – 2024, och resterande fjärdedel uppger att detta gäller de flesta boende. Det framgår av kommentarerna att bedömning av munhälsa på flertalet boenden sker vid inflyttning och därefter regelbundet en gång per år. Flera skriver att de arbetar strukturerat med ROAG som är ett munbedömningsinstrument.

Diagram 36 visar att andelen av demenspopulationen i säbo som fått en riskbedömning registrerad i Senior Alert någon gång under året har ökat från 57 till 72 procent mellan åren 2014 och 2024. Av dem som riskbedöms i Senior Alert har andelen med risk för munhälsa ökat från 37 till 51 procent. Andelen av demenspopulationen i säbo som genomgått en basundersökning av tandläkare eller tandhygienist någon gång under året har ökat från 37 till 51 procent under perioden. Under pandemin sjönk andelen med basundersökning av tandvården till 27 procent på grund av besöksrestriktionerna.

Diagram 36. Personer med demensdiagnoser som genomgått bedömning av munhälsa

Andel personer med demenssjukdom* som genomgått riskbedömning (ROAG), andel som haft risk för munhälsan och andel som genomgått basundersökning. Procent.



Källa: Senior Alert, Socialtjänstregistret och Tandhälsoregistret.
*Socialstyrelsens demenspopulation, se definition i metodbilaga.

Sammantaget har andelen personer med demenssjukdom som fått en strukturerad riskbedömning och har registrerad risk kontinuerligt ökat över tid, och 2024 har över hälften fått en bedömning. Andelen med risk för munhälsan och andelen som har genomgått en basundersökning hos tandläkare eller tandhygienist har också ökat kontinuerligt. En förklaring till ökningen kan vara att Senior Alert ökat sin täckningsgrad i målgrupperna under perioden 2014–2024.

Analys av resultat

Försiktigt positiva trender syns i säbo och demensboendens arbete med personcentrerad vård och omsorg, då användandet av levnadsberättelse, genomförandeplan och tillgång till personcentrerad aktivitet och stimulans ökat.

För hemtjänsten redovisas lägre användande av levnadsberättelser i ordinärt boende. För den personcentrerade vården och omsorgen vid ordinärt boende är också dagverksamhet betydelsefull, både som vårdtillfälle för personen med demensdiagnos och som avlastning för anhöriga. Utvärderingen visar bland annat att endast omkring tio procent har behovsprövad dagverksamhet. Vården och omsorgen i hemmet är viktig och blir sannolikt viktigare ju fler som får tidig diagnos. Kommunerna behöver säkerställa att personcentrad vård och omsorg vid ordinärt boende stärks.

Personer med intellektuell funktionsnedsättning och demenssjukdom är den grupp där lägst andel får tillgång till de insatser som utvärderas. Regioner och kommuner behöver inleda ett arbete för att identifiera vilka behov som finns och hur de ska mötas.

Antalet slutenvårdsplatser för vård av BPSD har minskat. Förklaringen kan vara att andra arbetssätt gjort att slutenvårdsplatser inte behövs i samma utsträckning. Regionerna behöver dock säkerställa att de behov av slutenvårdsplatser som fortfarande finns blir uppfyllda.

Personalens kompetens i dagverksamhet är låg, bland annat saknas ofta demenssjuksköterska. Region och kommun behöver samverka i sina olika delar i vårdkedjan, för att säkerställa att kompetensnivån är förenlig med uppdraget samt säkerställa att kunskapen finns om dagverksamhetens koppling till hälso- och sjukvårdslagen.

Andelen personer med demensdiagnoser som bor i säbo är i princip oförändrad. Med tanke på ett ökande antal personer med demensdiagnoser riskerar personer att bli utan plats trots att de har behov.

Resultaten för munhälsa visar att andelen som fått en strukturerad riskbedömning och har registrerad risk kontinuerligt ökat över tid och 2024 har över hälften fått en bedömning. Andelen med risk för munhälsan och andelen som har genomgått en basundersökning av tandläkare eller tandhygienist har också ökat kontinuerligt.

Anhörigas dubbla roll

När en person insjuknar i demenssjukdom påverkas även de anhöriga, och det är viktigt att tidigt erbjuda anhörigstöd. Gruppen anhöriga som vårdar eller stödjer en närstående som är långvarigt sjuk är stor och heterogen. Regeringens strategi för anhöriga inom hälso- och sjukvård och omsorg ska hjälpa regioner och kommuner att stärka anhörigperspektivet och göra stödet till anhöriga mer individanpassat och likvärdigt över landet. Den understryker samtidigt att anhörigas insatser och delaktighet alltid ska bygga på frivillighet [44].

Anhöriga kan också bidra i vårdarbetet genom att informera om sjukdomshistoria, läkemedel, förändringar i kognitiva funktioner och så vidare. Enligt Socialstyrelsens rekommendation behöver till exempel hälso- och sjukvården erbjuda strukturerade intervjuer med anhöriga till personer med misstänkt demenssjukdom som en del i den basala demensutredningen.

Begreppen ”anhöriga” och ”närstående” används inte konsekvent i olika sammanhang och det riskerar att skapa oklarhet. Vi har valt att använda ”anhöriga” som sammanfattande begrepp.

Samverkan med anhöriga fortfarande outnyttjad resurs

Tabell 25 visar att närmare sju av tio demensboenden (118 av 175) uppger att de anhöriga alltid eller i de flesta fall deltar i den individuella planering och uppföljning av insatserna som ges vid boendet. Närmare vart femte demensboende (29 av 175) anger dock att detta endast sker sällan.

Kommentarerna visar att det finns varierande skäl till att anhöriga inte deltar i individuell planering. I många fall handlar det om att personalen som träffar den boende varje dag kan följa utvecklingen och därmed bäst bedöma behoven.

Inom hemtjänsten svarar något färre verksamheter, sex av tio (119 av 194), att anhöriga alltid eller i de flesta fall deltar i planeringen och uppföljningen av hemtjänstinsatserna. Andelen har minskat sedan utvärderingen 2018 samtidigt som andelen verksamheter där anhöriga sällan deltar har ökat kraftigt. Kommentarerna här handlar mest om att anhöriga bjuds in efter samtycke från omsorgstagaren.

Tabell 25. Demensboendens och hemtjänstverksamhetens dialog med anhöriga

Andelen verksamheter efter anhörigas deltagande i den individuella planeringen och uppföljningen av insatser. Avser 2017 respektive 2025. Antal svarande demensboende 180 av 300 och antal svarande hemtjänstverksamheter 194 av 400 år 2025. Procent.

	Alltid	I de flesta fall	I ungefär hälften av fallen	Sällan	Aldrig
Andelen demensboenden					
2025	**21**	**47**	**15**	**17**	**1**
2017	22	46	20	12	0
Andelen hemtjänstverksamheter					
2025	**12**	**49**	**21**	**16**	**2**
2017	28	48	15	3	1

Källa: Socialstyrelsens enkät till ett urval av demensboenden respektive hemtjänstverksamheter 2017 respektive 2025.

I stort sett samtliga demensboenden har dialog med anhöriga när en person ska flytta in på demensboendet. Dialogen sker ofta i flera steg, med ett inledande telefonsamtal, därefter visning av lägenheten och senare ett ankomstsamtal. Fyra demensboenden av fem erbjuder de anhöriga regelbundna träffar där de tillsammans får information och möjlighet att påverka gemensamma frågor. Det kan till exempel handla om aktiviteter där både de boende och deras anhöriga kan delta. Merparten, tre demensboenden av fyra, anordnar träffar med anhöriga minst en gång i halvåret.

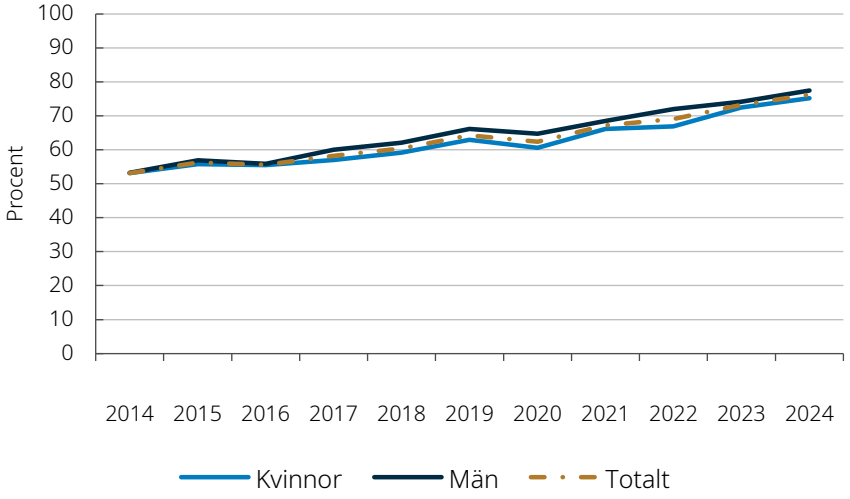
Erbjudande om anhörigstöd ökar

Anhörigstöd kan ges av den verksamhet som ställt diagnosen, både i primärvården och specialistvården. Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå på minst 95 procent för andelen personer med demenssjukdomar där vården initierat anhörigstöd i samband med diagnos.

Diagram 37 visar en positiv utveckling när det gäller anhörigstöd som initieras av primärvården, från att hälften av anhöriga fick det 2014 till tre fjärdedelar 2024. Skillnaden mellan könen är liten.

Diagram 37. Initiativ till anhörigstöd i samband med demensdiagnos i primärvård

Andelen personer med demenssjukdomar där primärvården initierat stöd till anhöriga i samband med att personen meddelas diagnosen. Primärvård. Procent.

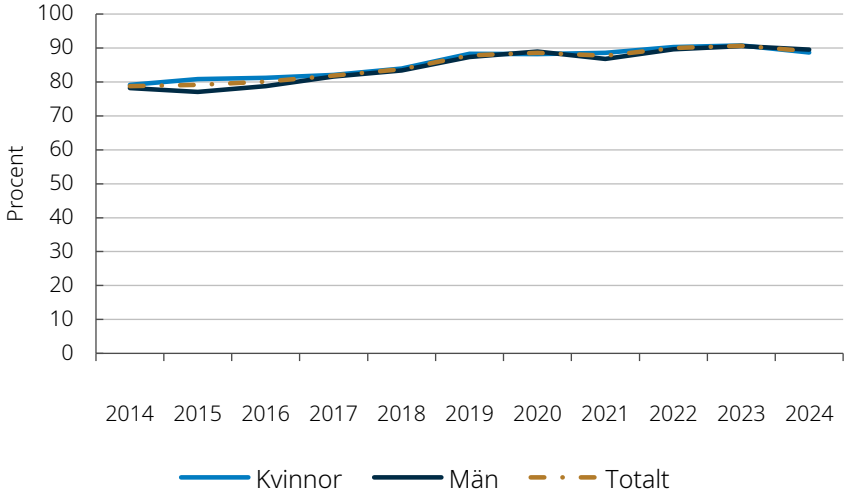


Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).

Som diagram 38 visar har antalet som erbjuds anhörigstöd i samband med demensdiagnos i specialistvården ökat från åtta fall av tio till nio av tio. Någon skillnad mellan könen syns inte.

Diagram 38. Initiativ till anhörigstöd i samband med demensdiagnos i specialistvård

Andelen personer med demenssjukdomar där specialistvården initierat stöd till anhöriga i samband med att personen meddelas diagnosen. Specialistvård. Procent.



Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).

Variation i anhörigstödets innehåll

Anhörigstöd kan initieras av den verksamhet som har ställt diagnosen, men i många fall hänvisas anhöriga till det anhörigstöd som tillhandahålls av kommunerna.

Tabell 26 visar att i stort sett alla kommuner uppger att de erbjuder avlösning i hemmet, vilket betyder att personal under några timmar byter av den anhörige. Det är också vanligt att erbjuda anhöriga informations- och utbildningsprogram samt öppna träffpunkter där de kan möta andra anhöriga.

Med informations- och utbildningsprogram menas program som behandlar demenssjukdomar, deras symtom, orsaker och förväntade utveckling. Ofta ingår också utbildning i att möta olika symtom samt information om möjliga behandlings- och stödinsatser från samhället.

Andra former av anhörigstöd är gemensamma hembesök av handläggare med anhörigstödjare, växelvård som avlastning och plats på korttidsboende.

Tabell 26. Kommuner som erbjuder stöd i olika former till anhöriga till personer med demenssjukdom

Andelen kommuner efter huruvida de erbjuder anhörigstöd, särskilt riktat till anhöriga till personer med demenssjukdomar. Avser år 2025. Antal svarande kommuner- och stadsdelar 235 av 300. Procent.

	Procent
Informations- och utbildningsprogram till anhöriga	83
Psykosociala stödprogram till anhöriga	57
Relationsbaserade stödprogram till den anhöriga och personen med demenssjukdom tillsammans	43
Öppna träffpunkter/grupper där man kan möta andra anhöriga	83
Avlösning i hemmet	95
Annat	35

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

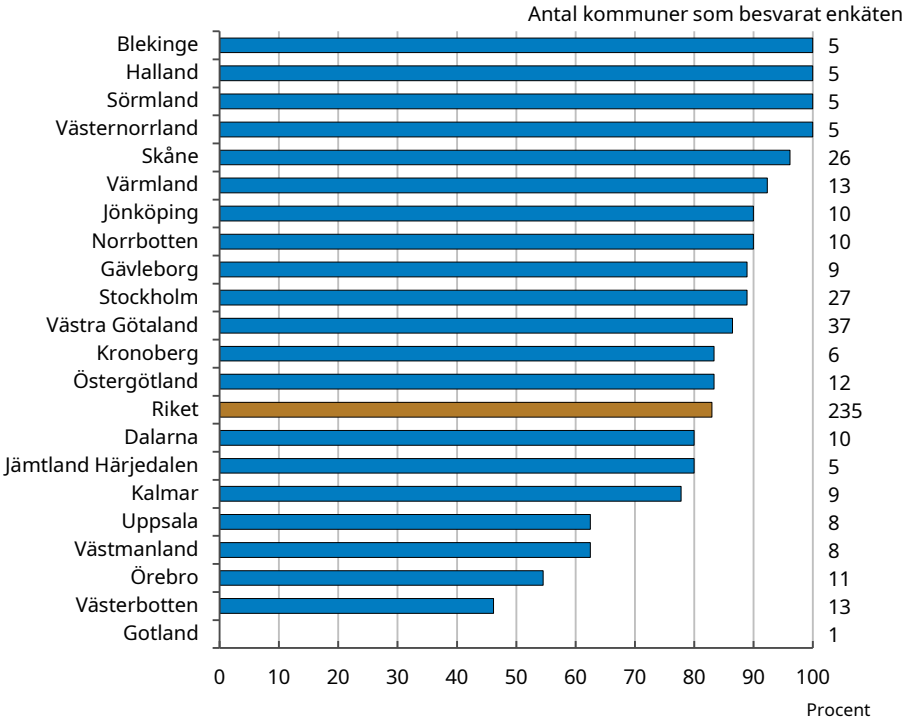
Resultaten för tillgång till olika former av stöd är relativt oförändrade sedan utvärderingen 2018. Då liksom nu är det lägst andel, hälften eller färre, som erbjuder ”psykosocialt stödprogram till anhöriga” och ”relationsbaserade stödprogram” till den anhöriga och personen med demenssjukdom tillsammans. Den senare har dock ökat från en fjärdedel till närmare hälften.

Diagram 39 visar att i fyra regioner – Blekinge, Halland, Sörmland och Västernorrland – uppger alla svarande kommuner att de har sådana program

för anhöriga medan det i Västerbotten och Örebro handlar om endast hälften av kommunerna. Gotland erbjuder inte denna typ av anhörigstöd.

Diagram 39. Kommuner som erbjuder informations- och utbildningsprogram för anhöriga till personer med demenssjukdom

Andelen kommuner som erbjuder informations- och utbildningsprogram för anhöriga till personer med demenssjukdomar. Avser år 2025. (Antal svarande kommuner och stadsdelar 235 av 300.) Procent.



Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Brytpunkts- och efterlevandesamtal erbjuds de flesta

Brytpunktssamtal är ett samtal mellan ansvarig läkare (ofta tillsammans med annan personal), personen med demenssjukdom och dennas eventuella anhöriga om att övergå till vård i livets slutskede. I samtalet diskuteras innehållet i den fortsatta palliativa vården och omsorgen utifrån personens tillstånd, behov och önskemål. Tabell 27 visar att i stort sett samtliga demensboenden erbjuder personalen alltid eller i de flesta fall brytpunktssamtal till personer med demenssjukdomar och deras anhöriga. Ytterst få demensboenden uppger att detta sällan eller aldrig sker. Merparten av demensboendena erbjuder även de anhöriga efterlevandesamtal. Eftersom majoriteten av populationen med demenssjukdom avlider på särskilt boende är det dessa resultat som redovisas här.

Ofta kommer brytpunktssamtalet i ett förhållandevis sent skede av sjukdomen. I kommande uppföljningar kan det utöver brytpunktssamtal

också bli av intresse att följa det nya begreppet ”samtal vid svår sjukdom” som är tänkt att ske i tidigare stadier av allvarliga sjukdomstillstånd och som nu introduceras som begrepp inom ramen för palliativ vård.

Tabell 27. Demensboenden som erbjuder brytpunkts- och efterlevandesamtal

Andelen demensboenden som erbjuder personer med demenssjukdomar och deras anhöriga brytpunktssamtal respektive erbjuder anhöriga till efterlevandesamtal. Avser år 2025. Antal svarande demensboende 180 av 300. Procent.

	Alltid	I de flesta fall	I ungefär hälften av fallen	Sällan	Aldrig
Brytpunktssamtal	70	25	2	2	2
Efterlevandesamtal	62	23	4	9	2

Källa: Socialstyrelsens enkät till ett urval av demensboenden 2025.

Analys av resultat

Initiativ till anhörigstöd har ökat inom primärvård såväl som specialistvård jämfört med utvärderingen 2018, även om målen fortfarande inte nås. Särskilt tydlig är den positiva trenden när det handlar om anhörigstöd som initieras av primärvården. Utvecklingen hänger sannolikt ihop med att fler får en fullständig basal demensutredning i primärvården, vilket även berör anhöriga.

När det gäller samverkan med anhöriga, det vill säga i vilken utsträckning anhöriga deltar i individuell planering och uppföljning av insatser, är utvecklingen närmast oförändrad vid särskilda boenden. Här finns det anledning att väga in betydelsen av tidig diagnos samt utveckling av personcentrerade såväl som god och nära vård. När fler personer får demensdiagnos tidigt finns också ökade förutsättningar för personer som önskar klara sig utan anhörigas stöd att göra det. Arbetet med personcentrerad vård tillsammans med målen för god och nära vård skapar liknande möjligheter.

För hemtjänst visar svaren om samverkan med anhöriga en negativ trend. Både regioner och kommuner behöver identifiera vilka hinder som finns för samverkan med anhöriga och förbättra resultaten.

Hur stor andel av de anhöriga som erbjuds de olika typerna av anhörigstöd är relativt oförändrad sedan utvärderingen 2018. De insatser som erbjuds i lägst utsträckning är fortfarande psykosocialt stödprogram och relationsbaserade stödprogram till den anhöriga och personen med demenssjukdom tillsammans. Kommunen behöver säkerställa att fler får tillgång till den typen av stöd.

Tillgången till utbildning och kompetensutveckling varierar

I de nationella riktlinjerna rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ger personalen möjlighet till långsiktig och kontinuerlig utbildning [28]. Ett förbättringsområde som anges i tidigare utvärderingar är satsningar på personalens kompetens. Även i demensstrategin lyfts kunskap och kompetens som ett bristområde, bland annat för att grundutbildningarna inte ger tillräcklig kunskap om demenssjukdomar [23].

En förändring sedan utvärderingen 2018 är att undersköterska blivit en skyddad titel, från och med 1 juli 2023. Undersköterskeutbildningen innehåller bland annat kunskap om demens, där man fokuserar på personcentrerad vård. Utbildningen täcker praktiska moment, stöd till anhöriga, meningsfullhet och kan leda till specialistkompetens. I Socialstyrelsens undersökning Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2025 redovisas bland annat andel omsorgspersonal som är undersköterska i hemtjänst och särskilt boende för äldre[45].

Regionernas satsningar på fortbildning visar skillnader

Tabell 28 visar att närmare två tredjedelar av regionerna, 12 av 19, har gjort satsningar på fortbildning inom specialistvård. Motsvarande resultat för primärvård är 11 av 19 regioner. De allra flesta regioner har genomfört insatser både inom den specialiserade vården och primärvården, men 5 regioner (Halland, Sörmland, Västernorrland, Örebro och Östergötland) har inte genomfört några fortbildningsinsatser alls.

Kommentarer från regioner som inte genomfört några fortbildningsinsatser tar upp att de arrangerat andra utbildningsaktiviteter. Ett exempel är konsultronder mot primärvården där man erbjudit stöd och fortbildning om bland annat läkemedel, BPSD.

Tabell 28. Regionernas satsningar på fortbildning till specialistvård och primärvård

Regionernas satsningar på fortbildning inom vård och omsorg vid demenssjukdomar under 2020–2024. Avser 2025. Antal svarande regioner 19 av 21.

	Specialistvård	Primärvård
Stockholm	Ja	Ja
Uppsala*	-	-
Sörmland	Nej	Nej
Östergötland	Nej	Nej
Jönköping	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja
Gotland	Ja	Nej
Blekinge	Ja	Nej
Skåne	Ja	Ja
Halland	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja
Värmland	Ja	Nej
Örebro	Nej	Nej
Västmanland	Nej	Ja
Dalarna	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Ja
Västernorrland	Nej	Nej
Jämtland-Härjedalen	Nej	Ja
Västerbotten	Ja	Ja
Norrbotten*	-	-
Riket	12/19	11/19

*Ej svar

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner 2025.

Kommunernas kompetenskrav skiljer sig mellan verksamheter

Förutom en långsiktig och kontinuerlig utbildning rekommenderas också att den är kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom. Det handlar inte minst om den avgörande effekt det har på BPSD hos personer med demenssjukdom.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation behöver också socialtjänsten erbjuda utbildning om demenssjukdom till handläggare av SoL- och LSS-insatser som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom.

Demensboende är den verksamhet där kommunerna i störst utsträckning ställer krav på personalens utbildning och den demensutbildning som de flesta kommunerna efterfrågar är Demens ABC, som tabell 29 visar. Andelen kommuner som har ett krav på att personalen ska ha genomgått någon demensutbildning har ökat från ungefär två femtedelar till fyra femtedelar. Motsvarande andel inom hemtjänstverksamheten har ökat från knappt två fjärdedelar till knappt tre fjärdedelar. Men trots att det blivit fler kommuner som ställer krav på utbildning är det ändå närmare var femte kommun som inte ställer några sådana krav alls för dem som arbetar inom särskilt boende och var tredje kommun ställer inga krav på utbildning inom hemtjänstverksamhet.

Socialtjänstens handläggare har en central och avgörande roll för den enskildes tillgång till vård och omsorg inom kommunen. I det arbetet ställs krav på samverkan med såväl regionala som kommunala verksamheter. Kunskap om demenssjukdomar är en viktig parameter i ett bemötande som säkerställer den enskildes individuella behov och ändamålsenliga insatser. Samtidigt är handläggare den yrkeskategori där lägst andel kommuner ställer krav på utbildning, och hälften av kommunerna (117 av 235) ställer inga sådana krav alls.

Tabell 29. Kommunernas kompetenskrav på verksamheternas utbildningar för tillsvidareanställd personal

Andelen kommuner efter krav på verksamheternas utbildningar för tillsvidareanställd personal. Avser 2025. Antal svarande kommuner- och stadsdelar 235 av 300. Procent.

	Demens ABC	Demens ABC plus	Noll-vision	Stjärn-märkt	Annan likartad utbildning	Inga krav
Demensboende	75	51	35	22	23	17
Korttidsboende	68	43	30	14	17	25
Hemtjänst-verksamhet	63	36	20	9	11	32
Dagverksamhet	70	49	31	16	17	23
Biståndsbedömare/ handläggare inom socialtjänsten	40	27	15	10	14	50
Enhetschefer	51	34	25	14	18	41

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner 2025.

Ett urval av demensboenden och hemtjänstverksamheter tillfrågades i vilken utsträckning omsorgspersonalen har genomgått olika utbildningar med inriktning mot demens. Som tabell 30 visar uppger tre av fyra av landets demensboenden att de har någon enstaka i personalen med en längre påbyggnadsutbildning. Det kan till exempel vara utbildning till Silviasyster, kvalificerad yrkesutbildning eller yrkeshögskoleutbildning med inriktning mot demensvård eller motsvarande. Drygt vart tionde demensboende uppger att hälften eller fler av personalen har en längre påbyggnadsutbildning.

Inom hemtjänsten uppger två tredjedelar att de har minst en i personalen som har en längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demenssjukdomar. Inom hemtjänsten har andelen verksamheter där ingen i personalen har påbyggnadsutbildning minskat sedan utvärderingen 2018.

Tabell 30. Demensboenden och hemtjänstverksamhet som har omsorgspersonal med längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demenssjukdomar

Andelen demensboenden och hemtjänstverksamhet som har omsorgspersonal med längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demenssjukdomar. Avser år 2017 respektive 2025. Antal svarande demensboende 180 av 300 och antal svarande hemtjänster 194 av 400 år 2025. Procent.

	Samtliga	Hälften eller mer	Mindre än hälften	Någon enstaka	Ingen
Andelen demensboenden					
2025	**2**	**12**	**8**	**51**	**27**
2017	2	4	9	34	51
Andelen hemtjänstverksamheter					
2025	**1**	**8**	**11**	**44**	**35**
2017	1	6	11	25	56

Källa: Socialstyrelsens enkät till ett urval av demensboenden respektive hemtjänstverksamheter 2017 respektive 2025.

I relativt få demensboenden har personalen en längre påbyggnadsutbildning med demensinriktning, som tabell 30 visar. Däremot har de allra flesta demensboenden en övervägande majoritet av personal som gått utbildningen Demens ABC. Samtliga demensboende uppger att minst en i personalen har gått denna utbildning.

På samma sätt har merparten av hemtjänstverksamheternas personal inom hemtjänsten gått utbildningen Demens ABC. Andelen verksamheter där ingen har denna utbildning har minskat från närmare 20 procent i utvärderingen 2018 till 2 procent 2025.

Tabell 31. Demensboenden och hemtjänstverksamhet som har omsorgspersonal som gått utbildningen i Demens ABC

Andelen demensboenden och hemtjänstverksamheter som har omsorgspersonal som genomgått utbildningen Demens ABC. Avser år 2017 respektive 2025. Antal svarande demensboende 180 av 300 och antal svarande hemtjänster 194 av 400 år 2025. Procent.

	Samtliga	Hälften eller mer	Mindre än hälften	Någon enstaka	Ingen
Andelen demensboenden					
2025	**62**	**30**	**5**	**3**	**0**
2017	77	10	6	4	3
Andelen hemtjänstverksamheter					
2025	**39**	**36**	**14**	**9**	**2**
2017	43	18	12	10	18

Källa: Socialstyrelsens enkät till ett urval av demensboenden respektive hemtjänstverksamheter 2017 respektive 2025.

Hälften av demensboendena anger att minst halva personalstyrkan har deltagit i annan utbildning än Demens ABC inom områden som är relevanta för dem som arbetar med personer med demenssjukdomar under de senaste åren (2023 eller 2024). Det är en ökning från utvärderingen 2018. Andelen demensboenden där ingen av personalen har deltagit i sådan utbildning har samtidigt minskat kraftigt mellan åren 2018 och 2025.

Det är mer sällsynt att personal inom hemtjänstverksamhet deltar i andra utbildningar som är relevanta för dem som arbetar med personer med demenssjukdomar. Ökningen mellan åren 2018 och 2025 beror på att andelen verksamheter där enstaka medarbetare genomgått sådan utbildning har fyrdubblats samtidigt som andelen verksamheter där ingen av personalen deltagit i sådan utbildning har halverats.

Reflektionsmöten vanligare medan färre får extern handledning

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att utbildning till personalen ska kombineras med praktisk träning, handledning och feedback [1]. Genom strukturerad handledning får vårdpersonalen stöd och vägledning i sitt arbete, vilket bidrar till ökad kompetensutveckling och förbättrad arbetsmiljö.

Med extern handledning avses handledning som utförs av en handledare som har kompetens inom handledningsmetodik och som inte är anställd i verksamheten. Att prioritera extern handledning är en viktig strategi för att

förbättra både arbetsmiljön och vårdkvaliteten. Handledningen ska ske regelbundet, helst en gång i månaden, individuellt eller i grupp.

Utöver handledning lyfter de nationella riktlinjerna också fram möjlighet till reflektion för att stödja personal i hälso- och sjukvården att arbeta systematiskt med bemötande och jämlik vård. Med reflektionsmöten avses särskilda möten där personalen bland annat får möjlighet att reflektera över det dagliga arbetet, specifika arbetssituationer och bemötandet av omsorgstagarna. Till skillnad från handledning, där handledaren kommer utifrån, leds reflektionsmötet av en person från den egna arbetsgruppen. Det kan vara en utmaning att organisera både handledning och reflektionsmöten i verksamheter där hela arbetsgruppen sällan träffas samtidigt.

Både i utvärderingen 2014 och utvärderingen 2018 bedömde Socialstyrelsen att handledning och reflektion inte erbjöds i önskvärd omfattning och att tillgången till både handledning och reflektion behövde öka.

Närmare hälften av demensboendena (79 av 175) uppger att ingen av omsorgspersonalen har fått extern handledning under 2023 – 2024. och andelen demensboenden som uppger att några enstaka fått det har ökat jämfört med utvärderingen 2018, som tabell 32 visar.

Även inom hemtjänsten är det få av personalen som fått extern handledning och närmare hälften av verksamheterna uppger att ingen har fått det. Andelen verksamheter där ingen i personalgruppen fått sådan handledning har dock minskat från två av tre till knappt hälften.

Tabell 32. Demensboenden och hemtjänstverksamhet där omsorgspersonal fått extern handledning

Andelen demensboenden och hemtjänstverksamhet där omsorgspersonal fått extern handledning under de senaste två åren. Avser år 2016–2017 respektive 2023–2024. Antal svarande demensboende 180 av 300 och antal svarande hemtjänster 194 av 400 år 2025. Procent.

	Samtliga	Hälften eller fler	Färre än hälften	Någon enstaka	Ingen
Andelen demensboenden					
2025	**14**	**14**	**11**	**16**	**45**
2017	25	12	15	3	44
Andelen hemtjänstverksamheter					
2025	**8**	**9**	**12**	**25**	**46**
2017	13	9	8	3	67

Källa: Socialstyrelsens enkät till ett urval av demensboenden respektive hemtjänstverksamheter 2017 respektive 2025.

Endast vart femte demensboende uppger att personalen får extern handledning minst en gång i kvartalet, vilket är en halvering jämfört med perioden 2016 – 2017. Samtidigt har andelen demensboende där handledning sker mer sällan än en gång i halvåret mer än fördubblats.

Utvecklingen har varit likadan inom hemtjänsten; andelen verksamheter med handledning minst en gång i kvartal har mer än halverats och andelen med handledning mer sällan än en gång i halvåret har fördubblats.

Handledning sker enligt flera kommentarer ofta enbart när man har ett akut behov eller behöver stöd vid specifika ärenden.

Tabell 33 visar att det är vanligare att verksamheterna anordnar reflektionsmöten, det vill säga möten där personalen tillsammans får möjlighet att reflektera över det dagliga arbetet. Syftet är att komma fram till vad som fungerar bra och vad som fungerar mindre bra i det konkreta mötet med omsorgstagarna samt vad som skulle kunna göras annorlunda. Mötet leds av en person från den egna arbetsgruppen.

Vartannat demensboende uppger att personalen har deltagit i reflektionsmöten de senaste två åren. Inom hemtjänstverksamheten har fler än två tredjedelar deltagit i reflektionsmöten under de senaste två åren. Utvärderingen 2018 redovisade att hälften eller fler av personalen deltagit i reflektionsmöten vid tre av fyra demensboenden. En tredjedel svarade att ingen i personalen deltagit i reflektionsmöten.

Tabell 33. Demensboenden och hemtjänstverksamhet där omsorgspersonal deltagit i reflektionsmöten

Andelen demensboenden och hemtjänstverksamhet där omsorgspersonal deltagit i reflektionsmöten under de senaste två åren. Avser år 2023 - 2024. Antal svarande demensboende 180 av 300 och antal svarande hemtjänster 194 av 400. Procent.

	Samtliga	Hälften eller fler	Färre än hälften	Någon enstaka	Ingen
Andelen demensboenden					
2025	**54**	**19**	**6**	**8**	**13**
Andelen hemtjänstverksamheter					
2025	**62**	**21**	**5**	**4**	**8**

Källa: Socialstyrelsens enkät till ett urval av demensboenden 2025.

Vad gäller regelbundenhet i reflektionsmöten har det skett en positiv utveckling. Andelen demensboenden som ordnar reflektionsmöten minst en gång i månaden har ökat sedan 2017 och andelen där sådana möten inte alls ordnas har minskat med två tredjedelar.

Förbättringen gäller också inom hemtjänsten där två tredjedelar av verksamheterna nu har reflektionsmöten minst en gång i månaden och knappt var tionde uppger att inga reflektionsmöten anordnas.

Det finns många olika former av reflektion. Det verkar vara relativt vanligt att reflektion är en del av arbetsplatsträffar och det förekommer också vid olika teamträffar och ibland värdegrundssamtal. Några boenden har också kommenterat att reflektion ingår i Silviacertifieringen.

Färre än en tiondel av demensboenden och hemtjänstverksamheterna har vare sig interna reflektionsmöten eller extern handledning. Hälften eller fler har haft interna reflektionsmöten i sju av tio demensboenden respektive åtta av tio hemtjänstverksamheter. Motsvarande andelar för extern handledning är betydligt lägre: en tredjedel av demensboenden och en femtedel av hemtjänstverksamheterna har haft en sådan handledning.

Analys av resultat

Drygt hälften av regionerna har fortsatt att satsa på fortbildning, både inom specialistvård och primärvård trots att den undersökta perioden inneburit svårigheter i form av pandemi och ekonomiska försämringar.

Hälften av kommunerna har inte krav på att handläggare ska ha fördjupad kunskap om demenssjukdom. Handläggarna har en central och avgörande roll för den enskildes tillgång till vård och omsorg inom kommunen. Det är av största vikt att krav på handläggares kunskap om demenssjukdomar tydliggörs och att resurser avsätts till att stärka kunskapsnivån.

Utbildning av personal visar förbättring jämfört med utvärderingen 2018, men fortfarande saknar många längre påbyggnadsutbildning. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att utbildning till personalen ska vara kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback, men utvärderingen visar att tillgång till extern handledning snarare minskar.

Andelen demensboende som inte har någon i personalen med sådan påbyggnadsutbildning har minskat påtagligt jämfört med de resultat som redovisades i utvärderingen 2018.

Möjlighet till reflektion ökar, vilket är positivt för den egna verksamhetsutvecklingen. Dock innebär det inte självklart fortsatt kunskapsutveckling, på samma sätt som utbildningar och extern handledning gör. Sannolikt ger också en generellt höjd kunskapsnivå större möjligheter att dra nytta av reflektionsmöten. Sammantaget behöver kommunerna tydliggöra betydelsen av personalens kompetens och åtgärda hinder för att stärka den.

Avslutande diskussion

Målet med de nationella riktlinjerna är att öka möjligheterna för att uppnå jämlik vård och omsorg för personer med demensdiagnos i Sverige.

Demens betraktades länge som en naturlig, kanske till och med oundviklig konsekvens av åldrande. Den växande kunskapen, i synnerhet under de senaste decennierna, har förändrat mycket inom vårdområdet. Vi förstår alltmer om skillnader mellan olika demensdiagnoser, hur de kan diagnostiseras och behandlas men också att symtomen kan se olika ut och påverkar personer på olika sätt. Det har fått konsekvenser både för vård- och omsorgsarbete, och även om det fortfarande inte finns något läkemedel som kan bromsa demenssjukdom väntas nya läkemedel komma.

Det har länge funnits ett stigma knutet till diagnosen, men även här har en förändring ägt rum. Allt fler berättar om sin diagnos och delar på olika sätt med sig av vad det innebär, både för den som får diagnosen och för de anhöriga som finns runt personen. Demenssjukdomar har just kallats de anhörigas sjukdom, eftersom diagnosen påverkar så påtagligt även för dem som lever nära en person med demensdiagnos.

En diagnos som utmanar

Det är utmanande att ställas inför en demensdiagnos. Vetskapen är svår, att man sakta kommer att förlora sina förmågor, bli alltmer beroende av omgivningen och att livet i och med det är på väg mot sitt slut. Arbetet med förbättrade tester gör att fler sannolikt får diagnos tidigare, och ju tidigare diagnosen ställs desto längre blir perioden en person lever med vetskapen. På samma sätt behöver anhöriga hantera att personen de känner kommer att förändras, både i sin personlighet och som en person med vård- och omsorgsbehov.

Demenssjukdomar utmanar också vården som system och organisation. Personer med demenssjukdomar är ofta äldre, vilket betyder att samsjuklighet är vanligt förekommande och försvårar både behandling och uppföljning. Det blir också svårare att få en tydlig bild av diagnosens förlopp, t ex avlider personer med demensdiagnos ofta av annan sjukdom.

Skillnaden mellan olika diagnoser tillsammans med det faktum att sjukdomsutvecklingen är mycket individuell bidrar till att göra gruppen med demenssjukdomar heterogen. I framtiden kommer också allt fler personer i Sverige som är födda utanför de nordiska länderna att få demensdiagnos. Sammantaget ställer det stora krav på personcentrerad vård.

Stora delar av vård och omsorg vid demenssjukdomar behöver förbättras

Som utvärderingen visar har vården och omsorgen vid demenssjukdom ett stort arbete att göra. Fler behöver få regelbunden uppföljning. Dels för att säkerställa att diagnoser och behandlingar är adekvata, dels för att skapa förutsättningar för de nya läkemedel som väntas komma. Skillnader mellan regionerna i förskrivning av demensläkemedel såväl som psykofarmaka har snarast ökat. Samverkan behöver stärkas, från team på ledningsnivå till demensteam i verksamhet. Platser i särskilt boende efterfrågas fortfarande. Det är visserligen i första hand ett kommunalt ansvar, men konsekvenserna för personer med demensdiagnos behöver lösas gemensamt mellan regioner och kommuner. Många år har gått sedan de nationella riktlinjerna publicerades och tidigare utvärderingar genomfördes, men problemen kvarstår.

Särskilt problematiskt är att tid till diagnos inte har förbättrats. Utvärderingen har utgått från en indikator som mäter diagnos inom 90 dagar, som motsvarar vårdgarantin. Det nationella programområdets vårdförlopp, *Vårdförlopp för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, har valt* 60 dagar som gräns, vilket baseras på att det är en rimlig utredningstid för en potentiellt dödlig sjukdom. Hade det använts som mått skulle resultatet ha försämrats ytterligare. Tidig diagnos är viktig för behandling, då det inom en snar framtid kanske finns tillgång till bromsande läkemedel. Förutsättningarna för vård och omsorg förbättras också ju mer personen kan vara delaktig.

De brister utvärderingen sätter ljuset på i vård och omsorg vid demenssjukdomar synliggör också hinder i arbetet för god och nära vård. Det gäller inte minst betydelsen av samverkan mellan olika aktörer och professioner i regioner och kommuner.

Viktiga hörnstenar i kunskapsinhämtningen är de kvalitetsregister som finns inom olika områden, som kan ge en samlad och kontinuerlig bild av hur vården utvecklas. De är visserligen frivilliga men ger bärande information. Kunskap om demensdiagnoser, deras förlopp och behandling är värdefullt för vårdens utveckling och forskning, men kan också bli betydelsefullt på ett mer personligt plan. Med stöd från en vård med resurser och kunskap finns det möjlighet för både personer med demensdiagnos och deras anhöriga att ta vara på värdefulla år tillsammans.

Projektorganisation

Projektledning

Annika Eriksson	projektledare
Riitta Sorsa	metodsakkunnig
Karin Bengts	statistiker

Expertstöd

Charlotte Damberg	Legitimerad sjuksköterska, magisterexamen, Specialistsjuksköterska inom vård av äldre, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Lidingö stad.
Eva Granvik	Specialistsjuksköterska inom demensvård, masterexamen, Demenssjuksköterska Svalövs kommun.
Madelene Johanzon	Silvialäkare, Specialistläkare i allmänmedicin, områdeschef nära vård, Region Örebro län.
Hugo Lövheim	Professor Umeå universitet, Institutionen för Samhällsmedicin och rehabilitering, överläkare Geriatriskt Centrum, Norrlands universitetssjukhus
Anna Segernäs	Adjungerad lektor Linköpings universitet. Specialistläkare i allmänmedicin, verksamhetschef akademiska VC Ekholmen, Region Östergötland.

Projektägare

Maria State	enhetschef, Socialstyrelsen

Projektmedarbetare

Christina Broman	enhetskoordinator
Daniel Trankell	enkätstöd
Martina Forsgren	enkätstöd
Mikael Nyman	datahantering, diagramproduktion
Tiina Laukkanen	produktionsledare
Johan Fastbom	sakkunnig läkemedel, Socialstyrelsen
Peter Lundholm	sakkunnig munhälsa, Socialstyrelsen

Bilaga demenspopulation

Framtagande av en demenspopulation

Som ett underlag till utvärderingen har vi samkört information från Socialstyrelsens hälsodataregister med kvalitetsregister inom demensområdet för att identifiera personer som har en demenssjukdom och därigenom skapa en demenspopulation enligt samma modell som tagits fram inför tidigare utvärderingar. Populationen innehåller:

- alla personer som har registrerats med en demensdiagnos i patientregistret (ICD10-koderna G30, F00-F03, F051 eller F107A respektive ICD9-koderna 290 eller 294B som huvud- eller bidiagnos) under perioden 2007–2024
- alla personer som expedierats demensläkemedel (ATC-kod N06D) enligt läkemedelsregistret någon gång under perioden 2007–2024
- alla personer som registrerats i SveDem sedan registrets start (2007–2024)
- alla personer som registrerats i BPSD-registret sedan (2014–2024).

Populationen innehåller endast personer som uppfyller ett eller flera av ovanstående kriterier och som inte hade avlidit före den 1 januari respektive år.

Uppgifter om populationen används bland annat för att beskriva hur stor andel av personer med demenssjukdom som får tillgång till olika kommunala insatser och läkemedel.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom [Elektronisk resurs]; 2017.
2. Socialstyrelsen. Nationell utvärderingen 2014 - Vård och omsorg vid demenssjukdom - Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning [Elektronisk resurs]; 2014.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer - utvärdering 2018 : vård och omsorg vid demenssjukdom : sammanfattning och förbättringsområden. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
4. Socialstyrelsen. Underlag för en utvecklad nationell demensstrategi : en strategi för lindrig kognitiv störning och demenssjukdom. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2024.
5. Socialstyrelsen. Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom : en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2019.
6. Socialstyrelsen. Icke-göra i Socialstyrelsens nationella riktlinjer – vård som inte bör erbjudas [Elektronisk resurs]; 2020.
7. Nationella riktlinjer - utvärdering 2018 : vård och omsorg vid demenssjukdom 2018 : indikatorer och underlag för bedömningar. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health. 2012; 12(1):80.
9. Li Y, Hu L, Mao Xe, Shen Y, Xue H, Hou P, et al. Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling. Geriatric Nursing. 2020; 41(5):600–7.
10. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet. 2024; 404(10452):572–628.
11. Bosworth K, Jidskog M. Begreppet hälsolitteracitet och dess betydelse för personcentrerad vård [Student thesis]; 2022.
12. Wimo A, Qiu C, Fratiglioni L, Liang Y, Grande G, Sköldunger A, et al. Antalet demenssjuka och kostnader för demenssjukdomar i Sverige 2023.
13. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. The Lancet. 2024; 404(10452):572–628.
14. Seblova D, Quiroga ML, Fors S, Johnell K, Lövdén M, de Leon AP, et al. Thirty-year trends in dementia: a nationwide population study of Swedish inpatient records. Clin Epidemiol. 2018; 10:1679–93.
15. Kivipelto M, Solomon A, Ahtiluoto S, Ngandu T, Lehtisalo J, Antikainen R, et al. The Finnish geriatric intervention study to prevent cognitive impairment and disability (FINGER): study design and progress. Alzheimer's & Dementia. 2013; 9(6):657–65.
16. Aho E, Religa D, Ding M, Winblad B, Jönsson L, Modig K. Patient management pathways in dementia – Resource utilisation, diagnosis and drug treatment in the Stockholm region, Sweden. The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease. 2025; 12(6):100132.

17. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021; 42(34):3227–337.
18. Frisell O, Bexelius C, Jönsson L, Lindgren P, Persson S. Prevention, diagnostik och sjukdomsmodifierande behandling av kognitiv svikt och demenssjukdomar–hur kan vi betala för det?: IHE-The Swedish Institute for Health Economics; 2024.
19. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025; 2017.
20. Socialstyrelsen. Metoder för att arbeta med lärande för ett effektivt utnyttjande av personalresurser utifrån ett nationellt perspektiv; 2025.
21. Nationellt programområde äldres hälsa och palliativ vård. Vårdförlopp vid kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom. 2023. Hämtad 2025-10-22 från: https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/vardforlopp/kognitiv-svikt-vid-misstankt-demenssjukdom
22. Boverket. Bristen på särskilda boenden för äldre är fortsatt stor. 2025. Hämtad 2025-09-15 från: https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/bostadsmarknaden/bostadsmarknadsenkaten/olika-grupper/aldre/sarskilda/
23. Varje dag räknas : nationell demensstrategi 2025-2028. [Stockholm]: Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2025.
24. Nationella riktlinjer - Målnivåer : Vård och omsorg vid demenssjukdom : målnivåer för indikatorer. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2020.
25. Uppföljning av fast omsorgskontakt i hemtjänsten – Förslag på data och statistik för ändamålsenlig uppföljning av reformen En fast omsorgskontakt i hemtjänsten [Elektronisk resurs]. 2023.
26. Svenskt Demenscentrum. Sömlös vård och omsorg. 2025. Hämtad 2025-11-19 från: https://demenscentrum.se/arbeta-med-demens/projekt/somlos-vard-och-omsorg
27. Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom : en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2019.
28. Nationella riktlinjer - utvärdering 2018 : vård och omsorg vid demenssjukdom : sammanfattning och förbättringsområden. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
29. Socialstyrelsen. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
30. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
31. SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS [Elektronisk resurs]. 2014.
32. Socialstyrelsen. Bilaga 1 – Resultat – Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård [Elektronisk resurs]; 2025.
33. Liljegren M. Outdoor environments at residential care facilities: Needs, wishes, and access for older adults and care workers. 2025.
34. Dagverksamhet för personer med demenssjukdom : en vägledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2020.

35. Rahman SMA. People living with dementia using eldercare in Sweden. Linköping: Department of culture and society, Linköpings universitet; 2023.
36. Nordens välfärdscenter. Demensomsorg för invandrare. En handbok. 2020. Hämtad 2025-11-24 från: https://nordicwelfare.org/publikationer/demensomsorg-for-invandrare/
37. Demenscentrum. Demensdiagnos och utrikes född – Skåne 2019 2020. Hämtad 2025-11-24 från:
38. Torkpoor R. Cognitive assessment of foreign-born-with focus on interpreter-mediated cognitive assessment and the use of appropriate cognitive screening instruments: Lund University; 2024.
39. Vård och omsorg om äldre : lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
40. Från erkännande till egenmakt - regeringens strategi för de nationella minoriteterna [Elektronisk resurs]. 2015.
41. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning : lägesrapport 2025. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2025.
42. Svenskt Demenscentrum. Tidiga tecken. 2022. Hämtad 2025-11-19 från: https://www.demenscentrum.se/utbildning/webbutbildningar/15-utbildningar/tidiga-tecken
43. Vård och omsorg för äldre : lägesrapport 2024. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2024.
44. Nationell anhörigstrategi - inom hälso- och sjukvård och omsorg [Elektronisk resurs]. 2022.
45. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård – Nationella resultat [Elektronisk resurs]. 2025.

Socialstyrelsen

Nationella riktlinjer 2025 – Nationell utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar – Följsamhet till nationella riktlinjer (artikelnr 2025-12-9988) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.