



Region Skånes strategiska utvecklingsplan för jämlik demensvård.

Rapport över arbetet 2017.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	3
1.1 Mål och målnivåer.....	3
2. Medverkande	4
2.1 Styrgruppsmedlemmar	4
2.2 Medarbetare.....	4
3. Resultat.....	5
3.1 Prevention.....	6
3.1.1 Insatser inom verksamheter som inte primärt arbetar med målgruppen	6
3.1.2 Kognitiv riskprofilering.....	9
3.2 Utredning och diagnos	10
3.2.1 Primärvården	11
3.2.2 Specialistvården	12
3.3 Behandling och uppföljning	13
3.4 Kommunal vård och omsorg	14
3.5 Utbildning.....	15
3.6 Hälsoekonomi.....	15
3.7 Kliniska provningar.....	15
3.8 E-hälsa.....	15
3.9 Kommunikation.....	16
4. Referenser.....	16

Följande material finns också att tillgå på förfrågan, fördjupning

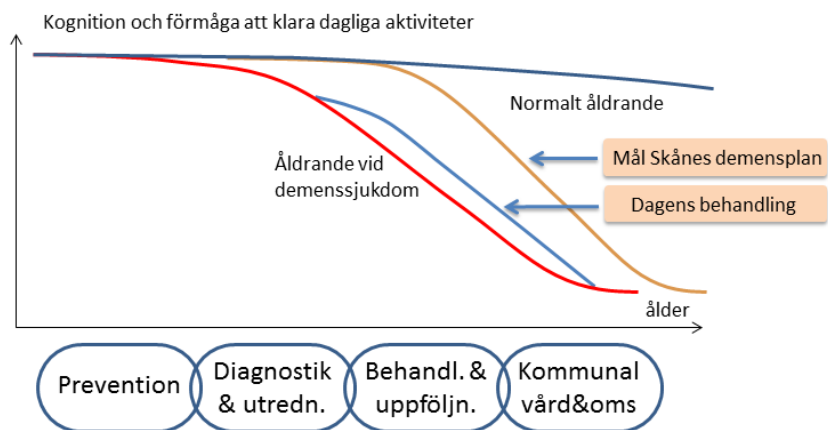
1. Rapport 2017 Samverkansutveckling – sammanhållen vårdkedja.
2. PM kognitiv svikt/konfusion/hjärnsvikt, CSK-modellen, Medicinkliniken CSK
3. Utbildningsmaterial CSK-modellen
4. Utbildad personal CSK
5. Hälsostaden utbildning 1 Kognitiv funktion: Utvärdering av enkät
6. Arbetsmetod – Kognitiv screening i slutenvård, Walder i Hälsostaden
7. Kartläggning demensvård i primärvården Skåne. Delrapport samverkan.
8. Kartläggning demensvård i primärvården Skåne. Delrapport SveDem.
9. Hälsoekonomisk studieplan ”Synaps – ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom och deras anhöriga”
10. Program stormöte ”Effektiv demensvård”
11. Utvärdering stormöte ”Effektiv demensvård”
12. Publikens sammansättning vid stormöte ”Effektiv demensvård”

1. Inledning

Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde 2015-09-25 Region Skånes strategiska utvecklingsplan för jämlik demensvård. Denna rapport omfattar arbete enligt Hälso- och sjukvårdsnämnden beslut 2017-02-03 om en handlingsplan för 2017 som finansierades med 6 miljoner kr. Region Skånes kunskapscentrum för demenssjukdomar fick i uppdrag att leda projektet, sammanställa data och ansvara för kommunikation. En styrgrupp med representation inom demensvården och geriatriken i Region Skåne har ansvarat för konkretisering, implementering och uppföljning av planen.

Denna rapport har i stor utsträckning samma rubriker och upplägg som handlingsplanen för 2017, det vill säga att redovisning av resultat sker under rubriker för planens fokusområden som är fyra patientnära (se figur nedan) samt fem stödjande fokusområden (se lista nedan för samtliga).

1. Prevention
2. Diagnostik och utredning
3. Behandling och uppföljning
4. Kommunal vård och omsorg
5. Utbildning
6. Hälsoekonomi
7. Kliniska provningar
8. E-hälsa
9. Kommunikation



1.1 Mål och målnivåer

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

MÅL/målnivåer	Datakälla
<p>Öka andelen personer med demenssjukdom som fått diagnos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2018 ska minst 65% av förväntat antal personer med demenssjukdom ha fått diagnos och minst 65% av patienterna ska ha en specifik diagnos 2. Från och med 2020 ska minst 80% av förväntat antal personer med demenssjukdom ha fått diagnos och minst 80% av patienterna ska ha en specifik diagnos 	Region Skånes vårddatabas (RSVD)
<p>Öka andelen personer som får tillgång till demensläkemedel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Från och med 2018 ska minst 90% av patienter med diagnos som är indikation för behandling ha fått behandling 	Databas läkemedel

Sedan 2015 ligger andelen personer med demenssjukdom som fått diagnos på ca 57% i Skåne. För att under 2018 nå målet att minst 65% av förväntat antal personer med demenssjukdom ha fått diagnos behöver det under året sättas ca 1500 fler diagnoser än 2017. Detta är å ena sidan en stor utmaning då det handlar om en ökning på 60%, men å andra sidan, om man slår ut

antalet på Skånes vårdcentraler så blir det i genomsnitt 10 patienter per enhet. Vår kartläggning av vårdcentralernas arbete har visat att många vårdcentraler har god kapacitet att genomföra utredningar. Samtidigt har det framkommit att man utreder avsevärt fler än man diagnostiserar då många av utredningarna baserar sig på vad som visar sig vara kognitivt intakta patienters subjektivt upplevda besvär eller oro. Många av åtgärderna i planen för 2018 gäller verktyg för att effektivisera arbetet med att prioritera patienter till utredning eller vidare remittering till specialistmottagning.

2. Medverkande

2.1 Styrgruppsmedlemmar

Anne W. Ekdahl, Sund

Sölve Elmståhl, professor, Kunskapscentrum för geriatrik

Ulrika Grahn, AKO (allmänläkarkonsult)

Eva Granvik, chef, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Per Johansson, Hälsostaden (ersättare för Clement Lidbeck)

Clement Lidbeck, Hälsostaden (sjukskriven)

Carina Lindkvist, avdelningschef socialtjänst, vård och omsorg, Kommunförbundet Skåne

Ann-Marie Liljeroth, Kryh

Lennart Minthon, professor, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Maria Ohlson Andersson, divisionschef, SUS, ordförande (from dec 2017)

Håkan Toresson, FoU-projektledare, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Karin Träff Nordström, divisionschef, SUS, ordförande (tom juni 2017)

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

2.2 Medarbetare

Följande personer har under 2017 arbetat i någon av utvecklingsplanens aktiviteter.

Lisa Bjartmar, Minneskliniken, SUS

Jenny Cappelín, Verksamhetsområde akutsjukvård och internmedicin, SUS

Spencer Clarkson, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Monika Dabrowka Winiarska, specialistminnesmottagningen, Hässleholms sjukhus

Ulf Gerdtham, Hälsoekonomi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet

Oskar Hansson, Minneskliniken, SUS

Mikael Hellström, Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning (KEFU)

Johan Jarl, Hälsoekonomi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet

Set Mattson, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Eva Nordin, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Anette C. Ohlson, Kunskapscentrum för demenssjukdomar och Hälsostaden

Anncharlotte Palm, Enheten för kognitiv medicin, CSK

Sebastian Palmqvist, enheten för klinisk minnesforskning, Lunds universitet

Ulf Ramberg, Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning (KEFU)

Millie Rydbacken, specialistminnesmottagningen, Hässleholms sjukhus

Görel Rydhög Morin, Enheten för kognitiv medicin, CSK

Sanjib Saha, Hälsoekonomi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet

Karina Simonsen, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Annsophie Svensson, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Moa Wibom, Hälsostaden

Kerstin Zettervall, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Dessutom drygt 80 personer från vårdcentraler och kommuner engagerade i samverkansarbete och hälsoekonomi (se 3.4 och fördjupning 1).

3. Resultat

Tabell 2: Sammanfattning över resultaten per december 2017.

Delmål 2017:	Resultat (dec 2017)	Finansierat genom demensplanen
1. Prevention		
1.1 Verksamheter som inte primärt arbetar med målgruppen		
Utbildningspaket för slutenvårdspersonal i Hälsostaden genomfört.	Uppnått	Ja
Utbildningspaket för slutenvårdspersonal i Hälsostaden utvärderat.	Uppnått	Ja
Planering av arbetssättets införande i Helsingborg påbörjad.	Ej uppnått	Nej
Planering av uppdatering av arbetssättet på SUS klar.	Uppnått	Ja
Uppdaterat arbetssätt infört på SUS.	Ej uppnått	Nej
Planering av uppdatering av arbetssättet på CSK klar.	Uppnått	Ja
Uppdaterat arbetssätt infört på CSK.	Uppnått	Ja
Fördjupad analys av diagnoser slutenvården i RSVD genomförd.	Uppnått	Ja
Förslag klart på regionövergripande kliniska riktlinjer för identifiering av patienter med kognitiv svikt/konfusion.	Delvis uppnått	Ja
1.2 Kognitiv riskprofilering		
Rapport om användandet av DRI klar.	Uppnått	Ja
E-hälsoverktygen inkluderade i HS-avtalets utvecklingsplan.	Ej uppnått	Ja
Etikprövning av hälsoekonomisk delstudie inskickad till EPN.	Ej uppnått	Nej
2. Utredning och diagnostik		
2.1 Primärvården		
Analys av besökande kartläggning klar.	Uppnått, men fler frågeställningar har tillkommit	Ja
Planering klar för insatser enligt analys.	Uppnått, men fler insatser har tillkommit	Ja
Underlag för kvalitetsarbete levererat enligt ovan till samtliga verksamheter som efterfrågar det.	Ej uppnått	Ja
Planering klar och minst tre vårdcentraler rekryterade till 3D-pilotprojekt.	Ej uppnått	Nej

Instruktionsfilmer om kognitiva tester tillgängliga online.	Delvis uppnått	Ja
2.2 Specialistvården		
Första rapport från arbetsgruppen gällande tidsåtgång för arbetet.	Uppnått	Ja
Eventuell komplett rapport och förslag på eventuella förändringar.	Ej uppnått	Nej
3. Behandling och uppföljning		
Kartläggning av demensläkemedel och olämplig läkemedelsbehandling klar.	Uppnått, men nya frågeställningar har tillkommit	Ja
Rutiner för läkemedelsgenomgångar klara.	Delvis uppnått	Ja
4. Kommunal vård och omsorg		
Kartläggning klar.	Uppnått	Ja, och resurser framför allt från berörda kommuner
Plan för samverkan med två kommuner klar.	Uppnått (blev fem kommuner)	Ja, och resurser framför allt från berörda kommuner
6. Hälsoekonomi		
Etikprövning godkänd	Uppnått	Ja
Data lagrad på avsedd RS-server.	Ej uppnått	Nej
8. E-hälsa		
Plan för nya beslutsstödsrapporter fastställd.	Delvis uppnått	Ja
Plan för projektets medverkan i strategiskt e-hälsöarbete klar.	Ej uppnått	Ja
9. Kommunikation		
Bygg hemsida	Ej uppnått	Ja
Stormöte	Uppnått	Ja

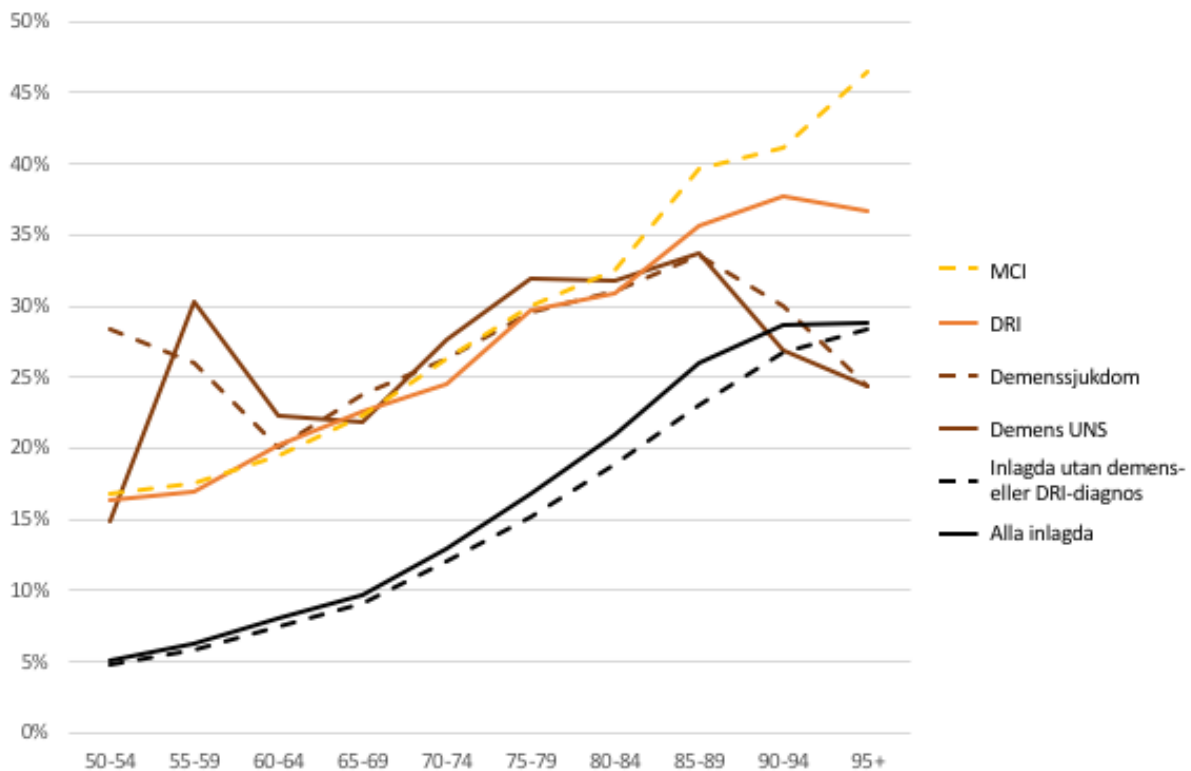
3.1 Prevention

3.1.1 Insatser inom verksamheter som inte primärt arbetar med målgruppen

Denna aktivitet byggde i ursprungsplanen på Walder, ett projekt som var framgångsrikt med att minska antalet återinläggningar vid Internmedicinska kliniken vid SUS, Malmö. En detaljerad beskrivning av studien och dess resultat finns här:

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

Som tidigare har rapporterats är patienter med demenssjukdom eller kognitiv svikt överrepresenterade bland slutenvårdspatienter. Utfallet för 2017 visas i figur 1 där analysen nu utökats till sex grupper. Patienter med ospecifik demensdiagnos (demens UNS) samt patienter med lindrig kognitiv störning (MCI) redovisas för sig. Det framgår att patienter med UNS-diagnos har ett liknande slutenvårdskonsumtionsmönster som demenspatienter överlag, medan MCI-patienter har större andel inlagda än DRI-gruppen totalt.



Figur 1. Slutenvårdskonsumtion hos patienter beroende på kognitiv diagnosprofil. Under 2017 vårdades drygt 56 000 individer i åldersgruppen 50 och äldre minst en gång i slutenvården i Skåne. Diagrammet visar andelen inlagda individer i sex grupper av patienter: de med mild kognitiv svikt (MCI, F06.7), de med demensriskdiagnos (DRI, se tabell 4), de med demensdiagnos, de med ospecifik demensdiagnos (demens UNS), de utan någon av dessa diagnoser samt totalen. För totalen och för patienter utan någon kognitionsdiagnos visar kurvan att andelen personer som vårdats som inlagda på sjukhus ökar med åldern. Detsamma gäller personer med demensdiagnos men här är andelen inlagda avsevärt högre upp till 85-89-årsgruppen. För patienter med DRI-diagnoser och särskilt MCI fortsätter ökningen upp till 95+.

Under 2017 har det strategiska demensvårdsarbetet stöttat ett liknande arbetssätt som varit etablerat på Centralsjukhuset i Kristianstad sedan 2005. I detta har ingått att personal från specialistminnesmottagningen på CSK har hållit utbildning av personal på flera slutenvårdsavdelningar med syftet att upptäcka kognitiv svikt hos fler inlagda patienter och att erbjuda dem anpassad vård och utskrivningsrutiner. Arbetet har skett enligt ett PM framtaget lokalt av representanter från slutenvården och specialistminnesmottagningen på CSK (fördjupning 2). Utbildningsmaterial finns som fördjupning 3 och insatsens omfattning som fördjupning 4. KC demenssjukdomar har genomfört en detaljerad utvärdering av utfallet av detta arbetssätt genom analys av vårddata ur RSVD. Resultaten kommer tolkas tillsammans med representanter för VO Specialiserad medicin Kristianstad och ligga till grund för fortsatt förankring, spridning och utveckling av arbetssättet.

Under 2017 har projektet planerligt stöttat Hälsostaden i Ängelholm med att införa och driva ett arbetssätt med samma syfte som Walder-/CSK-modellerna. All slutenvård omfattas efter beslut av förvaltningschefen. Personal i alla professioner (230 av drygt 300 anställda totalt) har utbildats i kognitiv funktion, kognitiv svikt, kommunikation och bemötande vid kognitiv svikt av personal från specialistminnesmottagningen (utvärdering visade gott resultat, se fördjupning 5). Arbetet har skett enligt ett PM framtaget av representanter från slutenvården och specialistminnesmottagningen i Ängelholm samt personal från SUS Internmedicin och KC demenssjukdomar (fördjupning 6). I Ängelholms Walderarbete har ingått att en koordinator har arbetat på

plats med att ordna utbildningar och genomföra uppföljningar. Inledningsvis gjordes uppföljningarna genom journalgenomgångar men parallellt arbetade koordinatorn tillsammans med Enheten för beslutsstöd för att ta fram en lokalt användbar Qlikview-applikation för att kunna följa effekten av arbetssättet. Den är utformad på ett sådant vis att den kan användas av andra enheter som tillämpar samma arbetssätt.

Inom detta fokusområde finns ett antal mål som är delvis eller ej uppnådda.

Ej uppnådda:

- Planering av arbetssättets införande i Helsingborg påbörjad.
 - Detta beror på att man från verksamheten ville invänta resultat från införandet av Walder i Ängelholm. När sådana resultat varit tillgängliga har KC demenssjukdomar kontaktat verksamheten som ännu inte har svarat.
- Uppdaterat arbetssätt infört på SUS.
 - Planering av uppdatering av arbetssättet på Internmedicin SUS Malmö gick planenligt och stöttades av en resurs på 50% från KC demenssjukdomar. Denna person bytte under året jobb och det är i skrivande stund oklart i vilken omfattning planen har omsatts i praktiken. Av den kartläggning som har påbörjats i RSVD av slutenvårdens hantering av patienter med kognitiv svikt ligger dock SUS område internmedicin bra till i utfallet på de parametrar (ett exempel redovisas i tabell 3) som har mätts.

Delvis uppnått:

- Förslag klart på regionövergripande kliniska riktlinjer för identifiering av patienter med kognitiv svikt/konfusion.
 - KC demenssjukdomar har ett förslag klart som går ut på att det arbetssätt som införts och nu delvis utvärderats i Hälsostaden på Ängelholms sjukhus blir en regional vårdriktlinje. I korthet betyder det att samtliga patienter vid inläggning ska tillfrågas om tidsorientering (år och månad). Detta är den snabbaste och enklaste metod som har klassats som validerad för att upptäcka kognitiv svikt¹. Resultatet av tidsorienteringsundersökningen förs in i en befintlig meliormall. När patient med tecken på kognitiv svikt skrivs ut ska remiss skickas till vårdcentral med begäran om uppföljning och vid behov utredning. Vid vårdplanering ska patientens kognitiva status tas med i bedömningen om fortsatt behandling och åtgärder (för detaljer se fördjupning 6). Detta förslag har diskuterats med berörda utvecklare på SUS som har kontakter i de andra förvaltningarna. Responserna har varit positiva. KC demenssjukdomars bedömning är att denna fråga har försenats på grund av att berörda utvecklare har varit belastade av införandet av de nya SVU-rutinerna. Fortsatt förankring och/eller utveckling av detta förslag kommer underlättas när det finns mer information om arbetssättets effekter vilket förutsätter mer tid så att patienter som vårdats under 2017 kan följas vidare i vårdkedjan. Vad som är positivt är att chefläkaren i Hälsostaden har signalerat till Koncernrådet för patientsäkerhet att Walderarbetet tydligt har visat att kognitiv svikt är en betydande risk för berörd patient. Detta kan förhoppningsvis ge draghjälp vid införande av nya rutiner gällande identifiering av patienter med kognitiv svikt.

3.1.2 Kognitiv riskprofilering

Digital riskprofilering

KC demenssjukdomar har genomfört en mer detaljerad analys av kognitionsdiagnoser som ej är demensdiagnoser; s.k. demensriskindikator- (DRI-) diagnoser (förteckning i tabell 4). Som framgår ovan i figur 1 har denna grupp ett vårdkonsumtionsmönster som liknar patienter med demensdiagnos. DRI-diagnoser sätts av många vårdgivare, och av särskilt intresse för arbetet med denna plan är att en stor andel under 2017 sattes vid vårdtillfälle i den somatiska slutenvården (ca 20% av DRI-diagnoserna i Skåne). Baserat på diskussioner med företrädare för slutenvården är det rimligt att anta att dessa diagnoser har satts på grund av att man vid vårdtillfället har uppmärksammat en möjlig kognitiv svikt. Andelen patienter som vid slutenvårdsvårdtillfälle fått en DRI-diagnos var 2017 4,5% och har ökat sedan 2015 (tabell 3).

Tabell 3. Utfall för ett urval av vårdavdelningar (71 st med företrädevis äldre patienter) i Skåne för satta kognitionsdiagnoser vid vårdtillfälle.

ÅR	2014	2015	2016	2017
Skåne: urval av slutenvårdsavdelningar				
Andel pat med DRI-diag	3,7%	3,5%	4,1%	4,5%

Tabell 4. Diagnoser som berör kognitiv förmåga och som skulle kunna vara tecken på odiagnostiserad demenssjukdom.

Diagnoskod	Beskrivning
F049	Organiska amnesisyndrom ej framkallade av alkohol eller andra psykoaktiva substanser
F050	Delirium utan underliggande demenssjukdom
F059	Delirium, ospecificerat
F067	Lindrig kognitiv störning
F078	Andra specificerade organiska personlighets- och beteendestörningar orsakade av
F099	Ospecificerad organisk eller symtomatisk psykisk störning
F09-P	Organisk psykisk störning
R410	Desorientering, ospecificerad
R412	Retrograd amnesi
R413	Annan amnesi
R418	Andra och icke specificerade symtom och sjukdomstecken som engagerar uppfattning
R418A	Lindrig kognitiv störning, subjektiv
R418P	Amnesi
R418W	Andra och icke specificerade symtom och sjukdomstecken som engagerar uppfattning
Z004	Allmän psykiatrisk undersökning som ej klassificeras annorstädes
Z032	Observation för misstänkta psykiska sjukdomar och beteendestörningar
Z032A	Observation för misstänkt kognitiv störning
Z032W	Observation för andra misstänkta sjukdomar och beteendestörningar

Uppsökande verksamhet

En sekundärpreventiv åtgärd som visats vara kostnadseffektiv^{2,3} är att identifiera personer med demenssjukdom/kognitiv svikt så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet. På så sätt kan behandling och kommunala insatser optimeras.

För att öka möjligheterna till kostnadseffektiva arbetssätt för tidig upptäckt av kognitiv svikt/demenssjukdom har KC demenssjukdomar under 2017 arbetat med att undersöka möjligheterna att sprida ett standardiserat arbetssätt för förebyggande hembesök. Den av Region Skåne delfinansierade forskningsplattformen ”Hälsa i samverkan” vid Högskolan i Kristianstad har i samverkan med sju kommuner tagit fram ett digitalt riskprofileringsverktyg för förebyggande hembesök där kognition ingår. Det finns också ett intresse i de fem kommuner som arbetar tillsammans med vårdcentraler (se 3.4) att prova detta verktyg.

KC demenssjukdomar har lyft frågan till tjänstemannaberedningen för det Centrala samverkansorganet som har haft för avsikt att ta frågan till den nya samverkansgruppen kring e-hälsa/digitalisering. Man inväntar dock att frågan om förebyggande hembesök kommer upp i dialogen med kommunerna.

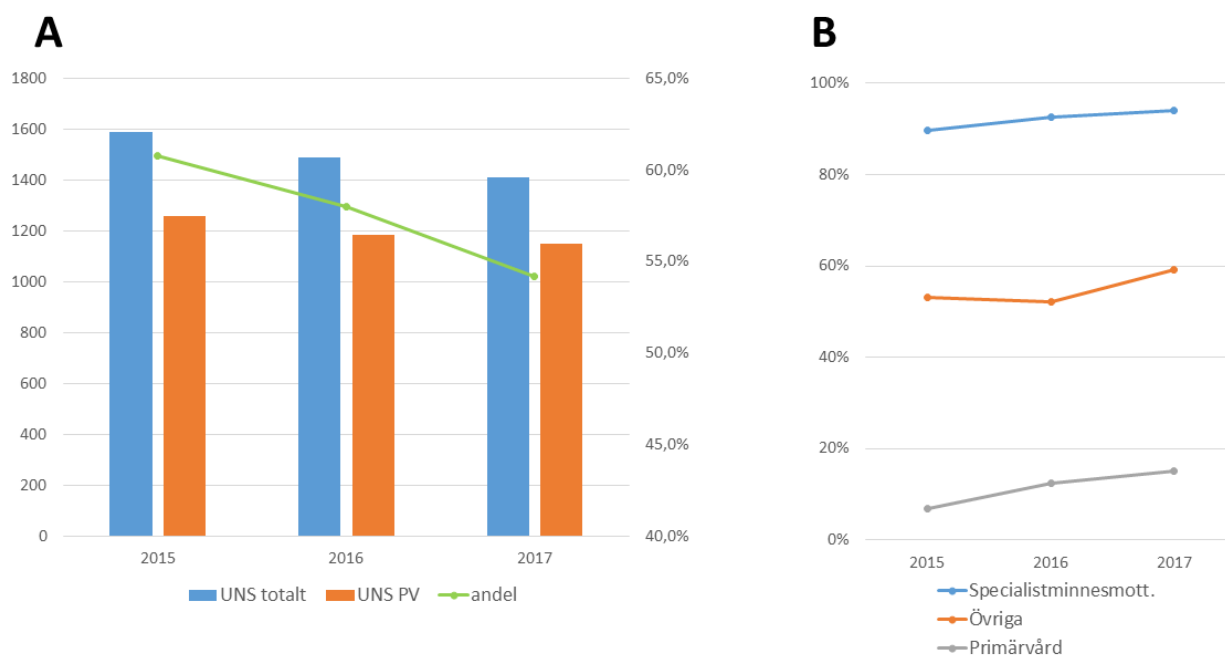
De två mål som satts för denna aktivitet är alltså inte uppnådda.

3.2 Utredning och diagnos

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

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

Antalet satta demensdiagnoser i Skåne har ökat under de senaste tre åren i takt med att andelen äldre också har ökat. Andelen av de förväntade fallen av demenssjukdom som har diagnostiserats av sjukvården ligger därför stabilt på ca 57%. Av dem har totalt 42% enbart ospecifik diagnos (demens UNS). Sedan 2015 har vi i Skåne en minskande trend i antal och andel nya fall med UNS-diagnos i en tvärsnittsanalys av patienter per 31/12 varje år (Fig. 2A) vilket är önskvärt eftersom Socialstyrelsen betonar i sin utvärdering från 2014 att en ospecifik diagnos kan leda till att patienten inte får de behandlingsinsatser som skulle behövas⁴, som exempelvis läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom. KC demenssjukdomar har också analyserat produktionsdata för åren 2015-2017 och resultatet bekräftar tvärsnittsanalysen: en ökning i andelen specifika demensdiagnoser från alla vårdgivare. Störst är ökningen i primärvården (Fig. 2B). Samtidigt har det skett en ökning av andelen diagnoser som är indikation för behandling som har följts av en ökad förskrivning av demensläkemedel (se Fig. 3 nedan).



Figur 2. Fördelning av ospecifika (UNS) och specifika demensdiagnoser i Skåne under åren 2015-2017. A. Antal individer med ny demens UNS-diagnos, dvs individer som tidigare inte haft någon demensdiagnos, totalt respektive satta i primärvården för individer i Skåne per siste december varje år visar en minskning i båda kategorier. Andelen UNS-diagnoser av totalt antal demensdiagnoser minskar också (grön linje). B. Andel specifika demensdiagnoser av totalt antal satta demensdiagnoser hos olika vårdgivarkategorier. Man ser en måttlig relativ ökning i specialistminnesmottagningarnas och övriga vårdgivares produktion. Primärvården har sedan 2015 ökat sin andel specifika diagnoser från knappt 7% till 15%, dvs en ökning med 124%.

3.2.1 Primärvården

Under 2016 och 2017 genomförde KC demenssjukdomar en omfattande kartläggning av primärvårdens arbete gällande demenssjukdomar genom att i stort sett alla vårdcentraler i Skåne besöktes. Resultaten av denna besökande kartläggning har analyserats under 2017 och omsatts i flera olika insatser. Under analysen har nya frågeställningar tillkommit och vidare analys och planering av insatser ligger i handlingsplanen för 2018.

- Samverkan med kommunerna har analyserats och en detaljerad rapport finns som fördjupning 7. Denna kunskap har kommit till användning i arbetet med samverkansutveckling (se 3.4).
- Vårdcentralernas utredningar och satta demensdiagnoser har kritiserats baserat på Socialstyrelsens granskning⁴ i det att alltför få patienter får en specifik diagnos. KC demenssjukdomars kartläggning har å ena sidan bekräftat att en stor andel av primärvårdens diagnoser är ospecifika men å andra sidan har kartläggning lett till en diskussion med specialistläkare på området som har en samsyn att den av Socialstyrelsen rekommenderade basalutredningen i många fall inte räcker för att kunna sätta en specifik diagnos. Denna ståndpunkt har framförts till Socialstyrelsen och har också lett till en utvidgning av testrepertoaren i det Skånska vårdprogrammet (under revidering). Satsningen på utbildningsfilmer om kognitiva tester är ett direkt resultat av detta.
- Långa väntetider CT/MR var en punkt som kom upp som ett problem. Tillsammans med Enheten för behov, uppdrag och uppföljning har KC demenssjukdomar påbörjat en analys

av detta för 2017. Resultatet så här långt tyder inte på några alarmerande långa köer (mediantid till undersökning 35 dagar) med reservation för att vi hittills troligen bara har hittat ca hälften av undersökningarna som är del av minnesutredning.

- Det framkom att många läkare på vårdcentral upplever att det är svårt att sätta demensdiagnoser då varje enskild läkare inte har särskilt många fall. De instruktionsfilmer som låg i planen för 2017 har därför tillsammans med Allmänläkarkonsult Skåne, AKO samt Kompetenscentrum för primärvården, PUE, kompletterats med en som är riktad till läkare (https://players.brightcove.net/3193745440001/b859b2ab-6e32-4a70-a0dd-ee8b2ca7bb94_default/index.html?videoId=5653475989001).
- Ytterligare en åtgärd för att underlätta läkarnas arbete är att ett arbetssätt (demensrund där samtliga läkare på vårdcentralen träffar kommunens demenssjuksköterska för genomgång av fall) från Simrishamns har dokumenterats av KEFU för att göra till ett case för framtida utbildningar och spridning.
- Kartläggningen visade att det i Skåne används olika versioner av kognitionstester med olika referensvärden. Tillsammans med en grupp specialistläkare och forskare har KC demenssjukdomar tagit fram en Skåneversion av varje test som kommer spridas under 2018.
- Personal på många vårdcentraler uppgav att det är svårt att prioritera patienter till utredning. Man upplevde att en stor andel utredningar baserades på patientens subjektiva besvär och oro där ingen svikt kunde fastställas, medan andra patienter som sökte för andra åkommor hade mer uppenbara kognitiva problem. En åtgärd i planen var därför att förse vårdcentraler med uppgifter om vilka av deras patienter som någon gång fått en DRI-diagnos. Detta har inte genomförts men frågan har nu diskuterats med Regionens chefsjurist och det finns inför 2018 tydliga riktlinjer för hur informationen kan föras över på ett säkert sätt.
- KC demenssjukdomars utbildningar om minnesutredning i primärvården har anpassats; tex genom att det tidigare tvånget att verksamhetschef ska medverka har tagits bort.
- Kartläggningen visade att inga vårdcentraler som registrerade i SveDem använde SveDem i sitt eget utvecklingsarbete. Frågan har diskuterats i styrgruppen som är enig i att det är rimligt att krav på SveDem-registreringar inte längre finns med i ackrediteringsvillkoren. Se fördjupning 8 för detaljerad rapport.

3.2.2 Specialistvården

En arbetsgrupp med representation från samtliga specialistminnesmottagningar har bildats för att kartlägga:

- bemanning
- behov av olika professioner
- yngre patienter
- ovanliga diagnoser
- produktion (diagnos, behandling, uppföljning)
- väntetider
- remissflöde
- remisskvalitet
- samverkan med vårdcentraler
- samverkan med kommuner
- plan för ökat antal utredningar genom tex förebyggande hembesök
- utbildningsinsatser

Till gruppen har inbjudits två representanter per mottagning. Till de två möten som hållits har mottagningarna i Ängelholm, Hässleholm, Kristianstad och Malmö skickat en representant förutom Hässleholm som vid ett möte hade två medarbetare med.

Gruppen enades vid första mötet om att bygga arbetet på en av åtgärderna som föreslogs vid utredningen om specialistminnesmottagningar 2014-2015; nämligen att det bör tas fram kvalitetsindikatorer för att kunna göra jämförelser och för att kunna utveckla verksamheterna vidare. I stället för SveDem beslutades att RSVD-data ska ligga till grund för dessa. Det innebär att kartläggningen enligt punkterna ovan kommer göras när det finns ett underlag i form av utfall från aktuella indikatorer.

KC demenssjukdomar kommer undersöka möjligheterna att mäta de föreslagna indikatorerna och föra in dem i indikatorbiblioteket. Aktuella indikatorer från specialistminnesmottagningarna är Socialstyrelsens nationella indikatorer samt ett antal Skånespecifika:

Socialstyrelsen:

- Andel personer med Alzheimers sjukdom som behandlas med demensläkemedel
- Andel personer med demensdiagnos som genomgått en fullständig basal demensutredning
- Andel personer med demenssjukdom med demensdiagnos
- Andel personer med demenssjukdom som följs upp minst en gång per år av hälso- och sjukvården
- Tid från remiss eller kontaktdatum till utredningsstart
- Tid från utredningsstart till diagnos

Skåne:

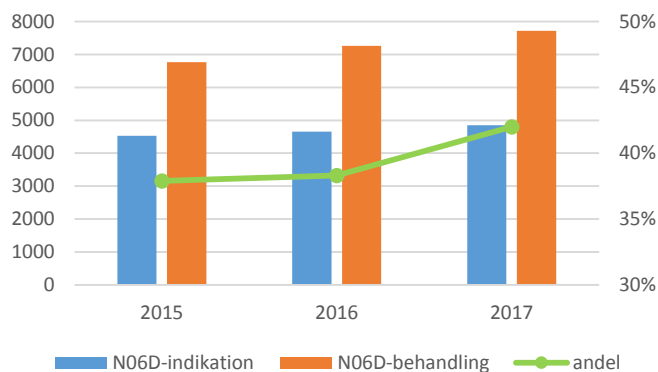
- Tidig diagnos (dels F06.7 (lindring kognitiv störning) och de som senare får demensdiagnos, dels MMSE-resultat vid diagnostillfället)
- Läkemedel (tex olämpliga för äldre, kognitiv påverkan).

3.3 Behandling och uppföljning

I dag finns ingen botande behandling för demenssjukdomar men de symtomlindrande läkemedel (ATC-kod N06D) som finns tillgängliga för Alzheimers sjukdom och Levy Body demens har bevisad effekt på kognition och förmåga att klara dagliga aktiviteter, även om den individuella variationen är stor.

I Skåne har nu totalt 40% av personerna med demensdiagnos en diagnos som är indikation för behandling. Andelen nya fall med diagnoser som är N06D-indikation har ökat sedan 2015 och har följts av ökad expediering av N06D (Fig. 3). Sammantaget har nu 90% av patienterna med N06D-indikation fått behandling, vilket betyder att den strategiska planens mål för behandling är nått. Prevalensen av Alzheimers sjukdom är dock ca 60% av demenssjukdomar totalt, vilket betyder att en relativt stor del av personerna med Alzheimers sjukdom eller Levy Body demens inte har hittats av sjukvården. Många kan också ha fått en ospecifik diagnos och av patienter

med endast UNS-diagnos har 33% behandling vilket kan tolkas som att man vid diagnostillfället haft ett stark misstanke om att den konstaterade men ospecificerade demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom.



Figur 3. Behandling och diagnostik för behandling med demensläkemedel i Skåne. Sedan 2015 har antalet patienter som fått N06D-läkemedel ökat och detsamma gäller för antalet patienter som har en diagnos som är indikation för behandling. Andelen nya fall som får diagnos med N06D-indikation av totala antalet nya fall med demensdiagnos ökar också (grön linje).

Många äldre demenspatienter har andra sjukdomar som de behandlas för och nedsatt kognition gör att de får svårigheter att ta läkemedel enligt ordination, något som bland annat framkom i Walderprojektet. KC demenssjukdomars påbörjade analys av olämpliga läkemedel i gruppen kognitivt sviktande/patienter med demenssjukdom har visat på flera potentiellt viktiga samband mellan typ av kognitiv diagnos och behandling med läkemedel som bedöms olämpliga för äldre⁵. Om dessa samband visar sig stämma efter genomgång med Område läkemedel vid Koncernkontoret kan dessa samband ligga till grund för åtgärder riktade till särskilt utsatta patientgrupper.

Läkemedelsgenomgångar är av yttersta vikt för att upptäcka bland annat olämpliga läkemedelskombinationer, något som Region Skånes befintliga rutiner är utformade för. Det saknas dock rutin för specifikt anpassad symptomsfattning för patienter med kognitiv sjukdom som har svårt att själv delge sina symptom. KC demenssjukdomar har tagit fram ett förslag på hur sådana rutiner skulle kunna utformas. De bygger på en validerad skala framtagen för målgruppen (Phase proxy) och som redan används på vissa håll i Skåne. I rutinerna ingår också en utökad användning av BPSD-registret för att få bättre överblick av relevanta symptom över tid. Detta förslag på ny rutin kommer diskuteras vidare med Område läkemedel vid Koncernkontoret.

3.4 Kommunal vård och omsorg

Av samhällets kostnader för demenssjukdomar, 63 miljarder, står kommunerna för ca 80% medan landstingen står för ca 5%. Övriga kostnader (ca 15%) är informell vård, framförallt utförd av anhöriga⁶. I Sverige kostar kommunal äldreomsorg ca 110 miljarder årligen. Eftersom fler än 90% av personer med demenssjukdom är äldre kan demenssjukdomar orsaka mer än 40% av kostnaderna för kommunal äldreomsorg.

Socialstyrelsen betonar i sina riktlinjer och rekommendationer att samverkan mellan kommuner och landsting är avgörande för att demenspatienten ska få optimal vård och omsorg. Flera goda exempel på detta finns i Skåne, både i projektform eller som ordinarie verksamhet. Vissa har ett brett fokus på äldre och vissa har ett specifikt fokus på demenssjuka.

Inom ramen för denna utvecklingsplan har fem kommuner i Skåne: Burlöv, Båstad, Lomma, Simrishamn och Örskälljunga genomfört ett utvecklingsarbete tillsammans med berörda vårdcentraler och specialistminnesmottagningar för att ta fram arbetssätt som leder till ökad sam-

verkan. Arbetet har utgått från Socialstyrelsens nationella riktlinjer och identifierade förbättringsområden för landsting och kommuner. Genomförandet av framtagna utvecklingsplaner kommer påbörjas under 2018. Tjänstemannaberedningen för HS-avtalets utvecklingsplan har fortlöpande informerats och detsamma gäller anhörigrepresentanter.

En detaljerad rapport över detta arbete finns som fördjupning 1.

3.5 Utbildning

Under 2017 har KC demenssjukdomar påbörjat planeringen av nya utbildningar. Det arbetet fortsätter under 2018, se handlingsplanen.

3.6 Hälsoekonomi

Under 2016 genomfördes en systematisk litteraturgenomgång för att ta fram underlag för fortsatta studier. Vid en första analys fann man 70 artiklar av tillräckligt hög kvalitet inom områdena farmakologisk behandling, icke-farmakologisk behandling, screening och organisation. Fortsatt noggrann analys under 2017 visade att antalet artiklar med tillräcklig kvalitet var mindre. För planeringen av den hälsoekonomiska studien har denna genomgång varit mycket värdefull och vi räknar med att resultaten av litteraturgenomgången kommer publiceras under 2018.

Baserat på KC demenssjukdomars planeringsarbete tillsammans med en majoritet av Skånes kommuner har ett omfattande Hälsoekonomiskt forskningsprogram planerats (se bilaga 9) för samtliga involverade huvudmän under ledning av Professor Elisabet Londos, Minneskliniken SUS, Professor Lennart Minthon, Minneskliniken SUS och Professor Ulf Gerdtham (Region Skånes centrum för primärvårdsforskning, Medicinska fakulteten och Nationalekonomiska institutionen vid Lunds universitet). Genomförandet av detta program förutsätter extern finansiering som under året har sökts från Familjen Kamprads stiftelse (besked i april 2018).

Vad som planeras inom ramen för det strategiska demensarbetet är en registerstudie av sjukvårds- och äldreomsorgsdata från 2010 - 2016 som samfinansieras av Region Skåne och intresserade kommuner. Hittills har fem kommuner i Skåne bidragit med delfinansiering av registerstudien: Burlöv, Båstad, Lomma, Simrishamn och Örkelljunga. Denna studie är etikprövad och godkänd, och registerdata är beställd från Socialstyrelsen och SCB. Beroende på hur lång väntetiden blir kan denna studie redan under 2018 ge ny kunskap om kostnadseffektiviteten hos åtgärder inom såväl sjukvården som kommunal omsorg.

3.7 Kliniska prövningar

Inget arbete har utförts i detta fokusområde. KC demenssjukdomar inväntar åtgärder från Kliniska studier Sverige.

3.8 E-hälsa

För uppföljning och utvärdering rekommenderar Socialstyrelsen SveDem. Skåne hade under 2016 en täckningsgrad i SveDem, det nationella kvalitetsregistret för demensvården, på 64%

vilket torde vara högt i Sverige (2014 var SveDems täckningsgrad nationellt gentemot Patientregistret 43%⁷). Under 2017 har Regionens ersättning till primärvården för deras registreringar i SveDem upphört och samtidigt har det skett en signifikant nedgång i antalet registreringar.

Bland specialistminnesmottagningarna är det bara SUS och Hässleholm som har registrerat i SveDem under 2017. Samtidigt har vår kartläggning av primärvård och specialistvård visat att verksamheterna i Skåne inte, eller enbart i mycket låg grad, använder SveDem som ett verktyg för uppföljning eller som underlag för förbättringsarbete. Med den låga täckningsgrad registret har nationellt är det svårt att finna argument för att rekommendera att verksamheterna ska fortsätta registrera, och i ackrediteringsvillkoren för 2018 har också SveDemregistreringar utgått. Region Skåne har dessutom mycket goda möjligheter att använda egen hälso- och vårdrelaterad information för att kartlägga, följa upp och bedriva forskning och utveckling inom vården. Region Skånes egna informationskällor ger också en mer omfattande, flexibel och heltäckande bild av t.ex. patientflöden än fristående register.

Under 2018 har KC demenssjukdomar arbetat med att undersöka underlag för olika former av beslutsstödsapplikationer. I samarbete med Enheten för beslutsstöd har en anpassad Qlikview-applikation tagits fram för att följa utvecklingsarbetet gällande kognitivt sviktande patienter i slutenvården.

Inom detta fokusområde finns ett mål som inte har uppnåtts, nämligen att ta fram en plan för hur digitaliseringsarbetet inom denna utvecklingsplan kan samordnas med Regionens övergripande strategiska e-hälsoarbete. KC demenssjukdomar bedömer att detta inte har kunnat prioriteras från avdelningen för digitalisering och IT.

3.9 Kommunikation

KC demenssjukdomar har arbetat enligt den kommunikationsplan som gällde för 2017. En viktig del där var att förbättra möjligheterna att kommunicera ut till allmänheten och till personal i Skånes kommuner genom att etablera en egen hemsida. Då detta inte ligger i linje med Regionens kommunikationsstrategi har detta inte beviljats.

I september genomfördes ett stormöte för information om det strategiska demensvårdsarbetet med över 300 deltagare. Programmet finns som fördjupning 10. Utvärderingen av dagen gav mycket gott betyg (fördjupning 11). Publikens sammansättning ur flera olika aspekter framgår i fördjupning 12.

4. Referenser

1. O'Keeffe E, Mukhtar O, O'Keeffe ST. Orientation to time as a guide to the presence and severity of cognitive impairment in older hospital patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2011;82:500-4.
2. Dixon J, Ferdinand M, D'Amico F, Knapp M. Exploring the cost-effectiveness of a one-off screen for dementia (for people aged 75 years in England and Wales). *International journal of geriatric psychiatry* 2015;30:446-52.
3. Saito E, Nakamoto BK, Mendez MF, Mehta B, McMurtray A. Cost effective community based dementia screening: A markov model simulation. *International Journal of Alzheimer's Disease* 2014;2014.
4. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. 2014.

5. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre 2017.
6. Socialstyrelsen. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. 2012.
7. Vårdanalys. Nationella kvalitetsregisters täckningsgrad. 2014.