



# **Region Skånes strategiska utvecklingsplan för jämlik demensvård.**

**Rapport över arbetet 2016.**

## Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| 1. Inledning.....   | 3  |
| 2. Medverkande .....  | 3  |
| 2.1 Styrgruppsmedlemmar.....  | 3  |
| 2.2 Medarbetare .....   | 3  |
| 3. Resultat.....  | 4  |
| 3.1 Prevention.....   | 6  |
| 3.1.1 Insatser inom verksamheter som inte primärt arbetar med målgruppen .....                                    | 6  |
| 3.1.2 Kognitiv riskprofilering.....   | 7  |
| 3.1.3 Uppsökande verksamhet .....   | 8  |
| 3.1.4 SoS nationella indikatorer: rutiner för fall, trycksår och undernäring hos personer med demenssjukdom. .... | 8  |
| 3.2 Utredning och diagnos.....  | 9  |
| 3.2.1 Primärvården .....  | 9  |
| 3.2.2 Specialistvården .....  | 10 |
| 3.3 Behandling och uppföljning .....  | 11 |
| 3.4 Kommunal vård och omsorg .....  | 11 |
| 3.5 Utbildning.....   | 12 |
| 3.6 Hälsoekonomi.....   | 12 |
| 3.7 Kliniska prövningar .....   | 13 |
| 3.8 IT och register, inklusive SveDem .....   | 13 |
| 3.9 Kommunikation .....   | 14 |
| 4. Referenser.....  | 14 |

## Bilagor

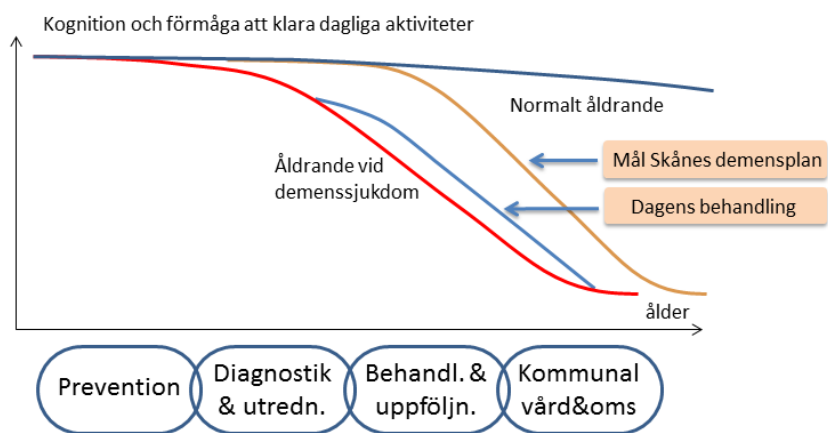
1. Arbetsmetod – Kognitiv screening i slutenvård, Walder i Hälsostaden
2. Hälsoekonomisk studieplan ” Synapse – better life quality for dementia patients and their relatives”
3. Kommunikationsplan

## 1. Inledning

Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde 2016-03-18 Region Skånes strategiska utvecklingsplan för jämlik demensvård. Samtidigt beslutade man om en handlingsplan för 2016 som finansierades med 4 miljoner kr. Region Skånes kunskapscentrum för demenssjukdomar fick i uppdrag att leda projektet, sammanställa data och ansvara för kommunikation. En styrgrupp med bred representation inom Region Skåne har ansvarat för konkretisering, implementering och uppföljning av planen.

Denna rapport har i stor utsträckning samma rubriker och upplägg som handlingsplanen för 2016, 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 prövningar
8. IT och register
9. Kommunikation



## 2. Medverkande

### 2.1 Styrgruppsmedlemmar

Karin Träff Nordström, divisionschef, SUS, ordförande

Håkan Toresson, FoU-projektledare, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Eva Granvik, chef, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Lennart Minthon, professor, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

Sölve Elmståhl, professor, Kunskapscentrum för geriatrik

Ann-Marie Liljeroth, Kryh

Anne W. Ekdahl, Sund

Clement Lidbeck, Hälsostaden

Ulrika Grahn, AKO (allmänläkarkonsult)

Magnus Kåregård, medicinsk rådgivare, avd för hälso- och sjukvårdsstyrning (t.o.m maj 2016)

Petra Widerkrantz, medicinsk rådgivare, avd för hälso- och sjukvårdsstyrning (fr.o.m maj 2016)

Carina Lindkvist, avdelningschef socialtjänst, vård och omsorg, Kommunförbundet Skåne (adjungerad fr.o.m okt 2016)

### 2.2 Medarbetare

Följande personer har under 2016 arbetat i projektet.

Jenny Cappelin, Verksamhetsområde akutsjukvård och internmedicin, SUS  
 Spencer Clarkson, Kliniska studier Sverige, forum söder  
 Ulf Gerdtham, Hälsoekonomi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet  
 Johan Jarl, Hälsoekonomi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet  
 Set Mattson, Kunskapscentrum för demenssjukdomar  
 Eva Nordin, Kunskapscentrum för demenssjukdomar  
 Anette C. Ohlson, Hälsostaden  
 Anncharlotte Palm, Enheten för kognitiv medicin, CSK  
 Görel Rydhög Morin, Enheten för kognitiv medicin, CSK  
 Sanjib Saha, Hälsoekonomi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet  
 Karina Simonsen, Kunskapscentrum för demenssjukdomar  
 Annsofie Svensson, Kunskapscentrum för demenssjukdomar  
 Malin Strömfors, Kunskapscentrum för demenssjukdomar  
 Kerstin Zettervall, Kunskapscentrum för demenssjukdomar

### 3. Resultat

Tabell 1: Sammanfattning över resultaten per december 2016. Blåmarkerade rader är sådana aktiviteter som tillkommit efter att planen beslutades.

| Delmål 2016:   | Resultat (december 2016) | Finansierat genom demensplanen |
|--|--------------------------|--------------------------------|
| <b>1. Prevention</b>   |                          |                                |
| 1.1. MinnesHälsan  |                          |                                |
| • Testning av 50 patienter med hjälp av ”Håll Hjärnan Frisk”.    | Ej uppnått               | Nej                            |
| 1.2. Verksamheter som inte primärt arbetar med målgruppen        |                          |                                |
| • Plan för integrering av Walder i Hälsostadens verksamhet klar. | Uppnått                  | Ja                             |
| • Påbörja Walderarbetet i Hälsostaden.                           | Uppnått                  | Ja                             |
| • Plan för uppföljning i RSVD klar                               | Uppnått                  | Ja                             |
| • CSK-modellen dokumenterad                                      | Uppnått                  | Ja                             |
| • Utbildningar på CSK dokumenterade                              | Uppnått                  | Ja                             |
| 1.3. Kognitiv riskprofilering                                    |                          |                                |
| • Kartläggning av pågående riskprofileringsmetoder i Skåne klar. | Delvis uppnått           | Ja                             |
| • En eller två metoder för detaljerad utvärdering identifierade. | Uppnått                  | Ja                             |
| • Planering av digital ACG-riskprofilering klar.                 | Ändrat                   | Ja                             |
| 1.4. Uppsökande verksamhet                                       |                          |                                |
| • Kartläggning av uppsökande verksamhet i Skånes kommuner klar.  | Ej uppnått               | Nej                            |
| 1.5. SoS nationella indikatorer: fall, trycksår och undernäring  |                          |                                |

|   |                |     |
|---|----------------|-----|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartlägg de rutiner som finns i Region Skåne, hur de tillämpas på patienter med demenssjukdom samt hur de följs.</li> </ul>  | Uppnått        | Ja  |
| <b>2. Utredning och diagnos</b>   |                |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartläggning av demensdiagnostik i Regionens vårddatabas klar.</li> </ul>  | Uppnått        | Ja  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% av Skånes vårdcentraler ska ha deltagit i Kunskapscentrum för demenssjukdomars besökande kartläggning.</li> </ul>  | Uppnått        | Ja  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utvärdering av pilotprojekt med 3D på Minneskliniken klar.</li> </ul>  | Uppnått        | Nej |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planering klar och minst tre vårdcentraler rekryterade till 3D-pilotprojekt.</li> </ul>  | Delvis uppnått | Nej |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Starta minst 10 nya minnesmottagningar i primärvården.</li> </ul>  | Uppnått        | Nej |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utredning om remisskvalitet</li> </ul>   | Delvis uppnått | Ja  |
| <b>3. Behandling och uppföljning</b>  |                |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartläggning av demensläkemedel och olämpliga läkemedel klar.</li> </ul>   | Delvis uppnått | Ja  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutiner för läkemedelsgenomgångar klara.</li> </ul>  | Delvis uppnått | Ja  |
| <b>4. Kommunal vård och omsorg</b>  |                |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartläggning med KFSK klar.</li> </ul>   | Ej uppnått     | Ja  |
| <b>5. Hälsoekonomi</b>  |                |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Litteraturstudie klar</li> </ul>   | Uppnått        | Ja  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Övergripande plan för finansiering klar</li> </ul>   | Uppnått        | Ja  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detaljplanering av minst två delstudier klar</li> </ul>  | Uppnått        | Ja  |
| <b>6. Kliniska prövningar (planerat arbete)</b>   |                |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planera ett system för sjukhus och vårdcentraler så att personalen lätt kan få information om pågående studier för vidare spridning till patienter och anhöriga</li> </ul> | Ändrat         | Nej |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samverka med statens nya enhet för nationell samordning av kliniska studier</li> </ul>   | Uppnått        | Nej |
| <b>7. IT och register</b>   |                |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan för SoS indikatorer fastställd.</li> </ul>  | Uppnått        | Ja  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan för ökad registrering i SveDem klar.</li> </ul>   | Ändrat         | Ja  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutiner och infrastruktur för insamling och hantering av data klara.</li> </ul>  | Delvis uppnått | Ja  |
| <b>8. Kommunikation</b>   |                |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikationsplan klar</li> </ul>   | Uppnått        | Ja  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektgemensam portal för internkommunikation uppe</li> </ul>   | 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>.

Efter projektstart inkluderades även ett liknande arbetssätt som varit etablerat på Centralsjukhuset i Kristianstad sedan 2005. Det är ett överlag välfungerande samarbete mellan Enheten för kognitiv medicin och medicinkliniken för att erbjuda rätt vård till patienter med hjärnsvikt. Samarbetet har även inkluderat Kristianstad kommun som tillhandahåller korttidsboendeplatser för dessa patienter. Arbetssättet har sedan dess varit relativt stabilt men någon detaljerad utvärdering har inte genomförts.

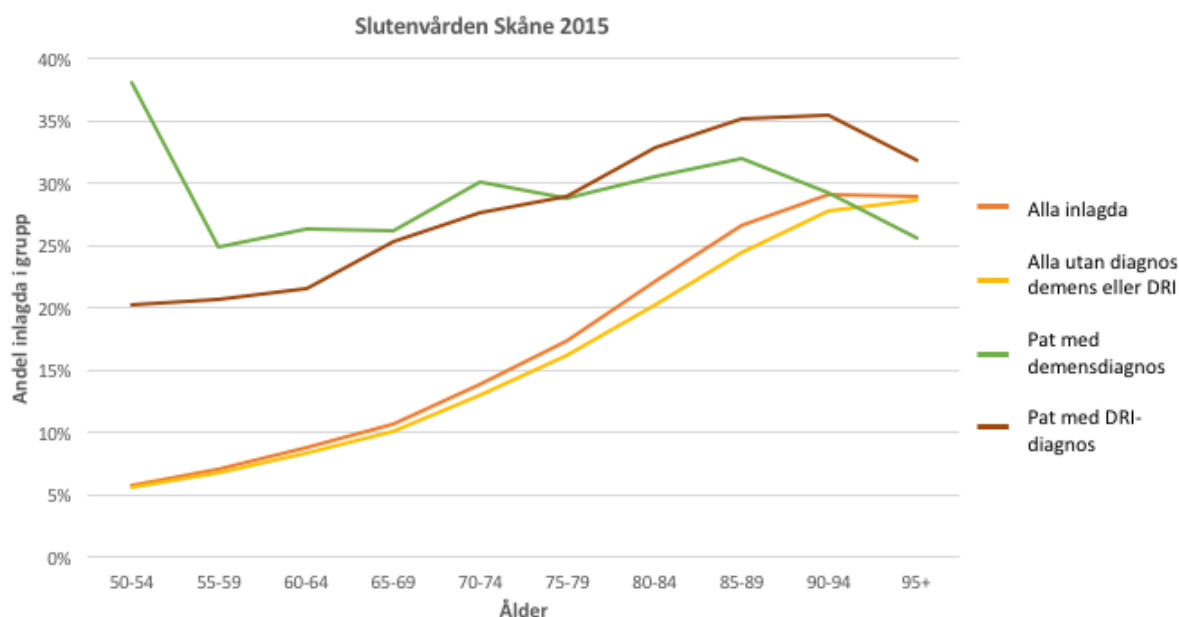
Under 2016 har projektet planerligt stöttat Hälsostaden i Ängelholm med att planera införandet av ett arbetssätt med samma syfte som Walder-/CSK-modellerna. All slutenvård omfattas. Det planerade arbetssättet finns som bilaga 1 och kommer infördes den 15 december.

Under planeringsarbetet har det blivit klart att anpassning till lokala förhållanden måste göras, tex beroende på professionssammansättningen. Varken Walder eller CSK-modellen kan alltså kopieras rakt av mellan Skånes sjukhus. Däremot är det viktigt att införandet planeras gemensamt så att kunskap och erfarenhet tas tillvara. Dessutom måste utvärderingen av effekterna av införandet göras på samma sätt.

Inledande analyser av slutenvården visar tydligt hur kognitiv sjukdom eller kognitiv svikt påverkar vårdkonsumtionen, se figur 1.

Den utvärderingsplan som tagits fram för slutenvården i Hälsostaden bygger på att patienter som identifieras som kognitivt sviktande får diagnos R41.3 alternativt åtgärdskod AV030. På detta sätt kan patienten identifieras i Region Skånes vårddatabas (RSVD) och dess fortsatta utredning avseende kognitiv svikt följas. Läkemedel, mortalitet och återinläggningar kommer också följas liksom sjukvårdskonsumtion före och efter diagnos/åtgärdskod enligt ovan samt före och efter avslutad demensutredning.

I handlingsplanen för 2016 fanns som förväntad aktivitet 2017 att undersöka förutsättningarna att tillsammans med frivilligorganisationer, myndigheter och företag att starta någon slags kampanj enligt ”dementia-friendly community”. Styrgruppen anser att en sådan kampanj initierad av Regionen och/eller Skånes kommuner bör avvakta en bättre koordinerad demensvårdkedja mellan huvudmännen. Skulle andra aktörer vara intresserade av en sådan kampanj bör dock Kunskapscentrum för demenssjukdomar erbjuda stöd inom ramen för det strategiska demensarbetet.



**Figur 1.** Slutenvårdskonsumtion hos patienter beroende på kognitiv diagnosprofil. Under 2015 vårdades sammanlagt 57 800 individer i åldersgruppen 50 och äldre minst en gång i slutenvården. Diagrammet visar andelen inlagda individer redovisade i fyra grupper av patienter: de med demensdiagnos, de med demensriskdiagnos (DRI, se nedan under 3.1.2), 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 DRI, men här är andelen inlagda avsevärt högre. För patienter med diagnostiserad demenssjukdom gäller att andelen inlagda är ungefär lika hög i alla åldersgrupper.

### 3.1.2 Kognitiv riskprofilering

En sekundärpreventiv åtgärd som visats vara kostnadseffektiv<sup>1,2</sup> är att identifiera personer med demenssjukdom/kognitiv svikt så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet. På så sätt kan behandling och kommunala insatser optimeras.

I enlighet med planen har användandet av riskprofileringsmetoder i Skåne kartlagts. Det ingick i den besökande primärvårdskartläggningen (se nedan) och i skrivande stund (november 2016) har ingen vårdcentral svarat att de redan använder ett sådant instrument. Vad gäller Skånes kommuner har inga detaljerade uppgifter inkommit direkt från kommunerna. Däremot har vi från den av Region Skåne delfinansierade forskningsplattformen ”Hälsa i samverkan” vid Högskolan i Kristianstad fått information om deras arbete med ett digitalt riskprofileringsverktyg för förebyggande hembesök där kognition ingår. En annan e-hälsoapplikation har utvecklats vid Kunskapscentrum för geriatrik: geriatriska signalfrågor.

Under 2016 ingick det i demensplanen att planera en studie av information ur RSVD med hjälp av adjusted clinical groups (ACG)-systemet. Denna planering är påbörjad i samverkan med Centrum för primärvårdsforskning (CPF, Professor Anders Halling) och vår bedömning är att en sådan studie kan ge värdefulla resultat.

Parallellt har en enklare analys av RSVD visat att det finns många patienter med olika diagnoser som skulle kunna vara tecken på tidig eller oupptäckt demenssjukdom (demensriskindikatorer (DRI), se tabell 2). För ett exempel på det möjliga värdet av DRI-diagnoserna, se figur 1. Att testa hypotesen att DRI är en indikator på möjlig oupptäckt demenssjukdom är avsevärt enklare

än en genomgång med ACG-systemet och därför kommer vi under 2017 prioritera utvärdering av DRI-hypotesen inom ramen för detta projekt.

Tabell 2. Diagnoser som berör kognitiv förmåga och som skulle kunna vara tecken på odagnostiserad demenssjukdom.

| KOD   | BENÄMNING  | GILTIG FRÅN | GILTIG TILL |
|-------|--|-------------|-------------|
| F050  | DELIRIUM UTAN UNDERLIGGANDE DEMENSSJUKDOM  | 1998-01-01  | 2019-12-31  |
| F059  | DELIRIUM OSPECIFICERAT   | 1998-01-01  | 2010-12-31  |
| F059  | DELIRIUM, OSPECIFICERAT  | 2011-01-01  | 2019-12-31  |
| F067  | LINDRIG KOGNITIV STÖRNING  | 1998-01-01  | 2019-12-31  |
| F078  | A SPEC ORG PERS O BET STÖR PGA HJÄRNSJD - SKADA E CER DYSF                       | 1998-01-01  | 2010-12-31  |
| F078  | ANDRA SPECIFICERADE ORGANISKA PERSONLIGHETS- OCH BETEENDESTÖRNINGAR ORSAKADE AV  | 2011-01-01  | 2019-12-31  |
| F099  | OSPECIFICERAD ORGANISK ELLER SYMTOMATISK PSYKISK STÖRNING                        | 1998-01-01  | 2019-12-31  |
| F09-P | ORGANISK PSYKISK STÖRNING  | 1998-01-01  | 2019-12-31  |
| R410  | DESORIENTERING OSPECIFICERAD   | 1998-01-01  | 2010-12-31  |
| R410  | DESORIENTERING, OSPECIFICERAD  | 2011-01-01  | 2019-12-31  |
| R412  | RETROGRAD AMNESI   | 1998-01-01  | 2019-12-31  |
| R413  | ANNAN AMNESI   | 1998-01-01  | 2019-12-31  |
| R418  | AND O EJ SPEC SYMT O SJD TECK S ENG UPPFA FÖRMÅ O VARSEBL                        | 1998-01-01  | 2010-12-31  |
| R418  | ANDRA OCH ICKE SPECIFICERADE SYMTOM OCH SJUKDOMSTECKEN SOM ENGAGERAR UPPFATTNING | 2011-01-01  | 2019-12-31  |
| R418A | LINDRIG KOGNITIV STÖRNING, SUBJEKTIV   | 1998-01-01  | 2019-12-31  |
| R418P | AMNESI   | 1998-01-01  | 2019-12-31  |
| R418W | ANDRA O EJ SPEC SYMTOM/SJD TECKEN ENG UPPFATTN FÖRM                              | 1998-01-01  | 2010-12-31  |
| R418W | ANDRA OCH ICKE SPECIFICERADE SYMTOM OCH SJUKDOMSTECKEN SOM ENGAGERAR UPPFATTNING | 2011-01-01  | 2019-12-31  |

### 3.1.3 Uppsökande verksamhet

Se 3.1.2, andra stycket, ovan.

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

Detta gäller SoS indikatorer 4-6 från Nationella riktlinjerna 2010 som är mått på hur många landsting som har fastställda rutiner för hur man identifierar personer med demenssjukdom som har ökad risk för fall, trycksår respektive undernäring.



Vi har kartlagt de rutiner som finns i Region Skåne och funnit att det generellt finns väletablerade rutiner för riskbedömning av fall, trycksår och undernäring inom slutenvården. När det gäller fall och trycksår ingår kognitiv status som en del i bedömningsskalorna men det finns i dag ingen möjlighet för verksamheterna att själv kunna följa upp vad som gäller specifikt för patienter med demenssjukdom.

I SoS remissversion av reviderade Nationella riktlinjer finns dessa indikatorer inte längre med.

### 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

I Skåne har 56 % av de förväntade fallen av demenssjukdom diagnostiserats av sjukvården. Av dem har 43 % enbart ospecifik diagnos (demens UNS). Under 2015 är antalet nya diagnoser 69% av incidenta (det förväntade antalet insjuknande) fall. Alla nydiagnostiserade är inte nyinsjuknade men siffrorna tyder på att vi i Skåne har en positiv trend med en ökande andel diagnostiserade fall av demenssjukdom. Samtidigt ser vi att andelen nydiagnostiserade patienter med UNS-diagnos under 2015 är 61 %, figur 2. Om detta betyder att andelen UNS-diagnoser är i ökande eller om det reflekterar utredningsgången (tex att primärvården sätter en UNS-diagnos och sedan remitterar patienten till vidare utredning inom specialistvården) behöver studeras närmare.

#### 3.2.1 Primärvården

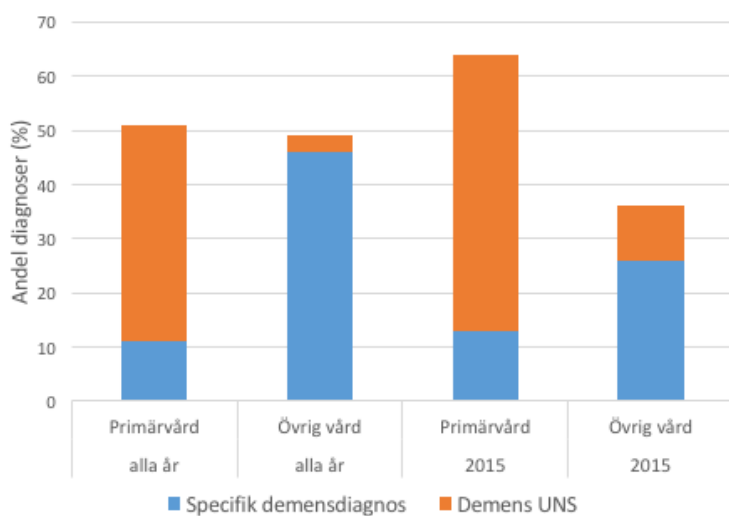
Under 2016 har Kunskapscentrum för demenssjukdomar genomfört en omfattande kartläggning av primärvårdens arbete gällande demenssjukdomar. I korthet har vår genomgång av RSVD visat att primärvården i Skåne registrerade 64 % av demensdiagnoserna 2015. Totalt sett i Skåne har primärvården registrerat 51 % av demensdiagnoserna vilket tyder på att primärvården under 2015 har ökat sin andel av diagnoserna. Av primärvårdens diagnoser 2015 är 79 % ospecifika diagnoser (demens UNS). Den totala andelen ospecifika diagnoser av primärvårdens demensdiagnoser är totalt 78 % vilket tyder på att fördelningen mellan specifika och ospecifika demensdiagnoser inom primärvården är oförändrad över tid, figur 2.

Eftersom patienter med ospecifik demensdiagnos inte får behandling i samma utsträckning som de med specifik diagnos finns ett stort behov att öka andelen specifika diagnoser.

Parallellt med kartläggningen i RSVD har en besökande kartläggning genomförts där alla vårdcentraler i Skåne har erbjudits besök och genomgång av ett heltäckande frågebatteri. Det materialet är omfattande och kommer analyseras under 2017. Vad vi vet så här långt är att 80% av vårdcentralerna i Skåne har besökts och genomgående har besöken visat att det finns en stor vilja och ambition att öka kvaliteten. Vår bedömning är att en fullständig analys av den besökande kartläggningen behövs för att kunna sätta in rätt insatser med syftet att öka andelen specifika diagnoser.

Under 2016 har ett pilotprojekt utvärderat ett nytt datorstött verktyg för utredning och diagnostik kallat Digital demensdiagnostik (3D) på Minneskliniken, SUS. Det är baserat på det

skånska vårdprogrammet för sjukdomar med varaktigt kognitiv svikt och de nationella riktlinjerna. 3D samlar alla undersökningsresultat i lättöverskådliga fönster och kan vid behov på ett säkert sätt delas med specialistläkarkonsult och/eller enheten för läkemedelsprovningar (se 3.7).



Figur 2. Fördelning av specifika och ospecifika demensdiagnoser (demens UNS) på olika vårdgivare.

På Minneskliniken har detta system fungerat väl och har nu använts vid nybesök för fler än 300 patienter. Nu utvecklas en återbesöksmodul och i enlighet med handlingsplanen har en primärvårdsversion förberetts och den kommer utvärderas under 2017. Ett mål för 2016 var att rekrytera minst tre vårdcentraler för utvärdering av 3D-systemet. Det har fått skjutas till 2017 så att de förbättringspunkter som framkommit under testningen på Minneskliniken hinner åtgärdas.

Kunskapscentrum har under 2016 utbildat personal från 22 vårdcentraler om hur man startar och driver minnesmottagning i primärvården.

### 3.2.2 Specialistvården

Skånes specialistminnesmottagningar sätter i huvudsak specifika demensdiagnoser. Vad som skiljer dem åt är bland annat organisationsform; förutom Minneskliniken vid SUS är specialistminnesmottagningarna i Skåne enheter inom medicin- eller geriatrikverksamheter. Genomgående har det rapporterats att detta leder till problem med resurstilldelning när minnesmottagningens behov sätts i relation till verksamheten i stort. Detta i sin tur kan leda till onödigt långa väntetider.

Minneskliniken vid SUS kommer under 2017 få ett utökat uppdrag i och med att en privat specialistminnesmottagning i Lund kommer upphöra. I samband med detta har en översyn av effektiviteten genomförts och ett nytt teambaserat utredningsprogram ska implementeras. Effekterna av förändringen kommer fortlöpande att utvärderas.

För att få en komplett bild av utredningar och diagnostik i Skåne behöver primärvårdskartläggningen kompletteras med en kartläggning av specialistvården. Detta ligger i planen för 2017 och målet är att kunna göra en synkroniserad förändring av Skånegemensamma arbetsrutiner för specialist- och primärvården.

### 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 SoS nationella utvärdering som bygger på Läkemedelsregistret framgår att i Skåne får enbart 1,5 % av befolkningen äldre än 65 år demensläkemedel trots att 5,4 % i denna åldersgrupp förväntas ha Alzheimers sjukdom. Vår egen kartläggning visar att av patienter med diagnos som är indikation för behandling har 87 % fått behandling med N06D. En överväldigande majoritet av dessa (98 %) har fått behandling insatt av specialistvården. Det betyder dock inte att övriga patienter är utan behandling; många patienter med UNS-diagnos från primärvården har satts in på behandling av läkare på vårdcentral. Av patienter med endast UNS-diagnos har 27% behandling. Dessutom har vi i vår genomgång funnit att så många som 21 % av patienter med DRI-diagnos (se 3.1.2) står på behandling. De patienter med framför allt Alzheimers sjukdom som ej får behandling har antingen inte hittats av sjukvården eller så har de fått en ospecifik diagnos.

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

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

I september anställdes en apotekare i projektet på 40 %. Samma person arbetar också med implementeringen av Walder i Hälsostaden vilket har tagit mycket tid. Kartläggningen av demensläkemedel och olämpliga läkemedel är påbörjad, detsamma gäller planering av rutiner för läkemedelsgenomgångar.

Arbetet inom behandling har skett i samverkan med enheten för läkemedelsstyrning i Region Skåne.

### 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 anhöriga<sup>3</sup>. I Sverige kostar kommunal äldrevård ca 110 miljarder årligen. Eftersom fler än 90 % av personer med demenssjukdom är äldre betyder det att demenssjukdomar orsakar mer än 40 % av kostnaderna för kommunal äldrevård.

Socialstyrelsen betonar i sina 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.

Den planerade kartläggningen i samverkan med Kommunförbundet Skåne har inte blivit genomförd då formen för den föreslagna kartläggningen inte varit förankrad. Informations- och planeringsmöten har genomförts inom fokusområde hälsoekonomi (se 3.6 nedan).

Under 2016 har arbetet enligt HS-avtalet påbörjats och styrgruppen bedömer att det under 2017 kommer vara möjligt att arbeta med många av det strategiska demensarbetets samverkansambitioner inom ramen för HS-avtalets utvecklingsplan.

### 3.5 Utbildning

Under 2016 var inga medel avsatta för utbildningsaktiviteter.

### 3.6 Hälsoekonomi

Under 2016 har en systematisk litteraturgenomgång genomförts för att ta fram underlag för fortsatta studier. Sammanlagt har 70 artiklar av tillräckligt hög kvalitet identifierats inom områdena farmakologisk behandling, icke-farmakologisk behandling, screening och organisation. Resultaten kommer publiceras vetenskapligt under 2017.

I maj hölls ett första informationsmöte om den planerade studien för Skånes kommuner med representanter från 17 kommuner. I september hölls sedan två planeringsmöten med totalt 15 kommuner närvarande. Syftet med de mötena var att identifiera vilka insatser som kommunerna ville prioritera för en kostnadseffektivitetsanalys. Resultatet visas i tabell 3.

Tabell 3. Prioritering av områden för hälsoekonomisk analys av representanter från 15 skånska kommuner.

| <b>OMRÅDE</b>                               | <b>Po-<br/>äng</b> |
|---|--------------------|
| Samverkan                                   | 19                 |
| Kompetens                                   | 15                 |
| Anhörig                                     | 13                 |
| Dagverksamhet                               | 13                 |
| Boende                                      | 9                  |
| Personal                                    | 8                  |
| Diagnos                                     | 7                  |
| Uppsökande verksamhet/förebyggande hembesök | 6                  |
| Teknik                                      | 6                  |

Baserat på detta har ett omfattande Hälsoekonomiskt forskningsprogram planerats (se bilaga 2) för samtliga involverade huvudmän under ledning av Professor Lennart Minthon, Minneskliniken SUS, Professor Elisabet Londos, 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. 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. Denna studie kan under 2018 ge ny kunskap om kostnadseffektiviteten hos åtgärder inom såväl sjukvården som kommunal omsorg.

### 3.7 Kliniska prövningar

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

Under 2016 lanserades Kliniska studier Sverige, en ny organisation inom Vetenskapsrådet för att samordna landets olika resurser för genomförande av kliniska studier. Mycket av dess mål sammanfaller med demensplanens mål gällande kliniska studier och prövningar inom demensområdet i Skåne. Det finns således ingen anledning att påbörja en parallell process utan vi kommer istället samverka med Kliniska studier Sverige forum söder (fd FoU-centrum Skåne) för att försäkra oss om att skapa en optimal process för kliniska studier där vår målgrupp ingår.

### 3.8 IT och register, inklusive SveDem

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

Under 2016 har vi tillsammans med Kliniska prövningar Sverige, forum söder, genomfört ett stort arbete med att ta fram data ur RSVD som underlag för fortsatt planering. Resultaten presenteras under respektive rubrik ovan. Resultaten har hittills enbart används inom projektet, men under 2017 kommer detaljerad data tas fram för enheter som efterfrågar data för eget kvalitetsarbete. Framför allt gäller detta primärvården, men modeller för att ta fram data till slutenvården och specialistdemensvården finns också klara.

I vårt kartläggningsarbete har också ingått mål vad gäller SoS nationella indikatorer och utvecklingsindikatorer från Nationella riktlinjerna 2010. Vi har funnit att Regionens har den information som behövs för att kunna följa indikator 1: Behandling med demensläkemedel. Indikator 2: Behandling med antipsykosmedel i särskilt boende, kan Regionen inte följa utan samarbete med Skånes kommuner eftersom det är kommunerna som vet vilka personer som bor på särskilt boende. Möjligheterna till ett sådant samarbete kan utredas i arbetet med HS-avtalets utvecklingsplan och bör samordnas med vårt fortsatta arbete gällande olämpliga läkemedel. Bägge indikatorerna finns med i SoS remissversion av de reviderade riktlinjerna.

Av SoS nationella utvecklingsindikatorer från 2010 har Region Skåne den information som behövs för att kunna följa upp:

- Indikator 7: Andel med nydiagnostiserad demenssjukdom.
- Indikator 12: Andel personer med demenssjukdom som vårdats inom akutsjukvård för höftfraktur orsakad av fall.

- Indikator 13: Andel personer med demenssjukdom som har utvecklat trycksår, grad 1–4.

Indikatorerna ovan finns inte med i SoS remissversion av de reviderade riktlinjerna. Det gör däremot de utvecklingsindikatorer som inte kan följas upp i Regionen för närvarande:

- Indikator 8: Andel personer med demensdiagnos som genomgått basal demensutredning.
- Indikator 9: Andel personer med demenssjukdom som följs upp minst en gång per år av hälso- och sjukvården.

Indikatorerna 8 och 9 kan följas i SveDem. I Skåne är registrets täckningsgrad för 2015 knappt 60 % trots att det utgår ersättning för registrering. Med tanke på den ofullständiga registreringen och det faktum att Region Skåne kan följa upp övriga indikatorer i befintliga system är styrgruppen tveksam till värdet av att parallellt registrera samma information två gånger. En preliminär analys av vår primärvårdskartläggning har dessutom visat att ytterst få använder SveDem i sitt eget förbättringsarbete.

Med 3D-systemet (se 3.2 ovan) kommer det vara möjligt att följa upp både indikator 8 och 9.

### 3.9 Kommunikation

Under 2016 har en kommunikationsplan för det strategiska demensarbetet tagits fram. Se bilaga 3.

## 4. Referenser

1. 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.
2. 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.
3. Socialstyrelsen. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. 2012.