Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Vårdförloppet inleds vid misstanke om kognitiv svikt orsakad av demenssjukdom och avslutas vid bekräftad diagnos, alternativt då misstanke inte kvarstår

REMISS

Bakgrund och överenskommelse om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stöds av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. Syftet med vårdförloppen är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Vårdförloppen ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering. För några av de första vårdförloppen görs avgränsningar i hur stor del av vårdkedjan de omfattar. Ytterligare delar av vårdkedjan bearbetas och presenteras då framöver.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom inleds vid misstanke om kognitiv svikt orsakad av demenssjukdom och avslutas vid bekräftad diagnos, alternativt då misstanke om kognitiv sjukdom inte kvarstår. Vårdförloppet beskriver vilka åtgärder som ska genomföras och i vilken ordning dessa ska ske.

Kognitiv svikt kan vara en konsekvens av ett flertal olika tillstånd och sjukdomar, och risken för att drabbas av kognitiv svikt ökar med stigande ålder [1]. Då en person misstänks ha kognitiv svikt orsakad av demenssjukdom genomförs först en basal utredning. Utredningen syftar dels till att utesluta andra orsaker till den kognitiva nedsättningen dels till att bedöma aktuella kognitiva förmågor så som minne, språk, uppmärksamhet, exekutiva funktioner, rumsuppfattning och social kognition. Vid utredning av kognitiv svikt krävs i regel bedömningar och åtgärder av flera olika yrkesgrupper. Ett multiprofessionellt och teambaserat arbetssätt kan då bidra till att vård och omsorg antar ett helhetsperspektiv på personens situation [2]. För vissa grupper behöver utredningarna anpassas och hänsyn tas till exempelvis språklig förmåga, sedan tidigare nedsatt kognitiv förmåga eller annan befintlig diagnos (till exempel Downs syndrom). Vid oklarhet efter den basala utredningen kan en utvidgad utredning genomföras inom specialiserad vård [3].

Det övergripande målet med vårdförloppet är att fler personer som har kognitiv svikt som misstänks vara orsakad av demenssjukdom ska genomgå utredning, och att sådan utredning ska starta i ett tidigt skede. Till målsättningarna hör också att korta utredningstiderna, att skapa bättre förutsättningar för patientgruppen inom primärvården, att ge mer stöd till personer med kognitiv svikt och dennes anhöriga eller närstående, att minska praxisskillnader vid utvidgade kognitiva utredningar, att skapa bättre förutsättningar för jämlik läkemedelsbehandling, samt att i ökad utsträckning koppla samman vård och omsorg för en god, nära och sammanhållen vård [4].

För att följa upp vårdförloppet används främst befintliga indikatorer från Socialstyrelsen, Svenska demensregistret, SveDem, och Primärvårdskvalitet. De nya indikatorer som föreslås syftar till att följa upp huruvida personer får tillgång till utredning och behandling utefter vad vårdförloppet föreskriver.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, och detta dokument har utvecklats inom ramen för Nationellt programområde Äldres hälsa. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en nationell arbetsgrupp utsedd av programområdet.

REMISS

Innehållsförteckning

1 Beskrivning av vårdförlopp ... - 3 -
1.1 Om kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom ... - 3 -
1.2 Omfattning ... - 4 -
1.3 Vårdförloppets mål ... - 4 -
1.4 Ingång och utgång ... - 4 -
1.5 Flödesschema för vårdförloppet ... - 6 -
1.6 Vårdförloppets åtgärder ... - 7 -
1.7 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse ... - 11 -
2 Uppföljning av vårdförlopp ... - 12 -
2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter ... - 12 -
2.2 Indikatorer för uppföljning ... - 12 -
3 Bakgrund till vårdförlopp ... - 13 -
3.1 Nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv ... - 13 -
3.2 Kompletterande kunskapsstöd ... - 15 -
3.3 Arbetsprocess ... - 15 -
4 Referenser ... - 17 -
Appendix ... - 18 -
A. Kognitiva förmågor ... - 18 -
B. Kognitiva tester ... - 19 -
C. Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning vid demensutredning ... - 19 -
D. Neuropsykologisk utredning som en del i utvidgad demensutredning ... - 20 -
E. Körkort och demenssjukdom (trafikmedicinsk utredning) ... - 22 -
F. Stöd vid situationer då en person inte samverkar till basal demensutredning ... - 23 -
G. Vidare hänvisningar ... - 24 -
H. Referenser till appendix ... - 25 -

REMISS

1 Beskrivning av vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården, samt en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för den berörda personen. Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa främjas. Vårdförloppen utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och tas gemensamt fram av olika professioner och specialiteter inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning. Vårdförloppens beskrivning av evidensbaserade vård ska integreras med individanpassade åtgärder. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom patientkontrakt som ska tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters, brukares och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården ska tas tillvara, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras i journalen vad patienten respektive vården tar ansvar för.

Den primära målgruppen för vårdförloppsdokumentet är hälso- och sjukvårdspersonal som ska få stöd i det kliniska mötet med patienter och i förekommande fall närstående. Kapitlen om uppföljning och bakgrund är främst avsedda att användas tillsammans med beskrivningen av vårdförloppet vid införande, verksamhetsutveckling och uppföljning av vårdförlopp och riktar sig därmed till en bredare målgrupp, exempelvis verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och andra beslutsfattare.

För några av de första vårdförloppen görs avgränsningar i hur stor del av vårdkedjan de omfattar. Ytterligare delar av vårdkedjan bearbetas och presenteras då framöver.

1.1 Om kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Kognitiv svikt kan bero på ett flertal olika tillstånd och sjukdomar; det är vanligt att kognitiv svikt orsakas av någon typ av demenssjukdom. Hög ålder ökar risken för kognitiv svikt [1] och personer som upplever besvär som kan tyda på tillståndet identifieras i första hand inom primärvården, där demensdiagnos ofta kan bekräftas eller avfärdas efter att en basal utredning genomförts. Majoriteten av demensdiagnoserna sätts därmed inom primärvården.

Demenssjukdomar orsakas av progressiva, skadliga förändringar i hjärnan. Utredning vid misstänkt demenssjukdom syftar dels till att utesluta andra orsaker till den kognitiva nedsättningen dels till att bedöma personens kognitiva förmågor såsom minne, språk, uppmärksamhet, exekutiva funktioner, rumsuppfattning och social kognition. Vid utredning av kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom krävs i regel bedömningar och åtgärder av flera olika yrkesgrupper. Ett multiprofessionellt och teambaserat arbetssätt kan då bidra till att vård och omsorg antar ett helhetsperspektiv på personens situation [2]. För vissa grupper behöver utredningarna anpassas och hänsyn tas till exempelvis språklig förmåga, sedan tidigare nedsatt kognitiv förmåga eller annan befintlig diagnos (till exempel Downs syndrom). Vid misstanke om demenssjukdom är det med andra ord viktigt med en personcentrerad utredning [2,5].

För att uppfylla kriterierna för demenssjukdom ska en kognitiv svikt vara tydlig, det vill säga innebära en försämring av tidigare kognitiv förmåga. Nedsättningen ska vara så pass uttalad att arbete eller socialt liv påverkas och får inte vara tillfällig eftersom kognitiv svikt också kan uppstå för en kort period i samband med andra sjukdomar eller tillstånd. I utredningens inledande fas genomförs undersökningar för att utesluta andra tillstånd och sjukdomar som kan medföra kognitiv svikt, exempelvis depression, tumörer, normaltryckshydrocephalus eller andra psykiatriska eller

neurologiska sjukdomar. Om annan sjukdom kan uteslutas, syftar utredningen till att identifiera vilken typ av demenssjukdom personen har eftersom det har betydelse för prognos och behandling. I dagsläget finns inget botemedel mot demenssjukdom, men den dag ett sådant finns tillgängligt är det sannolikt att antalet utredningar kan komma att öka ytterligare.

Uppskattningsvis lever 130 000 – 150 000 personer med en demenssjukdom i Sverige [6]. Därtill påverkas många anhörigas och närståendes vardag. Varje år insjuknar cirka 24 000 personer och ungefär lika många avlider [3]. Även om prevalensen av demenssjukdom bland 85 åringar förefaller ha sjunkit över tid [4] förväntas antalet personer som lever med en demenssjukdom att öka (eftersom en växande andel av befolkningen uppnår en allt högre ålder [1,7,8]

1.2 Omfattning

Vårdförloppet omfattar utredande åtgärder från att det finns misstanke om demenssjukdom och tills att diagnos är bekräftad. Om vårdförloppet resulterar i diagnos tar Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp vid [9].

I vårdförloppet ingår inte vidare utredning om misstanke om annan sjukdom än demenssjukdom uppstått.

1.3 Vårdförloppets mål

Det övergripande målet med vårdförloppet är att fler personer som har kognitiv svikt till följd av misstänkt demenssjukdom ska genomgå utredning, och att sådan utredning ska starta i ett tidigt skede.

Vidare är målsättningarna att:

- korta utredningstiderna
- skapa bättre förutsättningar för att patientgruppen uppmärksammas, utreds och behandlas inom primärvård och specialiserad vård
- ge mer stöd till personer och anhöriga eller närstående
- minska praxisskillnader vid utvidgade kognitiva utredningar
- skapa bättre förutsättningar för jämlik och adekvat läkemedelsbehandling
- i ökad utsträckning koppla samman vård och omsorg för en personcentrerad och sammanhållen vård.

1.4 Ingång och utgång

Ingång till vårdförloppet sker vid misstanke om kognitiv svikt till följd av demenssjukdom.

Misstanke om sådan kognitiv svikt föreligger om annan orsak till den kognitiva svikten inte är känd sedan tidigare och något av följande kriterier är uppfyllda och har funnits i minst sex månader:

- Glömska eller upprepat frågande om samma sak
- Svårigheter att sköta vardagliga aktiviteter

REMISS

- Minskad initiativförmåga
- Svårighet att orientera sig i nya miljöer
- Språksvårigheter
- Personlighetsförändring
- Nedstämdhet

Ingång i vårdförloppet ska *inte* ske om:

- personen bedöms ha kognitiv svikt orsakad av annan sjukdom eller annat tillstånd än demenssjukdom
- utredning inte bedöms tillföra nytta eller ytterligare livskvalitet
- personen avböjer utredning. Situationer där en person med kognitiv svikt saknar insikt och därför avböjer utredning kan i praktiken ofta vara svår att hantera. Då kan anpassad utredning ske utanför aktuellt vårdförlopp, se appendix för råd kring tillvägagångssätt i sådana situationer.

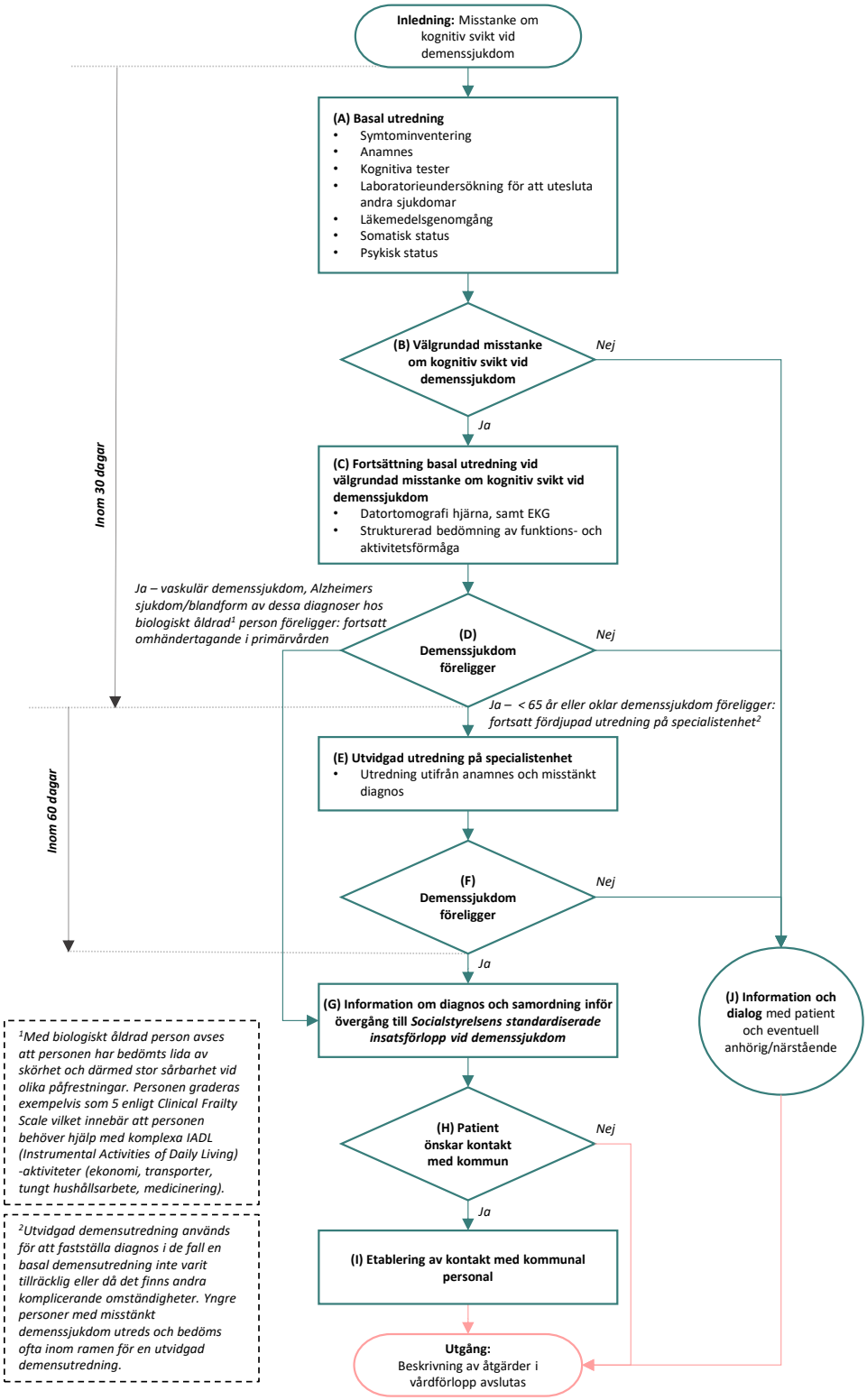
Utgång ur vårdförloppet kan ske på något av följande sätt:

- Kognitiv svikt vid demenssjukdom verifieras och personen samt anhörig eller närstående erhållit muntlig och skriftlig information med åtgärder i enlighet med block (G) och (I)
- Kognitiv svikt vid demenssjukdom kan inte bekräftas och personen har fått information om detta i enlighet med block (J). Om misstanke om annan sjukdom väckts ska personen istället utredas för denna.

REMISS

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) illustreras vårdförloppets åtgärdsblock. Beskrivning av åtgärdsblocken i text finns i Tabell 1.



Figur 1. Flödesschema.

1.6 Vårdförloppets åtgärder

Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder (efter förmåga)**
(A) Utredningsblock: Basal utredning *Använd gärna Dr Åstrands Symtomenkäten* *www.symtomenkaten.se* • Symtominventering – Förändrade kognitiva förmågor; påverkan på exempelvis minne, språk, social kognition. – Debut och förlopp – Personlighetsförändring – Beteendemässiga och psykiska symtom som depression, ångest, oro, hallucinationer – Konsekvenser i vardagen för personen och dennes anhöriga eller närstående – Förändrat sömnmönster, snarkproblem, förändrad aptit eller kostvanor, viktförändring, fall *Efter block (B) i flödesschemat ska följande vara dokumenterat. Använd gärna strukturerat formulär.* • Anamnes – Ärftlighet – Familjeförhållanden, barn i hemmet? – Utbildning och eventuellt yrke – Intressen, fritidsaktiviteter – Levnadsvanor: tobak, alkohol, droger – Körkort – Skjutvapen – Tidigare kognitiv funktionsnivå – Tidigare och nuvarande sjukdom, till exempel depression, ångest, oro, infektioner, skalltrauma, inkontinens, naturliga funktioner och sexualitet – Aktuella läkemedel – Överkänslighet mot läkemedel, inklusive neuroleptika • Kognitiva tester – Standardiserade tester av kognitiva funktioner, exempelvis MMSE-SR och Klocktest. Alternativt kan MoCA eller andra screeninginstrument användas, se mer information i appendix – RUDAS är ett generellt test som är mindre beroende av språk, kultur och utbildningsnivå och ett alternativ till MMSE-SR. • Laboratorieundersökningar för att utesluta andra sjukdomar. Informera om orsaken till att prover tas.	• Ta gärna med anhörig eller närstående vid besök. Ställ frågor om sådant som är svårt att förstå, exempelvis vad nästa steg i utredningen kommer att innebära. • Ta med syn- och hörselhjälpmedel vid behov.

REMISS

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder (efter förmåga)**
Notera: vid behov tas andra prover utifrån anamnes och status – Blodstatus – Elstatus inkl kreatinin – Ca++ – Homocystein – Tyroideastatus – Glukos – CDT/PeTH • Läkemedelsgenomgång, Phase-20 • Somatiskt status – inklusive neurologiskt status – notera balanssvårigheter, gångförmåga, syn och hörsel – vikt, längd – munhälsa, ex bedömning enligt ROAG, Revised Oral Assessment Guide • Psykiskt status – Exempelvis depression, ångest, oro, hallucinationer, vanföreställningar.	
(B) Beslut: Välgrundad misstanke om kognitiv svikt vid demenssjukdom? Säkerställ att anamnes, kognitiva tester, laboratorieundersökningar, läkemedelsgenomgång, somatisk och psykiskt status är genomfört och dokumenterat från block (A). Föreligger välgrundad misstanke om kognitiv svikt vid demenssjukdom? Ja: fortsätt till beslut (C). Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.	
(C) Utredningsblock: Fortsättning basal utredning vid välgrundad misstanke om kognitiv svikt vid demenssjukdom *Prioritet enligt nationella riktlinjer inom parentes.* • Datortomografi hjärna (prio 2) samt EKG • Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga (prio 2), se mer information i appendix.	• Se ovan

REMISS

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder (efter förmåga)**
(D) Beslut: Demenssjukdom föreligger Ja: Vaskulär demenssjukdom, Alzheimers sjukdom/blandform av dessa diagnoser hos biologiskt åldrad[1] person föreligger – fortsatt omhändertagande i primärvården. Fortsätt till block (G). Ja : < 65 år eller oklar demenssjukdom föreligger: fortsatt fördjupad utredning på specialistenhet[2]. Var tydlig med information om och när remiss skickas. Fortsätt till block (E). Nej: fortsätt till block (J)	• Ta gärna med anhörig eller närstående vid besök. Ställ frågor om något är svårt att förstå, exempelvis vad diagnosen innebär för mig och mina anhöriga.
(E) Utredningsblock: Utvidgad utredning på specialistenhet Ingående delar väljs utifrån anamnes och misstänkt diagnos. *Prioritet enligt nationella riktlinjer inom parentes.* • Neuropsykologisk bedömning (prio 3) • MR hjärna (magnetresonans) (prio 4) • Analys av biomarkörer i likvor (prio 4) • FDG PET (fluorodeoxyglukos positronemissionstomografi) (prio 4) • DaTSCAN (dopamintransporterscintigrafi) (prio 5) • Bedömning av försämrad kognitiv funktion vid Downs syndrom (prio 2) • Logopedbedömning vid språkstörning (ej utvärderat i Socialstyrelsens nationella riktlinjer) • Fysioterapeut (ej utvärderat i Socialstyrelsens nationella riktlinjer) • Fördjupad funktions- och aktivitetsbedömning, se mer information i appendix Efter utredning inom specialiserad vård återkopplas resultatet till den berörda personen, inremitterande och vid behov även till kommunens personal.	• Ta gärna med anhörig eller närstående vid besök och ställ frågor om sådant som är svårt att förstå, exempelvis vad nästa steg i utredningen kommer att innebära. • Ta med syn- och hörselhjälpmedel vid behov.
(F) Beslut: Demenssjukdom föreligger Föreligger demenssjukdom? • Ja: fortsätt till block (G). • Nej: fortsätt till block (J).	

[1] Med biologiskt åldrad person avses att personen har bedömts lida av skörhet och därmed stor sårbarhet vid olika påfrestningar. Personen graderas exempelvis som 5 enligt Clinical Frailty Scale vilket innebär att personen behöver hjälp med komplexa IADL (Instrumental Activities of Daily Living) -aktiviteter (ekonomi, transporter, tungt hushållsarbete, medicinering).

[2] Utvidgad demensutredning används för att fastställa diagnos i de fall en basal demensutredning inte varit tillräcklig eller då det finns andra komplicerande omständigheter. Yngre personer med misstänkt demenssjukdom utreds och bedöms ofta inom ramen för en utvidgad demensutredning.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(G) Åtgärdsblock: Information om diagnos och samordning inför övergång till Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp vid demenssjukdom **Efter diagnos:** • Information om diagnos enligt ICD-10: – F00.0 *G30.0 Alzheimers sjukdom med tidig debut – F00.1 *G30.1 Alzheimers sjukdom med sen debut – F00.2 *G30.8 Alzheimers sjukdom med cerebrovaskulär skada – F01.2 Subkortikal vaskulär demens – F01.9 Vaskulär demens – F02.0 *G31.0 Frontotemporal demens – F02.8 * G31.8A Lewybodydemens – F02.3 *G20.9 Demens vid Parkinsons sjukdom – F10.7A Alkoholrelaterad demens – F03.9 Demens utan närmare specifikation (UNS). **Information och planering** • Diagnosinformation, skriftligt och muntligt. Använd gärna Faktablad på olika språk från Demenscentrum • Information om fortsatt planering – Vart vänder sig personen eller anhörig/närstående med frågor? – Kontaktuppgifter till kontaktperson inom region och kommun – Tillfråga om samtycke för överrapportering mellan hälso- och sjukvård och kommunal omsorg • Personen informeras, muntligt och skriftligt, får individualiserade rekommendationer om livsstil med mera. Samordnad individuell plan (SIP) rekommenderas vid behov • Personen tillfrågas om barn finns i hemmet • Personen informeras om samtycke till registrering i Svenska Demensregistret, SveDem, och ges möjlighet att avstå. • Uppföljning inplaneras: både uppföljning inom några veckor efter diagnosbesked och årligen, gärna oftare. Se Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom [3] **Ställningstaganden** • Läkemedelsbehandling • Körkort/skjutvapen: fortsatt innehav? Se appendix för mer information • Sjukskrivning • Tandvårdsintyg **Erbjudanden**	• Ta gärna med anhörig eller närstående vid besök. Ställ frågor om något är svårt att förstå, exempelvis vad diagnosen innebär för mig och mina anhöriga eller närstående. Fråga om kontaktuppgifter till fortsatt vård.

REMISS

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
• Inbjudan till utbildning för personer med demenssjukdom och anhöriga eller närstående • Vårdplanering vid behov av omsorgsinstanser • Åtgärder för att minska konsekvenser av demenssjukdomen, såsom hjälpmedel, bostadsanpassning, bemötandestrategier	
(H) Beslut: Personen önskar kontakt med kommun Önskar personen mer information om vad kommunen kan erbjuda, och/eller att kontakt med kommunens medarbetare etableras? Ja: fortsätt till block (I). Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.	• Ställ frågor om något är svårt att förstå.
(I) Behandlingsblock: Etablering av kontakt med kommunal personal Efter detta sker utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas. Nästa vårdförlopp att ta vid är Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom [3]	
(J) Skriftlig och muntlig information och dialog med berörd person och eventuell anhörig eller närstående • Skriftlig och muntlig information till personen om att en kognitiv svikt inte föreligger, innefattande information om att söka på nytt om symptom på kognitiv svikt förvärras. I de fall man befarar att personen själv eller anhöriga inte kan ta ett sådant initiativ ska personen aktivt kallas inom ett år. • Om en lindrig kognitiv svikt föreligger planeras för uppföljning inom ett år. Information om var uppföljning kommer att ske; inom primärvård eller specialiserad vård. • Efter block (H): utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.	

1.7 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse

Patientdelaktighet och patientöverenskommelse är beaktat i ovan beskrivna åtgärder. Utöver detta är nedanstående viktigt att lyfta fram.

Vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom bygger på att personen är delaktig och önskar utredning. Förutsättningarna för att vara delaktig och planera den framtida vården och omsorgen är bättre ju tidigare i sjukdomsförloppet en diagnos ställs.

Om personen har kommunikationssvårigheter på grund av kognitiva svårigheter bör samtalsstödjande kommunikationstekniker användas av samtalspartner för att utgöra ett aktivt

samtalsstöd. Exempel på kommunikationstekniker: ha ögonkontakt, tala i lugnt tempo, ge tid, ställ enkla ja- och nej-frågor, förtydliga budskap genom att skriva nyckelord eller använda bilder som stöd.

Det är också viktigt att personen och dennes anhöriga eller närstående vet var de kan vända sig vid ökade problem av såväl fysiska, kognitiva eller sociala besvär. Patientöverenskommelsen ska innehålla information om fortsatt vård, planerad uppföljning och aktuella kontaktuppgifter. Informationen ska vara anpassad utifrån personens förutsättningar, erfarenheter och önskemål om fortsatta åtgärder och möjliga behandlingar. Information till och delaktighet av anhöriga eller närstående är viktig. Personen och vårdgivare utvärderar och reviderar tillsammans vårdplanen fortlöpande under förloppet.

Om personen trots genomgången adekvat basal utredning önskar bedömning inom specialiserad vård bör en remiss för sådan bedömning skickas.

2 Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppen, dess mål och åtgärder följs upp genom process- och kvalitetsmått som bidrar till att skapa förutsättningar för kontinuerligt förbättringsarbete. På sikt ska arbetet med vårdförlopp bidra till en mer enhetlig och strukturerad dokumentation i vårdinformationssystemen.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Vårdförloppets indikatorer kan främst följas upp med etablerade och tillkommande indikatorer från kvalitetsregistret Svenska Demensregistret, SveDem. I SveDem inkluderas dock bara personer med diagnosen demens, inte alla som genomgått en demensutredning. Vidare har SveDem en begränsad täckningsgrad. Inrapporteringen till registret behöver därför öka för att man ska kunna dra slutsatser om i vilken mån demensvården lever upp till de kvalitetskrav som vårdförloppet innehåller. SveDem kan dock vara ett bra stöd för lokal uppföljning för en enhet som har god inrapportering, även om det är svårt att jämföra sig med andra enheter.

För att öka registreringen till SveDem är en viktig förutsättning att inrapporteringen kan ske genom direktöverföring från journalsystem, vilket i sin tur förutsätter att vårddokumentationen blir strukturerad så att kvalitetsvariablerna kan fångas. För några vårdförlopp och kvalitetsregister bedrivs idag utvecklingsarbete vad gäller vårddokumentation och andra förutsättningar för direktöverföring av kvalitetsdata. Erfarenheter från detta arbete ska därefter användas på för flera vårdförlopp och kvalitetsregister.

Även kvalitetsrapporteringsmodellen PrimärvårdsKvalitet kan användas för att följa upp vården vid demens. I det fortsatta arbetet med uppföljning av vårdförloppet för kognitiv svikt ingår att överväga möjligheten att använda lämpliga indikatorer från PrimärvårdsKvalitet.

2.2 Indikatorer för uppföljning

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom beskriver ett flöde – vad som ska göras och i vilken ordning. Mätning av flödet föreslås ske genom uppföljning av ett antal processmått, det vill säga mått som visar om hela eller basala delar av flödet är genomfört, samt inom vilken tidsrymd åtgärderna ska sättas in.

REMISS

Tabell 2. Processmått.

Indikator, uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återapportering	Källa
För basala utredningar:			
Antal dagar från start av vårdförloppet till diagnos, medel och medianvärde	*≤ 30 dagar*	*Årligen*	*SveDem**
Andelen personer med nydiagnostiserad demenssjukdom som genomgått en fullständig basal kognitiv utredning	*≥ 90 %*	*Årligen*	*SveDem**
Andelen personer med diagnosticerad demenssjukdom som fått en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen	*≥ 90 %*	*Årligen*	*SveDem*, från 2021*
För utvidgade utredningar:			
Tid från kontaktdatum, mottagen remiss till diagnos	*≤ 60 dagar*	*Årligen*	*SveDem**
Andelen personer med Alzheimers sjukdom som förskrivs demensläkemedel i samband med att personen informeras om diagnosen	*Specialiserad vård ≥ 80 %* *Primärvård ≥ 75 %*	*Årligen*	*SveDem**
Andelen personer med demenssjukdom där vården initierat anhörigstöd i samband med att personen informeras om diagnosen	*≥ 95 %*	*Årligen*	*SveDem**
Andelen personer med demenssjukdom där vården initierat till patientstöd i samband med att personen informeras om diagnosen	*≥ 95 %*	*Årligen*	*SveDem*, från 2021*

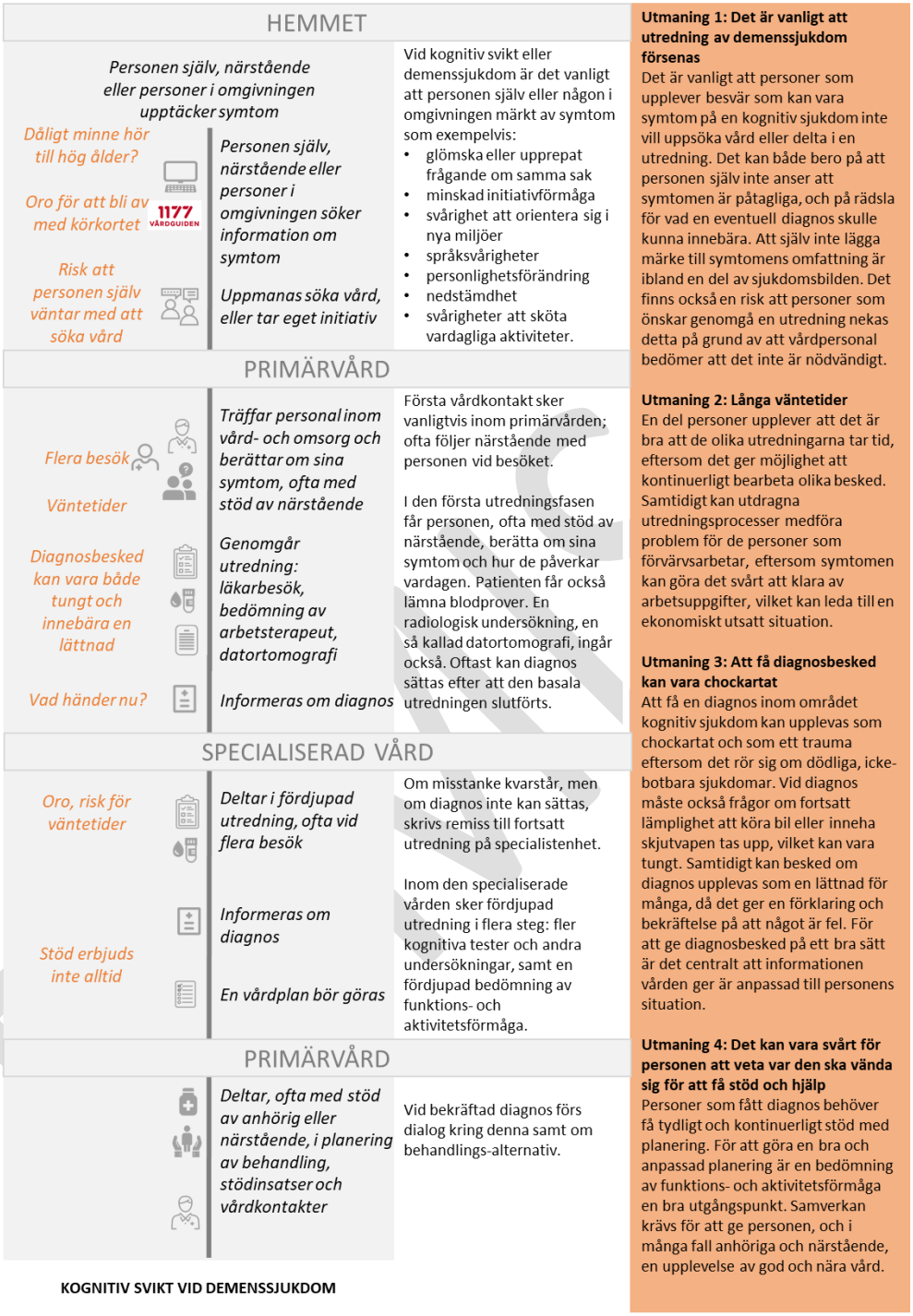
**SveDem kommer under 2021 byta namn till Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar*

3 Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv

Bilden nedan (Figur 2) är en grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos personer med kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom. Vårdförloppet är

utformat för att adressera de utmaningar tillika förbättringsområden som redovisas i bilden. Identifierade förbättringsområden avspeglas även i vårdförloppets mål (avsnitt 1.3).



Figur 2. Grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos personer med kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.

.

3.2 Kompletterande kunskapsstöd

Detta vårdförlopp bygger till stor del på de av Socialstyrelsen framtagna riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2017 samt utvärderingen av vård och omsorg vid demenssjukdom. Det är viktigt att detta vårdförlopp, då en person har fått en demensdiagnos, följs av det standardiserade insatsförloppet framtaget av Socialstyrelsen 2019 .

- Socialstyrelsen; 2017. 3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen; 2017
- Socialstyrelsen. Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Socialstyrelsen; 2018
- Socialstyrelsen. En nationell strategi för demenssjukdom – Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022
- Socialstyrelsen. Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom; 2019.

3.3 Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för utredning av kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom har pågått under november 2019 till september 2020. Arbetet har bestått av fysiska och digitala möten samt arbete mellan träffarna.

- Fysiska arbetsmöten: tre heldagsmöten
    - Möte 1: Genomgång av bakgrund och arbetssätt vid framtagande av vårdförlopp, den basala demensutredningen
    - Möte 2: Utvidgad utredning
    - Möte 3: Konsekvensanalys
- Digitala möten för fortsatt arbete med vårdförlopp och avstämningar
- Löpande arbete via Samarbetsrum
- Arbetsgruppen arbetade med olika avsnitt i mindre grupperingar
- Planeringsmöten ordförande och processtöd

REVISS

Tabell 3. Arbetsgruppens medlemmar.

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/ patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun eller region	Övrig roll i arbetsgruppen
Anne Ekdahl	Docent	Specialist i geriatrik	NPO Äldres hälsa	Region Skåne	Ordförande
Ann-Katrin Edlund		Sjuksköterska	SveDems landskoordinator	Region Stockholm	
Aron Sjöberg		Neuropsykolog	Minnesmottagningen	Region Gotland	
Björn Strindberg Lennhed		Specialist i geriatrik, Silvialäkare		Region Dalarna	
Björn Westerlind	Med dr	Specialist i geriatrik och allmänmedicin	Geriatriska kliniken Ryhov	Region Jönköping	
Christèl Åberg		Specialistsjuksköterska inr. demensvård, Silviasjuksköterska	Västra Göteborg	Göteborgs stad	
Christer Rosenberg		Specialist i allmänmedicin	SFAM, Svensk Förening för allmänmedicin		
Eva Granvik		Sjuksköterska	BPSD-registret	Region Skåne	
Frida Nobel		Medicinskt sakkunnig	Socialstyrelsen		
Jenny Malmberg		Marknadskoordinator	Alzheimer Sverige		
Katarina Laurell	Lektor, docent	Specialist i neurologi	Uppsala universitet	Region Uppsala	
Lena Nilsson		Silviaarbetsterapeut	Dalengeriatriken	Region Stockholm	
Linnea Grankvist		Processtöd	NPO Äldres hälsa	Region Värmland	Processledare
Lotta Larsson		Patientföreträdare	Svenska Downföreningen		
Madelene Johanzon		Specialist i allmänmedicin, Silvialäkare	NPO Äldres hälsa	Region Värmland	Ordförande
Solveig Håkansson Chaves		Distriktssjuksköterska	Boo Vårdcentral	Region Stockholm	
Tove Norman		Specialist i geriatrik		Region Västerbotten	
Ulla-Britt Matsson		Psykiatriker		Västra Götalands-regionen	
Marie Rydén		Specialist i geriatrik	Svensk Geriatrisk förening	Region Stockholm	

REVISS

4 Referenser

1. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. Alzheimer's & Dementia. 2013;9(1):63-75.e2.

2. Gill Livingston, M.D., F.R.C.Psych. ,, Kate Johnston, M.Sc. ,, Cornelius Katona, M.D., F.R.C.Psych. ,, Joni Paton, B.Sc. ,, Constantine G. Lyketsos, M.D., M.H.S. , and. Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. American Journal of Psychiatry. 2005;162(11):1996-2021.

3. Socialstyrelsen. Vård och omsorg vid demenssjukdom - Stöd för styrning och ledning. Available at: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf. Assessed 2020-09-13. 2017.

4. Socialstyrelsen. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden. available at: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-3-1.pdf. Assessed 2020-09-12. 2018.

5. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet. 2017;390(10113):2673-734.

6. Skoog I, Börjesson-Hanson A, Kern S, Johansson L, Falk H, Sigström R, et al. Decreasing prevalence of dementia in 85-year olds examined 22 years apart: the influence of education and stroke. Sci Rep. 2017;7(1):6136.

7. Stephan BCM, Birdi R, Tang EYH, Cosco TD, Donini LM, Licher S, et al. Secular Trends in Dementia Prevalence and Incidence Worldwide: A Systematic Review. J Alzheimers Dis. 2018;66(2):653-80.

8. Wu YT, Beiser AS, Breteler MMB, Fratiglioni L, Helmer C, Hendrie HC, et al. The changing prevalence and incidence of dementia over time - current evidence. Nat Rev Neurol. 2017;13(6):327-39.

9. Socialstyrelsen. Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. Available at: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-22.pdf. Last assessed 2020-09-12. 2019.

REMISS

Appendix

A. Kognitiva förmågor

Kognitiva sjukdomar så som demenssjukdom påverkar kognitiva förmågor: minne, språk, uppmärksamhet, exekutiva funktioner, rumsuppfattning och social kognition. Nedan ges en kortfattad beskrivning av respektive förmåga och konsekvenser i nedsättningar i denna.

Domän	Vilken betydelse har denna förmåga?	Exempel på konsekvenser vid nedsatt förmåga
Uppmärksamhet	Uppmärksamhet är en övergripande funktion som krävs att för att upprätthålla övriga kognitiva funktioner.	Svårigheter att hålla tråden i ett samtal, återge telefonnummer eller adresser, räkna huvudräkning
Minne	Att vi kan komma ihåg, dra lärdom av och anpassa oss till tidigare händelser	Upprepning av samma saker i ett samtal, svårigheter att komma ihåg vad som nyss skett eller sagts, svårigheter att passa tider eller veta vilken dag/månad/år det är.
Språk	Språket hjälper oss att kommunicera med andra, att förstå och uttrycka oss	Svårigheter att förstå vad som sägs, hitta ord eller skriva. Tala i floskler eller med många upprepningar.
Exekutiva funktioner	Förmågan att initiera och planera sammansatta uppgifter, samt utföra dem ändamålsenligt.	Initiativlöshet. Svårigheter att följa bruksanvisningar, handhavande av apparater tex. kontokortsbetalning.
Rumsuppfattning	Samlad tolkning av exv. syn och hörsel, varseblivning av kroppens position (proprioception). Hjälper oss att finna vår väg, både utanför hemmet och i hemmet.	Svårigheter att hitta i nya miljöer eller i sitt närområde, att orientera sin kropp till omgivningen t.ex. kan det vara svårt att parkera en bil eller att placera sig på en stol.
Social kognition	Bevarar lämpligt beteende - impulskontroll	Förändrad personlighet och omdöme. Svårigheter att notera sociala signaler, läsa av ansiktsuttryck. Aggressionsutbrott, nedstämdhet, blödighet.

REMISS

B. Kognitiva tester

Vid misstanke om demenssjukdom är det viktigt med en snabb och adekvat medicinsk utredning för att bedöma den kognitiva funktionen och om möjligt fastställa eller utesluta demenssjukdom. Nedan ges en kortfattad beskrivning av kognitiva tester samt dess prioritet i nationella riktlinjer (Prioritet 1-3 ”*bör användas*”, Prioritet 4-7 ”*kan användas*”, Prioritet 8-10 ”*kan i undantagsfall användas*”).

Namn	Beskrivning	Prioritet i nationella riktlinjer
Cognistat	Ett amerikanskt test som testar tre generella områden: medvetandenivå, orientering och uppmärksamhet, och fem funktionsområden: språk, konstruktion, minne, huvudräkning samt logik.	
Klocktest	Klocktest används för screening och uppföljning av kognitiv påverkan. Det mäter konstruktionsförmåga, tidsuppfattning samt nedsättning i abstraktion och planering. Utförs som komplement till MMSE-SR	Prioritet 2
Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	Testar uppmärksamhet, koncentration, exekutiva funktioner, minne, språklig förmåga, visuokonstruktiva förmågor, abstrakt tänkande, räkneförmåga och orientering	Prioritet 5
Minimental State Examination, svensk version (MMSE-SR)	Instrumentet består av 20 frågor uppdelat på 11 områden. Frågorna täcker orientering till tid och rum, minne, språk och visuospatiala funktioner (som avser syn- och rumstolkningsförmåga).	Prioritet 2
Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)	Ett generellt test som är mindre beroende av språk, kultur och utbildningsnivå än exempelvis MMSE	Prioritet 2
Trailmaking Test (TMT) A och B	Del A testar uppmärksamhet, visuell avsökningsförmåga och psykomotorisk hastighet. Del B testar också flexibilitet.	

C. Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning vid demensutredning

Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning används för att ta reda på vilka funktioner som är nedsatta hos en person och vilka konsekvenser det skapar i personens vardag. Bedömningen syftar till att fånga förändringar som uppstått över tid och är enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer [1] en högt prioriterad åtgärd i en basal demensutredning. Bedömningen kan även vara aktuell vid en utvidgad utredning inom den specialiserade vården. Bedömningen bidrar till att fastställa diagnos och värdera graden av demenssjukdom; att synliggöra i vilka aktiviteter personen behöver stöd kan ge ett underlag för planering av stödinsatser, förskrivning av kognitiva hjälpmedel och utförandet av kognitiva miljöanpassningar [2].

Bedömning

Bedömningen inleds vanligtvis med en strukturerad intervju som fokuserar på förändringar i personens aktivitetsförmåga. Ofta intervjuas personens närstående, detta kan ske tillsammans eller med var och en för sig. Intervjun kompletteras med fördel med en observation av personens aktivitetsutförande, exempelvis att tillaga en enkel måltid eller hantera vardagsteknik. Platsen för

bedömning anpassas efter personens behov och svårighetsgraden på aktiviteter eller uppgifter för bedömning anpassas till personens sjukdomsfas. Det kan vara en fördel att utföra observationen i en miljö som personen är van att vistas i.

Efter genomförd bedömning görs ställningstagande till vidare utredning med kognitiv testning. Såväl intervju och observation som kognitiv testning bör utgå från validerade bedömningsinstrument. Exempel på instrument som kan användas är ADL-taxonomin [3], CID, Cognitive Impairment in Daily Life [4] och AMPS, The Assessment of Motor and Process Skills [5].

D. Neuropsykologisk utredning som en del i utvidgad demensutredning

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör neuropsykologiska test av kognitiva förmågor erbjudas vid utvidgad demensutredning eftersom det stärker den diagnostiska tillförlitligheten; neuropsykologiska test kan upptäcka även subtila kognitiva funktionsnedsättningar och därmed fånga tidiga tecken på utveckling av demenssjukdom. Neuropsykologiska utredningar ska genomföras av en legitimerad psykolog som bör vara vidareutbildad i neuropsykologi eller specialist i klinisk psykologi med inriktning mot neuropsykologi. Eftersom demenssjukdom främst drabbar äldre är det viktigt att använda bedömningsinstrument som är normerade för äldre personer.

Utredning

- Utredningen bör vanligen omfatta en undersökning av samtliga kognitiva domäner: allmänintellektuell förmåga, inlärning och minne, uppmärksamhetsfunktioner, visuospatiala funktioner, verbala funktioner samt exekutiva funktioner.
- Det är ibland också nödvändigt att undersöka psykosocial och emotionell funktion, psykiatriska symtom samt personlighet. Dessa områden kartläggs genom strukturerade intervjuer samt skriftlig skattning genomförd av patient och anhörig. Olika demenssjukdomar kan behöva utredas med olika bedömningsinstrument.

Frågor kring reliabilitet och validitet bör uppmärksammas när en frågeställning handlar om att mäta eventuell försämring över tid. Detta berör särskilt effekter av att genomföra samma test vid flera tillfällen vilket kan leda till att faktiska förändringar i positiv eller negativ riktning kan förbli oupptäckta på grund av en så kallad inlärningseffekt. Ett antal test finns i olika utgåvor med syfte att minimera dessa effekter, exempelvis RBANS.

I de fall då personen kan antas kunna nå ekonomiska eller andra fördelar genom att överdriva sina besvär och/eller erhålla låga resultat i utredningen bör särskilda metoder användas för att belysa trovärdigheten, både avseende symtomrapporteringen och de aktuella testresultaten.

Utlåtande

Resultat som framkommer i den neuropsykologiska utredningen ska sammanfattas i ett utlåtande. Utlåtandet bör innehålla information kring aktuell frågeställning, bakgrundsinformation, metoder som har använts, observationer, resultat samt en sammanfattning, bedömning och eventuellt rekommendationer.

Utlåtandet bör också besvara frågeställningen om det föreligger kognitiv funktionsnedsättning motsvarande en demenssjukdom. Språkliga beskrivningar av resultat kombineras med fördel med

numeriska värden i löpande text eller i form av ett fristående dokument. Detta med syfte att möjliggöra bland annat eftergranskning och uppföljande utredning.

Rekommenderade bedömningsinstrument

Utredande psykolog ansvarar för att använda utifrån frågeställningen lämpliga bedömningsinstrument med god psykometrisk kvalitet – ett antal rekommenderade instrument listas nedan.

Namn	Beskrivning
Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV)	WAIS-IV är ett av världens mest använda intelligenstest men används också för att bedöma kognitiva funktionsnedsättningar. Testbatteriet består av 15 olika deltest som mäter fyra breda index; verbal funktioner, perceptuella funktioner, arbetsminne samt snabbhet. Inlärning och episodiskt minne ingår ej. Mycket goda normer.
Wechsler Memory Scale (WMS-III)	Testbatteri för bedömning av inlärning och minne. WMS-III innehåller 11 deltest som mäter åtta breda index; omedelbart auditivt minne, omedelbart visuellt minne, omedelbart minne, fördröjt auditivt minne, fördröjt visuellt minne, fördröjd auditiv igenkänning, generellt minne samt arbetsminne. Deltesten innehåller såväl verbala som bildmässiga stimuli, och man prövar såväl korttidsminnet, som omedelbar och fördröjd återgivning, samt igenkänning. Mycket goda normer.
Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS)	Testbatteri med 9 deltest som avser att mäta exekutiva funktioner. Resultaten ger en uttömmande bild av eventuella svårigheter med kontroll över det egna beteendet, planering och strategival, organisering, reglering av känslor och reaktioner, arbetsminne, graden av flexibilitet och abstraktionsnivå i tänkandet med mera.
Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS)	Snabbadministrerat testbatteri som består av 12 deltest som mäter fem breda index; omedelbart minne, perceptuella funktioner, verbala funktioner, uppmärksamhetsfunktioner samt fördröjt minne. Testbatteriet har två parallella versioner vilket underlättar vid förnyad testning för att följa sjukdomsprogression. RBANS är specifikt framtaget för demensutredning men kan även användas för att kartlägga kognitiva funktioner hos andra målgrupper, t.ex. personer med förvärvade hjärnskador eller neurologiska sjukdomar.
Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT)	Minnestest som mäter förmågan till inlärning av auditivt presenterad information. Testet ger mått på inlärning, fördröjd återgivning och igenkänning.
Brief Visuospatial Memory Test-Revised (BVMT-R)	Minnestest som mäter förmågan till inlärning av visuellt presenterad information. Testet ger mått på inlärning, fördröjd återgivning och igenkänning. Testet har sex parallella versioner vilket underlättar vid förnyad testning för att följa sjukdomsprogression.
Claeson-Dahls test för inlärning och minne (CD-test)	Minnestest som mäter förmågan till inlärning av auditivt presenterad information. Testet ger mått på inlärning, fördröjd återgivning och igenkänning.
Rey Complex Figure Test and Recognition Trial (RCFT)	Minnestest som mäter förmågan till inlärning av visuellt presenterad information. Testet ger mått på inlärning, fördröjd återgivning och igenkänning. Testet har sex parallella versioner vilket underlättar vid förnyad testning för att följa sjukdomsprogression eller förbättring.
Boston Naming Test (BNT)	Test som mäter verbal funktioner som benämningsförmåga. Testet har två administreringsformer; en kortversion och en standardversion.

REMISS

Visual Object and Space Perception Battery (VOSP)	Testbatteri som består av 8 deltest som mäter olika typer av perceptuella funktioner.
Trail Making Test (TMT)	Spårsökningsuppgift där deltest A mäter visuell avsökningsförmåga och psykomotorisk hastighet. I deltest B tillkommer en mer exekutiv komponent som kräver skiftande uppmärksamhet, kognitiv flexibilitet och simultankapacitet.
Rookwood Driving Battery (RDB)	Testbatteri bestående av 12 deltest som specifikt mäter relevanta kognitiva funktioner för bilkörning; perceptuella funktioner, exekutiva funktioner, uppmärksamhetsfunktioner, verbal förmåga att följa instruktioner samt förekomst av apraxi. Testbatteriet innehåller gränsvärden för när en person inte längre bedöms uppfylla krav för fortsatt körkortsinnehav.

E. Körkort och demenssjukdom (trafikmedicinsk utredning)

Allvarlig kognitiv störning är ett hinder för innehav av körkort

Utifrån Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort [6] utgör allvarlig kognitiv störning i form av demens eller annan neurokognitiv sjukdom hinder för innehav av körkort. Fortsatt körkortsinnehav i grupp 1 (A, A1, AM, B, BE samt behörighet för traktor) kan dock medges om demenssjukdomen anses lindrig. Demenssjukdomen ska anses som lindrig om personen, trots påtagligt försämrad förmåga till aktivt yrkesarbete och sociala aktiviteter, ändå har förmågan att föra ett självständigt liv med ett förhållandevis intakt omdöme [6].

Bedömningar som ska utföras av läkare

Läkares bedömning ska enligt Transportstyrelsens föreskrifter inkludera en bedömning av personens kognitiva funktioner.

- Läkarens bedömning kan enligt föreskrifterna vid behov grundas på neuropsykologisk undersökning utförd av neuropsykolog, annan legitimerad psykolog eller legitimerad arbetsterapeut med god kunskap inom området [6].
- Bedömningen ska i första hand göras utifrån en medicinsk undersökning. Vägverkets föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort anger att hinder kan föreligga vid en sammantagen bedömning av de olika medicinska förhållandena även om förhållandena var för sig inte utgör hinder [7].
- Särskild hänsyn ska tas till nedsättning av uppmärksamhet, omdöme och förmågan att ta in och bearbeta synintryck samt nedsättning av mental flexibilitet, minne, exekutiva funktioner och psykomotoriskt tempo. Känslomässig labilitet och ökad uttröttbarhet ska också beaktas. Apraxi och neglekt ska särskilt ska uppmärksammas [6].
- Bedömning av körförmåga på aktivitetsnivå i form av ett körprov eller annat slags körtest kan vara ett värdefullt komplement till en kognitiv funktionsbedömning men bör endast genomföras om den kognitiva funktionsbedömningen ger ett resultat i ett svårbedömt gränsområde. Oavsett resultatet av sådant körprov eller körtest ska en helhetsbedömning av utredningsresultaten göras [8].
- Föreskrifternas allmänna råd anger också att vid hjärnskada och misstanke om kognitiva störningar bör ett enkelt kognitivt test, till exempel Mini Mental State Examination (MMSE), administreras.

REMISS

Transportstyrelsen prövar och beslutar i frågor om körkort

Transportstyrelsen är den myndighet som i Sverige som prövar och beslutar i frågor om körkort. Hinder för innehav av körkort ska handläggas enligt punkterna nedan.

- Den läkare som vid undersökning av en körkortsinnehavare finner att denna av medicinska skäl är olämplig att ha körkort är, enligt Körkortslagen [8] och Taxitrafiklagen [9], skyldig att anmäla detta till Transportstyrelsen. Anmälan ska undertecknas av specialistläkare.
- Om läkaren bedömer att fortsatt körkortsinnehav är möjligt vid demenssjukdom av lindrig grad, bör ett intyg skickas till Transportstyrelsen (med kopia till den berörda personen) med uppgift om detta och rekommendation att körkortsinnehavet förenas med villkor om läkarintyg efter ett år. Transportstyrelsen kommer då att påminna personen och bevaka att uppföljningsintyget kommer in vid fastställd tidpunkt.
- Den berörda personen ska informeras om att anmälan till Transportstyrelsen kommer att göras.
- Transportstyrelsen som fattar det formella beslutet om återkallande av körkortsbehörighet när en person bedöms olämplig att framföra motorfordon utifrån medicinska skäl.

F. Stöd vid situationer då en person inte samverkar till basal demensutredning

Att drabbas av kognitiv svikt eller demenssjukdom kan leda till avsaknad av sjukdomsinsikt. Detta kan i sin tur leda till att personer själva inte söker hjälp eller att de avböjer stödinsatser. Indikationer kan då istället komma från omgivningen, exempelvis från närstående, grannar, vänner eller kommunens biståndshandläggare (till vilka orosanmälan kan göras). Sett ur ett hälsoperspektiv så är det viktigt att utreda vad kognitiv svikt beror på eftersom behandlingsbara orsaker då kan uteslutas. Om ett behov av utredning kommer primärvården till kännedom via en extern part, så kan primärvården bjuda in till en hälsokontroll för att skapa sig en bild av personens hälsotillstånd och behov. Detta kan i sin tur leda till att ett behov av en basal demensutredning identifieras. Detta är ibland svårt att genomföra eftersom en del personer inte vill samverka.

Alternativa förhållningssätt

När en person som uppvisar kognitiv svikt som misstänks bero på demenssjukdom inte samverkar till basal demensutredning, kan det i förlängningen leda till att behov som personen har för att klara sin vardag inte tillgodoses. Detta kan leda till ohälsa då förutsättningar för goda levnadsförhållanden inte uppnås.

När man möter personer som inte samverkar till demensutredning, är det särskilt viktigt att ge anpassad information utifrån personens förutsättningar. Anhöriga eller närstående är också viktiga i denna dialog. Personen kan behöva tid att processa informationen som givits, och där kan anhöriga eller närstående vara ett gott stöd i den efterföljande dialogen.

Som vårdgivare är det viktigt att arbeta strukturerat med motivation, exempelvis genom att göra nya kontaktförsök med avsikt att i första hand succesivt bygga upp en förtroendefull relation. För att nå denna förtroendefulla relation är det viktigt med kontinuitet och ett respektfullt och anpassat

bemötande. Så småningom kan frågan kring utredning försiktigt väckas, hela tiden med avsikten att utredningen ska vara gynnsam för den enskilde.

I de fall där man inte når fram till samverkan kring utredning, är det svårt att utföra en komplett basal demensutredning då till exempel kognitiva tester samt strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning kräver samverkan. I dessa fall är det dock viktigt att fokusera på att identifiera eventuella behandlingsbara somatiska orsaker till den kognitiva svikten genom bedömning av fysiskt och psykiskt status samt blodprovstagning.

Socialstyrelsen anser att det vid situationer som dessa kan vara extra angeläget att teamet kring personen med demenssjukdom samverkar [2]. Exempel på team kan vara inom egna organisationens professioner (vårdcentral och rehab) men även kommunens professioner (demensteam, demenssjuksköterska, demenssamordnare med mera) samt anhöriga eller närstående. I vissa kommuner kan ett hembesök göras gemensamt av en sjuksköterska från vårdcentralen tillsammans med en demenssjuksköterska eller demensteam från kommunen. Ytterligare en väg att mötas över organisationstillhörigheter är via SIP (samordnad individuell planering).

Det är viktigt att poängtera att det inte finns någon ultimat lösning på dessa situationer, utan att varje situation och person är unik och därmed kräver unika, anpassade arbetssätt för att nå fram. Det allra viktigaste är att inte släppa taget utan att fortsätta försöka nå fram över tid, där det primära syftet är att främja hälsa [10] och goda levnadsförhållanden [11].

Styrdokument att förhålla sig till

Hälso- och sjukvårdslagen anger att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa [10].

I enlighet med Patientlagen ska patientens självbestämmande och integritet respekteras. Patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas [12].

Socialtjänstlagen säger att stöd och hjälp bygger på frivillighet och personens vilja måste respekteras. Samtidigt ska socialtjänsten genom uppsökande verksamhet, och på annat sätt, främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden och informera om socialtjänsten i kommunen [11].

1. Ett samtycke kan enligt Socialstyrelsen vara antingen, muntligt, skriftligt eller komma till uttryck genom patientens handlande (att inte motsätta sig vid tillexempel en blodprovstagning) [13].
2. om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

G. Vidare hänvisningar

Socialstyrelsens publikationer

- Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig Handbok för vårdgivare, chefer och personal (Socialstyrelsen, 2015)

Screeninginstrument för psykisk ohälsa

- PHQ-9. Patient Health Questionnaire 9. Instrument för screening av egentlig depression.
- MADRS-S. Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – svensk version. Självskattnings instrument.
- HADR. Hospital Anxiety and Depression. Självskattning av förekomst av depression och ångest.
- GDS-20. Geriatric Depression Scale. Screening för depression och nedstämdhet, framtaget för en geriatrisk målgrupp. Socialstyrelsen: genomgång av GDS-20.
- Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom rekommenderar:
    - MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview. Kortfattad och strukturerad diagnostisk intervju (prioritet 3 enligt Socialstyrelsen). Socialstyrelsen: MINI.
    - SCID-I Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version. Mer omfattande semistrukturerad intervju som erbjuder strukturstöd vid psykiatrisk diagnostisk intervju (prioritet 3 enligt Socialstyrelsen). Socialstyrelsen: SCID-I.
    - BDI-II. Becks Depression Inventory. Har behörighetskrav: legitimerad psykolog, läkare eller psykoterapeut. Mäter grad av depressivitet och används för depressionsbedömning Socialstyrelsen: BDI.

Skattningsskalor för läkemedelsgenomgång

PHASE-20 – Skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom.

PHASE-Proxy – Skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom vid svår kognitiv svikt.

Strukturerad anhörigintervju

Anhörigintervju vid demensutredning.

Webutbildningar och böcker

Demenscentrum: bibliotek med webutbildningar.

Demenscentrum. *Åldrande vid intellektuell funktionsnedsättning – för läkare och sjuksköterskor inom primärvården* (2020).

FUB. Riksförbundet för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna. Utbildningen ”Åldern har sin rätt. Om att åldras med intellektuell funktionsnedsättning.”

H. Referenser till appendix

1. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2016.
2. Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom - en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen; 2019.
3. Törnquist K, Sonn U. ADL-Taxonomin® - en bedömning av aktivitetsförmåga. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter; 2016.

4. Johansson M, Marcusson J, Wressle E. Development of an instrument for measuring activities of daily living in persons with suspected cognitive impairment. Scan.J.Occup.Ther. 2016;23(3):230-239: doi: 10.3109/11038128.2016.1139621
5. Fisher AG, Jones KB. Assessment of Motor and Process Skills Vol. 1: Development, Standardization and Administration Manual (7th ed.). Fourth Collins, CO: Three Star Press Inc.; 2012.
6. Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort (TSFS 2010:125)
7. Vägverkets föreskrifter om medicinska krav för innehav av körkort (VVFS 2008:158)
8. Körkortslagen (SFS 1998:488)
9. Taxitrafiklagen (SFS 2012:211)
10. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30)
11. Socialtjänstlag (SFS 2001:453)
12. Patientlagen (2014:821).
13. En nationell strategi för demenssjukdom Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022. Socialstyrelsen; 2017

REMISS

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

REMISS

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Vårdförloppet för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom leder till att fler personer får tillgång till en evidensbaserad utredning. En annan direkt konsekvens av införandet är att utredningen i större utsträckning sker i rimlig tid, både vad gäller tidpunkt i sjukdomsförloppet och utredningens längd. Idag finns stora variationer i landet inom dessa områden [1].

Vårdförloppet förväntas ge positiva effekter för den berörda personen samt anhöriga och närstående genom en ökad möjlighet till delaktighet och personcentrerad utredning. Det ger i sin tur goda förutsättningar för bättre diagnostik och att rätt stöd och behandling kan erbjudas.

Vårdkedjan inkluderar primärvård, både i kommunal och regional regi, samt i vissa fall specialiserad vård. Involverade grupper behöver utbildning för att uppnå målsättningarna om fler utredningar och kortade utredningstider. Det gäller läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Ett ökat antal utredningar gör att tillgången till vissa radiologiska undersökningar kan behöva öka. Ett ökat antal utredningar och kortare utredningstider kan skapa undanträngningseffekter för andra patientgrupper, eller för samma patientgrupp om utredning prioriteras före andra insatser, exempelvis uppföljning. Om fler personer ska utredas kan information riktad till allmänheten behövas i samband med att vårdförloppet implementeras.

Många personer som berörs av vårdförloppet söker idag för många olika besvär på flera vårdnivåer. När fler personer diagnostiseras och får tillgång till rätt stöd och behandling tidigare bör antalet onödiga vårdkontakter och akuta insatser minska och patienten, anhöriga och närståendes vardag underlättas.

Huvudsakliga konsekvenser av vårdförloppet är:

- ökad möjlighet till delaktighet för personer samt anhöriga och närstående vid utredning av kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom
- fler personer får ta del av en personcentrerad och evidensbaserad utredning
- kortare utredningstider
- bättre förutsättningar för utredning inom primärvården genom resursförstärkning och omfattande utbildningsinsatser
- bättre förutsättningar för utredning inom den specialiserade vården genom resursförstärkning
- ökad andel erbjuds patientstöd och anhörigstöd
- minskade praxisskillnader vid utvidgade kognitiva utredningar
- bättre förutsättningar för en jämlik läkemedelsförskrivning
- ökad samverkan mellan vård och omsorg för en sammanhållen vård

REMISS

Innehållsförteckning

Sammanfattning ..... - 1 -
1. Om konsekvensbeskrivningen ..... - 3 -
2. Konsekvenser ..... - 3 -
2.1. Omfattning ..... - 3 -
2.2. Nytta eller risker ..... - 3 -
2.3. Etiska aspekter ..... - 4 -
2.4. Verksamhets- och organisatoriska konsekvenser ..... - 5 -
2.4.1. Ökad identifikation av behov av stöd kan kräva mer resurser ..... - 5 -
2.5. Kostnadsförändringar ..... - 6 -
2.6. Krav på IT-stöd ..... - 7 -
2.7. Kompetensförsörjning ..... - 7 -
2.8. Uppföljning ..... - 7 -
3. Referenser ..... - 8 -

REMISS

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde (NPO) Äldres hälsa ansvarar för konsekvensensbeskrivningens innehåll. Den nationella arbetsgruppen (NAG) utredning av kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom har utarbetat konsekvensbeskrivningen i samband med framtagande av vårdförloppet. Arbetsgruppen inkluderade professionsföreträdare från specialiserad vård, primärvård inom både kommunal och regional verksamhet, samt patientföreträdare. Ordförande i arbetsgruppen var Anne Ekdahl och Madelene Johanzon och Linnea Grankvist var processledare. För en fullständig förteckning över arbetsgruppens medlemmar, se kapitel 3.3 i vårdförloppsdokumentet. Den nationella stödfunktionen vid Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har bistått med löpande stöd. Arbetet med att ta fram konsekvensbeskrivningen för vårdförloppet färdigställdes i september 2020.

2. Konsekvenser

2.1. Omfattning

Kognitiv svikt kan bero på ett flertal olika tillstånd och sjukdomar, bland dessa finns varaktiga kognitiva sjukdomar som brukar kallas demenssjukdomar. Hög ålder ökar risken för kognitiv svikt och personer som upplever symtom brukar ofta söka vård inom primärvården, där diagnos ofta kan bekräftas efter att en basal utredning genomförts. När diagnosen inte kan ställas efter basal utredning remitteras personen till specialiserad vård för utvidgad utredning.

Utredning vid misstänkt demenssjukdom syftar till att bedöma personens kognitiva förmågor: minne, språk, uppmärksamhet, exekutiva funktioner, rumsuppfattning och social kognition. Personens aktuella kognitiva förmåga jämförs med hur samma förmåga tedde sig tidigare för personen. Vid utredning av kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom krävs i regel bedömningar och åtgärder av flera olika yrkesgrupper.

Uppskattningsvis lever 130 000 – 150 000 personer med en demenssjukdom i Sverige [2]. Därtill påverkas många anhörigas och närståendes vardag. Varje år insjuknar cirka 24 000 personer och ungefär lika många avlider [3]. Även om prevalensen av demenssjukdom bland 85 åringar förefaller ha sjunkit över tid förväntas antalet personer som lever med en demenssjukdom att öka (eftersom en växande andel av befolkningen uppnår en allt högre ålder [1,4,5])

Ingången och åtgärder i vårdförloppet bygger på nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Tidigare resultat från utvärderingar av dessa har bland annat påvisat att fler personer bör utredas för kognitiv svikt då mörkertalet bedöms stort, att primärvården bör få förbättrade förutsättningar, att praxisskillnaderna bör minskas vid utvidgade utredningar, att utredningstiderna bör kortas samt att utvärdering inom området bör ges bättre förutsättningar.

2.2. Nytta eller risker

Vårdförloppet medför nytta för personen, anhöriga och närstående, i form av:

- Ökad delaktighet för personen, anhöriga och närstående genom en tydligt beskriven vårdprocess som gör att de vet vad som kan förväntas och var i utredningen de befinner sig

- En samordnad vård och omsorg som ger personen trygghet och avlastar anhöriga och närstående.
- Förbättrade förutsättningar för en personcentrerad utredning.
- Kortare väntetid inför och under utredning.
- Jämlik tillgång till utredning då personer med misstänkt demenssjukdom får tillgång till utredning på samma grund.
- Jämlik utredning genom ökad kompetens inom vården om utredning av kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.
- Förbättrade förutsättningar för att rätt diagnos ställs och därmed tillgång till anpassad behandling och stöd.

Risker:

- Att fokus på kognitiv svikt medför att utredning, vård och behandling av andra sjukdomar missas.
- Att en demenssjukdomsdiagnos är stigmatiserande och kan medföra att personen med demenssjukdom inte kommer ifråga för adekvat mer omfattande diagnostik och behandling av andra sjukdomstillstånd.
- Att det blir en överutredning som kan medföra långa utredningstider som inte leder till någon konsekvens för fortsatt behandling och omhändertagande.
- Att genomgången utredning avskriver misstanken om demenssjukdom och att personen inte följs upp eller söker vård på nytt fast symtomen tilltar.

2.3. Etiska aspekter

Vårdförloppet bedöms inte påverka autonomi eller integritet negativt för de personer som inkluderas, en viktig förutsättning är att personen själv vill medverka i en utredning. Att utredningen sker på ett personcentrerat sätt och med patientkontraktet som en central del, bedöms istället öka personens autonomi. En tidig diagnos kan därtill göra att personen erbjuds kognitiva hjälpmedel eller annan välfärdsteknik i god tid, vilket kan underlätta förståelse, inlärning och öka självständighet längre fram under sjukdomsförloppet.

Inga uppenbara konsekvenser ses utifrån människovärde-, behovs- och solidaritetsprincipen. För vissa patientgrupper kan vårdförloppet medföra att utredning sker i större utsträckning. Detta kan gälla personer med en intellektuell funktionsnedsättning, exempelvis på grund av Downs syndrom, den enskilt största grupp av personer som får demenssjukdom före 50 års ålder.

Det finns en risk att vårdförloppet kan leda till en ökad belastning på vården och därmed eventuella undanträngningseffekter för andra patientgrupper. Det finns risk att vårdresurser minskar för de personer som redan är diagnostiserade med demenssjukdom om utredningar prioriteras framför uppföljning av de personer som redan har en demensdiagnos. Socialstyrelsens framtagna standardiserade insatsförlopp vid demenssjukdom bör minska den risken [6].

Vårdförloppet gör att tillgång till utredning och utredningsförfarandet blir mer jämlik och att eventuella geografiska eller regionala skillnader avseende tid till diagnos och behandling kommer att minska. Förhoppningen är att fler personer erbjuds utredning i tidigare skede av sjukdomen. En tidigare utredning kan ställa högre krav på kompetens hos personalen då symtomen kan vara mindre

REMISS

uttalade, således kan neuropsykologiska tester och radiologiska undersökningar vara svårare att tolka. Det kan också medföra att ett större antal personer erbjuds utvidgad utredning vilket kan innebära en ökad restid och längre resväg för vissa personer, vilket skulle kunna medföra att utredning avstås. Det skulle i förlängningen kunna betyda att enheter som kan genomföra utvidgade utredningar måste utökas och bli mera jämnt fördelade i landet vilket är önskvärt för en mera jämlik vård.

Om kriterierna för ingång och utgång beaktas bör vårdförloppet inte medföra onödig eller omotiverad utredning. Ett undantag kan vara om långa väntetider kan medföra att flera parallella utredningsspår startas för att den uppsatta maxtiden för vårdförloppet ska hålla. Ett exempel skulle kunna vara där remiss skrivs samtidigt till flera undersökningar, där istället en seriell utredningsgång hade medfört att någon del hade kunnat utelämnats. Detta bedöms vara aktuellt framförallt inom den specialiserade vården. Att utredningen är personcentrerad är centralt.

2.4. Verksamhets- och organisatoriska konsekvenser

Eftersom vårdförloppets målsättning är att fler personer ska utredas i ett tidigt stadium, kan vårdförloppet medföra en ökad belastning inom både primärvård och specialiserad vård. En av orsakerna till att dagens vård och omsorg av personer med demenssjukdom inte anses vara jämlik bedöms vara att det föreligger skillnader i hälso- och sjukvårdpersonalens kompetens. Det är därför viktigt med utbildningsinsatser för yrkesgrupper som berörs av vårdförloppet. Personer med demenssjukdom och deras anhöriga och närstående gynnas också av utbildningsinsatser då det blir lättare att förstå och hantera symtom och konsekvenser i olika stadier av sjukdomen.

Idag är tillgången till radiologiska undersökningar begränsad, med stora geografiska skillnader inom landet. Ett ökat antal utredningar tillsammans med förkortade väntetider kan förväntas ge undanträngningseffekter på andra patientgrupper. För att undvika detta bör en ökning av tillgången till radiologiska undersökningar säkras.

Delar av vårdförloppets utredning så som strukturerad anamnes, intervju och vissa tester kan i vissa fall, med rätt hjälpmedel, ske digitalt. Det ställer krav på tekniska verktyg och personalens kunskap och handhavande av dessa.

För att följa konsekvenserna av detta kunskapsstöd kommer rutiner för uttag av statistik och indikatorer att behöva utarbetas. Att arbeta för implementering av automatisk överföring till de aktuella kvalitetsregistren är av största vikt för att vårdförloppet inte ska öka den administrativa bördan.

2.1.1 Ökad identifikation av behov av stöd kan kräva mer resurser

I takt med att fler utredningar görs, vilket leder till fler personer med känd demensdiagnos, kommer kraven på vården och omsorgen att öka. Konsekvenser av fler utförda demensutredningar och demensdiagnoser blir även en tidigare upptäckt vilket ger möjlighet till tidig samordning för att erbjuda meningsfull vardag, stöd till anhöriga och närstående samt en ökad livskvalitet för både personen med demenssjukdom samt anhöriga och närstående. En tidig samordning minskar också risken för akuta situationer längre in i sjukdomsprocessen vilket torde kräva färre resurser jämfört med i dag.

REMISS

Socialstyrelsen bedömer att ett demensteam med en särskild samordningsfunktion är en lämplig organisationsform. Det skiljer sig idag mellan landets kommuner gällande tillgång till demensteam [6]. Samordning över organisatoriska gränser, till exempel ökat antal samordnade individuella planer (SIP) kan stärka personensställning.

I dagsläget ges stöd till personer med en demenssjukdom enligt både Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om särskilt stöd (LSS). Då detta sker på olika sätt i olika kommuner kan resultatet bli att yngre personer med en demenssjukdom inte erbjuds stöd av den kompetens som finns i ett demensteam, samtidigt som personer som kunde haft nytta av stöd enligt LSS inte får tillgång till detta. Ett gott stöd oavsett ålder kan medföra ökade kostnader samtidigt som det förhoppningsvis ger minskade kostnader på sikt.

Behov av anpassad dagverksamhet inom kommunal regi kan komma att öka när fler personer med demenssjukdom identifieras. I dagsläget finns ett fåtal dagliga verksamheter för personer under 65 år i landet, och det är på många ställen kö till dagverksamhet för personer med demenssjukdom över 65 år. Behovet av insatser i form av hemsjukvård och förebyggande åtgärder i form av riskbedömningar och åtgärder för nutrition, munhälsa, kognitiva hjälpmedel med mera kan komma att öka.

När fler personer med demenssjukdom identifieras kommer behovet av stöd till anhöriga och närstående att öka. Om det ökade behovet tillgodoses kan det leda till merkostnader, men kan också minska eller fördröja behov av till exempel särskilt boende. För personer som bor på särskilt boende är det av stor vikt att personalen på boendet har god kompetens inom området varför utbildningsbehovet kommer att öka.

2.5. Kostnadsförändringar

Vårdförloppet förväntas leda till ökad kostnadseffektivitet över tid eftersom tidigarelagd diagnostisering ger individen ökad tillgång till anpassat stöd, exempelvis i form av kognitiva hjälpmedel. Det medför sannolikt också att onödiga men kostsamma insatser av akut karaktär kommer att minska, Samtidigt kan de direkta kostnaderna initialt öka om fler personer får vetskap om vikten av utredning och därför söker vård tidigare än de annars skulle ha gjort. Över tid bedöms inte den totala kostnaden öka på grund av vårdförloppet, däremot kommer kostnaden för utredning av kognitiv svikt att öka i takt med att en allt större andel av befolkningen uppnår en allt högre ålder.

Utredningsfasen utgör bara en första fas i ett längre vårdförlopp, och den kan antas påverka även senare stadier som behandling och rehabilitering genom tidigare upptäckt och start av behandling [7,8]. Dessa effekter kan påverka långsiktiga kostnader, överlevnad och livskvalitet. Samtidigt bör hänsyn tas till att det kan finnas ekonomiska besparingar och hälsovinster med att i stället satsa resurser på förebyggande insatser [7,8]. Baserat på antagandet att de initiala kostnaderna ökar med vårdförlopp men att de antas leda till förbättrad livskvalitet, bör införandet kunna uppnå en effektivisering av vården som kan sprida sig till andra områden och påverka hela systemet positivt. Emellertid är systemets effektivisering mycket svår att mäta och dessutom är det svårt att visa hur denna organisatoriska förändring påverkar behandlingsutfallet [7-10].

REMISS

Det skulle vara relevant att göra större hälsoekonomiska analyser av robust design (t.ex. RCT, cluster RCT, quasi-RCT) [7,11) och med lämplig kontrollgrupp som kopplar ihop olika delar i vårdkedjan. Då blir det också lättare att analysera vilka komponenter i vårdkedjan som är viktiga för att skapa största nytta av de resurser som fördelas. Analyserna bör i detalj innefatta implementeringskostnader, kostnadseffekter och meningsfulla utfallsmått (såsom processindikatorer för organisering och leverans av vård, patientrapporterade mått, patientens upplevelse mått, samt kliniska utfall) [7].

2.6. Krav på IT-stöd

Bedömningen är att befintliga och kommande journalsystem kan användas vid införandet av vårdförloppet. Automatiserad överföring är en prioriterad fråga, dels för att kunna öka täckningsgraden i befintliga register, dels för att frigöra resurser som då istället kan användas i vård och omsorg. Det är att föredra att automatiserad överföring finns när vårdförloppet startas, men vårdförloppet kan startas med befintliga lösningar.

2.7. Kompetensförsörjning

Vårdförloppet har som målsättning att öka antalet utredningar och detta medför en ökad belastning inom både primärvård och specialiserad vård samt socialtjänst. En av orsakerna till att dagens vård och omsorg inte bedöms vara jämlik är att det föreligger skillnader inom personalens kompetens. Det är därför viktigt med minst årligen återkommande utbildningsinsatser för yrkesgrupper som berörs av vårdförloppet. Samtidigt kan också personer med demenssjukdom och närstående gynnas av utbildningsinsatser.

2.8. Uppföljning

Uppföljning av vårdförloppet baseras dels på befintliga indikatorer, dels på indikatorer som ska införas i Svenska Demensregistret (SveDem), som är ett nationellt kvalitetsregister. Svenska Demensregistret har idag en begränsad täckningsgrad. Många personer med demensdiagnos ingår inte i registret. Registret har vidare enbart uppgifter om personer som får en demensdiagnos, inte om alla personer som genomgår en demensutredning. För att få till stånd en ökad registrering i SveDem behöver den manuella datainsamlingen stegvis ersättas av direktöverföring av data från journalsystem, för att minska tidsåtgången för registrering. Även kvalitetsrapporteringssystemet PrimärvårdsKvalitet (PVQ) har uppföljningsindikatorer om vård vid demens. I det fortsatta arbetet ska förutsättningarna för att utveckla indikatorer inom PVQ som speglar vårdförloppets åtgärder undersökas.

REMISS

3. Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – utvärdering. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Hämtad 27 mars 2020 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-3-1.pdf
2. Skoog I, Borjesson-Hanson A, Kern S, Johansson L, Falk H, Sigstrom R et al. Decreasing prevalence of dementia in 85-yearolds examined 22 years apart: the influence of education and stroke. Sci Rep. 2017; 7(1):6136.
3. Socialstyrelsen. Vård och omsorg vid demenssjukdom - Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2017. Hämtad 13 september 2020 från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf.
4. Stephan BCM, Birdi R, Tang EYH, Cosco TD, Donini LM, Licher S, et al. Secular Trends in Dementia Prevalence and Incidence Worldwide: A Systematic Review. J Alzheimers Dis. 2018;66(2):653-80.
5. Wu YT, Beiser AS, Breteler MMB, Fratiglioni L, Helmer C, Hendrie HC, et al. The changing prevalence and incidence of dementia over time - current evidence. Nat Rev Neurol. 2017;13(6):327-39.
6. Socialstyrelsen. (2019). Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom - en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Hämtad 12 mars, 2020 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-22.pdf
7. CAMTÖ - Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro. HTA-rapport 2020: 33. Hämtad 20 augusti, 2020 från https://www.regionorebrolan.se/Files-sv/%c3%96rebro%20l%c3%a4ns%20landsting/Arbete_utbildning/AT/Rapport%20Standardiserade%20v%c3%a5rd%20f%c3%b6rlopp%20vid%20misstanke%20om%20cancer%20200303%20Final.pdf
8. Socialstyrelsen. Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter: Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2. 2019.
9. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport. 2018.
10. Socialstyrelsen. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport. 2017.
11. Allen D, Gillen E, Rixson L. Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances? Int J Evid Based Healthc 2009; 7: 61-74. doi:10.1111/j.1744-1609.2009.00127.x

REMISS