

# Vård och omsorg vid demenssjukdom

Indikatorer

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2020-9-6869

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), september 2020

# Innehåll

Indikatorer för god vård och omsorg .....	5
Indikatorer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom .....	5
Målnivåer för indikatorerna .....	6
Riktlinjeindikatorer .....	8
Övergripande indikatorer .....	64
Andra indikatorer som är viktiga att följa inom demensområdet .....	76
Omvårdnad (fall, nutrition, trycksår och munhälsa) .....	76
Olämplig läkemedelsanvändning .....	76
Inne- och utemiljö vid särskilda boenden .....	77
Palliativ vård till personer med demenssjukdom .....	77
Referenser .....	78



# Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter. Myndigheten utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. Med god vård och omsorg menas att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och jämlik samt tillgänglig.

Indikatorerna ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar och utvärderingar av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Målet är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- följa upp vårdens utveckling av strukturer, processer och resultat över tid
- ligga till grund för jämförelser av vårdens strukturer, processer och resultat över tid
- initiera förbättringar av vårdens kvalitet och effektivitet.

Uppföljning, jämförelser och förbättringar ska med hjälp av indikatorerna kunna ske på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta internationella jämförelser.

Socialstyrelsen bedriver sitt arbete med att utveckla indikatorer enligt en modell som innebär att indikatorerna utformas i samarbete med sakkunniga inom området och övriga intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [1]. Enligt modellen ska en indikator för god vård och omsorg vara baserad på vetenskap, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. De uppgifter som utgör underlag för indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, som datajournaler, register och andra datakällor.

För att belysa jämlikhetsaspekter i vården bör data som inhämtas redovisas utifrån kön och ålder, men även utifrån socioekonomi och födelseland om detta är möjligt.

## Indikatorer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. De flesta indikatorerna är möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor medan andra är så kallade utvecklingsindikatorer. Med det menar vi att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att det ska vara möjligt att följa upp dem på nationell nivå. Vissa utvecklingsindikatorer kan ändå följas upp på lokal eller regional nivå.

En del av indikatorerna är övergripande indikatorer, som till exempel väntetider eller rapportering till kvalitetsregister. Flertalet indikatorer är dock sådana som speglar de centrala rekommendationerna i riktlinjerna.

## Målnivåer för indikatorerna

Socialstyrelsen tar också fram målnivåer för ett urval av indikatorerna som ingår i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger till exempel hur stor andel av en patientgrupp som bör komma ifråga för en viss undersökning eller behandling, och de kan användas som en utgångspunkt vid förbättringsarbeten eller som en hjälp i styrning och ledning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Målnivåerna fastställs utifrån en beprövad modell där såväl statistiska underlag som konsensusförfarande ingår [2].

Arbetet med att ta fram nationella målnivåer har skett parallellt med att denna indikatorbilaga har tagits fram. Målnivåerna publiceras i en separat rapport samtidigt som denna rapport.

# Förteckning över indikatorerna

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för vården och omsorgen till personer med demenssjukdom:

**Tabell 1. Riktlinjespecifika indikatorer**

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

\*Utvecklingsindikator

**Tabell 2. Övergripande indikatorer**

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

# Riktlinjeindikatorer



Utredning av demenssjukdom			
Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård			
Titel (Kortnamn)	1. Diagnostisering av personer med demenssjukdom (SveDem)		
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom som har fått en demensdiagnos, i förhållande till det förväntade antalet nyinsjuknade.		
<b>Mätenhet</b>	Procent.		
<b>Syfte</b>	För att personer med kognitiva symtom ska få rätt stöd och hjälp är det viktigt att de genomgår en utredning för att ta reda på om de har en demenssjukdom eller inte, och att utredningen resulterar i en korrekt diagnos. Det saknas nationella uppgifter om hur många personer som insjuknar i demenssjukdom varje år, men baserat på forskningsstudier och aktuella befolkningstal bedöms antalet uppgå till mellan 20 000 och 25 000 personer. Det saknas också heltäckande nationella data som visar hur många personer som genomgår en demensutredning och får en diagnos. De uppgifter som finns tyder dock på att andelen som diagnostiseras är alltför liten. Skillnaderna i landet är också stora, vilket gör att det är viktigt att följa området.		
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.		
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	I de nationella riktlinjerna rekommenderas att personer med misstänkt demenssjukdom bör genomgå en basal demensutredning. Innehållet i den basala demensutredningen preciseras i riktlinjerna (se indikator 2).		
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.		
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.		
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.		
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.		
<b>Datakälla</b>	SveDem, modulerna för primärvård och specialistvård samt SCB:s befolkningsstatistik.		
<b>Datakällans status</b>	Utvecklingsindikator.		
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Det saknas nationella data om antalet personer som insjuknar i demenssjukdom, vilket gör att uppgifterna om incidens bygger på en skattning och inte på exakta tal. Personer som nyregistreras i SveDem är nydiagnostiserade. Det behöver dock inte innebära att de är nyinsjuknade, eftersom det ibland går lång tid innan personen söker vård för sin demenssjukdom. Alla personer som genomgår en demensutredning och får en demensdiagnos registreras inte i SveDem. Särskilt när det gäller de utredningar som genomförs inom primärvården varierar täckningsgraden avsevärt mellan regionerna. Det gör att indikatorn idag visar på en underskattning av antalet personer som utreds och diagnostiseras. Sammanfattningsvis finns det stora osäkerheter i indikatorn, men den bedöms ändå vara relevant för att följa utvecklingen över tid.		
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med <b>demensdiagnos</b> avses följande diagnoskoder:		
	<table border="1"> <tr> <td><b>Huvud- och bidiagnos</b></td> <td><b>ICD10</b></td> </tr> </table>	<b>Huvud- och bidiagnos</b>	<b>ICD10</b>
<b>Huvud- och bidiagnos</b>	<b>ICD10</b>		

Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut	F000
Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut	F001
Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ	F002
Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad	F003
Vaskulär demens	F01-
Vaskulär demens med akut debut	F010
Multiinfarktdemens	F011
Subkortikal vaskulär demens	F012
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens	F013
Annan specificerad vaskulär demens	F018
Vaskulär demens, ospecificerad	F019
Demens vid Picks sjukdom	F020
Demens vid Creutzfeldt-Jakobs sjukdom	F021
Demens vid Huntingtons sjukdom	F022
Demens vid Parkinsons sjukdom	F023
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus	F024
Demens vid andra specificerade sjukdom som klassificeras annorstädes	F028
Ospecificerad demens	F039
Demens UNS	F03-P
Alkoholdemens	F107A
Alzheimers sjukdom	G30-
Alzheimers sjukdom med tidig debut	G300
Alzheimers sjukdom med sen debut	G301
Annan specificerad form av Alzheimers sjukdom	G308
Alzheimers sjukdom, ospecificerad	G309

*Mät- eller  
rampopulation:*

Personer som förväntas insjukna i demenssjukdom under en bestämd tidsperiod. Antalet är baserat på incidenstal som framkommit genom forskningsstudier (SBU: Dementia – etiology and epidemiology, a systematic review, vol. 1, 2008) samt aktuella befolkningstal hämtade från Statistiska centralbyrån.

*Täljare:*

Antal personer med demenssjukdom som har fått en demensdiagnos och nyregistrerats i SveDem under en bestämd tidsperiod.

*Nämnare:*

Antal personer som förväntas insjukna i demenssjukdom under en bestämd tidsperiod.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kön och ålder.

<b>Fullständig basal demensutredning</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>2. Fullständig basal demensutredning</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med nydiagnostiserad demenssjukdom som genomgår en fullständig basal demensutredning.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Det finns ingen enkel utredningsmetod som kan fastställa om en person har en demenssjukdom, utan diagnostiken grundar sig istället på en sammanvägning av flera olika faktorer. Syftet med den basala demensutredningen är bland annat att ta reda på om personen har en kognitiv svikt samt om denna i så fall beror på en demenssjukdom eller om det finns en annan bakomliggande sjukdom. Syftet är också att fastställa vilken form av demenssjukdom som personen har samt vilka funktionsnedsättningar som sjukdomen medför.</p> <p>Enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna bör en basal demensutredning innehålla vissa kognitiva test; i första hand MMSE-SR kompletterat med klocktest.</p> <p>För personer med ett annat modersmål än svenska, annan kulturell bakgrund eller låg utbildningsnivå kan RUDAS (The Rowland Universal Dementia Assessment Scale) användas istället för MMSE-SR. Vid utredning av tidiga symtom kan MoCa (Montreal Cognitive Assessment) vara ett alternativ till MMSE-SR.</p> <p>Vidare bör den basala demensutredningen innehålla en strukturerad bedömning av personens funktions- och aktivitetsförmåga, en strukturell hjärnabildning med datortomografi (CT) eller magnetresonanstomografi (MR) samt strukturerade intervjuer med anhöriga. Andra utredningsmoment som bör ingå är strukturerad anamnes av patient och närstående, bedömning av personens fysiska och psykiska tillstånd samt relevanta blodprover.</p> <p>I kvalitetsregistret SveDem betraktas en demensutredning som fullständig om följande utredningsmoment ingår: undersökning av hjärnan med CT eller MR, bedömning av kognitiva funktioner med klocktest som komplement till MMSE-SR (alternativt RUDAS eller MoCa) samt blodkemi.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	<p>Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klocktest som komplement till Mini Mental State Examination Svensk Revidering (MMSE-SR) som del i den basala demensutredningen (R4a)</li> <li>• The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) som en del i den basala demensutredningen (R5)</li> <li>• Datortomografi som en del i den basala demensutredningen (R14)</li> <li>• Montreal Cognitive Assessment (MoCA) som en del i den basala demensutredningen (R6)</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå $\geq 90$ %. De flesta basala demensutredningar genomförs inom primärvården, vilket gör att målnivån i första hand berör primärvårdens verksamhet.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.

**Kvalitetsdimension**

Kunskapsbaserad vård och omsorg.

**Datakälla**

SveDem, modulerna för primärvård och specialistvård.

**Datakällans status**

Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.

**Felkällor och begränsningar**

Alla personer som genomgår en demensutredning och får en demensdiagnos registreras inte i SveDem. Särskilt när det gäller de utredningar som genomförs inom primärvården varierar täckningsgraden avsevärt mellan regionerna.

Primärvårdens respektive specialistvårdens ansvar för att genomföra demensutredningar varierar också mellan olika delar av landet, vilket kan förklara en del av skillnaderna mellan regionerna.

**Teknisk beskrivning**

Med **demenssjukdom** avses följande diagnoskoder:

Huvud- och bidiagnos	ICD10
Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut	F000
Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut	F001
Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ	F002
Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad	F003
Vaskulär demens	F01-
Vaskulär demens med akut debut	F010
Multiinfarktdemens	F011
Subkortikal vaskulär demens	F012
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens	F013
Annan specificerad vaskulär demens	F018
Vaskulär demens, ospecificerad	F019
Demens vid Picks sjukdom	F020
Demens vid Creutzfeldt-Jakobs sjukdom	F021
Demens vid Huntingtons sjukdom	F022
Demens vid Parkinsons sjukdom	F023
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus	F024
Demens vid andra specificerade sjukdom som klassificeras annorstädes	F028
Ospecificerad demens	F039
Demens UNS	F03-P
Alkoholdemens	F107A
Alzheimers sjukdom	G30-
Alzheimers sjukdom med tidig debut	G300
Alzheimers sjukdom med sen debut	G301
Annan specificerad form av Alzheimers sjukdom	G308
Alzheimers sjukdom, ospecificerad	G309

Med **fullständig basal demensutredning** avses att personen genomgår:

- undersökning av hjärnan med CT eller MR
- klocktest
- MMSE-SR alternativt RUDAS eller MoCa
- blodkemi.

Mät- eller  
rampopulation:

Personer som har genomgått en demensutredning, diagnostiserats och därefter registrerats i SveDem under en bestämd tidsperiod.

Täljare:

Antal personer med nydiagnostiserad demenssjukdom som genomgår en fullständig basal demensutredning.

Nämnare:

Antal personer med nydiagnostiserad demenssjukdom.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kön och ålder samt primärvård respektive specialistvård.

**Kommentar**

Alla utredningsmoment som enligt de nationella riktlinjerna bör ingå i en basal demensutredning ingår inte i indikatorn. Både när det gäller rekommendationerna om strukturerade intervjuer med anhöriga och en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmågan har det varit svårt att definiera en tydlig variabel som kan registreras i SveDem, vilket gör att dessa utredningsmoment saknas.

För närvarande föreslås inte någon förändring av definitionen av fullständig basal demensutredning, bland annat eftersom det är en fördel att kunna följa utvecklingen över tid. Andelen personer som får genomgå en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmågan kan dock följas genom en separat indikator (indikator 3).

## Funktions- och aktivitetsbedömning

### Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård

#### Titel (Kortnamn) 3. Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen

**Mått** Andelen personer med demenssjukdom som får en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen.

**Mätenhet** Procent.

**Syfte** Enligt de nationella riktlinjerna ingår en strukturerad bedömning av personens funktions- och aktivitetsförmåga som en högt prioriterad åtgärd i den basala demensutredningen. Bedömningen är en del i diagnostiken för att kunna värdera graden av demenssjukdom och planera stödinsatser. Ofta görs dels en intervju med både personen med demenssjukdom och med dennes anhöriga, dels en observation av personen under relevanta uppgifter och aktiviteter, som att tillaga en enkel måltid, hantera vardagsteknik och klara klädsel och hygien. I kvalitetsregistret SveDem dokumenteras för närvarande endast om personen har genomgått en bedömning av en arbetsterapeut. Avsikten är dock att det framöver även ska vara möjligt att dokumentera om det har skett en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning i enlighet med definitionen nedan.

**Nationellt kunskapsstöd** Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.

**Relation till nationellt kunskapsstöd** Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna:

- Strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga som en del i den basala demensutredningen (R10)

**Riktning** Hög andel eftersträvas.

**Målnivå** Nationell målnivå  $\geq 90$  %.

**Typ av indikator** Processmått.

**Kvalitetsdimension** Kunskapsbaserad vård och omsorg.

**Datakälla** SveDem, modulerna för primärvård och specialistvård.

**Datakällans status** Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.

**Felkällor och begränsningar** Alla personer som genomgår en demensutredning och får en demensdiagnos registreras inte i SveDem. Särskilt när det gäller de utredningar som genomförs inom primärvården varierar täckningsgraden avsevärt mellan regionerna.

**Teknisk beskrivning** Med **demenssjukdom** avses följande diagnoskoder:

Huvud- och bidiagnos	ICD10
Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut	F000
Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut	F001
Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ	F002
Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad	F003
Vaskulär demens	F01-

Vaskulär demens med akut debut	F010
Multiinfarktdemens	F011
Subkortikal vaskulär demens	F012
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens	F013
Annan specificerad vaskulär demens	F018
Vaskulär demens, ospecificerad	F019
Demens vid Picks sjukdom	F020
Demens vid Creutzfeldt-Jakobs sjukdom	F021
Demens vid Huntingtons sjukdom	F022
Demens vid Parkinsons sjukdom	F023
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus	F024
Demens vid andra specificerade sjukdom som klassificeras annorstädes	F028
Ospecificerad demens	F039
Demens UNS	F03-P
Alkoholdemens	F107A
Alzheimers sjukdom	G30-
Alzheimers sjukdom med tidig debut	G300
Alzheimers sjukdom med sen debut	G301
Annan specificerad form av Alzheimers sjukdom	G308
Alzheimers sjukdom, ospecificerad	G309

Med **strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning** avses en bedömning som har som målsättning att fånga förändringar i personens funktions- och aktivitetsförmåga och som sätts i relation till den tidigare funktions- och aktivitetsnivån. Bedömningen kan ske genom en strukturerad intervju eller observationer, men företrädesvis en kombination av dessa. Bedömningen är personcentrerad i relation till demenssjukdomens olika stadier, och sker med fördel i den miljö som personen är van att vistas i. Validerade instrument som kan användas för bedömningen är till exempel ADL-taxonomi, CID (Cognitive Impairment in Daily Life) och AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills).

Mät- eller ram-  
population:

Täljare :

Nämnare:

Personer som har genomgått en demensutredning, diagnostiserats och därefter registrerats i SveDem under en bestämd tidsperiod.

Antal personer med demenssjukdom som får en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som en del av demensutredningen.

Antal personer som genomgår en demensutredning

#### Om redovisningsnivåer och fördelningar

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kön och ålder samt primärvård respektive specialistvård.

<b>Behandling med demensläkemedel</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>4A. Behandling med demensläkemedel vid Alzheimers sjukdom (Sve-Dem)</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med Alzheimers sjukdom som förskrivs demensläkemedel i samband med att personen meddelas demensdiagnosen.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Det finns idag igen botande behandling vid demenssjukdom. Däremot finns det två typer av läkemedel – kolinesterashämmare och memantin – som är godkända för behandling av kognitiva symtom vid Alzheimers sjukdom. Kolinesterashämmare är avsedda för behandling vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom och memantin framförallt för behandling vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom.</p> <p>Kolinesterashämmare och memantin kan lindra symtomen samt bidra till att personer med Alzheimers sjukdom under en period upprätthåller eller försämrats långsammare i sin kognition (intellektuella förmåga) och funktionsförmåga. Både kolinesterashämmare och memantin kan också ha en positiv effekt på beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).</p> <p>I de nationella riktlinjerna rekommenderas att behandling med demensläkemedel sätts in så tidigt i sjukdomsförloppet som möjligt, vilket innebär att läkemedlen bör förskrivas redan i samband med att patienten meddelas diagnosen.</p> <p>I kvalitetsregistret SveDem dokumenteras om personer med Alzheimers sjukdom förskrivs demensläkemedel i samband med att patienten meddelas demensdiagnosen (grundregistreringen), men även vid senare uppföljningstillfällen. Denna indikator omfattar endast förskrivningen vid grundregistreringen. Det är dock även angeläget att följa hur läkemedelsförskrivningen ser ut vid senare uppföljningstillfällen.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	<p>Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolinesterashämmare (R56A, R56B)</li> <li>• Memantin (R58, R59)</li> <li>• Memantin som tillägg till kolinesterashämmare (R60)</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå för primärvården: ≥75 %. Nationell målnivå för specialistvården: ≥80 %.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	<p>SveDem, modulerna för primärvård och specialistvård.</p> <p>Andra möjliga datakällor:</p> <p>Primärvårdskvalitet har utvecklat en liknande indikator baserad på aggregerade journaldata, som gör det möjligt att följa läkemedelsförskrivningen till personer som utreds inom primärvården.</p> <p>Förskrivningen av demensläkemedel till personer med BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) går att följa via BPSD-registret. I detta fall är dock läkemedelsförskrivningen inte kopplad till diagnostillfället.</p>



**Datakällans status**

Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling pågår.

**Felkällor och begränsningar**

Alla personer som genomgår en demensutredning och får en demensdiagnos registreras inte i SveDem. Särskilt när det gäller de utredningar som genomförs inom primärvården varierar täckningsgraden avsevärt mellan regionerna.

Primärvårdens respektive specialistvårdens ansvar för att genomföra demensutredningar varierar också mellan olika delar av landet, vilket kan förklara en del av skillnaderna mellan regionerna.

Det kan också finnas personer som inte förskrivs demensläkemedel i samband med att de meddelas diagnosen, utan vid ett uppföljande besök i nära anslutning till detta. Dessa läkemedelsbehandlingar fångas inte alltid via indikatorn.

**Teknisk beskrivning**

Med **Alzheimers sjukdom** avses följande diagnoskoder:

Huvud- och bidiagnos	ICD10
Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut	F000
Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut	F001
Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ	F002
Alzheimers sjukdom	G30-
Alzheimers sjukdom med tidig debut	G300
Alzheimers sjukdom med sen debut	G301

Med **demensläkemedel** avses följande läkemedelskoder:

Läkemedel	ATC-kod
Läkemedel vid demenssjukdomar	N06D

Mät- eller  
rampopulation:

Personer som har genomgått en demensutredning, diagnostiserats med Alzheimers sjukdom och därefter registrerats i SveDem under en bestämd tidsperiod.

Täljare :

Antal personer med Alzheimers sjukdom som förskrivs demensläkemedel i samband med att personen meddelas Alzheimerdiagnosen.

Nämnare:

Antal personer med nydiagnostiserad Alzheimers sjukdom.

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kön och ålder samt primärvård respektive specialistvård.

**Kommentar**

Indikatorn gäller endast personer som har diagnosen Alzheimers sjukdom och inte de som har en blanddemens, till exempel en kombination av Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. Även i den senare gruppen är det ofta motiverat med läkemedelsbehandling, men inte i samma utsträckning som när det gäller personer med enbart Alzheimers sjukdom.

<b>Behandling med demensläkemedel</b>					
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård</b>					
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>4B. Behandling med demensläkemedel hos personer 65 år och äldre (Socialstyrelsens register)</b>				
<b>Mått</b>	Andelen personer 65 år och äldre som behandlas med demensläkemedel.				
<b>Mätenhet</b>	Procent.				
<b>Syfte</b>	<p>Det finns idag igen botande behandling vid demenssjukdom. Däremot finns det två typer av läkemedel – kolinesterashämmare och memantin – som är godkända för behandling av kognitiva symtom vid Alzheimers sjukdom. Kolinesterashämmare är avsedda för behandling vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom och memantin framförallt för behandling vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom.</p> <p>Kolinesterashämmare och memantin kan lindra symtomen samt bidra till att personer med Alzheimers sjukdom under en period upprätthåller eller försämras långsammare i sin kognition (intellektuella förmåga) och funktionsförmåga. Både kolinesterashämmare och memantin kan också ha en positiv effekt på beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).</p> <p>Indikatorn, som är baserad på Socialstyrelsens läkemedelsregister, visar behandling med demensläkemedel till personer 65 år och äldre och inte behandling till personer med demensdiagnos. Indikatorn är ändå viktig att följa, då det saknas andra heltäckande nationella datakällor och det finns stora regionala skillnader i läkemedelsförskrivningen. Sannolikt beror skillnaderna inte enbart på olika förskrivningsmönster, utan även på att man i olika utsträckning identifierar och utreder personer med demenssjukdom.</p>				
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.				
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	<p>Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolinesterashämmare (R56A, R56B)</li> <li>• Memantin (R58, R59)</li> <li>• Memantin som tillägg till kolinesterashämmare (R60)</li> </ul>				
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.				
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.				
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.				
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.				
<b>Datakälla</b>	Läkemedelsregistret och SCB:s befolkningsstatistik.				
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.				
<b>Felkällor och begränsningar</b>	<p>Läkemedel som ges per rekvisition ingår inte i läkemedelsregistret och redovisas därför inte i indikatorn.</p> <p>Uppgifterna i läkemedelsregistret visar uttagna/uthämtade läkemedel, och inte förskrivna läkemedel. Det kan finnas personer med demenssjukdom som har förskrivits men inte hämtat ut läkemedlen, vilket gör att de inte ingår i indikatorn.</p>				
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med <b>demensläkemedel</b> avses följande läkemedelskoder:				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Läkemedel</th> <th>ATC-kod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Läkemedel	ATC-kod		
Läkemedel	ATC-kod				

Läkemedel vid demenssjukdomar	N06D
-------------------------------	------

*Mät- eller  
rampopulation:*

Personer i befolkningen som är 65 år och äldre.  
Indikatorn kan även sättas i relation till skattat (i befolkningsstudier) antal personer med Alzheimers sjukdom.

*Täljare:*

Antal personer 65 år och äldre som behandlas med demensläkemedel.

*Nämnare:*

Antal personer 65 år och äldre .

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kön, ålder, socioekonomi och födelseland.

<b>Regelbunden uppföljning</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>5. Regelbunden uppföljning av hälso- och sjukvården</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom som har följts upp av hälso- och sjukvården minst en gång under de senaste 15 månaderna.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Demenssjukdom leder till att den kognitiva förmågan samt funktions- och aktivitetsförmågan successivt försämras. Behovet av medicinska och sociala åtgärder ökar och förändras därmed över tid. Många personer med demenssjukdom är äldre och behandlas dessutom ofta med andra läkemedel förutom de som förskrivs för den kognitiva störningen. Detta får till följd att andra sjukdomstillstånd också behöver följas upp. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten regelbundet följer upp personer med demenssjukdom.</p> <p>En regelbunden och strukturerad uppföljning syftar till att bedöma sjukdomen, dess konsekvenser och personens behov av medicinskt och socialt stöd samt att se till att dessa tillgodoses. Hälso- och sjukvårdens uppföljning omfattar vanligtvis en medicinsk undersökning, en läkemedelsgenomgång, en strukturerad bedömning av personens funktions- och aktivitetsförmåga samt ett samtal med anhöriga eller andra närstående.</p> <p>I de nationella riktlinjerna framhålls att uppföljningen bör ske minst en gång per år för att det ska vara möjligt att snabbt fånga förändringar i personers behov av åtgärder. Beroende på individens behov kan uppföljning behöva ske oftare.</p> <p>I kvalitetsregistret SveDem finns ett uppföljningsformulär där verksamheten dokumenterar vid vilken tidpunkt uppföljningen sker. Uppföljningsbesöken kan dokumenteras i modulerna för primärvård, specialistvård, särskilt boende samt hemsjukvård med omsorgsinsatser.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	<p>Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning samt vård- och omsorgsinsatser (R30B)</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå $\geq 90$ %.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	<p>SveDem, modulerna för primärvård, specialistvård, särskilt boende samt hemsjukvård med omsorgsinsatser.</p> <p>Andra möjliga datakällor: Primärvårdskvalitet har utvecklat en liknande indikator baserad på aggregerade journaldata som gör det möjligt att följa andelen personer som har fått ett återbesök inom primärvården, fördelat på olika yrkeskategorier.</p>

#### Datakällans status

Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.

#### Felkällor och begränsningar

Alla personer med demenssjukdom registreras inte i kvalitetsregistret SveDem. Särskilt när det gäller primärvården varierar täckningsgraden avsevärt mellan regionerna. Täckningsgraden för SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser är generellt låg.

Alla uppföljningsbesök registreras inte i SveDem. Detta gäller även de verksamheter som grundregistrerar patienter i kvalitetsregistret, i samband med att de har ställt en demensdiagnos. Dessutom kan uppföljning ske i samband med andra läkarbesök (inte demensspecifika), vilket gör att dessa inte registreras i SveDem.

#### Teknisk beskrivning

Med **demenssjukdom** avses följande diagnoskoder:

Huvud- och bidiagnos	ICD10
Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut	F000
Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut	F001
Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ	F002
Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad	F003
Vaskulär demens	F01-
Vaskulär demens med akut debut	F010
Multiinfarktdemens	F011
Subkortikal vaskulär demens	F012
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens	F013
Annan specificerad vaskulär demens	F018
Vaskulär demens, ospecificerad	F019
Demens vid Creutzfeldt-Jakobs sjukdom	F021
Demens vid Huntingtons sjukdom	F022
Demens vid Parkinsons sjukdom	F023
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus	F024
Demens vid andra specificerade sjukdom som klassificeras annorstädes	F028
Ospecificerad demens	F039
Demens UNS	F03-P
Alkoholdemens	F107A
Alzheimers sjukdom	G30-
Alzheimers sjukdom med tidig debut	G300
Alzheimers sjukdom med sen debut	G301
Annan specificerad form av Alzheimers sjukdom	G308
Alzheimers sjukdom, ospecificerad	G309

Mät- eller  
rampopulation:

Personer registrerade i SveDem under en bestämd tidsperiod, men som föregår de senaste 15 månaderna.

Täljare:

Antal personer med demenssjukdom som har haft ett uppföljningsbesök inom primärvården (inklusive kommunal hälso- och sjukvård) eller specialistvården under de senaste 15 månaderna.

<p>Nämnare:</p> <p><b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b></p>	<p>Antal personer med demenssjukdom registrerade tidigare än de senaste 15 månaderna.</p> <p>Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kön och ålder samt primärvård respektive specialistvård.</p>
--	--

---

<b>Kognitiva hjälpmedel</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>6. Kognitiva hjälpmedel i samband med uppföljning</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med mild demenssjukdom som har fått kognitiva hjälpmedel under tiden från diagnos fram till det första uppföljningstillfället.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Enligt de nationella riktlinjerna finns det stöd för att individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel har en positiv effekt utan negativa konsekvenser. Särskilt viktigt är det att hjälpmedlen provas ut tidigt i förloppet för att kunna ge störst nytta och förbättra möjligheten för personen att kunna klara sina vardagliga aktiviteter med stöd av hjälpmedlet. Denna indikator gäller därför endast personer med mild demenssjukdom, det vill säga MMSE $\geq$ 20 poäng. Kognitiva hjälpmedel kan dock vara värdefulla även senare i sjukdomsförloppet. I kvalitetsregistret SveDem dokumenteras för närvarande inte om personen har fått kognitiva hjälpmedel, men variabeln kommer att införas i registret.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel (R39)</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	SveDem, modulerna för primärvård respektive specialistvård.  Andra möjliga datakällor: Primärvårdskvalitet har utvecklat en liknande indikator baserad på aggregerade journaldata som mäter andelen personer som har fått individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel förskrivna av arbetsterapeut på vårdcentral eller i hemmet.
<b>Datakällans status</b>	Utvecklingsindikator (nationell datakälla finns, men variabeln saknas för närvarande i kvalitetsregistret).
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Alla personer med demenssjukdom registreras inte i kvalitetsregistret SveDem. Särskilt när det gäller primärvården varierar täckningsgraden avsevärt mellan regionerna. Täckningsgraden för SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser är generellt låg.  Alla uppföljningsbesök registreras inte i SveDem. Detta gäller även de verksamheter som grundregistrerar patienter i kvalitetsregistret, i samband med att de har ställt en demensdiagnos. Dessutom kan uppföljning ske i samband med andra läkarbesök (inte demensspecifika), vilket gör att dessa inte registreras i SveDem.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med <b>demenssjukdom</b> avses följande diagnoskoder:

Huvud- och bidiagnos	ICD10
Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut	F000
Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut	F001
Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ	F002
Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad	F003
Vaskulär demens	F01-
Vaskulär demens med akut debut	F010
Multiinfarktdemens	F011
Subkortikal vaskulär demens	F012
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens	F013
Annan specificerad vaskulär demens	F018
Vaskulär demens, ospecificerad	F019
Demens vid Creutzfeldt-Jakobs sjukdom	F021
Demens vid Huntingtons sjukdom	F022
Demens vid Parkinsons sjukdom	F023
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus	F024
Demens vid andra specificerade sjukdom som klassificeras annorstädes	F028
Ospecificerad demens	F039
Demens UNS	F03-P
Alkohol demens	F107A
Alzheimers sjukdom	G30-
Alzheimers sjukdom med tidig debut	G300
Alzheimers sjukdom med sen debut	G301
Annan specificerad form av Alzheimers sjukdom	G308
Alzheimers sjukdom, ospecificerad	G309

Mät- eller  
rampopulation:

Täljare:

Nämnare:

#### Om redovisningsnivåer och fördelningar

#### Kommentar

Personer med MMSE  $\geq$  20 vid diagnostillfället och som har minst ett uppföljningstillfälle registrerat i SveDem under en bestämd tidsperiod.

Antal personer med MMSE  $\geq$  20 vid diagnostillfället som har fått kognitiva hjälpmedel under tiden från diagnos fram till det första uppföljningstillfället.

Antal personer med MMSE  $\geq$  20 vid diagnostillfället och som har minst ett uppföljningstillfälle registrerat i SveDem.

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kön och ålder samt primärvård respektive specialistvård.

I kvalitetsregistret SveDem är det för närvarande inte möjligt att dokumentera om personen har fått kognitiva hjälpmedel. Avsikten är dock att detta framöver ska kunna ske i modulen för primärvård respektive specialistvård, och eventuellt också i modulen för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser.



<b>Behandling med antipsykosläkemedel</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård, socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>7A. Behandling med antipsykosläkemedel av personer med demenssjukdom (SveDem)</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom som behandlas med antipsykosläkemedel.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet beteendemässiga eller psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD. BPSD-symtomen orsakar ett stort lidande för personen med demenssjukdom och är ofta svåra att bemöta för anhöriga och vårdpersonal.</p> <p>Behandlingen vid BPSD är inriktad på att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symtomen. Det kan vara behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem eller svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön. Andra vanliga orsaker är brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög läkemedelsdos eller en kombination av olämpliga läkemedel.</p> <p>För personer med demenssjukdom som uppvisar svåra beteendemässiga eller psykiska symtom och andra åtgärder inte visat sig ha effekt kan det bli aktuellt med läkemedelsbehandling. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att hälso- och sjukvården i undantagsfall kan pröva behandling med antipsykosläkemedel. Detta bör dock endast ske när omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön har visat sig vara otillräckliga. Läkemedelsbehandlingen bör pågå under så kort tid som möjligt.</p> <p>I kvalitetsregistret SveDem dokumenteras om personer behandlas med antipsykosläkemedel. Detta sker både i samband med grundregistreringen och vid senare uppföljningstillfällen i primärvård, specialistvård samt i modulerna för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	<p>Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Första generationens antipsykotiska läkemedel (R72A, R72B)</li> <li>• Andra generationens antipsykotiska läkemedel (73A, 73B)</li> <li>• Antipsykotiska läkemedel (haloperidol eller risperidon, R80)</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Låg andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	<p>Nationell målnivå för särskilt boende: ≤10 %.</p> <p>Nationell målnivå för ordinärt boende: ≤5 %.</p>
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	<p>SveDem, modulerna för primärvård, specialistvård, särskilt boende samt hemsjukvård med omsorgsinsatser.</p> <p>Andra möjliga datakällor: Primärvårdskvalitet har utvecklat en liknande indikator baserad på aggregerade journaldata som mäter andelen personer inom primär-</p>

#### Datakällans status

vården som har förskrivits och/eller ordinerats antipsykotisk behandling minst en gång (vid ordination gäller ej utsatt vid periodens slut) under de senaste 18 månaderna.

Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.

#### Felkällor och begränsningar

Alla personer med demenssjukdom registreras inte i kvalitetsregistret SveDem. Särskilt när det gäller primärvården varierar täckningsgraden avsevärt mellan regionerna. Täckningsgraden för SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser är generellt låg.

Alla uppföljningsbesök registreras inte i SveDem. Detta gäller även de verksamheter som grundregistrerar patienter i kvalitetsregistret, i samband med att de har ställt en demensdiagnos. Dessutom kan uppföljning ske i samband med andra läkarbesök (inte demensspecifika), vilket gör att dessa inte registreras i SveDem.

Personer som grundregistreras i SveDem befinner sig relativt tidigt i sjukdomsförloppet, då BPSD-symtom är ovanliga. Eftersom dessa personer är överrepresenterade i registret gör det att andelen som behandlas med antipsykosläkemedel kan förväntas vara mindre än i demenspopulationen i stort.

#### Teknisk beskrivning

Med **demenssjukdom** avses följande diagnoskoder:

Huvud- och bidiagnos	ICD10
Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut	F000
Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut	F001
Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ	F002
Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad	F003
Vaskulär demens	F01-
Vaskulär demens med akut debut	F010
Multiinfarktdemens	F011
Subkortikal vaskulär demens	F012
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens	F013
Annan specificerad vaskulär demens	F018
Vaskulär demens, ospecificerad	F019
Demens vid Creutzfeldt-Jakobs sjukdom	F021
Demens vid Huntingtons sjukdom	F022
Demens vid Parkinsons sjukdom	F023
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus	F024
Demens vid andra specificerade sjukdom som klassificeras annorstädes	F028
Ospecificerad demens	F039
Demens UNS	F03-P
Alkoholdemens	F107A
Alzheimers sjukdom	G30-
Alzheimers sjukdom med tidig debut	G300
Alzheimers sjukdom med sen debut	G301
Annan specificerad form av Alzheimers sjukdom	G308
Alzheimers sjukdom, ospecificerad	G309

Med **antipsykosläkemedel** avses följande läkemedel:

Läkemedel	ATC
N05A exkl. N05AN01	Antipsykotika (neuroleptika exkl. litium)

*Mät- eller  
rampopulation:*

Personer som har registrerats i kvalitetsregistret SveDem oavsett tidpunkt för registreringen, men som inte har avlidit.

*Täljare:*

Antal personer med demenssjukdom som behandlas med antipsykosläkemedel.

*Nämnare:*

Antal personer med demenssjukdom.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kommun, kön och ålder samt boendeform (särskilt eller ordinärt boende).

<b>Behandling med antipsykosläkemedel</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård, socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>7B. Behandling med antipsykosläkemedel av personer med demenssjukdom (demenspopulationen)</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom som behandlas med antipsykosläkemedel.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet beteendemässiga eller psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD. BPSD-symtomen orsakar ett stort lidande för personen med demenssjukdom och är ofta svåra att bemöta för anhöriga och vård- och omsorgspersonal.</p> <p>Behandlingen vid BPSD är inriktad på att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symtomen. Det kan vara behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem eller svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön. Andra vanliga orsaker är brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög läkemedelsdos eller en kombination av olämpliga läkemedel.</p> <p>För personer med demenssjukdom som uppvisar svåra beteendemässiga eller psykiska symtom och andra åtgärder inte visat sig ha effekt kan det bli aktuellt med läkemedelsbehandling. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att hälso- och sjukvården i undantagsfall kan pröva behandling med antipsykosläkemedel. Detta bör dock endast ske när omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön har visat sig vara otillräckliga. Läkemedelsbehandlingen bör pågå under så kort tid som möjligt.</p> <p>Indikatorn baseras på den demenspopulation som skapats genom att samköra Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister med relevanta kvalitetsregister.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	<p>Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Första generationens antipsykotiska läkemedel (R72A, R72B)</li> <li>• Andra generationens antipsykotiska läkemedel (73A, 73B)</li> <li>• Antipsykotiska läkemedel (haloperidol eller risperidon, R80)</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Låg nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå för särskilt boende: ≤10 %. Nationell målnivå för ordinärt boende: ≤5 %.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning samt SveDem och BPSD-registret.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Alla personer med demenssjukdom går inte att fånga via de aktuella registren. Det kan till exempel handla om de som befinner sig i ett tidigt skede av sjukdomen och som ännu inte fått någon demensdiagnos, de som har fått sin diagnos inom primärvården men som inte behandlas med demensläkemedel eller registrerats i SveDem samt

äldre, multsjuka personer där det inte bedöms som lämpligt att personen ska genomgå en demensutredning och som därför saknar en demensdiagnos.

#### Teknisk beskrivning

Med **antipsykosläkemedel** avses följande läkemedel:

Läkemedel	ATC
N05A exkl. N05AN01	Antipsykotika (neuroleptika exkl. litium)

Mät- eller  
rampopulation:

Med **antal personer med demenssjukdom** avses Socialstyrelsens demenspopulation, vilken innehåller:

- alla personer som har registrerats med en demensdiagnos i patientregistret (ICD10-koderna G30, F00-F03 eller F051 respektive ICD9-koderna 290 eller 294B) som huvud- eller bidiagnos sedan 2007
- alla personer som expedierats demensläkemedel (ATC-kod N06D) enligt läkemedelsregistret någon gång sedan 2007
- alla personer som registrerats i SveDem sedan registrets start år 2007
- alla personer som registrerats i BPSD-registret sedan registrets start år 2010

Populationen innehåller personer som uppfyller ett eller flera av ovanstående kriterier och som inte avlidit.

Täljare:

Antal personer med demenssjukdom som behandlas med antipsykosläkemedel.

Nämnare:

Antal personer med demenssjukdom.

#### Om redovisningsnivåer och fördelningar

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kommun, kön, ålder, boendeform (särskilt eller ordinärt boende), socioekonomi och födelseland.

#### Kommentarer

<b>Behandling med antipsykosläkemedel</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård, socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>7C. Andelen personer i särskilt boende som behandlas med antipsykosläkemedel</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer i särskilt boende som behandlas med antipsykosläkemedel.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet beteendemässiga eller psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD. BPSD-symtomen orsakar ett stort lidande för personen med demenssjukdom och är ofta svåra att bemöta för anhöriga och vårdpersonal.</p> <p>Behandlingen vid BPSD är inriktad på att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symtomen. Det kan vara behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem eller svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön. Andra vanliga orsaker är brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög läkemedelsdos eller en kombination av olämpliga läkemedel.</p> <p>För personer med demenssjukdom som uppvisar svåra beteendemässiga eller psykiska symtom och andra åtgärder inte visat sig ha effekt kan det bli aktuellt med läkemedelsbehandling. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att hälso- och sjukvården i undantagsfall kan pröva behandling med antipsykosläkemedel. Detta bör dock endast ske när omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön har visat sig vara otillräckliga. Läkemedelsbehandlingen bör pågå under så kort tid som möjligt.</p> <p>Indikatorn, som är baserad på Socialstyrelsens läkemedelsregister och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, visar förskrivningen av antipsykosläkemedel till alla personer i särskilt boende, oavsett om de har en demensdiagnos eller inte. Den stora majoriteten av de som behandlas med antipsykosläkemedel i särskilt boende har dock en demenssjukdom. Vidare har personer med diagnosen psykossjukdom exkluderats från indikatorn.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	<p>Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Första generationens antipsykotiska läkemedel (R72A, R72B)</li> <li>• Andra generationens antipsykotiska läkemedel (73A, 73B)</li> <li>• Antipsykotiska läkemedel (haloperidol eller risperidon, R80)</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Låg nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå för särskilt boende: ≤10 %.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	Läkemedelsregistret och Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Andelen som behandlas med läkemedlen kan påverkas av vilken population som bor i särskilt boende. Detta kan både förklara skillnader över tid samt skillnader mellan olika kommuner eller regioner.

**Teknisk beskrivning**

Med **antipsykosläkemedel** avses följande läkemedel:

Läkemedel	ATC
N05A exkl. N05AN01	Antipsykotika (neuroleptika exkl. litium)

*Mät- eller  
rampopulation:*

Personer med ett verkställt beslut om särskilt boende.  
Personer med tidigare psykosdiagnos (ICD 10: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F22, F23, F25 och F28) är exkluderade från indikatorn.

*Täljare:*

Antal personer i särskilt boende som behandlas med antipsykosläkemedel.

*Nämnare:*

Antal personer i särskilt boende.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kommun, kön, ålder, socioekonomi och födelseland.

**Kommentarer**

Indikatorn omfattar alla personer i särskilt boende, och inte enbart de som har en diagnostiserad demenssjukdom. Indikatorn är ändå viktig att följa, då det saknas andra heltäckande nationella datakällor och det finns stora regionala skillnader i läkemedelsförskrivningen.

<b>Multiprofessionellt teambaserat arbete</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård, socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>8. Demensteam i kommuner och stadsdelar</b>
<b>Mått</b>	Andelen kommuner och stadsdelar med samordningsfunktioner i form av demensteam.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Vid en demensutredning samt vid utformningen av olika vård- och omsorgsinsatser behövs det som regel bedömningar och åtgärder från flera yrkesgrupper. Det finns många sätt att organisera det multiprofessionella arbetet, men ett sätt är de demensteam som finns i många kommuner. Det är viktigt för organisationen av det multiprofessionella arbetet att ingående kompetenser har sin bas i både hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt att det finns en samordnande funktion för hela teamet.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiprofessionellt teambaserat arbete inom vård och omsorg (R27)</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	Enkät till kommuner och stadsdelar. En liknande indikator ingår i Socialstyrelsens öppna jämförelser av kommunal hälso- och sjukvård.
<b>Datakällans status</b>	Datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Indikatorn är baserad på resultat från en enkätundersökning till kommunerna/stadsdelarna, där dessa får ange om de har ett demensteam. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet. Resultatet kan påverkas av hur verksamheten tolkar definitionen av begreppet demensteam.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med <b>demensteam</b> avses multiprofessionella team som har särskilda uppgifter kopplat till demenssjukdom, som till exempel utbildning, samordning och individuella stödinsatser. Här avses inte de team som finns inom enskilda hemtjänstverksamheter och vars uppdrag enbart är att ge insatser inom den egna verksamheten. Det ska finnas en samordnande funktion för teamet, till exempel i form av en demenssjuksköterska.
<i>Mät- eller ram-population:</i>	Alla kommuner och stadsdelar som har besvarat enkätfrågorna.
<i>Täljare:</i>	Antal kommuner och stadsdelar med samordningsfunktioner i form av demensteam.



Nämnare:

Totalt antal kommuner och stadsdelar.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på län respektive kommun.

<b>Multiprofessionellt teambaserat arbete</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård, socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>9. Gränsöverskridande demensteam i samverkan mellan kommun och region</b>
<b>Mått</b>	Andel kommuner och stadsdelar som har demensteam tillsammans med regionen.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Vid utformningen av olika vård- och omsorgsinsatser behövs det som regel bedömningar och åtgärder från flera yrkesgrupper. Det är också viktigt att ingående kompetenser har sin bas i både hälso- och sjukvården och socialtjänsten att det finns en samordnande funktion för hela teamet. I Socialstyrelsens underlag till nationell demensstrategi föreslås ett grundteam som verkar gränsöverskridande mellan verksamheterna i region och kommun. Ett sådant demensteam bör innefatta medicinsk kompetens om demenssjukdom från vardera primärvården och kommunen, kompetens om kognitiv funktionsnedsättning samt kompetens om socialtjänstens insatser.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiprofessionellt teambaserat arbete inom vård och omsorg (R27)</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	Enkät till kommuner och stadsdelar.
<b>Datakällans status</b>	Utvecklingsindikator (förutsätter specifik datainsamling).
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Indikatorn är baserad på resultat från en enkätundersökning till kommunerna/stadsdelarna, där dessa får ange om de har ett demensteam. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet. Resultatet kan påverkas av hur verksamheten tolkar definitionen av begreppet demensteam.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med <b>demensteam</b> avses multiprofessionella team som har särskilda uppgifter kopplat till demenssjukdom, som till exempel utbildning, samordning och individuella stödinsatser. I teamet ska både företrädare för kommunen och regionen ingå.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Alla kommuner och stadsdelar som har besvarat enkätfrågorna.
<i>Täljare:</i>	Antal kommuner och stadsdelar som har demensteam tillsammans med regionen.
<i>Nämnare:</i>	Totalt antal kommuner och stadsdelar.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på län respektive kommun.

<b>Demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård, socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>10A. Demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion (Sve-Dem)</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom som har kontakt med en demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>I de nationella riktlinjerna framhålls vikten av att det finns en samordnande funktion för det multidisciplinära arbetet. Oftast är det en demenssjuksköterska som är ansvarig för samordningen, men det förekommer också att en person med annan yrkesbakgrund har detta uppdrag. Demenssjuksköterskan eller demenssamordnaren är en nyckelperson i det kommunala eller regiongemensamma demens-teamet.</p> <p>I kvalitetsregistret SveDem dokumenteras för närvarande inte om personen med demenssjukdom har kontakt med en demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion, men variabeln kommer att införas i registret.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras inte på någon specifik rekommendation i de nationella riktlinjerna.
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	SveDem, modulerna för primärvård respektive specialistvård.
<b>Datakällans status</b>	Utvecklingsindikator (nationell datakälla finns, men variabeln saknas för närvarande i kvalitetsregistret).
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Alla personer med demenssjukdom registreras inte i kvalitetsregistret SveDem. Särskilt när det gäller primärvården varierar täckningsgraden avsevärt mellan regionerna. Täckningsgraden för SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser är generellt låg.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p>Med <b>demenssjuksköterska</b> avses en sjuksköterska som främst har till uppgift att fungera som samordnare, utbildare och kontaktsköterska för vård och/eller omsorg av personer med demenssjukdom, och som har tydligt avsatt tid för detta.</p> <p>Med <b>annan samordningsfunktion</b> avses personal med annan utbildning/titel än demenssjuksköterska men med likartade arbetsuppgifter.</p>
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Personer som har registrerats i kvalitetsregistret SveDem oavsett tidpunkt för registreringen, men som inte har avlidit.
<i>Täljare:</i>	Antal personer med demenssjukdom som har kontakt med en demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion.
<i>Nämnare:</i>	Antal personer med demenssjukdom.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kommun, kön, ålder och boendeform (särskilt eller ordinärt boende).

**Kommentar**

I kvalitetsregistret SveDem är det för närvarande inte möjligt att dokumentera om personen har haft kontakt med en demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion. Avsikten är dock att detta framöver ska kunna ske i modulen för primärvård respektive specialistvård, och eventuellt också i modulen för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser.

<b>Demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård, socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>10B. Demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion (struktur-enkät)</b>
<b>Mått</b>	Andelen kommuner och stadsdelar med tillgång till demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	I de nationella riktlinjerna framhålls vikten av att det finns en samordnande funktion för det multidisciplinära arbetet. Oftast är det en demenssjuksköterska som är ansvarig för samordningen, men det förekommer också att en person med annan yrkesbakgrund har detta uppdrag. Demenssjuksköterskan eller demenssamordnaren är en nyckelperson i det kommunala eller regiongemensamma demensteamet.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras inte på någon specifik rekommendation i de nationella riktlinjerna.
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	Enkät till kommuner och stadsdelar.
<b>Datakällans status</b>	Utvecklingsindikator (förutsätter specifik datainsamling).
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Indikatorn är baserad på resultat från en enkätundersökning till kommunerna/stadsdelarna, där dessa får ange om de har en demenssjuksköterska eller en annan samordningsfunktion med likartade arbetsuppgifter. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med <b>demenssjuksköterska</b> avses en sjuksköterska som främst har till uppgift att fungera som samordnare, utbildare och kontaktsköterska för vård och/eller omsorg av personer med demenssjukdom, och som har tydligt avsatt tid för detta. Med <b>annan samordningsfunktion</b> avses personal med annan utbildning/titel än demenssjuksköterska men med likartade arbetsuppgifter.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Alla kommuner och stadsdelar som har besvarat enkätfrågorna.
<i>Täljare:</i>	Antal kommuner och stadsdelar med funktionen demenssjuksköterska eller demenssamordnare.
<i>Nämnare:</i>	Totalt antal kommuner och stadsdelar.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på län respektive kommun.

<b>Utbildning och handledning</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård, socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>11. Personal med längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demens</b>
<b>Mått</b>	Andelen särskilda boenden respektive hemtjänstverksamheter med vård- och omsorgspersonal som har genomgått längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demenssjukdom.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	För att kunna erbjuda en personcentrerad vård och omsorg behöver vård- och omsorgspersonalen utbildning, träning och handledning inom området. Det är en fördel om det finns vård- och omsorgspersonal inom verksamheten som har en längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demenssjukdom, som kan stödja den övriga personalgruppen och bidra till att utveckla verksamheten.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna: <ul style="list-style-type: none"> <li>Långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom (R25).</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	Enkät till särskilda boenden/hemtjänstverksamheter.
<b>Datakällans status</b>	Utvecklingsindikator (förutsätter specifik datainsamling).
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Indikatorn baseras på resultat från en enkätundersökning till ett urval särskilda boenden/hemtjänstverksamheter, där dessa får ange om de har någon omsorgspersonal med längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demenssjukdom. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med <b>längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demenssjukdom</b> avses till exempel utbildning till Silviasyster eller KY-utbildning/YH-utbildning (Kvalificerad Yrkesutbildning respektive Yrkeshögskoleutbildning) med inriktning mot demensvård eller motsvarande. Även fristående kurser inom demensområdet på högskolenivå kan ingå.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Ett urval av landets särskilda boenden respektive hemtjänstverksamheter.
<i>Täljare:</i>	Antal särskilda boenden/hemtjänstverksamheter med vård- och omsorgspersonal som genomgått längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demenssjukdom
<i>Nämnare:</i>	Totalt antal särskilda boenden/hemtjänstverksamheter som ingår i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket.

<b>Regelbundna reflektionsmöten</b>	
<b>Verksamhetsområde: socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>12. Tillgång till regelbundna reflektionsmöten</b>
<b>Mått</b>	Andelen särskilda boenden respektive hemtjänstverksamheter som erbjuder personalen regelbundna reflektionsmöten.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	För att kunna erbjuda en personcentrerad vård och omsorg samt förstå och bearbeta utmaningar i möten med personer med demenssjukdom behöver vård- och omsorgspersonalen ges möjlighet att reflektera över och praktiskt träna olika metoder att utveckla bemötandet. Detta kan till exempel ske vid särskilda reflektionsmöten. Syftet med reflektionsmötena är att komma fram till vad som fungerar bra respektive mindre bra i det konkreta mötet med omsorgstagarna, samt vad som skulle kunna göras annorlunda. Reflektionsmötet leds av en person från den egna arbetsgruppen.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras inte på någon specifik rekommendation i de nationella riktlinjerna, men regelbundna reflektionsmöten är av stor betydelse för att utveckla personalens kompetens samt för att kunna erbjuda en personcentrerad vård och omsorg.
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	Enkät till särskilda boenden/hemtjänstverksamheter.
<b>Datakällans status</b>	Utvecklingsindikator (förutsätter specifik datainsamling).
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Indikatorn baseras på resultat från en enkätundersökning till ett urval särskilda boenden respektive hemtjänstverksamheter, där dessa får ange om det anordnas reflektionsmöten och hur ofta detta i så fall sker. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatets tillförlitlighet.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med <b>reflektionsmöten</b> avses möten där personalen tillsammans får möjlighet att reflektera över det dagliga arbetet, specifika arbetssituationer, förhållningssätt och bemötandet av vård- och omsorgstagarna. Mötet leds av en person från den egna arbetsgruppen.  Med <b>regelbundna</b> reflektionsmöten avses att reflektionsmötena äger rum minst en gång i veckan.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Ett urval av landets särskilda boenden respektive hemtjänstverksamheter.
<i>Täljare:</i>	Antal särskilda boenden/hemtjänstverksamheter som har anordnat reflektionsmöten minst en gång i veckan under det senaste året.
<i>Nämnare:</i>	Totalt antal särskilda boenden/hemtjänstverksamheter som ingår i mätpopulationen.



**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket.

<b>Regelbunden handledning</b>	
<b>Verksamhetsområde: socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>13. Tillgång till regelbunden handledning</b>
<b>Mått</b>	Andelen särskilda boenden respektive hemtjänstverksamheter som erbjuder personalen regelbunden, extern handledning.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	För att kunna erbjuda en personcentrerad vård och omsorg behöver vård- och omsorgspersonalen långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning. Handledningen bör ske regelbundet och inte endast när ett akut behov av handledning uppstår samt ges av en person utanför den egna personalgruppen.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna: <ul style="list-style-type: none"> <li>Långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom (R25).</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	Enkät till särskilda boenden respektive hemtjänstverksamheter.
<b>Datakällans status</b>	Utvecklingsindikator (förutsätter specifik datainsamling).
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Indikatorn baseras på resultat från en enkätundersökning till ett urval särskilda boenden/hemtjänstverksamheter, där dessa får ange om personalen får extern handledning och hur ofta detta i så fall sker. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med <b>extern handledning</b> avses att med stöd av en handledare diskutera och analysera känslor och upplevelser som kan relateras till arbetet. Handledaren ska vara någon utanför den egna verksamheten och ha kompetens inom handledningsmetodik. Handledningen kan ske individuellt eller i grupp.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Ett urval av landets särskilda boenden respektive hemtjänstverksamheter.
<i>Täljare:</i>	Antal särskilda boenden/hemtjänstverksamheter som har erbjudit vård- och omsorgspersonalen extern handledning minst en gång i halvåret under det senaste året, och där minst halva personalgruppen har deltagit i handledningen.
<i>Nämnare:</i>	Totalt antal särskilda boenden/hemtjänstverksamheter som ingår i mätpopulationen.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket.

<b>Särskilt boende</b>	
<b>Verksamhetsområde: socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>14A. Personer med demenssjukdom i särskilt boende (SveDem)</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom som bor i särskilt boende.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Personer med omfattande fysiska eller kognitiva besvär kan behöva insatser dygnet runt, vilket kan erbjudas vid ett särskilt boende. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att socialtjänsten bör erbjuda ett särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom. Det innebär bland annat att boendet ska vara småskaligt och ha en inkluderande boendemiljö.</p> <p>Antalet platser i särskilt boende har minskat under det senaste decenniet och många kommuner bedömer att de har en brist på platser. Därför är det viktigt att kontinuerligt följa hur stor andel av personer med demenssjukdom som bor i särskilt boende.</p> <p>I kvalitetsregistret SveDem dokumenteras om personen är bosatt i särskilt eller ordinärt boende. Detta sker både i samband med grundregistreringen och vid senare uppföljningstillfällen i primärvård, specialistvård samt i modulerna för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser.</p>
<b>Nationell kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationell kunskapsstöd</b>	<p>Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom (R95)</li> </ul> <p>Indikatorn innehåller dock ingen information om huruvida det särskilda boendet är anpassat för personer med demenssjukdom, på det sätt som beskrivs i de nationella riktlinjerna.</p>
<b>Riktning</b>	Oklar riktning, men viktigt att följa utvecklingen över tid.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	SveDem, modulerna för primärvård, specialistvård och särskilt boende.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	<p>Alla personer med demenssjukdom registreras inte i kvalitetsregistret SveDem. Särskilt när det gäller primärvården varierar täckningsgraden avsevärt mellan regionerna. Täckningsgraden för SveDems modul för särskilt boende är fortfarande låg.</p> <p>Personer som grundregistreras i SveDem befinner sig relativt tidigt i sjukdomsförloppet, då de ofta är bosatta i ordinärt boende. Eftersom dessa personer är överrepresenterade i registret gör det att andelen som bor i särskilt boende kan förväntas vara mindre än i demenspopulationen i stort.</p> <p>Personer som är beviljade socialtjänstinsatser, men som inte har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, registreras inte i kvalitetsregister. Det gör att det inte är möjligt att följa upp boendeformen för dessa personer.</p>

### Teknisk beskrivning

Med **demenssjukdom** avses följande diagnoskoder:

Huvud- och bidiagnos	ICD10
Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut	F000
Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut	F001
Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ	F002
Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad	F003
Vaskulär demens	F01-
Vaskulär demens med akut debut	F010
Multiinfarktdemens	F011
Subkortikal vaskulär demens	F012
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens	F013
Annan specificerad vaskulär demens	F018
Vaskulär demens, ospecificerad	F019
Demens vid Creutzfeldt-Jakobs sjukdom	F021
Demens vid Huntingtons sjukdom	F022
Demens vid Parkinsons sjukdom	F023
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus	F024
Demens vid andra specificerade sjukdom som klassificeras annorstädes	F028
Ospecificerad demens	F039
Demens UNS	F03-P
Alkoholdemens	F107A
Alzheimers sjukdom	G30-
Alzheimers sjukdom med tidig debut	G300
Alzheimers sjukdom med sen debut	G301
Annan specificerad form av Alzheimers sjukdom	G308
Alzheimers sjukdom, ospecificerad	G309

*Mät- eller  
rampopulation:*

Personer som har registrerats i kvalitetsregistret SveDem oavsett tidpunkt för registreringen, men som inte har avlidit.

*Täljare:*

Antal personer med demenssjukdom bosatta i särskilt boende.

*Nämnare:*

Antal personer med demenssjukdom.

### Om redovisningsnivåer och fördelningar

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på län, kommun, kön och ålder.

Särskilt boende	
Verksamhetsområde: socialtjänst	
Titel (Kortnamn)	14B. Personer med demenssjukdom i särskilt boende (Socialstyrelsens demenspopulation)
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom som bor i särskilt boende.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Personer med omfattande fysiska eller kognitiva besvär kan behöva insatser dygnet runt, vilket kan erbjudas vid ett särskilt boende. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att socialtjänsten bör erbjuda ett särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom. Det innebär bland annat att boendet ska vara småskaligt och ha en inkluderande boendemiljö.</p> <p>Antalet platser i särskilt boende har minskat under det senaste decenniet och många kommuner bedömer att de har en brist på platser. Därför är det viktigt att kontinuerligt följa hur stor andel av personer med demenssjukdom som bor i särskilt boende.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	<p>Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom (R95)</li> </ul> <p>Indikatorn innehåller dock ingen information om huruvida det särskilda boendet är anpassat för personer med demenssjukdom, på det sätt som beskrivs i de nationella riktlinjerna.</p>
<b>Riktning</b>	Oklar riktning, men viktigt att följa utvecklingen över tid.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning samt Sve-Dem och BPSD-registret.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, men förutsätter samkörning mellan flera register.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Alla personer med demenssjukdom går inte att fånga via de aktuella registren. Det kan till exempel handla om de som befinner sig i ett tidigt skede av sjukdomen och som ännu inte fått någon demensdiagnos, de som har fått sin diagnos inom primärvården men som inte behandlas med demensläkemedel eller registrerats i Sve-Dem samt äldre, multisjuka personer där det inte bedöms som lämpligt att personen ska genomgå en demensutredning och som därför saknar en demensdiagnos.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p>Med <b>antal personer med demenssjukdom</b> avses Socialstyrelsens demenspopulation, vilken innehåller:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>alla personer som har registrerats med en demensdiagnos i patientregistret (ICD10-koderna G30, F00-F03 eller F051 respektive ICD9-koderna 290 eller 294B) som huvud- eller bi-diagnos sedan 2007</li> </ul>
	<i>Mät- eller rampopulation:</i>

- alla personer som expedierats demensläkemedel (ATC-kod N06D) enligt läkemedelsregistret någon gång sedan 2007
- alla personer som registrerats i SveDem sedan registrets start år 2007
- alla personer som registrerats i BPSD-registret sedan registrets start år 2010

Populationen innehåller personer som uppfyller ett eller flera av ovanstående kriterier och som inte avlidit.

*Täljare:*

Antal personer med demenssjukdom som har ett verkställt beslut om särskilt boende den sista december det aktuella året.

*Nämnare:*

Antal personer med demenssjukdom.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på län, kommun, kön, ålder, socioekonomi och födelseland.

<b>Dagverksamhet</b>	
<b>Verksamhetsområde: socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>15A. Plats i dagverksamhet (SveDem)</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom i ordinärt boende som har plats på dagverksamhet.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Personer med demenssjukdom bör erbjudas möjlighet att delta i dagverksamhet. Syftet med dagverksamheten är att erbjuda personer med demenssjukdom gemenskap och aktivering för att ge dem möjlighet att bo kvar i sitt hem, samtidigt som anhöriga får en tillfällig avlösning. Yngre personer med demenssjukdom bör erbjudas dagverksamhet som är särskilt anpassad för målgruppen. I kvalitetsregistret SveDem dokumenteras om personen har en plats i dagverksamhet. Detta sker både i samband med grundregistreringen och vid senare uppföljningstillfällen i primärvård, specialistvård samt i modulen för hemsjukvård med omsorgsinsatser.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom (R51)</li> <li>• Dagverksamhet anpassad för yngre personer med demenssjukdom (R52)</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	SveDem, modulerna för primärvård, specialistvård samt hemsjukvård med omsorgsinsatser.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Alla personer med demenssjukdom registreras inte i kvalitetsregistret SveDem. Särskilt när det gäller primärvården varierar täckningsgraden avsevärt mellan regionerna. Täckningsgraden för SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser är generellt låg. Personer som är beviljade socialtjänstinsatser, men som inte har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, registreras inte i kvalitetsregister. Det gör att det inte är möjligt att följa upp om dessa personer har plats på dagverksamhet.
<b>Teknisk beskrivning</b>	I SveDems formulär är insatsen dagverksamhet uppdelad på: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom</li> <li>• Anpassad för yngre personer med demenssjukdom</li> <li>• Ej specifikt anpassad för personer med demenssjukdom.</li> </ul> Det gör det möjligt att redovisa indikatorn uppdelat på dessa grupper.



	Av SveDems formulär framgår inte huruvida dagverksamheten är biståndsbeslutad eller inte.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Personer som har registrerats i kvalitetsregistret SveDem oavsett tidpunkt för registreringen, men som inte har avlidit. Endast personer bosatta i ordinärt boende.
<i>Täljare:</i>	Antal personer med demenssjukdom i ordinärt boende som har plats på dagverksamhet.
<i>Nämnare:</i>	Antal personer med demenssjukdom i ordinärt boende.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på län, kommun, kön och ålder.

<b>Dagverksamhet</b>	
<b>Verksamhetsområde: socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>15B. Plats i dagverksamhet (Socialstyrelsens demenspopulation)</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom i ordinärt boende som har ett verkställt biståndsbeslut om dagverksamhet.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Personer med demenssjukdom bör erbjudas möjlighet att delta i dagverksamhet. Syftet med dagverksamheten är att erbjuda personer med demenssjukdom gemenskap och aktivering för att ge dem möjlighet att bo kvar i sitt hem, samtidigt som anhöriga ges en tillfällig avlösning.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom (R51)</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning samt Sve-Dem och BPSD-registret.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, men förutsätter samkörning mellan flera register.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	I Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning ingår endast personer som har ett biståndsbeslut om dagverksamhet, och där beslutet har verkställts. Det innebär att personer med icke verkställda beslut, eller som deltar i dagverksamhet utan biståndsbeslut om detta, inte ingår i indikatorn. Alla personer med demenssjukdom går inte att fånga via de aktuella registren. Det kan till exempel handla om de som befinner sig i ett tidigt skede av sjukdomen och som ännu inte fått någon demensdiagnos, de som har fått sin diagnos inom primärvården men som inte behandlas med demensläkemedel eller registrerats i Sve-Dem samt äldre, multisjuka personer där det inte bedöms som lämpligt att personen ska genomgå en demensutredning och som därför saknar en demensdiagnos.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med <b>antal personer med demenssjukdom</b> avses Socialstyrelsens demenspopulation, vilken innehåller: <ul style="list-style-type: none"> <li>alla personer som har registrerats med en demensdiagnos i patientregistret (ICD10-koderna G30, F00-F03 eller F051 respektive ICD9-koderna 290 eller 294B) som huvud- eller bidiagnos sedan 2007</li> <li>alla personer som expedierats demensläkemedel (ATC-kod N06D) enligt läkemedelsregistret någon gång sedan 2007</li> <li>alla personer som registrerats i SveDem sedan registrets start år 2007</li> </ul>
	<i>Mät- eller rampopulation:</i>

- alla personer som registrerats i BPSD-registret sedan registrets start år 2010

Mätpopulationen innehåller personer som uppfyller ett eller flera av ovanstående kriterier och som inte har avlidit.

Mätpopulationen innehåller endast personer bosatta i ordinärt boende. Uppgifterna om boendeform är hämtade från Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

*Täljare:* Antal personer med demenssjukdom i ordinärt boende som har ett verkställt biståndsbeslut om dagverksamhet den sista december det aktuella året.

*Nämnare:* Antal personer med demenssjukdom i ordinärt boende.

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på län, kommun, kön, ålder, socioekonomi och födelseland.

<b>Personcentrerad vård och omsorg</b>	
<b>Verksamhetsområde: socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>16. Levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformande</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom vid ordinärt respektive särskilt boende vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens och omsorgens utformande.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Personcentrerad omvårdnad innebär att personen, och inte demenssjukdomen, sätts i fokus och att vården och omsorgen tar utgångspunkt i personens upplevelse av sin verklighet.</p> <p>I den personcentrerade vården och omsorgen uppmuntras personen med demenssjukdom, ibland tillsammans med anhöriga, att berätta om sig själv och sitt liv för att underlätta förståelsen för personens livsmönster, värderingar och preferenser. Detta kan dokumenteras i form av en levnadsberättelse.</p> <p>I SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser dokumenteras om levnadsberättelsen ligger till grund för vårdens och omsorgens utformande.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras inte på någon specifik rekommendation i de nationella riktlinjerna. Levnadsberättelsen utgör dock ett viktigt verktyg i den personcentrerade vården och omsorgen.
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå $\geq 98$ %.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Individanpassad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	SveDem, modulen för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	<p>Täckningsgraden för SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser är låg.</p> <p>Personer som är beviljade socialtjänstinsatser, men som inte har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, registreras inte i kvalitetsregister. Det gör att det inte är möjligt att följa upp om levnadsberättelsen ligger till grund för vårdens och omsorgens utformande för dessa personer.</p> <p>Formuleringen "levnadsberättelsen ligger till grund för vårdens och omsorgens utformande" kan tolkas olika av verksamheterna.</p>
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med <b>levnadsberättelse</b> avses ett skriftligt dokument som ligger till grund för den personcentrerade vården och omsorgen. Här finns bland annat information om livsmönster, värderingar och preferenser. Informationen ger en god bild av vem personen är och har varit. Levnadsberättelsen ger vård- och omsorgspersonalen en möjlighet att inta personens perspektiv, det vill säga få en förståelse för hur personen med demenssjukdom kan tänkas uppfatta världen och den specifika situationen. Detta kan vara till hjälp i bemötandet.

	Personens upplevelse av världen och olika situationer kan förändras över tid. Detta gör att dokumentet kan behöva kompletteras fortlöpande, allteftersom livet fortsätter.
Mät- eller rampopulation:	Samtliga personer som har registrerats i SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser under en viss tidsperiod.
Täljare:	Antal personer med demenssjukdom vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens och omsorgens utformande.
Nämnare:	Antal personer med demenssjukdom som ingår i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på län, kommun, kön och ålder.

<b>Personcentrerad vård och omsorg</b>	
<b>Verksamhetsområde: socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>17. Individuella miljöanpassningar i genomförandeplanen</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom med individuella miljöanpassningar beskriva i den enskildes genomförandeplan.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Många personer med demenssjukdom tillbringar en stor del av sin tillvaro inom äldreboendet eller den egna lägenheten och inom miljön är därför central för de som bor där. En väl genomtänkt miljö som är tydlig samt lätt att tolka och förstå kan underlätta för personer med kognitiva svårigheter och har betydelse för deras välbefinnande.</p> <p>Utöver generella miljöanpassningar har personer med demenssjukdom behov av individuella anpassningar. Det kan till exempel handla om att lägenheten är personligt möblerad för att bidra till igenkänning och välbefinnande och att belysningen och dukningen vid måltider är anpassad till den enskildes behov.</p> <p>I SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser dokumenteras om individuella miljöanpassningar finns beskrivna i den enskildes genomförandeplan. Exempel på individuella miljöanpassningar finns beskrivna i SveDems formulär.</p>
<b>Nationell kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationell kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras inte på någon specifik rekommendation i de nationella riktlinjerna. I riktlinjerna framhålls dock betydelsen av en inkluderande boendemiljö, och individuella miljöanpassningar utgör en viktig del av det personcentrerade förhållningssättet.
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå $\geq 98$ %.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Individanpassad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	SveDem, modulen för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser. Tillgången till dokumenterade beskrivningar av individuella miljöanpassningar går också att följa via BPSD-registret.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	<p>Täckningsgraden för SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser är låg.</p> <p>Personer som är beviljade socialtjänstinsatser, men som inte har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, registreras inte i kvalitetsregister. Det gör att det inte är möjligt att följa upp om individuella miljöanpassningar har dokumenterats i genomförandeplanen för dessa personer.</p>
<b>Teknisk beskrivning</b>	<b>Individuella miljöanpassningar</b> innebär till exempel att lägenheten är personligt möblerad för att bidra till igenkänning och välbefinnande, och att dukningen vid måltider är utformad efter personens behov. Fler exempel på individuella miljöanpassningar finns beskrivna i SveDems formulär.

Mät- eller  
rampopulation:

Personer som har registrerats i SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser under en viss tidsperiod och som har en genomförandeplan.

Täljare:

Antal personer med demenssjukdom med individuella miljöanpassningar beskrivna i den enskildes genomförandeplan.

Nämnare:

Antal personer med demenssjukdom som har en genomförandeplan.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på län, kommun, kön och ålder.

<b>Personcentrerad vård och omsorg</b>	
<b>Verksamhetsområde: socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>18. Strategier för bemötande i genomförandeplanen</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom med strategier för bemötande dokumenterade i den enskildes genomförandeplan.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att personen med demenssjukdom sätts i fokus, och inte diagnosen. Personen med demenssjukdom bör bemötas som en unik och kapabel person med självkänsla och rättigheter, trots förändrade funktioner. Personalen bör värna den demenssjukes självbestämmande och betrakta hen som en aktiv samarbetspartner.</p> <p>För att säkerställa att personalen arbetar personcentrerat bör strategier för bemötande vara dokumenterade i den enskildes genomförandeplan. Strategierna bör beskriva hur personen ska bemötas för att kunna fungera optimalt trots sviktande förmågor.</p> <p>I SveDem:s moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser dokumenteras om strategier för bemötande finns beskrivna i den enskildes genomförandeplan. I SveDem:s formulär ges konkreta exempel på strategier för bemötande.</p>
<b>Nationell kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationell kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras inte på någon specifik rekommendation i de nationella riktlinjerna. Att det finns strategier för bemötande utgör dock en viktig del av det personcentrerade förhållningssättet.
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå $\geq 98$ %.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Individanpassad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	<p>SveDem, modulen för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser.</p> <p>Tillgången till dokumenterade strategier för bemötande går också att följa via BPSD-registret.</p>
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	<p>Täckningsgraden för SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser är låg.</p> <p>Personer som är beviljade socialtjänstinsatser, men som inte har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, registreras inte i kvalitetsregister. Det gör att det inte är möjligt att följa upp om strategier för bemötande har dokumenterats i genomförandeplanen för dessa personer.</p>
<b>Teknisk beskrivning</b>	Exempel på <b>strategier för bemötande</b> finns beskrivna i SveDems formulär.



*Mät- eller  
rampopulation:*

Personer som har registrerats i SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser under en viss tidsperiod och som har en genomförandeplan.

*Täljare:*

Antal personer med demenssjukdom med strategier för bemötande beskrivna i den enskildes genomförandeplan.

*Nämnare:*

Antal personer med demenssjukdom som har en genomförandeplan.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på län, kommun, kön och ålder.

<b>Personcentrerad vård och omsorg</b>	
<b>Verksamhetsområde: socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>19. Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom som har erbjudits personcentrerade aktiviteter eller annan stimulans utifrån genomförandeplanen under den senaste veckan.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Personer med demenssjukdom har behov av meningsfulla aktiviteter, som omfattar både fysisk aktivitet och social samvaro. Aktiviteterna bör vara individuellt anpassade och ges under en för personen avsatt tid. Det kan till exempel handla om utevistelse, hushållssysslor, fysisk aktivitet, musik, dans och andra kulturella aktiviteter eller annat som stimulerar personen och som ger utrymme för egen tid där personen är i centrum. Aktivitet innebär också att få vara delaktig i utförande av det dagliga livets normala aktiviteter.</p> <p>För personer som är i en sen fas av sjukdomen eller som är svårt somatiskt sjuka kan det vara svårt att delta i aktiviteter som kräver att de själva utför aktiviteterna. Stimulans kan i detta sammanhang vara att se på då någon annan utför en aktivitet. Av vikt är dock att personen med demenssjukdom är i centrum och involveras i det som utförs genom att berätta om det som sker. Att lyssna på musik tillsammans, sjunga med eller för personen eller att få taktil stimulering är exempel på stimulerande aktiviteter.</p> <p>För att säkerställa att den enskilde får tillgång till personcentrerade aktiviteter bör dessa vara dokumenterade i den enskildes genomförandeplan. I SveDem:s moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser dokumenteras om en person helt eller delvis har erbjudits de aktuella aktiviteterna under den senaste veckan. Alternativet "delvis" ingår eftersom det kan finnas väl motiverade skäl till att inte erbjuda samtliga aktiviteter som ingår i genomförandeplanen under en specifik vecka. Att vara lyhörd för den enskildes behov och önskemål, till exempel varierande dagsform eller lust att delta i olika aktiviteter, är en viktig del av det personcentrerade förhållningssättet.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras inte på någon specifik rekommendation i de nationella riktlinjerna. Att en person med demenssjukdom erbjuds personcentrerade aktiviteter eller annan stimulans utgör dock en viktig del av det personcentrerade förhållningssättet.
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå $\geq 98$ %.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Individanpassad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	SveDem, modulen för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser. Tillgången till personcentrerade aktiviteter eller annan stimulans går också att följa via BPSD-registret.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.

**Felkällor och begränsningar**

Täckningsgraden för SveDem:s moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser är låg. Personer som är beviljade socialtjänstinsatser, men som inte har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, registreras inte i kvalitetsregister. Det gör att det inte är möjligt att följa upp tillgången till personcentrerade aktiviteter eller annan stimulans för dessa personer.

**Teknisk beskrivning**

Med **personcentrerade aktiviteter och annan stimulans** avses till exempel utevistelse, hushållssysslor, fysisk aktivitet, musik, dans och andra kulturella aktiviteter eller annat som stimulerar personen och som ger utrymme för egen tid där personen är i centrum. Aktivitet innebär också att få vara delaktig i utförande av det dagliga livets normala aktiviteter.

*Mät- eller  
rampopulation:*

Personer som har registrerats i SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser under en viss tidsperiod och som har en genomförandeplan.

*Täljare:*

Antal personer med demenssjukdom som helt eller delvis har erbjudits personcentrerade aktiviteter eller annan stimulans utifrån genomförandeplanen under den senaste veckan.

*Nämnare:*

Antal personer med demenssjukdom som har en genomförandeplan.

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på län, kommun, kön och ålder.

<b>Anhörigstöd</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>20. Initiativ till anhörigstöd i samband med demensdiagnos</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom där vården initierat stöd till anhöriga i samband med att personen meddelas diagnosen.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>När en person insjuknar i demenssjukdom påverkas de anhöriga och andra närstående, och det är viktigt att de får möjlighet att delta i informations- och utbildningsprogram där de får strukturerad information om bland annat demenssjukdomens symtom, orsaker samt förväntade utveckling. Ofta innehåller utbildningen också moment om hur anhöriga kan bemöta olika typer av symtom hos personer med demenssjukdom samt information om möjliga behandlings- och stödinsatser från samhället. Det finns också psykosociala stödprogram där anhöriga träffas för att utbyta erfarenheter och relationsbaserade stödprogram, där även personen med demenssjukdom deltar.</p> <p>Det är angeläget att verksamheter som utreder och diagnostiserar personer med demenssjukdom uppmärksammar anhörigas behov och tidigt tar initiativ till anhörigstöd. Stödet kan ges av den verksamhet som har ställt diagnosen, men i många fall hänvisas anhöriga och andra närstående till det anhörigstöd som tillhandahålls av kommunerna. Det finns en skyldighet för socialnämnden att erbjuda anhörigstöd till personer som vårdar en närstående som är äldre, långvarigt sjuk eller som har en funktionsnedsättning (5 kap. 10 § SoL). I kvalitetsregistret SveDem dokumenteras om verksamheten har initierat stöd till anhöriga. Med detta avses att anhöriga har erbjudits utbildning, stödsamtal eller liknande, eller att de har fått skriftlig information om var de ska vända sig för att få sådant stöd.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	<p>Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relationsbaserat stödprogram tillsammans med personen med demenssjukdom (R84)</li> <li>• Utbildningsprogram (R85)</li> <li>• Psykosociala stödprogram (R86)</li> <li>• Individuellt anpassat stöd (R89)</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå $\geq 95$ %.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	SveDem, modulerna för primärvård och specialistvård.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Alla personer som genomgår en demensutredning och får en demensdiagnos registreras inte i SveDem. Särskilt när det gäller de utredningar som genomförs inom primärvården varierar täckningsgraden avsevärt mellan regionerna.

<b>Teknisk beskrivning</b>	Primärvårdens respektive specialistvårdens ansvar för att genomföra demensutredningar varierar också mellan olika delar av landet, vilket kan förklara en del av skillnaderna mellan regionerna.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Med <b>initerat stöd till anhöriga</b> avses att de anhöriga har erbjudits utbildning, stödsamtal eller liknande, eller att anhöriga har fått information om var de ska vända sig för att få stöd.
<i>Täljare:</i>	Personer som saknar anhöriga ingår inte i indikatorn.
<i>Nämnare:</i>	Personer som har genomgått en demensutredning, fått en demensdiagnos och därefter registrerats i SveDem under en bestämd tidsperiod. Personer som saknar anhöriga ingår inte i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Antal personer med demenssjukdom där vården initierar stöd till anhöriga i samband med att personen meddelas diagnosen.
	Antal personer med nydiagnostiserad demenssjukdom.
	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kön och ålder samt primärvård respektive specialistvård.

<b>Anhörigstöd</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård, socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>21. Anhöriga som erhållit informations- eller utbildningsprogram, anhöriggrupp eller stödsamtal</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom vars anhöriga har erhållit anhörigstöd i form av informations- eller utbildningsprogram, anhöriggrupp eller stödsamtal under tiden fram till det första uppföljnings-tillfället.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>När en person insjuknar i demenssjukdom påverkas de anhöriga och andra närstående, och det är viktigt att de får möjlighet att delta i informations- och utbildningsprogram där de får strukturerad information om bland annat demenssjukdomens symtom, orsaker samt förväntade utveckling. Ofta innehåller utbildningen också moment om hur anhöriga kan bemöta olika typer av symtom hos personer med demenssjukdom samt information om möjliga behandlings- och stödinsatser från samhället. Det finns också psykosociala stödprogram där anhöriga träffas för att utbyta erfarenheter och relationsbaserade stödprogram, där även personen med demenssjukdom deltar.</p> <p>Det är angeläget att verksamheter som utreder personer med demenssjukdom uppmärksammar anhörigas behov och tidigt tar initiativ till anhörigstöd. Stödet kan ges av den verksamhet som har ställt diagnosen, men i många fall hänvisas anhöriga och andra närstående till det anhörigstöd som tillhandahålls av kommunerna. Det finns en skyldighet för socialnämnden att erbjuda anhörigstöd till personer som vårdar en närstående som är äldre, långvarigt sjuk eller som har en funktionsnedsättning (5 kap. 10 § SoL).</p> <p>I kvalitetsregistret SveDem dokumenteras det vid uppföljningstillfällen om de anhöriga har erhållit anhörigstöd i form av till exempel informations- eller utbildningsprogram, anhöriggrupp eller individuella stödsamtal.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	<p>Indikatorn baseras på följande rekommendationer i de nationella riktlinjerna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relationsbaserat stödprogram tillsammans med personen med demenssjukdom (R84)</li> <li>• Utbildningsprogram (R85)</li> <li>• Psykosociala stödprogram (R86)</li> <li>• Individuellt anpassat stöd (R89)</li> </ul>
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	SveDem, modulerna för primärvård, specialistvård, särskilt boende samt hemsjukvård med omsorgsinsatser.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Alla personer med demenssjukdom registreras inte i kvalitetsregistret SveDem. Särskilt när det gäller primärvården varierar täckningsgra-

den avsevärt mellan regionerna. Täckningsgraden för SveDems moduler för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser är generellt låg.

Alla uppföljningsbesök registreras inte i SveDem. Detta gäller även de verksamheter som grundregistrerar patienter i kvalitetsregistret, i samband med att de har ställt en demensdiagnos. Dessutom kan uppföljning ske i samband med andra läkarbesök (inte demensspecifika), vilket gör att dessa inte registreras i SveDem.

**Teknisk beskrivning**

Personer som saknar anhöriga ingår inte i indikatorn. Personer vars anhöriga har erbjudits anhörigstöd, men som har tackat nej till stödet, ingår inte heller i indikatorn.

*Mät- eller  
rampopulation:*

Personer med demenssjukdom som har minst ett uppföljningstillfälle registrerat i SveDem under en bestämd tidsperiod. Personer som saknar anhöriga ingår inte i mätpopulationen.

*Täjljare:*

Antal personer med demenssjukdom vars anhöriga har erhållit anhörigstöd i form av informations- eller utbildningsprogram, anhöriggrupp eller stödsamtal under tiden från diagnos fram till det första uppföljningstillfället.

*Nämnare:*

Antal personer med demenssjukdom som har minst ett uppföljningstillfälle registrerat i SveDem.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kön och ålder samt primärvård respektive specialistvård.

# Övergripande indikatorer



<b>Deltagande i kvalitetsregister</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>22A. Deltagande i kvalitetsregister, SveDem (uppskattad prevalens)</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom som är registrerade i Svenska demensregistret, i förhållande till den uppskattade förekomsten.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Nationella kvalitetsregister beskriver vårdkvalitet och möjliggör olika typer av uppföljning och jämförelser. En hög registrering i kvalitetsregister är därför önskvärd. Det saknas nationella uppgifter om hur många personer som har en demenssjukdom i Sverige. Ny epidemiologisk forskning tyder på att förekomsten av demenssjukdom har minskat hos de äldsta, vilket gör att antalet nu uppskattas till mellan 130 000 och 150 000 personer. Indikatorn syftar till att belysa hur stor andel av personer med demenssjukdom som är registrerade i Svenska demensregistret, i förhållande till det uppskattade antalet demenssjuka i Sverige.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras inte på någon specifik rekommendation i de nationella riktlinjerna. En hög täckningsgrad i kvalitetsregistret är dock en förutsättning för att kunna följa upp många av rekommendationerna – både på lokal, regional och nationell nivå.
<b>Annan referens</b>	För en beskrivning av förekomsten av demenssjukdom i Sverige: SNAC, Demensförekomst i Sverige: geografiska och tidsmässiga trender 2001-2013. Resultat från den nationella studien om äldre, vård och omsorg – SNAC.
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	SveDem och SCB:s befolkningsstatistik.
<b>Datakällans status</b>	Utvecklingsindikator.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Det saknas nationella data om antalet personer med demenssjukdom, vilket gör att uppgifterna om prevalens bygger på en skattning och inte på exakta tal.
<b>Teknisk beskrivning</b>	
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Antal personer med demenssjukdom enligt skattad förekomst.
<i>Täljare:</i>	Antal personer med demenssjukdom som är registrerade i SveDem, oavsett registrerings tidpunkt, men som inte har avlidit.
<i>Nämnare:</i>	Antal personer med demenssjukdom enligt skattad förekomst.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kön och ålder.

**Kommentarer**

Alla personer med demenssjukdom söker inte vård för sina symtom eller fångas inte upp när de har kontakt med hälso- och sjukvården. Det finns också vissa grupper, som gamla, multisyjuka och sköra personer, där en demensutredning troligen inte ger någon ytterligare behandlings- eller omvårdningsvinst. Detta gör att täckningsgraden i kvalitetsregistret inte kan förväntas uppgå till 100 procent.

---

<b>Deltagande i kvalitetsregister</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>22B. Deltagande i kvalitetsregister, SveDem (demenspopulationen)</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med demenssjukdom som finns registrerade i Svenska demensregistret, i förhållande till Socialstyrelsens demenspopulation.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Nationella kvalitetsregister beskriver vårdkvalitet och möjliggör olika typer av uppföljning och jämförelser. En hög registrering i kvalitetsregister är därför önskvärd.</p> <p>Det saknas nationella uppgifter om hur många personer som har en demenssjukdom i Sverige. Ny epidemiologisk forskning tyder på att förekomsten av demenssjukdom har minskat hos de äldsta, vilket gör att antalet nu uppskattas till mellan 130 000 och 150 000 personer. Många av dessa går att identifiera genom något nationellt register, som patientregistret, läkemedelsregistret eller berörda kvalitetsregister. När Socialstyrelsen 2018 gjorde en samkörning av olika register kunde nästan 95 000 unika individer med demensdiagnos eller demensläkemedel identifieras.</p> <p>Denna indikator syftar till att belysa hur stor andel av personer med demenssjukdom som är registrerade i Svenska demensregistret, i förhållande till antalet personer med demenssjukdom som ingår i Socialstyrelsens demenspopulation.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras inte på någon specifik rekommendation i de nationella riktlinjerna. En hög täckningsgrad i kvalitetsregistret är dock en förutsättning för att kunna följa upp många av rekommendationerna – både på lokal, regional och nationell nivå.
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister samt kvalitetsregistren SveDem och BPSD-registret.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, men förutsätter samkörning mellan flera register.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Alla personer med demenssjukdom går inte att fånga via de aktuella registren, och ingår därmed inte i Socialstyrelsens demenspopulation. Det kan till exempel handla om de som befinner sig i ett tidigt skede av demenssjukdomen och som ännu inte har fått sin demensdiagnos, de som har fått sin demensdiagnos inom primärvården men som inte behandlas med demensläkemedel eller äldre, multisjuka personer där det inte bedöms som lämpligt att personen ska genomgå en demensutredning och som därför saknar en demensdiagnos.
<b>Teknisk beskrivning</b>	

Mät- eller  
rampopulation:

Med **antal personer med demenssjukdom** avses Socialstyrelsens demenspopulation, vilken innehåller:

- alla personer som har registrerats med en demensdiagnos i patientregistret (ICD10-koderna G30, F00-F03 eller F051 respektive ICD9-koderna 290 eller 294B) som huvud- eller bidiagnos sedan 2007
- alla personer som expedierats läkemedel vid demenssjukdomar (ATC-kod N06D) enligt läkemedelsregistret någon gång sedan 2007
- alla personer som registrerats i SveDem sedan registrets start år 2007
- alla personer som registrerats i BPSD-registret sedan registrets start år 2010

Populationen innehåller personer som uppfyller ett eller flera av ovanstående kriterier och som inte avlidit.

Täljare:

Antal personer med demenssjukdom som är registrerade i SveDem.

Nämnare:

Antal personer med demenssjukdom som ingår i Socialstyrelsens demenspopulation.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kommun, kön, ålder, socioekonomi och födelse-land.

**Kommentarer**

Alla personer med demenssjukdom söker inte vård för sina symtom eller fångas inte upp när de har kontakt med hälso- och sjukvården. Det finns också vissa grupper, som gamla, multisyuka och sköra personer, där en demensutredning troligen inte ger någon ytterligare behandlings- eller omvårdningsvinst. Detta gör att täckningsgraden i kvalitetsregistret inte kan förväntas uppgå till 100 procent.

<b>Deltagande i kvalitetsregister</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>22C. Deltagande i kvalitetsregister, SveDem (enheter)</b>
<b>Mått</b>	Andelen specialist- respektive primärvårdsverksamheter med minst en registrering i kvalitetsregistret SveDem under det senaste året.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Nationella kvalitetsregister beskriver vårdkvalitet och möjliggör olika typer av uppföljning och jämförelser. En hög registrering i kvalitetsregister är därför önskvärd. Det är svårt att mäta täckningsgraden i kvalitetsregistret SveDem, då det saknas tillförlitliga nationella data om incidens- respektive prevalenstal. För närvarande varierar också täckningsgraden mellan regionerna – särskilt när det gäller primärvårdens deltagande. Indikatorn, som beskriver täckningsgraden på en mer övergripande nivå, utgör därför ett komplement till indikator 23A och 23B.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras inte på någon specifik rekommendation i de nationella riktlinjerna. En hög täckningsgrad i kvalitetsregistret är dock en förutsättning för att kunna följa upp många av rekommendationerna – både på lokal, regional och nationell nivå.
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
<b>Datakälla</b>	SveDem (modulerna för primärvård och specialistvård) samt uppgifter om antalet primärvårds- respektive specialistvårdsenheter i landet.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Indikatorn förutsätter att det finns uppgifter om samtliga specialistvårds- respektive primärvårdsverksamheter i landet. Eftersom verksamheter förändras, framförallt inom primärvården, finns det en risk för att uppgifterna är inaktuella.
<b>Teknisk beskrivning</b>	
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	A. Landets samtliga specialistvårdsverksamheter med ansvar för utredning av personer med demenssjukdom B. Landets samtliga primärvårdsverksamheter
<i>Täljare:</i>	Antal verksamheter med ansvar för vård till personer med demenssjukdom som har minst en grund- eller uppföljningsregistrering i SveDem under det senaste året.
<i>Nämnare:</i>	Antal verksamheter med ansvar för vård till personer med demenssjukdom.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region.

<b>Deltagande i kvalitetsregister</b>	
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård, socialtjänst</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>23. Deltagande i kvalitetsregister, BPSD-registret</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer i särskilt boende med minst en registrering i BPSD-registret under det aktuella året.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Målet med BPSD-registret är att minska beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom (BPSD) med hjälp av olika multiprofessionella vård- och omsorgsåtgärder. Registret innebär att verksamheten gör en skattning av de beteendemässiga och psykiska symtomen och tar fram en vård- och omsorgsplan utifrån resultaten i skattningen. När verksamheten har prövat åtgärderna i vård- och omsorgsplanen under en bestämd tidsperiod görs en utvärdering med hjälp av en ny skattning. Resultaten av den nya skattningen dokumenteras också i registret. Nationella kvalitetsregister beskriver vårdkvalitet och möjliggör olika typer av uppföljning och jämförelser. En hög registrering i kvalitetsregister är därför önskvärd.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras inte på någon specifik rekommendation i de nationella riktlinjerna. En hög täckningsgrad i kvalitetsregistret är dock en förutsättning för att kunna följa upp många av rekommendationerna – både på lokal, regional och nationell nivå.
<b>Riktning</b>	Hög nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	BPSD-registret och Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Andelen som dokumenteras i BPSD-registret kan påverkas av vilka personer som bor i särskilt boende samt huruvida man väljer att dokumentera alla personer med demenssjukdom eller enbart de som har uppenbara BPSD-symtom.
<b>Teknisk beskrivning</b>	
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Personer med beslut om särskilt boende under det aktuella året (uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning).
<i>Täljare:</i>	Antal personer i särskilt boende som har minst en registrering i BPSD-registret under det aktuella året.
<i>Nämnare:</i>	Antal personer med beslut om särskilt boende.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på län respektive kommun.

**Kommentar**

Alla personer i särskilt boende har inte en demenssjukdom, men det saknas heltäckande nationella data för att beskriva exakt hur stor denna andel är. Forskningsstudier tyder dock på att minst 70 procent av personer i särskilt boende har en demenssjukdom, vilket också innebär att de bör dokumenteras i BPSD-registret.

---

<b>Vänte- och utredningstid</b>													
<b>Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård</b>													
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>24. Tid från kontaktdatum/mottagen remiss till diagnos</b>												
<b>Mått</b>	Mediantid från kontaktdatum eller mottagen remiss till diagnosdatum, i antal dagar.												
<b>Mätenhet</b>	Antal dagar.												
<b>Syfte</b>	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. En lång utredningstid kan innebära en stor påfrestning – både för personen som misstänks ha en demenssjukdom och för anhöriga eller andra närstående. I vissa fall, till exempel när symtomen är atypiska/oklara och personen bör genomgå ett flertal utredningsmoment innan diagnosen ställs, kan det dock vara befogat med en längre utredningstid.												
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.												
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Enligt riktlinjerna är det viktigt med en snabb och adekvat medicinsk utredning för att bedöma den kognitiva funktionen och om möjligt fastställa eller utesluta demenssjukdom. Det finns dock ingen specifik rekommendation om utredningstidens längd.												
<b>Riktning</b>	Kort tid eftersträvas.												
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.												
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.												
<b>Kvalitetsdimension</b>	Tillgänglig vård och omsorg.												
<b>Datakälla</b>	SveDem, modulerna för primärvård och specialistvård.												
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.												
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Alla personer som genomgår en demensutredning och får en demensdiagnos registreras inte i SveDem. Särskilt när det gäller de utredningar som genomförs inom primärvården varierar täckningsgraden avsevärt mellan regionerna. Primärvårdens respektive specialistvårdens ansvar för att genomföra demensutredningar varierar också mellan olika delar av landet, vilket kan förklara en del av skillnaderna mellan regionerna.												
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med <b>demenssjukdom</b> avses följande diagnoskoder: <table border="1" data-bbox="635 1691 1353 1968"> <thead> <tr> <th><b>Huvud- och bidiagnos</b></th> <th><b>ICD10</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut</td> <td>F000</td> </tr> <tr> <td>Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut</td> <td>F001</td> </tr> <tr> <td>Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ</td> <td>F002</td> </tr> <tr> <td>Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad</td> <td>F003</td> </tr> <tr> <td>Vaskulär demens</td> <td>F01-</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Huvud- och bidiagnos</b>	<b>ICD10</b>	Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut	F000	Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut	F001	Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ	F002	Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad	F003	Vaskulär demens	F01-
<b>Huvud- och bidiagnos</b>	<b>ICD10</b>												
Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut	F000												
Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut	F001												
Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ	F002												
Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad	F003												
Vaskulär demens	F01-												



Vaskulär demens med akut debut	F010
Multiinfarktdemens	F011
Subkortikal vaskulär demens	F012
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens	F013
Annan specificerad vaskulär demens	F018
Vaskulär demens, ospecificerad	F019
Demens vid Picks sjukdom	F020
Demens vid Creutzfeldt-Jakobs sjukdom	F021
Demens vid Huntingtons sjukdom	F022
Demens vid Parkinsons sjukdom	F023
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus	F024
Demens vid andra specificerade sjukdom som klassificeras annorstädes	F028
Ospecificerad demens	F039
Demens UNS	F03-P
Alkoholdemens	F107A
Alzheimers sjukdom	G30-
Alzheimers sjukdom med tidig debut	G300
Alzheimers sjukdom med sen debut	G301
Annan specificerad form av Alzheimers sjukdom	G308
Alzheimers sjukdom, ospecificerad	G309

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**

Med **diagnosdatum** avses det datum då patienten meddelas diagnosen.

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kön och ålder samt primärvård respektive specialistvård.

Vänte- och utredningstid													
Verksamhetsområde: hälso- och sjukvård													
Titel (Kortnamn)	<b>25. Diagnos inom 90 dagar</b>												
<b>Mått</b>	Andelen patienter med demenssjukdom som får en diagnos inom 90 dagar från kontaktdatum eller mottagen remiss.												
<b>Mätenhet</b>	Procent.												
<b>Syfte</b>	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. En lång utredningstid kan innebära en stor påfrestning – både för personen som misstänks ha en demenssjukdom och för anhöriga eller andra närstående. I vissa fall, till exempel när symtomen är atypiska/oklara och personen bör genomgå ett flertal utredningsmoment innan diagnosen ställs, kan det dock vara befogat med en längre utredningstid.												
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017.												
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Enligt riktlinjerna är det viktigt med en snabb och adekvat medicinsk utredning för att bedöma den kognitiva funktionen och om möjligt fastställa eller utesluta demenssjukdom. Det finns dock ingen specifik rekommendation om utredningstidens längd.												
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.												
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.												
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.												
<b>Kvalitetsdimension</b>	Tillgänglig vård och omsorg.												
<b>Datakälla</b>	SveDem, modulerna för primärvård och specialistvård.												
<b>Datakällans status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.												
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Alla personer som genomgår en demensutredning och får en demensdiagnos registreras inte i SveDem. Särskilt när det gäller de utredningar som genomförs inom primärvården varierar täckningsgraden avsevärt mellan regionerna. Primärvårdens respektive specialistvårdens ansvar för att genomföra demensutredningar varierar också mellan olika delar av landet, vilket kan förklara en del av skillnaderna mellan regionerna.												
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med <b>demenssjukdom</b> avses följande diagnoskoder: <table border="1" data-bbox="636 1682 1353 1960"> <thead> <tr> <th>Huvud- och bidiagnos</th> <th>ICD10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut</td> <td>F000</td> </tr> <tr> <td>Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut</td> <td>F001</td> </tr> <tr> <td>Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ</td> <td>F002</td> </tr> <tr> <td>Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad</td> <td>F003</td> </tr> <tr> <td>Vaskulär demens</td> <td>F01-</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- och bidiagnos	ICD10	Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut	F000	Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut	F001	Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ	F002	Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad	F003	Vaskulär demens	F01-
Huvud- och bidiagnos	ICD10												
Demens vid Alzheimers sjukdom med tidig debut	F000												
Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut	F001												
Demens vid Alzheimers sjukdom, atypisk eller blandad typ	F002												
Demens vid Alzheimers sjukdom, ospecificerad	F003												
Vaskulär demens	F01-												

Vaskulär demens med akut debut	F010
Multiinfarktdemens	F011
Subkortikal vaskulär demens	F012
Blandad kortikal och subkortikal vaskulär demens	F013
Annan specificerad vaskulär demens	F018
Vaskulär demens, ospecificerad	F019
Demens vid Picks sjukdom	F020
Demens vid Creutzfeldt-Jakobs sjukdom	F021
Demens vid Huntingtons sjukdom	F022
Demens vid Parkinsons sjukdom	F023
Demens vid sjukdom orsakad av humant immunbristvirus	F024
Demens vid andra specificerade sjukdom som klassificeras annorstädes	F028
Ospecificerad demens	F039
Demens UNS	F03-P
Alkohol demens	F107A
Alzheimers sjukdom	G30-
Alzheimers sjukdom med tidig debut	G300
Alzheimers sjukdom med sen debut	G301
Annan specificerad form av Alzheimers sjukdom	G308
Alzheimers sjukdom, ospecificerad	G309

Med **diagnosdatum** avses det datum då patienten meddelas diagnosen.

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, kön och ålder samt primärvård respektive specialistvård.

# Andra indikatorer som är viktiga att följa inom demensområdet

Utöver indikatorer som är direkt kopplade till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna finns det andra områden som det är angeläget att följa för att få en mer fullständig bild av vården och omsorgen till personer med demenssjukdom. Nedan listas sådana områden samt exempel på uppföljningsindikatorer.

Regeringen tog under våren 2018 fram en nationell strategi för vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen har ett uppdrag att följa upp och långsiktigt hantera strategiska frågor inom ramen för strategin. I uppdraget, som sträcker sig fram till juni 2022, ingår bland annat att kartlägga och vid behov utveckla nya indikatorer inom demensområdet. För närvarande pågår till exempel ett arbete med att utveckla indikatorer som berör tandvård till personer med demenssjukdom. Detta innebär att listan på relevanta uppföljningsområden och exemplen på indikatorer är preliminära, och kan komma att justeras.

## Omvårdnad (fall, nutrition, trycksår och munhälsa)

Exempel på indikatorer inom området:

- Andelen personer 65 år och äldre med hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) med åtgärder vid risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa (Senior Alert)
- Andelen personer med demenssjukdom som vårdats för fallskador i slutenvård eller vid läkarbesök i specialiserad öppenvård (Socialstyrelsens patientregister)
- Andelen personer med demenssjukdom som undersökt sina tänder under den senaste tvåårsperioden (Socialstyrelsens tandhälsoregister)
- Andelen egna tänder hos personer med demenssjukdom (Socialstyrelsens tandhälsoregister)

I samtliga dessa indikatorer samkörs uppgifter från relevanta kvalitetsregister eller hälsodataregister med Socialstyrelsens demenspopulation.

## Olämplig läkemedelsanvändning

- Andelen personer med demenssjukdom som har genomgått en läkemedelsgenomgång under de senaste 12 månaderna (SveDem, BPSD-registret)
- Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20644/2017-6-7.pdf?>

## Inne- och utemiljö vid särskilda boenden

- Andelen särskilda boenden med en innemiljö som stödjer den enskilde i dennes dagliga livsföring (t.ex. avseende färgsättning, fysisk tillgänglighet och kontrastmarkeringar)
- Andelen särskilda boenden där samtliga boende på enheten har tillgång till utevistelse

Dessa indikatorer är baserade på data från Socialstyrelsens enhetsundersökning till samtliga särskilda boenden. Det går att urskilja boenden med demensinriktning.

## Palliativ vård till personer med demenssjukdom

- Munhälsobedömning under sista levnadsveckan
- Smärtskattning under sista levnadsveckan
- Symtomskattning under sista levnadsveckan
- Vidbehovsordination av opioid mot smärta
- Vidbehovsordination av ångstdämpande läkemedel
- Utan förekomst av trycksår
- Brytpunktssamtal
- Två eller flera inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet
- Rapportering till svenska palliativregistret

Samtliga indikatorer är baserade på data från Palliativa registret. I registret är det möjligt att särskilja resultaten för personer med demenssjukdom.

# Referenser

1. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från InfoVU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen; 2005
2. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Socialstyrelsen; 2012. PM 2012-01-24 Dnr 22497/2011.