

2017-03-30

HSN 2017-0509

Till Socialstyrelsen

Remissvar från Stockholms län

Nationella riktlinjer för vård och omsorg av personer med demenssjukdom – remissversion 2016

Stockholms län har mottagit remissversionen av de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg av personer med demenssjukdom – stöd för styrning och ledning, och tackar för möjligheten att lämna synpunkter. Remissversionen ger rekommendationer om utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödinsatser, läkemedelsbehandling och utbildning. De reviderade riktlinjerna 2016 vänder sig främst till beslutfattare och fokuserar på frågeställningar där behovet av nationell vägledning bedöms som störst.

Arbetsprocess för ett samlat remissvar från Stockholms län

Inom Stockholms län har kommunerna och landstinget samarbetat för ett gemensamt remissvar. Nätverket för demensfrågor i Stockholms län och medverkande FoU enheter samt landstingets expertgrupper har utgjort basen för arbetet. En mindre arbetsgrupp från nätverket med en representant från vardera Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) i Stockholms läns landsting, Kommunförbundet Stockholms län (KSL), FOU nu samt Akademiskt primärvårdscentrum (APC) har samordnat arbetet.

Nätverket för demensfrågor inom Stockholms län med representanter från kommuner, landstinget, patient- och anhörigföreningar, Svenskt demenscentrum och SveDem har utgjort arbetsgrupp som vid tre tillfällen diskuterat remissversionens innehåll. En mall för GAP – analys har spridits i länet och bidragit till bedömning av konsekvenser av föreslagna rekommendationer.

Specialitetsråden Geriatrik, Allmän medicin, samt Tand- och käksjukdomar inom Stockholms medicinska råd (SMR) och expertrådet Geriatriska sjukdomar inom Stockholms läns läkemedelskommitté, Äldregruppen och enheten för Rehabilitering, Habilitering och Hjälpmedel inom HSF har därutöver haft särskild beredning avseende hälso- och sjukvårdens delar. FoU-äldre enheterna i länet har bidragit med resultat från lokala möten/ workshops alternativt förmedlat kontakt med sina ägarkommuner. De allra flesta kommuner och minnesmottagningar har aktivt medverkat till remissvaret i någon form. Totalt har drygt 150 personer bidragit i remissarbetet (bilaga 2).

Generella synpunkter

Remissversionen har mottagits med stort intresse. Vård och omsorg till personer med demenssjukdom innebär särskilda utmaningar samt ställer stora krav på samverkan. Evidens och vägledning kring arbetssätt och metoder inom vård och omsorg till personer med demenssjukdom efterfrågas av oss. Samlade riktlinjerna för både socialtjänst och hälso- och sjukvård bidrar till en gemensam kunskap som underlättar samverkan. Det är positivt att rekommendationerna baseras på och tydligt lyfter fram personcentrerad vård och omsorg samt vikten av samverkan.

Demenssjukdom berör i hög grad anhöriga och det är positivt att riktlinjerna ger vägledning kring att anhöriga ska inkluderas i vården och omsorgen kring den enskilde. I takt med att allt fler med demenssjukdom bor ensam i ordinärt boende, utan make/maka eller barn som bor i närheten är det viktigt att uppmärksamma och inkludera andra, närstående personer eller personal, som står nära den enskilde i vardagen.

Riktlinjerna från 2010 och den utveckling som skett sedan dess har på många håll inneburit ökat stöd till anhöriga och ökad samverkan mellan vårdgivare. Det uppfattas dock viktigt att i nästa steg säkerställa att den enskilde får ett ökat stöd att hantera sin situation och sin sjukdom. Det är också ett viktigt steg att öka vägledningen kring vård och omsorg till personer med intellektuella funktionsnedsättningar som får en demenssjukdom.

Bland de centrala rekommendationerna finns utbildning för vård- och omsorgspersonal, handläggare inom socialtjänst och anhöriga. Behov av utbildning delas och lyfts fram av verksamheterna i länet som en av de mest angelägna satsningarna. Utbildning bedöms dock vara nödvändig inom flera verksamheter och även bland legitimerad personal. Personer som får demensdiagnos kan också behöva utbildning i demenssjukdomen som stöd för att hantera sin situation.

Socialstyrelsen efterfrågar respons avseende ekonomiska konsekvenser av föreslagna rekommendationer. Det har inte varit möjligt att ta fram underlag för att kunna bedöma de ekonomiska konsekvenserna varför detta remissvar avstår från att kommentera det. De kommuner och landstingsverksamheter som deltagit i framtagande av remissvaret bekräftar dock att det kommer att krävas ökade resurser för att kunna leva upp till riktlinjerna.

Synpunkter kring strukturen

Vissa generella synpunkter kring strukturen i riktlinjedokumentet har framkommit;

- **Centrala respektive övriga rekommendationer.**

Dokumentet läses som att de centrala rekommendationerna är de viktigaste. De övriga rekommendationer som endast återges i bilagan riskerar att inte uppmärksammas. Det är önskvärt att de övriga rekommendationerna presenteras på ett tydligare sätt, särskilt de med hög prioritet.

När det gäller socialtjänsten bedöms den nuvarande uppdelningen som problematiskt då vissa delar som endast finns i bilagan (övriga rekommendationer) kan behöva uppmärksammas av beslutsfattare. Till exempel är stöd i ordinärt boende till personer med demens en stor utmaning för socialtjänsten.

- **Förändring jämfört tidigare riktlinjer.**

Det är oklart vad som gäller avseende de rekommendationer som fanns med i tidigare riktlinjer från 2010 men som inte är med i den reviderade versionen, till exempel avseende tidig upptäckt och förebyggande arbete. Den reviderade versionen ersätter tidigare riktlinjer vilket läsarna uppfattar som att det som är borttaget inte längre är giltigt. Det vore önskvärt att kunna se vilka rekommendationer som är nya eller ändrade sedan 2010 och vilka riktlinjer som gäller från 2010. Numreringen av rekommendationerna är svår att följa.

- **Koppling till andra nationella styrdokument /kunskapsstöd samt vedertagna metoder.**

Vissa delar tas upp i rekommendationerna även om att de redan finns med i andra nationella styrdokument/ kunskapsstöd (till exempel anhörigstöd) medan andra delar inte gör det (till exempel palliativ vård). Kopplingen till andra styrdokument som är centrala för demensvården, till exempel avseende palliativ vård, tvångs- och skyddsåtgärder, anpassad bemanning skulle kunna vara tydligare.

Vidare efterfrågas kopplingen till de nationella kvalitetsregister inklusive arbetsmetoder som finns för demensområdet, till exempel BPSD-registret (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) och SveDem (Svenska Demensregistret) men även andra arbetsmetoder som SIP (Samordnad Individuell Plan) och IBIC (Individens Behov I Centrum – ett metodstöd för utredning av behov). Även om avgränsningen till andra kunskapsstöd beskrivs i inledningen till riktlinjerna efterfrågas en tydligare vägledning om vilka metoder och arbetssätt som rekommenderas. Om detta inte kan anges i nationella riktlinjerna kan det kanske bli tydligt i andra dokument/ på annat sätt i samband med implementeringen av riktlinjerna.

Synpunkter kring delarna

Utredning och uppföljning

Utredning

Vi bedömer att de arbetssätt som rekommenderas kring utredning i stora delar redan är införda i Stockholms län. Förbättring behöver dock fortfarande ske, bland annat inom några av de områden som fanns med i riktlinjerna 2010 men som inte finns med i remissversionen 2016, till exempel blodprov och att utredning/ diagnos sker tidigt i sjukdomsförloppet.

Stockholms län efterfrågar särskilt vägledning avseende personer med intellektuella funktionsnedsättningar. I bilagan anges att utredning av personer med Downs syndrom har hög prioritet. Det är en viktig fråga som kräver nya former av samverkan mellan de aktörer som känner till den enskildes utveckling av sin kognitiva funktionsnedsättning.

Sammanhållen uppföljning

Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården i Stockholms län har uppmärksammat rekommendationerna avseende sammanhållen uppföljning. Det är positivt att det är en central rekommendation. Det kan konstateras att det är ett förbättringsområde som kräver tid och arbetsformer för samverkan. Även munhälsa kan behöva ingå i uppföljningen. Hur relaterar denna rekommendation till multiprofessionella team och till metoder/strukturer som SIP?

Diagnostisering av munhälsa

Det är bra att munhälsa uppmärksammas. I delar av Stockholms län har munhälsan för personer med demenssjukdom varit ett särskilt prioriterat utvecklingsområde och person från tandvården är nu representerad i länets nätverk för demensfrågor. Förutom att diagnostisera munhälsa behöver det även säkerställas att personer med demenssjukdom vidmakthåller kontakten med tandvården. Munhälsa och nutrition är tätt sammankopplat vilket tydliggörs av riktlinjerna. Det vore angeläget att följa upp både nutrition och munhälsa, till exempel genom en indikator för andel personer med demenssjukdom som erbjudits nutitions- och munhälsobedömningar.

Multiprofessionellt team

Samverkan mellan olika professioner är viktigt för att ge en god vård och omsorg. Flera av de som bidragit till detta remissvar har särskilt påpekat att det är positivt att detta lyfts fram i riktlinjerna. Det uppfattas dock vara en utmaning att få till i praktiken särskilt avseende personer som bor hemma, i ordinärt boende, där många olika aktörer behöver involveras i samverkan kring den enskilde. I Stockholm har inte hemsjukvården kommunaliserats vilket ställer särskilda krav på samverkan kring den enskilde i ordinärt boende. Det krävs konkreta arbetsmetoder, som till exempel SIP, som är anpassade för personer med demenssjukdom/kognitiv svikt.

För en bättre vård bör även tandvården inkluderas. Även dietister lyfts fram som viktiga samarbetsparter. Samverkan behöver ske mellan huvudmännen/aktörerna, på alla nivåer. Här finns i Stockholm flera goda exempel på lokal samverkan på en verksamhetsnivå men det behövs även former för aktivt samarbete kring den enskilde.

Inom delar av vården och särskilt boende finns det multiprofessionella team. Det finns också de kommuner som har multiprofessionella demensteam. Däremot är det mer ovanligt med team som inkluderar flera olika aktörer, från både kommun och landsting, i den direkta vården och omsorgen av den enskilde personen. Det efterfrågas ett förtydligande av begreppet "multiprofessionellt team" och vad evidens säger avseende vilka professioner som bör delta samt vilket sorts samarbete som avses. Med vag formulering riskerar det få liten styrande effekt.

Stödinsatser

På det sätt som remissversionen är skriven tolkas rekommendationerna få tyngdpunkter mot särskilt boende. Det är dock centralt i socialtjänstlagen att stöd ges till att bo kvar hemma, för de som kan och önskar. Det är väsentligt att det i möjligaste mån framgår vilket stöd som bör ges i respektive fas i demenssjukdomen, oavsett boendeform. Om det är av vikt att ange var stödet ges, exempelvis på dagverksamhet eller i särskilt boende, så blir det än mer angeläget att ange vilka rekommendationer som avser stöd i hemmet och till exempel där nämna hemtjänst.

Särskilt boende är den insats socialtjänsten kan ge (efter ansökan och utredning) då andra stödinsatser inte längre fungerar för den enskilde och dennes anhöriga. Det skulle vara mer pedagogiskt om texten tar upp de rekommendationer om stöd som ges tidigare i sjukdomsförloppet tas upp innan avsnittet om särskilt boende. Jämför med tidigare stycken där *basal utredning* innan *utvidgad utredning*.

Flera rekommendationer avser icke-farmakologiska metoder/arbetssätt vilket uppfattas som en viktig vägledning för att utveckla stödet till personer med demenssjukdom. Det visar sig dock att de som endast presenteras i bilagan inte blir synliga för läsaren/ verksamheterna.

Det blir även svårt för verksamheter att hantera att flera av rekommendationerna har låg prioritet, till exempel reminiscens. För flera av arbetssätten finns det andra publicerade forskningsresultat, vilka inte ingått i Socialstyrelsens bedömning. Om de arbetssätten inte kan prioriteras högre enligt det bedömningssätt som Socialstyrelsen använder, så är ett förslag att istället ta upp de metoder/ arbetssätt som bedöms som relevanta att använda under rubriken "utbildning". Till exempel "att personal bör ha utbildning i metoder för bemötande/ aktiviteter för personer med demenssjukdom, exempelvis taktill massage/ vårdarsång."

Vissa rekommendationer är uttryckta som att *socialtjänsten bör erbjuda* visst stöd till personer med demensdiagnos. Det är ordval som inte överensstämmer med det arbetssätt som socialtjänsten har då stöd ska ges efter ansökan och utredning om behov, inte efter diagnos. Rekommendationerna föreslås tydligare stödjande språk/inriktningen som bland annat finns i IBIC – metod för utredning av behov, som baseras på den funktionsnedsättningen personen har.

Särskilt boende

Det är bra att den fysiska miljön uppmärksammas. Begreppet "inkluderande miljö" är dock nytt och kräver tydligare beskrivning för att rekommendationen ska bli vägledande. Den centrala rekommendationen avseende särskilt boende ger en viss osäkerhet om det är insatsen särskilt boende som rekommenderas eller om det riktlinjerna avser utformningen av de särskilda boendena som erbjuds personer med demenssjukdom. Bör rekommendationerna tolkas som att de gäller alla särskilda boendeformer för personer med demens, även för yngre personer, under 65 år, och de som har insatsen via LSS?

Dagverksamhet

Det är positivt att dagverksamheten uppmärksammas och får en högre prioritet i denna version samt att den riktas till personer redan vid mild demens. Dagverksamhet uppfattas

som en viktig insats men det efterfrågas mer vägledning avseende innehållet i verksamheten.

Kommunerna konstaterar att dagverksamhet för yngre behöver utökas och att det kommer att kräva samverkan mellan närliggande kommuner för att få de volymer som krävs för att starta grupper.

Då det kan vara stora skillnader i behov beroende på ålder, kultur och fas i sjukdomen är ett viktigt utvecklingsområde hur en personcentrerad dagverksamhet kan utformas för att undvika att den enskilde behöver byta stödform för ofta under sjukdomsförloppet. Det förekommer att personer med svår demens bor i ordinärt boende och har dagverksamhet.

Individuellt anpassat stöd

Under denna rubrik samlas några prioriterade rekommendationer avseende måltider, fysisk aktivitet och utevistelse. Rekommendationerna berör angelägna områden som ofta redan är uppmärksammande inom särskilt boende men som behöver säkerställas. Rubriken antyder att det gäller alla demenssjuka oavsett boende, vilket är positivt och rimligt, men texten uppfattas även här referera i hög grad till särskilt boende och dagverksamhet. Här önskas ökad tydlighet om rekommendationerna även avser de som bor i ordinärt boende och till exempel har stöd av hemtjänst.

Utifrån personcentrerat arbetssätt bör allt stöd vara individanpassat varför rubriken kan vara missvisande. Om rubriken och rekommendationerna avser väsentligt stöd till alla med demenssjukdom, oavsett var de bor, kan det vara mer pedagogiskt att placera denna del först under stycket "Stöd".

Avseende stöd kring måltider efterfrågas rekommendation kring så kallad "omsorgsmåltid", att personal äter tillsammans med de demenssjuka. Det uppfattas som ett bra arbetssätt som verksamheterna idag försöker prioritera.

Stöd till fysisk aktivitet och utevistelse uppfattas som angelägna rekommendationer, inte minst för de som bor i ordinärt boende. I bilagan nämns flera andra rekommendationer som uppfattas som angelägna till exempel social aktiviteter och andra arbetssätt/ aktiviteter som kommunerna erbjuder personer med demenssjukdom.

En central fråga är stöd till den enskilde med demenssjukdom varför till exempel rekommendationen, avseende psykosocialt stöd till den enskilde i ett tidigt skede, med fördel skulle kunna nämnas under centrala rekommendationer (del av dagverksamhet eller individuellt anpassat stöd). Stödet uppfattas som särskilt angeläget och ett område som behöver styrning och ledning då det inte ryms på ett tydligt sätt inom någon verksamhets basuppdrag.

Stöd till anhöriga

Det är positivt att stöd till anhöriga lyfts fram ännu mer i denna version då det är en angelägen fråga inom demensvården. Det är dock redan en del av socialtjänstlagen och finns i någon form i alla kommuner. Rekommendationen avser utbildning till anhöriga vilket införts i Stockholms län, ofta i samarbete mellan specialistvården och kommunen.

Erfarenheterna är goda även om utbildningens båda kan utvecklas och spridas till fler. Det är mycket positivt att relationsbaserade stödprogram lyfts fram. De fåtal exempel som finns i Stockholm har goda erfarenheter och en spridning uppfattas som angeläget och kostnadseffektivt.

Stöd till unga anhöriga är angeläget och inte så utvecklat. Då det är små volymer kräver det samverkan mellan kommunerna och landstingets verksamheter för att gemensamt kunna erbjuda stöd/aktiviteter.

Läkemedel och tillskott

Rekommendationerna avseende läkemedel och tillskott överensstämmer väl med de direktiv som redan finns för vården inom Stockholms län. Det finns dock fortsatt behov av implementering och utbildning.

De rekommendationer för behandling av depression vid demens, som riktlinjerna ska kompletteras med, är efterfrågade i länet. Det är önskvärt med tydlighet avseende rekommendationer för läkemedel som här skiljer sig från andra riktlinjer för närliggande områden, till exempel läkemedelsbehandling vid BPSD jämfört riktlinjer för ångest och depression. Likaså efterfrågas ökad tydlighet där rekommendationer ges avseende kombinationsbehandling (Acetylkolinesterashämmare och Memantin) samt behandling kopplad till viss fas i demenssjukdomen.

Konkreta frågor presenteras i bilaga 1 och Expertrådet Geriatriska sjukdomar inom Stockholms läns läkemedelskommitté lämnar även eget remissvar separat.

Utbildning

Utbildning uppfattas som den första och största åtgärden för att klara vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Bland annat för att personal ska förstå och tolka situationer som uppstår kring personer med demenssjukdom, kunna avgöra vilket stöd som behövs och hur det ska ges. Erfarenheter finns av att med rätt kompetens kan stöd av bättre kvalitet ges med mindre personalresurser. Det är därför positivt att remissversionens centrala rekommendationer lyfter utbildning, handledning och träning för vård- och omsorgspersonal med lägre utbildningsnivå och till handläggare inom socialtjänsten (biståndshandläggare och LSS-handläggare).

Vi vill även peka på behov av utbildning hos personal med högre utbildning, chefer och legitimerad personal. Det bedöms bland annat krävas utbildning kring demens och de arbetssätt och register mm som anges för att dessa ska implementeras inom såväl äldreomsorg som primärvård. Det vore önskvärt om det angavs vilken kompetens som ska uppnås med den utbildning som riktlinjen avser.

I riktlinjerna anges vikten av att erbjuda handledning. Vi undrar vilken typ av handledning som avses och varför inte reflektion nämns?

Här påpekas även att det är viktigt att även erbjuda personer som fått demensdiagnos utbildning kring sjukdomen.

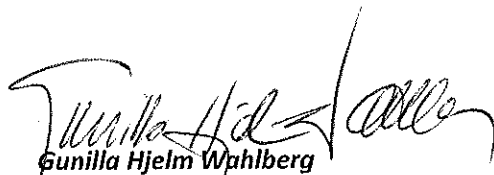
Indikatorer

Det är viktigt att kunna följa utvecklingen. En stor andel av de föreslagna indikatorerna avser särskilt boende. Det vore önskvärt med fler indikatorer för att följa vård och omsorg till personer med demenssjukdom i ordinärt boende, till exempel kontinuitet och utbildningsnivå för personal inom hemtjänst.

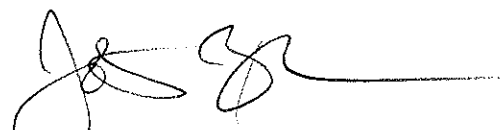
Det bör beaktas att hemsjukvården är landstingets ansvar i Stockholms län. Det kan påverka huruvida kommunen/ stadsdelen har demenssjuksköterska. Det kan också påverka hur demensteam utformas.

Bilagor;

1. Lista över detaljerade synpunkter och kommentarer
2. Medverkande i arbetet kring remissvar från Stockholms län



Gunilla Hjelm Wahlberg
verksamhetschef Vårdsutveckling
KSL, kommunförbundet Stockholms län



Johannes Blom
tf enhetschef Vårdgivarstöd
Avdelning för Somatisk specialistvård
Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen
Stockholms läns landsting

Lista över detaljerade synpunkter och kommentarer

I remissvaren från olika verksamheter har det framkommit synpunkter och kommentarer som är av mindre principiell karaktär. Det kan till exempel handla om stavfel, syftningsfel, önskemål om förtydliganden och kommentarer om ordval mm. Detta har sammanställts i listan nedan som följer radordningen (T/Å) i rekommendationerna, sid nummer samt indikatorernas numrering.

REKOMMENDATION

Rad 5 Bör erbjuda RUDAS. Önskar förtydligande varför denna rekommendation fått så hög prioritet.

Rad 6 Kan erbjuda MoCA. Önskar förtydligande varför denna rekommendation fått relativt låg prioritet.

Rad 7 Kan erbjuda AQT. Allt färre som gör. Prio 7 i förslaget- uppfattas som relativt hög prioritet för insatsen.

Rad 8 Kan erbjuda KSB Står att det ska ske som del av basal utredning men specialistläkare i gruppen ifrågasatte om det var rätt – borde vara en del av specialisternas bedömning, d v s en del av utvidgad utredning.

Rad 20. ...mätningar med SPECT. Begreppet SPECT definieras i detta underlag som att mäta dopamintransport. Denna undersökning är mer känd som DaTSCAN. Undersökningen SPECT har varit en annan isotopundersökning där man mäter blodflödet i hjärnan (jämför Rad 19) Har det blivit en begreppsförvirring? SPECT återkommer i sammanfattningsrutan.

Rad 24 Bör erbjuda utredning av demenssjukdom efter minst två månaders alkoholfrihet Svårt i praktiken att ha krav på alkoholfrihet. Även om det är optimalt kan utredning behöva göras trots att detta inte är uppfyllt. Avser rekommendationerna specifikt kravet på alkoholfrihet under minst två månader?

Rad 25 och 26. Bör erbjuda utbildning... till xxx som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom. Önskvärt om inkluderar även de som kommer i kontakt med personer med kognitiv svikt (som inte har diagnostiserad demenssjukdom); "...personer med kognitiv svikt eller demenssjukdom"

Rad 28 Kan erbjuda demensprofilerade hemtjänstlag. Den generellt utformade formuleringen gör rekommendationen innehållslös.

Rad 29 Bör erbjuda gemensam information och planering av nuvarande och framtida insatser. Flera påpekar att personerna ofta inte har vård och omsorgsinsatser förrän flera år efter att de har fått diagnos och att den enskilde inte önskar eller är mottaglig för information om vård som ges i ett senare skede. Däremot efterfrågas information om vart man kan vända sig och stöd i ett tidigt skede, t ex enligt rad 32.

Rad 32 kan erbjuda psykosociala stödprogram i grupp. Bör lyftas fram. Kan den ev rymmas under dagverksamhet i de centrala rekommendationerna?

Rad 39 bör erbjuda individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel. Varför är denna riktad till socialtjänst? Kognitiva hjälpmedel förskrivs av hälso- och sjukvården.

Rad 44 Kan i undantagsfall erbjuda reminiscence. Här önskas tillgång till förklaring om varför arbetssättet har så låg prioritet. De som erbjuder reminiscence har erfarenhet är att det kan ge bra möjlighet i den personcentrerade omsorgen samt har hittat stöd i forskning för detta.

Rad 48 kan erbjuda djur i vården inom säbo. Varför är denna riktad till hälso- och sjukvården?

Rad 55 ...personer med lindrig kognitiv störning. Många (patienter och vårdgivare) reagerar negativt på det svenska uttrycket "störning" som i det här fallet är en direkt översättning av impairment. Är det inte bättre att använda begreppet svikt eller funktionsnedsättning (även med tanke på nya DSM-V kriterierna).

Rad 54 Bör erbjuda särskilt boende med inkluderande boendemiljöer.... Det är inte samma formulering i texten sid 33 som i bilagan.

Rad 57 Kan i undantagsfall erbjuda kolinesterashämmare .Ska det inte stå med eller som har istället för *och*? Personer med Alzheimers sjukdom som har lindrig kognitiv störning.

Rad 60 Bör erbjuda memantin som tillägg till kolinesterashämmare. Här blev gruppen frågande till formuleringen... Även BPSD ?

Rad 66 Kan i undantagsfall erbjuda kolinesterashämmare ... vid Downs syndrom. Gruppen konstaterar att det är svårt att med denna målgrupp.

Rad 70 Kan i undantagsfall erbjuda kolinesterashämmare ... Se över formulering. Fattas ett ord; till personer med (svår) Alzheimers *och* kvarvarande ...?

Rad 75 kan erbjuda oxazepam till personer med ...med uttalad ångest och oro. Här rekommenderas bara oxazepam vid ångest, inte SSRI. Det skiljer sig lite från riktlinjerna för ångest och depression som kom nyligen där man tonar ner bensodiazepinerna betydligt särskilt till äldre.

Rad 80 Kan i undantagsfall erbjuda antipsykotiska läkemedel...Viktigt att ange att det bör endast vara under korta perioder och att det utvärderas kontinuerligt.

Rad 72 Från Expertrådet Geriatrik i Stockholms läns läkemedelskommitté lyfts frågan om donepezil. Såsom rekommendationen nu är formulerad uppstår frågetecken kring vad göra med en patient som står på donepezil och progredierar från mild/måttlig till måttlig/svår. Bör man inte nämna att donepezil är lämpligt även vid svårare former av AD?

TEXT

Sid 22 Ordet "lider" bör bytas ut.

Sid 31 Ändra sjukgymnast till Sjukgymnast/Fysioterapeut

Sid 15 "Stadieindelning vid demenssjukdom" Här efterfrågas om man inte ska anpassa definitionen till de nya kriterierna i DSM-V, det vill säga att istället använda *kognitiv funktionsnedsättning* av olika grad?

Sid 16 "Hur vården av demenssjukdom ser ut". Borde vara "Hur vården av en person med demenssjukdom ser ut", eller vården vid demenssjukdom

Sid 35 erbjuda individuellt anpassad fysisk aktivitet. I " motivering till rekommendationerna" anges att socialtjänst och hälso- och sjukvården kan erbjuda... I rekommendationen i bilagan och i textrutan anges endast socialtjänst.

Sid 40 "typiska antipsykotiska läkemedel". Avses första och andra generationens antipsykotika? Specialistläkare beskriver att de inte känner till begreppet "typiska antipsykotiska läkemedel" men däremot "Atypiska neuroleptika".

INDIKATORER

Nr 3 Tid från utredningsstart till diagnos (spec vård och primärvård). Flera påverkande faktorer som gör att svårt att bedöma denna indikator. Inte alltid beroende på samverkan i vården. Många gånger även svårigheter att nå patienten och att de inte infinner sig till avtalade möten.

Nr 4 "Andel personer med demenssjukdom med demensdiagnos". Intressant men hur ska man mäta denna? Tidigare hette den *andel personer som fått demensdiagnos senaste året* och då är det räknat mot beräknad incidens (antal insjuknade per år), men det kan man inte göra här. Var ska man kunna hämta dessa uppgifter? I SveDem finns bara uppgifter från när respektive enhet anslutit sig och startat med registrering och inte tidigare diagnossatta än år 2007.

Nr 10 " Andel kommuner och stadsdelar med samordningsfunktioner i form av demensteam". Det finns kommuner i Stockholms län som har samordningsfunktion på annat sätt, ej demensteam. Demeasteamen kan ha olika sammansättningar och olika uppgifter. Ska indikatorn följa hur många kommuner som har en samordningsfunktion mellan aktörer/ huvudmän kring demensfrågorna eller samordningsfunktion avseende stödet till den enskilde och deras anhöriga?

Nr 11 "Andel kommuner och stadsdelar med tillgång till demenssjuksköterskor". Avses tillgång till samarbete med demenssjuksköterskor inom primärvården eller kommunala demenssjuksköterskor? I Stockholms län har kommunerna inte hemsjukvårdsansvar utan har endast hälso- och sjukvårdsansvar inom särskilt boende, dagverksamhet och LSS.

Nr 12 "Andel särskilda boenden anpassade för demenssjukdom". Ska det inte vara anpassad för personer med demenssjukdom?

Nr 13 "Andel särskilda boenden anpassade för personer med (ordet personer fattas?) demenssjukdom som erbjuder sin personal regelbunden handledning". Är en utvecklingsindikator, men "regelbunden handledning" kan vara svårt att mäta.

Nr 17 "Andel personer med demenssjukdom vid särskilda boenden som har individuella miljöbeskrivningar beskrivna i genomförandeplanen". Ska det inte vara "miljöanpassningar beskrivna" så som begreppet är i Sve Dem.

Medverkande - remissvar för Stockholms län

Projektgrupp

Anna Nerelius, processledare, Kommunförbundet Stockholms län
 Elisabeth Lauritzen, processledare, FOU nu
 Eva Stål, projektledare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, projektledare
 Liisa Samuelsson, vårdutvecklingsledare, Akademiskt primärvårdscentrum

Nätverket för demensfrågor inom Stockholms län

Amira Akhavan, demenssjuusköterska Solna Stad
 Anders Nordlund, projektledare, Nestor FoU centrum
 Ann-Katrin Edlund, landskoordinator, Svenska Demensregistret – SveDem
 Ann-Christin Kärrman, sjuusköterska, Svenskt Demenscentrum
 Bengt Larsson, Utvecklingschef, Stiftelsen Stockholm läns Äldrecentrum
 Carin Klefbom, Tandhygienist, Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting
 David Lidin, MAS Österåkers kommun
 Gosia Furuskog, sjuusköterska, Minnesmottagningen TioHundra AB
 Gunilla Norberg, Biträdande chef, Svenskt Demenscentrum
 Helen Issayas, anhörigkonsulent, Huddinge kommun
 Irene Johansson, MAS, Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje
 Jens Berggren, psykolog Minnesmottagningen syd Praktikertjänst N.Ä.R.A.
 Karin Corbishley Utvecklingsledare FoU Nordost
 Karin Dellert, Silviasyster, Demensteamet, Sundbybergs stad
 Karin Holm, Anhörigkonsulent, Sundbybergs stad
 Lena Nylund Demenssjuusköterska, Tyresö kommun
 Lotta Olofsson, Äldreförvaltningen Stockholms stad
 Lotta Wikander, Silviasyster i TioHundra AB
 Majken Ploby, Demensförening Stockholm
 Margareta Skog, Omvårdnadsansvarig för Tema Åldrande på Karolinska Universitetssjukhuset
 Maria Norström, överläkare, Minnesmottagningen Brommageriatriken
 Marie Larsson, Silviasyster, Demensteamet, Sundbybergs stad
 Marie Rydén, geriatriker Danderydsgeriatriken, SLSO
 Mirjam Brocknäs, enhetschef, Upplands-Bro kommun
 Pia Fogelberg läkare, Äldrepsykiatriska mottagningen/BPSD teamet Norra Stockholm psykiatri
 Pia Skott, tandläkare, Klinikchef Folktandvården Stockholm
 Solveig Håkansson Chaves, distriktssköterska Boo vårdcentral
 Susanne Lindqvist, Silviasyster Socialförvaltningen Vaxholms Stad

Utöver medverkan vid nätverkets träffar om remissarbetet har följande lämnat bidrag till remissvaret;

Stockholms läns landsting

Expertgrupper

Elisabeth Bos Sparén, vårdsak specialitetsrådet Allmänmedicin
 Lena Pomerleu, ordförande och spesak specialitetsrådet Allmänmedicin
 Madelen Andersson, vårdsak specialitetsrådet Geriatrik
 Maria Mathé, ordförande och spesak i specialitetsrådet Geriatrik
 Pauline Raaschou, ordförande i expertrådet Geriatriska sjukdomar, Stockholms läns läkemedelskommitté
 Pia Skott, tandläkare, ledamot i specialitetsrådet Tand- och käksjukdomar

Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen

Catharina Johansson, enhetschef Geriatrik
Gunnel Wikström, Enheten för Rehabilitering, Habilitering, Hjälpmedel
Mats Ek, medicinsk sakkunnig/överläkare enheten Allmänmedicin
Gunilla Benner Forsberg, Äldregruppen inom HSF

Minnesmottagningar i länet

Minnesmottagningen Brommageriatriken, Maria Norström överläkare, Eva Pilenvik överläkare,
Lillemor Berrek överläkare och Lise-Lotte Geyer, överläkare.
Minnesmottagningen Jakobsbergsgeriatriken, Kristina Sahlman
Minnesmottagningen Syd praktikertjänst N.Ä.R.A, Jens Berggren

Kommuner i länet

Botkyrka kommun, Anette Karlsson, MAS
Ekerö kommun, Annicka Pantzar MAS, Edda Trent Traore sektionschef socialkontoret
Haninge kommun
Huddinge kommun
Järfälla kommun Anne-Charlotte Frey demensexpert, Annicka Trumstedt enhetschef
Lidingö stad, Marie Söderström utvecklingsstrateg
Nacka kommun
Salem kommun
Sigtuna kommun, Susanne Ahlman MAS och Anna Hallén MAR
Sollentuna kommun, Natalie Alrenius demenssjuksköterska och Ylva Kjell kvalitetsstrateg
Solna stad Maria Kittel verksamhetschef och Mona Zakeri kvalitetsutvecklare
Stockholms stad, Charlotta Olofsson och Christina Malmqvist Äldreförvaltningen
Södertälje kommun, Inga-Lena Palmgren utredare
Tyresö kommun
Täby kommun, Marie Björkman utredare och Claes Lagergren socialchef
Upplands Väsby kommun, Rosa Vega sjuksköterska
Upplands-Bro kommun, Marita Lindell Jansson MAS, Mirjam Brocknäs äldrepedagog, Eva Folke
socialchef, Jesper kyrk, biträdande socialchef
Vaxholms stad, Susanne Lindqvist Silviasyster och Charlotte Damberg MAS
Värmdö kommun

FoU – enheter

Nestor FoU center, Anders Nordlund, projektledare, redovisat resultat av workshop kring
remissversionen med drygt 60 deltagare från kommuner och landstinget. www.nestorfou.se
FOU nu, Elisabeth Lauritzen redovisat resultat från två nätverksträffar kring remissversionen med
deltagare från kommuner och minnesmottagningar.
Äldrecentrum Bengt Larsson medverkat i GAP analys för Stockholms stad