

Så arbetar Socialstyrelsen med uppföljning och revidering av demensriktlinjerna

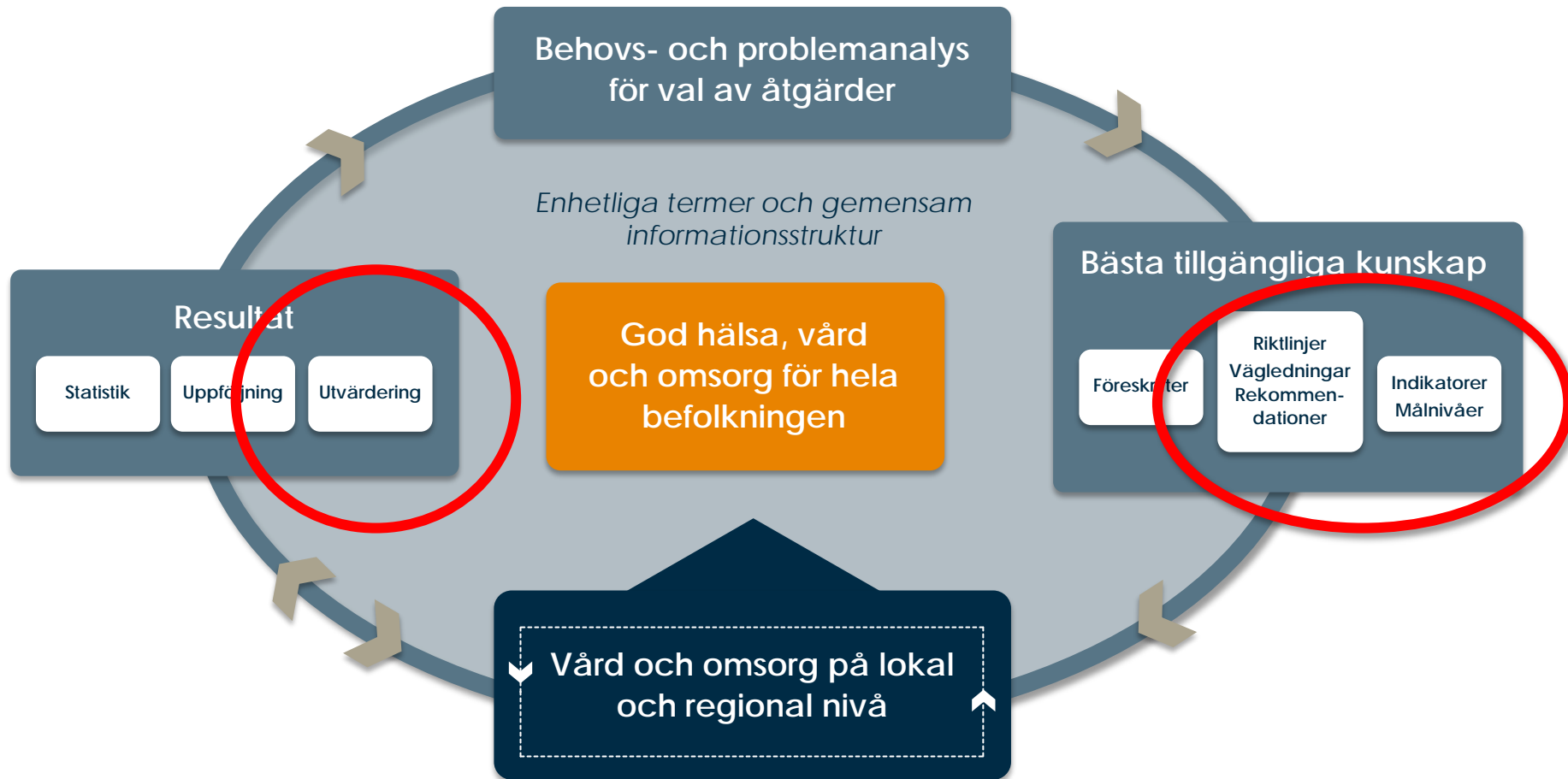
”För ett anhörig- och demensvänligt samhälle”, 11 mars 2015

Margareta Hedner, Nationella riktlinjer, Socialstyrelsen
Vera Gustafsson, Indikatorbaserad utvärdering, Socialstyrelsen

2015-03-16



Socialstyrelsens modell för att utveckla god hälsa, vård och omsorg



God vård och omsorg – en gemensam målsättning

God vård och omsorg

Kunskaps- baserad

Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.

Säker

Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.

Individ- anpassad

Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.

Effektiv

Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.

Jämlik

Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.

Tillgänglig

Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård eller omsorg som hon eller han har behov av.

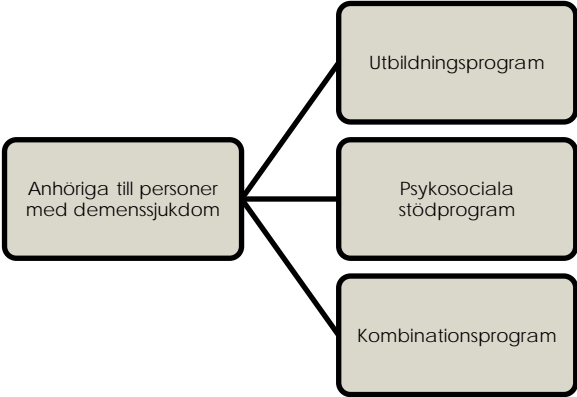
Nationella riktlinjer



Varför nationella riktlinjer?

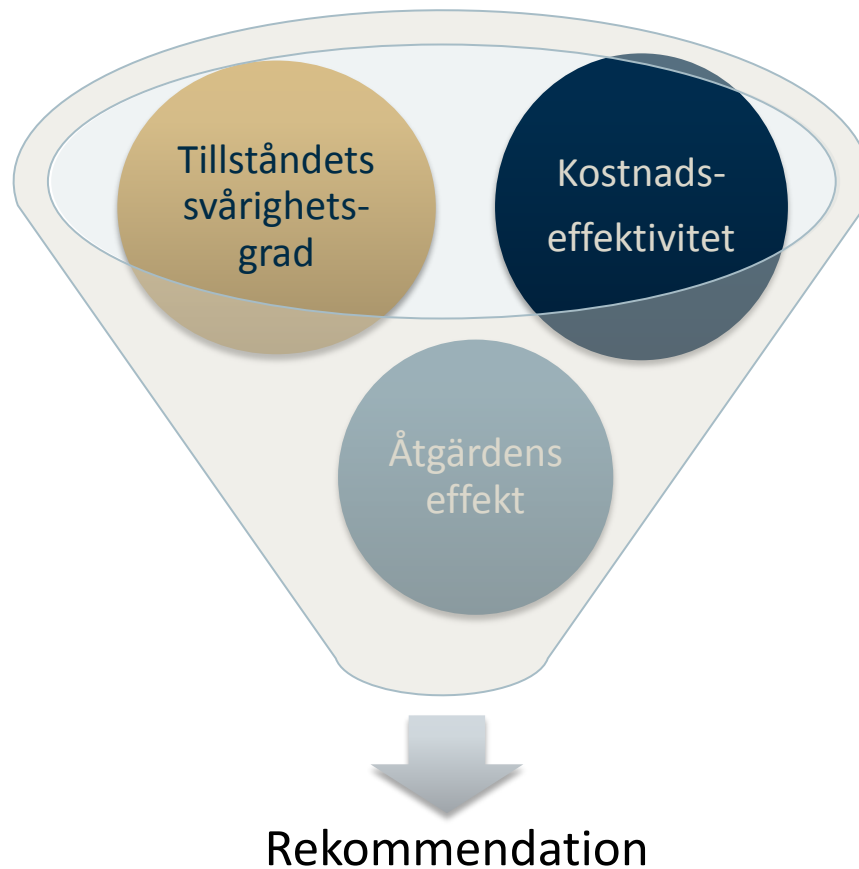
- God vård och omsorg på lika villkor
- Använda resurser effektivt
- Utveckling och uppföljning av kvalitet

Del av en evidensbaserad praktik



Prioritering

- ❖ Görs på gruppnivå
- ❖ Skala 1-10
- ❖ FoU
- ❖ Icke-göra



Nationella riktlinjer når olika målgrupper

Målgrupp

- Beslutsfattare på olika nivåer
- Personal inom vård och omsorg
- Patienter, brukare och anhöriga

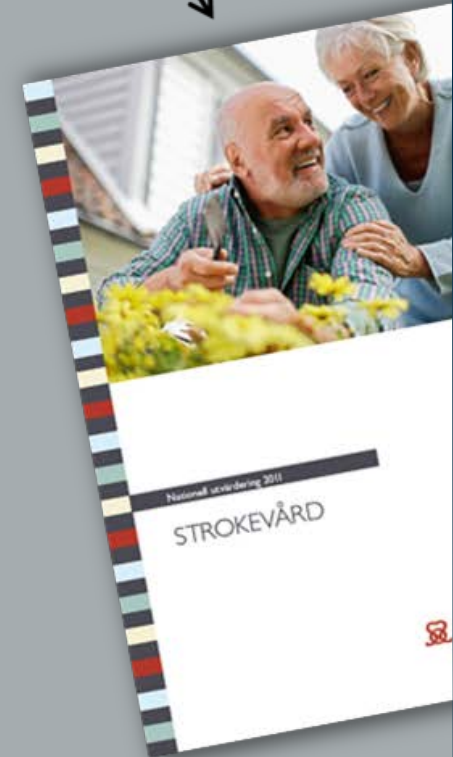
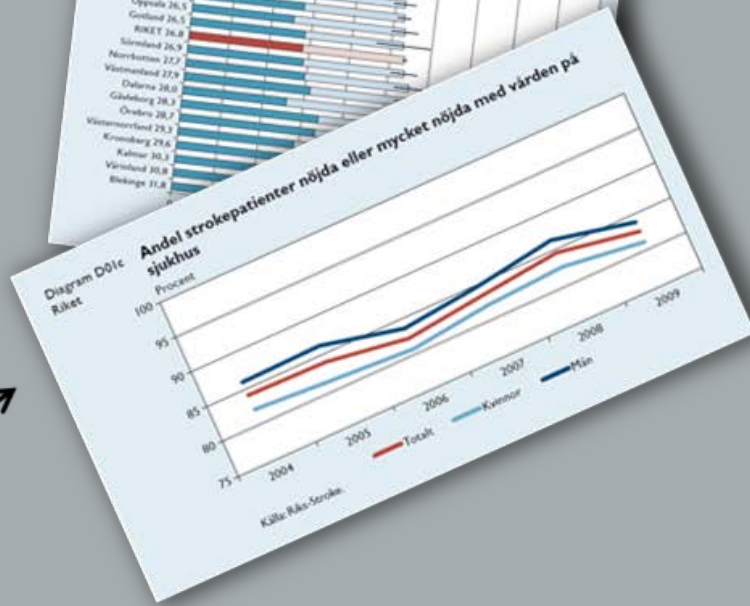
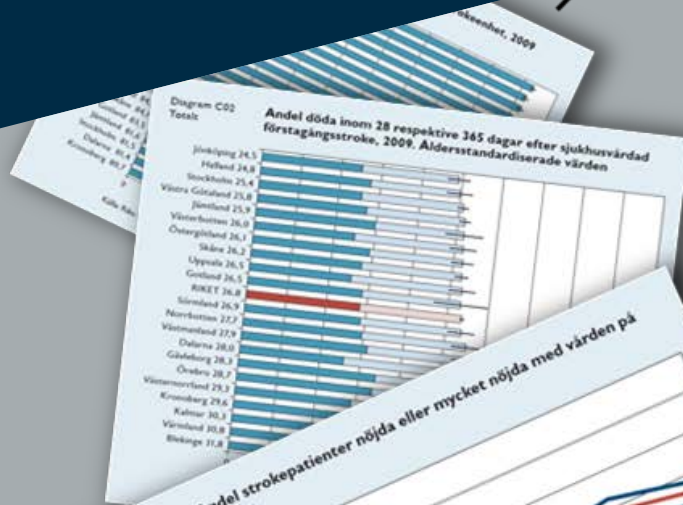
Produkt

Stöd för styrning och ledning
~30 frågeställningar som utgör centrala rekommendationer. Följs upp med indikatorer och målnivåer

Vetenskapligt underlag
~100-140 frågeställningar, evidensbaserade kunskapsunderlag

Information tas fram i samarbete med 1177 Vårdguiden

Nationella utvärderingar



Varför nationell utvärdering av riktlinjeområden?

- Följsamhet till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna?
- God vård och omsorg?
- Effektiv resursanvändning?

Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014



Projektorganisation

- Vera Gustafsson, projektledare, Socialstyrelsen
- Christina Broman, Socialstyrelsen
- Johan Fastbom, läkemedel, Socialstyrelsen
- Ulla Höjgård, extern konsult, tidigare Socialstyrelsen

- Gunilla Nordberg, FoU-ansvarig, Svenskt demenscentrum
- Per-Olof Sandman, professor i omvårdnad, Karolinska institutet/Umeå universitet
- Lars-Olof Wahlund, professor i geriatrik, Karolinska institutet

Datakällor, demensutvärderingen

Kvalitetsregister

- SveDem
- BPSD-registret
- Senior Alert

Socialstyrelsens register

- Läkemedelsregistret
- Socialtjänstregistret
- Utbildning
- Födelseland

Enkäter

- Landsting
- Kommuner
- Demensboenden

Intervjuer

- Primärvårdsläkare

Andra SoS-enkäter

- Äldreguiden
- Brukarundersökningen
- Dagverksamheter
- Uppföljning av stimulanmedel

Övergripande resultat

- Riktlinjerna har fått ett stort genomslag – särskilt i kommunerna
 - Styrningen har förbättrats, t.ex. genom vårdprogram och andra riktlinjer
 - Omfattande utbildningsinsatser har genomförts
 - Personcentrad omvårdnad är ett etablerat begrepp
- Men det finns stora skillnader och behov av en fortsatt utveckling!

Basal demensutredning



Basal demensutredning

Hälso- och sjukvården bör göra en basal demensutredning som innehåller:

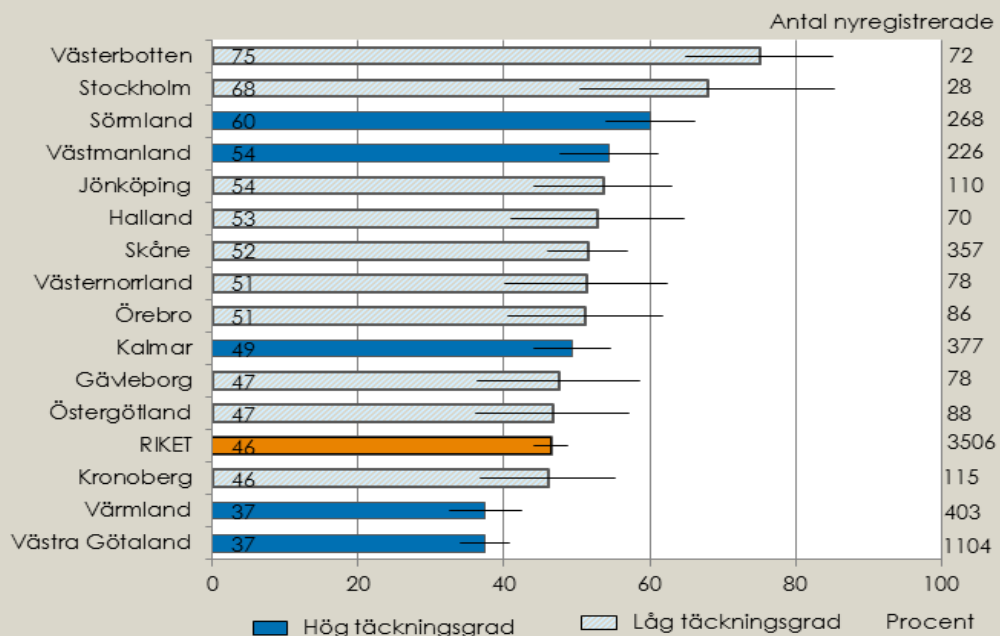
- en strukturerad anamnes (*prioritet 1*)
- intervjuer med anhöriga (*prioritet 1*)
- en bedömning av fysiskt och psykiskt tillstånd (*prioritet 1*)
- kognitiva test (MMT tillsammans med klocktest) (*prioritet 1*)
- en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga (*prioritet 1*)
- strukturell avbildning med datortomografi (*prioritet 2*)
- blodprovstagning för att utesluta förhöjd nivå av kalcium eller homocystein samt störd sköldkörtelfunktion (*prioritet 2*)

| | | | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|------------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Icke-göra | FoU |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|------------------|------------|

Många ofullständiga demensutredningar i primärvården

Diagram 10. Fullständiga demensutredningar inom primärvården

Andel personer inom primärvården som genomgått en fullständig basal demensutredning (CT och/eller MR, MMT/MMSE-SR, klocktest och blodkemi), 2012.



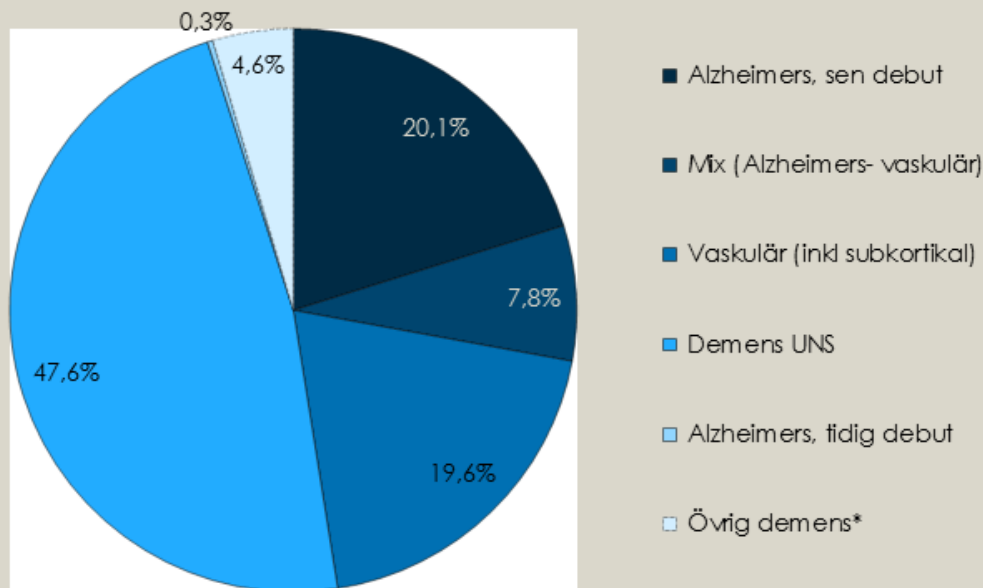
Uppgifter för Uppsala, Gotland, Blekinge, Dalarna, Jämtland och Norrbotten redovisas inte p.g.a få registreringar.

Källa: SveDem - Svenska Demensregistret.

Hälften av patienterna får en ospecifik diagnos

Diagram 6. Diagnoser inom primärvården

Diagnosfördelning hos personer som primärvården utrett och registrerat i SveDem under år 2012.



*Tex. Lewybodydemens, Frontallobsdemens och Parkinsons med demens.

Källa: SveDem - Svenska Demensregistret.

Rekommendation:

Mer kunskap och bättre förutsättningar inom primärvården

Landstingen kan förbättra vården för personer med demenssjukdom genom att

- se över om primärvården har tillräckliga förutsättningar, både i form av kunskap och resurser, för att arbeta med utredning, behandling och uppföljning av personer med demenssjukdom.

Läkemedelsbehandling, antipsykosmedel



Läkemedelsbehandling – antipsykosmedel

Hälso- och sjukvården kan då omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön visat sig otillräckliga pröva

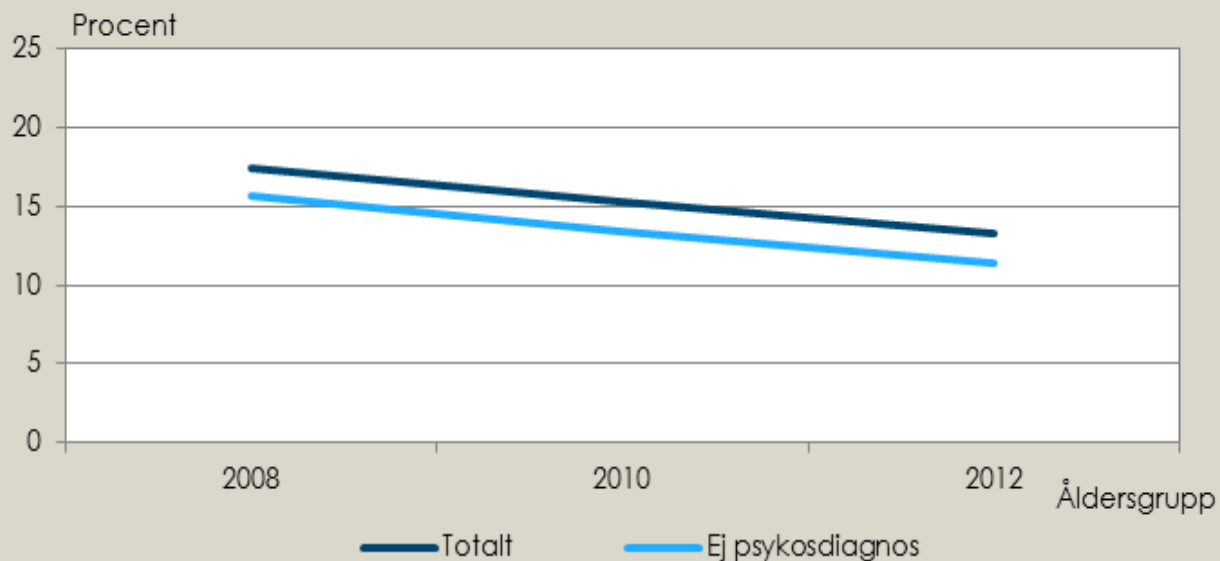
- antipsykosmedlen risperidon (*prioritet 7*) och haloperidol (*prioritet 8*)
- antipsykosmedel (quetiapin), och då till personer med vanföreställningar och hallucinationer vid måttlig till svår Lewybodydemens och Parkinsondemens (*prioritet 9*)

| | | | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|------------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Icke-göra | FoU |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|------------------|------------|

Antipsykosmedel i särskilt boende

Diagram 46. Antipsykosmedel i särskilt boende

Andel i särskilt boende som behandlas med antipsykosmedel. Avser personer 65 år och äldre. Total andel i SÄBO respektive andel då individer med psykosdiagnos är exkluderade från analysen, 31 dec 2008, 2010 och 2012.

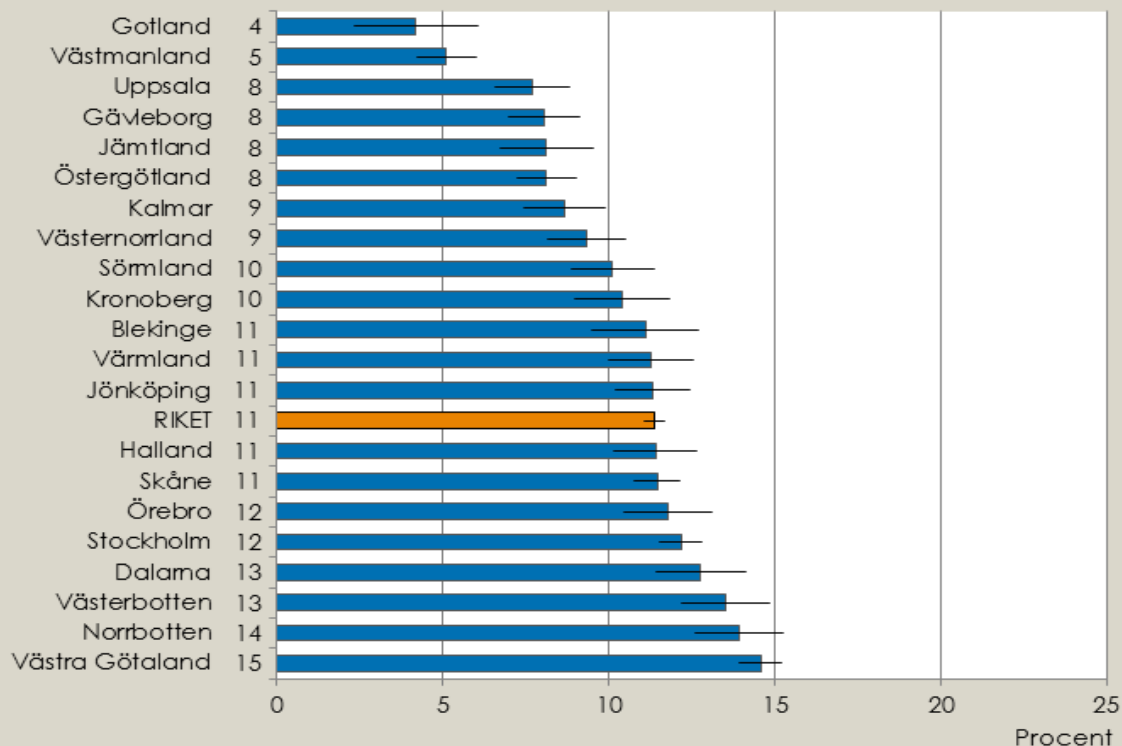


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Antipsykosmedel i särskilt boende

Diagram 5B. Antipsykosmedel i särskilt boende

Andel äldre i särskilt boende som behandlas med antipsykosmedel. Avser personer 65 år och äldre. Individier med psykosdiagnos är exkluderade från analysen, 31 dec 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Socioekonomiska skillnader i läkemedelsförskrivningen

- Personer födda i andra länder behandlas oftare med antipsykosmedel
- Personer med lägre utbildning behandlas oftare med antipsykosmedel

Rekommendation:

Mer jämlik läkemedelsförskrivning

Landstingen och kommunerna kan förbättra vården och omsorgen för personer med demenssjukdom genom att

- de landsting som har en hög förskrivning av antipsykosmedel analyserar orsakerna till detta, tillsammans med berörda kommuner.
- särskilt beakta hur socioekonomiska faktorer, som utbildning och födelseland, påverkar förskrivningen av antipsykosmedel.

Stöd till anhöriga



Stöd till anhöriga

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

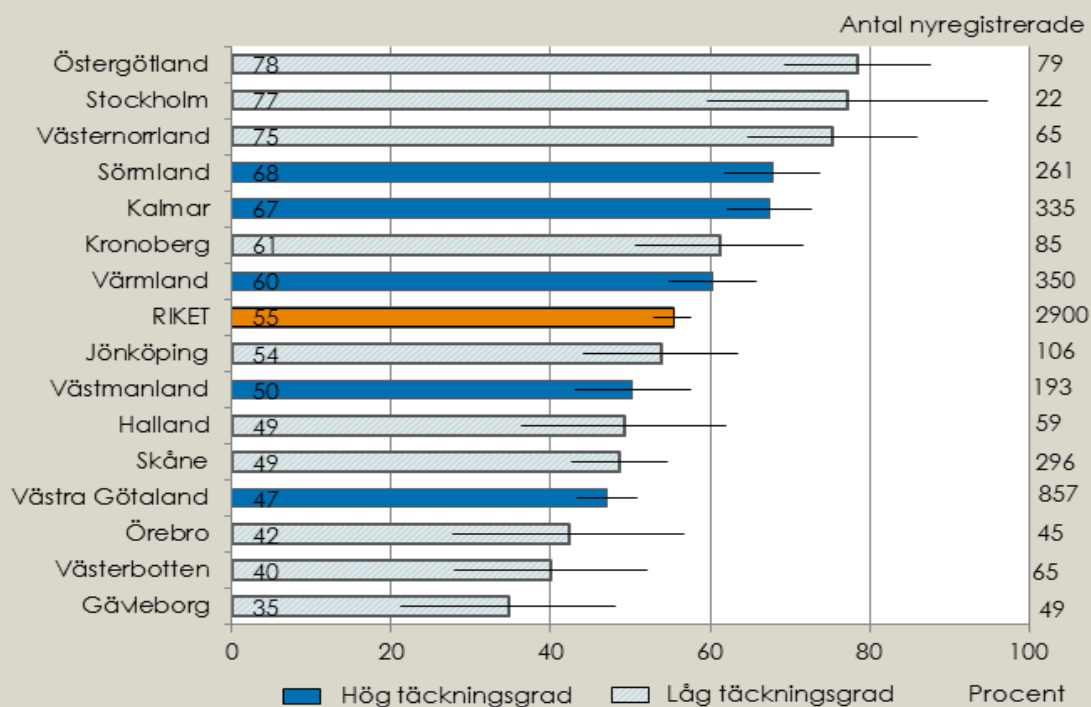
- erbjuda utbildningsprogram och psykosociala stödprogram (*prioritet 2*)
- erbjuda olika former av avlösning (*prioritet 2*)
- erbjuda kombinationsprogram (*prioritet 3*)
- erbjuda specifikt anpassat stöd och individuellt anpassad avlösning till anhöriga till yngre personer med demenssjukdom (*prioritet 3*)

| | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Icke-göra | FoU |
|---|----------|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|-----|

Primärvårdens initiativ till anhörigstöd

Diagram 13A. Primärvårdens initiativ till anhörigstöd

Andel personer där primärvården initierat stöd till anhöriga, 2012.



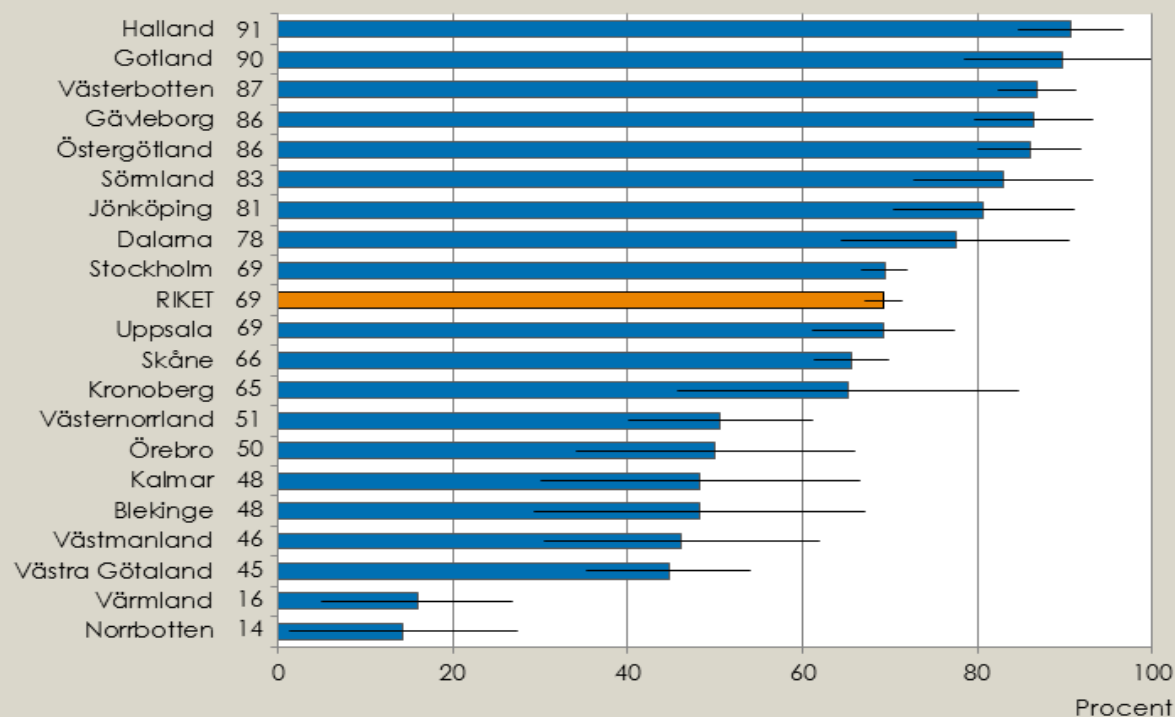
Uppgifter för Uppsala, Gotland, Blekinge, Dalarna, Jämtland och Norrbotten redovisas inte p.g.a få registreringar

Källa: SveDem - Svenska Demensregistret

Specialistvårdens initiativ till anhörigstöd

Diagram 13B. Specialistvårdens initiativ till anhörigstöd

Andel personer där specialistvården initierat stöd till anhöriga, 2012.



Källa: SveDem - Svenska Demensregistret

Uppgifter för Jämtland redovisas inte p.g.a få registreringar

Kommunernas anhörigstöd – riktat till anhöriga till personer med demens

| Form av anhörigstöd | Andel kommuner |
|--|----------------|
| Avlösning/avlastning | 96 |
| Individuellt stöd | 93 |
| Anhörigutbildningar | 81 |
| Träffpunkter/grupper där man kan möta andra anhöriga | 81 |
| Annat (t.ex. friskvårds- eller trivselaktiviteter) | 63 |

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar, februari 2013

Kommunernas anhörigstöd – anpassat för olika målgrupper

| Målgrupp | År 2008, andel av kommunerna | År 2013, andel av kommunerna |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Beteendeförändringar | 14 | 34 |
| Utvecklingsstörning | 8 | 14 |
| Yngre personer (under 65 år) | 25 | 29 |
| Annat modersmål än svenska | * | 6 |

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar, 2008 respektive 2013.

* Denna fråga saknades i 2008 års enkät.

Rekommendation:

Mer stöd till anhöriga – och anpassat till olika grupper

Landstingen kan förbättra vården för personer med demenssjukdom genom att

- i större utsträckning ta initiativ till anhörigstöd i samband med demensutredning.

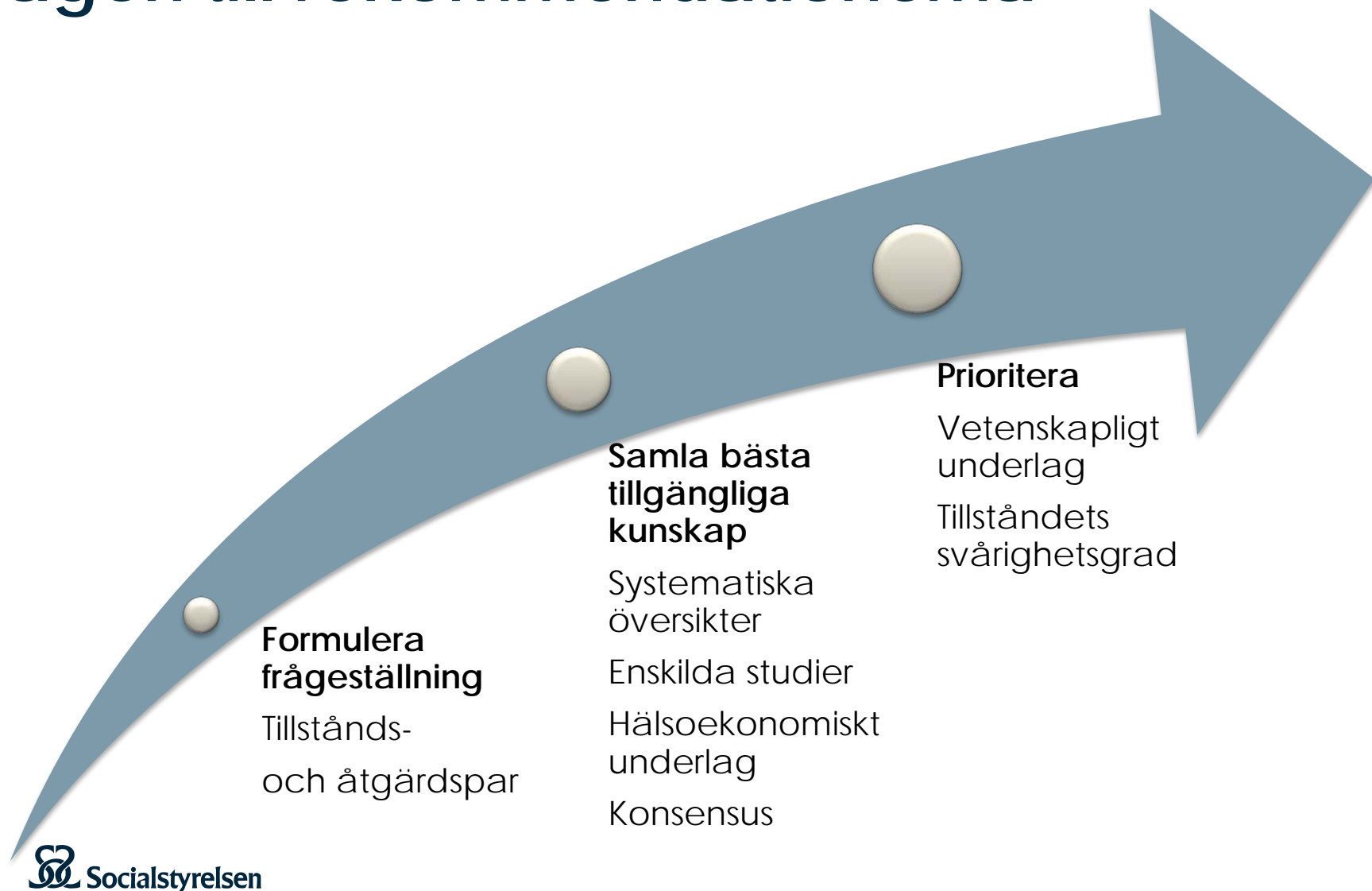
Kommunerna kan förbättra omsorgen för personer med demenssjukdom genom att

- utveckla anhörigstöd i form av avlösning, utbildningsprogram och psykosociala stödprogram, om de inte erbjuder detta
- utveckla kombinationsprogram, som innebär att flera olika stödåtgärder till anhöriga erbjuds samtidigt
- utveckla anhörigstöd som är anpassat för olika målgrupper, till exempel anhöriga till yngre personer med demenssjukdom.

Revidering av de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom



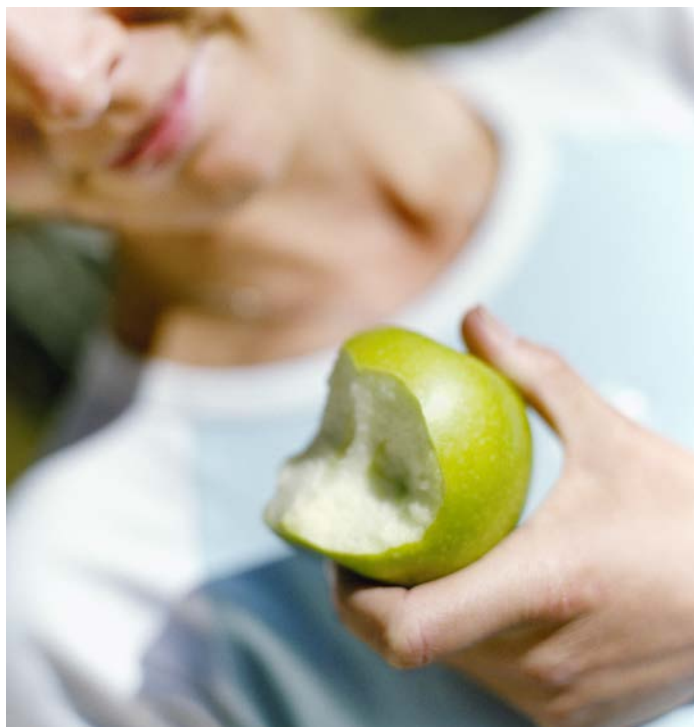
Vägen till rekommendationerna



Särskild satsning på vidareutveckling av NR

*"Fler,
snabbare,
bättre"*

Utveckling av riktlinjerna



- Mer avgränsade (80-100)
- Behovsstyrd uppdatering
- Ökad patientmedverkan

Riktlinjernas fokus – behov av vägledning

- praxisskillnader över landet
- kontroversiellt område (exempelvis behandling som professionen har olika uppfattning om)
- etiskt dilemma (till exempel riskfyllda behandlingar, utsatta grupper, nedsatt autonomi)
- behov av utmönstring av skadliga eller ineffektiva metoder



Tidsplan

vintern 2014/15

våren 2015

vintern 2015/16

FÖRBEREDELSE
& AVGRÄNSNING

VETENSKAPLIGT
UNDERLAG
- sökning, granskning
& evidensgradering

PRIORITERINGS-
ARBETE -
rekommendationer

REMISS-
VERSION

REGIONALA
SEMINARIER

SLUT
VERSION

Mer information finns på:
www.socialstyrelsen.se