

# Remissvar Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Region Dalarna och Dalarnas kommuner

## Kapitel 1: Beskrivning av vårdförlopp

### Avsnitt 1.1 Om kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

- Tydligt och bra beskrivet, överlag välformulerat.
- Bra att det multiprofessionella och teambaserade arbetssättet lyfts fram.
- Vilka demenskriterier avses? ICD-10? DSM-5?
- Bra att behov av att anpassa utredningar för vissa grupper uppmärksammas. Önskvärt att i exemplen inkludera språklig och kommunikativ förmåga samt personer med sedan tidigare kända kognitiva och intellektuella funktionsnedsättningar, inte minst vid Downs syndrom. Kanske vore det klokt att vidga exemplen till andra än psykiatriska och neurologiska sjukdomar, som exempelvis thyroideasjukdomar, B-12 brist, något mer?

### Avsnitt 1.2 Omfattning

- Kort och sakligt.
- Misstanke hos vem? Patient, anhörig, vårdpersonal? Antar att vårdförloppet startat när man beslutar att påbörja en basal demensutredning?
- Denna snäva avgränsning av vårdförloppet till utredning och diagnos är något problematisk då insatser av psykoedukativ (informativ, stödjande) natur delvis påbörjas när utredningen startar genom den kunskap om individens förmågor som fås fram. Det är i realiteten inte skarpa gränser och tydliga övergångar mellan olika delar av hela vårdkedjan. Delar av processerna i hela vårdkedjan sker parallellt och integrerat.

### Avsnitt 1.3 Vårdförloppets mål

- Inkludera närstående i utredningen så att den som är sjuk får bästa vården eftersom att den kan ha en dålig sjukdomsinsikt och har svårt att minnas om vad som sagts.
- Viktigt att göra en individuell plan för den sjuke.
- Punkt fyra i listan stipulerar att vårdförloppet bland annat syftar till att "minska praxisskillnader vid utvidgade kognitiva utredningar", men dokumentet innehåller utöver nya tidsgränser inga ansatser till att styra upp de utvidgade utredningarna. Ska målet formuleras om till att enbart gälla tidsaspekten vid utvidgade kognitiva utredningar eller ska dokumentet utökas till att omfatta även praxisskillnader i utredningsmoment?
- Bra formulerade mål. Vore kanske bra om kommunens hälso- och sjukvård samt socialtjänst tydligare inkluderades. Det är väl en förutsättning för att kunna ge en sammanhållen, samordnad och personcentrerad vård och omsorg.

### Avsnitt 1.4 Ingång och utgång

- Kan vara lång tid att ha minst sex månader.
- Under kriterier saknar vi försämrade dygnsuppfattning och påverkan på rörelseförmågan och ev fall och behov av hjälpmedel.

- Oklarheter kring ingång i vårdförloppet. Ingång ska enligt beskrivningen ske vid misstanke om kognitiv svikt till följd av demenssjukdom. Samtidigt står det att ingång i vårdförloppet inte ska ske om personen bedöms ha kognitiv svikt orsakad av annan sjukdom eller annat tillstånd än demenssjukdom. Ska inte denna bedömning göras UNDER vårdförloppet, dvs i den basala demensutredningen?
- Bör SoS standardiserade insatsförlopp nämnas i samband med sista punkten "utgång"?
- Bra formulerat om när ingång i vårdförloppet ska ske. När ingång i vårdförloppet inte ska ske behöver förtydligas under punkt två och tre. *Första punkten* om kognitiv svikt vid annan sjukdom är bra. *Punkt två*, hur ska man och vem/vilka ska bedöma att utredning inte bedöms tillföra nytta eller ytterligare livskvalitet? Viktigt att exemplifiera att det är när det är uppenbart så att det inte blir godtyckliga bedömningar. Ibland är det ju så att det inte är uppenbart utan att viss basal utredning är gjord. Viktigt att eftersträva att både vård och omsorg (multiprofessionellt team) samt patient/närstående är överens. Anpassad utredning utanför aktuellt vårdförlopp kan vara aktuellt. *Punkt tre* är en etisk utmaning. Om en patient med misstänkt demens avböjer utredning på grund av sina funktionsnedsättningar, har patienten då avböjt? Är det ett eget val om man inte förstår konsekvenserna av sitt val? Bör betonas att information till patienten måste ges med anpassad kommunikation, ev kognitiva hjälpmedel och visuellt stöd, för att så långt som möjligt försäkra oss om att patienten förstått konsekvenserna av sitt val.

#### Avsnitt 1.5 Flödesschema för vårdförloppet

- Tydligt flödesschema med bra förklaringar.
- Saknar förtydligande gällande de kommunala insatserna. Är det biståndshandläggare, arbetsterapeut/fysioterapeut, demenssteam som ska kontaktas?
- I flödesschemat:  
Block A: Remiss till Datortomografi, EKG  
Block C: Kognitiva tester, Anhörigintervju, Remiss för datortomografi, Strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga, Information om aktuella stödinsatser i kommunen, Intervju med patienten.
- Enligt flödesschemat ska man efter den basala demensutredningen ta ställning till om demenssjukdom föreligger eller inte. Detta är dock ofta svårt i tidiga demensstadier. I dagsläget kommer många remisser till minnesmottagningen gällande patienter med exempelvis misstänkt tidig Alzheimer eller misstänkt frontallobsdemens, men där patienterna inte med säkerhet uppfyller kriterierna för demenssjukdom. Kan man i ruta (D) istället skriva något i stil med "Demenssjukdom föreligger eller kan starkt misstänkas"? Dessutom nämns ingenting kring exempelvis Lewy-body-demens eller frontallobsdemens. Vid sådan misstanke är det väl rimligt med remiss till specialistmottagning? (*Denna synpunkt avser såväl avsnitt 1.5 som 1.6.*)
- Under ruta (D) finns alternativet "Ja - < 65 år..." avseende fortsatt utvidgad demensutredning. Finns förankring att använda just 65 års ålder i något styrande dokument eller är siffran tagen ur luften? SoS Nationella riktlinjer nämner inte 65 års ålder specifikt.
- Väl snäva tidsramar. Att basala utredningen ska vara klar på 30 dagar är för kort. Bättre med 60 dagar på basal nivå. Stora problem med ekonomiska incitament att göra snabba utredningar med risk att dessa blir ofullständiga och av undermålig kvalitet. Processen varierar stort mellan individer med misstänkt demens. Inte minst gällande behov av motivationsarbete och information om vikten av att göra en utredning. Vid oklarheter under utredningen kan viss expektans vara nödvändig för adekvat bedömning. Att snabbt påbörja

utredningsprocessen (inklusive motivation etc) är däremot viktigt och skulle kunna ha en standardiserad tidsram som processmått.

- Rutan "Inledning", bör ta med symtom i minst 6 månader.
- Ruta D, där är de båda Ja-alternativen otydliga i layouten som den är nu. Rama in dem och dra pilar till dem kanske?
- Fotnoterna uppfattas tydligare som fotnoter om de inte ligger i varsin ruta utan längst ner i dokumentet, dvs som traditionella fotnoter.

Innehållet i flödesschemat kommenteras även under avsnitt 1.6

#### Avsnitt 1.6 Vårdförloppets åtgärder

- Bra och omfattande åtgärdsbeskrivning.
- Förslag till tillägg: Åstrands Anhörigintervju.
- Önskvärt att ha med närstående i vårdförloppet. Vid samtycke ska primärvården kalla till SIP eller så ska primärvården kontakta kommunens minnsteam så att familjen får den stöttning och hjälp som behövs redan från start.
- Det behövs en skriftlig plan för patienten utefter vilka svårigheter som kommer fram i utredningen. Det behöver vara tydligt vilket stöd patienten behöver för att bibehålla sina förmågor.
- Bra beskrivet hur de olika vägarna ser ut. Viktigt att komma ihåg kommunernas anhörigstöd i tidigt skede.
- I flera sammanhang listas prioritet från Nationella Riktlinjer utan att man tydligt skriver/visar att det är just NRs prioritet som avses, se exempelvis första punkten under block (C) längst ner på sida 8.
- Att alkoholprover nämns under basal demensutredning är mycket positivt och ett regelmässigt användande av proverna minskar risken för att provtagningen ses som kränkande.

*Nedan synpunkter specifikt kopplade till avsnittets olika delar (A, B, C...):*

#### A) Symtominventering

- Betona multiprofessionella teambaserade redan här i förloppet liksom gränsöverskridande samverkansteam, dvs samverkan mellan region och kommun.
- Att ta med sig hjälpmedel, exv för syn och hörsel viktigt redan på nivå (A).

#### A) Anamnes

- Komplettera kognitiv funktionsnivå med språklig, kommunikativ och intellektuell funktionsnivå.
- Komplettera tidigare sjukdomar med fler exempel som hjärt-kärlsjukdom, lungsjukdom, diabetes och funktionshinder (Neurodevelopmental disorders, dvs neuropsykiatriska funktionshinder ++ (dvs mer än autism och adhd) intellektuella funktionshinder med bakomliggande orsaker som Downs syndrom).
- Levnadsberättelse bör tas redan här.

#### A) Laboratorieundersökningar

- Bör kompletteras med vissa prover, som ALAT, Albumin, B12, Folat, CRP och SR. Pro BNP??
- Kan redan på denna nivå vara aktuellt med andra undersökningar än kliniskt status och lab-prover för att utesluta eller konstatera annan sjukdom, som kan påverka hur

demenssymtomen kommer till uttryck. Exempelvis CT-hjärna, EKG, UL hjärta, lungröntgen mm.

*A) Psykiskt status*

- Här bör observerat kognitivt status i undersökningssituationen noteras, så som kommunikation, språk, resonerande reflekterande förmåga, hålla och växla fokus samt ev påtaglig stress i undersökningssituationen.
- Bör inte strukturerad bedömning av funktionsförmåga och aktivitetsförmåga göras redan på nivå (A)? Fördel att samordna denna med kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänsten, inte minst för de som redan har kommunal kontakt. Fördelen med att göra dessa bedömningar på denna nivå är bland annat att man får ett värdefullt underlag för vård- och stödinsatser som kan sättas in före diagnos, oavsett orsak till kognitiv svikt och där orsaken till den kognitiva svikten är annan än demens.

*B) Beslut: Välgrundad misstanke...*

- Här blir det otydligt och svårtolkat. Skrivningen kan tolkas som att personer med demens över 65 år, som inte är biologiskt åldrad enligt föreslagen definition (CFS 5), inte får fortsatt omhändertagande i primärvården. Att ha CFS som grund för demensinsatser generellt i primärvården, känns mycket tveksamt och oetisk. Risk att vården varken blir jämlik eller likvärdig.

*G) Åtgärdsblock...*

- Lite mer om nedsatt beslutsförmåga och förmåga till att ge samtycke till vård och omsorg. Saknar bedömning av olika möjliga hjälpmedel och stödinsatser för att säkra äkta delaktighet. Information om framtidsfullmakt tidigt i förloppet, liksom anhörigbehörighet och andra företräderskap (god man, förvaltare) och vid behov initiera kartläggning av behov av sådant. Vid behov "orosanmälan" till socialtjänsten.
- Insatser som information, utbildning och vårdplanering räknas upp. Bör texten förtydligas så att det framgår att både primärvård och specialistvård avses? Eller om texten bara gäller primärvård ska detta givetvis framgå!

*J) Skriftlig och muntlig information och dialog...*

- Vid annan kognitiv svikt än demens måste individuell bedömning göras gällande ev behov av fortsatt handläggning utanför detta vårdförlopp och framför allt säkra att underlaget från denna utredning kan ligga till grund för utformning av insatser som en person med annan kognitiv svikt än demens också kan behöva.

### Avsnitt 1.7 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse

- Bra att lyfta samtalsstödande tekniker
- Självklart ska patienten vara delaktig men det kan i vissa fall vara svårt vid kognitiv svikt. Vissa vill inte visa att de har problem och försöker kompensera det. Det är jätteviktigt att anhöriga vet var de ska vända sig vid behov.

## Kapitel 2: Uppföljning av vårdförlopp

### Avsnitt 2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

- Bra med uppföljningar, det är viktigt att det görs eftersom det inte alltid fungerar nu.
- Viktigt att det finns ett enkelt och smidigt sätt för informationsöverföring. En strukturerad dokumentation med enkel överföring är en förutsättning för att uppföljning kommer bli av.
- Bra om registrering till SweDem kan ske genom direktöverföring från journalsystemet. Oerhört viktigt att inrapportering av indikatorer för uppföljning kan ske genom direktöverföring från vårdens journalsystem. Vi måste komma ifrån manuell inrapportering till kvalitetsregister om registren ska användas i uppföljning och systematiskt kvalitetsarbete.
- I första stycket står att SveDem bara omfattar personer med demensdiagnos, men från 2021 ska även MCI registreras. Detta bör framgå.
- Viktigt att uppföljningsdata av vårdförloppen kan beskrivas enkelt och tydligt i syfte att kunna värdera övergripande resultat t.ex. vad som är "bra" respektive "mindre bra", särskilt viktigt för vårdgivaren i frågor om ledning och styrning.

### Avsnitt 2.2 Indikatorer för uppföljning

- Bra med bestämda målvärden. De får utvärderas och justeras vid behov.
- Bra med målvärde på ca 90% för de som fått en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen. Det förtydligar behovet av arbetsterapeut- och fysioterapeutresurser i demensutredningen.
- Som tidigare har kommenterats under avsnitt 1.5 så är målvärdet 30 dagar för basal utredning för snävt. 60 dagar bättre. Kanske det i indikatorn bör stå att tiden till diagnos rör diagnos satt i den basala utredningen. Vid oklarhet om demens föreligger krävs utvidgad utredning på specialistenhet för diagnos. Vore en indikator som mäter tiden från misstanke/identifierat behov av utredning till påbörjad utredning bra?

## Kapitel 3: Bakgrund till vårdförlopp

### Avsnitt 3.1 Nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv

- Tydlig nulägesbild. Pedagogiskt.
- Det kommunala rehabteamet kommer ofta in i ett tidigt skede i hemmet då svårigheter att utföra sina dagliga aktiviteter uppmärksammas. När det gäller förflyttningar, fallriskbedömningar, hjälpmedel, samt t ex dörrlarm, minneshjälpmedel och bostadsanpassningar gällande spisvakt.
- I den grafiska presentationen om nuläget ur ett patientperspektiv, finns fler utmaningar. Inte minst under väntetider. En utmaning kan vara incitamentet snabb utredning och snabb diagnos, som kan leda till att en personcentrerad process av hög kvalitet för att etablera en trygg relation med patient, att motivera patienten som säger nej etc inte prioriteras. Utmaning att det inte blir fort och fel/undermålig ofullständig utredning.

### Avsnitt 3.2 Kompletterande kunskapsstöd

*Inga särskilda synpunkter.*

### Avsnitt 3.3 Arbetsprocess

*Inga särskilda synpunkter.*

## Kapitel 4: Referenser

*Inga särskilda synpunkter.*

## Appendix

*Nedan synpunkter specifikt kopplade till avsnittets olika delar (A, B, C...):*

### A) Kognitiva förmågor

- Bra med exempel på konsekvenser.
- Tydlig och bra översikt som är användbar i vår kliniska vardag.
- Under domänen social kognition viktigt att betona social/icke verbal kommunikation hör hit och att det är flera underliggande kognitiva förmågor som påverkar det, inte minst exekutiva funktioner, mentalisering, central koherens, snabbhet, simultankapacitet, perception, arbetsminne och andra exekutiva funktioner. Då kvalificerade insatser och mot utmanande beteenden måste riktas mot underliggande kognitiva svårigheter och så långt som möjligt kompensera för dessa i miljö, bemötande, krav, stöd, hjälpmedel etc.

### B) Kognitiva tester

- Bra med prioritet på testerna.

### C) Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning vid demensutredning

- Bra med exempel på bedömningsinstrument.

### D) Neuropsykologisk utredning som en del i utvidgad demensutredning

- Bra beskrivning av testen.

### E) Körkort och demenssjukdom (trafikmedicinsk utredning)

- Viktigt att ha med körkortsfrågan. Den blir ofta en stor sak då det är väldigt känsligt för många att bli av med körkortet.
- Angående bedömning av körförmåga på aktivitetsnivå bör det tydliggöras vem som ansvarar för bedömning av körförmågan och resultatet av körprovet. Är det uteslutande en bedömning som görs av trafikverkets förarprövare eller görs bedömningen i samråd med vårdpersonal som besitter specifik kompetens (t.ex. arbetsterapeut)?

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

- Bra med stöd vid situationer då patienten inte medverkar till basal demensutredning.
- Svår fråga som är viktig att ha med. Viktigt att se till individen i varje fall.

### G) Vidare hänvisningar

- Bra länkar.

## Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

- Bra flöde i dokumenten.
- Viktigt att komma ihåg den individuella planen i varje enskilt fall.
- Viktigt att komma ihåg anhöriga och vilket stöd även de kan få.
- Saknar beskrivning och vikten av den specialiserade vårdens plan för den enskilde. Det är ju nu mycket fokus på att utredning ska göras, vilket är en förutsättning och bra. Alla aktivitets- och funktionsutredningar måste även landa i en individuell rehabiliteringsplan. (Inte bara att hjälpmedel, vardagsrehabilitering och bemötande är viktigt.) Det är ju i utredningen det framkommer vilka specifika svårigheter den enskilde har just nu. Vi behöver kunna stötta i det som är aktuellt för att kunna bibehålla funktioner så länge som möjligt.
- Den här beskrivningen av sammanhållet vårdförlopp tydliggör olika instansers ansvarsområden kring vårdförloppet kring misstänkt demenssjukdom. Den bör användas som stöd och struktur i hur och var vi behöver arbeta vidare för att synliggöra vilken länk i kedjan som behöver förstärkas för att få hela kedjan att hålla ihop.
- Bra och tydligt, känns som den kan vara användbar i den kliniska verksamheten. Viktigt med vård på lika villkor oavsett geografi och vårdcentral. Känns dock lite otydligt var och hur arbetsterapeut- och fysioterapeutkompetenser kommer in. Det är inte alla kommuner som har aktiva demensteam där våra professioner finns med.
- Vore önskvärt att det fanns med något om då det finns risk att personen glömmer tid, kallelse för att mer säkerställa flödet. Någon form av påminnelse tänker jag som tex vb någon ringer samma dag eller att det finns någon närstående som också får kallelse. Kan ju ingå i den personliga planen, för det ska ju vara förankrat hos den enskilde patienten.
- För de familjer där det finns speciellt minderåriga barn skulle det vara önskvärt att det fanns ett familjeperspektiv för stöd och kunskap och att man gärna tänker in skolan som en samarbetspartner där. Tänker att efter att barnkonventionen stärkts så behöver det finnas med barnperspektiv även här.
- Vet inte om man även ska tänka in att tidigt presentera kring levnadsberättelse/livshistoria, framtidsfullmakt eller annan fullmakt tidigt i vårdförloppet. Jag tycker att ju tidigare desto bättre, och visst vore det fantastiskt med en levnadsberättelse som följer personen under hela förloppet, i hemmet, dagverksamhet, säbo och lasarett.
- Funderingar kring demensbegreppet i stort och vilka patienter som ska ingå i vårdförloppet. Det övergripande målet är att fler personer med kognitiv svikt till följd av misstänkt demenssjukdom ska utredas, och att utredning ska starta i ett tidigt skede. Ingår exempelvis patienter med tidig Alzheimers sjukdom i vårdförloppet även om de har så lindriga symtom att de inte uppfyller kriterierna för demenssjukdom enligt ICD-10? För att utreda dessa patienter krävs ofta bedömning via specialistklinik. Det finns samtidigt många privata mottagningar som utreder patienter med minnesproblem där majoriteten landar i diagnoserna objektiv eller subjektiv lindrig kognitiv störning. Ska dessa patienter också ingå i vårdförloppet?
- Vid genomläsning är det många som inte har uppfattat att vårdförloppet enbart omfattar utredningsprocessen och med nödvändighet leder fram till SoS insatsförlopp. Man har ifrågasatt varför inga åtgärder efter fastställd diagnos (utöver information om diagnosen) har angivits eller rekommenderats. Vårdförloppets avgränsningar och självklara övergång i insatsförloppet bör framgå tydligare, bland annat i inledningen kapitel 1.

- Flera yrkeskategorier nämns i vårdförloppet (logoped, fysioterapeut) men den centrala arbetsterapeutens yrkestitel utelämnas konsekvent. Är detta avsiktligt eller bör det ses över?
- Det kan bli svårt att nå målet sammanhållen och personcentrerad vård vid demens med ett allt för snävt och avgränsat vårdförlopp som enbart rör initial utredning och tidig diagnostik. Risk att helhetsperspektivet i den personcentrerade vården tappas.
- Målgruppen för vårdförloppet är oerhört heterogen. Demens är progressiva sjukdomar där komplexitet med samsjuklighet är hög, särskilt i de äldre åldersgrupperna.
- Både utredning, diagnostik, behandling och övriga insatser är ju ett kontinuum, ett ständigt pågående förlopp som går i varandra med återkommande nya problembeskrivningar, utredningar/kartläggningar, analyser, bedömningar, åtgärder, uppföljningar/utvärderingar om och om igen.
- Dokumentet växlar kanske väl mycket mellan detalj- och ramnivå. Individuella bedömningar är alltid centrala.
- Finns en risk att processmått övervärderas på bekostnad av resultatmått.
- Önskvärt att dokumentet tydligare lyfter riktningen mot ökad samverkan mellan region. Att dokumentet följer nationella demensstrategin för 2017-2022 som tydligt lyfter gränsöverskridande samverkansteam mellan kommun och region.
- Mycket viktigt att det i vårdförloppet betonas vikten av att inrapportering av kvalitetsindikatorer sker genom direktöverföring ur journalsystemen.
- För att våra vårdförlopp och insatsförlopp ska kunna bidra till implementering av sammanhållen, personcentrerad nära vård som måste förutsättningar för lättillgänglig personcentrerad vårddokumentation/patientjournaler. Inte som nu när region och kommun har olika journalsystem utan åtkomst till varandras.

### Konsekvensbeskrivningen

- Huvudsakliga konsekvensen kortare utredningstid kan riskera att tiden/processen blir viktigare än utredningens resultat och kvalitet/positiva konsekvenser för den enskildes hälsa och livssituation.
- Målet att personer ska få rätt stöd i ett tidigare skede ger personerna en bättre livskvalitet samtidigt som rätt insatser kan ges om registreringen i registret fungerar.
- En tydlig vårdkedja ger bättre insatser och mer förståelse för de olika verksamheternas insatser så personen inte behöver söka vård på olika ställen.
- En mer lika vård nationellt gör vården rättvis och ju mer evidensbaserad den är desto bättre kvalitet för den enskilde.
- Vi i kommunens rehabteam upplever utmaningar framförallt i ärenden där det finns en tydlig kognitiv svikt men att insikten inte finns, kanske inga anhöriga.

*Nedan synpunkter specifikt kopplade till Konsekvensbeskrivningens olika avsnitt:*

#### 2.2 Nyttä eller risker

- Sist i kapitel 2.2 anges i punktform konkreta risker med vårdförloppet. Att "utredning, vård och behandling av andra sjukdomar missas", dvs uteblir, finns nämnt. Däremot nämns inte undanträngningseffekter med förseningar av andra utredningar på grund av resursbrist i kritiska utredningsmoment. Dessa undanträngningseffekter nämns bara som ett etiskt problem i tredje stycket, kapitel 2.3. Vår bedömning är att problemen med



undanträngningseffekter är långt mer än enbart etiska och förtjänar omnämning under kapitel 2.2.

- Finns risk för att tillgänglighet och delaktighet äventyras pga av snäva tidsramar och att vården inte anpassar utredningen tillräckligt för att skapa förutsättningar för bästa möjliga delaktighet och tillgänglighet, se tidigare kommentarer.
- Risk att ett snävt standardiserat vårdförlopp leder till att annan kognitiv svikt än demens får sämre vård, stöd och omsorg.

### 2.3 Etiska aspekter

- Människovärdesprincipen och likvärdigheten kan påverkas negativt om utredning avböjs från personer som har nedsatt beslutsförmåga pga av misstänkt demens. Våra verktyg räcker inte till för att säkra människovärdesprincipen fullt ut i dessa situationer.
- Finns en risk att ett strikt diagnosbaserat standardiserat vårdförlopp leder till att diagnos och ej behov styr insatsernas kvalitet (ex kognitiv svikt av annan orsak än demens, men med likartade behov)

### 2.4 Verksamhets- och organisatoriska konsekvenser

- Samverka mer med kommunerna, inklusive i utbildning, fortbildning och handledning.
- Behov av stöd till anhöriga bedöms öka. Kanske kan det på sikt bli så att när kvaliteten i stödet ökar blir tidsåtgång och kostnad för stödinsatsen lägre på sikt.

### 2.6 Krav på IT-stöd

- Viktigt att utveckla gemensamma eller åtminstone ömsesidig åtkomst till kommunernas och regionernas IT-system för vårddokumentation/journalsystem.

### 2.7 Kompetensförsörjning

- Ökad belastning inom också kommunens hälso- och sjukvård/kommunal primärvård.