



## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 1 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

# BILAGA A NULÄGE & FRAMTID NATIONELLT & REGIONALT

Kommunal Utveckling  
Yvonne Frank Ljungberg  
Utvecklingsledare

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 2 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

### Innehållsförteckning

<b>BILAGA A</b> .....	<b>1</b>
<b>NULÄGE &amp; FRAMTID NATIONELLT &amp; REGIONALT</b> .....	<b>1</b>
<b>1. SAMMANFATTNING</b> .....	<b>5</b>
<b>2. LÄSANVISNING</b> .....	<b>6</b>
<b>3. PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR</b> .....	<b>6</b>
3.1. Befolkningsutveckling .....	6
3.1.1. <i>Befolkningsprognos Jönköpings Län 2022-2031</i> .....	7
3.1.2. <i>Antal invånare över 65 år 2024</i> .....	8
3.1.3. <i>Prognosstöd för äldreomsorg per kommun</i> .....	8
3.1.4. <i>Webbaserat Prognosstöd för äldreomsorg - exempel från Gislaveds kommun</i> .....	9
3.2. <i>Antal tätorter per kommun</i> .....	9
3.3. <i>Särskilda grupper</i> .....	11
3.3.1. <i>Personer med intellektuell funktionsnedsättning (IF) och demenssjukdom</i> .....	11
3.3.2. <i>Antal personer med LSS- insatser i respektive kommun</i> .....	12
3.3.3. <i>Yngre personer, under 65 år med demenssjukdom</i> .....	13
3.3.4. <i>Minoriteter och Utrikesfödda personer och demenssjukdom</i> .....	15
3.3.5. <i>Lindrig kognitiv störning (MCI)</i> .....	15
3.4. <i>Diagnos och sjukdomsutveckling Demens</i> .....	16
3.4.1. <i>Mångkulturella Bedömningsinstrument – validering och tillämpning</i> .....	16
3.4.2. <i>Definition av demensdiagnos</i> .....	17
3.4.3. <i>Stadieindelning före och vid demenssjukdom</i> .....	17
3.4.4. <i>Förebyggande arbete i tre nivåer</i> .....	17
3.5. <i>Resursperspektiv</i> .....	19
3.5.1. <i>Ekonomi – samhällskostnader</i> .....	19
3.5.2. <i>Förebyggande arbete och kunskapsunderlag</i> .....	19
3.5.3. <i>Kompetensläge och utvecklingsbehov inom demens</i> .....	20
3.5.4. <i>Anhörigkonsulenter och biståndshandläggare</i> .....	20
3.5.5. <i>Andelen undersköterskor, specialistundersköterskor demens och vårdbiträden i kommunerna (2020-2022)</i> .....	21
3.5.6. <i>Fast omsorgskontakt särskilt boende, från 1 juli 2026</i> .....	22
3.5.7. <i>Fast omsorgskontakt hemtjänst, 1 juli 2023</i> .....	24
3.5.7.1. <i>Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - träffa fast omsorgskontakt, andel (%)</i> 26	
3.5.7.2. <i>Enhetsundersökningen, äldreomsorg - Andel hemtjänsttagare som erbjudits en fast omsorgskontakt, äldreomsorg, andel (%)</i> .....	27
3.5.7.3. <i>Analys ur ett kunskapsbaserat perspektiv</i> .....	28

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 3 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

3.5.8.	<i>Fast vårdkontakt</i> .....	29
3.5.8.1.	Öppna jämförelse 2025.....	29
3.5.8.2.	Socialstyrelsen. Inloggning till Indikators Webbrapport användarnamn och lösenord per kommun nedan att användas i länken.....	29
3.5.8.3.	Språkkunskap och språkkrav som en del av professionell kompetens.....	30
3.5.8.4.	Inventering i Jönköpings län avseende stöd till arbetsgivare och utvärdering av effekter av åtgärder av språkutvecklande arbetssätt.....	30
3.5.9.	<i>Språkkartläggning inom vård och omsorg</i> .....	31
3.5.10.	<i>Språkbedömning vid rekrytering VO-College</i> .....	31
3.5.10.1.	Yrkesresan Äldre.....	31
	<i>Grundläggande krav innan utbildning i ett program</i> .....	31
3.5.10.2.	Nationella minoritetsspråk, rättigheter.....	32
3.5.10.3.	Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK.....	33
3.5.11.	<i>Stjärnmärkt eller Silvia boende</i> .....	33
3.5.11.1.	Stjärnmärkta boende en utbildningsmodell från Svenskt Demenscentrum.....	33
3.5.11.2.	Silviahemmets certifieringsprogram från Silviahemmet.....	34
3.6.	Kommande kända förändringar.....	36
3.6.1.	<i>Socialtjänstdataregisterlagen</i> .....	36
3.6.2.	<i>Fast omsorgskontakt särskilt boende</i> .....	36
3.6.3.	<i>Språkkursutredningen</i> .....	36
3.6.3.1.	Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag 2025-12-11 : Stödpaket för språkutveckling i äldreomsorgen 2026-2030.....	36
3.6.4.	<i>International Classification of Diseases (ICD 11)</i> .....	37
3.6.5.	<i>E – hälsomyndigheten - överföring från kvalitetsregister till journal/verksamhetssystem</i> .....	37
<b>4.</b>	<b>NATIONELLA POLICY DOKUMNET</b> .....	<b>38</b>
4.1.	Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025–2028.....	38
4.2.	Nationella riktlinjer- 21 indikatorer- vård och omsorg vid demenssjukdom.....	39
4.2.1.1.	Indikator 1. Diagnostisering av personer med demenssjukdom (SveDem).....	40
4.2.1.2.	Indikator 2. Fullständig basal demensutredning.....	40
4.2.1.3.	Indikator 3. Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demens	41
4.2.1.4.	Indikator 4A. Behandling med demensläkemedel vid Alzheimers sjukdom.....	42
4.2.1.5.	Indikator 5. Regelbunden uppföljning av hälso- och sjukvården.....	43
4.2.1.6.	Indikator 6. Kognitiva hjälpmedel i samband med uppföljning.....	45
4.2.1.7.	Indikator 7A. Behandling med antipsykosläkemedel av personer med demens	45
4.2.1.8.	Indikator 7B. Andel av personer med demenssjukdom (demenspopulation).....	45
4.2.1.9.	Indikator 7C. Andelen personer i särskilt boende som behandlas med antipsykosläkemedel.....	45
4.2.1.10.	Indikator 8. Demensteam i kommuner och stadsdelar.....	46
4.2.1.11.	Indikator 9. Gränsöverskridande demensteam i samverkan mellan kommun och region	46

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 4 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

4.2.1.12.	Indikator 10A. Demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion (SveDem)	46
4.2.1.13.	Indikator 10B. Demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion, .....	46
4.2.1.14.	Indikator 11. Personal med längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demens	49
4.2.1.15.	Indikator 12. Tillgång till regelbundna reflektionsmöten.....	49
4.2.1.16.	Indikator 13. Tillgång till regelbunden handledning .....	49
4.2.1.17.	Indikator 14A. Personer med demenssjukdom i särskilt boende (SveDem) .....	50
4.2.1.18.	Indikator 14B. Personer med demenssjukdom i särskilt boende .....	50
4.2.1.19.	Indikator 15A. Plats i dagverksamhet (SveDem) .....	50
4.2.1.20.	Indikator 15B. Plats i dagverksamhet (Socialstyrelsens demenspopulation) .....	50
4.2.1.21.	Indikator 16. Levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformning	50
4.2.1.22.	Indikator 17. Individuella miljöanpassningar i genomförandeplanen.....	51
4.2.1.23.	Indikator 18. Strategier för bemötande i genomförandeplanen.....	51
4.2.1.24.	Indikator 19. Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans .....	53
4.2.1.25.	Indikator 20. Initiativ till anhörigstöd i samband med demensdiagnos .....	54
4.2.1.26.	Indikator 21. Anhöriga som erhållit informations- eller utbildningsprogram,.....	55
4.2.2.	Viktiga område att följa för en helhetsbild.....	55
4.2.1.	Tillstånds och åtgärdslista, Nationella riktlinjer.....	56
4.3.	Nationell strategi mot ensamhet.....	58
4.3.1.	Social isolering/ ofrivillig ensamhet Företagsnätverk för ökad gemenskap.....	59
<b>5.</b>	<b>NATIONELLA OCH REGIONALA POLICY DOKUMNET .....</b>	<b>59</b>
5.1.	Tillsammans möter vi framtidens behov inom området främjande, hälsa, stöd, omsorg och vård 2021–2030 .....	59
5.2.	Strategigrupp Äldre i Jönköpings län.....	59
5.2.1.	Ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - lokalt arbete .....	60
5.2.1.1.	Strategigrupp Äldre i Jönköpings län Utredningsuppdrag kring BPSD-problematik på särskilt boende .....	60
5.2.2.	Standardiserat insatsförlopp med checklista.....	61
<b>6.</b>	<b>REFERENSER .....</b>	<b>62</b>

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 5 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

### 1. SAMMANFATTNING

Nuläge och framtid nationellt och regionalt – kunskapsbaserad äldreomsorg med fokus på demens Bilaga A, är en rapport som belyser nuläge, utvecklingsbehov och framtida förutsättningar för en kunskapsbaserad äldreomsorg med särskilt fokus på demenssjukdomar, ur både nationellt och regionalt perspektiv i Jönköpings län. Rapporten inleds med en analys av demografiska förändringar, där befolkningsutveckling, prognoser fram till 2031 samt ökningen av personer över 65 år tydligt visar på ett växande behov av äldreomsorg och demensvård. Prognosunderlag finns tillgängligt kommunnivå via ett webbaserat verktyg. För att visa metod och tillämpning redovisas Gislaveds kommun som exempel. Övriga kommuner kan därefter själva ta fram motsvarande underlag och göra egna tolkningar. Vidare beskrivs särskilda målgrupper, såsom personer med intellektuell funktionsnedsättning och demens, yngre personer med demenssjukdom, samt personer med utländsk bakgrund och minoritetstillhörighet. Även lindrig kognitiv störning (MCI) är ett tidigt och identifierbart skede där uteblivna förebyggande insatser riskerar att få betydande konsekvenser för framtida vård – och omsorgsbehov.

Rapporten redogör för kunskapsbaserade metoder för diagnostik och sjukdomsutveckling vid demens, inklusive bedömningsinstrument, definitioner, stadiindelning samt vikten av förebyggande arbete på tre nivåer. Här betonas behovet av strukturerade arbetssätt och tidiga insatser. Ett centralt avsnitt behandlar resursperspektivet, med fokus på ekonomi, kompetensförsörjning och utbildning. Brister i kompetens, variationer mellan kommuner samt utmaningar kopplade till språkkrav och språkkunskaper inom vård och omsorg lyfts tydligt fram. Fast omsorgskontakt, fast vårdkontakt och kontinuitet i hemtjänst och särskilt boende analyseras som avgörande kvalitetsfaktorer, inte minst för att möjliggöra tidig upptäckt av kognitiva förändringar även innan formell diagnos föreligger. Med kompetens och kontinuitet utgör personal inom både äldreomsorg och LSS en viktig resurs för att uppmärksamma kognitiva förändringar och arbeta förebyggande, vid MCI.

Rapporten beskriver även kommande nationella förändringar, såsom nya lagkrav, Socialtjänstdataregisterlagen, ICD-11, utvecklingen av vårdförlopp samt ökade krav på digital informationsöverföring mellan kvalitetsregister och verksamhetssystem. En stor del av rapporten utgår från nationella policydokument och riktlinjer, framför allt den nationella demensstrategin 2025–2028 och Socialstyrelsens riktlinjer med 21 indikatorer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Indikatorerna omfattar bland annat diagnostik, läkemedels -behandling, uppföljning, kompetens, personcentrerad vård, samverkan, anhörigstöd och tillgång till dagverksamhet. Rapporten lyfter även viktiga områden för helhetssyn, såsom fallprevention, nutrition, munhälsa, läkemedelsanvändning, boendemiljö, palliativ vård samt arbetet mot ofrivillig ensamhet. Avslutningsvis behandlas regionala policyinriktningar och strategiska utvecklingsuppdrag i Jönköpings län.

En separat förstudierapport har anhörigperspektiv för en kunskapsbaserad äldreomsorg.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 6 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

Sammanfattningsvis visar rapporten på ett tydligt behov av, men också möjligheter till en mer kunskapsbaserad äldreomsorg genom:

- långsiktig planering utifrån demografiska förändringar
- stärkt och likvärdig kompetens inom demensvård
- bättre samordning mellan kommun och region
- ökad personcentrering, kontinuitet och anhörigstöd
- utvecklad uppföljning genom indikatorer och kvalitetsregister

## 2. LÄSANVISNING

Denna bilaga hör till förstudie Nuläges- och behovskartläggning - Kunskapsbaserad äldreomsorg. Bilaga A ger en sammanhållen översikt över nuläge och framtida förutsättningar för äldreomsorgen ur ett nationellt och regionalt perspektiv. Syftet är att ge läsaren en faktabaserad grund för planering, prioriteringar och strategiska beslut i förstudien. Framtagna lösningsförslag finns i förstudierapport. Bilaga B belyser hur kunskapsbaserad, personcentrerad och sammanhållen äldreomsorg kan utvecklas genom att systematiskt förena vetenskaplig evidens, beprövad erfarenhet och den enskildes behov och delaktighet. Bilaga C innehåller sammanfattning och analys av enkätresultat av den enkät som ingick i förstudien. Enkäten besvarades av 120 medarbetare i 13 kommuner i Jönköpings län.

## 3. PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

RSS, regionala samverkans- och stödstrukturer har fått regeringens uppdrag [1] att stärka förutsättningar för kommunerna att utveckla och upprätthålla en kunskapsbaserad äldreomsorg med fokus på vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Det här uppdraget är en del av den nya nationella demensstrategin, som ska ge bättre stöd och riktning i arbetet med vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

### 3.1. Befolkningsutveckling

I Rapporten *Antalet demenssjuka och kostnader för demenssjukdomar i Sverige 2023* [2], bedöms det att det fanns mellan 130 000- 150 000 personer med demenssjukdom, varav 64000- 65000 bor på SÄBO, oavsett prevalensskälla kommer antalet med demenssjukdom att öka. Utifrån en förenklad metod baserat på befolkningsprognoser kommer det år 2050 finnas 230 000-270 000 personer med demenssjukdom. Dessa beräkningar har tagits fram genom Swedish National Study on Aging and Care (SNAC). Det råder en viss osäkerhet i beräkningarna och man efterfrågar fler befolkningsstudier.

## Bilaga A, Förstudierapport

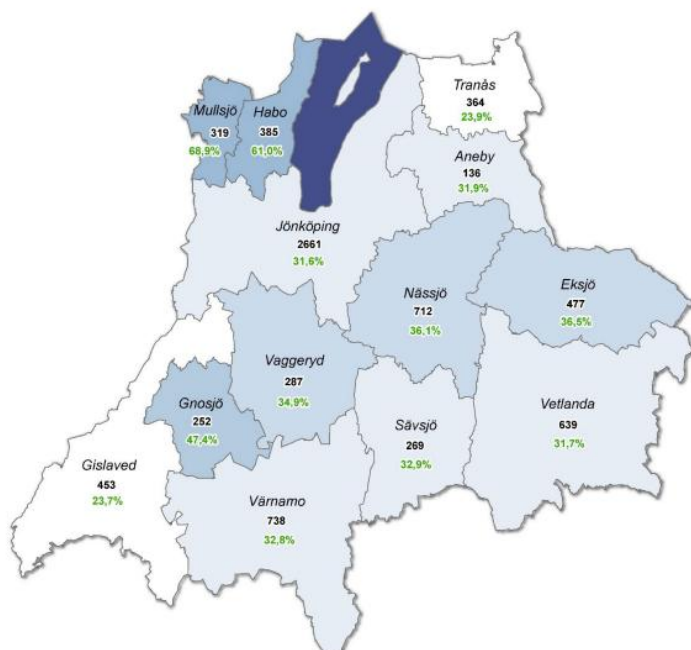
Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 7 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

De prognoser som ligger till grund för SKR:s beräkningar utgår från SNAC, som bygger på befolkningsstudier av äldre personer med omsorgsbehov. Det är viktigt att uppmärksamma att SNAC data enbart omfattar äldre inom äldreomsorgen (SoL) och inkluderar inte personer med insatser enligt LSS. Därmed saknas ett helhetsunderlag för hur omsorgsbehovet utvecklas bland personer med intellektuell funktionsnedsättning eller andra funktionsvariationer, som blir äldre och i ökad utsträckning utvecklar demenssjukdom.

### 3.1.1. Befolkningsprognos Jönköpings Län 2022-2031

Befolkningsprognosen är framtagen av regional utveckling på uppdrag av Region Jönköpings län. I länets kommuner väntas antalet 65–79-åringar öka i 7 av 13 kommuner under prognosperioden. Kraftigast procentuell ökning väntas i Värnamo och Jönköping. Invånare 80 år och äldre är den åldersgrupp som procentuellt väntas öka kraftigast under den kommande tioårsperioden. En relativt stor ökning förväntas inom samtliga kommuner i länet” **[3]**. Detta innebär ett betydligt större behov av vård, omsorg och kommunal service. Trots viss osäkerhet i prognoserna är utvecklingen tydlig: den snabbt växande äldregruppen kommer att ställa ökade krav på välfärdens resurser och långsiktig planering.

Karta 10 Förändring av antal 80+åringar i länets kommuner 2023–2033



Figur 1. Befolkningsprognos för Jönköpings län 2022-2031 – förändringar av antal invånare 80 år och äldre per kommun.

Källa: Region Jönköpings län (2022). Regional befolkningsprognos 2022-2031.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 8 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

### 3.1.2. Antal invånare över 65 år 2024

Tabellen redovisar antal invånare 65 år och äldre samt antal invånare 80 år och äldre per kommun i Jönköpings län den 31 december 2024. Uppgifterna visar både omfattningen av den äldre befolkningen och hur stor andel som tillhör de äldsta åldersgrupperna, fördelat på män och kvinnor.

Antal invånare 65+ den 31/12. 2024			
Källa: Kolada/SCB			
Kommun	Kvinnor	Män	Totalt
Aneby	837	830	1667
Eksjö	2462	2 216	4678
Gislaved	3284	3 145	6429
Gnosjö	1 064	1 012	2 076
Habo	1 304	1 202	2 506
Jönköping	15 225	13 010	28 235
Mullsjö	994	871	1865
Nässjö	3 602	3 447	7 049
Sävsjö	1405	1 366	2771
Tranås	2 540	2 214	4 754
Vaggeryd	1 555	1 481	3 036
Vetlanda	3 574	3 303	6 877
Värnamo	4 186	3 734	7 920
Jönköpings län	42032	37 831	79863

Antal invånare 80+ den 31/12. 2024			
Källa: Kolada			
Kommun	Kvinnor	Män	Totalt
Aneby	246	196	442
Eksjö	804	582	1386
Gislaved	1 142	831	1973
Gnosjö	325	258	583
Habo	392	320	712
Jönköping	5 208	3 677	8 885
Mullsjö	284	230	514
Nässjö	1 141	933	2 074
Sävsjö	482	357	839
Tranås	932	664	1 596
Vaggeryd	495	370	865
Vetlanda	1 232	902	2 134
Värnamo	1 370	948	2 318
Jönköpings län	14053	10 268	24321

Sammantaget visar tabellerna att en betydande andel av den äldre befolkningen i Jönköpings län redan idag tillhör gruppen 80 år och äldre. Fördelningen mellan män och kvinnor är av betydelse ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv i linje med den nationella demensstrategin. Mot denna bakgrund presenteras i nästa avsnitt ett prognosstöd för äldreomsorg.

### 3.1.3. Prognosstöd för äldreomsorg per kommun.

För att belysa framtida behov inom äldreomsorgen har Sveriges kommuner och Regioner (SKR) tagit fram tre olika scenarier (A–C) för hur antalet personer med behov av hemtjänst och särskilt boende för äldre kan utvecklas mellan 2023- 2033. Scenarierna beskriver olika antagande om utvecklingen av äldreomsorgsbehovet.[4]

**Scenario A** utgår från att nyttjandet av äldreomsorg i olika åldersgrupper fortsätter i samma omfattning som idag, vilket innebär en ökning om cirka 33 procent.

**Scenario B** utgår från att äldreomsorgsbehoven skjuts fram i takt med ökad medellivslängd, vilket innebär en ökning om cirka 24 procent.

**Scenario C** tar även hänsyn till att behoven har hållits tillbaka mer än vad ökningen av medellivslängden förklarar, vilket innebär en ökning om cirka 13 procent.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 9 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

Scenarierna används som planeringsunderlag och tillämpas även i regionala och lokala analyser, bland annat inom ramen för LEV-projektet [5]. Skillnader mellan scenarierna visar att kommunerna behöver förbereda sig för ett ökat behov av vård – och omsorgstjänster. Detta understryker vikten av kunskapsbaserad planering, tidiga insatser och samverkan mellan kommuner.

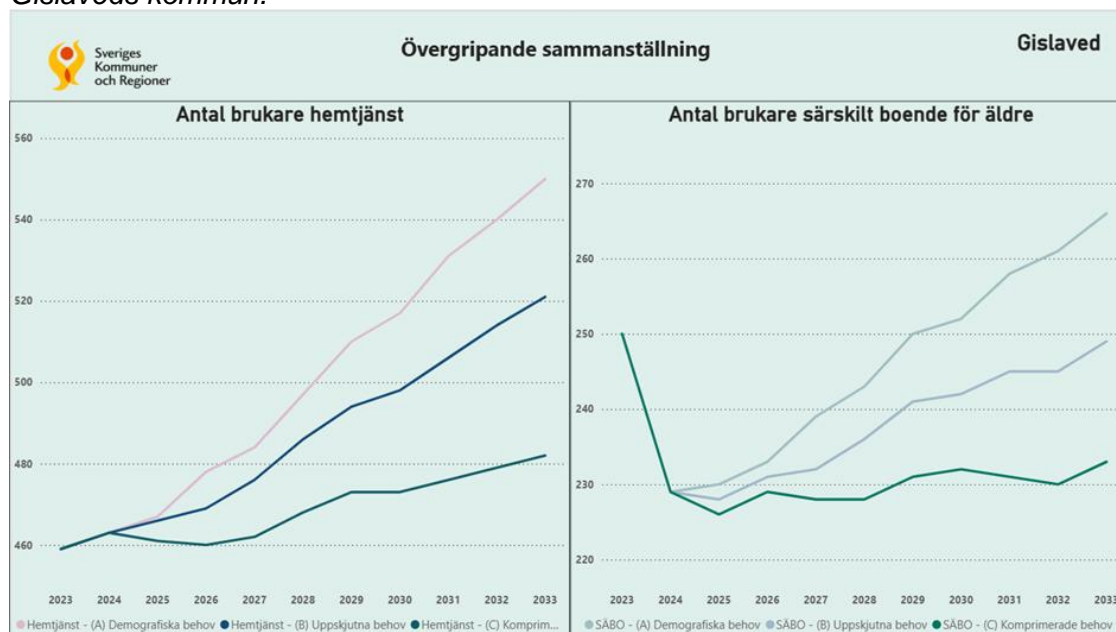
### 3.1.4. Webbaserat Prognosstöd för äldreomsorg - exempel från Gislaveds kommun

För att stödja kommunerna i planeringen och analys har Sveriges kommuner och regioner (SKR) tagit fram ett webbaserat verktyg där varje kommun kan ta fram egna prognoser baserade på befolkningsdata och omsorgsbehov. Verktöget möjliggör jämförelser mellan olika scenarier och visar antal brukare inom hemtjänst och antal platser i särskilt boende för äldre.

Verktöget kan användas för att:

- Analysera framtida behov på kommunnivå,
- Simulera effekter av olika planeringsscenarier,
- Och stödja strategiska beslut inom äldreomsorgen.

Diagrammet visa utfallet i SKR:s webbaserade prognosverktyg enligt scenario A, B och C för Gislaveds kommun.



Figur 2. Prognostiserad utveckling av antal brukare inom hemtjänst och särskilt boende enligt scenario A-C i Gislaveds kommun [ 6 ].

### 3.2. Antal tätorter per kommun

För att uppnå en jämlik och jämställd vård och omsorg behöver invånare ha rimlig tillgång till kommunal service, information, aktiviteter och sociala mötesplatser, oavsett var i kommunen de bor. Forskning visar att geografisk närhet till service, tillgång till kollektivtrafik samt möjligheter till social delaktighet har stor betydelse för människors hälsa och möjlighet att delta i samhällslivet.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 10 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

Folkhälsomyndigheten beskriver i rapporten Samma behov – andra förutsättningar att geografiska förutsättningar, såsom avstånd och restider, påverkar hur ofta äldre personer och anhöriga kan ta del av hälsofrämjande och sociala aktiviteter. Rapporten lyfter även att skillnader i tillgång till service kan bidra till ojämlikhet i hälsa mellan olika grupper och geografiska områden. Bristande närhet till samhällsservice kan särskilt påverka äldre personer och personer med nedsatt rörelseförmåga eller kognitiv svikt.

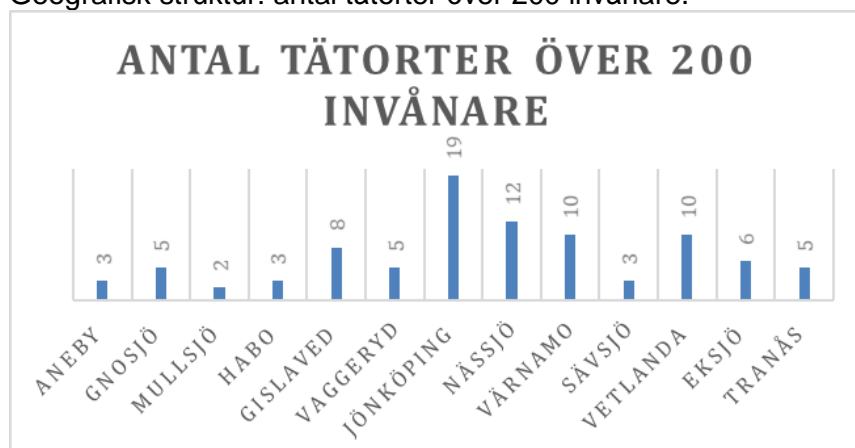
I kommuner med många tätorter innebär detta särskilda planeringsförutsättningar. En spridd bebyggelsestruktur ställer krav på att vård, omsorg och förebyggande insatser utformas med hänsyn till lokal närvaro och tillgänglighet. Möjligheten att nå service utan långa resor och att ha tillgång till fysiska mötesplatser är en viktig förutsättning för delaktighet och självständighet.

Digitala lösningar kan enligt Folkhälsomyndigheten fungera som ett komplement, men kan inte fullt ut ersätta personlig kontakt. När digitala tjänster upplevs som svåra att använda finns en risk för ökat utanförskap, vilket understryker betydelsen av tillgängliga och närvarande stödstrukturer.

Diagrammet nedan visar antalet tätorter med fler än 200 invånare per kommun i Jönköpings län och illustrerar de geografiska skillnader som behöver beaktas vid planering av framtidens vård, omsorg och förebyggande arbete [7].

Diagrammet nedan visar antalet tätorter med fler än 200 invånare per kommun i Jönköpings län. Skillnaderna illustrerar de varierade geografiska förutsättningar som påverkar tillgången till service, vård och omsorg.

Geografisk struktur: antal tätorter över 200 invånare.



Figur 3. Diagrammet indikerar att enhetliga lösningar inte är ändamålsenliga för alla kommuner. Planering av framtidens äldreomsorg och hälsofrämjande arbete behöver ta hänsyn till kommunernas geografiska struktur och utgå från invånarnas faktiska vardag och rörelsemönster.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 11 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

### 3.3. Särskilda grupper

Den Nationella demensstrategin - *Varje dag räknas* [8] betonar att personer med demenssjukdom inte är en homogen grupp och att vissa grupper har särskilda behov som behöver uppmärksammas i högre grad.

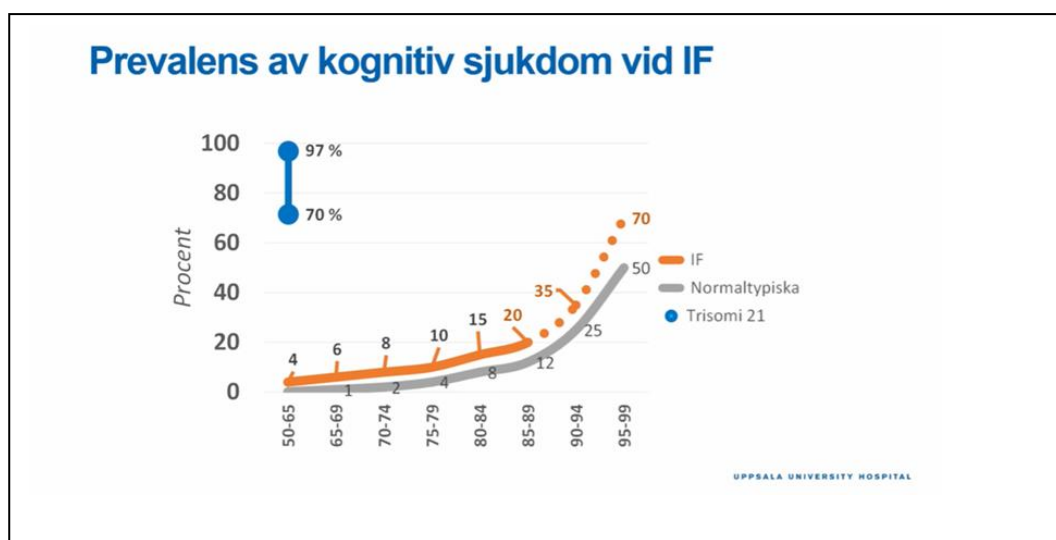
Personer med intellektuell funktionsnedsättning, yngre personer med demenssjukdom samt personer med samsjuklighet eller komplexa behov lyfts fram som grupper där ordinarie strukturer för vård och omsorg inte alltid är fullt anpassade. Strategin pekar på att dessa grupper kan riskera att hamna mellan olika ansvarsområden, exempelvis mellan funktionshinderomsorg och äldreomsorg, vilket kan medföra bristande kontinuitet och samordning av insatser. Det finns därför behov av att särskilt beakta dessa grupper i planering och utveckling av framtidens demensvård och omsorg för att säkerställa jämlik vård och omsorg.

#### 3.3.1. Personer med intellektuell funktionsnedsättning (IF) och demenssjukdom

För personer med intellektuell funktionsnedsättning, autismspektrumtillstånd eller rörelsenedsättning, har livslängden under de senaste decennierna närmast sig den övriga befolkningen. Den förbättrade överlevnaden är resultatet av ökad kunskap, bättre medicinsk vård och ett mer inkluderande samhälle.

Personer med Downs syndrom utvecklar Alzheimers sjukdom betydligt tidigare, ofta redan i 40-50 års ålder. Vid 60 års ålder har upp emot hälften av alla med Downs syndrom tydliga tecken på demenssjukdom. Alzheimers är den vanligaste dödsorsaken vid Downs syndrom [9].

Prevalens av kognitiv sjukdom vid intellektuell funktionsnedsättning.



Figur 4. Kognitiv sjukdom är vanligare hos personer med intellektuell funktionsnedsättning (IF) än i normalbefolkningen redan före 65 års ålder. Förekomsten ökar därefter med stigande ålder och är särskilt hög och tidigare debuterande vid Downs syndrom (trisomi 21). Den streckade delen av kurvan avspeglar begränsat forskningsunderlag i de högsta åldersgrupperna, samtidigt som underdiagnostik innebär att den faktiska förekomsten sannolikt är högre [10].

## Bilaga A, Förstudierapport

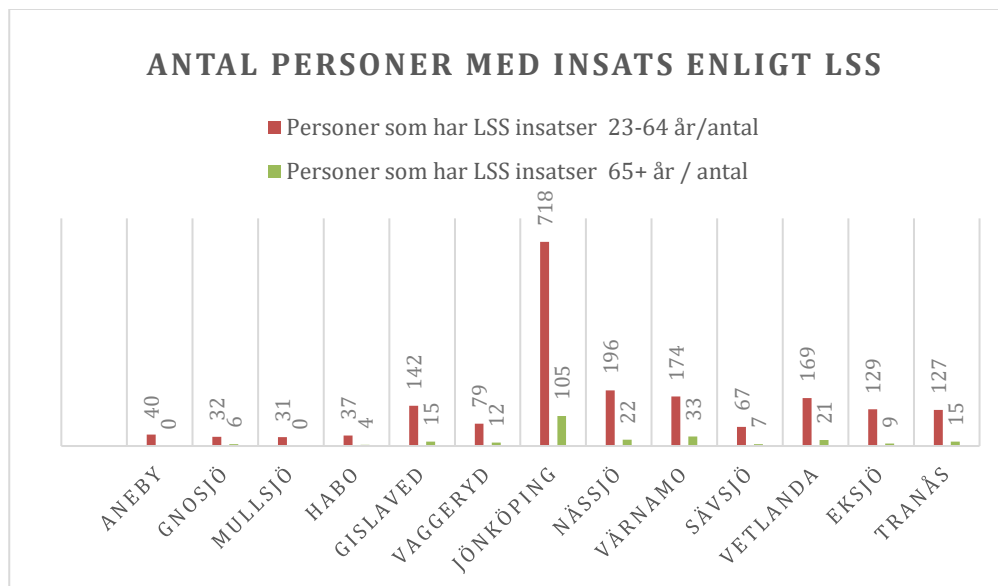
Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 12 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

Den livslånga risken att insjukna är mycket hög, upp till 90 % vilket bekräftas i aktuella översikter. Flera studier visar dessutom att Alzheimer- patologi nästan alltid påvisas i medelåldern hos personer med Downs syndrom [11].

I Sverige är det svårt att säga hur många barn som växer upp med en/båda föräldrarna med (IF) Intellectuell funktionsnedsättning. Det är en liten del av befolkningen, men gruppen är överrepresenterad i barnärende som leder till att barnet omhändertas enligt socialstyrelsen. [12] Eftersom Alzheimer utvecklas tidigare hos personer med Downs syndrom – ofta redan i 40-50 års åldern- kan föräldrar ha barn i förskole- eller i skolåldern men det är mycket ovanligt. Det finns ingen tillgänglig statistik över hur många familjer i Sverige som berörs. Vissa internationella studier visar att endast en liten del av dessa familjer identifieras av vård och socialtjänst innan behovet av stöd blir akut.

### 3.3.2. Antal personer med LSS- insatser i respektive kommun

Diagrammet nedan visar antal personer som har insatser enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) i respektive kommun.



Figur 5. Diagrammet visar variationer mellan kommunerna i antalet personer som har insatser enligt LSS. Skillnaderna avser i första hand antal personer och speglar kommunernas storlek och befolkningssammansättning. För personer med Downs syndrom, där risken för tidigt insjuknande i demens är hög, är tidig identifiering och kontinuitet i insatser särskilt viktig.

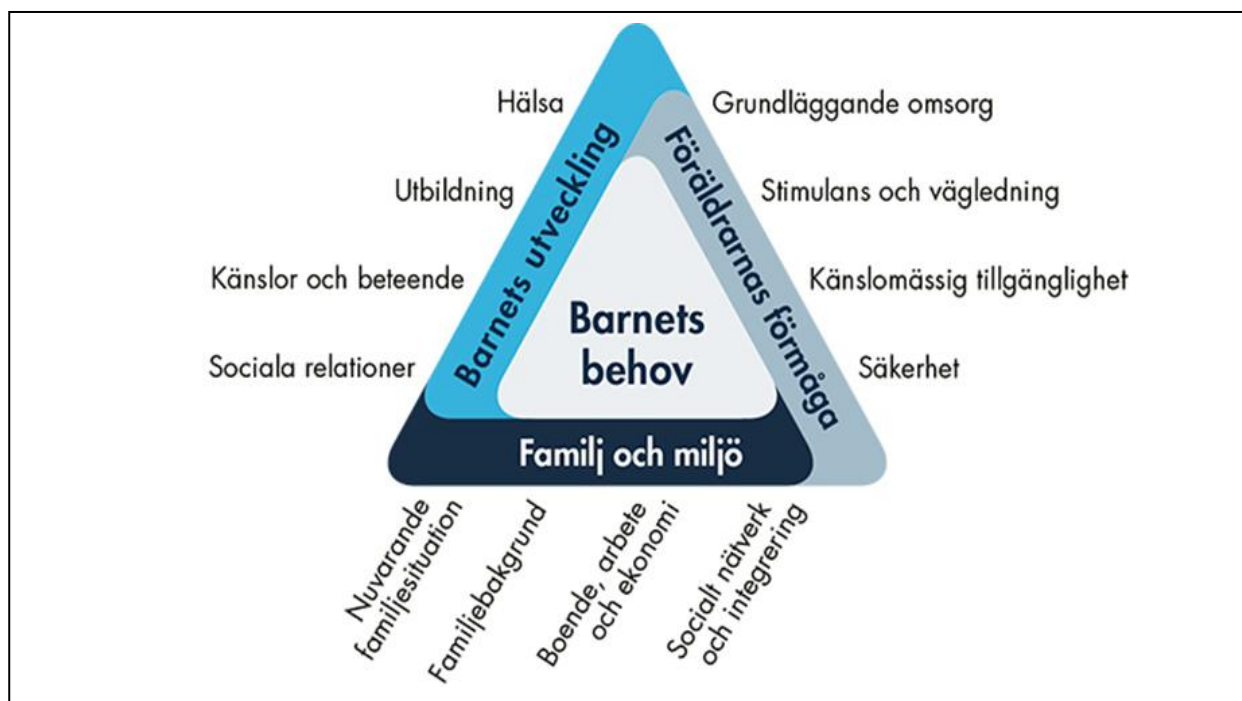
## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 13 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

### 3.3.3. Yngre personer, under 65 år med demenssjukdom.

Yngre personer med demenssjukdom, ofta benämnda som personer med tidig debut av demens, som insjuknar före 65 års ålder och utgör cirka 4-6 % av alla med demenssjukdom i Sverige. Denna grupp skiljer sig från äldre personer genom att de oftare har familj, arbete och ekonomiskt ansvar, vilket medför andra behov av stöd och samordning mellan vård, socialtjänst och arbetsliv. Ett personcentrerat arbetssätt, där individens livssituation, relationer och framtidsplaner tas i beaktande, är avgörande för att ge rätt stöd.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2022) behöver barn som lever med en förälder särskilt stöd och information, anpassad till ålder och mognad [13]. För barn som lever i familjer där en förälder insjuknar i demenssjukdom är det särskilt viktigt att barnets situation uppmärksammas tidigt. En demenssjukdom hos en förälder kan påverka barnets relationer och utveckling över tid. Socialtjänstens arbete behöver därför utgå från ett strukturerat och barnrättsbaserat perspektiv där barnets behov, föräldrarnas förmåga och familjens samlade situation bedöms i sin helhet. Inom socialtjänstens arbete används BBIC (Barns behov i centrum) som modell för att säkerställa en systematisk, likvärdig och helhetsorienterad bedömning av barns behov.



Figur 6. BBIC-triangeln illustrerar modellens tre centrala analysområden: barnets utveckling, föräldrarnas förmåga samt familj och miljö. I centrum står barnets behov. Genom att väga samman dessa tre områden skapas en helhetsbild av barnets livssituation, vilket utgör grund för bedömning, planering och uppföljning av insatser. Modellen bidrar till att synliggöra både risker och skyddsfaktorer samt till att stärka barnets rättigheter och delaktighet. [14].

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 14 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

Även mor- och farföräldrar har betydelse för barn och ungas trygghet när en förälder insjuknar i demenssjukdom. Vid yngre debuterande demens påverkas hela familjesystemet, inte enbart den sjuka individen. Partnern blir ofta huvudansvarig för vård och vardag, medan barn och mor- eller farföräldrar får nya roller som sällan uppmärksammas i vårdplaneringen. Forskning visar att mor- och farföräldrar kan vara avgörande för barnens känsla av trygghet och kontinuitet. De fungerar som stödjande anknytningspersoner, bidrar med praktisk och emotionellt stöd och minskar familjens stressnivå. Samtidigt visar studier att de ofta utelämnas från vårdens planering- inte brist på vilja utan för att partnern inte alltid ha ork eller kunskap att bjuda in dem [12]. Ett kunskapsbaserat arbetssätt innebär därför att personal aktivt identifierar familjens nätverk och erbjuder delaktighet utifrån individens önskemål.

### Sammanställning – Svedemdata Värnamo Minnesmottagning

Sammanställningen baseras på registreringar i SveDem och omfattar 15 personer registrerade under en femårsperiod. Urvalet avser personer som fått en demensdiagnos före 65 års ålder. Könsfördelningen i materialet är 9 kvinnor och 6 män. Datainsamlingen sträcker sig fram till november 2020.

Uppgifter om samboende är svåra att särskilja i materialet eftersom dessa blandas med övriga åldersgrupper. När det gäller barn under 18 år avser registreringen endast om sådana barn finns. Enligt tillgängliga uppgifter i excelfilen finns inga registrerade barn under 18 år i detta material. SveDem innehåller inte uppgifter om yrkesverksamhet, varför ingen data finns tillgänglig inom detta område. Sekundär demenssjukdom redovisas som "övrig demens" i SveDem och motsvarar 9 procent i materialet.

### Socialstyrelsen anger i sina nationella riktlinjer att socialtjänsten bör:

- erbjuda dagverksamhet som är anpassad för personer med demenssjukdom till personer med mild till måttlig demenssjukdom (prioritet 1)
- erbjuda dagverksamhet som är anpassad för yngre personer med demenssjukdom till yngre personer med demenssjukdom (prioritet 1) [15].

### Pågående forskning

Vid Jönköping University pågår en studie som undersöker hur vård och omsorg är organiserad för yngre personer med demenssjukdom. Syftet är att få en fördjupad förståelse för vilka typer av stöd och insatser som ger störst nytta, och hur dessa påverkar både den enskildes och de anhörigas upplevelse av livskvalité. Forskarna vill även identifiera eventuella kunskapsluckor och behov av nya arbetssätt för att möta de särskilda utmaningar som yngre personer med demens ofta möter i arbetsliv, familjeliv och samhällsdelaktighet, **se bilaga B**.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 15 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

### 3.3.4. Minoriteter och Utrikesfödda personer och demenssjukdom

Andelen utrikesfödda invånare 65 år och äldre varierar tydligt emellan kommunerna i länet, vilket skapar olika demografiska profiler kommun för kommun. Enligt SCB inrikes och utrikes födda finns det sammanlagt 9670 personer i Jönköpings län, mellan 65-100 år varav 5084 är kvinnor **[16]**.

Studier visar att utrikesfödda personer med demenssjukdom i Sverige generellt är yngre, har högre andel kvinnor och uppvisar lägre resultat på MMSE (Mini-Mental State Examination) vid diagnos jämfört med svenskfödd. En lägre MMSE-poäng indikerar nedsatt kognitiv funktion och kan tyda på att sjukdomen identifierats i senare skede. Vidare framkommer att utrikesfödda personer mer sällan behandlas med antidemensläkemedel och oftare med antipsykotiska läkemedel **[17]**.

En personcenterad vård som tar hänsyn till språkliga och utbildningsmässiga faktorer vid demensbedömning är avgörande för jämlikhet. Kulturellt anpassade bedömningsverktyg och ökad medvetenhet om dessa skillnader främjar en interkulturell vård och likvärdig behandling för alla.

### 3.3.5. Lindrig kognitiv störning (MCI)

MCI står för Mild Cognitive Impairment, på svenska lindrig kognitiv störning. Det är ett tillstånd där en person upplever försämrat minne eller andra kognitiva funktioner, men inte så mycket att det räknas som demens. Det kan vara ett förstadium till demenssjukdom, och är då viktigt med förebyggande insatser. Orsaker kan också vara t.ex. stress, depression, sömnbrist, hjärt- och kärlsjukdomar eller tidiga förändringar i hjärnan vid t.ex. Alzheimers sjukdom.

- Personen klarar sin vardag i stort sett som vanligt.
- Minnesproblemen märks ofta för den drabbade själv eller för anhöriga.
- Testresultat kan visa mätbara förändringar i kognitiv förmåga.

Lindrig kognitiv störning (ICD-10 F06.7) är relativt vanligt hos äldre personer. Det saknas tillförlitlig nationell statistik i Sverige, men internationella studier visar att cirka 10–20 % av personer över 65 år uppfyller kriterier för lindrig kognitiv störning **[18]**. Ungefär 10–15 % av dem med MCI utvecklar en demenssjukdom per år, men hos många förblir tillståndet stabilt.

Forskning visar att det är möjligt att förebygga minnesproblem och stärka hjärnhälsan genom förändrade levnadsvanor. Detta innefattar bland annat att ha hälsosamma matvanor, vara fysiskt och socialt aktiv samt att utmana hjärnan genom olika former av kognitiv träning. Det är även viktigt att följa och kontrollera värden som blodtryck, kolesterol, vikt och blodsocker. Socialstyrelsen framhåller att det aldrig är för sent att börja arbeta med livsstilsfaktorerna. Det finns dessutom i underlaget för en utvecklad nationell demensstrategi som visar att arbete med livsstilsfaktorer inte enbart kan förebygga Alzheimers sjukdom, utan även andra demenssjukdomar. **[19]**

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 16 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

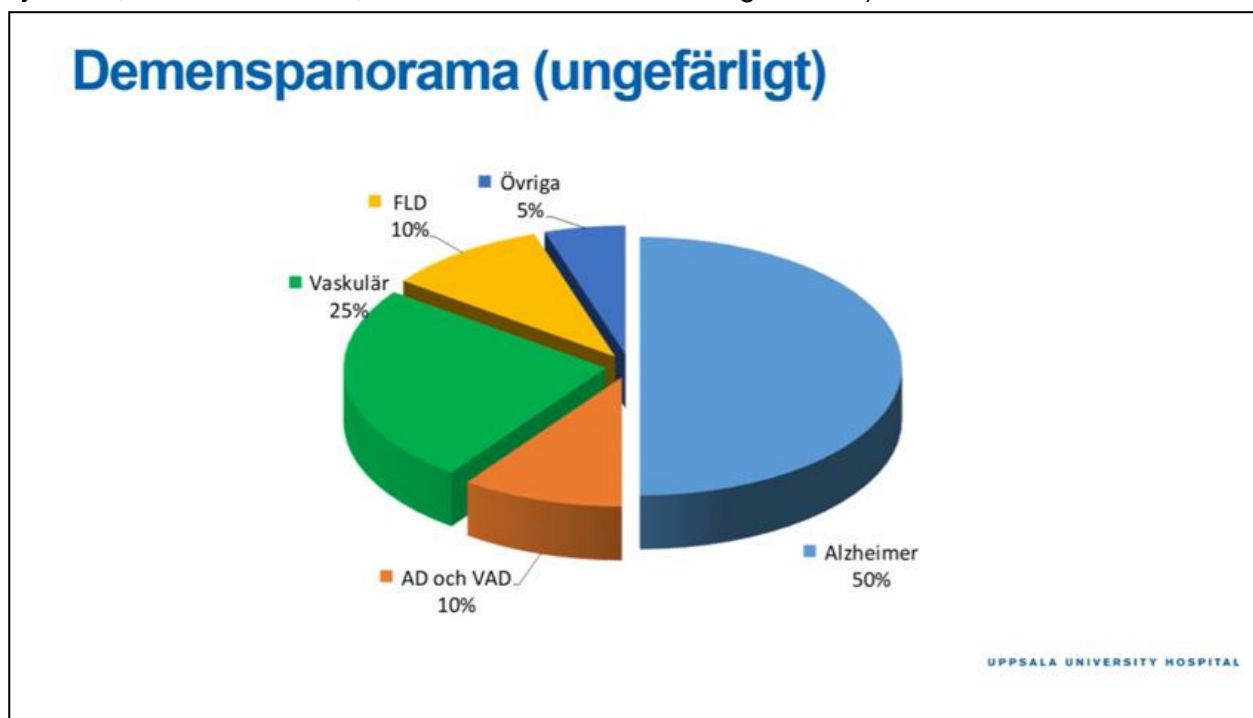
### 3.4. Diagnos och sjukdomsutveckling Demens

Demens är ett samlingsnamn för flera sjukdomar som påverkar hjärnan och leder till nedsatt minne, tankeförmåga och vardagsfunktioner. En fullständig utredning och diagnossättning är central del för kunskapsbaserad vård och omsorg vid demens, då olika diagnoser har olika prognos och effektiv behandling och insatser.

- Ca 50-70 % Alzheimers sjukdom och den är den vanligaste formen.
- Ca 20–25 % Vaskulär demens förändring i blodkärl

Övriga Parkinsons sjukdom, Lewybody-demens, olika former av frontallobsdemens

Demenspanorama- uppskattad procentuell fördelning av olika demenssjukdomar (*Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, frontallobsdemens samt övriga former*)



Figur 7. Figuren visar en uppskattad fördelning av demenssjukdomar och hur de fördelar sig, med Alzheimers sjukdom som den vanligaste formen. [10]

#### 3.4.1. Mångkulturella Bedömningsinstrument – validering och tillämpning.

Flera studier har genomförts för att validera mångkulturella kognitiva bedömningsinstrument som är mindre beroende av språk, kultur och utbildningsnivå. Socialstyrelsen rekommenderar i sina nationella riktlinjer 2017 [13] att använda RUDAS (Rowland Universal Dementia Assessment Scale) vid demensutredning. Det har gjorts validering av RUDAS-S [20] och av MCE-S [21] dessa genomfördes inom projektet Kognition och migration vid regions Skåne i samarbete med Lunds universitet och innovationsmiljön PREDEM (Region Skåne, Socialstyrelsen, Lunds universitet).

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 17 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

I exempelvis Vaggeryds kommun genomförs de kognitiva bedömningarna för de som är inskrivna i kommunens hemsjukvård av arbetsterapeut, efter initiering av läkare. Det är viktigt att rätt bedömningsverktyg och aktuell kunskap används, så att utredningen blir tillförlitlig och anpassad till individens språkliga och kulturella bakgrund. Detta bidrar till en mer rättvis och träffsäker bedömning, i linje med forskning och nationella riktlinjer. Författaren har inte haft direkt kontakt med andra kommuner, men utifrån kännedom och erfarenhet bedöms det att liknande rutiner sannolikt speglar ett gemensamt arbetssätt inom Jönköpings län.

### 3.4.2. Definition av demensdiagnos

WHO definierar demens utifrån ICD-systemet (International Classification of Diseases). Idag använder vi ICD 10 i sjukvården när man sätter diagnos. 1 januari 2028 ska Sverige övergå till att använda ICD 11, Socialstyrelsen ansvarar för att översätta det till svenska.

Lindrig kognitiv störning (MCI) finns främst i ICD-10, i ICD-11 blir begreppet "lindrig kognitiv funktionsnedsättning" (Mild Cognitive Impairment). Syftet med ICD är att standardisera klassificeringen av sjukdomar, symptom och hälsoproblem globalt för att möjliggöra jämförbar och tillförlitlig statistik över dödsorsaker och hälsa, vilket stödjer forskning, planering och uppföljning inom hälso- och sjukvården. Det används för att koda diagnoser i patientjournaler, vilket skapar ett gemensamt språk för att analysera vårdens omfattning och resultat nationellt och internationellt [22].

### 3.4.3. Stadieindelning före och vid demenssjukdom.

Socialstyrelsen beskriver tre stadier av diagnostiserad demenssjukdoms och delas upp i:

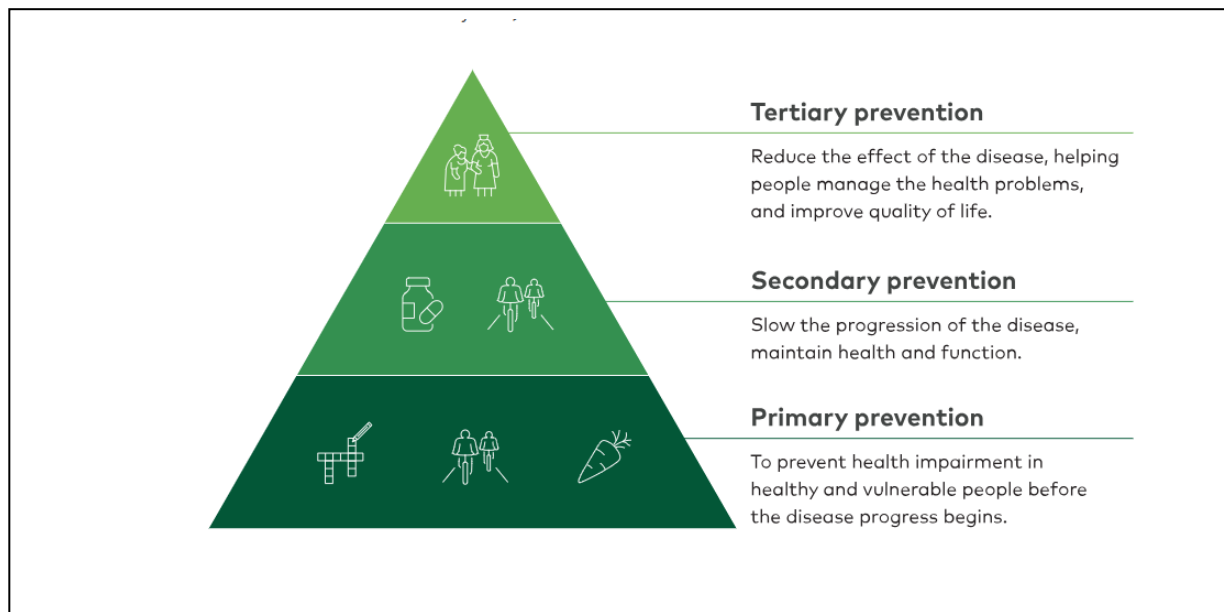
- Mild demenssjukdom betecknar ett tidigt skede när personen kan klara sig utan stora insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Måttlig demenssjukdom betecknar det skede i demenssjukdomen när personen behöver hjälp för att klara vardagliga sysslor.
- Svår demenssjukdom betecknar det skede när personen behöver hjälp med det mesta. [19]

### 3.4.4. Förebyggande arbete i tre nivåer

Utifrån prognosen om befolkningsutvecklingen bör arbetet fokuseras i tre olika nivåer. För att tydliggöra preventionen inom demensområdet används en indelning i tre nivåer: primär, sekundär och tertiär prevention. Indelningen används internationellt och ger en gemensam förståelseram för hur förebyggande insatser kan utformas och riktas över tid.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 18 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass



Figur. Prevention av demens – primär, sekundär och tertiär prevention  
Källa: Nordic Welfare, Dementia prevention in the Nordics (2024) Fritt översatt och bearbetad.

Figur 8. Figuren illustrerar hur preventiva insatser kan delas in utifrån när i sjukdomsförloppet de sätts in. Tyngdpunkten i pyramiden ligger på primär prevention, vilket speglar betydelsen av tidiga och breda insatser för att minska risken för demens i befolkningen. Sekundär och tertiär prevention blir successivt mer riktade och individnära.

### Förklaring

**Primär prevention** avser insatser som syftar till att förebygga ohälsa innan sjukdom uppstår. Inom demensområdet handlar det om att minska kända riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer, exempelvis genom hälsofrämjande levnadsvanor, social delaktighet och utbildningsinsatser. Dessa åtgärder kan genomföras både på individnivå och på befolkningsnivå.

**Sekundär prevention** omfattar tidig upptäckt och tidig behandling för att bromsa sjukdomsutvecklingen och minska symtom. Detta inkluderar exempelvis tidig kognitiv utredning, uppföljning och anpassade insatser för att bibehålla funktion och självständighet.

**Tertiär prevention** syftar till att minska konsekvenserna av en redan etablerad sjukdom. Vid demens innebär detta stöd och insatser för att hantera långvariga och ofta komplexa behov, med fokus på livskvalitet, funktion och delaktighet för den enskilde samt stöd till anhöriga [23].

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 19 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

### 3.5. Resursperspektiv

Resurser är de förutsättningar som krävs för att bedriva en kunskapsbaserad vård och omsorg. Det handlar inte enbart om ekonomi eller personal, utan om ett samlat paraply av kompetens, organisation, arbetssätt och strukturer som gör det möjligt att använda bästa tillgängliga kunskap i praktiken.

Resursperspektivet är brett och det finns fler resurser än de som belyses i denna förstudie. Avgränsningen innebär att endast vissa delar lyfts fram, samtidigt som underlaget som presenteras utgör en gedigen och samlad nulägesbild inom dessa områden.

#### 3.5.1. Ekonomi – samhällskostnader

Samhällets kostnader 2023 för personer med demenssjukdomar var mellan ca 90-100 miljarder kronor. Cirka 85 % av dessa kostnader ligger inom kommunernas budget. 70 % är kostnader för Särskilt boende. Av kommuners totala kostnader för Särskilda boenden för äldre bedöms 78 % av de kostnaderna vara en följd av demenssjukdomar. [2]

#### 3.5.2. Förebyggande arbete och kunskapsunderlag

I socialstyrelsens förstudie ”Kommuners förutsättningar att arbeta hälsofrämjande och förebyggande i samverkan” skriver man att det saknas förutsättningar att arbeta förebyggande och hälsofrämjande, vilket gör att tillräckligt stark motivering och incitament att behålla icke biståndsbedömda aktiviteter såsom träffpunkter och frivilligverksamheter kan saknas. I förstudien presenteras olika metoder och modeller samt exempel på hur arbetet har bedrivits i praktiken samt vilket stöd kommunerna önskar från nationellt håll [24].

Kommunerna i Socialstyrelsens förstudie återkopplar att de efterfrågar underlag som visar att förebyggande insatser ger faktisk effekt och kan minska framtida behov av vård och omsorg. I Socialstyrelsens rapport och bilagor förs detta resonemang vidare genom att hälsoekonomiska beräkningar av fallpreventiva åtgärder tas upp som ett exempel på förebyggande arbete [25-26]

Resultat från FINGER-studien visar att förebyggande insatser kan ge positiva effekter på kognitiv funktion och viss minskning av vårdbehov, förutsatt att flera interventioner sker samtidigt. Personer som adresserade risk- och friskfaktorer på ”alla fem fingrar” – kost, fysisk aktivitet, intellektuell stimulans, social samvaro samt kontroll på blodtryck och kolesterol får mätbar effekt på hjärnhälsa och minnesproblem. För denna förstudie är den viktiga slutsatsen att offentliga aktörer, som kommuner, bör stödja individer att arbeta med alla sina fem fingrar genom att tillgängliggöra stöd inom alla fem områdena, vilket förutsätter intern och extern samverkan mellan aktörer. Samtidigt kvarstår osäkerhet kring i vilken utsträckning detta leder till minskat långsiktigt omsorgsbehov, vilket motiverar fortsatt uppföljning. [57].

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 20 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

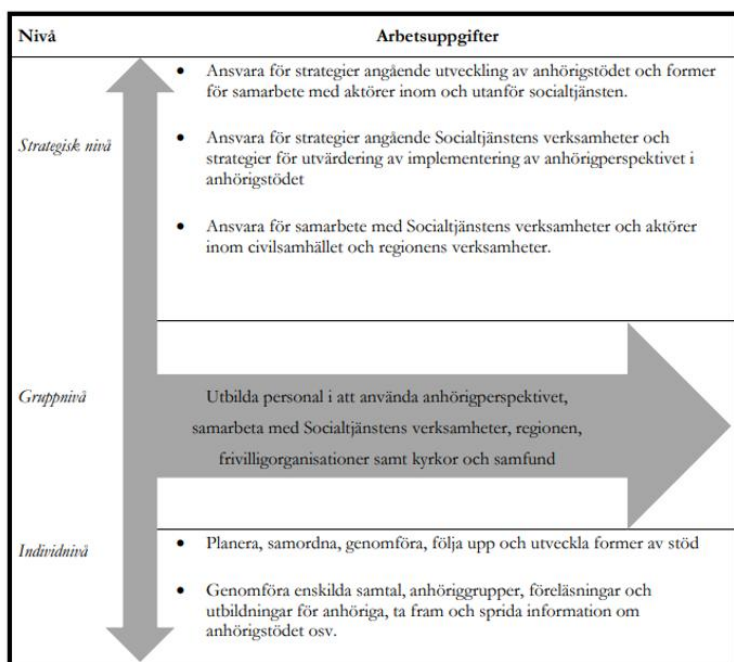
### 3.5.3. Kompetensläge och utvecklingsbehov inom demens

Fullständig redovisning av svar från länets kommuner samt tillhörande sammanfattning återfinns i **Bilaga C**

### 3.5.4. Anhörigkonsulenter och biståndshandläggare

Jönköpings län har medverkat i framtagandet av forskningsrapporten ”Former, förutsättningar och mål för anhörigstöd från anhörigkonsulenters och biståndshandläggares perspektiv”. I rapporten har man identifierat utvecklingsområden. Behovet av att uppmärksamma anhörigvårdare som ger omsorg i det egna hemmet utan stöd från nätverk eller offentlig omsorg. Ett relationsperspektiv lyfts, där anhörigstöd beskrivs som betydelsefullt för relationen mellan anhöriga omsorgsgivare och mottagare av omsorg. Vidare understryks att anhörigstöd bör ingå i socialtjänstens ordinarie arbete. Studien redovisar förutsättningar för biståndshandläggarnas arbete, såsom tid, organisatoriska villkor och behov av kunskap för att kunna beakta ett anhörigperspektiv i handläggningen. Det anhörigstöd som ges inom ramen för handlägningsprocessen, exempelvis genom bemötande och delaktighet, synliggörs. Studien redovisar också behov av tydligare ansvarsfördelning mellan yrkesroller samt förutsättningar för anhörigkonsulenters arbete. Vidare beskrivs teambaserade arbetssätt över professionsgränser samt olika former av avlösning och behov av flexibilitet i dessa stödformer. Att anhörigstödet organiseras så att det adresseras och har effekter på strategisk, grupp- och individnivå är avgörande för effekten för målgruppen.

Nedan sammanfattas centrala områden som lyfts fram i en delstudie om anhörigstöd, baserad på anhörigkonsulenters och biståndshandläggares perspektiv.



Figur 9. Anhörigkonsulenternas roller och arbetsuppgifter på olika nivåer.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 21 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

Sammanställningen bygger på studiens redovisade resultat och återger de former, förutsättningar och mål för anhörigstöd som beskrivs i delstudien [27].

### 3.5.5. Andelen undersköterskor, specialistundersköterskor demens och vårdbiträden i kommunerna (2020-2022)

Detta avsnitt redovisar fördelningen mellan undersköterskor och vårdbiträde i kommunerna i Jönköpings län under perioden 2020-2022. Inom ramen för förstudien har ingen kartläggning genomförts av specialistundersköterskor med inriktning mot demens. Det finns därmed inga uppgifter om i vilken utsträckning sådan kompetens finns i länet, om den är knuten till demensvård eller om hur den tas tillvara i verksamheterna. Det är inte heller känt om personer med specialistutbildning arbetar inom andra delar av vård- och omsorgsverksamheten utan att deras kompetens används i demensvård. Detta kan utgöra ett område för fortsatt kartläggning och analys.

Tabellen visar andelen undersköterskor och vårdbiträden per kommun samt förändringar över tid. Redovisningen syftar till att ge en översiktlig nulägesbild av personalstruktur inom kommunal vård- och omsorgsverksamheterna.

Andel undersköterskor och andel vårdbiträden av totalen				
Län	År		2020	2022
06	Jönköpings län	Undersköterska och Vårdbiträden	8248	8406
06	Jönköpings län	Andel Undersköterska	65 %	62 %
06	Jönköpings län	Andel Vårdbiträden	35 %	38 %
0604	Aneby	Undersköterska och Vårdbiträden	133	99
0604	Aneby	Andel Undersköterska	74 %	59 %
0604	Aneby	Andel Vårdbiträden	26 %	41 %
0617	Gnosjö	Undersköterska och Vårdbiträden	219	240
0617	Gnosjö	Andel Undersköterska	77 %	79 %
0617	Gnosjö	Andel Vårdbiträden	23 %	21 %
0642	Mullsjö	Undersköterska och Vårdbiträden	204	148
0642	Mullsjö	Andel Undersköterska	67 %	66 %
0642	Mullsjö	Andel Vårdbiträden	33 %	34 %
0643	Habo	Undersköterska och Vårdbiträden	217	229
0643	Habo	Andel Undersköterska	64 %	64 %
0643	Habo	Andel Vårdbiträden	36 %	36 %
0662	Gislaved	Undersköterska och Vårdbiträden	467	512
0662	Gislaved	Andel Undersköterska	87 %	81 %
0662	Gislaved	Andel Vårdbiträden	13 %	19 %
0665	Vaggeryd	Undersköterska och Vårdbiträden	257	257
0665	Vaggeryd	Andel Undersköterska	68 %	62 %
0665	Vaggeryd	Andel Vårdbiträden	32 %	38 %
0680	Jönköping	Undersköterska och Vårdbiträden	3137	3232
0680	Jönköping	Andel Undersköterska	58 %	55 %
0680	Jönköping	Andel Vårdbiträden	42 %	45 %
0682	Nässjö	Undersköterska och Vårdbiträden	705	741
0682	Nässjö	Andel Undersköterska	76 %	70 %

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 22 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

0682	Nässjö	Andel Vårdbiträden	24 %	30 %
0683	Värnamo	Undersköterska och Vårdbiträden	800	790
0683	Värnamo	Andel Undersköterska	69 %	62 %
0683	Värnamo	Andel Vårdbiträden	31 %	38 %
0684	Sävsjö	Undersköterska och Vårdbiträden	253	280
0684	Sävsjö	Andel Undersköterska	73 %	67 %
0684	Sävsjö	Andel Vårdbiträden	27 %	33 %
0685	Vetlanda	Undersköterska och Vårdbiträden	789	796
0685	Vetlanda	Andel Undersköterska	63 %	61 %
0685	Vetlanda	Andel Vårdbiträden	37 %	39 %
0686	Eksjö	Undersköterska och Vårdbiträden	490	519
0686	Eksjö	Andel Undersköterska	59 %	59 %
0686	Eksjö	Andel Vårdbiträden	41 %	41 %
0687	Tranås	Undersköterska och Vårdbiträden	577	563
0687	Tranås	Andel Undersköterska	67 %	67 %
0687	Tranås	Andel Vårdbiträden	33 %	33 %

Figur 10. Sammanställningen visar att andelen undersköterskor i majoriteten av kommunerna ligger strax under 70 procent, medan några kommuner uppvisar högre andelar, omkring eller över 80 procent. Vårdbiträden utgör därmed en betydande del av personalstyrkan i samtliga kommuner. Det går utifrån tillgängligt underlag inte att avgöra i vilken utsträckning kategorin vårdbiträde avser personer med vårdbiträdesutbildning eller personal utan formell vård- och omsorgsutbildning.

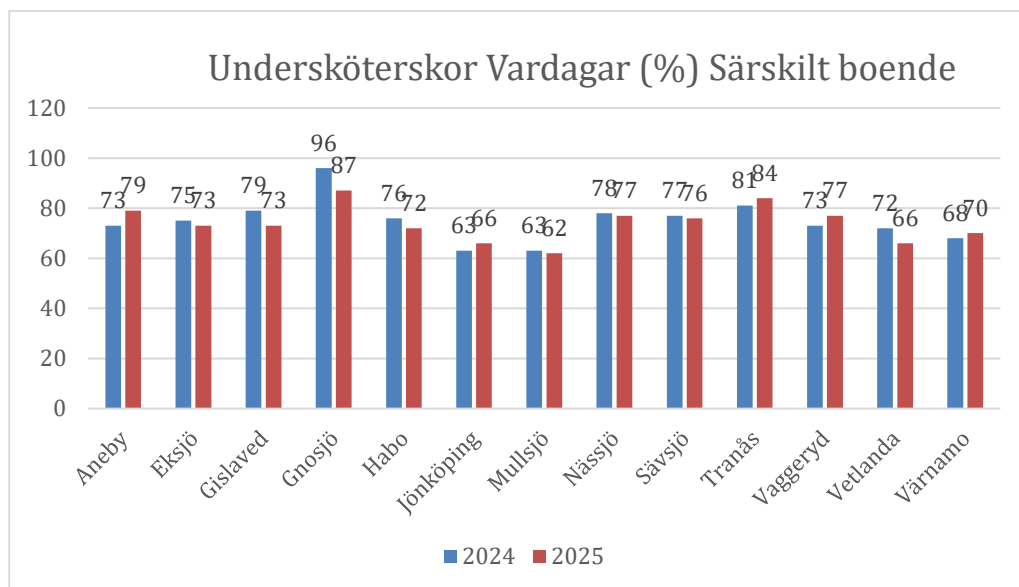
### 3.5.6. Fast omsorgskontakt särskilt boende, från 1 juli 2026

Den som utses till fast omsorgskontakt i särskilt boende för äldre personer bör vara en undersköterska. Denna lagändring föreslås träda i kraft den 1 juli 2026.

Nedan redovisas andelen undersköterskor under vardagar i särskilt boende per kommun. Redovisningen sätts i relation till regeringens bedömning att den som utses till fast omsorgskontakt i särskilt boende för äldre bör vara undersköterska, vilket blir lagkrav från den 1 juli 2026.

## Bilaga A, Förstudierapport

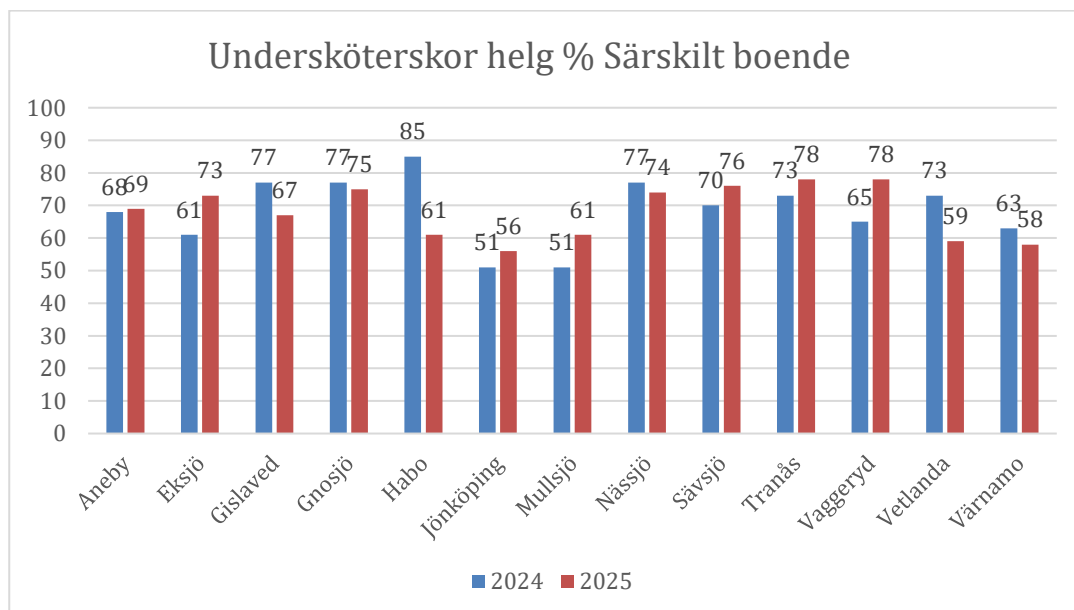
Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 23 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass



Källa: Kolada

Figur 11. Sammanställningen visar variationer mellan kommunerna i andelen undersköterskor i särskilt boende. I flera kommuner ligger andelen omkring eller strax under 70 procent, medan vissa kommuner uppvisar högre nivåer, i vissa fall över 80 procent. Uppgifterna ger en nulägesbild av bemanningsstrukturen i särskilt boende och kan utgöra ett underlag i relation till kommande krav på fast omsorgskontakt.

Nedan redovisas andelen undersköterskor under helg i särskilt boende per kommun. Uppgifterna avser åren 2024 och 2025 och syftar till att ge en nulägesbild av bemanningsstrukturen under helgtid



Källa: Kolada

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 24 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

Figur 12. Sammanställningen visar att andelen undersköterskor under helg varierar mellan kommunerna. I flera kommuner ligger andelen omkring eller strax under 70 procent, medan vissa kommuner uppvisar högre andelar, i vissa fall över 80 procent. Uppgifterna visar även skillnader mellan åren, vilket ger en översiktlig bild av förändringar över tid i bemanningen under helg i särskilt boende.

### 3.5.7. Fast omsorgskontakt hemtjänst, 1 juli 2023

Den som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt. Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassning och samordning. En fast omsorgskontakt kan också bidra till att anhöriga känner sig trygga. Bara den som får använda titeln undersköterska får vara fast omsorgskontakt, enligt särskilda regler som började gälla den 1 juli 2023. Med undersköterska avses de med skyddad yrkestitel **[28-29]**.

Nedan illustreras Socialstyrelsens beskrivning av hur kontinuitet och nära relationer i omsorgsarbetet bidrar till trygghet, delaktighet och kvalitet för den enskilde.



Källa: socialstyrelsen

Figur 13. Personcentrerad vård och omsorg bygger kontinuitet och relationell kunskap. Det ses som betydelsefullt för att tidigt uppmärksamma förändringar i hälsa och funktion **[29]**.

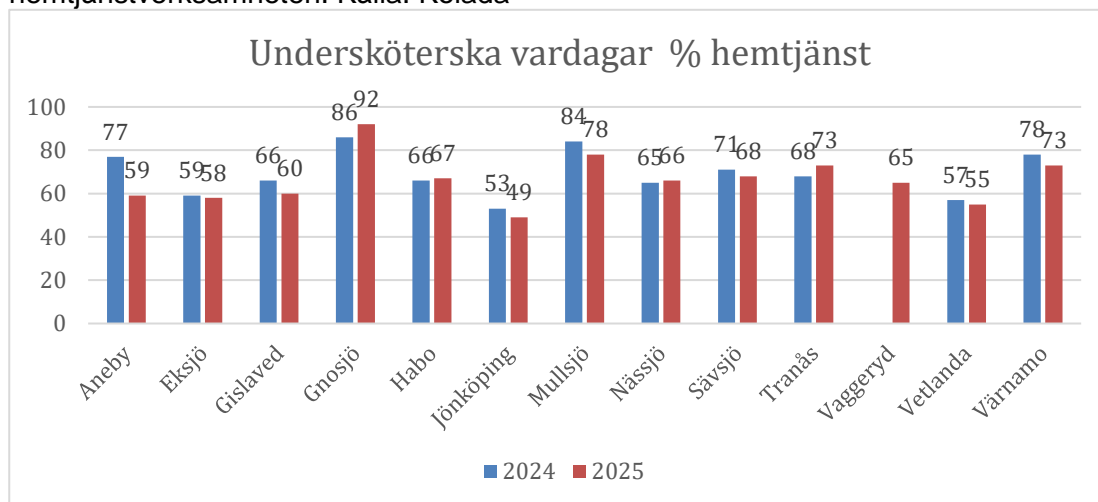
## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 25 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

**Reflektion** är att personal med kunskap om demens och kognitiv svikt, genom nära och återkommande kontakt, kan ha bättre förutsättningar att tidigt identifiera behov hos personer med lindrig kognitiv svikt och därigenom bidra till tidiga stödjande insatser. Detta ligger dock utanför vad som explicit behandlas i Socialstyrelsens modell och bör ses som ett utvecklings- och analysområde.

Socialstyrelsen – *uppföljning av fast omsorgskontakt i hemtjänsten*, är en rapport som kan användas som kunskapsunderlag för uppföljning genom att ge vägledning om relevanta data och statistik samt stöd för uppföljnings- och utvecklingsarbete på nationell och även på lokal nivå. [30]

Nedan redovisas andelen undersköterskor under vardagar i hemtjänsten per kommun. Uppgifterna avser åren 2024 och 2025 och syftar till att ge en nulägesbild av bemanningsstrukturen inom hemtjänstverksamheten. Källa: Kolada

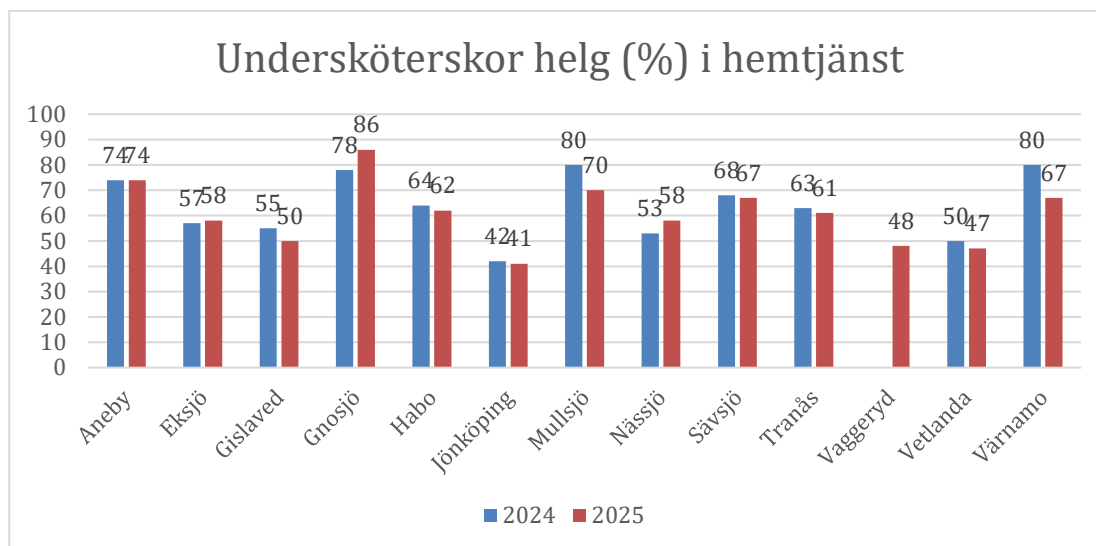


Figur 14. Sammanställningen visar variationer mellan kommunerna i andelen undersköterskor i hemtjänsten under vardagar. I flera kommuner ligger andelen omkring eller strax under 70 procent, medan vissa kommuner uppvisar högre andelar, i vissa fall över 80 procent. Uppgifterna visar även skillnader mellan åren, vilket ger en översiktlig bild av förändringar över tid i bemanningen inom hemtjänsten.

Nedan redovisas andelen undersköterskor under helg i hemtjänsten per kommun. Uppgifterna avser åren 2024 och 2025 och syftar till att ge en nulägesbild av bemanningsstrukturen inom hemtjänstverksamheten. Källa: Kolada

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 26 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass



Figur 15. Sammanställningen visar att andelen undersköterskor i hemtjänsten under helg generellt är lägre än motsvarande nivåer under vardagar, samt att variationerna mellan kommunerna är tydliga. I flera kommuner ligger andelen undersköterskor under helg omkring eller strax under 60 procent, medan ett fåtal kommuner uppvisar högre nivåer, i vissa fall omkring eller över 80 procent. Skillnaderna mellan vardag och helg indikerar att bemanningsstrukturen förändras över veckan, vilket kan påverka kontinuitet, relationsskapande och möjligheten att tillvarata professionell erfarenhet i omsorgsarbetet. Variationerna mellan kommunerna tyder samtidigt på olika organisatoriska förutsättningar och arbetssätt när det gäller bemanning under helg i hemtjänsten

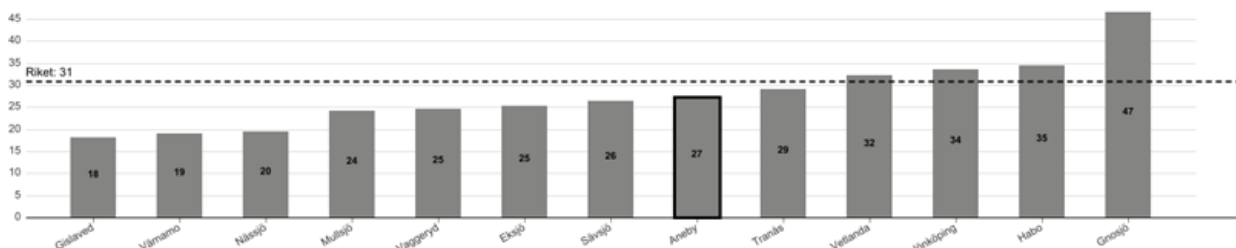
### 3.5.7.1. Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - träffa fast omsorgskontakt, andel (%)

Diagrammet nedan visar andelen personer 65 år och äldre med hemtjänst som uppger att de ofta träffar sin fasta omsorgskontakt. Indikatorn bygger på brukarbedömningar och speglar den upplevda kontinuiteten i hemtjänsten. Riksgenomsnittet redovisas som jämförelse.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 27 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - träffa fast omsorgskontakt, andel (%). Källa: Kolada (År: 2025)



Figur 16. Indikatorn "Antal personer i åldrarna 65 år och äldre med hemtjänst som svarat "Ja, ofta" på frågan: "Brukar du träffa din fasta omsorgskontakt i hemtjänsten?", dividerat med samtliga personer i åldrarna 65 år och äldre i ordinärt boende med hemtjänst som besvarat frågan i undersökningen. "Vet ej/Ingen åsikt" är exkluderade ur nämnaren. Källa: Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen.

Diagrammet visar stora variationer mellan kommunerna i andelen brukare som uppger att de ofta träffar sin fasta omsorgskontakt. Flera kommuner ligger tydligt under riksgenomsnittet, medan ett fåtal kommuner når eller överstiger denna nivå. Spridningen indikerar att kontinuitet i praktiken skiljer sig markant mellan kommunerna. Resultatet visar att förekomsten av fast omsorgskontakt inte upplevs likvärdigt av brukarna, trots att funktionen finns etablerad som struktur. Utfallet kan därmed tolkas som ett uttryck för skillnader i hur arbetssätt, bemanning och kontinuitet fungerar i vardagen. Diagrammet belyser den faktiska upplevelsen av relation och kontinuitet, snarare än den formella organiseringen av fast omsorgskontakt.

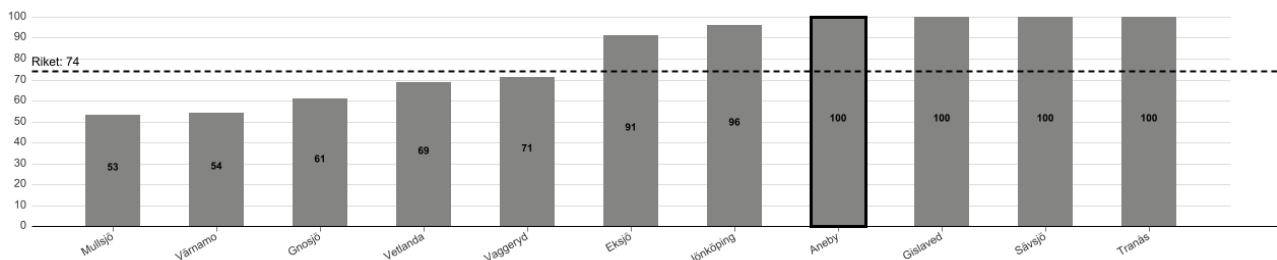
### 3.5.7.2. Enhetsundersökningen, äldreomsorg - Andel hemtjänsttagare som erbjudits en fast omsorgskontakt, äldreomsorg, andel (%)

Diagrammet nedan visar andelen hemtjänsttagare som enligt enhetsundersökningen har erbjudits en fast omsorgskontakt. Indikatorn belyser i vilken utsträckning fast omsorgskontakt är etablerad som en organisatorisk struktur i kommunernas hemtjänstverksamhet. Riksgenomsnittet redovisas som jämförelse.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 28 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

Enhetsundersökningen, äldreomsorg - Andel hemtjänsttagare som erbjudits en fast omsorgskontakt, äldreomsorg, andel (%). Källa: Kolada (År: 2025)



Figur 17. Indikatorn "Antal individer som erbjudits en fast omsorgskontakt dividerat med totalt antal individer som finns inom verksamheten. Med fast omsorgskontakt avses den undersköterska som särskilt utsetts till att tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassning och samordning. Källa: Socialstyrelsen

Diagrammet visar att andelen hemtjänsttagare som erbjudits en fast omsorgskontakt varierar mellan kommunerna, men att flera kommuner ligger i nivå med eller över riksgenomsnittet. I vissa kommuner uppgår andelen till nära eller heltäckande nivåer, vilket indikerar att fast omsorgskontakt i hög grad är införd som formell struktur.

Samtidigt visar jämförelsen med brukarbedömningen av att faktiskt träffa sin fasta omsorgskontakt att ett högt erbjudande inte nödvändigtvis innebär hög upplevd kontinuitet. Detta pekar på ett möjligt glapp mellan organisatoriskt införande och hur funktionen fungerar i praktiken. Resultatet indikerar att fast omsorgskontakt i många fall är etablerad på papperet, men att genomförandet och kontinuiteten kan variera i det dagliga arbetet.

Diagrammet belyser därmed skillnaden mellan strukturella förutsättningar och faktisk tillämpning och utgör ett viktigt underlag för vidare analys av hur fast omsorgskontakt används och följs upp i praktiken. [31]

### 3.5.7.3. Analys ur ett kunskapsbaserat perspektiv

Ett kunskapsbaserat arbetssätt innebär att bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap kombineras med professionell erfarenhet och den enskildes situation. I detta sammanhang kan fast omsorgskontakt ses som en organisatorisk förutsättning för att sådan kunskap ska kunna omsättas i praktiken. Kontinuitet i personalgruppen och återkommande möten mellan brukare och personal skapar förutsättningar för relationsbaserad kunskap och beprövad erfarenhet att utvecklas över tid.

Brukarbedömningen visar att upplevelsen av att ofta träffa sin fasta omsorgskontakt varierar mellan kommunerna. Detta kan ha betydelse för möjligheten att tidigt uppmärksamma förändringar i funktion, beteende och hälsa. Personal som möter samma person regelbundet kan, genom kombinationen av yrkeskunskap och erfarenhet, lättare identifiera subtila förändringar som kan vara förenliga med lindrig kognitiv svikt. Tidig upptäckt är en central komponent i ett förebyggande

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 29 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

och kunskapsbaserat arbetssätt. Samtidigt saknas i denna förstudie underlag för att bedöma i vilken utsträckning personalen har specifik kunskap om demens och kognitiv svikt, eller hur sådan kunskap används systematiskt i det dagliga arbetet. Det går därför inte att dra slutsatser om huruvida identifierade behov leder till tidiga stödjande eller förebyggande insatser.

Analysen visar därmed ett möjligt glapp mellan organisatoriska strukturer och det praktiska nyttjandet av kunskap och beprövad erfarenhet. Resultaten bör därför tolkas som en nulägesbild av upplevd kontinuitet snarare än som ett mått på kvaliteten i det förebyggande arbetet. För att kunna bedöma hur fast omsorgskontakt bidrar till tidig upptäckt och förebyggande insatser krävs ytterligare uppföljning av både kompetens, arbetssätt och hur kunskap omsätts i praktiken.

### 3.5.8. Fast vårdkontakt

Rollen fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt är inte samma sak.

Sedan 2017 har Socialstyrelsen riktlinjer för fast vårdkontakt [58]. Det ersatte då den äldre benämningen patientansvarig sjuksköterska (PAS). Gemensamt framtagna rutiner för fast vårdkontakt finns i länet för samtliga vårdgivare [59].

”En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter. [32]

#### 3.5.8.1. Öppna jämförelse 2025

En viktig del i att kunna följa om man arbetar exempelvis personcentrerat och då enligt evidens är att analysera resultaten i öppna jämförelse, även enkätfrågor och beskrivning av indikatorer ger god vägledning. [33]

#### 3.5.8.2. Socialstyrelsen. Inloggning till Indikators Webbrapport användarnamn och lösenord per kommun nedan att användas i länken.

Aneby	BU2025_0604	YHZ9cm
Eksjö	BU2025_0686	uE8KkC
Gislaved	BU2025_0662	btgjqd
Gnosjö	BU2025_0617	WPqs5c
Habo	BU2025_0643	8eW5dw
Jönköping	BU2025_0680	N5hWVF
Mullsjö	BU2025_0642	vDs4XY
Nässjö	BU2025_0682	SqzNmH

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 30 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

Sävsjö	BU2025_0684	vRMfv8
Tranås	BU2025_0687	cjFPCf
Vaggeryd	BU2025_0665	geSD3R
Vetlanda	BU2025_0685	rmzUVk
Värnamo	BU2025_0683	gH5i52

[177]

### 3.5.8.3. Språkkunskap och språkkrav som en del av professionell kompetens

I december 2024 överlämnades en särskild utredning kring "Språkkrav i Äldreomsorgen" till ansvarig minister. Ett förslag i utredningen är ett krav på språknivå GERS B2 från 260701 i syfte att stärka säkerhet och kvalitet i äldreomsorgen. Kravet är ett strävansmål för kommunerna och gäller alla medarbetare i äldreomsorgen. Lägre språknivå än GERS B2 är inget hinder för att anställa/bli anställd men arbetsgivaren måste ha en utbildningsplan för att medarbetaren ska nå rätt nivå över tid.

Regeringen överlämnade lagrådsremissen Ett språkkrav inom äldreomsorgen till Lagrådet den 134 nov 2025. Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937) Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstförordningen (2001:937) dels att rubriken till 2 kap. ska lyda "Bestämmelser om riksnormen och insatser för äldre", dels att det ska införas en ny paragraf, 2 kap. 4 §, av följande lydelse. Nuvarande lydelse Föreslagen lydelse 2 kap. 4 § Med relevant nivå av kunskaper i svenska språket i 3 kap. 3 e § socialtjänstlagen (2001:453) avses B2 enligt Gemensam europeisk referensram för språk. Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2026 [39].

### 3.5.8.4. Inventering i Jönköpings län avseende stöd till arbetsgivare och utvärdering av effekter av åtgärder av språkutvecklande arbetssätt

Kommunal utveckling genomförde hösten 2024 en kartläggning samt framtagande av projektidé bland äldreomsorgens verksamhetschefer i länets 13 kommuner som bedömt att språkutvecklande arbetsplats-/arbetssätt är nödvändigt för att stödja och kompetensutveckla enhetschefer inom äldreomsorg i. Detta för att möta kraven i den då kommande språkkravsutredningen. Projektidén inkluderade ett fördjupat samarbete med HR-personal i projektet "Språkutvecklande arbetsplats/arbetssätt" för jämlika möjligheter i länet att kompetensutveckla chefer, HR-personal och VO-lärare inom metoder för språkinläring hos vuxna och språkutvecklande arbetsplatser. I samverkan med lärosäte var planen att utvärdera effekterna av kommunernas valda metoder, koncept och processer för språkinläring och språkutvecklande arbetssätt. Kartläggningen genomfördes bland samtliga 13 kommuner i länet. Alla kommuner har svarat på frågor om sitt behov.

Alla kommuner angav i inventeringen att de har behov av språkinsatser för vård- och omsorgspersonal och de flesta kommuner var i gång med olika åtgärder. Nässjö, Eksjö, Vetlanda, Gislaved, Gnosjö och Vaggeryd arbetar tillsammans med VO-college med språkombud. Värnamo arbetar med en liknande variant men kallar det språkstödare. Förutom arbetet med VO-college arbetar Nässjö, Eksjö, Gislaved och Gnosjö med andra språkinsatser. Jönköping och Aneby har egna åtgärder som de har upparbetat. Tranås och Habo håller på att utveckla språkinsatser i deras

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 31 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

kommuner. Sävsjö och Mullsjö har ett behov av språkinsatser dock gjorde man vid tidpunkten inget sådant arbete i dessa kommuner. VO-college har ett utarbetat koncept med språkombud som erbjuds till alla kommuner i länet.

Processledare för VO-college finns vid Kommunal utveckling och genom detta arbete finns på sätt och vis redan ett koncept med språkombud för att bidra till språkutvecklande arbetsplats. I kartläggningen kom det fram att flera av kommunerna efterfrågar språktester vid rekryteringar. Vissa kommuner har påbörjat ett sådant arbete men de flesta har inte gjort det.

### 3.5.9. Språkkartläggning inom vård och omsorg

För att säkerställa språklig kompetens hos medarbetare inom vård och omsorg kan kommuner använda standardiserade språktester som stöd vid rekrytering eller kompetenskartläggning. Ett exempel är företaget Educate-It som tillhandahåller digitala testverktyg för bedömning av språk- och kunskapsnivå i arbetslivet. Flera kommuner i Sverige, bland annat Mörbylånga, Hässleholm, Katrineholm och Partille, har använt denna modell för att bedöma personalens språkliga nivå och identifiera behov av utbildningsinsatser. Syftet är att öka tryggheten i kommunikation med brukare, förbättra dokumentationens kvalitet och stödja ett jämlikt och kunskapsbaserat arbetssätt.

Val av metod eller leverantör ska alltid göras utifrån kommunens egna behov, upphandlingsregler och Kvalitetskriterier.

### 3.5.10. Språkbedömning vid rekrytering VO-College

VO- College har tagit fram nytt material som kan användas som stöd vid rekrytering och språkutveckling på jobbet. **[35]**

#### 3.5.10.1. Yrkesresan Äldre

Yrkesresan Äldre erbjuder introduktion och kompetensutveckling till medarbetare inom äldreomsorgen. Kurserna kan vara relevanta även för de som inte är utbildade undersköterskor.

- *Bas* innehåller inledande kurser för alla.
- *Fördjupning* innehåller valbara kurser utifrån verksamhetens och medarbetarens behov av fördjupade kunskaper.
- *Spets* innehåller valbara kurser utifrån verksamhetens behov av spetskunskap. **[40]**

*Grundläggande krav innan utbildning i ett program.*

- SFI finns i fyra steg A, B, C och D. Vid nivå D kan man ta ett arbete. Påbörjad Inom 3 år. Vuxenutbildning.
- Grundläggande svenska eller grundläggande svenska som andraspråk på Vuxenutbildningen
- Grundläggande utbildningar till undersköterska. Ungdomsgymnasiet Gymnasiet vård och omsorgsprogrammet upp till 19 år.
- Kommunal vuxenutbildning från 20 år. Vård och omsorgsutbildningen. Yrkespaket mot undersköterska 1500 poäng. Yrkespaket vårdbiträde 800 poäng.

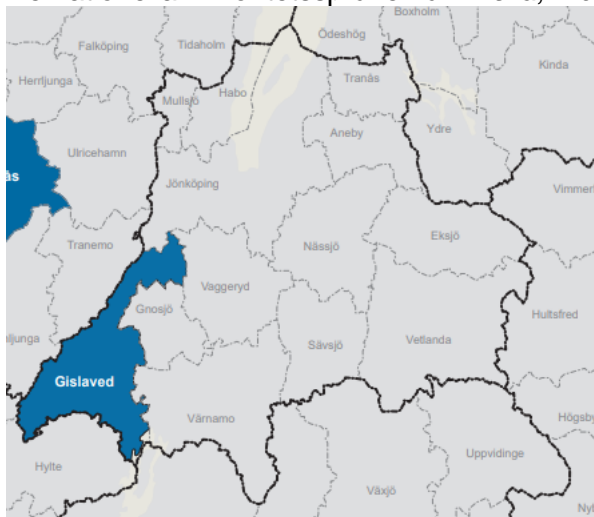
## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 32 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

- Arbetsförmedlingen erbjuder att utbilda till vårdbiträde eller undersköterska, de har egna kunskapsprov i svenska innan man kommer in.
- Äldreomsorgslyftet ansvariga är kommuner, statlig kompetensutvecklings insats inom äldreomsorgen. Stora delar har gått till att utbildad personal till undersköterskor, vård och omsorg. Grundläggande svenska.
- Äldreomsorgslyftet används till att utbilda språkombud.

### 3.5.10.2. Nationella minoritetsspråk, rättigheter

De nationella minoritetsspråken är *finska, meänkieli, samiska, romani chib, jiddisch*.



Källa: Minoritet.se

Figur 18. Kartan visar att Gislaveds kommun [37] ingår i förvaltningsområdet för finska språket.

Av Jönköpings läns 13 kommuner är det endast Gislaveds kommun som ingår i förvaltningsområdet för finska språket sedan 2018, därmed ingår även region Jönköpings län. Detta regleras i Lag (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk, som styr både rättigheter och skyldigheter för kommuner och regioner. Den nationella samordningen och fördelningen av statsbidrag sköts av Länsstyrelsen i Stockholm tillsammans med Sametinget. Även kommuner som inte är förvaltningskommuner har enligt lagen skyldighet att skydda och främja minoritetsspråken, samt att erbjuda service på finska när det finns personal med rätt kompetens, för att sköta ärendet. Det krävs inte att språkkunnig personal finns anställd vid samma myndighet, bara att sådan personal utan svårighet kan anlitas för begärd service t.ex. när den finns hos annan kommunal myndighet än den aktuella.

I Kunskapsguiden finns tips och idéer som kan användas för att stödja ett personcentrerat arbetssätt i mötet med äldre personer som tillhör nationella minoriteter. Materialet är tillgängligt även för kommuner som inte är förvaltningsområden och utgör en möjlighet, snarare än en skyldighet, att ta del av kunskap och arbetssätt som kan bidra till ökad individanpassning i omsorgen [38].

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 33 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

### 3.5.10.3. *Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK*

”Svårigheter att kommunicera anges ofta som en orsak till bristande inflytande och delaktighet. Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK, stödjer kommunikation mellan människor, och hjälper personer med kommunikationssvårigheter att förstå andra och att uttrycka sig. Området omfattar många olika sorters kommunikationsstöd.” **[29 ] [36]**

### 3.5.11. *Stjärnmärkt eller Silvia boende*

Svenskt Demenscentrum har en utbildningsmodell ”Stjärnmärkt” och Silviahemmet har Silviahemmets certifieringsprogram, båda dessa modeller har en 3-årig återkommande certifiering vilket innebär möjlighet till långsiktigt arbete.

#### 3.5.11.1. *Stjärnmärkta boende en utbildningsmodell från Svenskt Demenscentrum*

#### **Vilka steg ingår i utbildningsmodellen?**

I steg 1 och 3 kan deltagare från olika verksamheter – dagverksamhet, hemtjänst, särskilt boende och biståndsenhet – utbildas samtidigt.

I steg 2 och 4 utbildas de olika verksamheterna var för sig. Innan träffarna ska medarbetarna ha genomfört webbutbildningarna.

- Steg 1: Deltagarna genomför webbutbildningarna Demens ABC och Demens ABC plus. Sedan följer en reflektionsträff då de bland annat får en arbetsuppgift; ett konkret exempel på hur de kan arbeta mer personcentrerat på sin arbetsplats.
- Steg 2: Reflektionsträff då arbetsuppgiften redovisas. Fördjupning i demenssjukdomar och symptom. Fallbeskrivningar av bland annat bemötande, nutrition och anhörigstöd. Ny arbetsuppgift och utsedd ansvarig för registrering i Svenska Demensregistret (gäller SÄBO).
- Steg 3: Deltagarna genomför webbutbildningen Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar. Reflektionsträff och genomgång av nollvisionens arbetspolicy som sedan ska användas kontinuerligt i verksamheten.
- Steg 4: Checklista demens introduceras. Den första checklistan görs på plats och ska sedan användas kontinuerligt i verksamheten. (Checklista demens är ett arbetsredskap för att lyfta det personcentrerade arbetssättet). Genomgång av planeringsunderlag för utvecklingsarbetet. När deltagarna genomgått samtliga utbildningssteg väljer chefen, tillsammans med medarbetare, ett utvecklingsområde att arbeta med under året. Det kan till exempel handla om nutrition, aktivitet, vård i livets slutskede eller hur tvång och begränsningsåtgärder kan undvikas i olika omvårdnadssituationer. Arbetet med utvecklingsområdet redovisas via en enkät i den årliga uppföljningen **[41]**

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 34 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

Nedan redovisas de verksamheter i Jönköpings län som vid tidpunkten för sammanställningen är stjärnmärkta enligt utbildningsmodellen från Svenskt Demenscentrum. Sammanställningen omfattar samtliga stjärnmärkta verksamheter inom länets 13 kommuner och inkluderar olika typer av verksamheter, såsom särskilt boende, dagverksamhet och korttidsverksamhet

Enhet	Kommun	Årlig uppföljning
Nömmebergs vårdhem	Nässjö	
Dalen och Solgläntan på Norrgårdens säbo.	Vetlanda	
Norrängens dagverksamhet	Vetlanda	
Bäckagårdens korttidsenhet, Mosippan	Vetlanda	
Bäckagården, avdelning Lagunen	Vetlanda	

Figur 19. Sammanställningen visar att antalet stjärnmärkta verksamheter i länet är begränsat i förhållande till det totala antalet verksamheter inom äldreomsorgen. Dessa verksamheter utgör därmed de enda stjärnmärkta boendena inom länets 13 kommuner, vilket ger en överblick över i vilken omfattning utbildningsmodellen från Svenskt Demenscentrum hittills har implementerats regionalt.

### 3.5.11.2. *Silviahemmets certifieringsprogram från Silviahemmet*

Certifieringsprocessen utgörs av tre steg: grundutbildning till alla medarbetare, utbildning för arbetsledare vid implementering och leda teamarbete samt reflektionsledarutbildning. När alla moment i processen är godkända överlämnas ett inramat och numrerat certifikat undertecknat av H.M. Drottningen. Kursdeltagare får ett kursbevis. Därefter sker en årlig uppföljning och vart tredje år utfärdas ett förnyat certifikat efter kompletterande utbildning.

- Steg 1 – grundutbildning  
Samtliga medarbetare vid enheten – inklusive städpersonal, fastighetsskötare, administration med flera – deltar i en tre dagar lång grundutbildning i demenskunskap. Sammanlagd utbildningstid är 21 timmar. Alla genomgår skriftligt test efter utbildningen. Utbildningen sker på arbetsplatsen.
- Steg 2 – arbetsledarutbildning  
Alla arbetsledare som har genomgått steg 1 får en heldagsutbildning. Inriktning är Silviahemmets vårdfilosofi med betoning på ledarskap vid implementering och att leda teamarbetet. Utbildningen sker på arbetsplatsen eller på Silviahemmet.
- Steg 3 – reflektionsledarutbildning

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 35 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

Minst två medarbetare per avdelning genomgår tre dagars utbildning i att leda reflektionsstunder och en metod för att leda dessa på egen hand. Utbildningen sker på arbetsplatsen eller på Silviahemmet. Även två uppföljande handledningsträffar ingår **[42]**.

Som en del av kartläggningen av kunskapsbaserade arbetssätt inom demensvården har förekomsten av stjärnmärkta verksamheter enligt Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell identifierats i Jönköpings län. Stjärnmärkningen är en frivillig utbildningsmodell som syftar till att stärka kunskap, reflektion och systematik i demensomsorgen och kan tillämpas i olika verksamhetsformer. Tabellen nedan redovisar de verksamheter i länet som vid kartläggningstillfället är stjärnmärkta.

NR	Enhet	Kommun	Omcertifiering år
215	Björkgårdens demensboende	Mullsjö	2027
213	Fridhalls äldreboende, Taberg	Jönköping	2027
132	Hagagården Smålandsstenar	Gislaved	2025
214	Kärrsgården	Habo	2027
35	Villa Lunnagård	Eksjö	2025
34	Äldreomsorgens dagverksamheter	Jönköping	2025

Figur 20. Sammanställningen visar att det i Jönköpings län, som omfattar 13 kommuner, finns ett begränsat antal stjärnmärkta verksamheter. Dessa utgörs av både särskilda boenden och dagverksamheter och är koncentrerade till ett fåtal kommuner. Detta indikerar att modellen ännu inte har fått ett brett genomslag i länet, trots att stjärnmärkningen är möjlig att använda även utanför formella krav eller särskilda organisatoriska ramar. Resultatet belyser därmed en outnyttjad potential för kompetensutveckling och kunskapsstöd, snarare än ett mått på kvalitet i övriga verksamheter.

### Analys

Svenskt Demenscentrum och Silviahemscertifiering förekommer i begränsad omfattning i Jönköpings län. Trots detta representerar båda modellerna strukturerade arbetssätt som kan bidra till långsiktighet i kompetensutveckling inom demensomsorgen. Certifieringarna utgår från kontinuerlig utbildning, reflektion och uppföljning och skapar därmed förutsättningar för att kunskap inte stannar hos enskilda medarbetare utan blir en del av verksamhetens gemensamma arbetssätt. Att även verksamhetsnära chefer omfattas av modellerna stärker möjligheterna att arbeta systematiskt och kunskapsbaserat över tid.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 36 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

I relation till andra utbildningsinsatser, såsom registerbaserade arbetssätt där deltagande ofta är kopplat till specifika kriterier, kan certifieringsmodellerna ses som ett kompletterande stöd. De möjliggör ett bredare och mer förebyggande angreppssätt, där demenskunskap kan stärkas även i tidiga skeden, exempelvis vid lindrig kognitiv svikt.

Sammantaget utgör certifieringarna en möjlighet att skapa struktur, kontinuitet och organisatoriskt stöd för ett kunskapsbaserat arbetssätt, även om de i dagsläget endast omfattar ett begränsat antal verksamheter i länet.

### 3.6. Kommande kända förändringar

#### 3.6.1. Socialtjänstdataregisterlagen

För att stötta kommunerna i arbetet med kunskapsbaserad socialtjänst har Socialstyrelsen fått i uppdrag att förbereda inför ett nytt socialtjänstdataregister. Uppdraget ska slutrapporteras till regeringen i januari 2026

De gemensamma informationsmängderna främjar möjligheterna att skapa en kunskapsbaserad socialtjänst och jämlika och jämställda levnadsvillkor. En omställning mot en mer kunskapsbaserad socialtjänst förutsätter att ett lagkrav om vetenskap och beprövad erfarenhet samverkar med utvecklingen av kommunernas uppföljning och en utökning av den nationella statistiken inom socialtjänsten [43].

#### 3.6.2. Fast omsorgskontakt särskilt boende

**Regeringens förslag** En fast omsorgskontakt ska erbjudas den som bor i särskilt boende för äldre personer, om det inte är uppenbart obehövt. Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning.

**Regeringens bedömning** Den som utses till fast omsorgskontakt i särskilt boende för äldre personer **bör** vara en undersköterska. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2026" [44].

#### 3.6.3. Språkkursutredningen

Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937) Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstförordningen (2001:937) dels att rubriken till 2 kap. ska lyda "Bestämmelser om riksnormen och insatser för äldre", dels att det ska införas en ny paragraf, 2 kap. 4 §, av följande lydelse. Nuvarande lydelse Föreslagen lydelse 2 kap. 4 § Med relevant nivå av kunskaper i svenska språket i 3 kap. 3 e § socialtjänstlagen (2001:453) avses B2 enligt Gemensam europeisk referensram för språk. **Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2026**

##### 3.6.3.1. Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag 2025-12-11 : Stödpaket för språkutveckling i äldreomsorgen 2026-2030

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 37 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram ett stödpaket för språkutveckling i äldreomsorgen för perioden 2026–2030. Det innebär att de ska ta fram stödmaterial för att integrera språkutveckling i det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9, samt ge stöd för att bedöma personalens svensk-kunskaper, både för nya och befintliga anställda. Vidare ska de ge vägledning för hur arbetsplatser kan utformas för att främja språkutveckling och stödja medarbetare med särskilda behov, samt ge chefer verktyg att upprätthålla en språkutvecklande arbetsmiljö [39].

### 3.6.4. *International Classification of Diseases (ICD 11)*

WHO definierar demens utifrån ICD-systemet (International Classification of Diseases). Idag använder vi ICD 10 i sjukvården när man sätter diagnos. **1 januari 2028** ska Sverige övergå till att använda ICD 11, Socialstyrelsen ansvarar för att översätta det till svenska. [22]

### 3.6.5. *E – hälsomyndigheten - överföring från kvalitetsregister till journal/verksamhetssystem*

Syftet är att minska den administrativa belastningen för vårdens och omsorgens personal, öka datakvaliteten och höja täckningsgraden i registren. När data kan överföras direkt från journalsystem till kvalitetsregister skapas förutsättningar för uppföljning i realtid, aktuell statistik och förbättringsarbete nära verksamheten. Det är ett verktyg som ska underlätta kunskapsbaserat arbete, genom att fakta från verksamheten kan användas för lärande och utveckling utan att öka den manuella dokumentationen.

Arbetet med den nationella tekniska lösningen sker inom ramen för det nationella systemet för kunskapsstyrning, där regioner, kommuner och statliga myndigheter samverkar. Kommunernas del i arbetet leds genom S-KiS (Samverkan för kunskapsstyrning i socialtjänsten), som samordnar utvecklingen av informationsförsörjning till kvalitetsregister och representerar kommunerna i den nationella samverkansgruppen för data och analys.

Arbetet bedrivs i nära samarbete med kommunernas leverantörer av vårdinformationssystem – så kallade agenter – och med pilotkommuner som testar lösningar för automatiserad dataöverföring. I dagsläget omfattar samarbetet fem leverantörer och omkring 290 kommuner i Sverige. Målet är att skapa en gemensam modell och stödstruktur som möjliggör kunskapsbaserad vårdprevention på lika villkor i hela landet, med hög datakvalitet och tydlig ansvarsfördelning. Genom samordning via S-KiS kan kommunerna arbeta mer kunskapsbaserat och få stöd i hur data används för uppföljning, analys och förbättringsarbete.

Inom detta arbete har Pulsen Omsorg under året drivit utvecklingsarbete för informationsförsörjning från vårdinformationssystemet Combine till kvalitetsregistret Senior alert. Pulsen Omsorg planerar att utveckla hela det vårdpreventiva flödet med en automatiseringsgrad på 100 procent. Ingen driftsättning har ännu skett, men pilotdrift hos kommunerna Jönköping och Vetlanda planeras till fjärde kvartalet 2025. Pulsen Omsorg har även, tillsammans med pilotkommunerna Jönköping och Vaggeryd, deltagit i förberedande arbete för informationsförsörjning till Svenska

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 38 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

palliativregistret. I början av året beslutades att inleda utvecklingsarbetet på registret, men detta pausades i samband med att registret planerade plattformsbyte till ny leverantör.

Combine-projektet är ett konkret exempel på hur kunskapsstyrning och digital infrastruktur kopplas samman i praktiken. Genom automatisk överföring kan dokumentation och uppföljning direkt knytas till kvalitetsregistren, vilket stärker förutsättningarna för kunskapsbaserad och personcentrerad vård i realtid, där resultat snabbt kan återföras till verksamheten.

Slutredovisning av hela uppdraget ”överföring kvalitetsregister” ska ske den 12 december 2025. Vid detta tillfälle ska E-hälsomyndigheten redovisa den färdiga tekniska lösningen samt en nationell plan för införande och förvaltning, i samverkan med SKR, regioner och kommuner inom systemet för kunskapsstyrning. [45-46]

## 4. NATIONELLA POLICY DOKUMNET

### 4.1. Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025–2028

Målen för arbetet med vård och omsorg för personer som har en demenssjukdom är:

- Socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens insatser för personer som har en demenssjukdom ska vara anpassade efter den enskildes förutsättningar och behov.
- Socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens insatser för personer som har en demenssjukdom ska vara samordnade samt främja hälsa och förebygga ohälsa.
- Personalen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska arbeta enligt evidens och beprövad erfarenhet.
- Anhöriga till en person som har en demenssjukdom ska få tillgång till adekvat stöd och kunskap för att kunna utöva frivillig anhörigvård på ett hållbart sätt [8].



## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 39 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

### 4.2. Nationella riktlinjer- 21 indikatorer- vård och omsorg vid demenssjukdom

För att vård och omsorg ska vara kunskapsbaserad och jämlik behöver arbetet vila på systematiska indikatorer som möjliggör uppföljning, lärande och förbättring.

Socialstyrelsen har tagit fram kunskapsbaserade rekommendationer för vården och omsorgen till personer med demenssjukdom [194]. Kommunen och Regionen har ett både enskilt och ett gemensamt ansvar för måluppfyllelse av indikatorerna. Statistiken för dessa samlas in övervägande från SweDem, BPSD och Enkäter men största delen av indikatorerna följs upp genom resultat från SweDem.

De nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdoms betonar att insatserna ska vara anpassade efter den enskildes behov, samt vara samordnade och hälsofrämjande. Som exempel registreras bland annat om en levandeberättelse har upprättats, vilket används som indikator 16 i de nationella riktlinjerna och en levandeberättelse gör det möjligt för personalen att förstå vem personen är bakom sjukdomen och att anpassa stöd, bemötande och aktiviteter utifrån individens livserfarenheter, vanor och värderingar.

Dessa indikatorer har olika syfte och det går att fördjupa sig i dessa, förklaring finns både i Nationella riktlinjer [51] och även i tillstånd och åtgärdslistan [48]. Alla primärvårdsenheter och alla kommuner i Jönköpings län är inte anslutna till SveDem, därför kan inte följsamhet till dessa kvalitetssäkras utifrån statistik. Det gäller all statistik i SveDem. I registret går även att se om primärvården på orten är ansluten till SveDem.

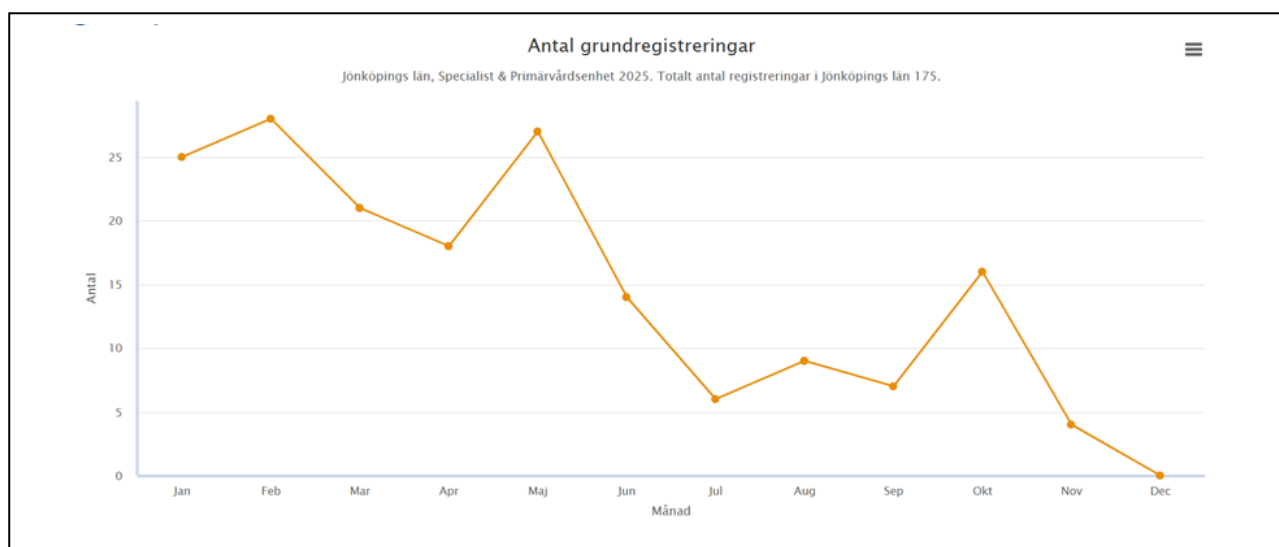
Bilaga C1. "Samtliga grupper fick besvara frågan om de känner till och arbetar enligt Socialstyrelsens riktlinjer eller andra riktlinjer gällande vård och omsorg vid demenssjukdom. Totalt har frågan besvarats av 120 respondenter där 81 stycken (67,5 %) har angett att de känner till och arbetar i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Högst andel professioner som besvarat frågan har varit chefer och de kommuner som dominerar med 100 % är t.ex. Aneby, Gnosjö, Tranås, Vetlanda."

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 40 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

### 4.2.1.1. Indikator 1. Diagnostisering av personer med demenssjukdom (SveDem)

Diagnostik av demenssjukdom är en central del i vårdkedjan för personer med kognitiva sjukdomar och utgör en viktig förutsättning för uppföljning och fortsatt planering av vård och omsorg. Denna indikator visar antalet grundregistreringar i SveDem och avser personer som fått en demensdiagnos inom primärvård eller specialistverksamhet som är anslutna till registret. Det bör samtidigt noteras att lindrig kognitiv svikt inte registreras i SveDem och att samtliga vårdgivare i länet inte är anslutna till registret. Källa: SveDem



Figur 21. Diagrammet visar variationer i antalet grundregistreringar över året. Dessa variationer speglar dock endast den del av diagnostiken som sker inom verksamheter som är anslutna till SveDem och kan därför inte tolkas som ett mått på den totala diagnostiska aktiviteten i länet.

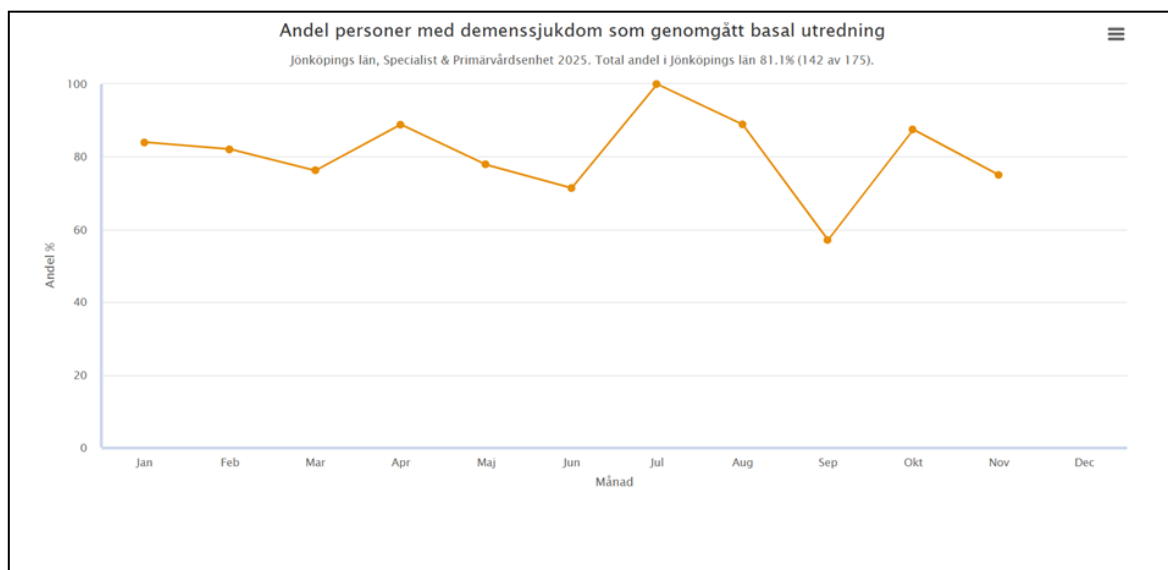
Eftersom varken lindrig kognitiv svikt registreras och inte heller alla vårdgivare deltar i registret, finns begränsningar i möjligheten att dra slutsatser om tidig upptäckt, förebyggande arbete eller faktisk förekomst av demensdiagnostik. Indikatorn bör därför främst förstås som ett underlag för att belysa registreringsgrad och användning av kvalitetsregister, snarare än som ett heltäckande mått på diagnostikens omfattning eller kvalitet.

### 4.2.1.2. Indikator 2. Fullständig basal demensutredning

Diagrammet nedan visar andelen personer med demenssjukdom som är grundregistrerade och som har genomgått basal demensutredning. Uppgifterna baseras på registrerade data och avser endast personer som är grundregistrerade i registret.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 41 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass



Figur 22. Diagrammet visar att 142 av totalt 175 grundregistrerade personer har genomgått basal demensutredning, vilket motsvarar cirka 81 procent. Samtidigt framgår att 33 personer är grundregistrerade utan att basal demensutredning finns registrerad. Resultatet speglar således relationen mellan grundregistrering och genomförd utredning inom den registrerade gruppen. Utfallet säger inget om förekomsten av demensutredning utanför registret eller om orsakerna till att basal utredning saknas för vissa grundregistrerade personer, men ger en nulägesbild av registreringsläget i länet.

#### 4.2.1.3. Indikator 3. Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demens Nationell målnivå: **≥90 %**.

En strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning utgör en central del av den basala demensutredningen enligt nationella riktlinjer. Bedömningen syftar till att systematiskt beskriva personens funktionsförmåga och aktivitetsnivå och är ett viktigt underlag för att kunna ställa korrekt diagnos. Åtgärden ger även ett nödvändigt underlag för fortsatt vård- och omsorgsplanering samt för uppföljning över tid. Den nationella målnivån för indikatorn är satt till minst 90 procent. Diagrammet nedan visar andelen grundregistrerade personer där strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning är registrerad som genomförd.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 42 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSÖRG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass



Figur 23. Diagrammet visar att 44 procent av de grundregistrerade personerna (77 av 175) har en registrerad strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen. Utfallet ligger därmed tydligt under den nationella målnivån på 90 procent. Resultatet indikerar att en betydande andel personer saknar en dokumenterad bedömning som annars utgör ett viktigt beslutsunderlag för såväl diagnostik som fortsatt vård- och omsorgsplanering [48].

#### 4.2.1.4. Indikator 4A. Behandling med demensläkemedel vid Alzheimers sjukdom

Nationell målnivå för primärvården: **≥75 %**.

Nationell målnivå för specialistvården: **≥80 %**.

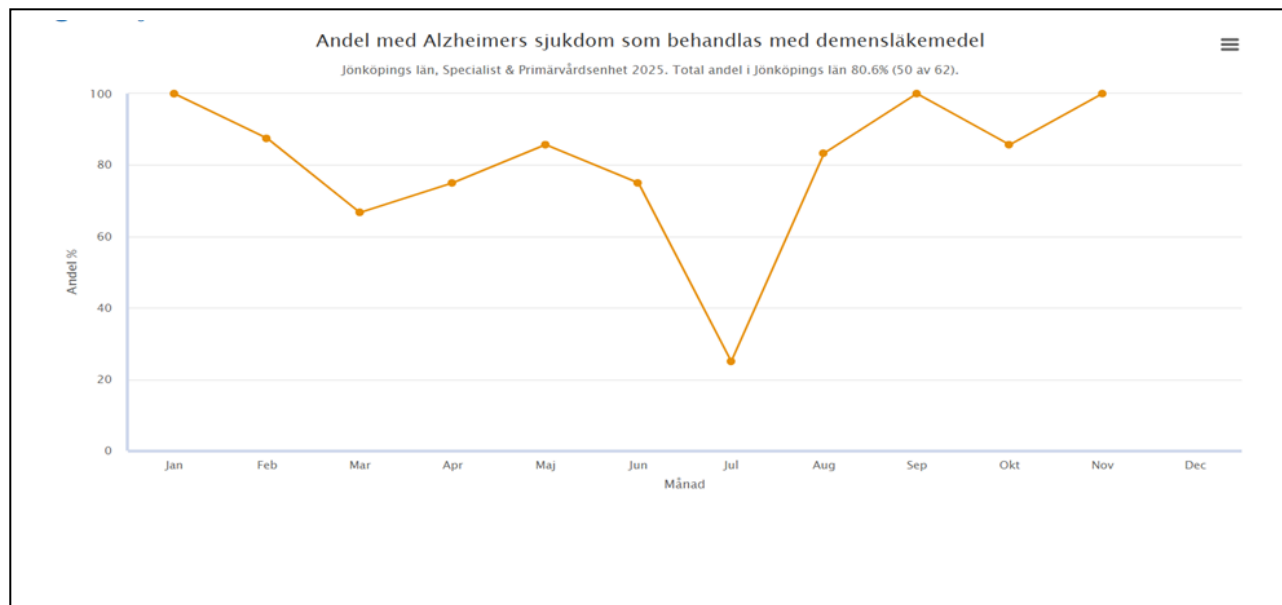
Indikator 4B. Behandling med demensläkemedel hos personer 65 år och äldre (Socialstyrelsens register) Nationell målnivå är inte aktuell

Indikator 4A avser andel personer med nydiagnostiserad Alzheimers sjukdom som behandlas med demensläkemedel. Enligt nationella riktlinjer bör personer med Alzheimers sjukdom erbjudas symtomlindrande läkemedelsbehandling för kognitiva symtom, förutsatt att det finns medicinsk indikation. För att behandling ska kunna bli aktuell krävs att en demensutredning genomförs och att diagnosen differentieras. Diagrammet visar månadsvis andel personer med Alzheimers sjukdom som förskrivits demensläkemedel i samband med att diagnosen meddelats, i relation till samtliga nyregistrerade personer med Alzheimers sjukdom.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 43 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSÖRG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

Källa: SveDem



Figur 24. Diagrammet visar att totalt 62 personer med nydiagnostiserad Alzheimers sjukdom har registrerats, varav 50 personer har förskrivits demensläkemedel i samband med diagnos. Detta motsvarar en andel om 80,6 procent. Utfallet ligger över den nationella målnivån på  $\geq 75$  procent. Målvärdet kan inte uppgå till 100 procent, då det alltid finns personer som saknar indikation för behandling eller som tolererar läkemedlen. Variationer mellan månaderna speglar förändringar i antal nyregistrerade diagnoser och andel som erhållit läkemedelsbehandling under året.

#### 4.2.1.5. Indikator 5. Regelbunden uppföljning av hälso- och sjukvården

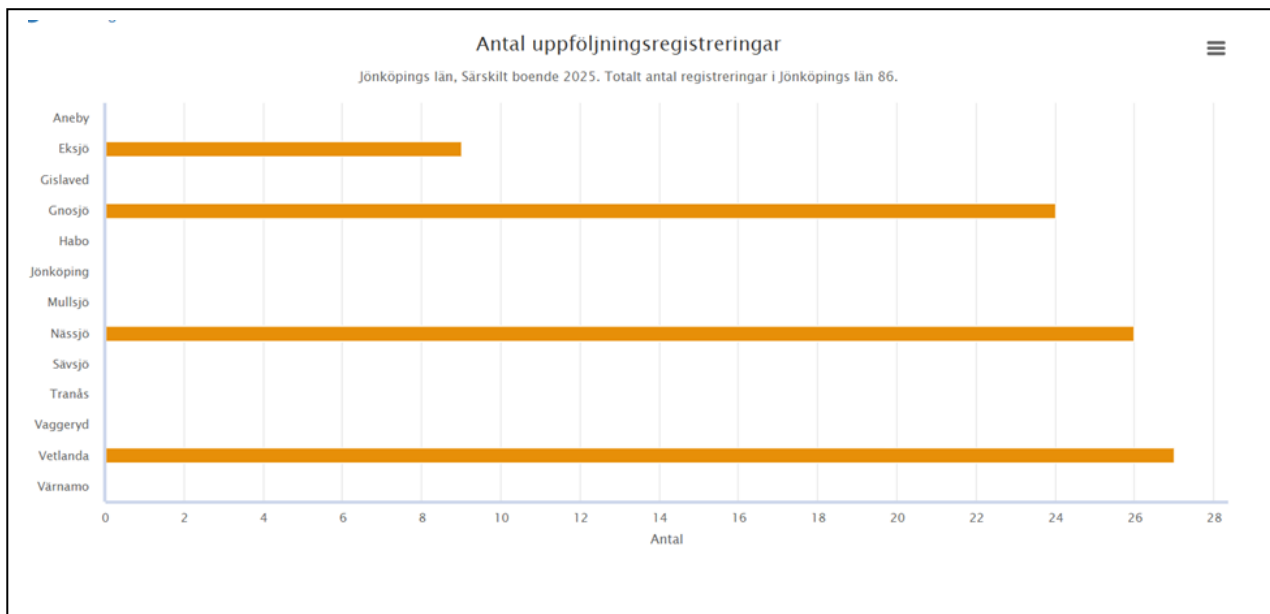
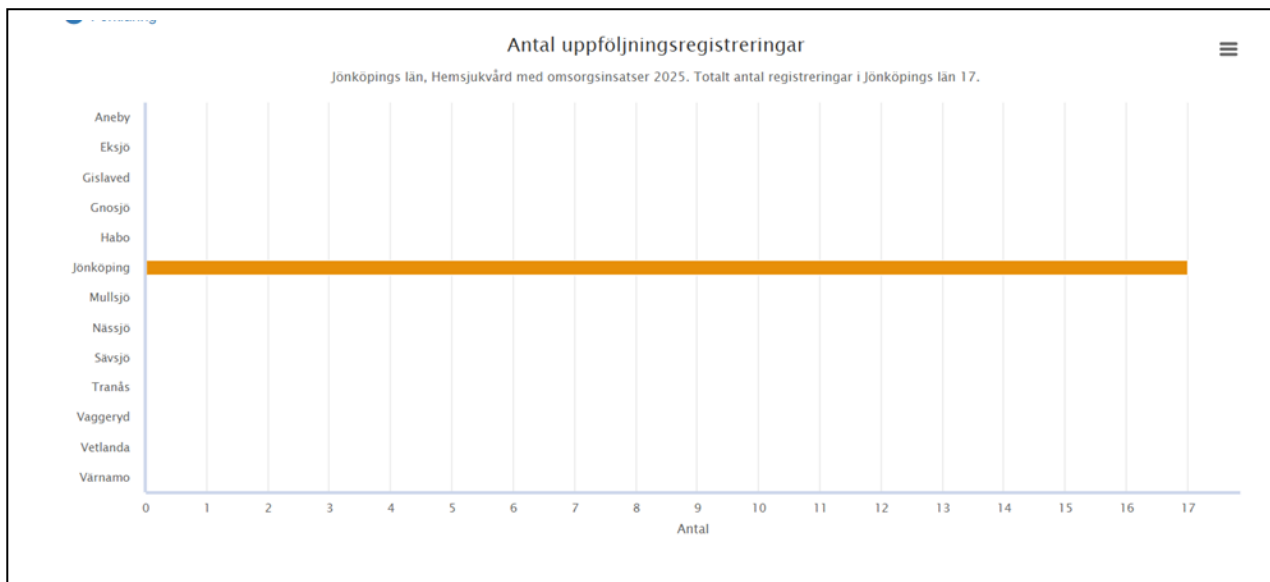
Nationell Målnivå:  **$\geq 90$  %.**

Indikatorn avser regelbunden uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med demenssjukdom. Uppföljning registreras i SveDem och utgör en central del av ett kunskapsbaserat arbetssätt, där vård och behandling kontinuerligt följs och justeras utifrån den enskildes behov. Nationell målnivå för indikatorn är  $\geq 90$  procent.

Nedanstående diagram visar antalet uppföljningsregistreringar i Jönköpings län under 2025, redovisat per månad samt fördelat på verksamhetsform.

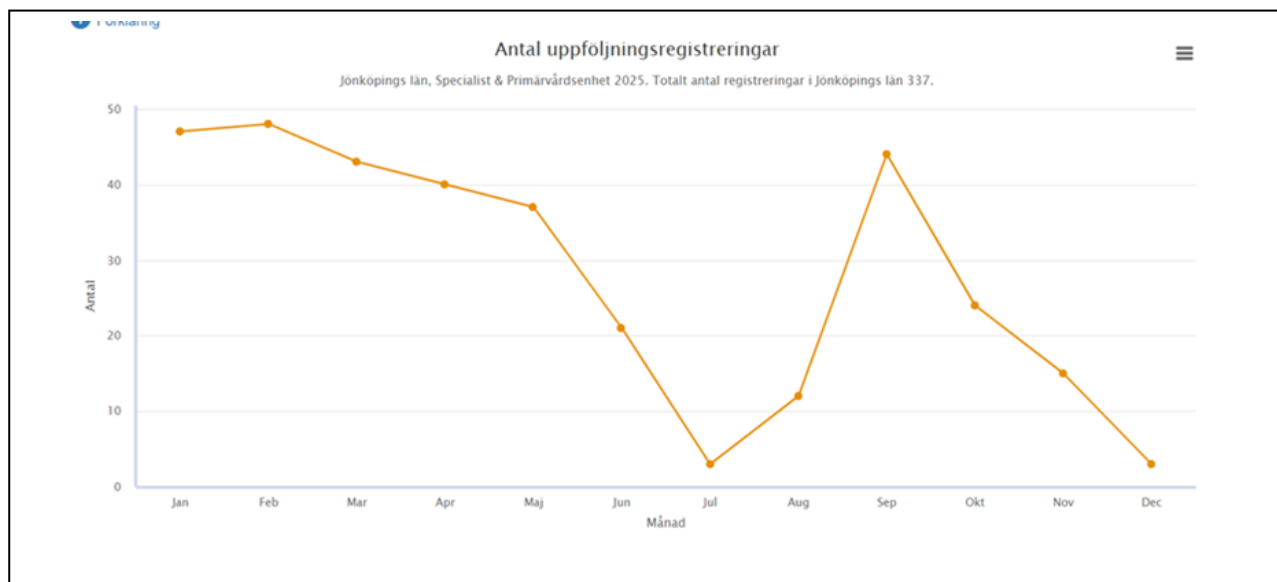
## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 44 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass



## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 45 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass



Figur 25-27. Diagrammen visar variation över året i antal uppföljningsregistreringar inom både primärvård, hemsjukvård med omsorgsinsatser samt särskilt boende. Antalet registreringar är ojämnt fördelat mellan månaderna, med tydliga toppar och dalar under året.

Vidare framgår att uppföljningsregistreringar inom hemsjukvård med omsorgsinsatser förekommer i begränsad omfattning, medan registreringar inom särskilt boende är koncentrerade till ett fåtal kommuner. För primärvård och specialistvård redovisas ett högre totalt antal uppföljningar, men även här med betydande variation över tid. Det bör noteras att samtliga primärvårdsenheter och kommuner inte är anslutna till SveDem. Detta innebär att statistiken inte ger en fullständig bild av följsamheten till indikatorn, och att resultaten därför ska tolkas med försiktighet. Begränsningen gäller generellt för all statistik som baseras på SveDem.

#### 4.2.1.6. Indikator 6. Kognitiva hjälpmedel i samband med uppföljning

Nationell målnivå är inte aktuell.

Utvecklingsindikator (nationell datakälla finns, men variabeln saknas för närvarande i kvalitetsregistret)

#### 4.2.1.7. Indikator 7A. Behandling med antipsykosläkemedel av personer med demens

Nationell målnivå för särskilt boende: **≤10 %**.

Nationell målnivå för ordinärt boende: **≤ 5 %**

#### 4.2.1.8. Indikator 7B. Andel av personer med demenssjukdom (demenspopulation)

#### 4.2.1.9. Indikator 7C. Andelen personer i särskilt boende som behandlas med antipsykosläkemedel

Nationell målnivå för särskilt boende: **≤10 %**

Indikatorn avser förekomst av antipsykosläkemedel hos personer med demenssjukdom i särskilt boende. Enligt nationella riktlinjer bör användningen av antipsykotiska läkemedel vara restriktiv, och nationell målnivå för särskilt boende är satt till högst 10 procent. Uppföljning av indikatorn sker

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 46 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

via nationella kvalitetsregister. Nedanstående redovisning baseras ej på datauttag från SveDem, utan uppgifter från BPSD-registret. Statistikuttag kan hämtas från SveDem **[47]**.

”För personer registrerade vid särskilda boenden i **BPSD-registret** förekommer antipsykotiska läkemedel i högre grad än inom hemsjukvården. Antipsykotiska läkemedel är fortfarande relativt vanligt förekommande hos personer registrerade i BPSD-registret, framför allt hos personer med diagnoserna Frontotemporal demenssjukdom, Parkinsons sjukdom med demens, Alzheimers sjukdom med tidig debut samt gruppen Övriga.

För personer med diagnosen Lewy Body demens sågs att ca 20 % av personerna hade antipsykotiska läkemedel vid registreringar under år 2022, motsvarande siffra vid grundregistreringar år 2023 hamnar på strax över 24 % och för år 2024 ytterligare lite högre ” **[49]**.

**Datakälla:** som används är uppgifter från BPSD men Socialstyrelsens hämtar även information från SveDem, patientregister, läkemedelsregister och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

4.2.1.10. *Indikator 8. Demensteam i kommuner och stadsdelar*  
Nationell mål nivå är inte aktuell. Hög nivå eftersträvas.  
Se bilaga C

4.2.1.11. *Indikator 9. Gränsöverskridande demensteam i samverkan mellan kommun och region*  
Rekommendation i demnsstrategin  
Nationell mål nivå är inte aktuell. Hög nivå eftersträvas.  
**Se bilaga C enkätsvar samt Bilaga B**

4.2.1.12. *Indikator 10A. Demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion (SveDem)*  
**Utvecklingsindikator** (nationell datakälla finns, men variabeln saknas för närvarande i kvalitetsregistret).

4.2.1.13. *Indikator 10B. Demenssjuksköterska eller annan samordningsfunktion,*  
Andelen kommuner och stadsdelar

Tabellen redovisar enkätsvar avseende vilka professioner som ingår i demensteam i respektive kommun. Sammanställningen används som underlag för bedömning av indikator 8 – gränsöverskridande demensteam i samverkan mellan kommun och region.

Färgkodning i tabellen: grön = ja, gul = ja/nej (delvis), röd = nej, vit = ej ifyllt och räknas som nej.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 47 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

Tabell C1. Professioner i kommunala demensteam- enkätsammanställning

Professioner i demensteam	Aneby	Eksjö	Gislaved	Gnosjö	Habo	Jönköping	Mullsjö	Nässjö	Sävsjö	Tranås	Vaggeryd	Vetlanda	Värnamo
Sjuksköterska kommun	4	8	4	4	2	22	x	4	4	6	4	3	4 Ja 2 Nej
Sjuksköterska region/ specmott	1	2 Ja 2 Nej	1	2	x	3 Ja 4 Nej	x	1 Ja 1 Nej	4	2	3	1	1 Ja 3 Nej
Sjuksköterska primärvård	1 Ja 1 Nej	7	1	2 Ja 2 Nej	x	1 Ja 4 Nej	x	1 Ja 1 Nej	4	1 Ja 1 Nej	3 Ja 1 Nej	1	3
Arbets terapeut	4	6 Ja 1 Nej	4	4	1	21	x	4	5	6	4	2	6 Ja 1 Nej
Biståndshandläggare	4	6 Ja 1 Nej	1 Ja 1 Nej	1	x	4	x	1	5	2 Ja 1 Nej	4	3	3
Anhörigamordnare/konsul.	1	4	1	2	x	6 Ja 3 Nej	x	2	4	1 Ja 1 Nej	4	1	2 Ja 1 Nej
Undersköterska i kommunen	4	2	1	2	1	22	x	4	4	5	4	x	7 Ja 1 Nej
Läkare	4	2	1 Ja 1 Nej	2 Ja 1 Nej	x	2 Ja 4 Nej	x	1	2 Ja 3 Nej	2	4	1 Ja 1 Nej	3
Fysioterapeut	1	1 Ja 2 Nej	1 Ja 1 Nej	2	x	5 Ja 1 Nej	x	1	4	2	1 Ja 4 Nej	2	3
Logoped	1	2	1	2	x	4	x	1	4	2	4	1 Ja 1 Nej	3
Dietist	1	2	1	2	x	4	x	1	4	2	4	1 Ja 1 Nej	3
Psykolog	1	2	1	2	x	4	x	1	4	2	4	1	3
Kurator	1	2	1	2	x	2 Ja 4 Nej	x	1	4	2	4	x	3
Sakkunnig i palliativ vård/ oms.	2	1 Ja 2 Nej	1 Ja 1 Nej	2	x	2 Ja 3 Nej	x	1	4	2 Ja 1 Nej	4	1	3
Apotekare	1	2	1	2	x	1 Ja 4 Nej	x	1	4	2	4	x	3
Tandläkare	1	2	1	2	x	4	x	1	4	2	4	1	3
Tandhygienist	1	2	1	2	x	4	x	1	4	2	4	1	3
Representant fr. minnesmott.	1	1 Ja 2 Nej	1	2	x	4	x	1	4	2	4	1	3
Chef	2 Ja 1 Nej	5	1 Ja 1 Nej	2	x	6 Ja 1 Nej	x	1 Ja 1 Nej	1 Ja 3 Nej	1 Ja 1 Nej	4	2	3 Ja 2 Nej

Figur 28. Enkätsvaren visar att kommunal sjuksköterskekompetens i demensteam finns i samtliga kommuner utom Mullsjö, som saknar ifyllda uppgifter i enkäten. Detta innebär att en grundläggande kommunal struktur för demensarbete finns i huvuddelen av länet. Den gränsöverskridande samverkan mellan kommun och region är däremot ojämnt etablerad. Förekomst av sjuksköterska från region/specialistmottagning och vårdcentral varierar mellan kommunerna och anges i flera fall som delvis (ja/nej) eller saknas helt. Även läkarrepresentation i demensteam förekommer i varierande omfattning och är inte genomgående etablerad i samtliga kommuner.

Sammantaget visar tabellen att följsamheten till indikator 8 är delvis uppfylld. Gränsöverskridande demensteam förekommer, men samverkan mellan kommun och region är i flera fall beroende av lokala lösningar och saknar enhetlig struktur.

### Följsamhet till Indikator 8 – Demensteam i kommuner (kommunalt ansvar)

Enkätsvaren visar att det i samtliga kommuner finns en kommunal struktur för arbete med demens, i form av demensteam eller motsvarande funktion. Kommunalt sjuksköterska ingår i alla kommuner, med undantag för Mullsjö där uppgift saknas i enkäten och därför räknas som nej. Utöver kommunalt sjuksköterska varierar sammansättningen av de kommunala demensteam mellan kommunerna. Arbets terapeut och biståndshandläggare är vanligt förekommande professioner i teamen, medan fysioterapeut förekommer i betydligt lägre utsträckning. I flera kommuner anges ja/nej, vilket indikerar att vissa professioner endast delvis eller vid behov ingår i demensarbetet.

Sammantaget visar sammanställningen att kommunala demensteam finns i hela länet, men att teamens bredd och grad av multiprofessionalitet varierar. I många kommuner är demensteam begränsade till ett fåtal professioner, vilket innebär att indikator 8 uppfylls på grundnivå men med tydliga variationer i innehåll och arbetsätt.

### Gränsöverskridande demensteamet, Tranås, Jönköpings län

I Socialstyrelsens Rapport "Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom" på sidan

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 48 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

94 finns beskrivning på hur Tranås kommun har lagt upp sitt arbete kring gränsöverskridande demensteam. [53]

### *Följsamhet till Indikator 9 - Gränsöverskridande demensteam i samverkan mellan kommun och region*

Tabell C1 visar att kommunal sjuksköterskekompetens generellt finns representerad i demensteam i länet, med undantag för Mullsjö där ingen uppgift är ifylld (räknas som nej). Däremot är följsamheten till indikator 9 mer varierande när gränsöverskridande komponenter bedöms – särskilt förekomst av sjuksköterska från primärvård och läkare. I flera kommuner är resultaten blandade (gul) eller visar nej (röd), vilket tyder på att samverkan kommun–region/primärvård inte är konsekvent etablerad eller inte upplevs som tydligt integrerad i teamets arbete. När det gäller kompletterande professioner är arbetsterapeut genomgående vanligt förekommande, medan biståndshandläggare och särskilt fysioterapeut varierar mer mellan kommunerna. Endast enstaka kommuner når ett tydligt utfall där samtliga tre kompletterande professioner är representerade med ja. Övriga professioner (t.ex. logoped, dietist, psykolog, kurator, apotekare, tandvård samt representant från minnesmottagning) förekommer generellt i låg omfattning eller saknas helt i flera kommuner enligt enkätsvaren. Detta indikerar en potential att utveckla mer multiprofessionella och gränsöverskridande arbetssätt, särskilt för att stärka medicinsk kompetens och rehabiliterande/psykosociala inslag i teamen.

Enligt uppgifter i Lägesrapporten "Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning" är det endast 21 kommuner i Sverige som erbjuder vård och omsorg med multiprofessionella demensteam i bostad med särskild service enligt LSS [50].

I nationella demensstrategin påtalas vikten av att vård och omsorg ska vara behovsanpassat, samordnat, evidensbaserat och med stöd till anhöriga även vid lindrig kognitiv störning. Detta kan vara ett förstadium till demens och samhället bör uppmärksamma detta, för att kunna göra tidiga, förebyggande och lindrande insatser. Alla personer är inte inskrivna i hemsjukvården som hemtjänstpersonalen möter i sitt arbete, därför kan den fasta omsorgskontakten vara en viktig länk för att uppmärksamma personer som är i behov av tidiga insatser. För personal i hemtjänsten finns utbildningen Demens ABC plus [54], <https://www.trelleborg.se/nyheter/trelleborg-bidrar-i-internationell-forskning-om-demens/> För personal som arbetar inom LSS verksamheter finns utbildningen [55].

### *Följsamhet Indikator 10 – Demenssjuksköterska och samordningsfunktion*

Tabell CI visar att demenssjuksköterska i kommunal verksamhet finns i samtliga kommuner utom Mullsjö. Funktionen är därmed i huvudsak etablerad i länet, men saknas enligt enkäten i Mullsjö kommun. Utöver detta finns det i kommunerna demenssamordnare eller motsvarande samordningsfunktion, vilka inte fullt ut fångas i enkäten. Demenssamordnarfunktionen innehas av olika professioner och är/kan vara organisatoriskt skild från rollen som demenssjuksköterska. Dessa två funktioner ska därmed inte likställas.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 49 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

Upplägg, ansvar och omfattning varierar mellan kommunerna, och det saknas uppgifter i förstudien om det finns en gemensam, tydligt formulerad beskrivning av samordningsfunktionen och rollen som demenssjuksköterska.

Följsamhet till indikator 10 är god, men rollen har identifierats trots det som ett utvecklingsområde, där tydligare rollbeskrivningar och gemensam struktur kan bidra till ökad tydlighet, likvärdighet och effektiv samverkan.

”I de nationella riktlinjerna framhålls vikten av att det finns en samordnande funktion för det multidisciplinära arbetet. Med demenssjuksköterska 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 annan samordningsfunktion avses personal med annan utbildning/titel än demenssjuksköterska men med likartade arbetsuppgifter”

**4.2.1.14. Indikator 11. Personal med längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demens**  
För att kunna erbjuda en personcentrerad vård och omsorg behöver vård- och omsorgspersonalen utbildning, träning och handledning inom området.

”Med längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demenssjukdom avses till exempel utbildning till Silviasystem eller KY-utbildning/YH - utbildning (Kvalificerad Yrkesutbildning respektive Yrkeshögskoleutbildning) med inriktning mot demensvård eller motsvarande. Även fristående kurser inom demensområdet på högskolenivå kan ingå.”

*Se svar bilaga C, påbyggnadsutbildningar är ej kartlagt inom projektet.*

**4.2.1.15. Indikator 12. Tillgång till regelbundna reflektionsmöten**  
Nationell mål nivå är inte aktuell. Hög nivå eftersträvas

”Med reflektionsmöten 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 regelbundna reflektionsmöten avses att reflektionsmötena äger rum minst en gång i veckan.”

*Se svar bilaga C, Frågan är ej kartlagd inom projektet*

**4.2.1.16. Indikator 13. Tillgång till regelbunden handledning**  
Nationell mål nivå är inte aktuell. Hög nivå eftersträvas.

”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.”

*Se svar bilaga C, Frågan är ej kartlagd inom projektet, några kommuner har angett att sjuksköterska och anhörigsamordnare ombesörjer lokala utbildningsinsatser och handledning till personal som arbetar med och möter personer med demenssjukdom.*

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 50 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

4.2.1.17. *Indikator 14A. Personer med demenssjukdom i särskilt boende (SveDem)*

4.2.1.18. *Indikator 14B. Personer med demenssjukdom i särskilt boende*

Oklar riktning, men viktigt att följa utvecklingen över tid.

4.2.1.19. *Indikator 15A. Plats i dagverksamhet (SveDem)*

Ordinärt boende

4.2.1.20. *Indikator 15B. Plats i dagverksamhet (Socialstyrelsens demenspopulation)*

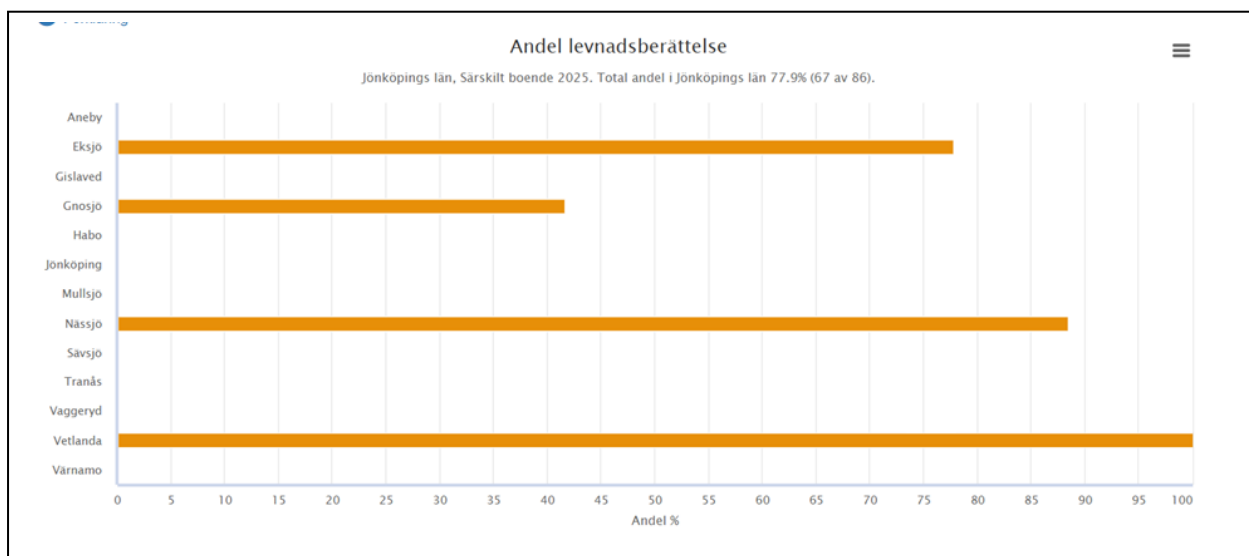
Verkställt biståndsbeslut

Nationell mål nivå är inte aktuell. Hög nivå eftersträvas.

Måluppfyllelse för indikator 14 och 15 har inte analyserats inom ramen för detta projekt. Enkätsvaren i Bilaga C (Tabell C1) visar dock att möjlighet att delta i dagverksamhet finns i samtliga kommuner, vilket indikerar att insatsen är tillgänglig över hela länet. Indikatorn 14 och 15 kan vara relevant att följa över tid i ett fortsatt utvecklingsarbete.

4.2.1.21. *Indikator 16. Levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformning*  
Hög nivå eftersträvas. Nationell målnivå **≥98 %**.

Diagrammet visar andelen personer i särskilt boende i Jönköpings län som har en dokumenterad levnadsberättelse registrerad. Indikatorn avser att belysa i vilken utsträckning levnadsberättelser används som grund för individanpassad vård och omsorg. Nationell målnivå för indikatorn är  $\geq 98$  procent, och hög nivå eftersträvas.



Figur 29. Utfallet visar att andelen registrerade levnadsberättelser varierar mellan kommunerna i Jönköpings län. Den sammanlagda andelen för länet uppgår till cirka 78 procent, vilket innebär att den nationella målnivån inte uppnås på länsnivå.

Resultaten behöver tolkas med försiktighet, då alla kommuner och verksamheter i Jönköpings län inte är anslutna till eller använder SveDem. Detta innebär att registret inte fullt ut speglar det

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 51 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

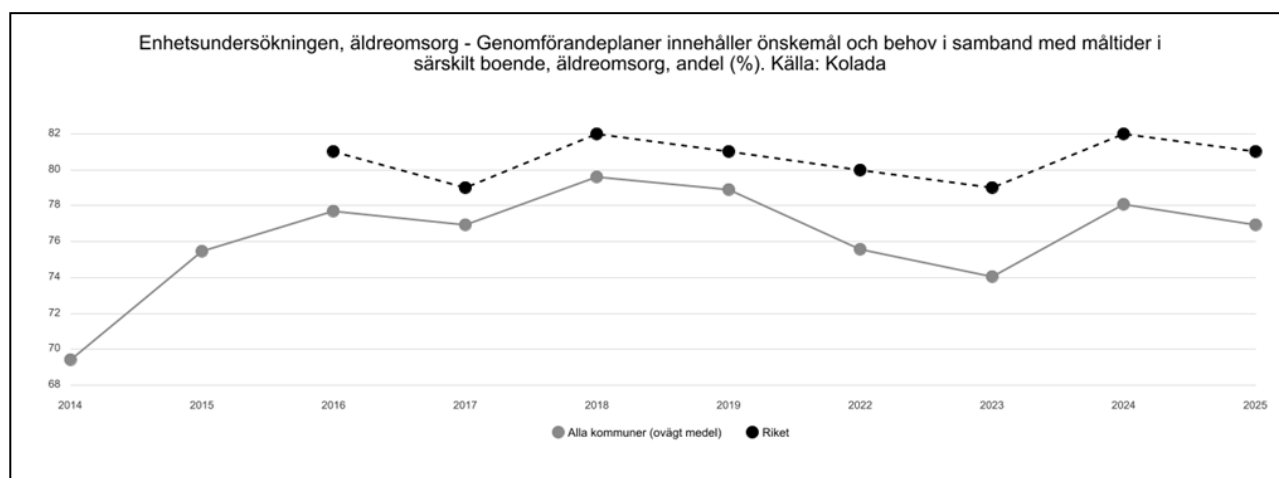
faktiska arbetet med levnadsberättelser i samtliga verksamheter, och indikatorn är därför inte heltäckande relevant för uppföljning i hela länet.

Sammantaget indikerar indikatorn att levnadsberättelser används i varierande grad och att det finns ett utvecklingsbehov avseende både systematisk dokumentation och uppföljning, samt av gemensamma arbetssätt för att säkerställa att levnadsberättelser används som ett aktivt underlag i vård och omsorg.

#### 4.2.1.22. Indikator 17. Individuella miljöanpassningar i genomförandeplanen Hög nivå eftersträvas. Nationell målnivå **≥98 %**

Indikatorn avser i vilken utsträckning individuella behov och önskemål avseende miljö och måltidssituation är dokumenterade i genomförandeplanen inom särskilt boende. En hög nivå eftersträvas och nationell målnivå är  $\geq 98$  procent.

Statistiken omfattar samtliga boende i Jönköpings län och baseras på enhetsundersökningen inom äldreomsorgen. Källa: Kolada.



Figur 30. Diagrammet visar att andelen genomförandeplaner som innehåller individuella önskemål och behov kopplade till miljö och måltider har varierat över tid, men generellt legat på en nivå betydligt under den nationella målnivån. Utfallet visar både upp- och nedgångar mellan åren, vilket indikerar bristande stabilitet i dokumentationen.

Sammantaget visar indikatorn att individuella miljöanpassningar delvis beaktas i genomförandeplanerna, men att det finns ett tydligt utvecklingsbehov för att säkerställa en mer systematisk och likvärdig dokumentation. Indikatorn belyser vikten av att genomförandeplanerna i högre grad används som ett aktivt verktyg för att stödja individanpassad och personcentrerad omsorg.

#### 4.2.1.23. Indikator 18. Strategier för bemötande i genomförandeplanen Hög nivå eftersträvas. Nationell målnivå **≥98 %**

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

## Bilaga A, Förstudierapport

Utförare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 52 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

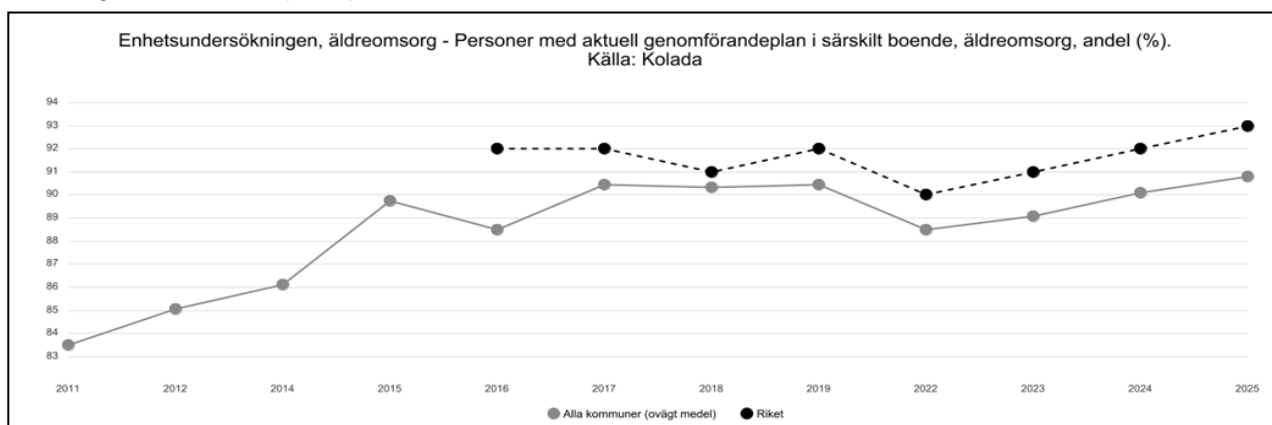
med självkänsla och rättigheter, trots förändrade funktioner. Personalen bör värna den demenssjukes självbestämmande och betrakta hen som en aktiv samarbetspartner.

SveDem, modulen för särskilt boende respektive hemsjukvård med omsorgsinsatser. Tillgången till dokumenterade strategier för bemötande går också att följa via BPSD-registret.

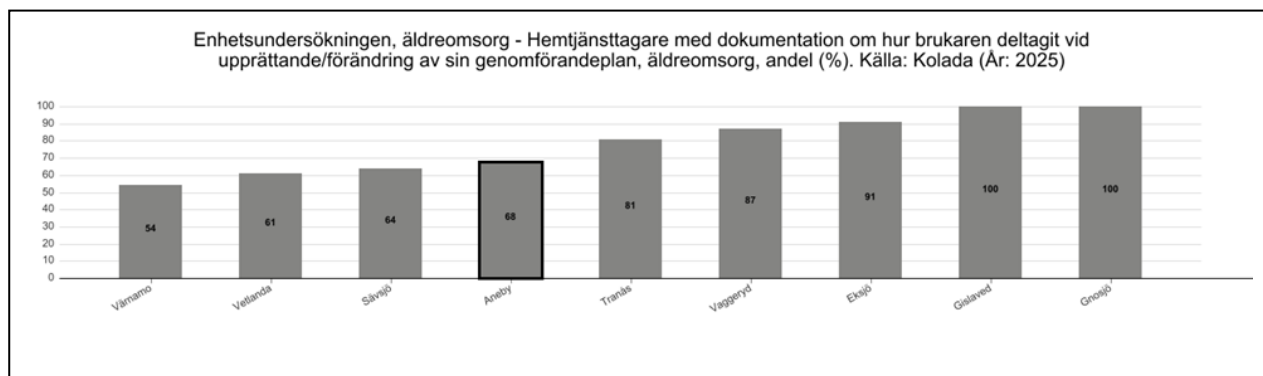
### Statistik för indikator 18, saknas

Nedan redovisas alla personer i särskilt boende som har genomförandeplan i särskilt boende och om man deltagit vid upprättande av genomförandeplanen hemtjänst redovisas nedan, samt om man varit delaktig i upprättande av genomförandeplanen i bostad med särskild service LSS.

Aktuell genomförandeplan på särskilt boende länsnivå. Källa. Kolada



Figur 31. Hemtjänsttagare som deltagit i upprättande av genomförandeplanen. Källa: Kolada



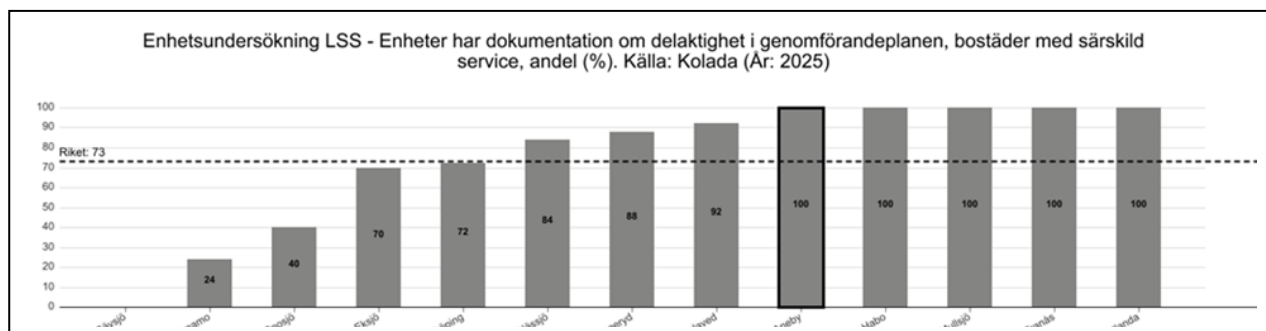
## Bilaga A, Förstudierapport

Utförare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 53 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

Figur 32-33. Boende inom bostad med särskild service som deltagit vid upprättande av genomförandeplanen. Källa: Kolada

### Reflektion:

I avsaknad av direkt statistik för indikator 18 kan delaktighet i upprättandet av genomförandeplaner ge viss vägledning kring arbetet med personcentrering. Begränsad dokumenterad delaktighet kan innebära utmaningar i att fullt ut säkerställa att strategier för bemötande utformas i dialog med den enskilde, i linje med intentionen om ett personcentrerat förhållningssätt.



#### 4.2.1.24. Indikator 19. Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans Hög nivå eftersträvas. Nationell målnivå $\geq 98\%$ .

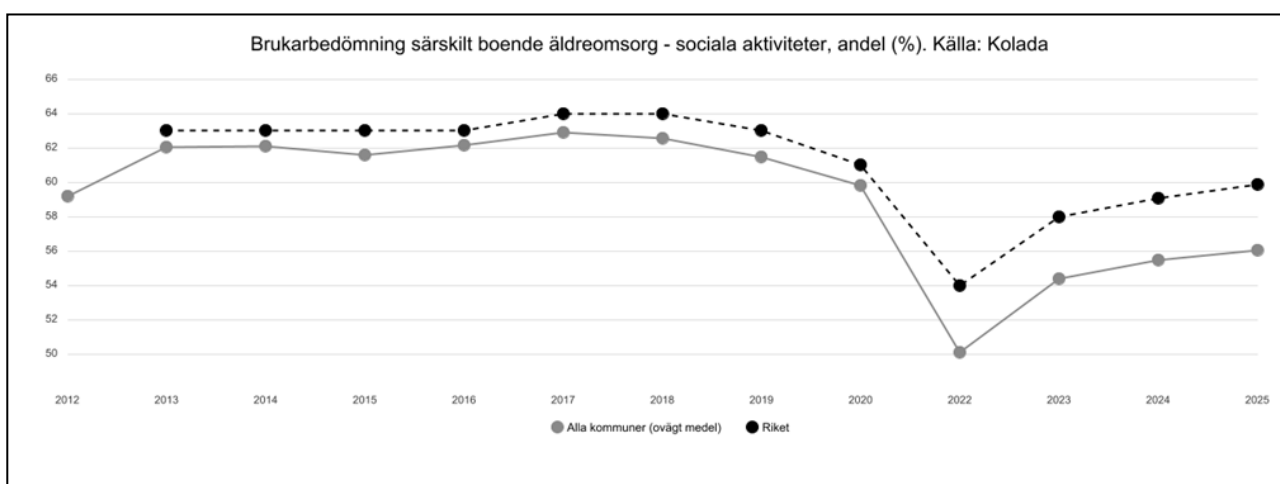
Statistiken nedan visar alla som bor på särskilt boende och hur nöjda de är med erbjudna aktiviteter.

”Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 54 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

Antal personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende som uppgett "Mycket nöjda" eller "Ganska nöjda" på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt äldreboende?" dividerat med samtliga personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende som besvarat undersökningen av äldres uppfattning. "Ingen åsikt" är exkluderade ur nämnaren. Data fr.o.m. 2012. Källa: Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden Socialstyrelsen." Källa: Kolada



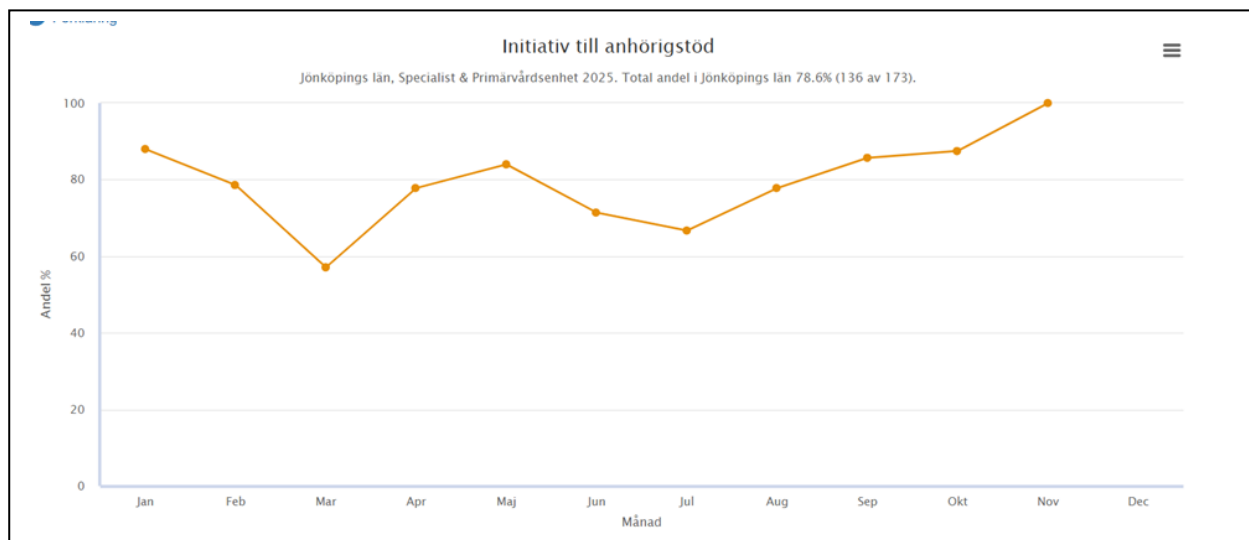
Figur 34. Indikator 19 avser tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans. Den redovisade statistiken utgår från upplevd nöjdhet med erbjudna aktiviteter, vilket kan ge viss vägledning men fångar inte fullt ut i vilken utsträckning aktiviteterna är individanpassade utifrån den enskildes behov, intressen och förutsättningar. Utfallet kan därför ses som en indirekt indikator på området.

#### 4.2.1.25. Indikator 20. Initiativ till anhörigstöd i samband med demensdiagnos (specialist & Primärvård)

Hög nivå eftersträvas. Nationell målnivå **≥95 %**.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 55 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass



Figur 35. Indikator 20 avser initiativ till anhörigstöd i samband med demensdiagnos och är främst kopplad till regionens ansvar inom primärvård och specialistvård. Uppföljningen baseras på registrerade initiativ och förutsätter den enskildes samtycke.

Målnivån för indikatorn förutsätter både samtycke och fungerande samverkan mellan olika delar av regionens verksamheter, vilket kan påverka möjligheten att nå full måluppfyllelse. Stöd till anhöriga kan även ges inom regionens egna strukturer, samtidigt som tydlighet kring kommunens anhörigstöd och erbjudanden kan bidra till ökad förståelse och tillgänglighet för anhöriga.

4.2.1.26. *Indikator 21. Anhöriga som erhållit informations- eller utbildningsprogram, Anhöriggrupp eller stödsamtal.*  
Hög nivå eftersträvas. Nationell mål nivå är inte aktuell.

”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 (13 kap 9 § SoL).”

### 4.2.2. Viktiga område att följa för en helhetsbild

”Omvårdnad (fall, nutrition, trycksår och munhälsa)

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 56 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

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)

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:

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 ångestdämpande 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. "Källa: Socialstyrelsen.[51]

### 4.2.1. Tillstånd och åtgärdslista, Nationella riktlinjer

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 57 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

I de Nationella riktlinjerna 2017 finns en, **tillstånds- och åtgärdslista**, listan har är graderad från 1 att göra till 10 och icke göra. Den har motiveringar som visar på beprövad erfarenhet, personcentrerat arbetssätt m.m.

Åtgärdslistan i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom är uppbyggd som ett strukturerat beslutsstöd. Varje rad i listan beskriver ett tillstånd och en tillhörande åtgärd, tillsammans med bedömningar av tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt och kostnadseffektivitet samt prioritering. Listan syftar till att stödja ett kunskapsbaserat och likvärdigt arbetssätt genom att tydliggöra vilka åtgärder som bör erbjudas eller övervägas vid olika tillstånd. Rekommendationerna grundas på bästa tillgängliga evidens och beprövad erfarenhet och utgör ett stöd för både planering, genomförande och uppföljning av vård och omsorg.

Källa: Socialstyrelsen

Demenssjukdom	Multiprofessionellt teambaserat arbete inom vård och omsorg		• Ett multiprofessionellt och teambaserat arbetssätt inom hälso- och sjukvård och kommunal omsorg bidrar för personer med demenssjukdom, som får vård- och omsorgsinsatser, till förbättrad livskvalitet och förbättrad funktion, och för deras anhöriga till förbättrad livskvalitet, jämfört med om de inte fått åtgärden (konsensus). • Åtgärden har inga negativa konsekvenser för personer med demenssjukdom, som får åtgärden, eller för deras anhöriga (konsensus).	Ej bedömbart	1	Beprövad erfarenhet talar för att åtgärden har positiv effekt på viktiga effektmått, såsom den demenssjuka personens livskvalitet och funktion samt de anhörigas livskvalitet. Den demenssjuka personens komplexa behov innebär att flera olika kompetenser, som kan innefatta både vård och omsorg, behövs för ett heltäckande omhändertagande.	Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom.	2017-12-13
---------------	---	--	---	--------------	---	--	--	------------

Åtgärdslistan i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom är uppbyggd som ett strukturerat beslutsstöd. Varje rad i listan innehåller följande delar:

- Rad – löpnummer för översikt och referens.
- Tillstånd – det aktuella tillståndet eller situationen, exempelvis misstänkt demenssjukdom eller ökad risk.
- Åtgärd – den insats som bedöms relevant vid tillståndet.
- Tillståndets svårighetsgrad – bedömning av hur allvarligt tillståndet är.
- Effekt av åtgärd (evidens) – beskrivning av åtgärdens effekt utifrån forskning och beprövad erfarenhet.
- Kostnad per effekt (evidens) – bedömning av kostnad i relation till effekt, när underlag finns.
- Prioritet – åtgärdens prioriteringsgrad.
- Motivering till rekommendation – sammanfattar skälen till rekommendationen.
- Rekommendation – anger om åtgärden bör erbjudas eller kan övervägas.
- Senast uppdaterad – datum för senaste uppdatering. **[48]**

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 58 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

### 4.3. Nationell strategi mot ensamhet

Den 27 februari 2025 presenterade Folkhälsomyndigheten den första strategin mot ensamhet och för gemenskap för hela befolkningen.

Källa: Folkhälsomyndigheten



Figur 36. Nationell strategi mot ensamhet har som mål att skapa jämlika förutsättningar för sociala relationer. Det betyder att **faktorer som ålder, funktionsnedsättning** eller ekonomi ska inte försämra möjligheterna till ett socialt liv.

Till målen hör tre delmål:

1. Sociala arenor tillgängliga för alla
2. Färre hinder för socialt deltagande
3. Färre människor i långvarig ensamhet

Delmålen tar fasta på olika insatsnivåer: Främja, förebygga och åtgärda och har olika målgrupper i fokus: Befolkningen, riskgrupper och individer.

Tre teman är särskilt viktiga i arbetet mot ensamhet och berör samtliga delmål:

1. Lära – för ökad legitimitet och minskad stigmatisering

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 59 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

2. Medvetandegöra – för stärkt arbete i ordinarie verksamhet

3. Samverka – för gemensamma lösningar” **[52-53]**

4.3.1. *Social isolering/ ofrivillig ensamhet Företagsnätverk för ökad gemenskap.*

Regeringen har även initierat ett företagsnätverk för ökad gemenskap och mot ofrivillig ensamhet. Nätverket lanserades av socialminister Jakob Forssmed i december 2023 och samlar företag och organisationer som vill ta ett aktivt samhällsansvar genom att stärka gemenskap, inkludering och välmående på sina arbetsplatser och i sina lokala miljöer. Syftet är att engagera näringslivet i det förebyggande folkhälsoarbetet och bidra till ett mer socialt hållbart samhälle. Genom företagets engagemang kan fler människor nås – både anställda och invånare – vilket kompletterar kommunernas och civilsamhällets arbete. Att bygga gemenskap och motverka ofrivillig ensamhet är inte enbart ett kommunalt uppdrag, utan ett gemensamt ansvar för hela samhället.

Kommunernas näringslivschefer har en viktig roll i arbetet mot ofrivillig ensamhet. Genom att lyfta regeringens satsning “Tillsammans mot ofrivillig ensamhet – företagsnätverk för ökad gemenskap” kan de inspirera lokala företag att bidra till social hållbarhet **[54]**.

## 5. NATIONELLA OCH REGIONALA POLICY DOKUMNET

### 5.1. Tillsammans möter vi framtidens behov inom området främjande, hälsa, stöd, omsorg och vård 2021–2030

Tillsammans möter vi framtidens behov inom området främjande, hälsa, stöd, omsorg och vård 2021–2030 är Jönköpings läns gemensamma strategi för länets 13 kommuner. Strategin bygger på den kommunala viljeinriktningen för hållbar välfärd och livskvalitet och omfattar hela området från hälsofrämjande och förebyggande arbete till stöd, omsorg och vård i livets slutskede.

I strategiområde 4 – Stärkta förutsättningar betonas vikten av samverkan, gemensamma strukturer och kompetens i realtid genom digifysiska arbetssätt. I strategin lyfts kvalitetsregistren fram som ett verktyg för kunskapsstyrning och förbättringsarbete, där Senior Alert och det palliativa registret används som exempel.

Samtidigt är det viktigt att uppmärksamma att även SveDem och BPSD-registret ligger helt i linje med strategins inriktning. Dessa register stödjer ett personcentrerat och teambaserat arbetssätt och bidrar till att utveckla kvaliteten inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

Genom att använda kvalitetsregister i det dagliga arbetet förverkligas strategins mål om lärande i realtid, jämlikhet, samordning och ett hållbart, kunskapsbaserat välfärdssystem i Jönköpings län.**[55]**

### 5.2. Strategigrupp Äldre i Jönköpings län.

”Bästa platsen att leva på” är en utvecklingsplattform för länsgemensamma områden där Region Jönköpings län och 13 kommuner och länets invånare samverkar. Arbetet utgår från ledningssystem i samverkan och omsätts i handlingsplan Strategigrupp Äldre med visionen Jönköpings län ska vara bästa platsen att åldras på **[56]**

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 60 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport			Informationsklass

Länsgrupp i samverkan (LiS) Kognitiv svikt och demens har sedan hösten 2025 gått samman med Faktagrupp kognitiv svikt och demens och bildat LAG (Länsgemensam arbetsgrupp) Kognitiv svikt och demens. De har uppdrag att planera och genomföra gap-analys samt att ta fram en rekommendation för det fortsatta införandet av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet (PSVF) Kognitiv svikt **[60]** i regionen. Arbetet är därmed kopplat till både ledningssystem i samverkan och lokala organisationen för hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning, LPO Äldres hälsa och palliativ vård. **[61]**.

### 5.2.1. Ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - lokalt arbete

Inom LPO Äldres hälsa och Palliativ vård pågår arbetet med kunskapsstöd och implementering av nationella vårdförlopp. Två lokala arbetsgrupper har startat, LAG Kognitiv svikt och Demens, och Palliativ vård inom LPO Äldres hälsa. Arbete kommer att ske med att införa vårdförlopp inom äldres hälsa. Ett nytt vårdförlopp för Sköra äldre är på gång nationellt.

Inom Länsgrupp kognitiv svikt och demens, som varit en länsgrupp i samverkan under paraplyet strategigrupp äldre, har arbetet övergått i en lokal arbetsgrupp för Kognitiv svikt och demens, under paraplyet LPO Äldres hälsa och palliativ vård. En likadan/motsvarande arbetsgrupp har startat även för Palliativ vård. Dessa båda arbetsgrupper har startat under hösten, och de kommer att påbörja arbeten med att implementera vårdförloppen **[51]** **[52]**.

#### 5.2.1.1. Strategigrupp Äldre i Jönköpings län Utredningsuppdrag kring BPSD-problematik på särskilt boende

En utsedd tvärprofessionell arbetsgrupp (LiS Kognitiv svikt) har arbetat sedan februari 2021 med ovanstående utredningsuppdrag och med hösten 2023 finns tydliga och fungerande arbetsformer i norra länsdelen och liknande lokalt anpassade nedskrivna rutiner är framtagna eller under framtagande i övriga länsdelar.

#### Generellt arbetssätt i Jönköpingsområdet (inklusive Habo och Mullsjö):

- Teamet träffas 1 gång/vecka – aktuella förhållanden avgör mötesformen
- Teamet utgörs av geriatriker, sjuksköterska vid minnesmottagningen samt sjuksköterska från Jönköpings kommuns demensteam.
- Sjuksköterska från berörda boenden medverkar regelbundet via telefon (eller digital mötesform om sådan bedöms säker) där situation och behov avgör frekvensen.
- Primärvårdsläkare kan inviteras till mötet vid behov och möjlighet.
- Psykiatrikompetens involveras i mötet regelbundet alternativt vid behov

Parallellt startade arbetssättet "Arga August" på Höglandet under tidigt 2010-tal. I Värnamo-området har uppkomna BPSD-ärenden handlagts beroende på situation då behov uppstått **[56]**.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 61 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

### 5.2.2. Standardiserat insatsförlopp med checklista.

Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom är en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom

Socialstyrelsen har tagit fram ett standardiserat insatsförlopp sidan 68, i Rapporten finns en checklista och dess upplägg är gjort utifrån insatser, särskilda perspektiv och viktiga områden. ”Med ett standardiserat insatsförlopp menas i detta sammanhang att genom en standardiserad modell med samverkan mellan hälso- och sjukvård och social tjänst erbjuda de insatser och belysa särskilda perspektiv och viktiga område den som behöver beaktas under demenssjukdomens förlopp”. I rapporten beskrivs även det organisationsöverskridande demensteamet som finns i Tranås kommun och hur det är organiserat.” Socialstyrelsen hade fram till juni 2022 ett uppdrag om bland annat att följa upp och långsiktigt hantera strategiska frågor inom ramen för den nationella demensstrategin. Inom detta uppdrag kommer Socialstyrelsen att följa kunskapsutvecklingen och omvärldsbevaka relevanta frågor med bäring på modellen” **[53]**.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 62 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

### 6. REFERENSER

1. Socialstyrelsen(2025). Anvisningar för att rekvirera statsbidrag till en mer kunskapsbaserad äldreomsorg. Anvisningar 2025-03-25, dnr 9.2-14257/2025.  
<https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/globalassets/dokument/anvisningar/statsbidrag-anvisningar-kunskapsbaserad-aldreomsorg-rss-2025.pdf>
2. ARC. Karolinska Institutet (2025), Antalet demenssjuka och kostnader för demenssjukdomar i Sverige 2023  
<https://news.ki.se/media/150869/download>
3. Region Jönköpings län (2022). Regional befolkningsprognos 2022-2031.
4. Sveriges Kommuner och Regioner (2023). Fördjupad analys av äldreomsorgsbehoven – tre scenarier fram till 2033.  
<https://extra.skr.se/download/18.5b09432e198bb8aaa3ad4cf/1755589570994/Fordjupad-analys-av-aldreomsorgsbehoven.pdf>
5. Regeringen (2010) Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet  
<https://www.regeringen.se/contentassets/9bd244e4a3e047518b1badf231ba98ef/den-ljusnande-framtid-ar-vard---delresultat-fran-lev-projektet>
6. Sveriges Kommuner och Regioner. Prognosstöd äldreomsorg.  
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNWZlMzRjMzctOGRIOC00OTJkLWl3NDMtZjk0NzUwNDJmMDU5liwidCI6IjdkNGI4OTYzLWRhY2YtNDcyMi1hMGE3LTBkNTdjNzU1Zjc3OCIsImMiOiI9>
7. Folkhälsomyndigheten (2023). Samma behov – andra förutsättningar. En analys av hur förutsättningar i livsmiljön påverkar hälsan.  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/916b34512e3f48998a0a889f43e2daee/samma-a-behov-andra-forutsattningar.pdf>
8. Regeringen(2023) Varje dag räknas \_ Nationell demensstrategi 2023-2028  
<https://www.regeringen.se/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/aldreomsorg/varje-dag-raknas---nationell-demensstrategi-20242028.pdf>
9. Svenskt Demenscentrum. LSS- Intellectuell funktionsnedsättning och demenssjukdom  
<https://demenscentrum.se/arbete-med-demens/teman/lss-intellektuell-funktionsnedsattning>
10. Olsson, K. (2024). Demensutveckling hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Föreläsning inom FoU Socialtjänst, Samverkanswebben, 7 november 2024. Uppsala universitet / Akademiska sjukhuset.

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 63 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

[https://api.screen9.com/preview/M2HPtcOI0-7hdVAFHDYYRoI-bTzmpFeKN\\_MOK19\\_pD2ZEV9ICPG-NkFKqwerSwSq](https://api.screen9.com/preview/M2HPtcOI0-7hdVAFHDYYRoI-bTzmpFeKN_MOK19_pD2ZEV9ICPG-NkFKqwerSwSq)

11. Granholm, A.-C., Larsson, L., Ohman, F., Zetterberg, H., Hansson, O., Eriksdotter, M., Kern, S., Nordberg, A. (2024). Nya forskningsrön om Alzheimers sjukdom vid Downs syndrom. Läkartidningen, 30 september 2024.

<https://lakartidningen.se/vetenskap/nya-forskningsron-om-alzheimers-sjukdom-vid-downs-syndrom/>

12. Socialstyrelsen. (2024). Föräldrar med intellektuell funktionsnedsättning – Stöd till socialtjänsten. Artikelnummer 2024-6-9092.

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/foraldrar-med-intellektuell-funktionsnedsattning--stod-till-socialtjansten-for-att-identifiera-och-ge-stod-till-barn-och-familj-2024-6-9092>

13. Socialstyrelsen (2017). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom - Stöd för styrning och ledning

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/8315c1b65e064fcb92065392c74b942c/2017-12-2.pdf>

14. Socialstyrelsen (2024). Kunskapsstöd och regler. Barns behov i centrum, BBIC.

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/barns-behov-i-centrum/>

15. Socialstyrelsen (2017). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, tillstånd och åtgärdslista

<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.socialstyrelsen.se%2Fcontentassets%2F8315c1b65e064fcb92065392c74b942c%2F2017-12-2-tillstand-och-atgardslista.xls&wdOrigin=BROWSELINK>

16. SCB, Statistikdatabasen

[https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_BE\\_BE0101\\_BE0101E/InrUtrFodaRegAIKon/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101E/InrUtrFodaRegAIKon/)

17. Lindgren, E., Sörenson, J., Wattmo, C., Kåreholt, I. & Nääga, K. (2021).

Differences in dementia care between Swedish-born and foreign-born from countries with different country-level socioeconomic position: A nationwide register-based study. Journal of Alzheimer's Disease, 84(3), 1363–1371.

[https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/110305732/Lindgren\\_Differences\\_dementia\\_care\\_Swedish\\_Born\\_vs\\_Foreign\\_born.pdf](https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/110305732/Lindgren_Differences_dementia_care_Swedish_Born_vs_Foreign_born.pdf)

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 64 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

19. Socialstyrelsen - Underlag för en utvecklad nationell demensstrategi.

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/31c1c8b2e4a04cf093719a5c1091fb98/2024-2-8957.pdf>

18. Petersen RC, Mild cognitive impairment. *N Engl J Med* 2011,364(23):2227-2234.

Doi:10.1056/NEJMcp0910237.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp0910237>

20. Torkpoor, R., Frölich, K., Nielsen, T. R., & Londos, E. (2022). Diagnostic accuracy of the Swedish version of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS-S) for multicultural cognitive screening in Swedish memory clinics. *Journal of Alzheimer's Disease*, 89, 865–876.

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.3233/JAD-220233>

21. Region Skåne. Mångkulturellt kognitivt test (MCE-S) i primärvården: Att arbeta för personcentrerad kognitiv utredning. Skåne: Region Skåne; [2024].

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kognition-och-migration/mce-s/mangkulturellt-kognitivt-test-mce-s-i-primarvarden.pdf>

22. Socialstyrelsen - Internationell klassifikation av sjukdomar (ICD-11)

[Internationell klassifikation av sjukdomar \(ICD-11\) - Socialstyrelsen](#)

23. Nordic Welfare Centre. Dementia prevention in the Nordics. Stockholm: Nordic Welfare Centre; 2024.

[https://nordicwelfare.org/pub/Dementia\\_prevention\\_in\\_the\\_Nordics/index.html](https://nordicwelfare.org/pub/Dementia_prevention_in_the_Nordics/index.html)

24. Socialstyrelsen. Kommuners förutsättningar att arbeta hälsofrämjande och förebyggande i samverkan.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/kommuners-forutsattningar-halsoframjande-och-forebyggande.pdf>

25. Socialstyrelsen Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd?

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/a14087b2443142d5b91b21454daf22e8/2022-5-7923.pdf>

26. Socialstyrelsen. Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? Bilagor

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/a14087b2443142d5b91b21454daf22e8/2022-5-7923-bilagor.pdf>

27. Nilsson, P., Joy Torgé, C., Rolander, B. & Jegermalm, M. (2022). Former, förutsättningar och mål för anhörigstöd från anhörigkonsulenter och biståndshandläggares perspektiv – Resultat från

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 65 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

en webbaserad enkät i Jönköpings län och Stockholms län. Working paper (delstudie). Jönköping University, School of Health and Welfare.

<https://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:1640644/FULLTEXT01.pdf>

28. Regeringen 2021/22:116. En fast omsorgskontakt i hemtjänsten

<https://www.regeringen.se/contentassets/ff6b42e0674d4e3b9348ab2c1579ce1d/prop.-2021-22-116.pdf>

29. Socialstyrelsen 2023. Fast omsorgskontakt i hemtjänsten – Vägledning för att planera och genomföra arbetet.

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/fast-omsorgskontakt-i-hemtjansten--vagledning-for-att-planera-och-genomfora-arbetet-2023-4-8490/>

30. Socialstyrelsen 2023. Uppföljning av fast omsorgskontakt i hemtjänsten

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/129abae070f3434c9a660a23a3878d88/2023-8-8705.pdf>

31. Fri sökning – KOLADA

<https://www.kolada.se/verktyg/fri-sokning/?kpis=208291,208409,208413&years=30202,30201,30200&municipals=16591,16592,16593,16594,16595,16596,16597,16598,16599,16600,16601,16602,16603,33616&rows=municipal,kipi&visualization=&focus=16591>

32. Kunskapsguiden. Vem kan vara fast omsorgskontakt och vem utser ?

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-var/d/fast-var/kontakt/vem-kan-vara-fast-var/kontakt/>

33. Socialstyrelsen. Enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso-och sjukvård

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/enhetsundersokningen-om-aldreomsorg-och-kommunal-halso--och-sjukvard--nationella-resultat-2025-10-9834/>

34. Socialstyrelsen. Inloggning till Indikators Webbrapport

<https://webreport.indikator.org/>

35. VO-college. Språkförmåga i fokus – stöd vid rekrytering och språkutveckling.

<https://www.spraketpajobbet.se/2025/05/12/nytt-material-sprakformaga-i-fokus-stod-vid-rekrytering-och-sprakutveckling>

36. Kunskapsguiden – Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK.

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/alternativ-och-kompletterande-kommunikation/>

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 66 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

37. Gislaveds kommun- Finskt förvaltningsområde.

<https://www.gislaved.se/kommun-och-politik/manskliga-rattigheter/finskt-forvaltningsomrade>

38. Kunskapsguiden- så kan du stärka de nationella minoriteter i äldreomsorgen

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/nationella-minoriteter/om-nationella-minoriteter/sa-kan-du-starka-de-nationella-minoriteterna-i-aldreomsorgen/>

39. Regeringen- ett språkrav för språkutveckling, SOU 2024:78

[https://www.regeringen.se/contentassets/47b986e6e5f043859928a64d64cf98f/sou-2024\\_78\\_.pdf](https://www.regeringen.se/contentassets/47b986e6e5f043859928a64d64cf98f/sou-2024_78_.pdf)

40. Kommunal utveckling – Yrkesresan

<https://kommunalutveckling.nu/yrkesresan/>

41. Stjärnmärkt – om Stjärnmärkt

<https://www.stjarnmarkt.se/om-stjarnmarkt/>

42. Silviahemmet – Silviahemscertifiering

<https://www.silviahemmet.se/utbildning/silviahemscertifiering/>

43. Socialstyrelsen [Förberedelse inför framtidens dataregister för socialtjänsten - Socialstyrelsen](#)

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/en-socialtjanst-i-forandring/forberedelse-infor-framtidens-dataregister-for-socialtjansten/>

44. Regeringen (2025). Stärkta och tydligare insatser för äldre och för de som vårdar eller stöder närstående.

<https://www.regeringen.se/contentassets/4903bebdde924c1e8117e5035a1386c1/starkta-insatser-for-aldre-och-for-de-som-vardar-eller-stoder-narstaende.pdf>

45. E-hälsomyndigheten - Förutsättningar för en lösning som möjliggör automatisk informationsöverföring till nationella kvalitetsregister

[https://www.ehalsomyndigheten.se/siteassets/ehm/3\\_om-ehalsomyndigheten/rapporter//rapporter\\_regeringsuppdrag/automatisk-overforing-kvalitetsregister/slutrapport---forutsattningar-for-en-losning-som-mojliggor-automatisk-informationsoverforing-till-nationella-kvalitetsregister-004.pdf](https://www.ehalsomyndigheten.se/siteassets/ehm/3_om-ehalsomyndigheten/rapporter//rapporter_regeringsuppdrag/automatisk-overforing-kvalitetsregister/slutrapport---forutsattningar-for-en-losning-som-mojliggor-automatisk-informationsoverforing-till-nationella-kvalitetsregister-004.pdf)

46. Sveriges regioner i samverkan - Automatiserad informationsförsörjning Nationella kvalitetsregister årsrapport 2024

<https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.73f60cd7197a1a30e6c2710f/1751373966827/Automatiserad-informationsforsorjning-nationella-kvalitetsregister-arsrapport-2024.pdf>

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 67 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

### 47. SveDem - Registreringar

[Svedemhttps://register.ucr.uu.se/svedempubli/specialistvard\\_primarvard;jsessionid=1DCDC968F21D9261179B680410260A6B.svedempubli.venus?0](https://register.ucr.uu.se/svedempubli/specialistvard_primarvard;jsessionid=1DCDC968F21D9261179B680410260A6B.svedempubli.venus?0)

### 48. Socialstyrelsen (2017) Tillstånds och åtgärdslista

<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.socialstyrelsen.se%2Fcontentassets%2F8315c1b65e064fcb92065392c74b942c%2F2017-12-2-tillstand-och-atgardslista.xls&wdOrigin=BROWSELINK>

### 49. BPSD-registret – Årsrapport 2024.

<https://bpsd.se/wp-content/uploads/2025/11/ARSRAPPORT-2024-okt-2025.pdf>

### 50. Socialstyrelsen (2021)- Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning 2021

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/dc807aa744bb4c4c96625dbec4365153/2021-3-7327.pdf>

### 51. Socialstyrelsen2020- Nationella riktlinjer – indikatorer för vård och omsorg vid demenssjukdom -2020-9-6869

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/90a56dc989be442b83221f8e4f5976ec/2020-9-6869.pdf>

### 52. Folkhälsomyndigheten – Nationell strategi mot ensamhet

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/nationell-strategi-mot-ensamhet/>

### 53. Folkhälsomyndigheten - Tillsammans för god gemenskap i hela befolkningen En nationell strategi mot ensamhet

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/709cc0cc56844c2ca8890b9b134ab4f6/tillsammans-god-gemenskap-hela-befolkningen.pdf>

### 54. Regeringen 2025 – Tillsammans mot ofrivillig ensamhet – företagsnätverk för ökad gemenskap.

<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/ofrivillig-ensamhet--ett-folkhalsoproblem/tillsammans-mot-ofrivillig-ensamhet---foretagsnatverk-for-okad-gemenskap/>

### 55. Bästa platsen att leva på – en utvecklingsplattform för region och kommuner – Folkhälsa och sjukvård.

<https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/forskning-kompetens-och-utveckling/strategier-och-utvecklingsplaner/basta-platsen-att-leva-pa/basta-platsen-att-leva-pa/>

### 56. Bästa platsen för äldre – gemensamma mål för region och kommuner – Folkhälsa och sjukvård

<https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/forskning-kompetens-och-utveckling/strategier-och-utvecklingsplaner/basta-platsen-att-leva-pa/basta-platsen-for-aldre---gemensamma-mal-for-region-och-kommuner/?pageld=283722&blockId=483694>

## Bilaga A, Förstudierapport

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 68 (68)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSÖRG	Noteringar Bilaga A till Förstudierapport		Informationsklass	

57. Wimo, Anders; Handels, Ron; Antikainen, Riitta; Eriksdotter, et al. Dementia prevention: The potential long-term cost-effectiveness of the FINGER prevention program - [Trepo](https://trepo.tuni.fi/handle/10024/207889)  
<https://trepo.tuni.fi/handle/10024/207889>

58 Fast vårdkontakt - Kunskapsguiden <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-var/d-fast-var/dkontakt/>

59 Riktlinjer fast vårdkontakt-Folkhälsa och sjukvård  
<https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/Dokument/Evo/62fb097c-d153-4469-816a-c09a2245ab83>

60. Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - 1177 för vårdpersonal  
<https://vardpersonal.1177.se/Jonkopings-lan/kunskapsstod/vardforlopp/kognitiv-svikt-vid-misstankt-demenssjukdom>

61. LPO äldres hälsa och palliativ vård-Folkhälsa och sjukvård  
<https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/uppdrag-och-avtal/kunskapsstyrning/kunskapsstod/lpo-aldres-halsa/?pagelId=164466&blockId=164481>