

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 1 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

# BILAGA B, KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG

Yvonne Frank Ljungberg  
Utvecklingsledare  
Kommunal Utveckling

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 2 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

## Innehållsförteckning

<b>BILAGA B, KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG .....</b>	<b>1</b>
<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1. Läsanvisning.....	5
1.2. Sammanfattning.....	5
<b>2. KUNSKAPSBASERAD SOCIALTJÄNST – ETT PARAPLYBEGREPP .....</b>	<b>5</b>
2.1. Vetenskap och beprövad erfarenhet definieras i förarbetena till socialtjänstlagen.....	6
2.2. Yrkeskompetens.....	7
2.3. Avveckla icke verksamma insatser – avimplementering.....	9
<b>3. EVIDENSBASERADE MODELLER - I OMRÅDET DEMENS OCH KOGNITIV SVIKT .....</b>	<b>10</b>
3.1. The Lancet Commission och WHO.....	10
3.2. Evidensbaserade Metoder som påverkar riskfaktorerna .....	12
3.2.1. <i>Evidens för att samtidigt påverka flera riskfaktorer - FINGER-modellen</i> .....	12
3.2.2. <i>Att påverka riskfaktorn Social isolering</i> .....	14
3.2.2.1. Metoder att motverka ofrivillig ensamhet hos äldre via hälsosamtal.....	14
3.2.2.2. Volontärverksamheter och föreningar social isolering .....	14
3.2.2.3. Föreningar och volontärverksamhet, Jönköpings län .....	15
3.2.3. <i>Att påverka riskfaktorn svårigheter att nå vissa grupper med tidiga insatser</i> .....	15
3.2.3.1. Evidensläget hur öppna mötesplatser påverkar äldres hälsa och effekten av social förskrivnings möjlighet att nå svårnådda äldre personer. ....	15
3.2.3.2. Barn som anhöriga- evidensbaserade metoder .....	16
3.2.4. <i>Att påverka riskfaktorn bristande munhälsa</i> .....	17
3.2.4.1. Munhälsa, äldre personers upplevelser - vårdpersonals attityder och kunskaper	17
3.2.5. <i>Att påverka riskfaktorn hörselnedsättning</i> .....	18
<b>4. KOMMUNERS DELTAGANDE I FORSKNING .....</b>	<b>18</b>
4.1. Johansson, L., m.fl. (2022–2026). Yngre personer med demenssjukdom Forskningsprojekt. Jönköping: Jönköping University. ....	18
4.2. Uppsala universitet 2024-2027 Demens vid intellektuell funktionsnedsättning Fortbildning och verktyg – Tidiga tecken.....	18
<b>5. INDIKATORER SOM KUNSKAPSKÄLLOR TILL LÄRANDE UPPFÖLJNING INOM ÄLDREOMSORG .....</b>	<b>19</b>
5.1. Nivåstrukturering av indikatorer för uppföljning och kvalitet.....	19
5.1.1. <i>Exempel på lokal tillämpning av indikatorerna - Helsingborgs stad</i> .....	21
<b>6. PERSONENS KUNSKAP OCH ERFARENHET SOM KUNSKAPSKÄLLA - PERSONCENTRERAD VÅRD OCH OMSORG.....</b>	<b>22</b>
6.1. Esther – bakom siffrorna i tabellen: en reflektion.....	25
6.2. Verktyg för personcentrering - Genomförandeplan .....	27

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 3 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

6.3.	Uppföljningsmått för personcentrering - enhetsundersökningen.....	27
6.3.1.	<i>Enhetsundersökning LSS</i> .....	27
6.3.2.	<i>Enhetsundersökningen, äldreomsorg</i> .....	28
6.4.	Verktyg för personcentrering - Levandeberättelse.....	29
<b>7.</b>	<b>SYSTEMATISKA SJÄLVSKATTNINGAR SOM KUNSKAPSKÄLLA</b> .....	<b>30</b>
7.1.	Funktionshinderomsorg/LSS kunskapsbaserat arbetssätt. Jönköpings län .....	31
7.1.1.	<i>Involvera brukare</i> .....	31
7.1.2.	<i>Utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet</i> .....	32
7.1.3.	<i>Utveckla en lärande organisation</i> .....	34
7.1.4.	<i>Utveckla lokal kunskap</i> .....	36
7.2.	Äldreomsorg kunskapsbaserat arbetssätt. Jönköpings län.....	38
7.2.1.	<i>Utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet, äldreomsorg</i> .....	40
	42	
7.2.2.	<i>Utveckla en lärande organisation</i> .....	42
7.2.3.	<i>Utveckla lokal kunskap</i> .....	44
<b>8.</b>	<b>NATIONELLA KVALITETSREGISTER SOM KUNSKAPSKÄLLA TILL EN KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG</b> .....	<b>46</b>
8.1.	Senior alert .....	47
8.1.1.	<i>Registrerade riskbedömningar i Jönköpings län - Senior Alert</i> .....	47
8.2.	Svenska Demensregistret - SveDem .....	48
8.2.1.	<i>Anslutna kommuner Jönköpings län i SveDem</i> .....	49
8.2.2.	<i>SveDem publika rapporter</i> .....	50
8.3.	BPSD-registret.....	50
8.3.1.	<i>Certifierade utbildare BPSD i Jönköpings län</i> .....	51
8.3.2.	<i>Antal personer registrerade BPSD Jönköpings län 2025-09-03</i> .....	52
8.3.3.	<i>Goda exempel BPSD-registret</i> .....	52
8.4.	Svenska Palliativregistret .....	52
8.4.1.	<i>Varför Palliativregistret är centralt i demensstrategin</i> .....	52
8.4.2.	<i>Nationell Vårdplan för Palliativ vård - verktyg</i> .....	54
8.4.2.1.	<i>Nyckelfaktorer för implementering av nytt arbetssätt</i> .....	55
8.5.	Esthers delaktighet och berättelse i kvalitetsregisterarbetet .....	55
<b>9.</b>	<b>AVVIKELSER SOM KUNSKAPSKÄLLA</b> .....	<b>56</b>
<b>10.</b>	<b>ANDRA NATIONELLA OCH REGIONALA KARTLÄGGNINGAR SOM KUNSKAPSKÄLLA</b> .....	<b>57</b>
10.1.	Kartläggning av socialtjänstens insatser .....	57
10.2.	Regional Länsbarometer – statistik på läns- kommun- och DeSo-nivå.....	57
<b>11.</b>	<b>STÖD I FÖRBÄTTRINGSKUNSKAP OCH EVIDENSBASERAD METODIK FÖR STÄNDIGA FÖRBÄTTRINGAR</b> .....	<b>58</b>

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 4 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

11.1. Uttalad regional viljeinriktning och stöd i förbättringsmetodik i Jönköpings län .....	58
11.1.1. Genomförda förbättringsarbeten inom "Bästa platsen att åldras på" .....	58
11.2. Exempel på lärande från andra län .....	60
11.2.1. Forum Carpe är en plattform och kommunsamverkan inom funktionshinderområdet i Stockholms län. ....	60
11.2.2. Ung Anhörig.....	60
11.2.3. GAP-Analys och förändringsledning .....	60
11.2.4. Innovationsmodeller i kommuner .....	61
<b>12. STÖD TILL STÄNDIGA FÖRBÄTTRINGAR – FÖRBÄTTRINGSVETENSKAPLIGA METODER.....</b>	<b>61</b>
12.1. Lärande exempel på genomfört förbättringsarbete i länet med förbättringsvetenskaplig metodik .....	63
12.2. Andra exempel på verktyg och stöd till ständiga förbättringar .....	64
12.2.1. Individbaserad systematisk uppföljning (ISU).....	64
12.2.2. Loke modellen .....	64
12.2.3. KUBINOL.....	64
12.2.4. Utbildning i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, fokus på kommunal hälso- och sjukvård	65
<b>13. REFERENSLISTA .....</b>	<b>66</b>

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 5 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

## 1. INLEDNING

### 1.1. Läsanvisning

Denna bilaga hör till förstudie Nuläges- och behovskartläggning - Kunskapsbaserad äldreomsorg. Bilaga B ger en sammanhållen översikt över begreppet Kunskapsbaserad socialtjänst, vad det innebär och Syftet är att ge läsaren en faktabaserad grund för planering, prioriteringar och strategiska beslut i förstudien.

En Bilaga A ger en sammanhållen översikt över nuläge och framtida förutsättningar för äldreomsorgen ur ett nationellt och regionalt perspektiv. Framtagna lösningsförslag finns i förstudierapport. 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.

### 1.2. Sammanfattning

Bilaga B utgör en fördjupande kunskapsöversikt inom ramen för förstudien Nuläges- och behovskartläggning – kunskapsbaserad äldreomsorg. Syftet är att belysa hur en kunskapsbaserad, personcentrerad och sammanhållen äldreomsorg kan utvecklas genom att systematiskt förena vetenskaplig evidens, beprövad erfarenhet och den enskildes eggenerfarna kunskap, behov och delaktighet.

Rapporten beskriver centrala begrepp inom kunskapsbaserad socialtjänst och redogör för evidensbaserade modeller, metoder och riskfaktorer med särskilt fokus på förebyggande arbete, kognitiv svikt och demenssjukdom. Internationella och nationella kunskapsunderlag, däribland modeller från The Lancet Commission och World Health Organization, används för att tydliggöra samband mellan livsstilsfaktorer, hälsa och behov av insatser över tid.

Vidare redovisas exempel på pågående forskning, användning av nationella kvalitetsregister samt exempel på uppföljning, lärande och samverkan inom och mellan huvudmän. Rapporten belyser även hur systematiskt förbättringsarbete, innovation och strukturerad uppföljning tydligt bidrar till ökad kvalitet, jämlikhet, lärande och effektivitet i äldreomsorgen.

Sammanfattningsvis visar Bilaga B att det finns en stark kunskapsbas att bygga vidare på, men att fortsatt utveckling kräver ökad samordning, gemensamma arbetssätt och ett tydligare fokus på lärande i praktiken. Bilagan utgör därmed ett viktigt underlag för fortsatt strategiskt arbete med att stärka och utveckla en kunskapsbaserad äldreomsorg.

## 2. KUNSKAPSBASERAD SOCIALTJÄNST – ETT PARAPLYBEGREPP

I Kunskapsbaserat arbetssätt innebär att besluta om insatserna grundas på bästa tillgängliga kunskap i kombination med professionell erfarenhet och den enskildes situation, behov och önskemål, *evidensbaserad praktik*, men det omfattar även hur arbetet organiseras, styrs och

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 6 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

planeras samt vilka insatser som gör nytta för vilken målgrupp, och vilket resultat de leder till. Det betyder att varje åtgärd ska kunna motiveras med stöd i:

- Forskning och evidens- vad vet vi fungerar
- Beprövad erfarenhet- vad har professionen prövat och lärt i praktiken?
- Den enskildes situation och mål- vad är viktigt för personen, familjen eller barnet?

Det kunskapsbaserade arbetssättet kräver att verksamheten samlar, analyserar och använder resultatet för att utveckla arbetet. Därför behövs systematiska uppföljningar av insatsernas effekter på individnivå och verksamhetsnivå- till exempel genom indikatorer, brukardata, självskattningar och reflektion i team. Ett kunskapsbaserat arbetssätt leder till bättre kvalitet, trygghet och jämlikhet, eftersom insatserna ges på rätt sätt, till rätt målgrupp och vid rätt tidpunkt.

### 2.1. Vetenskap och beprövad erfarenhet definieras i förarbetena till socialtjänstlagen

- Med vetenskap avses vetenskaplig kunskap som tagits fram med olika forskningsmetoder.
- Med beprövad erfarenhet avses kunskap som vuxit fram i verksamheten genom att kunskaper från profession och brukare har synliggjorts, värderats och systematiserats genom uppföljning, dokumentation, kritisk granskning och spridning”

Beprövad erfarenhet kan indelas i två delar:

Grunden är att erfarenheterna från personal och brukare som vuxit fram i verksamheten ska vara:

- dokumenterad
- ska kunna sammanställas
- kunna granskas och analyseras kritiskt

Kunskapsguiden.se definierar beprövad erfarenhet som ”kunskap som vuxit fram i verksamheten genom att kunskap från profession och brukare har synliggjorts, värderats och systematiserats genom uppföljning, dokumentation, kritisk granskning och spridning”. Ett sådant sätt att arbeta möjliggör att andra verksamheter kan använda samma koncept och går att vidareutveckla. Metoderna och källor till data kan vara enkla. Till exempel Individbaserad systematisk uppföljning (ISU), Brukarundersökningar, lokala utvärderingar, systematiskt kvalitetsarbete m.m. Detta tillämpas i samtliga kommuner i länet, men mer systematik och stödstrukturer för analyser efterfrågas (Se bilaga C). Exempel på plattformar som skapats för att dela goda exempel men också detta syfte är SKR:s platt på nationellt håll är ”Dela”[1] och Dela digitalt [2] sistnämnda är ett samarbete mellan SKR och Göteborgsregionens kommunalförbund.

Kunskaper och hur vi lär behövs - inte bara metoder för att utforma verksamhet av god kvalitet. Följande stödjer att verksamheten utformas ändamålsenligt och ger insatser av god kvalitet. och hur de fungerar för målgruppen:

- Bedömningar
- Metoder
- Arbetssätt

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 7 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

Det vi ska arbeta med är att använda och utveckla "bästa möjliga kunskap". Då behövs vetenskapliga metoder och kunskap om hur vi i verksamheten lär, för att kunna implementera eller avveckla om de inte fungerar, genom att ställa oss frågorna, hur och till vad de används, detta för att en och samma metod kan ge olika resultat beroende på.

- Personalens kompetens
- Andra påverkansfaktorer är t.ex. tidsbrist, stress och låg personalkontinuitet
- Avsaknad av en relation mellan personal och brukare

Dessa faktorer kan vara avgörande om evidensbaserad metod blir verkningslös och inte uppfyller sitt syfte. En annan vägledande fråga som man uppmanas att ställa är, vilken kunskap behövs för att organisera, driva och vidareutveckla en verksamhet med god kvalitet.

Praktiknära kunskap, tre olika typer.

- Beskrivande kunskap viktig för att identifiera behov och för att beslutsfattare ska kunna planera sin verksamhet och prioritera resurser. "Beskrivande kunskap ger en tydligare förståelse av olika fenomen och problem, exempelvis deras omfattning, utbredning, fördelning, allvarlighetsgrad och utveckling över tid."
- Förklarande kunskap är central för att se att insatsen fungerar för målgruppen, och viktig för verksamhetsutvecklare och forskare. "Förklarande kunskap handlar om hur och varför ett visst fenomen eller problem uppstår. Fokus är att förklara samband och identifiera faktorer, processer, relationer och mekanismer som påverkar fenomenets utveckling."
- Problemlösande kunskap är den kunskap som levererar konkreta lösningar och den behövs för socialtjänstens verksamheter, men som saknas enligt utredningar och det är därför det är så viktigt med beprövad erfarenhet. "Problemlösande kunskap identifierar lösningar som fungerar för att hantera de problem som har identifierats. Det innebär att testa och utvärdera olika åtgärder för att se vilka resultat och effekter de får för olika målgrupper i olika situationer"

### 2.2. Yrkeskompetens

Praktisk kunskap, professionell expertis och praxis har också kallats beprövad erfarenhet men uppfyller inte kriterierna i socialtjänstlagens definition. Dessa kunskapsformer behövs trots det.

#### Praktisk kunskap

För att bedriva en verksamhet av god kvalitet räcker det inte endast med teoretisk kunskap. Det är avgörande vem eller vilka använder metoden. Praktisk kunskap sitter i kroppen och uttrycks genom handling. Den är personlig.

- Färdighetskunskap
- Förtrogenhetskunskap

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 8 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

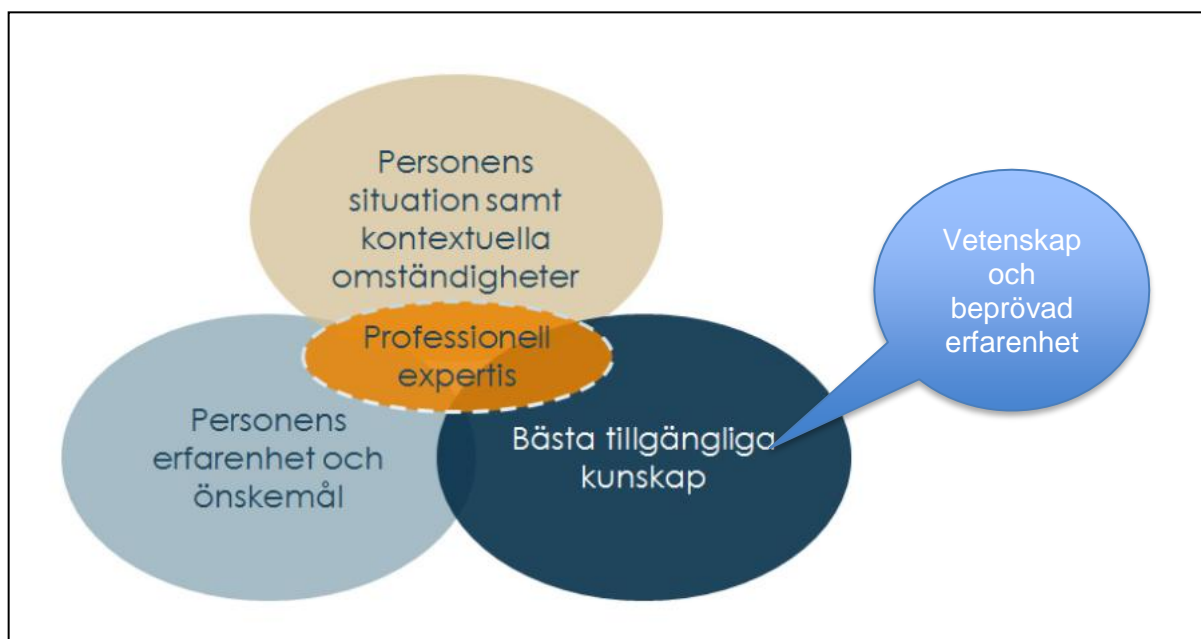
- Omdömesförmåga
- Tyst kunskap – alltså förmågan att utföra arbetsuppgifter på ett skickligt sätt i praktiken

### Professionell expertis

Dessa färdigheter utvecklas över tid genom bästa tillgängliga kunskap och kombinera den med sin egna professionella kunskap.

Det är förenklat hens formella utbildning, praktiskt arbete, kompetensutveckling, reflektion och arbetslivserfarenhet, kunna kombinera hens expertis med sin erfarenhet och kombinera den i mötet med brukaren utifrån ett personcentrerat sätt. Här krävs arbetslivserfarenhet, gott omdöme, kunna urskilja detaljer och yrkeskunnande.

*Det innebär att alla dessa komponenter tas med i mötet inför beslut.*



Källa: Socialstyrelsen

### Praxis

Att arbeta enligt praxis är under förutsättning att både medvetna och omedvetna rutiner och mönster har granskats på ett systematiskt sätt.

### Metoder

Metoder till beprövad erfarenhet, i Socialstyrelsens rapport hänvisas till ISU, Utvärdering, brukarundersökningar, Konsensus processer, Lovande arbetssätt (en dansk modell). I propositionen ” en förebyggande Socialtjänstlag- för ökade rättigheter, skyldigheter och möjligheter [3] och Socialstyrelsens rapport ”Om beprövad erfarenhet i socialtjänsten” [4] finns mer att läsa. I bilaga C redovisas enkätresultatet av personalen egna identifierade utbildningsbehov.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 9 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

### 2.3. Avveckla icke verksamma insatser – avimplementering

För att nya metoder ska kunna växa och slå rot behöver gamla arbetssätt aktivt tas bort, så kallad "take away" eller avimplementering. Studier visar att äldreomsorgen i många länder slösar resurser på insatser som saknar bevisad effekt, vilket minskar möjligheten att investera i metoder som faktiskt fungerar. Icke-verksamma insatser definieras inom evidensbaserad praktik som åtgärder som saknar dokumenterad effekt, saknar teoretisk grund, eventuellt kan vara ineffektiva eller skadliga eller tar resurser från mer effektiva arbetssätt. Det är det motsatta till best-practice eller evidensbaserade metoder.

Forskning pekar på flera viktiga områden där avveckling har positiv effekt: Bättre resursanvändning. Studier visar att äldreomsorgen i många länder slösar resurser på insatser som saknar bevisad effekt, vilket minskar möjligheten att investera i metoder som faktiskt fungerar och att riktade resurser ger bättre effekt på funktion, hälsa och livskvalitet. Ökad kvalitet och säkerhet. Insatser utan evidens riskerar att skapa *felaktiga förväntningar* hos brukare, fördröja effektiva vårdvägar och ge direkt negativ inverkan (t.ex. ökad funktionsnedsättning). Kvalitetsförbättring inkluderar därför att fasa ut ineffektiva och potentiellt skadliga metoder.

Att aktivt avveckla icke-verksamma insatser är en central del av att förbättra vårdresultat, stärker evidensbaserad praktik främjar kunskapsbaserade beslut, skapar kultur för ständig förbättring och minskar oönskad variation i vård och omsorgskvalitet **[61]**.

Forskning inom geriatrik och social omsorg visar att brukare får bättre utfall när insatser är effektiva. Motsatsen; felaktiga insatser, kan förstärka känsla av maktlöshet eller beroende. Forskning om *de-implementation* (systematisk avveckling av ineffektiva insatser) har vuxit kraftigt under 2010-talet.

Förbättringskunskap eller Quality improvement-modeller som PDSA hämtar sitt värde från att förbättra processer genom att eliminera allt som inte tillför värde, vilket inkluderar att avveckla insatser som inte ger effekt. Generiska sociala program har ofta liten effekt jämfört med strukturerade, evidens-baserade metoder.

Forskning stärker därmed evidensen för att verksamheter bör systematisera kartläggning av sina insatser, identifiera vilka metoder som saknar evidens, utveckla kriterier för när insatser ska avvecklas och säkra att verksamheter har stöd att aktivt avveckla dessa insatser och implementera evidensbaserade alternativ. Vidare att engagera brukare, personal och beslutsfattare och utvärdera effekter kontinuerligt **[62]**

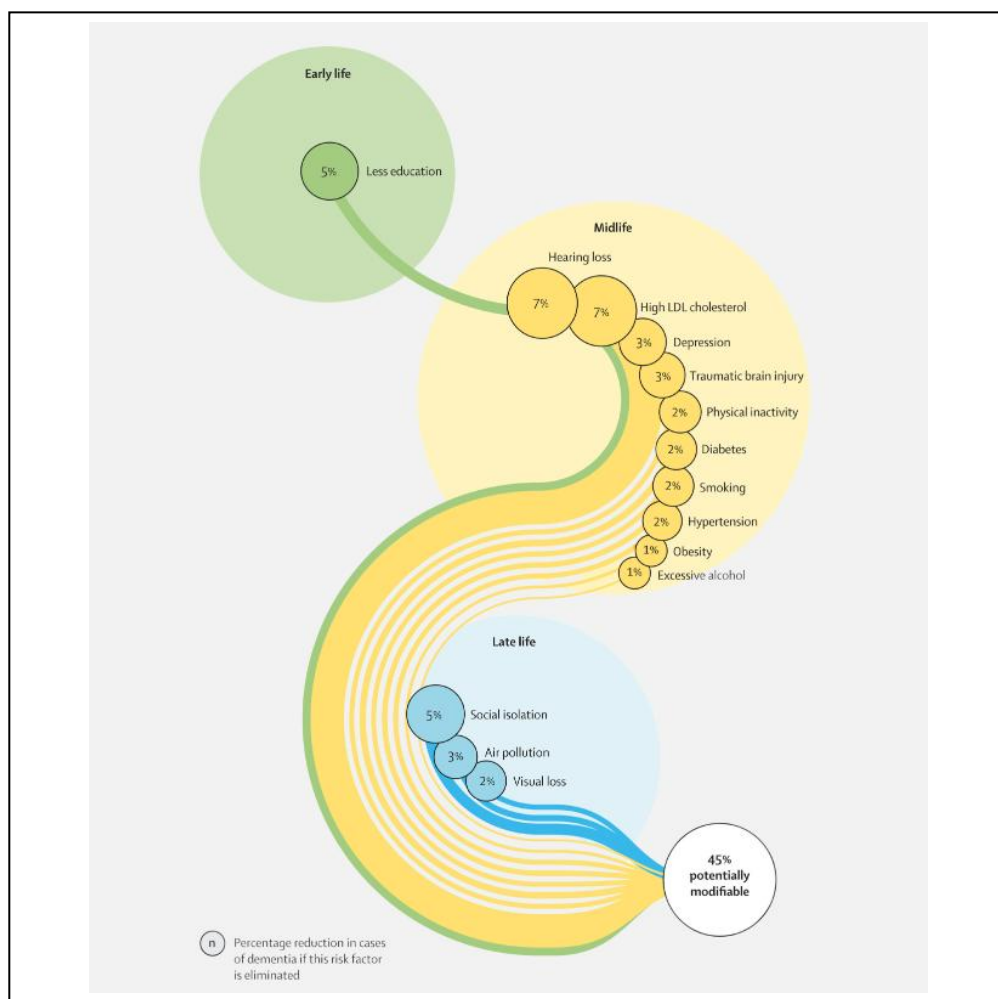
Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 10 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

### 3. EVIDENSBASERADE MODELLER - I OMRÅDET DEMENS OCH KOGNITIV SVIKT

#### 3.1. The Lancet Commission och WHO

The Lancet Commission och WHO [5] rapporterade 2020 att det finns 12 riskfaktorer som kan påverka risken att utveckla en demenssjukdom, år 2024 utökades det med ytterligare 2 riskfaktorer. Det är en konceptuell (teoretisk) modell för demensprevention över livsloppet.

Dessa område kan, påverkar risken att utveckla demenssjukdom, förebyggas genom insatser kan därför anpassas till varje individ som inte fått sjukdomen, stödja 10-15-årigt neurodegenerativt sjukdomsförlopp. I regeringen strategi står det att det inte går att förhindra alla fall av demenssjukdom men det är viktigt att kunskapen om att påverka uppkomst och utveckling för att kunna arbeta effektivt utifrån kända påverkbara riskfaktorer att utveckla kognitiv svikt och demens.



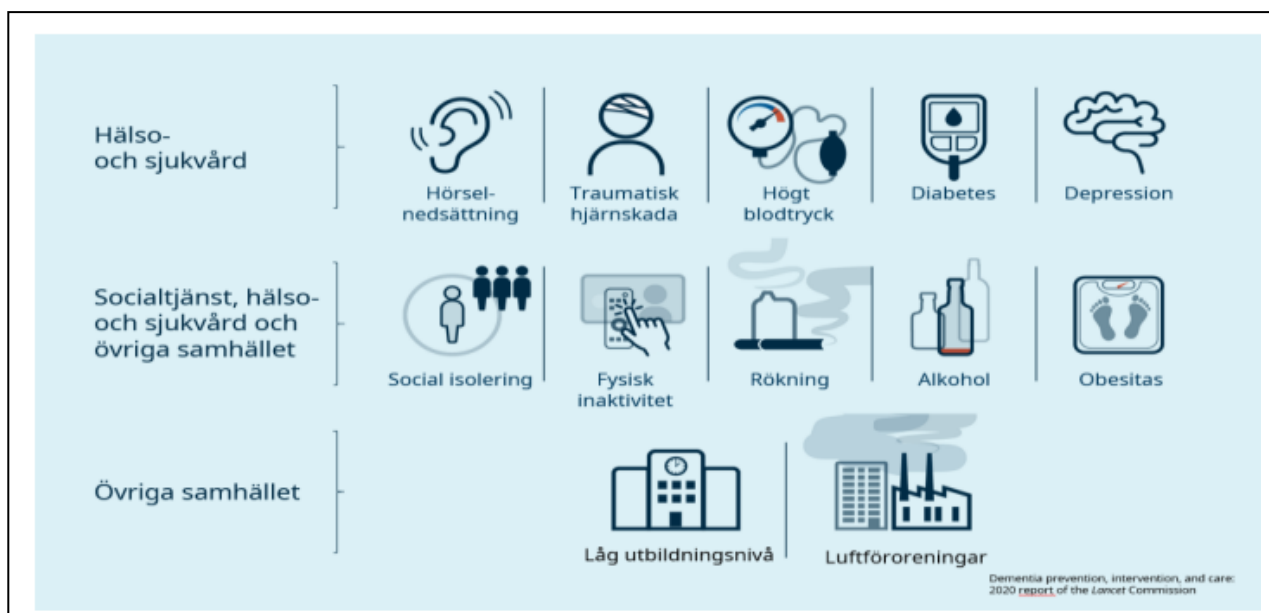
Figur 2: Illustrationen visar The Lancet Commissions livsloppsmodell som sammanfattar påverkbara riskfaktorer för demens och hur förebyggande insatser i olika livsfaser kan minska risken för demenssjukdom. [5]

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 11 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

Bilden nedan bygger på de 14 riskfaktorer som beskrivs av Lancet Commission 2020.

Tidigt skede i livet	Medelåldern	Senare i livet
<ul style="list-style-type: none"> <li>Låg utbildningsnivå</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hörselnedsättning</li> <li>Höga LDL-kolesterolnivåer</li> <li>Högt blodtryck</li> <li>Traumatisk hjärnskada</li> <li>Fysisk inaktivitet</li> <li>Alkohol</li> <li>Obesitas</li> <li>Diabetes</li> <li>Depression</li> <li>Rökning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Social isolering</li> <li>Luftföroreningar</li> <li>Synnedsättning</li> </ul>

Figur 3. Figuren visar att riskfaktorerna ligger under olika ansvarsområden och i olika delar i livscykeln. Ansvaret och möjligheten att förebygga och påverka dem är fördelat mellan flera aktörer, individen, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och samhället i stort. Samverkan blir en förutsättning eftersom många av faktorerna ligger utanför enskilda aktörers direkta kontroll.



Figur 4. Socialstyrelsens översikt över påverkbara riskfaktorer för demens baserade på Lancet-kommissionens modell, återgivna i Socialstyrelsens förstudie om kommuners hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Kommuners förutsättningar att arbeta hälsofrämjande och förebyggande, en förstudie från Socialstyrelsen, syftar till att öka förståelsen för kommuners arbete med hälsofrämjande och förebyggande insatser samt att belysa kommunernas behov av nationellt stöd. I förstudien

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 12 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSÖRG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

används The Lancet Commissions riskfaktormodell som kunskapsgrund, i den version som omfattar 12 påverkbara riskområden (2020). Figuren illustrerar dessa gemensamma risk- och skyddsfaktorer, som är av betydelse för flera åldersrelaterade sjukdomar och utgör en central utgångspunkt för kommunalt förebyggande arbete [6].

### 3.2. Evidensbaserade Metoder som påverkar riskfaktorerna

Här följer några exempel på evidensbaserade metoder som påverkar riskfaktorerna för att utveckla kognitiv svikt och demens, samt stärker friskfaktorerna

#### 3.2.1. Evidens för att samtidigt påverka flera riskfaktorer - FINGER-modellen

Forskning visar att det finns evidens för att flera och samtidiga livsstilsförändringar förebygger demenssjukdom. Fingermodellen stärker hälsan och förebygger kognitiv problematik och den vänder sig till alla. Den bygger på forskning som visar att livsstilsförändringar kan bromsa eller förebygga kognitiv svikt och demens och även personer som har minnesproblem har stor nytta av modellen. Miia Kivipelto är professor i klinisk geriatrik vid Karolinska Institutet och forskningschef vid Karolinska Universitetssjukhuset. Hon är en världsledande forskare inom demensprevention och huvudpersonen bakom den internationellt uppmärksammade FINGER-studien. Studien leddes av Kivipelto i samarbete mellan det finska Institutet för hälsa och välfärd (THL), Karolinska Institutet, Östra Finlands universitet, Åbo universitet, Helsingfors universitet och Umeå universitet. Hennes forskning visar att över 40 % av demensfallen kan kopplas till livsstils- och miljöfaktorer – och att flera och samtidiga livsstilsförändringar gör stor skillnad för hjärnhälsan [15].

FINGER-modellen testas, anpassas och vidareutvecklas av forskare runt om i världen. Det finns ett internationellt nätverk "World-Wide FINGERS" som grundades 2017 av professor Miia Kivipelto [14].



Figur 5. Fingers\* Brain Health Institute

Utförare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 13 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass



Figur 5. Illustration av Finger- Modellen och dess fem centrala områden. Samtidiga livsstilsförändringar i form av hälsosam kost, fysisk aktivitet, kognitiv träning, sociala aktiviteter och insatser som reglerar hjärt- och kärthälsa

FINGER-programmet visade i studie att den har:

- Positiv påverkan på den kognitiva hälsan
- Positiva effekter på deltagarnas fysiska rörlighet och deras förmåga att klara av sina dagliga aktiviteter
- Högre hälsorelaterad livskvalitet
- Risken för multisjuklighet minskade med 60 % jämfört med kontrollgruppen
- Deltagarna i gruppen gjorde större livsstilsförändringar och ju mer aktivt en person deltog, desto större positiva effekter.
- Deltagarna drabbades av färre cerebrovasculära händelser som exempelvis stroke

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 14 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

- FINGER kan vara kostnadseffektiva i förebyggandet av demens och ge stora samhälleliga vinster [15].

Utbildning kring Finger-modellen finns att del av på Kunskapsguidens hemsida [16]

### 3.2.2. Att påverka riskfaktorn Social isolering

Forskning visar att social isolering är en av de faktorer som ökar risken för kognitiv svikt och demens i jämförelse med de som har ett mer socialt aktivt liv. Lancet- kommissionen rekommenderar förebyggande åtgärder: främja delaktighet, motverka ensamhet genom samhällsinsatser, volontärverksamhet, föreningsliv, digitala kontakter eller stöd i hemmet. Att stödja hörsel och rörlighet. Enligt Nationella demensstrategin har socialtjänsten ansvar att förebygga ohälsa och stärka delaktighet i samhällslivet. Genom mötesplatser, aktiviteter och stöd kan ofrivillig ensamhet motverkas. Civilsamhället har en viktig roll i att skapa gemenskap och delaktighet.

#### 3.2.2.1. Metoder att motverka ofrivillig ensamhet hos äldre via hälsosamtal

Regeringens satsning på hälsosamtal har pågått under flera år och fokuserar på äldre personer över 80 år som inte bor på särskilt boende eller har hemtjänst. Syftet är att identifiera de som saknas etablerade kontakter och för att fånga upp signaler om ofrivillig ensamhet. I demensstrategins avslutning hänvisar Socialstyrelsen till den [7].

Kommunerna har i sina redovisningar till Socialstyrelsen använt sig av etablerade metoder såsom de fyra hörnstenarna för ett hälsosamt åldrande, motiverande samtal, känslan av sammanhang (KASAM), livsområden inom individens behov i centrum (IBIC) och FINGER-modellen.

I Jönköpings län rekviderade 12 av 13 kommuner statsbidraget 2024. Tre kommuner återbetalade helt eller delvis medel. Totalt rekviderade kommunerna 3 447 412 kronor och återbetalade 397 075 kronor. Kommunerna arbetade på olika sätt med hälsosamtal för att motverka ofrivillig ensamhet. Det är olika professioner och verksamheter som ansvarar för samtalen beroende på lokala förutsättningar. Demensstrategin omfattar även lindrig kognitiv störning då det kan vara ett förstadium till demenssjukdom och därför ett viktigt område att uppmärksamma för tidiga och förebyggande insatser. Hälsosamtalen kan vara en möjlighet att etablera kontakt och på så vis minska gapet mellan normalt åldrande och en person som har en diagnostiserad demenssjukdom [8].

Enkätfrågorna inkluderade inte beskrivning av hur kommunerna arbetat vidare med de individer som identifierats genom hälsosamtal. Det skulle utgöra ett viktigt kunskapsbidrag om effekten av insatsen.

#### 3.2.2.2. Volontärverksamheter och föreningar social isolering

Socialstyrelsen fördelade även under 2026 statsbidrag till insatser som förebygger och motverkar ofrivillig ensamhet. Bidraget kan sökas av ideella föreningar, stiftelser utan vinstsyfte samt

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 15 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

trossamfund och församlingar. Medlen ska användas till aktiviteter, mötesplatser och ideellt engagemang som stärker gemenskap, delaktighet och minskar social isolering. I Socialstyrelsens utvärdering säger organisationerna att det är svårt att nå målgruppen. Statsbidraget har bland annat finansierat aktiviteter i alla landets regioner, men de flesta mottagarna av bidraget som har genomfört aktiviteter är Stockholms län, Skåne och Västra Götaland [9] [8].

Vid samtal med en ideell förening påtalades att det är svårt att söka medel då det saknas kunskap och tid, att fylla i ansökan. Säfte kommun är ett av få goda exempel i Sverige där föreningar inte behöver stå ensamma när de vill utveckla sin verksamhet eller söka externa medel. Kommunen erbjuder ett "projektkontor" som ger konkret hjälp till ideella föreningar, företag och kommunala verksamheter. Säfte projektkontor ligger under Näringslivsenheten/Samhällsbyggnadsförvaltningen [10].

### 3.2.2.3. Föreningar och volontärverksamhet, Jönköpings län

"Ett uppsökande projekt mot ofrivillig ensamhet bland äldre" 2020-2023. Seniororganisationerna med flera aktörer samarbetade i ett projekt finansierat av Allmänna arvsfonden, med fokus uppsökande verksamhet mot ofrivillig ensamhet bland äldre i Jönköpings län. Projektet avslutades i augusti 2023, men hemsidan och information fanns kvar till december 2024 för att sprida goda exempel. Efter avslutningen överlämnades informationen till länets kommuner tillsammans med uppgifter till de 18 lokala arbetsgrupper som inom länet. Med följande innehåll:

"Vår förhoppning är att när du får kontakt med någon som känner sig ensam, som behöver hjälp för att själv ta sig ut och delta i sociala aktiviteter, då har du möjlighet att kontakta den lokala arbetsgruppen. De i sin tur kontaktar personen och försöker få henne/honom att bli delaktig i den gemenskap som erbjuds lokalt i kommunen. Det kan vara föreningsliv, cafébesök, motion, kyrkliga aktiviteter, kommunala träffpunkter eller annat [11].

### 3.2.3. Att påverka riskfaktorn svårigheter att nå vissa grupper med tidiga insatser

Öppna mötesplatser för äldre lyfts ofta fram som viktiga, men forskningen som finns är begränsad. Det betyder dock inte att mötesplatser är oviktiga. Det visar snarare att forskningen ännu inte är tillräckligt omfattande eller tillräckligt välgjord för att dra säkra slutsatser, även om positiva effekter mycket väl kan finnas. Ett verktyg som används är social förskrivning, det görs i Storbritannien, Tyskland, Irland, USA, Kanada, Australien, Singapore och Japan. I begreppet social förskrivning ingår sociala, kulturella eller fysiska aktiviteter. Tanken är att social förskrivning ska leda till att socialt umgänge eftersom ensamhet och social isolering är utbrett i Sverige.

#### 3.2.3.1. Evidensläget hur öppna mötesplatser påverkar äldres hälsa och effekten av social förskrivnings möjlighet att nå svårnådda äldre personer.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 16 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

Statens Beredning för medicinsk och Social utvärdering (SBU) publicerade en sammanställning av vetenskapliga studier om hur öppna mötesplatser påverkar äldres hälsa, livskvalitet och ensamhet, där konstaterade SBU att det saknas tillräckligt tillförlitliga studier som kan utvärdera effekterna av att besöka en öppen mötesplats men det innebär inte att insatsen mötesplatser saknar evidens, utan att det ännu inte finns tillräcklig forskning som uppfyller strikta vetenskapliga kriterier för att dra säkra slutsatser.

*SBU framhåller att kommunerna behöver arbeta mer:*

- Planerat och metodiskt när nya arbetssätt införs
- Att resultat följs upp

Kommunernas möjligheter att arbeta hälsofrämjande och i samverkan ses som särskild betydelse.

*Vid utformning av aktiviteter säger man:*

- Aktiviteter ska erbjudas som passar både kvinnor och män.
- Aktiviteter som äldre tycker är intressanta
- Tvärsektorielt samarbete mellan, till exempel folkhälsoexperter, äldre experter, beslutsfattare och samhällsplanerare
- Skapa platser där äldre känner sig inkluderade och som är trygg, hållbar och anpassade.

Studien kartlade litteratur om social förskrivning för äldre och systematiska översikter om svårnådda gruppers preferenser. Resultatet visade att det finns för få kontrollerade primär-studier för att genomföra en systematisk utvärdering av social förskrivning. Förstudien pekade även på att ett särskilt samhällsfokus behövs för att utforma, genomföra och föreskriva sociala insatser som intresserar både äldre kvinnor och män. Det framkom att män har andra preferenser än kvinnor när det gäller att ta del av öppna mötesplatser, och för äldre migranter saknas kunskap helt, vilket gör att inga systematiska översikter kan tas fram.

Sammantaget visar både resultaten 2023, *hur öppna mötesplatser påverkar äldres hälsa och 2025 års resultat från förstudie öppna mötesplatser och möjligheten att nå svårnådda äldre personer med fokus på social förskrivning*, att kunskapsläget fortfarande är otillräckligt, men att det finns tydliga behov, särskilt när det gäller svårnådda grupper och utformningen av sociala insatser som verkligen matchar äldres preferenser [12] [6].

### 3.2.3.2. Barn som anhöriga- evidensbaserade metoder

Barn som är anhöriga till en förälder eller närstående med sjukdom, funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa löper ökad risk för egen ohälsa. Forskning visar att tidiga, strukturerade och anpassade insatser kan minska negativa konsekvenser och stärka barns utveckling och välbefinnande. Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) har sammanställt ett antal evidensbaserade metoder och interventioner för barn som anhöriga. Metoderna syftar till att hjälpa barn att förstå och bearbeta sina upplevelser, stärka deras copingförmåga och främja en positiv utveckling. Insatserna kan genomföras individuellt eller i grupp och riktar sig både direkt till barnen och till familjen som helhet.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 17 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

Exempel på beprövade metoder är familjeinriktade samtalsmodeller, stödgrupper för barn, pedagogiska samtal anpassade efter ålder samt metoder som stärker samspelet mellan barn och föräldrar. Gemensamt för metoderna är fokus på delaktighet, trygghet, kontinuitet och att barnets perspektiv tydliggörs. Tillgång till dessa metoder är en viktig del i ett förebyggande arbete och bidrar till att uppfylla samhällets ansvar att tidigt identifiera och stödja barn som anhöriga [13].

### 3.2.4. Att påverka riskfaktorn bristande munhälsa

Munhälsa är prioriterat i den nationella demensstrategin eftersom den påverkar både näringsstatus, infektionsrisk, beteende och livskvalitet hos personer med demenssjukdom. Forskning visar att strukturerad munvård och teamrutiner förbättrar hälsa och välbefinnande, särskilt inom äldreomsorgen. I Socialstyrelsens vägledning finns tydliga beskrivningar av hur olika professioner kan arbeta tillsammans för att främja god munhälsa. Även vikten av att stödja anhöriga i detta. Det är också ett viktigt område för den fasta omsorgskontakten, som har en nyckelroll i att stödja den enskilde i vardagen och säkerställa att munvården blir en naturlig del av det dagliga omsorgsarbetet. I Socialstyrelsens ”vägledning för en god munhälsa hos personer med demenssjukdom” påtalas vikten av att inkludera tandvården i de multiprofessionella demensteamen, att personal och även biståndshandläggare har kunskap om munhälsans betydelse.

Folktandvården i Region Jönköpings har en mobil enhet som besöker både privata och kommunala boenden. Efter att tandhygienisten först har gjort sin munhälsobedömning. Istället för färdtjänst, väntetider och ledsagarassistans kan tandvården ges i en trygg närmiljö.

På Svenskt demenscentrums hemsida finns en grundläggande webbutbildning om munhälsa och munvård. Den vänder sig till dig som i ditt dagliga arbete möter personer som behöver stöd med sin munvård [17] [18].

#### 3.2.4.1. Munhälsa, äldre personers upplevelser - vårdpersonals attityder och kunskaper

Snögren (2024) visar i sin forskning att äldre personer beskriver sig som experter på sina egna upplevelser av munhälsa, och att när deras erfarenheter delas med personalen skapas bättre förutsättningar för individanpassad munvård. Personkännedom lyfts fram som centralt för att kunna utföra munvård på någon annan. Den byggs genom att personalen är närvarande, förutser behov och är pålästa om både munhälsa och den enskilda personen, hon påtalar vikten av personcentrerad vård. Samtidigt beskrivs brister i den kommunala äldreomsorgen, där bland annat tidsbrist, personalbrist och kunskapsbrist försvårar möjligheten att ge god munvård i vardagen. I palliativ vård upplevs samarbetet kring munvård fungera bra, vilket visar att mer strukturerade arbetssätt kan göra skillnad, bland annat rekommenderas att kompetensutveckling kring munhälsa sker genom en kombination av digital utbildning och praktiska övningar, eftersom denna kombination beskrivs av vårdpersonalen som ett sätt att stärka både teoretisk och praktisk kunskap [19].

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 18 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

### 3.2.5. Att påverka riskfaktorn hörselnedsättning

Barn: När Esther är barn ligger ansvaret hos familj, skola och samhälle för att skydda hörseln, till exempel genom att begränsa skadlig ljud- och bullerexponering.

Vuxen: Som vuxen delas ansvaret mellan Esther själv och arbetsgivaren, där arbetsgivaren ansvarar för att förebygga buller i arbetsmiljön. Vid misstänkt hörselnedsättning ansvarar hälso- och sjukvården för utredning, diagnos och utprovning av hjälpmedel.

Äldre: När Esther blir äldre ansvarar hälso- och sjukvården för fortsatt medicinsk uppföljning och hjälpmedel. Underhåll och användning av hörhjälpmedel ligger hos Esther, men om hon inte förmår kan ansvaret behöva stödjas eller tas över av hemtjänst (fast omsorgskontakt) eller annan kommunal personal.

## 4. KOMMUNERS DELTAGANDE I FORSKNING

Länets kommuner deltar i flera pågående forskningsprojekt. Deltagande i forskning stärker kommunernas omsorgsverksamheter genom att bidra till en kunskapsbaserad verksamhet som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. Genom medverkan i forskningsprojekt får verksamheterna tillgång till aktuell kunskap, strukturerad uppföljning och metoder för systematiskt lärande, vilket stärker kvalitet och utvecklingsförmåga. Samtidigt ökar förutsättningarna för att omsätta forskningsresultat i praktiken och att utveckla arbetssätt som möter framtida behov hos kommuners målgrupper.

### 4.1. Johansson, L., m.fl. (2022–2026). *Yngre personer med demenssjukdom Forskningsprojekt.*

*Jönköping: Jönköping University.*

Frågeställningen i studien är, hur är vården och omsorgen organiserad för yngre personer med demenssjukdom? 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. Linda Johansson är ansvarig forskare och Studien genomförs inom ramen för forskningsområdet *Ålder och åldrande* vid Jönköping University och pågår mellan 2022 och 2026 (Johansson et al. 2022-2026) [20].

### 4.2. *Uppsala universitet 2024-2027 Demens vid intellektuell funktionsnedsättning Fortbildning och verktyg – Tidiga tecken*

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 19 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

Som en del av det nationella kunskapsstödet kring demensutveckling hos personer med intellektuell funktionsnedsättning (IF) har FoU-S och Region Uppsala, i samarbete med Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset, tagit fram utbildningsmaterial och föreläsningar för personal inom LSS-verksamheter.

En av de centrala utbildningarna är en föreläsning med Karl Olsson, legitimerad psykolog, specialist i neuropsykologi och doktorand vid Uppsala universitet. Föreläsningen spelades in den 7 november 2024 och är en del av Samverkanswebbens fortbildningsserie [21].

Innehållet fokuserar på:

- hur demensutvecklingen hos personer med IF skiljer sig från utvecklingen hos personer utan IF,
- vilka tidiga tecken som bör föranleda en demensutredning,
- samt hur kommunikation, bemötande och miljöanpassningar kan utformas för att ge trygghet och kontinuitet.

I anslutning till utbildningen används kartläggningsverktyget Tidiga tecken, som är utvecklat av Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NKA) och Demenscentrum i samarbete med Uppsala universitet. Verktyget används av personal i gruppboenden och serviceboenden för att systematiskt observera och dokumentera förändringar i beteende, kommunikation, minne och vardagsfärdigheter hos personer med IF. Syftet är att upptäcka kognitiva förändringar tidigt, initiera vidare utredning i samverkan med habilitering och primärvård, och ge underlag för anpassade stödinsatser. Metoden stärker ett kunskapsbaserat och personcentrerat arbetssätt, där personalens observationer blir en del av helhetsbedömningen. Användningen av Tidiga tecken bidrar också till ökad kvalitet och jämlikhet i stödet till personer med IF och deras anhöriga, och fungerar som ett konkret exempel på hur forskningsresultat från Uppsala universitet omsätts i praktisk verksamhetsutveckling [22] [23].

## 5. INDIKATORER SOM KUNSKAPSKÄLLOR TILL LÄRANDE UPPFÖLJNING INOM ÄLDREOMSORG

### 5.1. Nivåstrukturering av indikatorer för uppföljning och kvalitet.

Det finns flera vedertagna sätt att dela in indikatorer i olika typer. Genom att följa vedertagna indikatorer systematiskt över tid får kommuner ett gemensamt och tillförlitligt underlag för att bedöma kvalitet, resultat och utveckling inom äldreomsorgen. Det möjliggör tidig identifiering av behov, jämförelser över tid och med andra verksamheter samt ett mer träffsäkert beslutsfattande. Sammantaget stärker detta förutsättningarna för en kunskapsbaserad äldreomsorg med fokus på kontinuerlig förbättring och likvärdighet.

I denna förstudie har indelningen processindikatorer, registerbaserad uppföljning och resultatindikatorer.

Här följer således en beskrivning av strukturindikatorer och processindikatorer som kan utgöra kunskapskällor för en kunskapsbaserad äldreomsorg inom demensområdet. Processindikatorerna

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 20 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

kan delas in i individnära processer, registerbaserad uppföljning (systemets följsamhet) samt resultatindikator (det utfall processerna leder till)

### Strukturindikatorer (exempel).

- Andel personal med demensutbildning (t.ex. Silviasyster/Silviahemmet-modell eller motsvarande)
- Andel personal med relevant grundutbildning för uppdraget (t.ex. undersköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, socionom – beroende på roll)
- Andel enheter som är stjärnmärkta/certifierade (t.ex. Svenskt Demenscentrum eller annan kvalitetssäkring)
- Tillgång till multiprofessionellt demensteam (andel enheter/områden med team)
- Tillgång till kvalitetsregister (t.ex. SveDem, BPSD, Senior alert) – tekniskt och organisatoriskt (andel enheter)
- Tillgång till AKK-hjälpmiddel och kompetens (andel enheter)
- Andel personal utbildade i bemötande och kommunikation (inkl. AKK/alternativ och kompletterande kommunikation)
- Andel personer med annat modersmål som erbjuds stöd på sitt språk (tolk/ flerspråkig kompetens/ kulturanpassning)

### Processindikatorer – individnära processer (det vi gör i vardagen) (exempel).

- Andel personer med demenssjukdom som har en aktuell genomförandeplan (uppdaterad inom angiven tid)
- Andel personer med demenssjukdom som har en levnadsberättelse (upprättad + använd i planering)
- Andel personer med registrerad BPSD-skattning och dokumenterad åtgärdsplan (inte bara skattning)
- Andel personer med upprättad SIP när samordning krävs
- Andel personer som fått kognitiv utredning enligt rekommenderat förlopp (alt. "andel med fullständig basal utredning" beroende på nivå)
- Andel anhöriga som erbjudits och/eller fått stödinsatser/avlastning + information/utbildning
- Andel personer med genomförd läkemedelsgenomgång (regelbundet) och uppföljning av antipsykotiska/lugnande (om aktuellt)
- Andel med genomförda riskbedömningar i Senior alert (nutrition, fall, trycksår, munhälsa) OBS: detta är process (screening/bedömning)
- Andel personer med dokumenterad plan för meningsfull aktivitet och social delaktighet (t.ex. "hälsosamtal/aktivitetsplan mot ensamhet", social förskrivning, dagverksamhet) – process
- Andel personer där begränsningsåtgärder/tvång inte används – eller där varje förekomst är beslut, tidsbegränsad, motiverad och uppföljd (du kan mäta som "andel utan" eller "andel med korrekt rutin")

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 21 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

*Processindikatorer – registerbaserad uppföljning (systemets följsamhet) (exempel).*

- Andel/antal registrerade i SveDem
- Andel med uppföljning registrerade
- Andel med fullständig basal utredning
- Andel riskbedömningar med kopplad åtgärdsplan BPSD-registret (dvs. risk → åtgärd).
- Andel åtgärdsplaner som följs upp i tid BPSD-registret (åtgärd → uppföljning).

*Resultatindikatorer (utfall – vad det leder till) (exempel).*

- Förändring i genomsnittligt NPI-totalpoäng per boende över tid
- NPI-total (symtomnivå/psykiatriska symtom)
- Fallfrekvens (t.ex. fall per 1000 vård dygn eller per månad)
- Förekomst av trycksår (andel med trycksår, grad 2–4)
- Undernäring/vikt nedgång (andel med risk/undernäring eller faktisk vikt nedgång – definiera tydligt)
- Munhälsoutfall (t.ex. försämrade munhälsa/ROAG-nivå, eller andel med åtgärdad munhälsorisk – beroende på vad ni kan mäta)
- Läkemedelsrelaterade utfall (t.ex. andel med olämpliga läkemedel, andel med antipsykotiska utan indikation/uppföljning)
- Boendekontinuitet (t.ex. personalomsättning, andel pass med känd personal, eller kontinuitetsindex)
- Anhörignöjdhet (enkät)
- Personens upplevda trygghet/ livskvalitet (om ni mäter – t.ex. enkät, kvalitativa skattningar)

### 5.1.1. Exempel på lokal tillämpning av indikatorerna - Helsingborgs stad

Helsingborgs stad har en strategisk åtgärdslista till sin demensplan 2020-2025. Den är ett strategiskt dokument för verksamheterna kan följa och som är mycket bra och översiktligt.

*Strukturindikatorer – det är majoriteten av de mått som följs i Helsingborgs stad*  
 Detta är formuleringar som beskriver kapacitet, kompetens, system och organisation ("att det finns..."):

- "Planera in kognitivt anpassade platser vid nyproduktion
- "All personal ska ha grundläggande utbildning..." (Demens ABC, Nollvision, Kommunikations ABC, BPSD-webbutbildning)
- "Erbjuda personal ... reflektionstid och/eller handledning"
- "Stjärnmärka eller Silviahemscertifiera..."
- "Säkerställa att det finns två eller fler BPSD-administratörer på varje enhet"

Varför struktur: Detta är förutsättningar och systemstöd, inte mätning av att en åtgärd genomförs hos individen.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 22 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

*Processindikatorer – de finns, men är färre och ofta ”åtgärdsformulerade”*  
Här beskriver listan aktiviteter/ arbetssätt som ska göras (”identifiera”, ”använda”, ”arbeta med ... i det dagliga arbetet”):

- ”Identifiera risker ... genom standardiserade bedömningsinstrument”
- ”Använda bedömningsinstrument för ADL-aktiviteter och förflyttning”
- ”Anpassad träning för fysisk aktivitet ska framgå i dokumentationen/genomförandeplanen för Sol och HSL”
- ”Arbeta med BPSD-registret och Senior alerts bedömningar och åtgärder som en del i det dagliga arbetet ... (vårdboende/hemvård)”

Varför process: Detta är det faktiska arbetet som ska ske (bedöma, dokumentera, arbeta med register i vardagen).

*Resultatindikatorer – nästan inga (och de är indirekta)*  
Listan har mycket lite som är tydligt formulerat som utfall för person/anhöriga (t.ex. fall, BPSD-nivå, trygghet, ensamhet). Varför ”nästan resultat”: Ordet effekt pekar mot utfall, men dokumentet anger inte vilka utfallsmått som avses (kunskap, BPSD, fall, anhörignöjdhet etc.), så det blir inte en ren resultatindikator utan mer en utvärderingsaktivitet.

Däremot finns punkter som kan ses som uppföljning/effekt på systemnivå:

- ”Utvärdera effekten av Stjärnmärkts utbildningarna jämfört med Silviahemscertifiering” [24].

## 6. PERSONENS KUNSKAP OCH ERFARENHET SOM KUNSKAPSKÄLLA - PERSONCENTRERAD VÅRD OCH OMSORG

Personcentrerad vård och omsorg leder till insatser som utgår från individens behov, resurser och livssituation leder till bättre hälsoutfall, ökad kvalitet och större delaktighet. En central del i detta är att ta tillvara individens egna erfarenheter om sina behov, preferenser och mål, i samspel med professionell och vetenskaplig kunskap. Sammantaget stärker personcentrering både den professionella kvaliteten och omsorgens träffsäkerhet samt bidrar till en jämlik och hållbar äldreomsorg. Dessa källor till kunskap ingår i den modell för evidensbaserad praktik som nämndes inledningsvis.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 23 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass



I Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025–2028 tydliggörs att vård och omsorg ska utgå från individen. Strategins första mål slår fast att: *”Socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens insatser för personer som har en demenssjukdom ska vara anpassade efter den enskildes förutsättningar och behov”* [25].

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer står: ”Långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för personal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom, åtgärden har effekt på BPSD hos personer med demenssjukdom. Åtgärden är också en förutsättning för att vård- och omsorgspersonal ska kunna erbjuda en personcentrerad vård och omsorg till personer med demenssjukdom” det har prioritering 1. [26].

Personcentrerad omvårdnad är ett begrepp och förhållningssätt som ofta nämns i olika sammanhang när man diskuterar god vårdkvalité, men vad innebär det egentligen?

Personcentrerad omvårdnad grundar sig i Tom Kitwoods teori om att vi som vårdar ska se och utgå från personen vi vårdar och inte dennes sjukdom. Vård och omsorg för personer med demenssjukdom ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt. Det innebär att fokus ligger på hela människan – hennes livshistoria, behov, resurser och erfarenheter – och inte enbart på sjukdomen eller dess symtom. Personcentrering förutsätter att personal inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst möter personen med demens utifrån dennes egen upplevelse av sin situation. Arbetet bygger på respekt för självbestämmande, integritet och rättigheter, samt en strävan att förstå vad som är bäst för personen ur ett individuellt perspektiv. Den personcentrerade vården innebär också att personen ses som en aktiv samarbetspartner i den mån det är möjligt. Personens känsla av sammanhang, trygghet och delaktighet bekräftas, och vården anpassas kontinuerligt utifrån förändrade behov över tid. För att personcentrering ska bli verklighet behöver även personens sociala nätverk involveras. Anhöriga och närstående utgör ofta en central del av personens liv och erfarenheter och är därför viktiga medskapare i vård och omsorg.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 24 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

### Personcentrering enligt Tom Kitwood

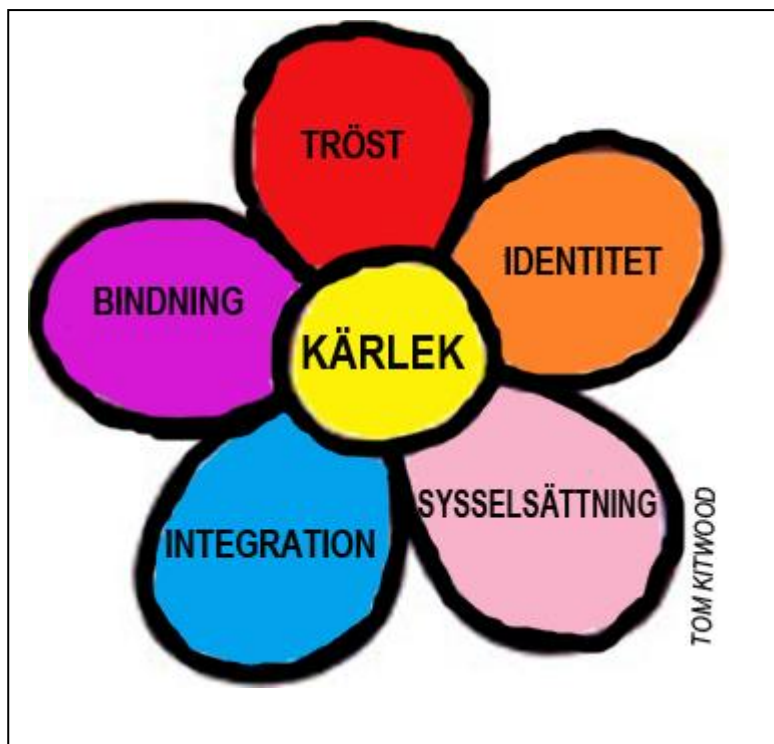
Personcentrering inom demensvård bygger på förståelsen av att personen alltid är mer än sin sjukdom. Tom Kitwood betonade att demens inte enbart är ett medicinskt tillstånd, utan formas i samspelet mellan individen och omgivningen. Hur en person blir bemött, förstådd och bekräftad påverkar i hög grad hur symtom uttrycks och hur välbefinnandet utvecklas över tid.

Enligt Kitwood handlar personcentrerad vård om att upprätthålla personens **personhood** – det vill säga känslan av identitet, värde och mänsklig värdighet – även när kognitiva förmågor sviktar. Detta förutsätter att vård och omsorg utgår från relationer, kontinuitet och ett genuint intresse för personens livsberättelse, vanor och behov.

Kitwood lyfte särskilt fram vikten av att motverka det han kallade *malign socialpsykologi*, där stress, tidsbrist eller bristande förståelse riskerar att leda till att personen osynliggörs eller reduceras till sina symtom. I stället behöver vård och omsorg präglas av respekt, empati och ett medvetet stödjande förhållningssätt.

Personcentrering enligt Kitwood innebär därför inte en enskild metod eller åtgärd, utan ett sätt att tänka och arbeta där relationen mellan personal och person med demens är central. Det kräver tid, reflektion och organisatoriska förutsättningar som möjliggör ett mänskligt och hållbart arbetssätt i vardagen [27].

Nedan visas bilden på Kitwoods blomma.



Runt personen finns **sex kronblad**, som representerar grundläggande mänskliga behov:

1. **Tröst (Comfort)**  
– att känna sig trygg, lugn och emotionellt hållen
2. **Identitet (Identity)**  
– att bli sedd som den man är, med sin livshistoria
3. **Inkludering (Inclusion)**  
– att få vara del av ett sammanhang och gemenskap
4. **Sysselsättning (Occupation)**  
– att göra något meningsfullt, känna sig behövd
5. **Anknytning (Attachment)**  
– att ha nära relationer och känna tillit
6. **Kärlek (Love)**  
– att bli bemött med värme, respekt och omtanke [27].

Figur: Createlife. Musikterapi i äldrevården

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 25 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

*“Dementia is not just a neurological condition; it is an experience that is shaped by relationships.”*  
(Kitwood, 1997)

#### 6.1. Esther – bakom siffrorna i tabellen: en reflektion

Mätningar och uppföljningar på gruppnivå och genom standardiserade sätt att följa upp står inte i motsatsförhållande till den kunskap som kan synliggöras genom en enskild persons berättelse och levda erfarenhet och dess kunskap om verksamhetens insatser och hur det upplevs.

När vi tittar på tabellen med Esther-indikatorer ser vi procenttal, målvärden och uppföljningsintervall. Men för Esther är det inte siffror som avgör om dagen blir bra eller svår. För henne handlar det om hur det känns att vakna, hur hon blir bemött och om vardagen går att förstå. Esther ser inte om personalen är stjärnmärkt eller hur många som gått en utbildning. Men hon märker om personalen känner igen henne. Om de vet vad som lugnar henne när hon blir orolig. Om samma personer kommer tillbaka dag efter dag, så att hon slipper möta nya ansikten hela tiden.

När systemindikatorerna fungerar – utbildning, handledning, tid för reflektion – då märker Esther det i form av lugnare möten och färre situationer där hon blir rädd eller missförstådd. När de inte fungerar, märks det också. Då kan hennes oro öka, hennes beteenden bli svårare, och vardagen mer kaotisk.

Processindikatorerna beskriver det som händer runt Esther. Att hennes oro faktiskt uppmärksammas. Att någon tar sig tid att förstå varför hon vandrar, varför hon ropar, varför hon blir arg eller ledsen. En BPSD-skattning är inte ett formulär för Esther – det är ett tecken på att någon försöker förstå henne, inte bara hantera henne. Och när åtgärder följs upp betyder det att man inte ger upp, utan justerar tills det fungerar bättre för henne.

Resultatindikatorerna är de som kommer närmast Esthers egen upplevelse. När NPI-poängen sjunker betyder det inte bara färre symtom i ett register. Det betyder färre stunder av stark oro. Färre tillfällen där hon känner sig hotad eller överväldigad. Mer utrymme för lugna stunder, kanske till och med glädje.

När användningen av antipsykotiska och andra olämpliga läkemedel minskar kan Esther känna sig klarare, mindre trött och mer närvarande i sitt eget liv. Det är inte alltid synligt i rapporterna – men det är tydligt i hennes vardag.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 26 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

Esther-indikatorer – system, process och resultat (med målvärden)						
Nivå (Esther-logik)	Indikator	Definition (vad mäts)	Datakälla	Målvärde 2026	Uppföljning	Ansvar (SoL/HSL)
Systemindikator	Andel personal med grundläggande demensutbildning	Andel tillsvidareanställd personal som genomgått Demens ABC eller motsvarande	HR-system	≥ 90 %	Årligen	SoL
Systemindikator	Andel personal med fördjupad demenskompetens	Andel personal med BPSD-utbildning, Silviautbildning eller motsvarande	HR-system	≥ 30–40 %	Årligen	SoL/HSL
Systemindikator	Tillgång till handledning/reflektion för personalen	Andel enheter med strukturerad handledning/reflektion i demensvård minst X ggr/år	Verksamhets uppföljning	100 % av enheter	Årligen	SoL/HSL
Systemindikator	Andel Stjärnmärkta enheter	Andel särskilda boenden som är Stjärnmärkta eller motsvarande certifiering	Svenskt Demenscentrum / lokal uppföljning	≥ 80 %	Årligen	SoL
Processindikator – individnivå	Andel personer med BPSD-skattning	Andel personer med demenssjukdom med genomförd NPI-skattning	BPSD-registret	≥ 90 %	Kvartalsvis	HSL
Processindikator – individnivå	Andel med BPSD-åtgärdsplan	Andel NPI-skattningar som följs av dokumenterad åtgärdsplan	BPSD-registret	≥ 90 %	Kvartalsvis	SoL/HSL
Processindikator – individnivå	Andel uppföljda åtgärdsplaner	Andel BPSD-åtgärdsplaner som följs upp inom fastställd tid	BPSD-registret	≥ 80 %	Kvartalsvis	SoL/HSL
Processindikator – registerbaserad	Täckningsgrad i BPSD-registret	Andel personer med demenssjukdom som är registrerade i BPSD-registret	BPSD-registret	≥ 85–90 %	Kvartalsvis	HSL
Processindikator – registerbaserad	Uppföljningsgrad i BPSD-registret	Andel registrerade personer med dokumenterad uppföljning	BPSD-registret	≥ 75–80 %	Kvartalsvis	HSL
Resultatindikator (Esther-utfall)	Andel med minskad eller stabil NPI-poäng	Andel personer där NPI-totalpoäng minskat eller inte ökat mellan mätillfällen	BPSD-registret	≥ 60–70 %	Halvårsvis	HSL
Resultatindikator (Esther-utfall)	Förändring i genomsnittlig NPI-poäng per boende	Jämförelse av genomsnittlig NPI-totalpoäng per boende över tid	BPSD-registret	Negativ trend (minskning)	Årligen	HSL (analys) / SoL (åtgärd)
Resultatindikator (Esther-utfall)	Behandling med antipsykotiska läkemedel vid demens	Förändring i andel personer med demenssjukdom som behandlas med antipsykotiska/lugnande läkemedel	Läkemedelsgenomgång / journal / Senior alert / BPSD	≤ 5 %	Årligen	HSL

### Exempel: Kommunal utveckling Jönköpings län

Tabellen hjälper oss att se om systemet fungerar. Men den kan aldrig fullt ut beskriva hur det är att vara Esther. Därför måste siffrorna alltid tolkas tillsammans med berättelser, professionell erfarenhet och mötet med den enskilda människan. För Esther är god kvalitet inte att alla rutor är ifyllda. Det är att vardagen känns tryggare än igår.

Det är först när våra indikatorer nått målvärden som även Esther i sin vardag kommer märka skillnad.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 27 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

### 6.2. Verktyg för personcentrering - Genomförandeplan

En genomförandeplan är ett praktiskt arbetsdokument som beskriver hur ett beviljat bistånd ska utföras av utföras i vardagen, utifrån individens behov, vanor och önskemål. När den enskildes behov förändras ska detta dokumenteras och genomförandeplanen uppdateras.

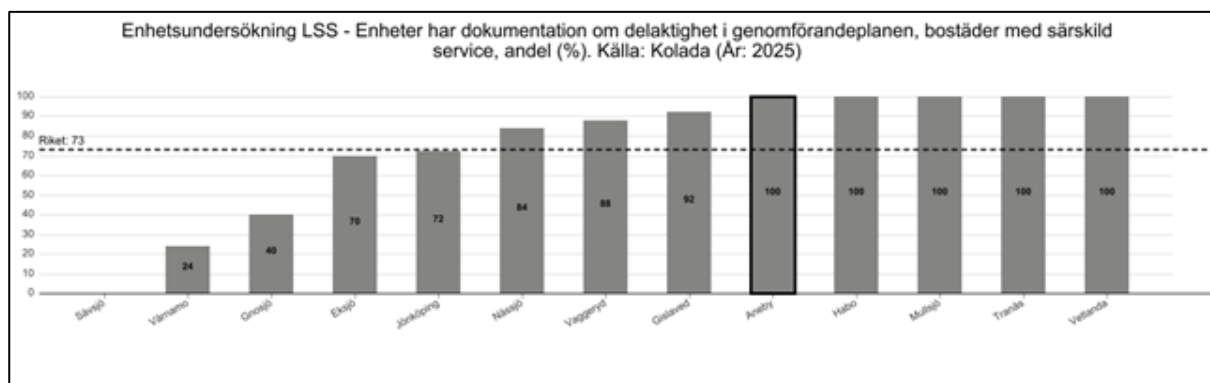
Nationell demensstrategi betonar att personer med demens ska ges möjlighet till delaktighet och inflytande i planering och genomförande av vård och omsorg, utifrån sina förutsättningar och genom hela sjukdomsförloppet. Delaktighet är en central del av personcentrerad, jämlik och rättssäker vård. Genomförandeplanen är det huvudsakliga verktyget för att säkerställa denna delaktighet i praktiken. Planen ska tas fram tillsammans med den enskilde och vid behov med närstående, och beskriva hur beviljade insatser ska genomföras på ett sätt som utgår från individens behov, resurser och önskemål. När den kognitiva förmågan förändras behöver delaktigheten anpassas, men inte upphöra. I linje med Socialtjänstlagen och nationella riktlinjer ska genomförandeplanen följas upp och revideras vid förändrade behov. Andelen genomförandeplaner där den enskildes delaktighet är dokumenterad utgör därför en viktig indikator på i vilken utsträckning intentionerna i demensstrategin omsätts i praktiken [39]

### 6.3. Uppföljningsmått för personcentrering - enhetsundersökningen

#### 6.3.1. Enhetsundersökning LSS

I enhetsundersökningen ingår indikatorn "Enheter har dokumentation om delaktighet i genomförandeplanen, bostäder med särskild service, andel (%)"  
Med delaktighet i genomförandeplanen menas här möjlighet att utöva inflytande vid upprättande eller förändring av genomförandeplanen. Dokumentation om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet. På kommunnivå anses andel (%) enheter som uppfyllt indikatorn, dvs Ja. På enhetsnivå är Ja=2, Ja för några=1, Nej=0. Källa: Socialstyrelsens Enhetsundersökning LSS.

Utförare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 28 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass



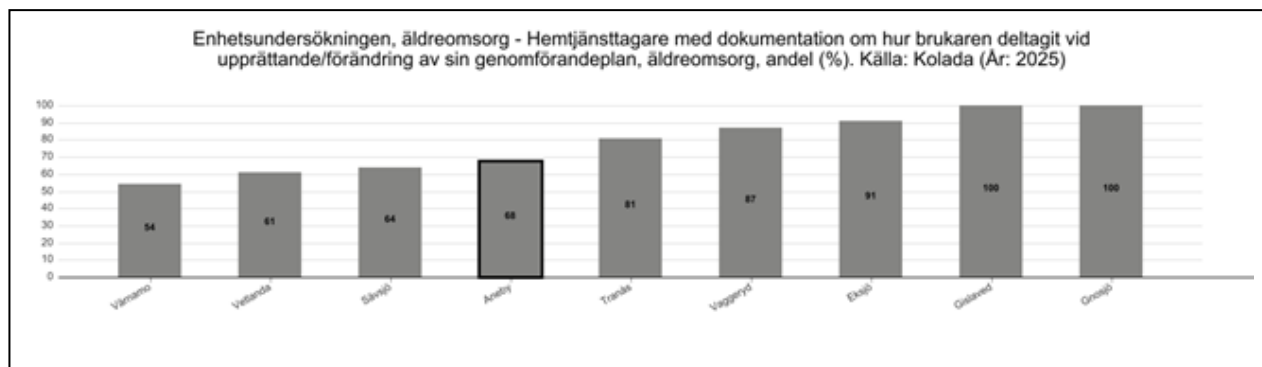
Dokumentation av delaktighet i genomförandeplanen inom LSS är en grundförutsättning för personcentrerad vård och omsorg. När den enskilde är delaktig i planering och uppföljning skapas bättre förutsättningar för insatser som utgår från individens behov, önskemål och livssituation. Skillnaderna mellan enheter visar att graden av dokumenterad delaktighet varierar, vilket innebär att förutsättningarna för personcentrerad vård inte är likvärdiga i alla verksamheter.

### 6.3.2. Enhetsundersökningen, äldreomsorg

I enhetsundersökningen ingår indikatorn "Hemtjänsttagare med dokumentation om hur brukaren deltagit vid upprättande/förändring av sin genomförandeplan, äldreomsorg, andel (%)".

Antal personer 65 år och äldre med en aktuell genomförandeplan med dokumentation om hur den enskilde deltagit vid upprättade/förändring i planen delat med antal personer 65 år och äldre med hemtjänst. Med aktuell menas att planen ska vara upprättad alternativt följts upp under de sex senaste månaderna. Källa: Socialstyrelsens kommun- och enhetsundersökning.

ID: U21554



Dokumentation av delaktighet i genomförandeplanen är en grundförutsättning för personcentrerad vård och omsorg. När den enskilde är delaktig i planering och uppföljning skapas bättre förutsättningar för insatser som utgår från individens behov, önskemål och livssituation.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 29 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

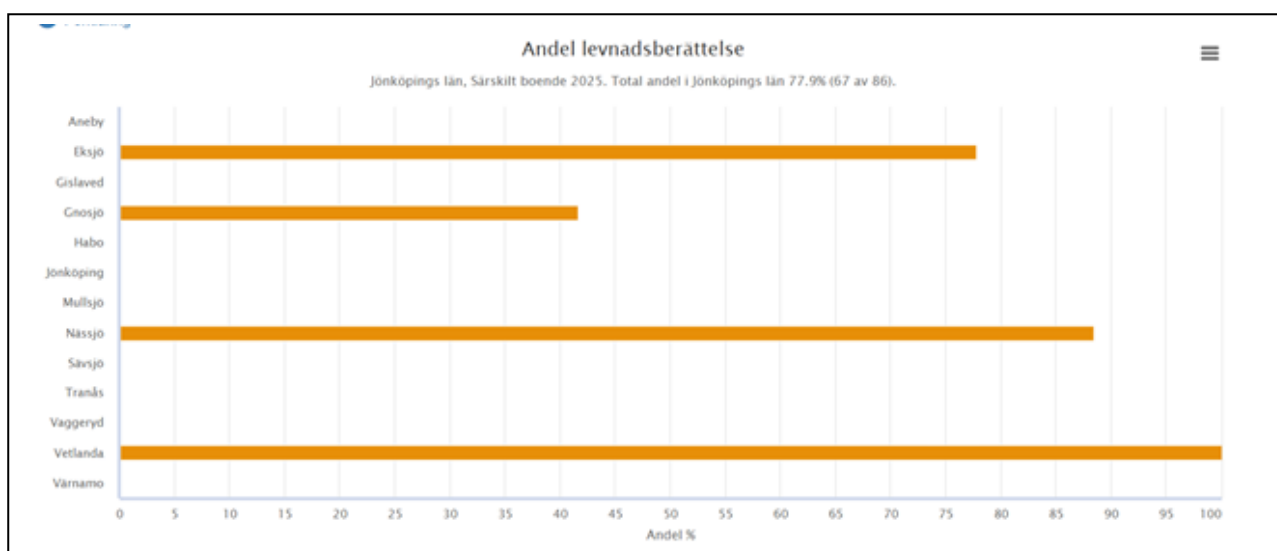
Skillnaderna mellan enheter visar att graden av dokumenterad delaktighet varierar, vilket innebär att förutsättningarna för personcentrerad vård inte är likvärdiga i alla verksamheter.

#### 6.4. Verktyg för personcentrering - Levandeberättelse

Nationell demensstrategi lyfter fram att vård och omsorg för personer med demens ska vara personcentrerad, vilket innebär att insatserna ska utgå från individens livshistoria, vanor, relationer och värderingar. Levnadsberättelsen är ett centralt verktyg för att omsätta detta i praktiken. Socialstyrelsen nämner i ” Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – En modell för mångprofessionell samverkan ” att levandeberättelsen även kan användas som ett verktyg vid en SIP, för att lära känna personen.

Genom levnadsberättelsen får personalen kunskap om vem personen är bakom sjukdomen. Detta är särskilt viktigt vid demens, där förmågan att uttrycka behov och önskemål kan minska över tid. Strategin betonar att personens identitet ska bevaras och respekteras genom hela sjukdomsförloppet, och att vården ska anpassas efter individens förutsättningar snarare än efter standardlösningar. Levnadsberättelsen tas fram i dialog med den enskilde och tillsammans med närstående. Den ska användas aktivt i vardagen och uppdateras när behov och livssituation förändras. På så sätt bidrar levnadsberättelsen till delaktighet, kontinuitet och värdighet, i enlighet med demensstrategins mål om en sammanhållen och jämlik vård och omsorg. Levandeberättelse har använts i många år inom äldreomsorgen och är ett vedertaget verktyg.

Alla kommuner/ verksamheter inom Jönköpings län är inte anslutna/ använder inte SveDem, därför är inte registret relevant för uppföljning.



Källa: SveDem

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

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 30 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B 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.

I Sävsjö kommun finns levandeberättelse som en e-tjänst, på sin hemsida. Förstudien har inte undersökt om fler kommuner arbetar på samma sätt, ej heller om utformningen av levandeberättelsen som används är likvärdig över Jönköpings län.

## 7. SYSTEMATISKA SJÄLVSKATTNINGAR SOM KUNSKAPSKÄLLA

Systematiska självskattningar på verksamhetsnivå synliggör professionell och organisatorisk erfarenhet och gör den möjlig att följa över tid. I kombination med vetenskaplig kunskap och andra uppföljningsdata bidrar detta till en kunskapsbaserad socialtjänst med ökad kvalitet, transparens och lärande. Självskattningar stödjer därmed ett mer medvetet och evidensnära förbättringsarbete. Självskattning kan utgöra grunden till en läges- och behovsanalys.

Skatta läget togs fram av SKR som ett digitalt verktyg att skatta socialtjänstens nuläge inför ny socialtjänstlag. Syftet är att ge en överblick styrkor och utmaningar inom olika verksamhetsområden. Syftet med Skatta läget är enligt SKR att ge en överblick över nuläge och behov, bidra till samsyn och gemensam förståelse, vara ett stöd i planeringen för arbetet med reviderad socialtjänstlag framåt samt ge underlag inför Socialstyrelsen insamling av lägesbilder.

Verktyget togs fram 2024 och skattningarna är indelade i fyra avsnitt:

- Styrning och ledning
- Förebyggande och lätt tillgänglig
- Jämlik och jämställd
- Kunskapsbaserad

Skatta läget - **Resultatet i Jönköpings län**, avsnittet Kunskapsbaserad socialtjänst

Här följer en redovisning av länets kommuners "Skatta läget" I länet har 12 av 13 kommuner använt verktyget. Först redovisas resultatet inom funktionshinderomsorg/LSS och därefter Äldreomsorg. Redovisningen har urvalet frågeställningar från avsnittet "Kunskapsbaserad", det vill säga avsnitt fyra ovan. Verksamheterna skattade sitt eget läge från 0-3.

0 = Vi har inte börjat/instämmer inte alls

1 = Vi har precis påbörjat arbetet/instämmer delvis

2 = Vi har kommit en bit på väg/instämmer till stor del

3 = Vi gör det här, men vi behöver hålla i/instämmer helt

X = Ej relevant för oss

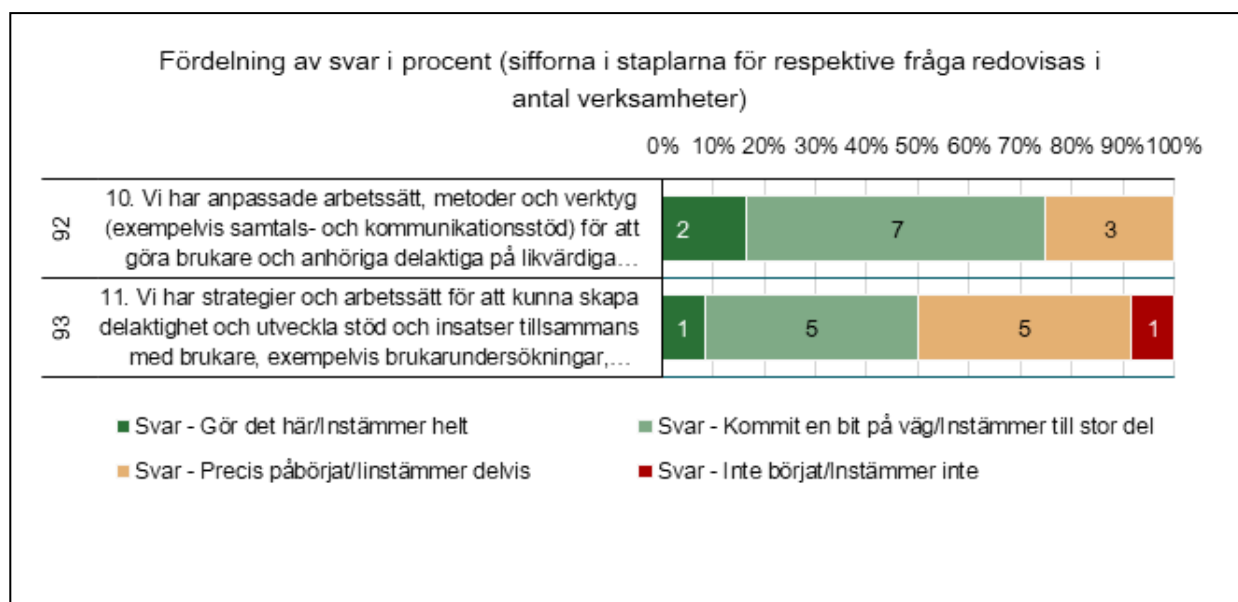
Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 31 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

?= Vet ej

Redovisningen nedan inkluderar påståendena i Skatta läget som rör: Involvera brukare, Utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet, Utveckla en lärande organisation samt Utveckla lokal kunskap

### 7.1. Funktionshinderomsorg/LSS kunskapsbaserat arbetssätt. Jönköpings län

#### 7.1.1. Involvera brukare



Uppföljningen visar att verksamheterna i Jönköpings län i hög grad strävar efter att arbeta kunskapsbaserat när det gäller att involvera brukare och anhöriga. Resultaten indikerar dock tydliga skillnader mellan delaktighet på individnivå och delaktighet på verksamhetsnivå.

#### Delaktighet på individnivå

På fråga 10, som mäter användningen av anpassade arbetssätt, metoder och verktyg för att göra brukare delaktiga utifrån sina individuella behov, uppger majoriteten att de antingen helt eller till stor del arbetar strukturerat med detta. Endast tre verksamheter anger att de befinner sig i ett tidigt skede. Detta visar att det finns en relativt god grund för individuell delaktighet, exempelvis genom samtalsstöd, bildstöd, levnadsberättelser och anpassad kommunikation. Detta område uppvisar en relativt hög mognadsgrad, vilket är centralt för evidensbaserad praktik där brukarens röst är en av tre hörnstenar.

#### Delaktighet på verksamhetsnivå

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 32 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

Fråga 11 visar däremot en betydligt större spridning. Flera verksamheter befinner sig endast i startfasen eller har ännu inte påbörjat arbetet med strategier för samskapande och delaktighet på en övergripande nivå. Endast en verksamhet bedömer att de arbetar systematiskt med t.ex. brukarundersökningar, brukarrevisioner, tjänstedesign eller brukarresor. Detta indikerar ett utvecklingsområde där strukturer, strategier och långsiktiga arbetssätt behöver stärkas för att brukarna ska bli delaktiga i utvecklingen av verksamhetens stöd och insatser.

### Sammanvägd bedömning

Sammantaget visar resultaten att verksamheterna har kommit längre i att involvera brukare i det dagliga och individuella stödet, men att den systematiska involveringen på verksamhetsnivå ännu är ojämn och i många fall outvecklad. För att fullt ut arbeta kunskapsbaserat behöver både individens erfarenheter och brukarnas gemensamma perspektiv användas som grund för utveckling och beslut.

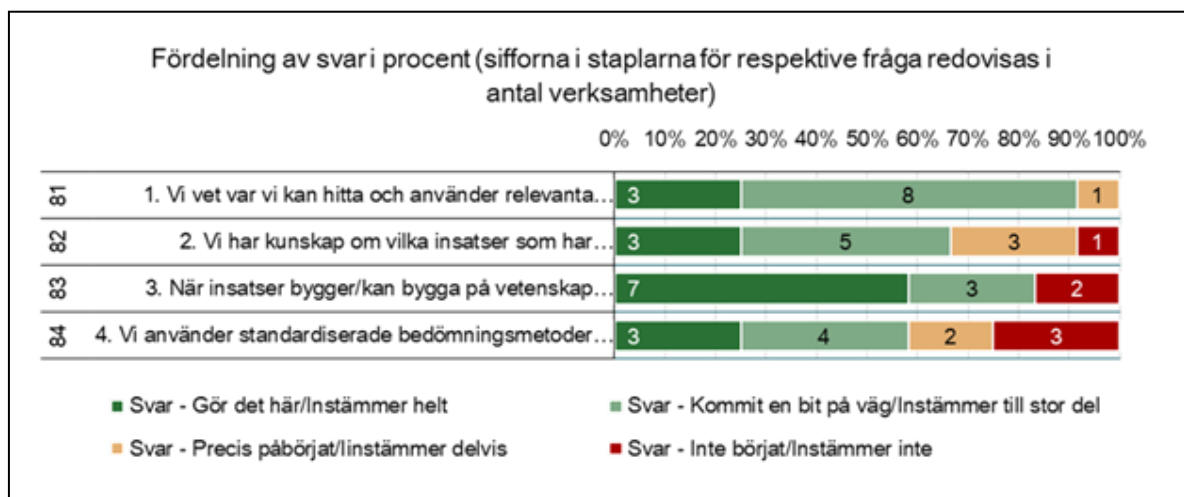
Det finns ett tydligt behov av att:

- etablera gemensamma strategier för brukardelaktighet
- skapa strukturer som säkerställer kontinuerlig dialog och samskapande
- stärka kompetens och trygghet i metoder som brukarrevision, tjänstedesign och delaktighetsprocesser
- följa upp och jämföra resultat över tid

### Slutsats

Arbetet med att involvera brukare är på god väg på individnivå, men för att nå en helt kunskapsbaserad praktik behöver delaktighet även integreras på verksamhetsnivå. När verksamheterna utvecklar arbetssätt som gör brukare delaktiga i både vardagliga beslut och i den övergripande utvecklingen kan insatsernas kvalitet, relevans och träffsäkerhet stärkas ytterligare.

### 7.1.2. Utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet



Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 33 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

Uppföljningen visar att verksamheterna i Jönköpings län har goda förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat, men resultaten visar också tydliga skillnader mellan att hitta kunskap, förstå kunskap, använda kunskap och följa upp arbetet systematiskt. Särskilt framträdande är skillnaderna mellan att ha tillgång till kunskapsstöd och att omsätta detta i evidensbaserade insatser i praktiken.

### *Fråga 1 – Tillgång och användning av kunskapsstöd*

På fråga 1, som handlar om verksamheternas förmåga att hitta och använda relevanta kunskapsstöd, uppger en tydlig majoritet att de antingen helt eller till stor del har detta på plats. Endast en verksamhet befinner sig i ett tidigt skede. Detta indikerar en hög mognadsgrad när det gäller grundläggande kunskapsinhämtning. Verksamheterna har god orientering i var riktlinjer och evidensbaserat material finns, och använder dem i sitt arbete. Det ger en stabil grund för fortsatt utveckling mot en fullt kunskapsbaserad praktik.

### *Fråga 2 – Kunskap om vilka insatser som har vetenskapligt stöd*

Fråga 2 visar däremot en större variation. Flera verksamheter uppger att de till stor del har kunskap om vilka insatser som har vetenskapligt stöd, men en betydande del befinner sig endast i startfasen eller saknar detta helt. Detta visar att även om kunskap finns tillgänglig (fråga 1), saknas i vissa fall förmågan att värdera insatsernas evidensläge. Det innebär att vissa verksamheter har svårare att bedöma om arbetssätten de använder faktiskt har stöd i forskning eller om de baseras mer på tradition och erfarenhet. Här finns ett tydligt behov av kompetenshöjning för att stärka kvaliteten i insatserna.

### *Fråga 3 – Användning av insatser med vetenskapligt eller beprövat stöd*

På fråga 3 framkommer att de flesta verksamheter använder insatser som bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet när sådana finns att tillgå. Samtidigt visar resultatet att några verksamheter fortfarande befinner sig på en grundläggande nivå. Detta indikerar att det finns en vilja och strävan att använda kunskapsbaserade metoder, men att implementeringen ännu inte är likvärdig i alla verksamheter. Variationerna tyder på skillnader i lokala rutiner, kompetens och arbetssätt, vilket påverkar kvaliteten och likvärdigheten för brukarna.

### *Fråga 4 – Systematisk användning av bedömningsmetoder*

Fråga 4 visar den största spridningen och det tydligaste utvecklingsområdet. Flera verksamheter använder standardiserade bedömningsmetoder systematiskt, men nästan lika många befinner sig i startfasen eller har inte börjat arbeta med detta alls. Detta är en kritisk del av kunskapsbaserat arbete, eftersom standardiserade bedömningar är centrala för att kunna följa behov, planera insatser, säkerställa rättssäkerhet och utvärdera resultat. Brist på systematik leder lätt till variation, subjektiva bedömningar och svårigheter att följa utvecklingen över tid.

### *Sammanvägd bedömning*

Sammantaget visar resultaten att verksamheterna har kommit långt i att hitta och använda kunskapsstöd, men att det finns tydliga skillnader i hur kunskapen omsätts i praktiken. Förmågan att avgöra vilka insatser som har vetenskapligt stöd och att arbeta systematiskt med bedömningsinstrument är ojämnt fördelad. Detta skapar variation i kvalitet, likvärdighet och rättssäkerhet mellan verksamheterna.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 34 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

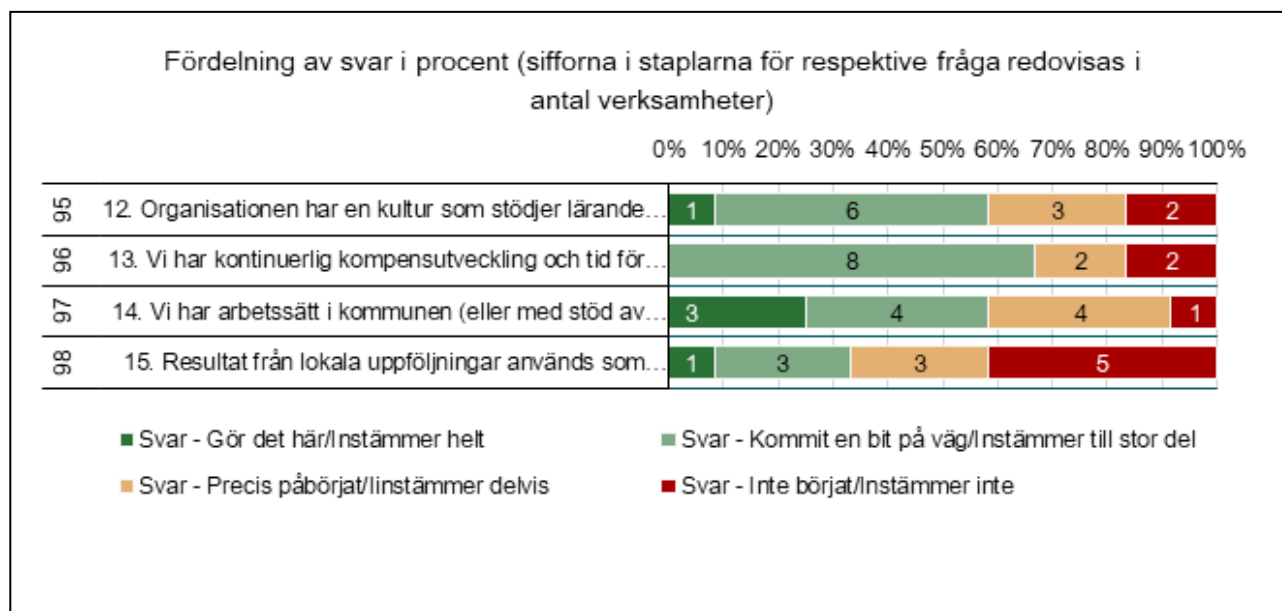
Det finns ett tydligt behov av att:

- stärka kompetensen kring evidensbaserade insatser
- säkerställa att kunskap omsätts i likvärdig praktik
- utveckla rutiner för strukturerad och systematisk användning av bedömningsinstrument
- följa upp resultat och kvalitet på ett enhetligt sätt mellan verksamheterna

#### Slutsats

Verksamheterna har en stabil grund för att arbeta kunskapsbaserat genom att de flesta vet var de hittar och använder relevanta kunskapsstöd. Däremot återstår viktiga steg för att säkerställa att insatser vilar på bästa tillgängliga vetenskap och beprövad erfarenhet. Särskilt behövs ökad kompetens kring evidensgradering och mer systematisk användning av bedömningsinstrument. Genom att stärka dessa delar kan verksamheterna säkerställa en mer enhetlig, rättssäker och kunskapsbaserad praktik som bättre tillgodoser brukarnas behov och ger högre kvalitet i stöd och insatser.

### 7.1.3. Utveckla en lärande organisation



Uppföljningen visar hur verksamheterna i Jönköpings län arbetar med att skapa en lärande kultur, kompetensutveckling och systematisk kunskapsinhämtning. Resultaten visar en blandad bild där vissa grundläggande delar finns på plats, medan andra områden tydligt behöver stärkas för att skapa en fullt ut lärande och kunskapsdriven organisation.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 35 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

### Fråga 12 – Lärandekultur som stödjer utveckling

På fråga 12, som handlar om i vilken utsträckning organisationen har en kultur som stödjer lärande och utveckling, instämmer sju verksamheter helt eller till stor del. Samtidigt anger fem verksamheter att de endast delvis eller inte alls har en sådan kultur på plats.

Detta visar att även om flera verksamheter har en positiv utvecklingskultur, finns det fortfarande en betydande andel där lärande inte är fullt integrerat. En stark lärandekultur är en grundförutsättning för att kunna utveckla en kunskapsbaserad socialtjänst, och variationerna indikerar skillnader i ledarskap, förutsättningar och organisationsklimat.

### Fråga 13 – Kontinuerlig kompetensutveckling

På fråga 13 uppger åtta verksamheter att de till stor del har kontinuerlig kompetensutveckling och avsatt tid för medarbetare att ta till sig ny kunskap. Fyra verksamheter befinner sig däremot endast i startfasen eller saknar detta helt.

Detta visar att många verksamheter arbetar aktivt med kompetensförsörjning, men att det fortfarande saknas en likvärdig och strukturerad kompetensutvecklingsplan i flera delar av organisationen. Tillgång till tid och utrymme är också en faktor som påverkar möjligheten att arbeta kunskapsbaserat i praktiken.

### Fråga 14 – Omvärldsbevakning och tillgång till forskning

Fråga 14 belyser i vilken grad verksamheterna arbetar med omvärldsbevakning och har tillgång till aktuell forskning. Här instämmer endast fyra verksamheter helt eller till stor del, medan fem endast har påbörjat arbetet, och en verksamhet inte alls arbetar med detta.

Detta visar att omvärldsbevakning och forskningsanknytning är ett av de mest begränsade områdena. Brist på strukturer för att fånga upp nya rön, delta i nätverk eller nyttja stöd från RSS/FOU riskerar att leda till att verksamheterna halkar efter i utvecklingen av modern och evidensbaserad praktik.

### Fråga 15 – Användning av resultat från lokala uppföljningar

Fråga 15 visar den största variationen, och även den tydligaste utvecklingspunkten. Endast fyra verksamheter uppger att de använder resultat från lokala uppföljningar som underlag för beslut, medan fem verksamheter inte alls använder detta på ett systematiskt sätt.

Detta innebär att datadrivet förbättringsarbete inte är fullt ut etablerat. När resultat från uppföljningar inte används som grund för beslut minskar möjligheten att lära av verksamhetens egna data, följa utveckling över tid och säkerställa kvalitet och likvärdighet.

### Sammanvägd bedömning

Resultaten visar att verksamheterna i varierande grad arbetar för att utveckla en lärande organisation. Styrkor finns inom vissa områden, som kompetensutveckling och delvis lärandekultur. Samtidigt framträder tydliga utvecklingsbehov i:

- omvärldsbevakning och koppling till forskning
- strukturerad och likvärdig kompetensförsörjning
- systematisk användning av uppföljningsresultat
- etablering av en gemensam och hållbar lärandekultur

Det är också tydligt att arbetet med kontinuerlig utveckling inte är lika förankrat i alla verksamheter, vilket leder till variation i kvalitet, kunskap och förutsättningar.

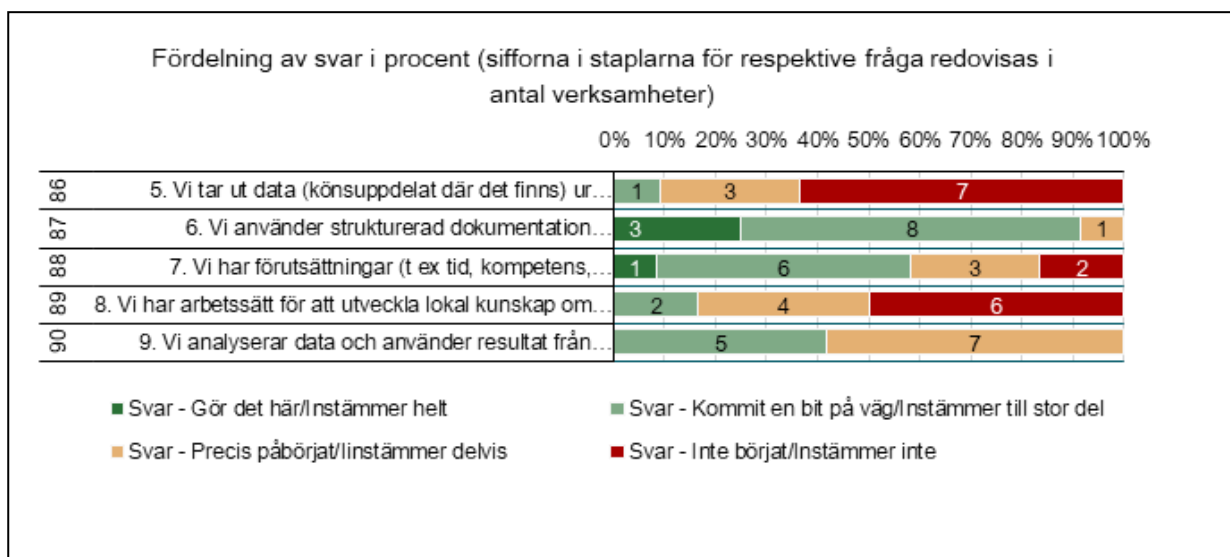
Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 36 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

### Slutsats

Verksamheterna har tagit steg mot att bygga en lärande organisation, särskilt när det gäller att skapa lärandekultur och erbjuda kompetensutveckling. Samtidigt återstår viktiga områden för att detta ska bli en fullt ut hållbar och systematisk del av verksamheten.

Genom att stärka omvärldsbevakning, forskningskoppling, strukturer för uppföljning och ett mer likvärdigt utvecklingsarbete kan verksamheterna skapa en stabil grund för långsiktigt lärande och förverkliga målet om en modern, kunskapsbaserad socialtjänst.

### 7.1.4. Utveckla lokal kunskap



Uppföljningen visar hur verksamheterna i Jönköpings län arbetar med att ta tillvara, utveckla och använda lokal kunskap som grund för lärande och verksamhetsutveckling. Resultaten visar stora variationer mellan verksamheterna och pekar på flera centrala utvecklingsområden, särskilt gällande användning av data och systematiskt lärande.

#### Fråga 5 – Användning av data i verksamhetsutvecklingen

På fråga 5, som handlar om i vilken grad verksamheterna tar ut data från verksamhetssystemen och använder den som underlag för utveckling, framkommer en tydligt ojämn bild. Endast tre verksamheter har kommit en bit på väg, medan sju inte har påbörjat detta arbete. Detta innebär att datadrivet utvecklingsarbete är svagt etablerat, trots att verksamhetssystemen erbjuder omfattande information. Utan aktiv användning av data blir det svårt att identifiera trender, följa resultat eller säkerställa rättssäkerhet och kvalitet över tid. Detta är ett centralt utvecklingsområde.

#### Fråga 6 – Användning av strukturerad dokumentation

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 37 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

På fråga 6 uppger majoriteten av verksamheterna att de använder strukturerad dokumentation såsom KSI, ICF eller genomförandeplaner i sitt systematiska arbete. Åtta verksamheter instämmer till stor del, och tre instämmer helt. Endast en verksamhet befinner sig i ett tidigt skede. Detta visar att grunden för att samla in och strukturera lokal kunskap finns väl etablerad. Strukturerad dokumentation gör det möjligt att jämföra insatser, följa upp resultat och arbeta mer rättssäkert.

### *Fråga 7 – Förutsättningar att arbeta med lokal kunskap*

Fråga 7 visar en relativt god nivå för flera verksamheter, där sex verksamheter uppger att de kommit en bit på väg och en verksamhet instämmer helt. Samtidigt anger tre verksamheter att de är i ett tidigt skede och två att de inte har förutsättningar alls. Detta visar att även om flera verksamheter har tid, kompetens och strukturer för att utveckla lokal kunskap, saknas dessa förutsättningar i andra delar av organisationen. Detta skapar ojämlikhet i utvecklingsmöjligheter och påverkar kvaliteten över tid.

### *Fråga 8 – Arbetssätt för att utveckla lokal kunskap*

På fråga 8 uppger två verksamheter att de kommit en bit på väg, medan majoriteten – sammanlagt tio verksamheter – befinner sig i startfasen eller inte har påbörjat arbetet. Detta innebär att systematiska metoder för att utveckla lokal kunskap (exempelvis ISU, lärande uppföljningar eller verksamhetsnära analyser) är svagt etablerade. Utan detta riskerar verksamheterna att missa viktig kunskap som finns nära brukarna och i det dagliga arbetet.

### *Fråga 9 – Analys och användning av egna resultat*

Fråga 9 visar den största spridningen och ett tydligt utvecklingsbehov. Fem verksamheter har kommit en bit på väg, men sju är endast i startfasen eller har inte påbörjat arbetet att analysera och använda egna resultat som lärande grund för utvecklingen. Detta innebär att verksamheterna i stor utsträckning samlar in data men inte analyserar den, vilket gör att lokalt lärande uteblir. Analys är en avgörande del av kunskapsstyrning och nödvändig för att kunna ta rätt beslut och förändra arbetssätt.

### *Sammanvägd bedömning*

Resultaten visar att verksamheterna har en viss grund för att arbeta med lokal kunskap, särskilt genom strukturerad dokumentation. Däremot saknas i flera verksamheter:

- systematik i hur data tas ut
- metoder för analys
- tid och förutsättningar för att arbeta med lokal kunskap
- rutiner för att omsätta lokala resultat i utvecklingsarbete

Arbetet med lokal kunskapsutveckling är därmed ojämnt fördelat och i många fall endast påbörjat. För att skapa en mer sammanhållen och utvecklingsorienterad organisation krävs tydliga strategier, gemensamma arbetssätt och stödstrukturer.

### *Slutsats*

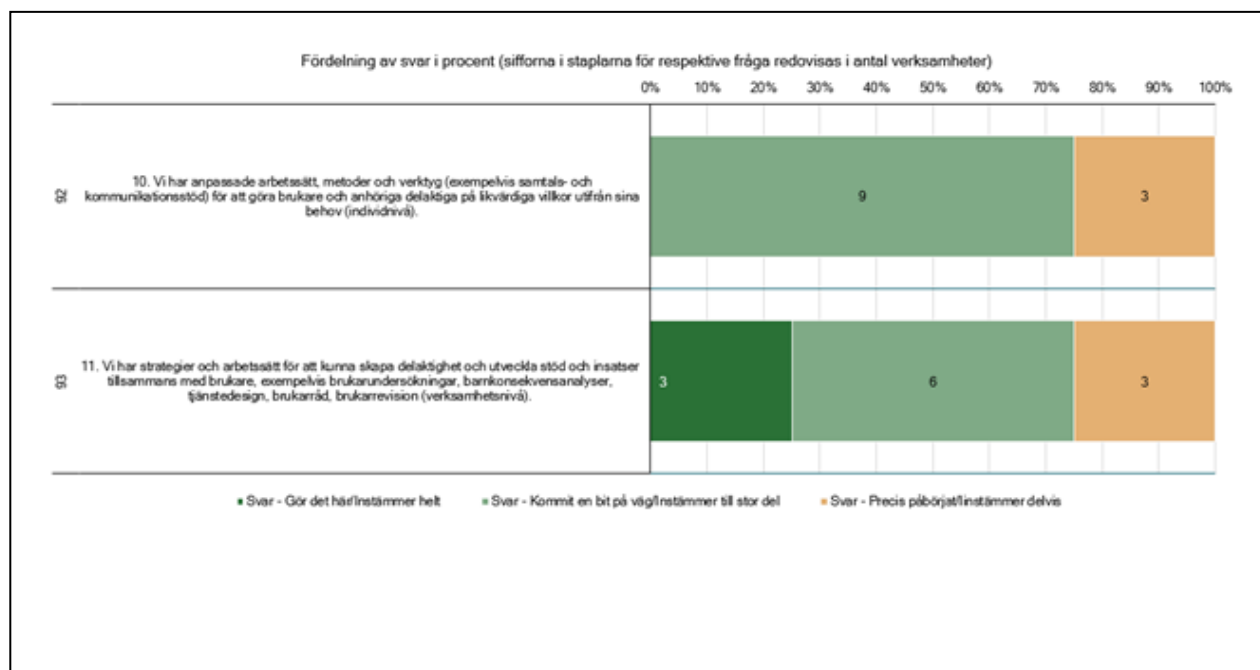
Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 38 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

Verksamheterna har kommit en bra bit i arbetet med strukturerad dokumentation, men flera centrala delar av lokal kunskapsutveckling saknar systematik och kontinuitet. Särskilt användningen av data, analys av egna resultat och tillgång till rätt förutsättningar behöver stärkas.

Genom att utveckla dessa områden kan verksamheterna skapa ett mer effektivt lärande på lokal nivå, förbättra kvaliteten och säkerställa att utvecklingsarbetet grundas i faktisk kunskap om brukare, insatser och resultat.

## 7.2. Äldreomsorg kunskapsbaserat arbetssätt. Jönköpings län

### 7.2.1.1. Involvera brukare



Uppföljningen visar att verksamheterna inom äldreomsorgen har goda förutsättningar att arbeta personcentrerat och att involvera brukare, men resultaten visar också tydliga skillnader mellan delaktighet i det individuella stödet och delaktighet i verksamhetens utvecklingsarbete. På individnivå uppger majoriteten att de i hög grad arbetar med anpassade arbetssätt och kommunikationsstöd, medan arbetet med strukturerad delaktighet på verksamhetsnivå ännu är mer varierat och i flera fall endast påbörjat.

#### Delaktighet på individnivå

På fråga 10, som mäter användningen av anpassade arbetssätt, metoder och verktyg för att göra brukare delaktiga utifrån sina individuella behov, uppger majoriteten av verksamheterna att de antingen helt eller till stor del arbetar strukturerat med detta. Tre verksamheter anger att de precis

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 39 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

har påbörjat arbetet. Detta visar att det finns en god grund för individuell delaktighet inom äldreomsorgen, exempelvis genom samtalsstöd, kommunikationsstöd, anpassad dialog och ett personcentrerat förhållningssätt.

Detta område uppvisar en relativt hög mognadsgrad, vilket är centralt för evidensbaserad praktik där brukarens röst och erfarenheter utgör en viktig del av besluts- och stödprocessen.

### *Delaktighet på verksamhetsnivå*

Fråga 11 visar en något större spridning. Flera verksamheter befinner sig i ett utvecklingskede där arbetssätt för samskapande och delaktighet på en organisatorisk nivå är påbörjat men ännu inte fullt ut etablerat. Tre verksamheter uppger att de arbetar systematiskt med exempelvis brukarundersökningar, brukarråd, tjänstedesign eller brukarrevision, medan sex verksamheter bedömer att de kommit en bit på väg.

Detta indikerar ett utvecklingsområde där strukturer för långsiktiga strategier, kontinuerlig dialog och gemensamma arbetssätt behöver stärkas för att brukarnas perspektiv ska tas tillvara i utvecklingen av verksamhetens stöd och insatser.

### *Sammanvägd bedömning*

Sammantaget visar resultaten att verksamheterna inom äldreomsorgen har kommit längre i arbetet med att involvera brukare på individnivå än vad gäller det systematiska arbetet på verksamhetsnivå. Delaktighet i det dagliga och individuella stödet är förhållandevis väl etablerat, medan den övergripande delaktigheten och möjligheten att tillsammans med brukarna utveckla verksamheten ännu är ojämnt utvecklad.

För att fullt ut arbeta kunskapsbaserat behöver både individens erfarenheter och brukarnas gemensamma perspektiv användas som grund för utveckling, uppföljning och beslut.

### *Det finns ett tydligt behov av att:*

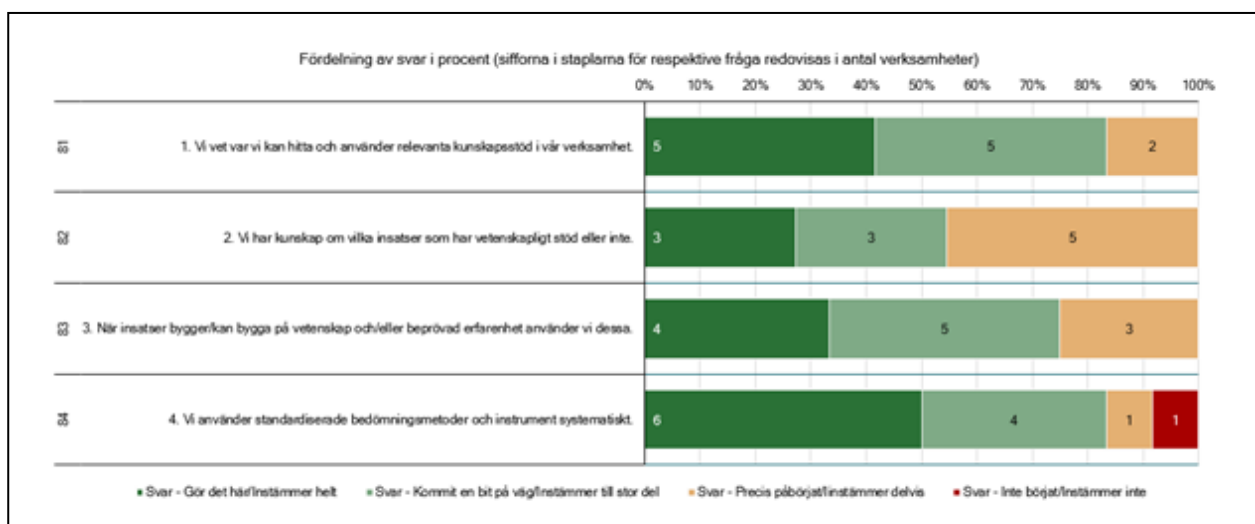
- utveckla gemensamma strategier för brukardelaktighet på verksamhetsnivå,
- skapa strukturer som säkerställer kontinuerlig dialog och samskapande,
- stärka kompetens och trygghet i metoder såsom brukarråd, tjänstedesign och brukarrevision,
- Följa upp och jämföra resultat över tid.

### *Slutsats*

Arbetet med att involvera brukare är på god väg på individnivå inom äldreomsorgen, men för att nå en helt kunskapsbaserad och personcentrerad praktik behöver delaktighet även integreras på verksamhetsnivå. När brukarnas erfarenheter systematiskt används både i det individuella stödet och i verksamhetens utveckling skapas förutsättningar för hög kvalitet, likvärdighet och långsiktig förbättring i enlighet med nationella mål och riktlinjer.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 40 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

### 7.2.1. Utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet, äldreomsorg



Uppföljningen visar att verksamheterna inom äldreomsorgen har goda förutsättningar att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, men resultaten visar också tydliga skillnader mellan att hitta kunskap, förstå kunskap och att omsätta denna i praktiken. Särskilt framträdande är variationerna i hur väl evidensbaserade insatser, bedömningsmetoder och systematiska arbetssätt används i det dagliga arbetet.

#### Fråga 1 – Tillgång och användning av kunskapsstöd

På fråga 1, som handlar om verksamheternas förmåga att hitta och använda relevanta kunskapsstöd, uppger fem verksamheter att de gör detta helt eller till stor del. Fem verksamheter har kommit en bit på väg, medan två befinner sig i ett tidigare skede. Detta visar att äldreomsorgen i stort har en god orientering i var riktlinjer och kunskapsstöd finns, men att arbetet med att omsätta kunskapsstöden i praktiken varierar mellan verksamheterna.

#### Fråga 2 – Kunskap om insatsers vetenskapliga stöd

Tre verksamheter anger att de har god kunskap om vilka insatser som har vetenskapligt stöd, medan ytterligare tre har kommit en bit på väg. Fem verksamheter befinner sig i startfasen och en verksamhet instämmer inte alls. Detta indikerar att kunskapen om evidensgrad och forskningsstöd är ojämnt fördelad, vilket påverkar möjligheten att välja insatser som vilar på bästa tillgängliga kunskap.

#### Fråga 3 – Användning av vetenskap och beprövad erfarenhet i insatser

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 41 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

Sex verksamheter uppger att de helt eller delvis använder insatser som vilar på vetenskap eller beprövad erfarenhet. Samtidigt anger tre verksamheter att de precis har påbörjat detta arbete. Detta visar att det finns en ambition att arbeta evidensbaserat, men att implementeringen fortfarande är pågående och inte fullt ut systematiserad.

### *Fråga 4 – Användning av standardiserade bedömningsmetoder*

Sex verksamheter uppger att de använder standardiserade bedömningsmetoder systematiskt, medan fyra har kommit en bit på väg. En verksamhet är i startfasen och en använder inte dessa metoder alls. Detta innebär att bedömningar och uppföljningar inte är likvärdiga mellan verksamheterna, vilket påverkar både kvalitet och jämlikhet i äldreomsorgen.

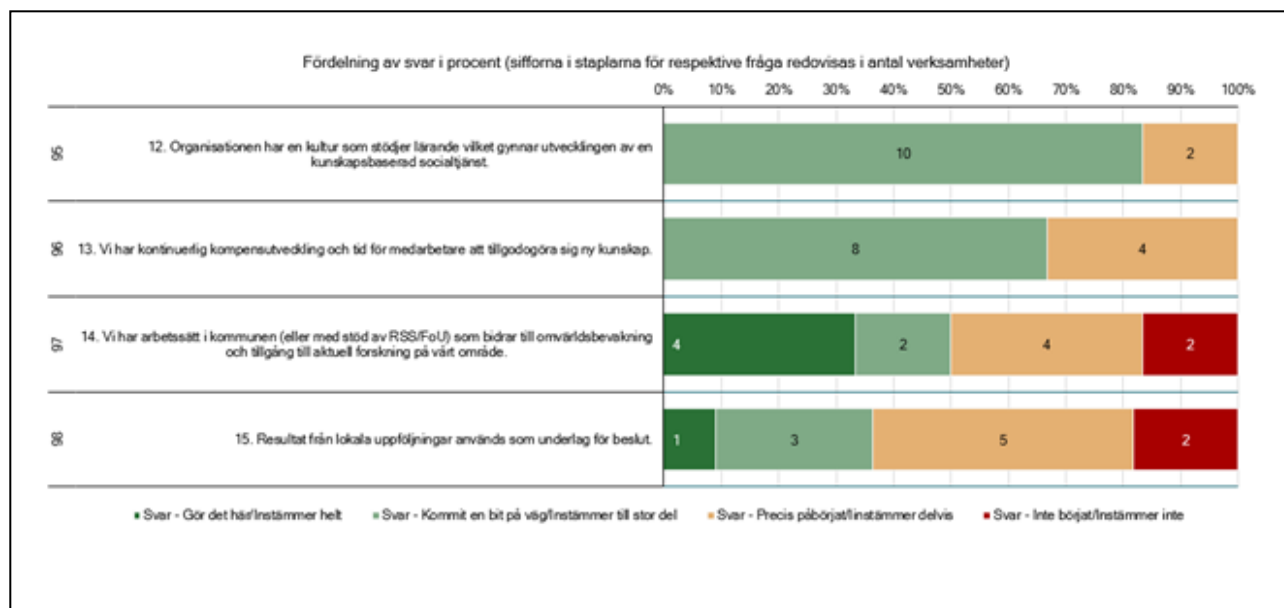
### *Sammanvägd bedömning*

Sammantaget visar resultaten att äldreomsorgens verksamheter har goda möjligheter att arbeta kunskapsbaserat, men att det finns tydliga variationer mellan verksamheterna i hur väl kunskap omsätts i praktiken. Tillgången till kunskapsstöd är relativt god, men skillnaderna blir större när det gäller kunskapen om insatsers vetenskapliga stöd, användning av evidensbaserade arbetssätt samt systematisk användning av bedömningsmetoder. Detta innebär att arbetet med vetenskap och beprövad erfarenhet ännu inte är likvärdigt eller fullt ut etablerat i alla enheter.

### *Slutsats*

Äldreomsorgen har tagit viktiga steg mot ett mer kunskapsbaserat arbetssätt, men för att nå en helt evidensbaserad praktik krävs att kunskap inte bara hittas utan också används konsekvent i vardagen. De variationer som framträder mellan verksamheterna visar att det behövs stärker rutiner, mer gemensamma arbetssätt och kontinuerlig kompetensutveckling för att säkerställa att evidensbaserade metoder och bedömningsinstrument används på ett systematiskt och jämlikt sätt. När dessa strukturer är på plats skapas bättre förutsättningar för hög kvalitet, likvärdighet och trygghet för brukarna.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 42 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass



## 7.2.2. Utveckla en lärande organisation

Uppföljningen visar att äldreomsorgens verksamheter har flera viktiga delar på plats för att utveckla en lärande organisation, men resultaten visar också betydande variationer mellan verksamheterna när det gäller kultur för lärande, kompetensutveckling, omvärldsbevakning och användning av lokala uppföljningar. Detta innebär att förutsättningarna för systematiskt lärande och kunskapsutveckling ännu inte är likvärdiga.

### Fråga 12 – Kultur som stödjer lärande

En klar majoritet av verksamheterna uppger att de har en kultur som stödjer lärande och utveckling av en kunskapsbaserad äldreomsorg. Tio verksamheter instämmer helt eller till stor del, medan två anger att arbetet är påbörjat. Detta visar att det finns en positiv grund för lärande, reflektion och kontinuerlig utveckling, vilket är centralt för ett kunskapsbaserat arbetsätt.

### Fråga 13 – Kompetensutveckling och tid för lärande

Åtta verksamheter uppger att de helt eller till stor del har kontinuerlig kompetensutveckling och att medarbetare ges tid att ta till sig ny kunskap. Fyra verksamheter befinner sig i startfasen. Detta indikerar att även om flera verksamheter har goda strukturer för kompetensutveckling, finns det samtidigt verksamheter där tidsbrist och begränsade förutsättningar påverkar möjligheten att arbeta med kontinuerligt lärande.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 43 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

### *Fråga 14 – Omvärldsbevakning och tillgång till aktuell forskning*

Fyra verksamheter instämmer helt eller till stor del i att de har arbetssätt som bidrar till omvärldsbevakning och tillgång till aktuell forskning. Två har kommit en bit på väg, medan fyra har påbörjat arbetet och två inte påbörjat alls. Detta är ett tydligt utvecklingsområde, eftersom omvärldsbevakning och kontakt med RSS/ FoU-verksamhet är viktiga för att säkerställa att organisationen tar till sig ny kunskap.

### *Fråga 15 – Användning av lokala uppföljningar*

Endast en verksamhet instämmer helt i att lokala uppföljningar används som underlag för beslut. Tre har kommit en bit på väg, fem har precis påbörjat arbetet och två har inte påbörjat detta alls. Detta innebär att systematisk uppföljning, analys och användning av resultat i utvecklingsarbetet fortfarande är svagt utvecklat i äldreomsorgen och varierar stort mellan verksamheterna.

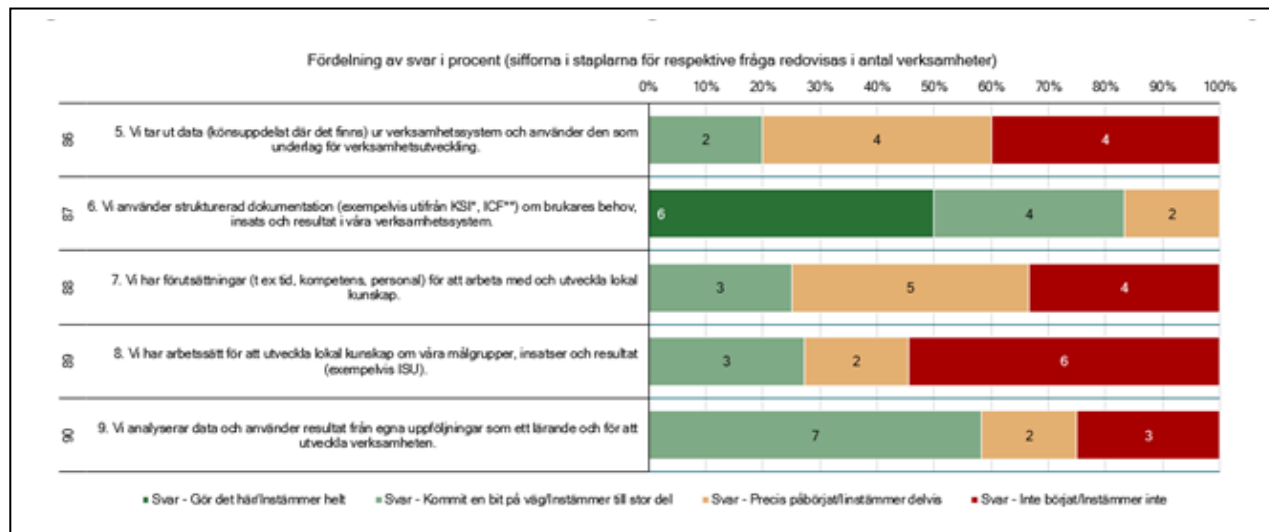
### *Sammanvägd bedömning*

Sammantaget visar resultaten att verksamheterna inom äldreomsorgen har flera goda förutsättningar för att utveckla en lärande organisation, särskilt avseende kultur för lärande och tillgång till kompetensutveckling. Samtidigt är områden som omvärldsbevakning, strukturer för kunskapsinhämtning och användning av lokala uppföljningar ännu ojämnt utvecklade mellan verksamheterna. Detta påverkar möjligheten att arbeta långsiktigt och systematiskt med kunskapsutveckling och förbättringsarbete.

### *Slutsats*

Äldreomsorgen har en grundläggande lärandekultur och flera viktiga strukturer för kompetensutveckling, men för att fullt ut utveckla en lärande organisation krävs en tydligare och mer systematisk användning av omvärldsbevakning, forskning och lokala uppföljningar. När verksamheterna stärker dessa delar skapas bättre förutsättningar för kontinuerlig förbättring, ökad kvalitet och ett långsiktigt kunskapsbaserat arbetssätt.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 44 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass



### 7.2.3. Utveckla lokal kunskap

Uppföljningen visar att arbetet med att utveckla lokal kunskap inom äldreomsorgen varierar tydligt mellan verksamheterna. Strukturerad dokumentation används i relativt hög grad, men datauttag, analys av resultat och etablerade arbetssätt för målgruppsanalys är betydligt mindre utvecklade. Eftersom data ofta kan tas ut könsuppdelat innebär detta också att förutsättningarna att följa upp kvalitet och likvärdighet mellan kvinnor och män skiljer sig mellan verksamheterna.

#### Fråga 5 – Användning av data

Två verksamheter uppger att de kommit en bit på väg när det gäller att ta ut data från verksamhetssystemen. Fyra verksamheter anger att de precis har påbörjat arbetet och fyra att de inte har påbörjat det alls. Detta visar att området är svagt utvecklat och att data sällan används som underlag för verksamhetsutveckling.

Eftersom frågan avser könsuppdelad data påverkar detta också möjligheten att följa upp och säkerställa att insatserna är jämlika och jämställda mellan kvinnor och män, vilket är en central del av en kunskapsbaserad äldreomsorg.

#### Fråga 6 – Strukturerad dokumentation

Sex verksamheter använder strukturerad dokumentation i hög grad, fyra har kommit en bit på väg och två befinner sig i startfasen. Detta visar att dokumentation enligt exempelvis KSI och ICF är relativt etablerad och kan utgöra ett viktigt underlag för analys och utvecklingsarbete. Variationerna mellan verksamheterna innebär dock att potentialen i dokumentationen inte utnyttjas fullt ut.

#### Fråga 7 – Förutsättningar för kunskapsutveckling

Tre verksamheter anger att de har goda förutsättningar i form av tid, kompetens och personal för att utveckla lokal kunskap. Fem verksamheter har kommit en bit på väg, medan fyra verksamheter

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 45 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

endast har påbörjat detta eller saknar tillräckliga förutsättningar. Detta visar att organisatoriska villkor för kunskapsutveckling varierar stort och påverkar möjligheten att arbeta långsiktigt och systematiskt.

### *Fråga 8 – Arbetssätt för att utveckla lokal kunskap*

Tre verksamheter uppger att de har arbetssätt för att utveckla lokal kunskap om målgrupper, insatser och resultat. Två har kommit en bit på väg, medan sex verksamheter endast har påbörjat arbetet eller saknar sådana arbetssätt. Detta indikerar att metoder som ISU och andra strukturerade analysmodeller inte är etablerade på ett likvärdigt sätt, vilket begränsar möjligheten att utveckla verksamheten utifrån lokala behov.

### *Fråga 9 – Analys och användning av uppföljningsresultat*

Sju verksamheter uppger att de kommit en bit på väg med att analysera och använda resultat från egna uppföljningar. Två verksamheter har precis påbörjat detta arbete, och tre har inte påbörjat det alls. Ingen verksamhet instämmer helt.

Detta är ett av de mest framträdande utvecklingsområdena. När egna resultat inte analyseras systematiskt minskar möjligheten att följa kvalitet, identifiera förbättringsområden och skapa lärande i organisationen. Avsaknaden av etablerad analyskultur gör att beslut i mindre grad baseras på lokal kunskap.

### *Sammanvägd bedömning*

Sammantaget visar resultaten att området utveckla lokal kunskap är svagt etablerat i flera verksamheter. Strukturerad dokumentation utgör ett viktigt styrkeområde, men datauttag, könsuppdelad uppföljning, förutsättningar för lärande och systematiska metoder för analys är ännu inte tillräckligt utvecklade. De stora variationerna mellan verksamheterna innebär att äldreomsorgen i dagsläget saknar en likvärdig och sammanhållen kunskapsbaserad utvecklingsprocess.

### *Slutsats*

För att äldreomsorgen ska kunna arbeta helt kunskapsbaserat behöver arbetet med lokal kunskap förstärkas och systematiseras. Det handlar om att utveckla datauttag, analysera resultat på ett mer enhetligt sätt och säkerställa förutsättningar för tid, kompetens och metodstöd. När verksamheterna stärker dessa delar skapas bättre förutsättningar för lärande, uppföljning och en jämlik och jämställd utveckling som bygger på både nationell evidens och lokal erfarenhet.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 46 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

## 8. NATIONELLA KVALITETSREGISTER SOM KUNSKAPSKÄLLA TILL EN KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG

Registrering i nationella kvalitetsregister och att integrera resultat och analys av detsamma i verksamheten ger äldreomsorgen tillgång till strukturerad och jämförbar information om omsorgens innehåll och resultat. Genom att använda registerdata i uppföljning och analys stärks möjligheten att fatta välgrundade beslut och utveckla verksamheten i linje med vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet.

För att ett nationellt kvalitetsregister ska få användas inom kommunens verksamheter krävs att varje registrering sker under ansvar av en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, i första hand en sjuksköterska. När det då gäller personer som bor i ordinärt boende måste de vara inskrivna i hemsjukvården. Detta är ett lagkrav som följer av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Patientdatalagen, vilka reglerar att kvalitetsregister endast får innehålla uppgifter som rör hälso- och sjukvård.

Det innebär att:

- En ansvarig sjuksköterska måste vara kopplad till varje individ som registreras.
- Bedömningar, åtgärder och uppföljningar som förs in i ett kvalitetsregister ska vara hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Omsorgsinsatser som utförs enligt Socialtjänstlagen (SoL) får inte registreras.
- Omsorgspersonal kan delta i arbetssättet kring individen, men kan inte registrera i kvalitetsregister utan att ansvarig HSL-personal är delaktig.

Syftet med detta krav är att säkerställa medicinsk kvalitet, rättssäker dokumentation och en korrekt uppföljning av vårdinsatser. Sammanfattning, kommunens samtliga kvalitetsregister får endast användas när en legitimerad HSL-person, vanligtvis sjuksköterska, är ansvarig för registrering och uppföljning.

I kommuner används följande nationella kvalitetsregister:

- Senior Alert – används brett i kommunal äldreomsorg för strukturerade riskbedömningar och förebyggande arbete kring fall, undernäring, trycksår och munhälsa.
- SveDem (Svenska Demensregistret) – används främst i region, men är relevant för kommuner genom samverkan kring demensutredning, uppföljning och omsorg.
- BPSD-registret – används inom demensomsorg för att följa och utveckla personcentrerade arbetssätt vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.
- Svenska Palliativregistret – används av kommuner för uppföljning av vård och omsorg i livets slutskede, ofta i samverkan med region.
- RiksSår – används i vissa kommuner för uppföljning av svårläkta sår inom kommunal hälso- och sjukvård.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 47 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

### 8.1. Senior alert

Senior Alert stödjer den nationella demensstrategin genom att möjliggöra tidiga och förebyggande insatser för att bevara hälsa, funktion och livskvalitet. Särskilt betonas **munhälsa** som en viktig del av det hälsofrämjande arbetet. Arbetssättet ligger även i linje med omställningen till en god och nära vård, där vården ska vara personcentrerad, kunskapsbaserad och samordnad utifrån individens behov. Då risker för fall, undernäring, trycksår, blåsfunktion och munhälsa kartläggs och förebyggs. Genom att arbeta systematiskt med riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar kan vården minska risker och stärka livskvaliteten [32].



#### 8.1.1. Registrerade riskbedömningar i Jönköpings län - Senior Alert

Riskbedömningar är en central del av det förebyggande arbetet inom vård och omsorg. De syftar till att tidigt identifiera risker för exempelvis fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen, och därigenom möjliggöra tidiga och individanpassade insatser. Antalet genomförda riskbedömningar ger en bild av i vilken utsträckning verksamheterna arbetar systematiskt med förebyggande vård och omsorg.

Figuren nedan visar det totala antalet genomförda riskbedömningar per kommun under 2025.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 48 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass



Figuren antal genomförda riskbedömningar. Skillnaderna kan delvis förklaras av variationer i befolkningsstorlek och verksamheternas omfattning, men de kan också spegla olika arbetssätt, prioriteringar och organisatoriska förutsättningar.

Ur ett Esther-perspektiv är det viktigt att understryka att ett högt antal riskbedömningar i sig inte är ett mått på kvalitet. För Esther är det avgörande inte att en bedömning är genomförd, utan att den leder till relevanta åtgärder, uppföljning och faktisk förbättring i vardagen. Riskbedömningar behöver därför alltid analyseras tillsammans med efterföljande åtgärdsplaner och resultatindikatorer.

Siffrorna i figuren visar vad som har registrerats och rapporterats, men säger inte hela sanningen om hur det förebyggande arbetet fungerar i praktiken. För att minska glappet mellan verklighet och rapport behöver riskbedömningar användas som ett underlag för reflektion, dialog och förbättring – inte enbart som ett kvantitativt mått på aktivitet.

För Esther innebär god kvalitet att risker inte bara identifieras, utan också hanteras på ett sätt som skapar trygghet och minskar oro i vardagen.

## 8.2. Svenska Demensregistret - SveDem

SveDem mål är att förbättra och utveckla utredning, behandling och uppföljningar av personer med kognitiv sjukdom/ demenssjukdom i Sverige. Registrering kräver att en demensdiagnos är fastställd, observera att lindrig kognitiv störning inte registreras. I demensstrategin påtalar man vikten av att personer med lindrig kognitiv störning (stöds inte av SveDem) eller med demenssjukdoms ges rätt insatser, under hela sjukdomsförloppet [30].

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 49 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

Registreringen kan göras av både regioner och kommuner, beroende på var personen får sin vård och uppföljning. Grundregistrering görs alltid inom primärvården, men går även att göra inom kommunens hemsjukvård.

*Registrering kan ske inom:*

- Regionen – i specialistvård (t.ex. minnesmottagningar, geriatrik) och primärvård där demensdiagnos utreds och följs upp.
- Kommunen – i särskilt boende och inom kommunal hemsjukvård när personer med demenssjukdom får vård i hemmet.

### 8.2.1. Anslutna kommuner Jönköpings län i SveDem

För att kunna följa upp och analysera resultat inom vård och omsorg är det viktigt att tydligt redovisa **vilka enheter som ingår i uppföljningen**. Tabellen nedan visar att 6 av länets 13 kommuner i **Jönköpings län** som omfattas av rapporteringen. En tydlig avgränsning av ingående enheter är en förutsättning för att kunna tolka data korrekt och jämföra resultat över tid.

Län Sverige	Namn på enhet	Typ av enhet
Jönköpings län	Eksjö kommun	Kommunal enhet
Jönköpings län	Gislaveds kommun	Kommunal enhet
Jönköpings län	Gnosjö kommun	Kommunal enhet
Jönköpings län	Huskvarna, Kavlagårdens äldreboende	Kommunal enhet
Jönköpings län	Jönköpings kommun	Kommunal enhet
Jönköpings län	Nässjö, Nömmebergs vårdhem AB	Kommunal enhet
Jönköpings län	Tranås kommun	Kommunal enhet
Jönköpings län	Vetlanda kommun	Kommunal enhet

Trots att tabeller och diagram ger intryck av en samlad uppföljning finns det väsentliga begränsningar i datamaterialet som påverkar möjligheten att dra säkra slutsatser. För det första omfattar uppföljningen inte alla verksamheter. Alla kommuner och enheter är inte anslutna till aktuella register eller system, vilket innebär att redovisade siffror inte representerar hela länet eller hela målgruppen. Resultaten speglar därför endast de enheter som har möjlighet och rutiner att registrera data.

För det andra saknas full spårbarhet på individnivå över vård- och omsorgsformer. Det går i dagsläget inte att följa om personer som är inskrivna i kommunal hemsjukvård också har exempelvis:

- levnadsberättelse,
- genomförandeplan kopplad till personcentrerad vård,
- Systematisk uppföljning av insatser över tid.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 50 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

Detta innebär att centrala delar av personcentreringen – som enligt nationell demensstrategi och Socialstyrelsens riktlinjer är grundläggande – inte kan följas upp på ett tillförlitligt sätt utifrån kvalitetsregistret på nationell nivå.

### 8.2.2. SveDem publika rapporter

Dessa indikatorer kan man se kommunvis i de publika rapporterna för kommunerna.

- Antal uppföljningar
- Levnadsberättelse Socialstyrelsens indikator 16 med målvärde  $\geq 98$  %
- Miljöanpassningar Socialstyrelsens indikator 17 med målvärde  $\geq 98$  %
- Strategier för bemötande Socialstyrelsens indikator 18 med målvärde  $\geq 98$  %
- Personcentrerade aktiviteter Socialstyrelsens indikator 19 med målvärde  $\geq 98$  %
- Antipsykosläkemedel Socialstyrelsens indikator 7 med målvärde  $\geq 98$  %
- Antal som har läkemedel
- Läkemedelsgenomgång senaste 12 månader **[28] [29]**.

### 8.3. BPSD-registret

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra och utveckla vården för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Målet är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Att arbeta med strukturerad och personcentrerad omsorg kan minska behovet av läkemedel som ges för att lindra symtomen.

Arbetet med BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demenssjukdom) rekommenderas så fort symptom uppstår- och som regel ska ett strukturerat, personcentrerat omvårdnadsupplägg finnas för alla med demens, med möjligheten att kartlägga och hantera BPSD vid behov **[31]**.

Utförare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 51 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass



Figuren visar att BPSD-registret har fem indikatorområden som portalen presenterar öppet. Inom varje område finns vanligtvis flera delmått t.ex. olika typer av läkemedel/åtgärder/uppföljningar.

### 8.3.1. Certifierade utbildare BPSD i Jönköpings län

Jönköpings län saknar 2 av 13 kommuner certifierade utbildare (september 2025). Dessa utbildar administratörer som har för uppgift att introducera, implementera och samordna arbetet på sin egen enhet.

- Aneby, 1 person
- Eksjö, 1 person
- Gislaved, 2 personer
- Gnosjö, 1 person
- Habo, 2 personer
- Jönköping, 5 personer
- Mullsjö, 0
- Nässjö, 2
- Sävsjö, 1 person
- Tranås, 0
- Vaggeryd, 1 person (1 person till ska gå utbildning till detta i december)
- Vetlanda, 1 person
- Värnamo, 1 person

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 52 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

### 8.3.2. Antal personer registrerade BPSD Jönköpings län 2025-09-03

I uppgifterna nedan är hemsjukvården och regional vårds registreringar inte inkluderat.

Aneby	31
Eksjö	62
Gislaved	88
Gnosjö	55
Habo	14
Jönköping	388
Mullsjö	0
Sävsjö	46
Vaggeryd	42
vetlanda	180
värnamo	93
Tranås	3
Nässjö	84
Totalt i länet	1086

### 8.3.3. Goda exempel BPSD-registret

På BPSD hemsida finns många goda exempel på hur man arbetar i kommuner runt om i Sverige med BPSD-registret bland annat, God vård vid demens BPSD Sävsjö Kommun. [34].

## 8.4. Svenska Palliativregistret

### 8.4.1. Varför Palliativregistret är centralt i demensstrategin

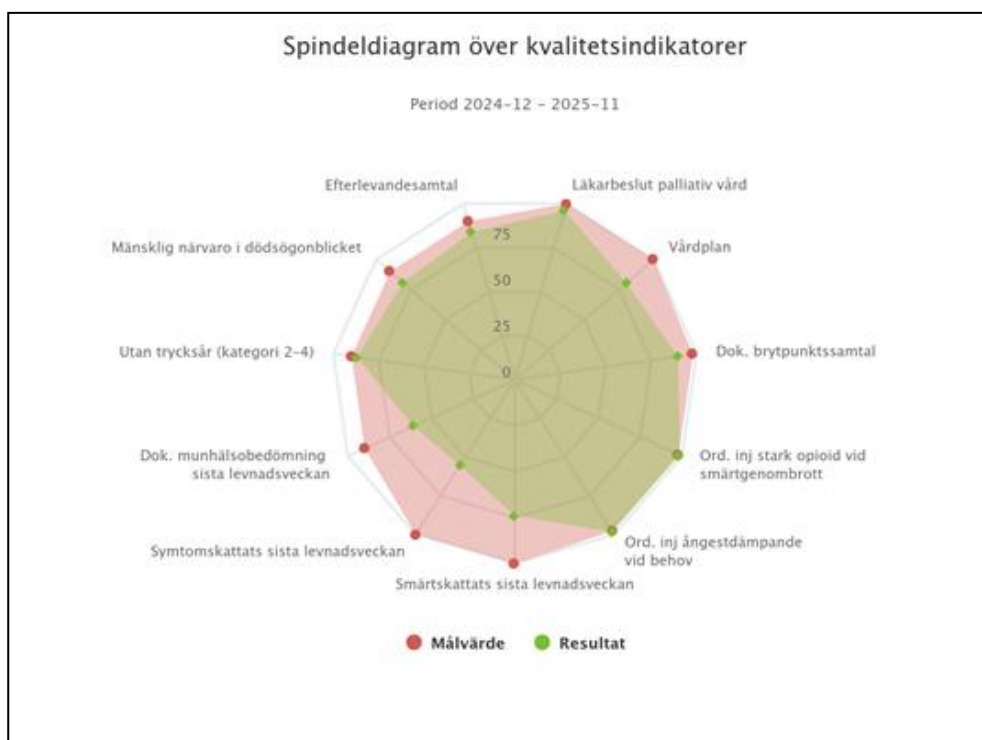
Den nationella demensstrategin utgår från att demens är en livslång och livsbegränsande sjukdom, där fokus successivt ska flyttas från bot och funktion till trygghet, symtomlindring och värdighet. Palliativregistret är ett avgörande verktyg för att säkerställa att denna inriktning faktiskt genomförs i praktiken, särskilt i livets slutskede [33].

Genom Palliativregistret följs bland annat upp:

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 53 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

- smärta, oro och andra symtom
- kommunikation och brytpunktssamtal
- närståendes delaktighet och stöd
- om personen fått en värdig och trygg sista tid

För personer med demens – som ofta saknar förmåga att själva uttrycka behov – är registret särskilt viktigt, eftersom det synliggör kvaliteten i vården när individens egen röst sviktar.



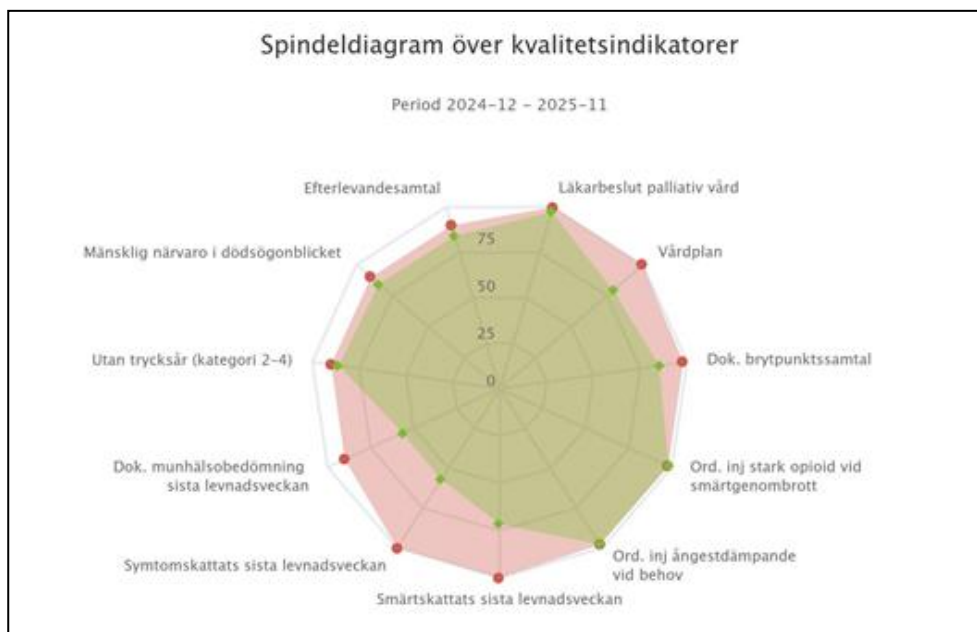
Jönköpings län  
Ålder: 65 –  
Kön: Män  
Tidsperiod:  
202412–202511

Detta är en  
modifierad rapport

Källa: Palliativ registret utdataportal [35]

Diagrammet visar följsamhet till utvalda kvalitetsindikatorer under perioden december 2024–november 2025. Lägre värden för smärt- och symtomskattning behöver tolkas i relation till målgruppen, eftersom personer med demenssjukdom ofta har nedsatt förmåga att verbalt uttrycka smärta och symtom. Detta kan begränsa möjligheten att använda traditionella skattningsinstrument och innebär att vårdinsatser i praktiken kan ha genomförts trots lägre registrerad följsamhet. Resultaten bör därför tolkas med professionellt omdöme

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 54 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass



Jönköpings län  
Ålder: 65 –  
Kön: Kvinnor  
Tidsperiod:  
202412–202511

Detta är en  
modifierad rapport

#### Sammanfattningsvis:

Palliativregistret är ett möjligt kvalitets- och uppföljningsinstrument för att demensstrategins mål om personcentrerad, värdig och sammanhållen vård ska uppnås, samt för att möjliggöra uppföljningen av en jämlik vård. Registret ger möjlighet att ta ut och analysera statistik uppdelat på män och kvinnor, vilket gör det möjligt att synliggöra och följa upp eventuella skillnader i vårdens innehåll och kvalitet utifrån kön. Resultaten kan även väljas på väljas på kommunnivå i registret.

#### 8.4.2. Nationell Vårdplan för Palliativ vård - verktyg

Nationell vårdplan, NVP, är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. "Syftet med NVP är att förbättra vården för människor med palliativa vårdbehov oberoende av diagnos, vårdform eller tiden kvar i livet. NVP ger stöd och struktur för att möta patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov så att patienten ska kunna leva med största möjliga välbefinnande och värdighet. Det här verktyget ger även struktur för stöd till närstående och kan användas som stöd i enhetens kvalitetsarbete, men ersätter inte palliativ kompetens eller förhållningssätt" [36].

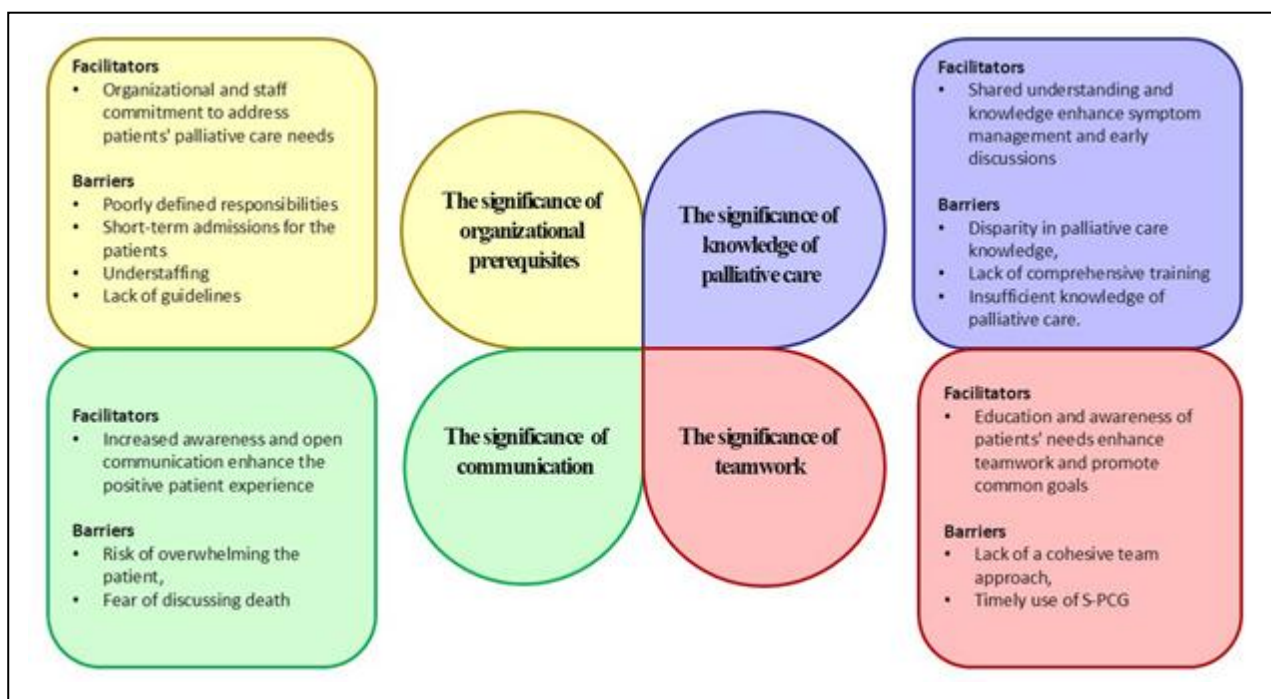
Enligt Nationell vårdplan för palliativ vård så bedöms att det finns ett sannolikt palliativt vårdbehov vid demens (medelsvår till svår fas). Vård bortom mediciner – ett systematiskt arbetssätt för högkvalitativ palliativ vård genom demensresan är ett Forte finansierat projekt i 3 år med start 2023. "Det här projektet fokuserar på personer med demens och deras närstående, med syfte att utvärdera NVPs olika delar samt undersöka andra faktorer som vi tror kan ha betydelse för demensvården, med ett fokus på den sista tiden i livet.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 55 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

För fördjupad inblick vad palliativ vård kan innebära för personer med demens och deras familjer rekommenderas föreläsning av docent Maria Schelin, Lunds universitet inom Crafoords vetenskapsluncher. Filmen belyser palliativ vård vid demens och betydelsen för både den enskilde och närstående [37]

#### 8.4.2.1. Nyckelfaktorer för implementering av nytt arbetssätt.

Figuren nedan sammanfattar resultat från en svensk studie som publicerades 4 november 2025 om vad som är avgörande för att lyckas med implementering av nya arbetssätt inom palliativ vård. Den visar fyra nyckelområden: organisatoriska förutsättningar, kunskap om palliativ vård, kommunikation och teamarbete. Både vad som är möjliggörare och hinder i en vårdmiljö. [38]



Källa: Möllerberg m.fl. (2025) Healthcare professionals' perspectives on implementing the Swedish palliative care guide in geriatrics – a qualitative study using small-group and individual interviews

#### 8.5. Esthers delaktighet och berättelse i kvalitetsregisterarbetet

Esthers berättelse i kvalitetsregister. Arbetet inleds om hon blir inskriven i kommunal hälso- och sjukvård till att börja med i **Senior alert**, där risker för fall, undernäring, trycksår, blåsfunktion och munhälsa kartläggs och förebyggs. Genom att arbeta systematiskt med riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar kan vården minska risker och stärka livskvaliteten för Esther.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 56 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

Om minnet förändras och en demenssjukdom utvecklas används **SveDem** för att följa vårdens kvalitet från utredning till uppföljning. När rätt diagnos ställs kan vården arbeta enligt forskning och ge insatser som är kunskapsbaserade och jämlika. Registret omfattar även förebyggande insatser, livskvalitet och stöd till anhöriga, vilket gör det möjligt att arbeta helhetsorienterat och personcentrerat.

Vid beteendemässiga eller psykiska symtom används **BPSD-registret** för att identifiera orsaker, planera åtgärder och följa resultat. Genom strukturerat teamarbete och uppföljning kan symtom lindras, läkemedel användas mer restriktivt och välbefinnandet förbättras.

När livets slutskede närmar sig används **Svenska Palliativregistret** för att säkerställa att vården blir värdig, trygg och symtomlindrande. Registret följer viktiga indikatorer som smärtskattning, brytpunktssamtal och stöd till närstående.

Tillsammans bildar dessa register en sammanhållen vårdkedja, där varje steg grundas på vetenskap, beprövad erfarenhet och nationella riktlinjer.

Genom kunskapsbaserad vårdprevention – det vill säga förebyggande arbete som grundas på forskning, beprövad erfarenhet och individens behov – förbättras kvaliteten steg för steg, från tidiga riskbedömningar till vård i livets slut. Det är så trygghet och kvalitet skapas: genom att varje möte i vården bygger på kunskap, uppföljning och omtanke.

Om vi ska hålla människor friska måste vi börja tidigt. Det förebyggande arbetet handlar ofta om att upptäcka förändringar i livssituation, hälsa eller vardagsfunktion innan behov av vård uppstår. Information som registreras i till exempel SveDem eller Senior alert kan, med den enskildes samtycke, användas för att ge stöd tidigare i processen. Eftersom regioner och kommuner är självständiga huvudmän får uppgifter inte delas fritt mellan systemen. När samtycke finns kan dock vissa uppgifter delas för att möjliggöra tidiga insatser som rör sociala aktiviteter, förebyggande stöd eller kontakt med anhöriga. Det gör det möjligt att uppmärksamma behov tidigare och bidra till att människor kan behålla hälsa, delaktighet och livskvalitet längre. I de fall där kommunen har andra utförare, till exempel enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) eller genom entreprenad, får information från hemsjukvårdens register inte heller delas utan samtycke.

## 9. AVVIKELSER SOM KUNSKAPSKÄLLA

Avvikelsehantering utgör en central del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och används för att identifiera brister, förebygga risker och förbättra verksamhetens kvalitet. I revision hos en av länets kommuner identifierades utvecklingsområden för att säkerställa god kvalitet, det är bland annat behovet av att stärka den systematiska uppföljningen av egenkontroller, även att vid utvecklings- och förändringsarbete ska förankringen i verksamheten säkerställas, och insatserna ska bygga på ett kunskapsbaserat arbetssätt. I förstudien har ett antal patientsäkerhetsberättelse analyserats och slutsatsen blir.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 57 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

- Vid Lex Sarah- och Lex Maria-anmälningar sker oftast förbättringsåtgärder på verksamhetsnivå.
- Avvikelse som inte lett till anmälan och hanteras på enhetsnivå har sammanställts och använts i övergripande kvalitets- och förbättringsarbete.

En strukturerad sammanställning och analys av avvikelser kan bidra till ökat lärande, identifiering av återkommande mönster och förebyggande åtgärder inom ramen för ledningssystemet.

Det finns en utvecklingspotential i att på övergripande nivå sammanställa och analysera patientsäkerhetsberättelser och kvalitetsberättelser från flera kommuner. En samlad analys kan skapa förutsättningar för lärande, erfarenhetsutbyte och spridning av goda arbetssätt som stärker kvalitet och patientsäkerhet.

## 10. ANDRA NATIONELLA OCH REGIONALA KARTLÄGGNINGAR SOM KUNSKAPSKÄLLA

### 10.1. Kartläggning av socialtjänstens insatser

SKR:s kartläggning av socialtjänstens insatser är inte en vetenskaplig genomförd studie, men genom att analysera de insatserna som ges i den egna verksamheten, och om de är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet så anser SKR att kartläggning av insatser är ett steg mot en kunskapsbaserad socialtjänst **[40]**.

Verksamheten ska bedriva ett kunskapsbaserat arbetssätt. Nya insatser, metoder eller arbetssätt bör endast införas efter att en strukturerad analys av tillgänglig vetenskap och beprövad erfarenhet har genomförts. Syftet är att säkerställa att insatsen är ändamålsenlig, effektiv och säker samt att resurser används på ett ansvarsfullt sätt. Avsaknad av ett kunskapsbaserat underlag ökar risken för bristande kvalitet och leder till behov av korrigerande åtgärder i efterhand. För att undvika "gör om och gör rätt" ska beslut om nya insatser grundas på dokumenterad kunskap. Förstudien har inte genomfört någon analys av kunskapsläget kring detta.

### 10.2. Regional Länsbarometer – statistik på läns- kommun- och DeSo-nivå

Region Jönköpings län har två webbsidor som används för att följa länets utveckling: **Länsbarometern** är en webbsida där statistik om befolkningen presenteras. Här kan uppgifter ses från hela regionen, men också kommun eller en kommunedel. Uppgifter kommer från SCB och befolkningsregistret. Här finns uppgifter bland annat om Munhälsa. **Analys-sidan** Här samlar regionen analyser, bedömningar och prognoser om hur länet utvecklas över tid. Den används för att se trender och förstå olika förändringar i samhället **[42]**

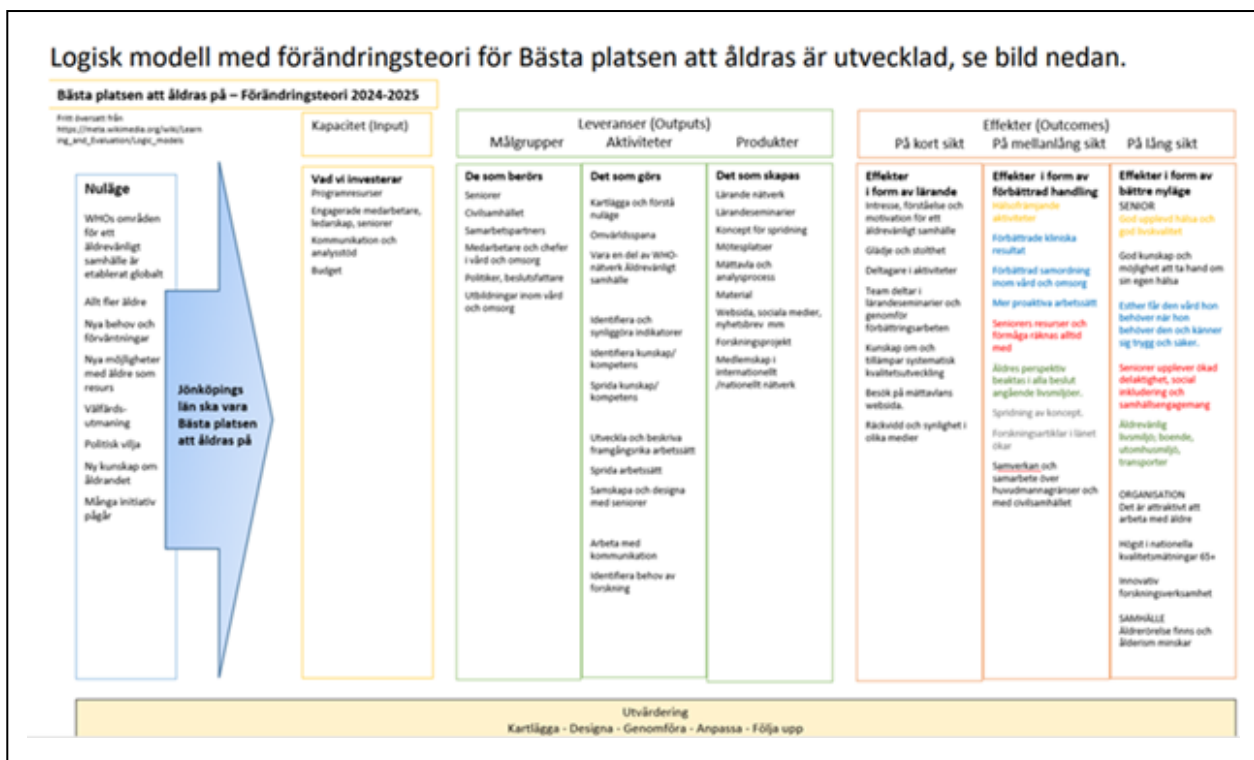
Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 58 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

## 11. STÖD I FÖRBÄTTRINGSKUNSKAP OCH EVIDENSBASERAD METODIK FÖR STÄNDIGA FÖRBÄTTRINGAR

### 11.1. Uttalad regional viljeinriktning och stöd i förbättringsmetodik i Jönköpings län

Att Gemensamt ledningssystem i samverkan och strategigrupp äldre har satt som fokusområde "Bästa platsen att åldras på" med stöd i förbättringskunskap och metodik i systematiska förbättringar. Bästa platsen att åldras på har i sitt syfte för 2024-2025 skrivit följande.

*"På lång sikt vill programmet bidra till att seniorer upplever god hälsa och livskvalitet, har god kunskap och möjlighet att ta hand om sin egen hälsa. Seniorer ska också få den vård hon behöver när hon behöver den och känna sig trygg och säker. Seniorer ska uppleva ökad delaktighet, social inkludering, samhällsengagemang och livsmiljö; att boende, utomhusmiljö, transporter är äldrevänliga" [42]*



Figur årsrapport bästa platsen att åldras på 2024

### 11.1.1. Genomförda förbättringsarbeten inom "Bästa platsen att åldras på"

I den regionala strategin- Bästa platsen att leva på i fokusgrupp Bästa platsen att åldras gjordes förbättringsarbete i länet. Flera kommuner genomförde förbättringsarbeten inom främjande



Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 60 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSÖRG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass



## 11.2. Exempel på lärande från andra län

### 11.2.1. Forum Carpe är en plattform och kommunsamverkan inom funktionshinderområdet i Stockholms län.

Inom Stockholmsregionen har kommunerna sedan flera år utvecklat en gemensam struktur för kompetens och lärande inom LSS och Socialpsykiatri genom **Forum Carpe**. Plattformen erbjuder seminarier, nätverk och reflektionsstöd för medarbetare, chefer och handledare, med fokus på kunskapsbaserad och personcentrerad praktik [43].

### 11.2.2. Ung Anhörig

En plattform för unga anhöriga för personer med demenssjukdom på sidan finn bland annat möjligheter att delta i Digitala stödgrupp för unga anhöriga [44].

### 11.2.3. GAP-Analys och förändringsledning

Vid intervju med ansvarig för demensstrategin i Skånes kommuner och om hur de arbetar med strategin, så har de använt sig av GAP- analyser ute i kommunerna. Region Skåne har tagit fram en handbok om hur de arbetar med GAP- analyser [60].

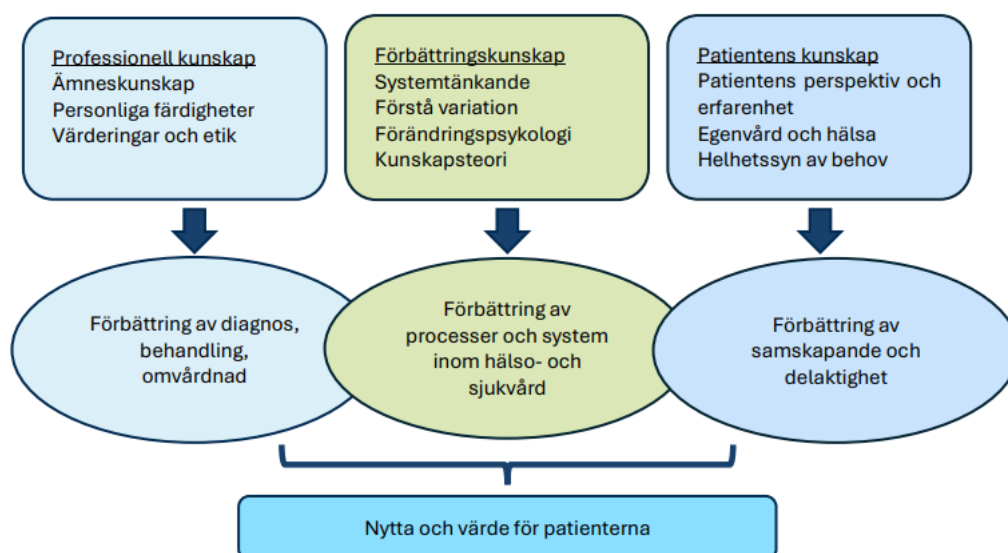
Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 61 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

#### 11.2.4. Innovationsmodeller i kommuner

Modeller för innovation har inte analyserats i förstudien, men som exempel visas här Helsingborgs stads Innovationsmodell. De skriver att ett strukturerat innovationsarbete är mer framgångsrikt än ostrukturerat, därför har de tagit fram ett ramverk. Där finns även en film om hur socialförvaltningen har tagit sig an modellen, från exkludering till inkludering och tjänstedesign samt skapade av ett pratcafé mot ofrivillig ensamhet. [59].

## 12. STÖD TILL STÄNDIGA FÖRBÄTTRINGAR – FÖRBÄTTRINGSVETENSKAPLIGA METODER

I Jönköpings län finns etablerad samverkan kring förbättringsmetodik och förbättringskunskap. Förbättringskunskap är ett samlande begrepp för de olika teorier och vetenskaper som används för att lyckas med förändringar som ska leda till hållbara förbättringar, utveckling och innovation av verksamheter och arbetssätt. Jönköping Academy är en tvärdisciplinär centrubildning för forskning, samverkan och kunskapsutveckling inom hälsa och välfärd som drivs i samarbete mellan Jönköping University och Region Jönköpings län.

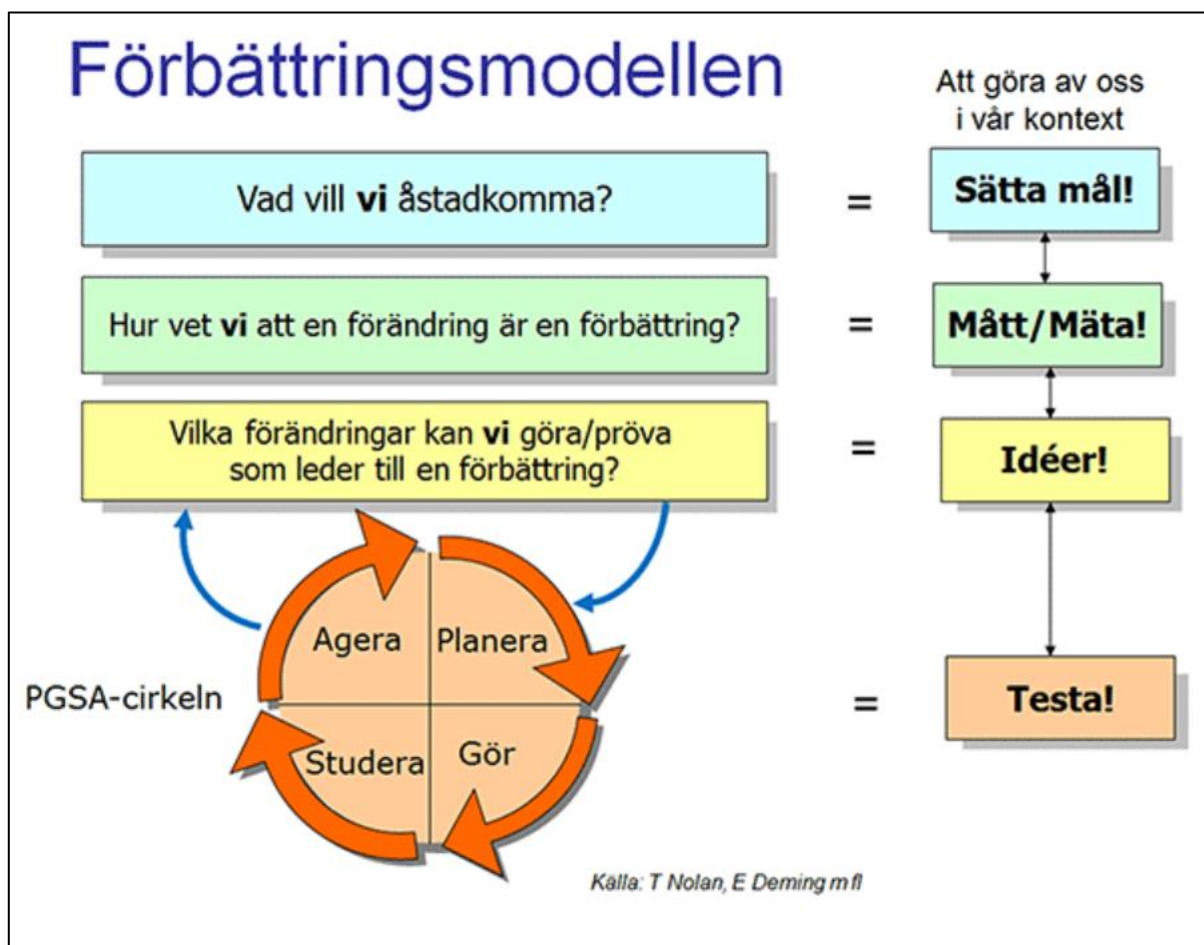


Figur: Illustration över hur professionell kunskap, förbättringskunskap och patienternas kunskap tillsammans skapar kvalitetsförbättringar inom vården och värde för patienter.

Förbättringsvetenskap fokuserar på att utveckla och optimera processer, system och resultat inom vården. Den kombinerar evidensbaserade verktyg och forskningsmetoder för att driva förändringar

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 62 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

som är både praktiskt och vetenskapligt förankrade. Förbättringsvetenskapen studerar förändringar i praktiken, att kontinuerligt utvärdera och förbättra resultat, förståelse för variationens betydelse, inriktning på team och samverkan samt att se delar och helhet i ett system. Både kvalitativa och kvantitativa metoder används för att utvärdera effekterna av förbättringsinitiativ och identifiera områden där förbättringar kan göras. Förbättringskunskap som område definieras av Batalden och Davidoff som kombinerade och oupphöriga ansträngningar att genomföra förändringar som leder till bättre resultat, system och processer (Nationella plattformen för förbättringsvetenskap, 2024). Teoribildningen inom förbättringsvetenskap refererar till de kunskapsområden som formulerats av Deming. Det lärandestyrdade utvecklingsarbetet skapar lärande på individnivå såväl som kunskap hur team agerar tillsammans. Genom gemensamma förbättringsverktyg som PDSA-cykel och Nolans förbättringsmodell samt tillämpningen av programteori skapas förutsättningar för lärande system.



Länsgemensamma verktyg och metoder för verksameters systematiska förbättringsarbete finns på vårdgivarwebben Folkhälsa och sjukvård. [Metoder vid innovation, lärande och förnyelse- Folkhälsa och sjukvård \[58\]](#).

Utförare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 63 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

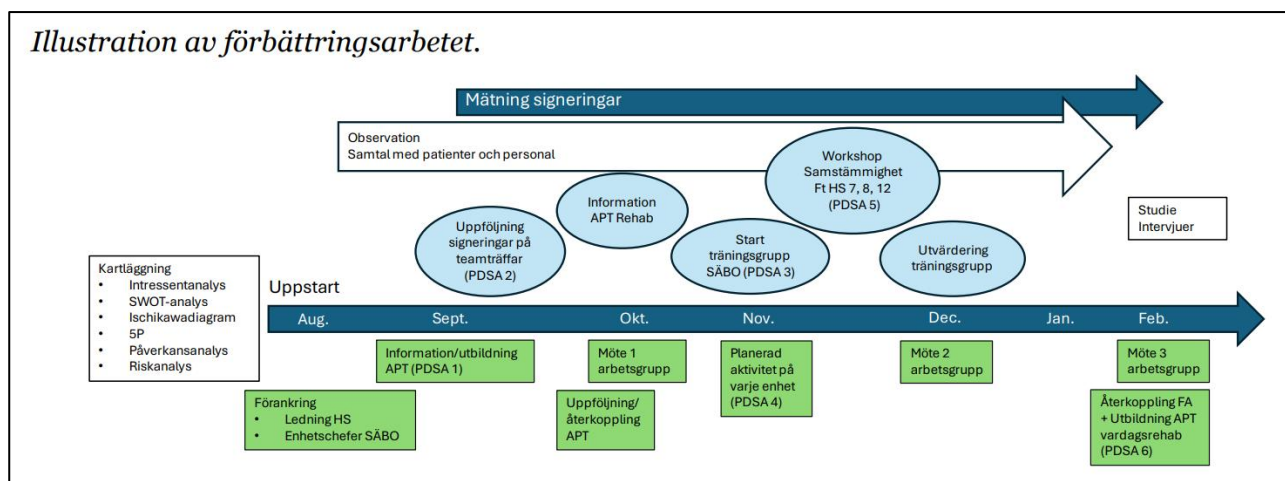
På regiondirektörens initiativ har ett toppledarprogram genomförts med stöd av IHI Institute och Healthcare Improvement. Lokala aktörer vid Jönköping Academy, center för förbättringskunskap och förbättringsvetenskap är en viktig lokal resurs för stöd till kunskapsbaserat sätt att bedriva systematiskt förbättringsarbete.

### 12.1. Lärande exempel på genomfört förbättringsarbete i länet med förbättringsvetenskaplig metodik

Bättre förutsättningar för träning och vardagsaktivitet för äldre på särskilt boende (Mastersarbete, Jönköping University, 2025 [63] är ett förbättringsarbete som visar hur ett särskilt boende i Jönköpings kommun arbetade för att stärka kvaliteten i rehabiliterande insatser genom tydligare struktur, samarbete och systematik. Målet var att skapa bättre förutsättningar för att äldre skulle få sin ordinerade träning och vardagsaktivitet utförd och dokumenterad som en naturlig del av vardagen.

Arbetet genomfördes av en mastersstudent från Jönköping University i samverkan med verksamheten. Undersköterskor, fysioterapeut, arbetsterapeut och enhetschef deltog aktivt i processen, vilket gjorde att både professionell kunskap och vardagserfarenhet formade utvecklingen.

I projektet användes flera arbetssätt och metoder vilket kan vara ett bra exempel på lärande och hur man kan använda olika verktyg:



Figur: Illustration över förbättringsarbetet.

Detta exempel visar att förbättringsarbete kan vara både konkret och genomförbart när det sker i små steg, nära verksamheten och tillsammans med dem som arbetar i den dagliga omsorgen. Erfarenheterna kan inspirera andra kommuner och verksamheter som vill utveckla sitt arbete med

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 64 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

rehabilitering, kvalitet och dokumentation – med utgångspunkt i både lokal kompetens och beprövade metoder [46].

### 12.2. Andra exempel på verktyg och stöd till ständiga förbättringar

#### 12.2.1. Individbaserad systematisk uppföljning (ISU)

Socialstyrelsen skriver att "Ett sätt att arbeta kunskapsbaserat i socialtjänsten är att arbeta med individbaserad systematisk uppföljning (ISU) och det skapar evidensbaserad praktik.

"Uppföljning för analys och lärande Individbaserad systematisk uppföljning Systematisk uppföljning handlar om att dokumentera arbetet med enskilda individer och att sammanställa informationen på gruppnivå i syfte att utveckla och förbättra den egna verksamheten. Systematisk uppföljning är att löpande beskriva och mäta enskilda klienters problem och behov, insatser och resultat" [47]

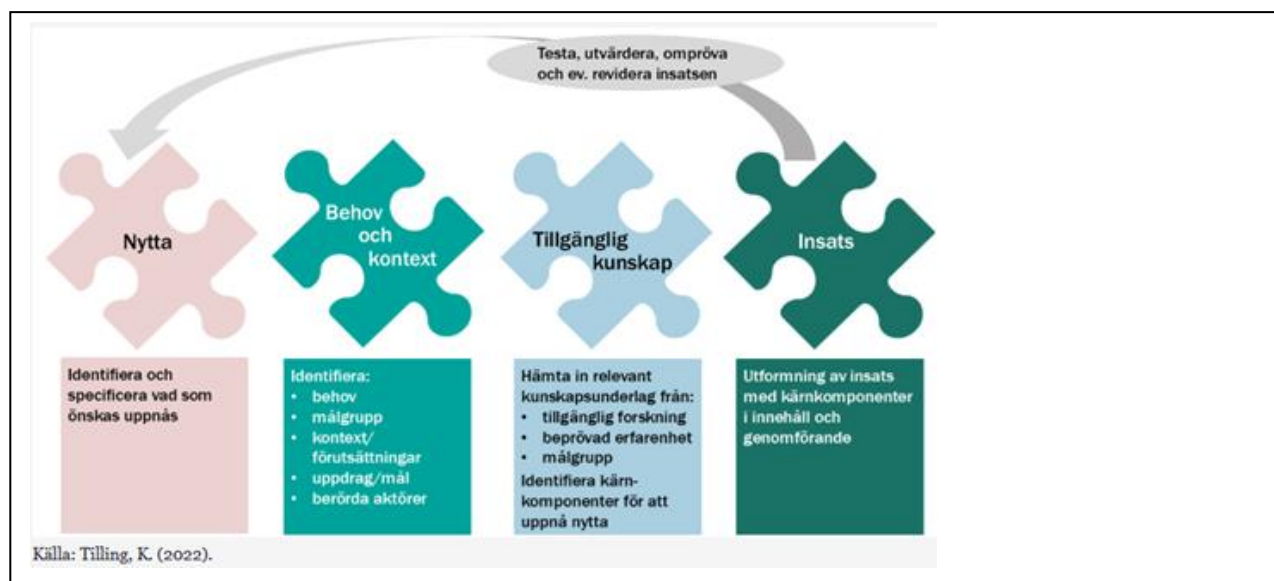
#### 12.2.2. Loke modellen

Socialförvaltningen i Vetlanda kommun använder uppföljningsmodellen LOKE för att beskriva verksamheterna och följa upp verksamheterna. LOKE står för Lokal Evidens och modellen finns beskriven i LOKE-boken. LOKE är en modell för individbaserad systematisk uppföljning [49].

#### 12.2.3. KUBINOL

KUBINOL-modellen har utvecklats av Karina Tilling, forskare vid FoU i Väst och lanserades 2022. Modellen syftar till verksamhetsutveckling och har använts inom flera kommunala verksamheter i Göteborgsregionen. Göteborgsregionen (GR) har haft en aktiv roll genom att ge processtöd till kommuner som arbetat med att utveckla sina verksamheter med hjälp av KUBINOL- modellen.

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 65 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass



Källa: Göteborgsregionen Figur visar KUBINOL-Modellen.

”KUBINOL står för Kunskapsbaserad utveckling av Insatser för att uppnå önskad Nyttä och skapa Organisatoriskt Lärande.” ”KUBINOL är ett utforskande arbetssätt som skapar lärande och önskad nytta, baserat på målgruppens behov och bästa tillgängliga kunskap. Det blir också möjligt att följa upp och utvärdera den nytta som insatsen gör” [48]

#### 12.2.4. Utbildning i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, fokus på kommunal hälso- och sjukvård

Utbildningen fokuserar på områden som är relevanta för kommunal hälso- och sjukvård och regional primärvård.

Den är framtagen för att främja en kunskapsbaserad vård och omsorg i kommuner och regioner. Utbildningen omfattar sex kapitel och tar cirka en och en halv timme att gå igenom [57].

Utbildningen ger kunskaper om:

- utformningen av Socialstyrelsens riktlinjepaket
- nationella riktlinjer som stöd för kommunernas och regionernas kunskapsstyrning
- de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom, för vård vid stroke, för diabetesvård, samt Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede
- en fallbeskrivning som på ett förenklat sätt illustrerar hur ett urval av de metoder och arbetssätt som tas upp i nationella kunskapsstöd, kvalitetsregister och öppna jämförelser kan få genomslag i en verksamhet och i mötet med den enskilde patienten och närstående

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 66 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

### 13. REFERENSLISTA

1. Sveriges kommuner och Regioner (SKR) - DELA

<https://dela.skr.se/>

2. Sveriges kommuner och Regioner (SKR)- DelaDigitalt

<https://deladigitalt.se/loggain?redirect=%2Fdelameddig>

3. Regeringen (2024/25:89)- En förebyggande socialtjänstlag – för ökade rättigheter, skyldigheter och möjligheter sidan 247.

<https://www.regeringen.se/contentassets/679d6aa7333f4f9ba1aa66868154350d/2024-25-89-del-1-fram-baksida.pdf>

4. Socialstyrelsen (2025) – Om beprövad erfarenhet i socialtjänsten

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/8503760ecb58439d98f7b320691f74b5/2025-6-9665.pdf>

5. The Lancet Commission on dementia prevention, intervention, and care. (2024).

[Lancet Commission identifies two new risk factors for dementia and suggests 45% of cases could be delayed or reduced | Alzheimer's Disease International \(ADI\)](#)

6. Socialstyrelsen - Kommuners förutsättningar att arbeta hälsofrämjande och förebyggande i samverkan Förstudie

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

7. Socialstyrelsen – motverka ensamhet bland äldre genom hälsosamtal.

<https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/kommuner/arbete-med-halsosamtal-for-aldre/>

8. Socialstyrelsen (2024) – Redovisning av 2024 års statsbidrag till kommuner för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre genom hälsosamtal.

[Redovisning av 2024 års statsbidrag till kommuner för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre genom hälsosamtal](#)

9. Socialstyrelsen (2025) – Motverka ofrivillig verksamhet 2026

<https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/organisationer/motverka-ofrivillig-ensamhet/>

10. Säffle Kommun – Projektkontor.

<https://saffle.se/arbete-och-foretagande/projektkontor.html>

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 67 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport			Informationsklass

11. SPF Seniorerna (2023). Ett uppsökande projekt mot ofrivillig ensamhet bland äldre” 2020-2023  
<https://www.spfseniorerna.se/globalassets/distrikt/jonkopingsdistriktet/2024/slutrappport-2023-28-sidor.pdf>

12. SBU (2025) - Förstudie, öppna mötesplatser och möjligheten att nå svårnådda äldre personer med fokus på social förskrivning  
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/forstudie-sammanfattning/forstudie-oppna-motesplatser-och-mojligheten-att-na-svarnadda-aldre-personer-med-fokus-pa-social-forskrivning/>

13. Nationellt kompetenscentrum anhöriga – Evidensbaserade metoder/ interventioner för barn som anhöriga.  
<https://anhoriga.se/metoder-och-verktyg/barn-som-anhoriga/evidensbaserade-metoderinterventioner-for-barn-som-anhoriga/>

14. Fingers\* Brain Health Institute  
<https://fbhi.se/sv/om-world-wide-fingers-natverket/>

15. Kivipelto, M., m.fl. (2020). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. World Health Organization.  
<https://fbhi.se/the-finger-study/>

16. Demenscentrum – Våra utbildningar Finger 123  
<https://www.demenscentrum.se/utbildning/webbutbildningar/vara-utbildningar#sida-6550>

17. Demenscentrum - webbutbildning munhälsa.  
<https://demenscentrum.se/arbeta-med-demens/sa-arbetar-vi/teman/munhalsa-och-tandvard/webbutbildning-om-munhalsa>

18. Socialstyrelsen (2021) -Vägledning för en god munhälsa hos personer med demenssjukdom.  
<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/869f42c92d114728bb2c5a519b470cfd/2021-5-7368.pdf>

19. Snögren, M.(2024) - *Munhälsa – Äldre personers upplevelser och vårdpersonals attityder och kunskaper. Doktorsavhandling. Högskolan Skövde.*  
<https://his.diva-portal.org/smash/get/diva2:1848440/FULLTEXT01.pdf>

20. Johansson, L., m.fl. (2022–2026). Hur är vården och omsorgen organiserad för yngre personer med demenssjukdom? Forskningsprojekt. Jönköping: Jönköping University.  
<https://ju.se/forskning/forskningsinriktningar/sihw/aldre-och-aldrande/hur-ar-varden-och-omsorgen-organiserad-for-yngre-personer-med-demenssjukdom.html>

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 68 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

21. Samverkanswebbens utbildningsserie (2024) – Föreläsning med Karl Olsson, Uppsala universitet.

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

22. Svenskt demenscentrum - Tidiga tecken

<https://www.demenscentrum.se/utbildning/webbutbildningar/15-utbildningar/tidiga-tecken>

23. Region Uppsala – Demens vid intellektuell funktionsnedsättning - föreläsning och diskussionsfrågor.

<https://regionuppsala.se/samverkanswebben/samverkan-och-utveckling/fou-s/kunskapsbank-for-socialtjansten/demens-vid-intellektuell-funktionsnedsattning/>

24. Helsingborgs Kommun (2025) - Åtgärdslista till Åtgärdslista, bilaga till strategisk demensplan SoL och HSL strategisk demensplan 2020-2025 År 2025 SoL och HSL

<https://intranat.helsingborg.se/wp-content/uploads/sites/11/2019/05/sol-hsl-atgardslista-for-2025-strategisk-demensplan.pdf>

25. 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>

26. 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>

27. Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*.

28. SveDem - register

<https://register.ucr.uu.se/svedempubli/hemo;jsessionid=6C2F3996C5568768A7F4F63501340E10.svedempubli.venus?0>

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

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

30. SveDem - Kvalitetsregister

<https://www.ucr.uu.se/svedem/>

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 69 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

31. BPSD- registret

<https://bpsd.se/>

32. Senior Alert

<https://www.senioralert.se/>

33. Svenska Palliativ registret

<https://palliativregistret.se/>

34. BPSD- Registret – Goda exempel.

<https://bpsd.se/for-anvandare/goda-exempel/>

35. Palliativ-registret - Utdata

[https://utdata.palliativregistret.org/sv/report/kval\\_lilla?filter=b43bde08-4c16-9cf3-356a-79e13af9b647](https://utdata.palliativregistret.org/sv/report/kval_lilla?filter=b43bde08-4c16-9cf3-356a-79e13af9b647)

36. Palliativt utvecklingscentrum - Implementeringsguide för införande av den Nationella Vårdplanen för Palliativ vård – NVP

[Implementeringsguide NVP | Palliativt utvecklingscentrum](#)

37. Maria Schelin - Vad kan palliativ vård innebära för personer med demens och deras familjer ?

<https://www.youtube.com/watch?v=XVDyIpXs2c>

38. Marie-Louise Möllerberg, Karin Dalhammar, Birgit H. Rasmussen, Carl Johan Fürst, Maria E. C. Schelin & Christel Hedman (2025). Healthcare professionals' perspectives on implementing the Swedish palliative care guide in geriatrics – a qualitative study using small-group and individual interviews. BMC Geriatrics.

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-025-06516-1>

39. Socialstyrelsen (2014) - Delaktighet och inflytande i arbetet med genomförandeplaner  
Stödmaterial till chefer

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/8d5df134ad56404a8c7a59ab02f53419/2014-10-7.pdf>

40. SKR (2022) - Kartläggning av socialtjänstens insatser

<https://extra.skr.se/download/18.5f94e9591811657edb8aabf0/1655360786400/8047-020-9.pdf>

41. Region Jönköpings län - - Länsbarometern

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMzNiNGQzN2EtMzc5ZC00NjFmLWJkYjltZjVhZiYyOTNINjQ0IiwidCI6Ilg4MjY3ZjlmLTk5ZjEtNDc3Yi04NDhmLWFKNDZiMzkwYjQ0NyIsImMiOiJh9>

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 70 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

42. Jönköpings län - Bästa platsen att åldras på

<https://rjl.se/regional-utveckling>

43. Forum Carpe

<https://etjanster.stockholm.se/forumcarpe/>

44. Ung Anhörig

<https://www.unganhorig.se/om-oss>

45. Habo Kommun- Inspirerande exempel Senior Alert

<https://www.senioralert.se/media/514bmuer/habo-kommun-inspirerande-exempel-2025.pdf>

46. Bättre förutsättningar för träning och vardagsaktivitet för äldre på särskilt boende (Mastersarbete, Jönköping University, 2025 – DiVA-ID: diva2:1973262)

<https://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:1973262/FULLTEXT01.pdf#page9>

47 Socialstyrelsen – Individbaserad systematisk uppföljning

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/individbaserad-systematisk-uppfoljning/>

48. Göteborgsregionen - Kubinolmodellen.

<https://goteborgsregionen.se/kunskapsbank/kubinolmodellen.5.67cbcb6019545f8f4405d4e.html>

49. Region Västerbotten – LOKE boken.

<https://www.regionvasterbotten.se/VLL/Filer/LOKE%20boken.pdf>

50. Socialstyrelsen – Att stödja äldres beslutsförmåga att uttrycka sin vilja.

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/att-stodja-aldre-personer-med-nedsatt-beslutsformaga-att-uttrycka-sin-vilja--introduktion-och-diskussion-2017-11-12/>

51. Region Jönköpings län 1177 för vårdpersonal – Kognitiv svikt vid demens

<https://vardpersonal.1177.se/Jonkopings-lan/kunskapsstod/vardforlopp/kognitiv-svikt-vid-misstankt-demenssjukdom>

52. SKR (2025) - Kunskapsstyrning vård kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npoaldreshalsaochpalliativvard/kognitivsviktvidmisstanktdemenssjukdom.92104.html>

Utförare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 71 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	

53. Socialstyrelsen (2019) - Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – En modell för mångprofessionell samverkan

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/ett-standardiserat-insatsforlopp-vid-demenssjukdom--en-modell-for-mangprofessionell-samverkan-2019-6-22/>

54. Svenskt demenscentrum – Demens ABC plus

<https://www.demenscentrum.se/utbildning/webbutbildningar1/samtliga-plusutbildningar/plus-hemtjanst>

55. Svenskt Demenscentrum – Tidiga tecken

<https://demenscentrum.se/utbildning/tidiga-tecken>

56. Demenscentrum – Kognitivt stöd

<https://demenscentrum.se/arbete-med-demens/du-som-arbetar-som/arbetsterapeut/arbetsuppgifter/kognitivt-stod>

57. Socialstyrelsen - utbildning Socialstyrelsens nationella riktlinjer, fokus på kommunal hälso- och sjukvård

[Socialstyrelsens nationella riktlinjer, fokus på kommunal hälso- och sjukvård - Socialstyrelsen utbildning](https://www.socialstyrelsen.se/utbildning/socialstyrelsens-nationella-riktlinjer-fokus-pa-kommunal-halso-och-sjukvard-socialstyrelsen-utbildning)

58. Region Jönköpings läns utvecklingsavdelning, Kulturum

<https://rjl.se/kulturum/utveckla/metoder-och-metodstod/>

59. Helsingborgs stad – Innovation i Helsingborg

<https://innovation.helsingborg.se/helsingborgsmodellen/var-innovationsmodell/>

60. Region Skåne – Handbok GAP-analys

<https://www.bing.com/search?q=site:vardgivare.skane.se+region+sk%c3%a5ne+gap+analys&form=DLINKR>

61. Melnyk, M., Fineout-Overholt, E. et al. Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare A Guide to Best Practice (2023).

62. Niven DJ, et al. Implementation Science (2015). Towards understanding the de-adoption of low-value clinical practices: a scoping review. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26444862/>

63. Karlsson, M. (2025) Bättre förutsättningar för träning och vardagsaktivitet för äldre på särskilt boende. Ett förbättringsarbete och en studie för ökad förståelse och samarbete mellan omsorgspersonal i Äldreomsorgen och rehabiliteringspersonal i kommunal Hälso- och sjukvård.

<https://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:1973262/FULLTEXT01.pdf>

## Bilaga B

Utfärdare/Enhet Social välfärd och hälso- och sjukvård	Diarienummer	Datum 2025-12-31	Version	Sida 72 (72)
Projekt NULÄGES- OCH BEHOVSKARTLÄGGNING - KUNSKAPSBASERAD ÄLDREOMSORG	Noteringar Bilaga B till Förstudierapport		Informationsklass	