

Med sikte på ett demensvänligt samhälle som är kunskapsbaserat och jämlikt

Helle Wijk, Madeleine Liljegren, Hanna Falk-Erhag

Helle Wijk, professor, centrumföreståndare DEMSAM, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet, Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. E-post: helle.wijk@gu.se

Madeleine Liljegren, post doc, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa samt forskare i DEMSAM, Göteborgs Universitet. E-post: madeleine.liljegren@gu.se

Hanna Falk-Erhag, docent vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa samt biträdande centrumföreståndare för DEMSAM, Göteborgs universitet. E-post: hanna.falk@gu.se

DOI: <https://doi.org/10.62607/smt.v103i1-2.65069>

Ojämlighet i hälsa är en växande samhällsutmaning i Sverige och är särskilt tydlig inom demensområdet, där tillgång till prevention, diagnos, vård och stöd varierar mellan olika grupper. Socioekonomiska aspekter, migrationsbakgrund och strukturellt stigma bidrar till ojämlika livsvillkor och hälsoutfall för personer som lever med demenssjukdom. Samtidigt finns ett betydande glapp mellan evidens och praktik, där bristande samordning, otillräcklig forskningsinfrastruktur och låg implementering av kunskapsbaserade arbetssätt försvårar utvecklingen mot jämlik vård och omsorg.

Centrum för ett demensvänligt personcentrerat samhälle (DEMSAM) utgör en modell för att möta dessa utmaningar genom samskapande, tvärvetenskap och integrering av forskning i praktik. Genom att utveckla inkluderande insatser, stärka samordning och främja evidensbaserat arbete skapas förutsättningar för ett mer jämlikt och demensvänligt samhälle.

Health inequalities are an increasing societal challenge in Sweden and are particularly evident in the field of dementia, where access to prevention, diagnosis, care, and support varies across population groups. Socioeconomic aspects, migration background, and structural stigma contribute to unequal living conditions and health outcomes for persons living with dementia. At the same time, a significant gap persists between evidence and practice, where insufficient coordination, limited research infrastructure, and low implementation of knowledge-based approaches hinder progress towards equitable health and social care.

The Centre for a Dementia-Friendly Person-Centred Society (DEMSAM) represents a model for addressing these challenges through co-creation, interdisciplinarity, and the integration of research into practice. By developing inclusive interventions, strengthening coordination, and promoting evidence-based approaches, conditions are created for a more equitable and dementia-friendly society.

Ojämlighet i hälsa – en växande utmaning

Ojämlighet i livsvillkor och hälsa har åter blivit en central samhällsfråga i Sverige. Efter en period av minskande inkomstskillnader fram till 1960-talet har dessa succesivt ökat och samtidigt har klyftorna i hälsa ökat, särskilt mellan grupper med olika utbildnings- och inkomstnivåer. Denna utveckling är nära kopplad till förändringar i livsvillkor och välfärdens funktion. Trots tydliga politiska ambitioner, såsom det folkhälsopolitiska målet från 2018 att minska påverkbara hälsoklyftor inom en generation, kvarstår betydande utmaningar. En central problematik är att politiska beslut inte alltid vilar på vetenskaplig kunskap, vilket riskerar att försvaga insatsernas precision, effektivitet och i vissa fall till och med förstärka ojämlikheter. Mot denna bakgrund framstår demensområdet som särskilt relevant. Demens är inte en del av det naturliga åldrandet. Det är en diagnos som omfattar en rad symtom som kan bero på olika sjukdomar och skador där sociala, ekonomiska och strukturella aspekter starkt påverkar sjukdomsförlopp och livskvalitet.

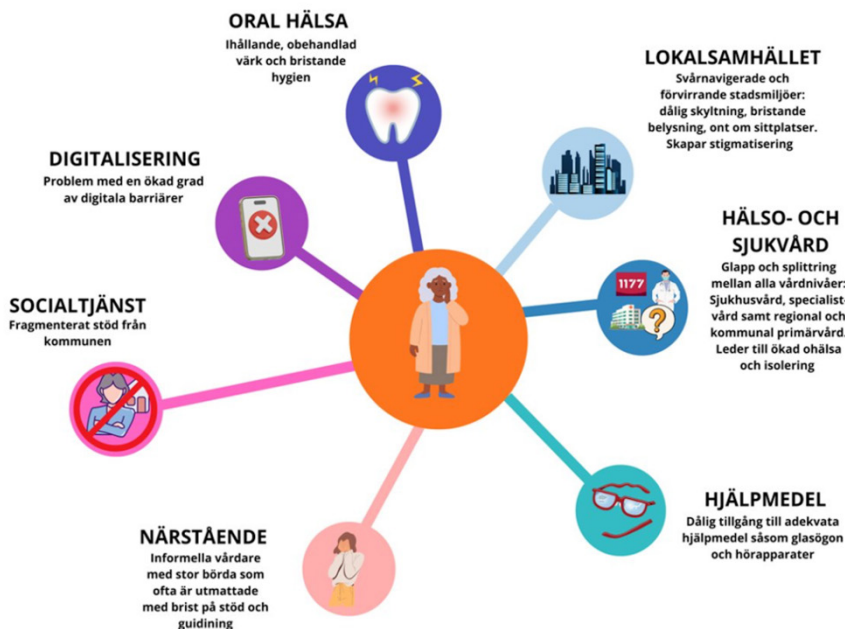
Demens och ojämlikhet – en underskattad koppling

Risken att drabbas av demenssjukdom ökar med stigande ålder. I Sverige liksom i stora delar av världen ökar andelen äldre personer i befolkningen, vilket främst beror på en kombination av ökad medellivslängd och minskade födelseantal. Förbättrade levnadsbetingelser med fler äldre i befolkningen, i kombination med bättre tekniker för att kunna identifiera och diagnostisera demenssjukdom redan i tidiga skeden, bidrar sammantaget till att andelen personer med demenssjukdom ökar. Demenssjukdom är ett samlingsnamn för en rad sjukliga förändringar i hjärnan som kan yttra sig på olika sätt beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas. Gemensamt för dessa sjukdomar är att de förvärras över tid och medför en bestående nedsättning i personens intellektuella, emotionella och funktionella kapacitet. Man brukar dela in demenssjukdomarna i primär degenerativa (Alzheimers sjukdom), vaskulära och sekundära demenssjukdomar. Även om Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen är det vanligt att flera sjukdomar förekommer samtidigt. Primärdegenerativa demenssjukdomar försämras gradvis och innebär att hjärnceller förtvinar och dör i onormal omfattning. Symtomen kommer oftast gradvis och man kan ha haft sjukdomen länge innan den visar sig. Vaskulär demenssjukdom beror på skador eller sjukliga förändringar i hjärnans blodkärl, vilket gör att symtomen kan komma plötsligt och försämringen sker stegvis. Sekundära demenssjukdomar är sjukdomar och skador som kan leda till demens, men inte nödvändigtvis, exempelvis hjärntumörer, alkoholmissbruk eller olika bristtillstånd. Flera sociala faktorer påverkar också risken att drabbas av demenssjukdom. En av de första studierna

som sammankopplade socioekonomi med risken att drabbas av demens publicerades för mer än 30 år sedan och visade att klassificering av yrke enligt ISCO-08 och utbildningslängd kunde kopplas till risk för demenssjukdom (Stern et al., 1994). Flera studier har publicerats sedan dess och idag vet vi att det finns ett tydligt samband mellan lägre utbildningsnivå och ökad risk för demenssjukdom (Bodryzlova et al., 2022) och att högre utbildning ger kumulativa fördelar, vilket bland annat återspeglas i ett mer hälsosamt åldrande. Demenssjukdom innebär komplexa krav på samhället, bland annat genom att omhändertagandet av en allt större grupp äldre personer kräver en stödjande vård- och omsorgsorganisation, fler och bättre alternativa boendeformer och anpassade aktiviteter för dem som drabbas. Samtidigt är tillgången till förebyggande insatser, diagnos, vård och stöd ojämnt fördelad i Sverige. Personer med lägre socioekonomisk status eller migrationsbakgrund har ofta sämre tillgång till tidig diagnos och adekvat stöd, vilket bland annat kan relateras till lägre grad av hälsolitteracitet, kulturella och språkliga barriärer, vilket försvårar möjligheten att tillgodogöra sig information om vilket stöd man har rätt till (WHO, 2022). Strukturellt stigma, inbyggt i lagar, policyer och institutioner, bidrar ytterligare till dessa ojämlikheter, till exempel när personer med demens och annan kulturell bakgrund får en senare diagnos eller begränsad tillgång till stödinsatser (Shatnawi et al., 2023), vilket fortfarande är otillräckligt utforskat (Oliveira & Musyimi, 2025). Forskning visar också att personer med demenssjukdom riskerar att behandlas som en homogen grupp, trots att aspekter som kön, socioekonomisk status och migrationsbakgrund påverkar både tillgång till vård och utfall (Berge et al., 2022; Lood et al., 2023; Hicks et al., 2025). Konsekvenserna är omfattande, för personen som lever med en demenssjukdom innebär det försämrad livskvalitet och minskad delaktighet och för samhället innebär det ökade kostnader för vård och omsorg samt ett ineffektivt resursutnyttjande (Figur 1).

När politik inte bygger på kunskap

Trots ett växande kunskapsunderlag kring demenssjukdomar kvarstår betydande brister i hur evidens omsätts i praktik. Kommunal och regional vård och omsorg, som utgör kärnan vid demenssjukdom i Sverige, saknar ofta infrastrukturer för forskning, utveckling och implementering av evidensbaserade arbetssätt (Bergqvist et al., 2025). Fragmenterade system och bristande samordning mellan vårdaktörer försvårar både kontinuitet och kvalitet (Kern et al., 2024; Watt et al., 2019), vilket ytterligare förstärks av bristande riktlinjer och otydlig roll- och ansvarsfördelning i vårdprocesserna. Även viktiga områden som munhälsa är eftersatta, trots att personer med demenssjukdom har betydligt sämre tandhälsa än befolkningen i stort och därmed det största behovet av tandvård (Foley et al.,



Figur 1. Stödsinsatser för personer med demenssjukdom är spretiga i nuläget.
Illustration: L. Aijmer, 2025.

2017; KC et al., 2021). Samtidigt saknas tillräcklig samordning och kompetens inom detta område (Socialstyrelsen, 2019; Poudel et al., 2024). Ett annat exempel på ojämlikhet är då personer med demenssjukdom drabbas av akut sjukdom, skada eller skörhet, det vill säga åldersrelaterad försämring av olika kroppsfunktioner som leder till minskade reserver och därmed ökad sårbarhet vid påfrestningar som är kopplade till längre vårdtider, högre fallrisk och ökad dödlighet (Doody et al., 2023). Med en underliggande demenssjukdom blir sköra äldres medicinska behov ännu mer komplexa. Trots både nationella och internationella riktlinjer för vård och behandling av sköra äldre så är detta fortfarande en grupp som har hög risk att drabbas av negativa hälsoutfall och vårdrelaterade komplikationer till följd av otillräcklig kompetens och samordning. Dessa exempel på brister bidrar till ett tydligt glapp mellan evidens och praktik, vilket försvårar arbetet med att minska ojämlikhet i hälsa.



Figur 2. DEMSAMs grafiska element för utveckling av demensvänliga samhällen.
Illustration: L. Aijmer, 2025.

DEMSAM – en modell för samskapad och kunskapsbaserad förändring

DEMSAM (Centrum för ett DEMensvänligt personcentrerat SAMhälle) har etablerats för att möta dessa utmaningar genom ett integrerat och samskapande arbetssätt. Centrets övergripande mål är att utveckla ett demensvänligt samhälle där jämlikhet, delaktighet och personcentrering står i centrum (Figur 2) och där insatser sker sammanhängande. En bärande princip är samskapande, där personer som lever med demens, deras närstående och professionella aktörer deltar aktivt i hela forskningsprocessen. Det säkerställer att forskningen blir mer träffsäker och förankrad i praktiska behov (Greenhalgh et al., 2016) genom DEMSAMs ”Living and Policy Labs”, samverkansarenor där akademi, näringsliv, offentlig sektor och brukare gemensamt utvecklar och testar nya lösningar i verkliga miljöer, samtidigt som de formar regelverk och policyer för att implementera dessa (Verbeek et al., 2020). Detta strukturerade arbetssätt kommer dels att kunna korta tiden från forskningsidé till praktisk nytta, ofta med fokus på hållbarhet, hälsa eller teknik, och dels bidra till att minska glappet mellan forskning och praktik och skapa bättre förutsättningar för kunskapsbaserade beslut.

Jämlikhet som kärna – från vision till praktik

DEMSAMs arbete vilar på värdena jämlikhet, tillhörighet, stöd och tillsammans. Dessa operationaliseras genom tvärvetenskapliga arbetsprogram, där särskilt fokus ligger på att minska ojämlikhet i hälsa genom både strukturella och praktisknära insatser. En grundläggande förutsättning för detta arbete är att skapa en fungerande infrastruktur som dels kan utveckla och stärka forsknings-

kapaciteten inom kommunal och regional vård och omsorg, dels stärka samverkansmöjligheterna mellan vårdaktörer. I dag är det just inom dessa kommunala verksamheter där den största delen av demensvården bedrivs, samtidigt som verksamheterna ofta är underdimensionerade både när det gäller forskningsinfrastruktur och möjligheter till systematisk kunskapsutveckling (Bergqvist et al., 2025). Genom att bland annat etablera och vidareutveckla DEMSAMs Living and Policy Labs med så kallade ”linking pins”, där forskare och praktiker delar roller, säkerställer kommunikation, koordination och mål, skapas överlappande och långsiktiga strukturer för att integrera forskning i vardaglig praktik. Det är avgörande för att säkerställa att kunskapsbaserade arbetssätt utvecklas och implementeras (Verbeek et al., 2020). DEMSAM är indelat i ett antal arbetspaket med olika forskningsfokus. Inom ett av dessa arbetspaket fokuseras det på strukturella och sociala ojämlikheter genom att utveckla inkluderande och personcentrerade insatser, med särskilt fokus på personer som riskerar att marginaliseras. Insatserna omfattar kreativa och kulturellt anpassade aktiviteter samt digitala och icke-digitala stödverktyg. Dessutom ges hjälp med att navigera i vård och samhällsresurser när personens egna kapacitet inte räcker, till exempel genom stöd vid tidig diagnos, munhälsa eller deltagande i samhällslivet. I ett annat arbetspaket fokuseras det på hur fysiska inne- och utemiljöer kan utformas för att främja hälsa, orienterbarhet och delaktighet. Exempel på detta är anpassning av bostäder och vårdmiljöer vid vårdcentraler, sjukhus och särskilda boenden för bättre orientering, tillgång till utemiljöer, trygghet vid förflyttning och sociala mötesplatser som underlättar samvaro. Arbetet inkluderar även delaktighet i utformning och testning av miljöer tillsammans med personer som lever med demens, deras närstående och personal, för att säkerställa att miljöerna stödjer aspekter så som hälsa, välbefinnande och autonomi (Ward et al., 2022; Siegelaar et al., 2025). I ytterligare två arbetspaket fokuseras det på hur vi kan utveckla integrerade vårdmodeller och förbättra samordningen mellan olika aktörer och sektorer, vilket är avgörande för att skapa kontinuitet och jämlikhet i vård och omsorg. Exempel på detta är utveckling av gemensamma vårdplaner som inkluderar hälsa, munhälsa och socialt stöd, samordning vid övergångar mellan hem, öppenvård och sjukhus, samt etablering av mobila kliniker och digitala verktyg för att följa upp vårdinsatser. Vårdgivare kan också stödja personer med demenssjukdom när deras egna kapacitet inte räcker genom att erbjuda förebyggande insatser, deltagande i aktiviteter, utbildning av närstående och proaktiv planering av palliativ vård eller fallprevention (Kern et al., 2024; Watt et al., 2019) (Figur 3). Ett annat exempel är en utveckling av ett redan pågående projekt där primärvård, kommun och slutenvård samarbetar kring att skapa förutsättningar för god, säker, jämlik, värdig och rimlig vård för sköra äldre personer i särskilda boenden genom förhandsplanering vid förutsägbara akuta tillstånd. Ytterligare

ett exempel är utvecklingen av optimalt omhändertagande av personer med demenssjukdom på akutmottagning och tidig identifiering och prevention av akut förvirring inom all slutenvårdsverksamhet där äldre personer vårdas inneliggande. Gemensamt för samtliga arbetspaket inom DEMSAM är att arbetet vilar på etablerade teoretiska ramverk såsom personcentrerad vård (McCormack et al., 2017), principer för samhällsengagemang (Pinto et al., 2021) och kapabilitet, det vill säga personens reella förmåga att utföra handlingar och leva ett liv som hen upplever som värdefullt. Det fokuserar på de faktiska möjligheterna (valmöjligheterna) snarare än bara funktioner eller hälsa (Sen, 2005; Nussbaum, 2000). Därtill används rumsliga perspektiv, såsom en zonmodell som belyser hur olika typer av inne- och utemiljöer skapar förutsättningar för hälsa (Bengtsson, 2015; Liljegren, 2025). Tillsammans utgör dessa arbetspaket och teoretiska utgångspunkter en sammanhängande modell där jämlikhet inte enbart är ett mål, utan en integrerad princip i både kunskapsproduktion och praktisk tillämpning.



Figur 3. DEMSAM har fokus på att utveckla sammanhängande stödsatser.
Illustration: L. Aijmer, 2025.

Ojämlighetens kostnader – bortom vården

Ojämlighet i hälsa medför betydande kostnader, både ekonomiskt och socialt. Ineffektiva vårdssystem leder allt som oftast till onödiga sjukhusinläggningar för personer med demenssjukdomar och därmed ökade kostnader (Kinch et al., 2024). Samtidigt påverkar ojämlikhet samhällstilliten och demokratins legitimitet. Social exkludering och bristande delaktighet riskerar att leda till ökad polarisering och minskat förtroende för samhällets välfärdssystem. Inom demensområdet förstärks dessa effekter av stigma och bristande inkludering, vilket ytterligare begränsar personers möjligheter att delta i samhällslivet. Samtliga arbetspaket i DEMSAM inkluderar hälsoekonomiska aspekter för att kunna säkerställa att exempelvis nya arbetssätt räcker till så många som möjligt och används på det mest angelägna sättet för att på så sätt hjälpa till att styra samhällsutvecklingen, vården och omsorgen om personer med demenssjukdom mot metoder som ger mest hälsa för pengarna. I en tid med en åldrande befolkning, dyrare nya behandlingar och knappa resurser är hälsoekonomin avgörande för att DEMSAM ska lyckas med sitt uppdrag.

Vägen framåt – kunskapsbaserade politiska åtgärder

För att minska ojämlikhet i hälsa krävs en tydlig omställning mot kunskapsbaserade arbetssätt. DEMSAMs modell pekar på vikten av att investera i forskningsinfrastruktur inom kommunal och regional vård och omsorg, där behovet av praktisk kunskapsutveckling är särskilt stort. Vidare betonas betydelsen av systematiskt samskapande med berörda grupper, där personer som lever med demenssjukdom, deras närstående och yrkesverksamma aktivt involveras i både kunskapsproduktion och utvecklingsarbete. En annan central komponent är förbättrad samordning mellan olika samhällsaktörer, vilket är avgörande för att skapa sammanhängande och jämlika vård- och omsorgsinsatser. Därtill krävs en stärkt implementering av evidensbaserade metoder, så att befintlig kunskap omsätts i praktiken. Slutligen behövs riktade insatser för att förbättra hälsolitteracitet och tillgång till information (Sorrentino et al., 2025). Politiska beslut på nationell, regional och kommunal nivå, såsom resurstilldelning, riktlinjer för vård och omsorg samt stöd till jämlika insatser, spelar en avgörande roll för hur dessa åtgärder kan genomföras. Ojämlighet i hälsa är inte en oundviklig konsekvens av samhällsutvecklingen utan ett resultat av politiska och strukturella val. När beslut inte bygger på vetenskaplig kunskap riskerar ojämlikheten att öka, med betydande kostnader för både personer och samhälle. För att minska hälsoklyftor behöver politiken och vårdorganisationer satsa på flera konkreta åtgärder: implementera evidensbaserade vårdmodeller, förbättra samordning mellan kommun, region och civilsamhälle och säkerställa tillgång till preven-

tiva insatser. Det är också viktigt att inkludera personer som lever med demenssjukdom och deras närstående i samskapande processer för att utforma relevanta och hållbara insatser. Genom sitt fokus på samskapande, implementering och tvärvetenskap har DEMSAM potential att bidra till minskade hälsoklyftor och ett mer inkluderande samhälle.

Referenser

- Alzheimer's Disease International. Dementia Friendly Communities (2022). <https://www.alzint.org/>
- Bellander, L., Angelini, E., Andersson, P., Hägglin, C., Wijk, H. (2024). A preventive care approach for oral health in nursing homes: a qualitative study of healthcare workers' experiences. *BMC Geriatrics* 24(1):803.
- Bengtsson, A. (2015). From experiences of the outdoors to the design of healthcare environments: A phenomenological case study at nursing homes. [Doctoral dissertation, Swedish University of Agricultural Sciences, Sweden]. https://pub.epsilon.slu.se/12192/1/Bengtsson_A_150508.pdf
- Berge, I., Dahlin-Ivanoff, S., Barenfeld, E., Haak, M., Lood Q (2022). A real eye-opener: Nursing home staff experiences of co-designing nursing home services together with residents. *Journal of Aging Studies*, 62:101059.
- Bergqvist, M., Bastholm-Rahmer, P., Modig, K., Schmidt-Mende, K. (2025). Challenges and needs in dementia care: People with dementia and family caregivers' experiences from diagnosis to follow-up in Swedish primary care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 7:1-14.
- Blasi, AM., Vonhoegen, L., Herrler, A., Wicht, MJ., Barbe, AG. (2024). Older people's preferences and expectations of preventive oral care in the home. *Gerodontology*, 41(2):241–250.
- Bodryzlova Y, Kim A, Michaud X, André C, Bélanger E, Moullec G. Social class and the risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of the prospective longitudinal studies. *Scand J Public Health*. 2023 Dec;51(8):1122-1135.
- Doody P, Lord JM, Greig CA, Whitaker AC. Frailty: Pathophysiology, Theoretical and Operational Definition(s), Impact, Prevalence, Management and Prevention, in an Increasingly Economically Developed and Ageing World. *Gerontology*. 2023;69(8):927-945.
- Foley, NC., Affoo, RH., Siqueira, WL., & Martin., RE. (2017) A Systematic Review Examining the Oral Health Status of Persons with Dementia. *JDR Clinical and Translational Research*, 2(4):330-342.
- Greenhalgh, T., Jackson, C., Shaw, S., & Janamian, T. (2016). Achieving Research Impact through Co-Creation in Community-Based Health Services: Literature Review and Case Study. *The Milbank Quarterly*, 94(2):392–429.
- Harnagea, H., Couturier, Y., Shrivastava, R., Girard, F., Lamothe, L., Bedos, C P., & Emami, E. (2017). Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. *BMJ Open*, 25(9):016078.
- Hicks, B., Wheatley, K., Porter, E., Farina, N., & Banerjee, S. (2025). A mapping review of studies exploring the barriers and facilitators to a dementia diagnosis through an intersectionality lens. *BJPsych Open*, 11(3):e76.
- Jeon, Y-H., Krein, L., O'Connor, C MC., Mowszowski, L., Duffy, S., Seeher, K., & Rauch, A. (2023). A Systematic Review of Quality Dementia Clinical Guidelines for the Development of WHO's Package of Interventions for Rehabilitation. *The Gerontologist*, 63(9):1536–1555.
- KC, S., Aulakh, M., Curtis, S., Scambler, S., Gallagher, JE. (2021). Perspectives of community-dwelling older adults with dementia and their carers regarding their oral health practices and care: rapid review. *BMJ Open*, 7(1):36.
- Kern, LM., Riffin, C., Phontankuel, V., Aucapina, JE., Banerjee, S., Ringel, JB., ... & Casale, P. N. (2024). Gaps in the coordination of care for people living with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 72(10):3119–3128.
- Kinch, S., Schou-Juul, F., Skov, SS., Kongsholm, NC H., & Lauridsen, S. (2024). The use of advance directives for autonomy in dementia care: A scoping meta-review and thematic synthesis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 126:105498.

- Liljegen, M. (2025). Outdoor environments at residential care facilities: Needs, wishes, and access for older adults and care workers [Doctoral dissertation, University of Gothenburg and Chalmers University of Technology, Sweden]. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/85354>
- Lood, Q., Hermansen Østby, R., Hultqvist, S., Edvardsson, D., & Dahlin-Ivanoff, S. (2023). Uncovering hidden abilities for participation in research through photo-elicitation interviews: a view on participatory research with people living in residential care facilities. *Research Involvement and Engagement*, 9:9.
- McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K., & Eide, T. (2017). Person-C entredness in Healthcare Policy, Practice and Research. In Person-C entred Healthcare Research (eds B. McCormack, S. Dulmen, H. Eide, K. Skovdahl and T. Eide).
- National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen). (2019). Mapping obstacles to collaboration between dental care and health care: Final report. Article No. 2019-10-6428. Retrieved from Socialstyrelsen's official publication page: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/kartlaggning-av-hinder-for-samverkan-mellantandvard-och-halso--och-sjukvard--slutrapport-2019-2019-10-6428>
- Nussbaum, MC . (2000), *Women and Human Development: the Capabilities Approach*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Oliveira, D., & Musyimi, C . (2025). Structural stigma: a fundamental cause of inequalities among carers of people with dementia. *International Journal of C are and C aring* (published online ahead of print 2025).
- Pinto, RM., Park, S., Miles, R., & Ong, PN. (2021). Community engagement in dissemination and implementation models: a narrative review. *Implementation Research and Practice*, 2:p2633489520985305.
- Poudel, P., Paudel, G., Acharya, R., George, A., Borgnakke, WS., & Rawal, LB. (2024). Oral health and healthy ageing: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 24(1):33.
- Regeringen (2018) Folkhälopolitiska målet https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/proposition/god-och-jamlik-halsa-en-utvecklad_h503249/html/
- Sen, AK. (2005), *Human Rights and Capabilities*, *Journal of Human Development*, 6(2):151-66.
- Shatnawi, E., Steiner-Lim, G. Z., & Karamacoska, D. (2023). Cultural inclusivity and diversity in dementia friendly communities: An integrative review. *Dementia (London, England)*, 22(8):2024–2046.
- Siegelaar, A., Mobach, MP., Janus, S., & Zuidema, SU (2025). The Physical Environment and the Quality of Life and Behavior in People With Dementia: A Systematic Meta-Review. *Sage Open Aging*, 11:p30495334251345092
- Sorrentino, M., Fiorilla, C ., Mercogliano, M., Stilo, I., Esposito, F., Moccia, M., ... & Palladino, R. (2025). Barriers for access and utilization of dementia care services in Europe: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 25(1), 162–15.
- Stern Y, Gurland B, Tatemichi TK, et al. Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease. *JAMA* 1994;271:1004–10.
- Verbeek, H., Zwakhalen, SMG., Schols, JMGA . Kempen, GIJM., & Hamers, JPH (2020). The living lab in ageing and long-term care: A sustainable model for translational research improving quality of life, quality of care and quality of work. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 24(1):43-47
- Ward, R., Rummery, K., Odzakovic, E., Manji, K., Kullberg, A., Keady, J., C lark, A., & Campbell, S. (2022). Beyond the shrinking world: dementia, localisation and neighbourhood. *Ageing and Society*, 42(12):2892–2913.
- Watt, RG., Daly, B., Allison, P., Macpherson, LMD., Venturelli, R., Listl, S., ...& Benzian, H. (2019). Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet*, 394(10194):261-272.
- World Health Organization (WHO). (2022). Dementia. <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/dementia>
- Yrkesresan (2025) <https://yrkesresan.se/>