

Revisionsrapport

NATIONELLA RIKTLINJER FÖR DEMENSVÅRD

Samgranskning

Landstinget Gävleborg,
Gävle, Ockelbo, Sandviken och
Söderhamns kommuner

*Margaretha Larsson
Christina Karlsson*

December 2012



Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
1. Inledning	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Avgränsning och granskningsmetod	3
2. Granskningsresultat	5
2.1. Kort om demens och demensvård.....	5
2.2. Stödjande och styrande dokument.....	6
2.2.1. Uppföljning	7
2.3. Organisation	7
2.4. Utredning	8
2.5. Förebyggande åtgärder och behandling.....	9
2.6. Personcentrerad omvårdnad	10
2.6.1. Aktiviteter och fysisk träning.....	11
2.6.2. Hjälpmedel	12
2.7. Särskilt boende	12
2.8. Stöd till anhöriga	13
2.9. Bemanning och kompetens	13
2.10. Läkemedel	15
3. Sammanfattande reflektioner och bedömning	17

Sammanfattning

Äldreomsorgen och då främst demensvården har den senaste tiden haft stor medial uppmärksamhet och debatterats flitigt. Idag finns cirka 150 000 demenssjuka i Sverige och cirka 24 000 insjuknar varje år vilket gör att antalet hela tiden ökar. Kostnaden för demenssjukas vård och omsorg är drygt 50 miljarder kronor och där kommunerna står för den största delen motsvarande 85 procent. 2010 gav Socialstyrelsen ut Nationella riktlinjerna för vård och omsorg till personer med demenssjukdom i syfte att bidra till en god och jämlik vård och omsorg för de som är i behov av det.

Landstingets revisorer har tillsammans med revisorskollegorna i Gävle, Ockelbo Sandviken och Söderhamns kommuner uppdragit till Kommunal Sektor inom PwC att genomföra en granskning avseende följsamhet till de Nationella riktlinjerna för demensvård.

Resultatet av granskningen sammanfattas enligt följande:

- Implementering av riktlinjernas rekommendationer pågår och det finns en samsyn och samverkan mellan de olika aktörerna avseende demensvården. Vi ser en brist i att det på övergripande nivå saknas mål kopplade till demensvården specifikt. Positivt är dock att Primärvården inom Landstinget Gävleborg under 2013 i styrkort prioriterar genomförandet av demensutredningar.
- Multiprofessionella team eller demensteam finns. I Gästrikland verkar ett demensteam utifrån ett samverkansavtal mellan Gävle Sjukhus, primärvården Gästrikland, Ockelbo, Hofors, Gävle och Sandvikens kommuner. I Hälsingland finns inte demensteam uppbyggt på samma sätt dock har i Söderhamn funnits ett demensteam sedan 2007 i samverkan mellan kommunen och primärvården.
- Landstinget Gävleborg har en tydlig ambition att leva upp till riktlinjernas rekommendationer avseende demensutredning både på basal nivå och på specialist nivå. Kommunernas socialutredningar uppfyller inte helt det som rekommenderas vad det gäller utredningens innehåll och framtidsfokus för den enskilde.
- Det förebyggande arbetet och riskbedömningar görs enligt fastställda rutiner i samtliga granskade verksamheter. Länet ligger på topp fem vad det gäller användandet av den nationella metoden för detta arbete samt registrering i Senior Alert.
- Både Landstinget Gävleborg och de granskade kommunerna har i sina verksamheter ett uttalat personcentrerat arbetssätt. Dock saknas i kommunerna strategier och rutiner för att möta de individuella behoven hos personer med olika kulturell och språklig bakgrund. Överlag erbjuds aktiviteter som är individuellt anpassade, dock ser vi i de särskilda boendena ett utvecklingsbehov inom området.

- Ambitionen i samtliga kommuner är att i de särskilda boendena skapa en miljö anpassad till de individuella behoven samt en ändamålsenlig miljö. Hos varje kommun finns utarbetade rutiner för inflyttning till särskilt boende som tar hänsyn till en väl förberedd flytt för både den enskilde och dess anhöriga.
- Anhörigstöd finns utvecklat i samtliga kommuner. Även landstingets verksamheter som demensteamet och minnesmottagningen arbetar med stöd till anhöriga i olika former.
- I riktlinjerna finns inga rekommendationer avseende bemanning eftersom det vid framtagandet av dessa saknades evidens inom området. Vi har funnit att det finns skillnader mellan kommunerna hur de lever upp till kraven som socialtjänstlagen ställer redan idag på att bemanna efter de äldres behov, vilket förstärks i (SOSFS 2012:12) föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden.
- Både kommunerna och landstinget har höga ambitioner vad det gäller kompetensnivå. Det pågår kontinuerlig kompetensutveckling. Utbildningsinsatserna sker till stor del gränsöverskridande mellan både huvudmännen och de olika verksamheterna internt inom exempelvis den egna kommunen.
- Läkemedelshanteringen finns reglerad i bl.a. föreskrifter från Socialstyrelsen och utifrån dessa har läkemedelskommittén arbetat fram länsgemensamma rutiner för enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång i både särskilt som ordinärt boende.

Svaret på den övergripande revisionsfrågan och vår revisionella bedömning är utifrån ovanstående iakttagelser att samtliga granskade kommuner och landstinget Gävleborg bedriver en ändamålsenlig demensvård i enighet med de centrala rekommendationerna i riktlinjerna.

Granskningen visar dock på ett antal områden att utveckla. Dessa sammanfattas nedan och beskrivs djupare i respektive avsnitt i rapporten.

- Mål behöver upprättas som tydliggör demensomsorgen med förväntad inriktning och prioriteringar samt utarbeta rutiner för kontinuerlig uppföljning.
- De sociala utredningarna behöver enligt vår bedömning utvecklas och tydligare fokusera på de sociala delarna utifrån den enskilde med koppling till den problematik som kan uppstå vid demens.
- Aktivering och social stimulans baserad på den enskildes individuella behov och livsföring inom de särskilda boendena bör utvecklas.
- Strategier och rutiner för arbetet utifrån en jämlik vård med hänsyn till personer med annan kulturell och språklig bakgrund behöver utarbetas och fastställas.
- Kommunerna behöver se över sina bemanningssystem och skapa förutsättningar för ändamålsenlig och behovsanpassad bemanning i enighet med Socialstyrelsens författning som träder i kraft 1 januari 2014.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Idag finns cirka 150 000 demenssjuka i Sverige. Antalet ökar och beräknas år 2025 vara 180 000. Kostnaden för demenssjukas vård och omsorg är drygt 50 miljarder kronor och fördelas ungefär enligt följande; 85 procent ligger på kommunerna, fem procent på landstingen och tio procent på närstående. Vården och omsorgen har som bekant begränsade resurser vilka måste fördelas utifrån vad som gör mest nytta, både för den enskilde och för samhället i stort. Socialstyrelsen tog därför år 2010 fram nationella riktlinjer för vård och omsorg till personer med demenssjukdom med målet att de ska bidra till en god och jämlik vård och omsorg för de som är i behov av det.

Mot bakgrund av ovanstående och revisorernas risk- och väsentlighetsanalyser har revisorerna i Landstinget Gävleborg tillsammans med revisionskollegorna i Gävle, Ockelbo, Sandviken och Söderhamns kommuner beslutat att genomföra en gemensam granskning inom området. Utgångspunkten i granskningen är de nationella riktlinjerna för vård och omsorg om personer med demenssjukdom som gavs ut av Socialstyrelsen 2010.

Granskningen avser att besvara revisionsfrågan huruvida:

Styrelse och nämnder i respektive organisation bedriver och organiserar vård och omsorg för personer med demenssjukdom utifrån de nationella riktlinjerna och egna kvalitetsmål?

Att genomföra granskningen har uppdragits till Kommunal Sektor inom PwC.

1.2. Avgränsning och granskningsmetod

Granskningen avgränsas enligt fastslagen projektplan att omfatta verksamheter inom respektive landstings och kommunalt ansvarområde enligt följande:

Gävle	4 äldreboende	15 personer med hemtjänst i ordinärt boende
Ockelbo	1 äldreboende	5 personer med hemtjänst i ordinärt boende
Sandviken	2 äldreboende	8 personer med hemtjänst i ordinärt boende
Söderhamn	2 äldreboende	8 personer med hemtjänst i ordinärt boende

Granskningen har följt projektplanens revisionskriterier och genomförts genom inläsning och studier av nationella och lokalt styrande dokument avseende vård och omsorg om personer med demenssjukdom och dess anhöriga samt granskning av journaler och social dokumentation.

Vidare har intervjuer genomförts inom samtliga verksamheter i urvalet med

- Chefer på förvaltnings, verksamhets och enhetsnivå
- Sjuksköterskor

- Biståndshandläggare
- MAS
- Verksamhetsutvecklare
- Representant från
 - demensteamet Gästrikland
 - minnesmottagningen på Gävle sjukhus

Utifrån kommunernas lokala förutsättningar kan intervjumaterialet avvika något mellan de granskade verksamheterna.

En övergripande rapport har sammanställts av genomförd granskning som helhet samt en sammanställning och delrapport för respektive huvudman redovisas i bilagor.

Granskningsrapporten har sakgranskats av de som medverkat vid genomförd granskning.

2. Granskningsresultat

2.1. Kort om demens och demensvård

Demens kommer från latinets ”de” som betyder utan och ”mens” som står för sinne eller förstånd och är ett så kallat syndrom, det vill säga en samling symtom. Demens innebär en kognitiv reduktion som är så allvarlig att det kan innebära en påtaglig eller invaliderad oförmåga till ett normalt liv. Demens brukar ofta kallas de anhörigas sjukdom eftersom familj och vänner med nära kontakt till den sjuka ofta i hög grad brukar påverkas.

Demenssjukdomar drabbar främst äldre personer. I Sverige har ungefär åtta procent av alla personer som är 65 år eller äldre någon form av demenssjukdom. Alzheimers sjukdom är den vanligaste formen. Demenssjukdomar orsakas av en hjärnskada och symtomen kan se olika ut beroende på var i hjärnan skadan finns. De utvecklas ofta långsamt och vanliga symtom är att det sker en gradvis försämring av korttidsminnet, språket och tidsuppfattningen. Risken att få en demenssjukdom är större ju äldre en person är, men även yngre personer (under 65 år) drabbas. I Sverige uppskattas antalet yngre personer med demenssjukdom till cirka 8 000–9 000, varav merparten är 60–65 år.

Det går som regel inte att bota en demenssjukdom, utan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens åtgärder inriktas på att lindra symtom och att på olika sätt kompensera för de funktionshinder som personen drabbas av. Syftet med all vård och omsorg är att underlätta vardagen och hjälpa till att skapa en så god livskvalitet som möjligt för personen med demenssjukdomen.

Dessa nationella riktlinjer ger rekommendationer utifrån kunskapen om vilka behandlingar som är mest effektiva. Riktlinjerna ger alltså underlag för hur vården och socialtjänsten bör fördela sina resurser. Rekommendationerna beskriver vad hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör göra. Riktlinjerna är alltså inte bindande, men utgör starka rekommendationer om vilket stöd och vilken vård och omsorg som bör erbjudas till personer med demenssjukdom och dess närstående.

Demensvården har hög prioritet både nationellt, regionalt och lokalt. Socialdepartementet gav under 2011 Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med SKL stötta och stimulera kommuner och landsting att implementera de nationella riktlinjerna för vård och omsorg om personer med demenssjukdom. Statsbidraget som alla Sveriges kommuner hade möjlighet att söka motsvarade totalt för 2011 och 2012 ca 50 mnkr. Bidraget har för avsikt att stimulera ett urval kommuner att i nära samarbete med landstingen utveckla och pröva modeller för att implementera de nationella riktlinjerna för vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

Demensteamet som verkar i Gästrik kommunerna har arbetat fram en ansökan till Socialstyrelsen för att ta del av de medel som ska fördelas till kommuner och landsting för att implementera Nationella Riktlinjerna. Respektive kommun har sedan gjort sin egen ansökan. Gävle och Sandvikens kommuner har tagit del av

detta statsbidrag. Sandviken fick för 2011, 317 000 kr och för 2012, 200 000 kr och Gävle tilldelades för 2012, 250 000 kr. Söderhamn och Ockelbo fick avslag på sina ansökningar utifrån Socialstyrelsens prioriteringsprocess.

2.2. Stödjande och styrande dokument

De nationella riktlinjerna är ett av de styrdokument som har stor bäring på omsorgen om de demenssjuka. Gemensamt för samtliga verksamheter som omfattats av genomförd granskning är att de redogör för att stort fokus lagts på dessa och att ett implementeringsarbete pågår.

Ett annat övergripande och styrande dokument som också finns är "Gemensamma utgångspunkter för vård och omsorg av de äldre i Gävleborg" som Landstinget Gävleborg och länets kommuner har antagit och ställt sig bakom. Denna gemensamma överenskommelse och har fyra styrande gemensamma utgångspunkter:

- Gemensamma värderingar
- Hälsosamt åldrande
- Samband, samverkan, samspel och samarbete
- Säkerhet, kvalitet och uppföljning av våra resultat

I och med att samtliga aktörer ställt sig bakom "gemensamma utgångspunkter" har man också antagit följande programförklaring:

Med dessa "gemensamma utgångspunkter" vill länets alla kommuner och landstinget ange den ambitionsnivå och det förhållningssätt som ska känneteckna det gemensamma arbetet med att ge vård och omsorg till behövande äldre så att de så långt möjligt kan uppleva trygghet och oberoende.

Då landstinget verkar i samtliga kommuner har de också att förhålla sig till lokala lösningar, överenskommelser och styrande förutsättningar.

I Gästrikland finns samverkansavtal mellan Gävle Sjukhus, Primärvården i Gästrikland, Ockelbo kommun Socialförvaltningen, Hofors kommun Socialnämnden, Omvårdnad Gävle kommun och Sandvikens kommun Äldreomsorgsförvaltningen. När det gäller Hälsingland finns inte motsvarande samverkansavtal. För Söderhamns del som är en av hälsingekommunerna och som omfattas av nu genomförd granskning finns en lång tradition avseende samverkan mellan kommun och landsting när det gäller vård och omsorg om demenssjuka. Ett vårdprogram finns framtaget av Söderhamns kommun i samverkan med primärvården. 2007 togs det första gemensamma vårdprogrammet fram i samband med att ett demensteam startade. Detta reviderades 2010 i samband med att Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för demens kom. Vårdprogrammet är nu åter i färd med att revideras.

Vidare finns vårdprogram för arbetsterapi och basal demensutredning inom primärvården i Landstinget Gävleborg.

När det gäller demensvården har Landstinget Gävleborg inga specifika målbeskrivningar för området dock i Division Primärvårds styrkort för 2013 omnämns bland annat prioritering av demensutredning.

Vi har heller inte i någon av de granskade kommunerna funnit några mål specifikt för vård och omsorg om demenssjuka på övergripande nivå. Samtliga kommuner har dock i sin planering och sitt målarbete hanterat demensvården i sina styrdokument, verksamhetsplaner och vårdprogram. Det finns naturligt olika lösningar utifrån lokala förutsättningar och kommunernas storlek. Kvalitetsmål finns nedbrutna på verksamhetsnivå utifrån kommunernas övergripande mål.

2.2.1. Uppföljning

Någon uppföljning av demensvården specifikt vad det gäller verksamheternas innehåll och utveckling har vi inte funnit. Då det saknas mål för styrning inom området finns heller inget att koppla uppföljningen till. Vi har dock erfarit att de nationella undersökningar och redovisningar som görs inom området följs och hanteras på övergripande nivå i organisationerna.

Som en del i uppföljningsprocesserna har man löst det med kontaktpolitiker mot olika verksamheter. Dessa har ett ansvar att följa vad som händer inom området och återkoppla till sina respektive politiska forum.

2.3. Organisation

En av de centrala rekommendationerna i de nationella riktlinjerna är organisationen av professioner och kompetenser, så kallade multiprofessionella team. Multiprofessionellt arbete syftar till kontinuitet i vården och omsorgen, att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser, att finna problem och hitta lösningar samt att personens behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv.

Organisationen av det multiprofessionella arbetet varierar mellan olika delar i landet så även inom Landstinget Gävleborg. I Gästrikland verkar ett demensteam utifrån ett samverkansavtal mellan Gävle Sjukhus, primärvården i Gästrikland, Ockelbo, Hofors, Gävle och Sandvikens kommuner. Målet med verksamheten är att genom samverkan optimera omhändertagande av personer med demenssjukdom och deras närstående. Genom utbildningar, handledning och konsultationer förmedlas en ökad kunskap om demenssjukdom till landstingets och kommunens personal. Minnesmottagningen på Gävle sjukhus är en av aktörerna i teamet och som med den samlade kompetensen och breda erfarenhet omkring sjukdomar som kan drabba minnet arbetar konsultativt och stödjande mot övriga verksamheter.

Även i Söderhamn finns ett demensteam dock inte reglerat i något avtal som i Gästrikland. Däremot finns som tidigare nämnts ett gemensamt vårdprogram i Söderhamn. Även Söderhamn har ett nära samarbete med minnesmottagningen i Gävle.

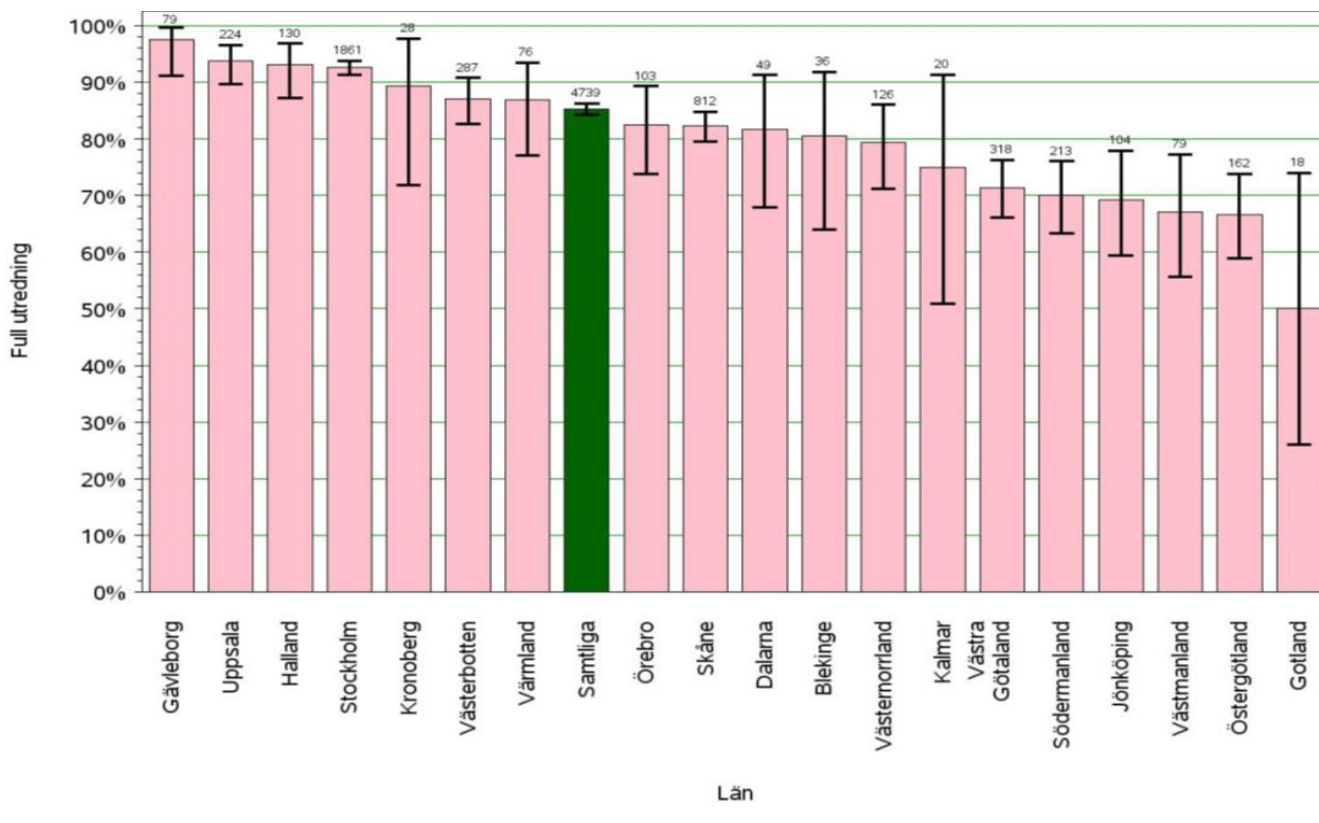
2.4. Utredning

För att rätt stöd och hjälp ska kunna erbjudas lyfts vikten av olika utredningar i riktlinjerna. Det finns ingen enkel utredningsmetod som kan fastställa om en person har en demenssjukdom. Diagnostiken grundar sig i stället på en sammanvägd bedömning av undersökningar och bedömningar, en så kallad basal demensutredning som vanligtvis görs inom primärvården. Om detta inte ger tillräcklig information för att kunna ställa en diagnos bör sjukvården göra en utvidgad utredning. I de fall detta är aktuellt sker vidare remittering till minnesmottagning som genomför dessa.

Under 2013 finns en tydlighet i prioriteringen av demensutredningar inom Landstinget Gävleborg. Bland annat finns detta som ett prioriterat område i 2013 års styrkort samt att genomförda utredningar premieras genom en prestationsbaserad ersättning kopplad till registrering i SveDem.

SveDem är ett etablerat kvalitetsregister inom demensområdet som ger struktur för utredning och uppföljning. Registret finns spritt över hela landet, och alla län är representerade med undantag för Jämtland.

Under 2011 genomgick 86 % av patienterna med demensproblematik enligt registreringen i SveDem en fullständig basal demensutredning. Flera län når SveDems eget mål på >90 %, nämligen Gävleborg, Halland, Stockholm och Uppsala län. (figur 1)



Källa: SveDem Årsrapport 2011

Vi har i genomförd granskning tagit del av omvårdnadsjournaler och socialdokumentation i respektive kommun bland annat i syfte att inventera omfattningen av utredning bland personer inom kommunernas demensomsorg. Totalt har ca 120 personers sociala dokumentation eller hälso- och sjukvårdsjournaler studerats. I granskningen har vi utgått från personer som omfattas av kommunernas demensvård utifrån att de har en demensproblematik. Vi har i denna aktgranskning sökt svar på frågan huruvida personerna genomgått någon form av utredning enligt de nationella riktlinjernas rekommendationer.

Resultatet av dokumentationsgranskningen visar bristfälliga uppgifter om demensdiagnos och bekräftar Socialstyrelsens påstående att det fram till idag är en stor andel med demensproblematik som inte tagit del av någon adekvat utredning för fastställande av diagnos. Vanligt förekommande i journalanteckningar är ”demensutredd” utan vidare beskrivning eller ”ospecifik demens” dokumenterad som diagnos. Det finns därför ett stort behov av att hälso- och sjukvården förbättrar diagnostiken och handläggningen under hela sjukdomsförloppet så att hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan bedöma behovet av åtgärder för den demenssjuke och stöd till de anhöriga.

Värt att notera i detta sammanhang är de personers dokumentation som omfattats av nu genomförd granskning har sin diagnos sedan flera år tillbaka och är i de flesta fall inte nyinsjuknade. Därmed undantas de också till stor del den statistik som redovisas i SweDem.

Även en socialutredning kan vara av stor vikt i den demenssjukes framtida vård och omsorg. I riktlinjerna nämns att en tidig socialutredning ökar den demenssjukes möjlighet till delaktighet och självbestämmande över framtida vård och omsorg.

De sociala utredningarna genomförs av biståndshandläggare i de granskade kommunerna. Kompetensen inom demensområdet hos handläggarna varierar. Vi har också funnit olikheter hur handläggarfunktionerna organiserats. Sammantaget finns spetskompetens i samtliga kommuners handläggarenheter. Kompetensen används olika exempelvis finns särskilda demenshandläggare, handläggare med ett samordnande ansvar etc. Från samtliga gästrike kommuners handläggningsenheter finns en koppling till och aktiv samverkan med demensteamet. I Söderhamn finns demenshandläggare som en del i deras demensteam.

I de utredningar och uppdrag som lämnats för verkställighet som vi inom ramen för genomförd granskning tagit del av har det överlag inte tydligt gått att utläsa att den sociala utredningen grundar sig på en demensproblematik och har ett framåtsträvande syfte avseende den demenssjukes framtida vård och omsorg. De biståndsbeslutade insatserna präglas till stor del av att lösa vardagssituationen här och nu.

2.5. Förebyggande åtgärder och behandling

Demenssjukdom kan innebära en ökad risk för fallskador, problem med munhälsan och undernäring. Därför bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten göra regelbundna riskbedömningar för att förebygga, upptäcka och åtgärda detta. Även

riskerna för trycksår ökar vid stillasittande och sängliggande och kan ingå i de regelbundna riskbedömningarna.

Senior Alert är ett kvalitetsregister där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Registret medverkar till utvecklandet av nya arbetssätt, vilka ökar möjligheten för bästa möjliga vård oavsett vem som tillhandahåller den. Syftet med Senior alert är att skapa en bra infrastruktur och systematik för det förebyggande arbetet. Registret medverkar till utvecklandet av nya arbetssätt, vilka ökar möjligheten för bästa möjliga vård oavsett vem som tillhandahåller den.

Arbetet med registrering i Senior Alert har fått stort genomslag inom hela Landstinget Gävleborg och samtliga kommuner i länet. Rutiner finns framtagna både inom landstingets och kommunernas verksamheter. Personer som bor i sitt ordinära boende och omfattas av primärvårdens och hemtjänstens insatser har landstinget ansvaret för registreringen. När det gäller kommunens äldreboenden är det ett kommunalt ansvar.

För att stimulera registrering och användandet av Senior Alert har prestationsersättningen fördelats mellan de kommuner och landsting där samtliga relevanta verksamheter, oavsett driftsform, har påbörjat registrering i Senior Alert. Vi kan konstatera att Landstinget Gävleborg ligger i topp när det gäller registrering och är en av de fem landsting som erhållit över 1 miljon kronor. Även kommunerna är aktiva och har tagit del av den prestationsersättning som delas ut.

Vidare finns ett register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) som registrerar beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Behandlingsmetodikerna som utgör grunden för BPSD-registrets arbetssätt bygger på en skattning av olika symtom som bemöts med olika åtgärder som följs upp med en ny skattning. Arbetssättet ger möjligheter att förbättra vården, minska lidande och användandet av tvångsåtgärder för personer med demenssjukdomar.

BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom) är under implementering och är i de granskade verksamheterna ett satsningsområde tillsammans med Senior Alert vad det gäller evidensbaserad kvalitets- och verksamhetsutveckling

För att påskynda utvecklingen och förbättringsarbetet ytterligare när det gäller vården och omsorgen om personer med demenssjukdom, ger staten även 2013 prestationsbaserat stöd till de verksamheter som registrerar i kvalitetsregistret BPSD. 50 miljoner kronor fördelas till de kommuner, vars utförare oavsett driftsform inför ett standardiserat arbetssätt vid BPSD-symtom och registrerar i BPSD-registret. Prestationsersättningen utbetalas till kommunerna i relation till antalet utförda registreringar i BPSD-registret.

2.6. Personcentrerad omvårdnad

I ett tidigt skede av demenssjukdomen är behovet av vård och omsorg inte så stort, men det ökar i takt med att den utvecklas. En personcentrerad vård och omsorg

sätter fokus på den enskilde som person snarare än demenssjukdomen och syftet är att göra vård och omsorg mer personlig.

Den personcentrerade omvårdnaden utgår från den enskildes värderingar, önskemål och rutiner. Det är viktigt att intressen tas tillvara, till exempel möjlighet att utöva de fritidsaktiviteter den enskilde har intresse av. Även när det är aktuellt med annan kulturell eller språklig bakgrund ingår det också att ta hänsyn till särskilda behov relaterat till detta.

En av grunderna för en personcentrerad omvårdnad är planeringen och utförande av de behov och insatser som identifierats för den enskilde. Hos samtliga kommuner som omfattats av genomförd granskning finns rutiner för detta. Bland annat finns rutiner för upprättande av genomförandeplaner enligt gällande regelverk som beskriver målet och innehållet för den enskildes vård- och omsorg. En sådan plan är nödvändig för att den äldre personen ska garanteras god kvalitet i vården och omsorgen. Även för att resultatet ska kunna följas upp och att omsorgen anpassats och anpassas utifrån den enskildes behov och önskemål.

Kontaktmannaskapet inom kommunernas äldreomsorg är väl utvecklat och har en stark koppling till det individuella behovet hos de enskilda och deras anhöriga. Genom kontaktmannaskapet inom hemtjänstverksamheterna i de granskade kommunerna förstärks kontakten och dialogen med distriktssköterskorna i primärvården.

Även demensteamerna har en viktig funktion i den personcentrerade vård och omsorgen för att hitta lösningar samt att personens behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv.

När det gäller att möta personer med annan kulturell och språklig bakgrund än den svenska saknas överlag rutiner och strategier för detta. De granskade verksamheterna uppger att detta i dag inte är vanligt förekommande och att det inte upplevs som något problem. Då personalgrupperna är mångkulturella har det fungerat genom att personal med rätt kompetens, d v s personal som har de aktuella språkkunskaperna, placerats där behoven finns. I dag finns specifika enheter för finsktalande.

2.6.1. Aktiviteter och fysisk träning

Vid en demenssjukdom kan det vara svårt att utföra eller delta sina vanliga aktiviteter. Det är därför viktigt med möjlighet att delta i aktiviteter som är anpassade efter den demenssjukes förmåga och intressen. Sådana aktiviteter kan vara hushållssysslor, utomhusvistelser, underhållning, musik eller dans. Aktiviteterna syftar till att ge ett meningsfullt innehåll i vardagen. Vi erfar i genomförd granskning att både Landstinget Gävleborg och de granskade kommunerna erbjuder aktiviteter som är individuellt anpassade. Vanligt förekommande aktivitet är social samvaro som den demenssjuke beviljats som en insats enligt SoL (socialtjänstlagen), andra aktiviteter är träningspromenader och gymnastik.

Inom ramen för dagverksamheterna i de granskade kommunerna erbjuds olika typer av aktiviteter. Dagverksamheterna är i första hand till för de som bor i ordinärt boende och har ett behov av stimulans och social samvaro i din vardag. Dagverksamheter finns med olika inriktningar och aktiviteter för både yngre och äldre.

Genom demensteamerna som har ett stödjande uppdrag även mot dagverksamheterna finns en koppling mellan landstingets professioner och kommunerna.

När det gäller aktiviteter och social samvaro i kommunernas äldreboende sker de i stor utsträckning inom avdelningen på boendet. Aktiviteterna sker vanligtvis i grupp men det förekommer också individuella aktiviteter utifrån de individuella behoven och förutsättningarna.

2.6.2. Hjälpmedel

Det finns olika hjälpmedel som syftar till att ge stöd och kompensation för minnet samt öka eller behålla den demenssjukes självständighet och aktivitetsförmåga. Exempel på sådana hjälpmedel är spisvakter och påminnelse för medicinering. Andra hjälpmedel som finns tillgängliga är passagelarm för ytterdörren, larmmattor samt säng- och rörelsevakter.

Rutiner och riktlinjer finns för hantering av hjälpmedel. Utprovning och uppföljning sker i samråd med den enskilde, anhöriga, närstående eller personal i hemtjänst eller på äldreboendet.

I vårdprogrammet "Arbetsterapi i primärvård vid demens och demensliknande tillstånd" som fastställdes i november 2011, finns hantering av hjälpmedel beskriven. Sjuksköterskor och arbetsterapeuter har ett stort ansvar för bedömningar av de kognitiva funktionerna och utifrån detta analysera behovet av hjälpmedel i syfte att öka den demenssjukes självständighet för att med bibehållen funktionsförmåga kunna delta i vardagsaktiviteter.

2.7. Särskilt boende

I de kommuner som omfattats av nu genomförd granskning finns i dag ca 1800 platser i särskilt boende, av dessa är drygt 30 procent avsedda specifikt för demensvård. Det vanligaste är att det i ett särskilt boende finns en eller flera avdelningar avsedda för demenssjuka. Men det finns även hela enheter där samtliga platser är demensboenden. Exempelvis finns i Gävle ett specialboende för personer med demens, demensliknande symtom eller psykisk funktionsnedsättning, både äldre och yngre. På detta boende finns också 12 korttidsplatser för personer med demenssjukdom. Även i Sandviken finns särskilt boenden som i sin helhet är avsett för demensvård.

Trots att kommunerna har väl utbyggda demensenheter och specifikt avsedda platser för dementa finns personer med demensproblematik inom alla äldreomsorgens verksamhetsområden.

Det är av stor vikt att en flytt till demensboende förbereds väl enligt de nationella riktlinjerna. Vi har i samtliga granskade kommunerna funnit att det finns utarbetade rutiner kring detta innehållande bl.a. information, möjligheter till besök i boendet samt att träffa personal.

Ambitionen i samtliga kommuner är att i boendena skapa miljöer anpassade till de individuella behoven samt med utformning i en lugn miljö avseende både ljud och färgsättning. Till stor del uppfylls dessa ambitioner även om alla lokala förutsättningar inte är de bästa. Arbetet fokuseras på småskalighet där vården och omsorgen ges i avgränsade lokaler av en liten grupp personal.

Det finns möjligheter till utevistelse på olika sätt, en del boenden är placerade i markplan och har uteplatser där de boende kan vistas fritt utomhus. I andra boenden finns lösningar där exempelvis personal gör både spontana och planerade promenader eller utflykter tillsammans med den boende.

2.8. Stöd till anhöriga

Genom en ändring i socialtjänstlagen har kraven på kommuner att erbjuda anhörigstöd förstärkts. Kommunerna har fått statliga medel för utveckling av anhörigstöd. Socialstyrelsen har påtalat att kommunerna måste fortsätta utveckla anhörigstöd för att nå alla målgrupper inom socialtjänsten. Gemensamt för de granskade kommunerna är att de har personal med spetskompetens och engagemang i arbetet med anhörigstöd. Även landstingets verksamheter som demensteamet och minnesmottagningen arbetar med stöd till anhöriga i olika former.

Behovet av stöd och hur stödet utformas beror på hur de närståendes livssituation ser ut. I dag finns det flera olika typer av stöd till närstående. En form för stöd är ett så kallat psykosocialt stödprogram som fokuserar på att hjälpa närstående att bearbeta sina känslor och upplevelser i rollen som vårdare. Ett annat viktigt stöd är utbildningsprogram som ofta ges i grupp och som kan innehålla grundläggande demenskunskap samt information om behandlingar och stödinsatser från samhället. Det kan också handla om olika former av avlösning där de närstående ges möjligheter att ägna sig åt annat och koppla av. Stödet kan slutligen omfatta flera insatser, till exempel avlösning och utbildning, som kombineras. Stödet kan vidare ges både i hemmet i för ändamålet avsedda lokaler eller via korttidsverksamhet. Vanligt i kommunerna är att det finns speciella anhörigcentrum där personal finns för att arbeta med anhörigstöd.

2.9. Bemanning och kompetens

I riktlinjerna finns inga rekommendationer avseende bemanning. Enligt uppgifter som vi hämtat från uttalanden av Ulla Höjgård från Socialstyrelsen som var projektledare i framtagandet av demensriktlinjerna fanns väldigt få studier om ens några som de i arbetet med framtagande av riktlinjerna hade att stödja sig på i rekommendationer kring bemanning. En riktlinje som kan vara så starkt kostnadsdrivande ansåg man måste bygga på hög evidens vilket inte fanns vid denna tidpunkt.

Socialstyrelsens tillsyn hösten 2010 då 94 demensboenden runt om i landet inspekterades visade att sex av tio inte hade tillräcklig bemanning för att tillgodose de äldres trygghet och säkerhet nattetid. Även i löpande tillsyn har det konstaterats att det fattas personal dagtid. De tillsyner av 169 särskilda boenden som genomfördes 2011 tyder på samma sak. Det är ofta bemanningen och inte de äldres dygnsrytm och vanor som styr när insatserna ges.

Socialstyrelsen fick utifrån resultatet i de genomförda tillsynerna regeringens uppdrag (S2010/9174/VS och S2011/2151/FST) att vägleda kommunerna i frågor om organisering av särskilt boende för personer med demenssjukdom, t.ex. avseende bemanningen. Socialstyrelsen gjorde en bedömning att en vägledning för att stärka verksamheternas kvalitet, innehåll och säkerhet för den enskilde kräver föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanningen i särskilda boenden samt tillämpningen av socialtjänstlagen.

Uppdraget resulterade i en författning som är bindande, (SOSFS 2012:12), föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden. Författningen träder ikraft 1 januari 2014. Tanken är att kommunerna och de som bedriver särskilt boende under 2013 ska få tid att ställa om sina verksamheter som flera remissinstanser har påpekat.

I de granskade verksamheternas särskilda boenden sker bemanningen och budgetering av densamma i allmänhet utifrån fastställda nyckeltal och är inte kopplade till det faktiska omsorgsbehovet. Bemanningen är relativt statisk men det finns dock en flexibilitet att verka över avdelningsgränserna för att möta svängningar i behovet i praktiken. I Gävle och Söderhamns kommuner har de boende specificerade insatser i sina beviljade biståndsbeslut som är tidsatta vilket underlättar en flexibilitet i bemanning i förhållande till aktuella behov. Vi har funnit att det finns skillnader mellan kommunerna hur de lever upp till kraven som socialtjänstlagen redan idag ställer på att bemanna efter de äldres behov.

När det gäller hemtjänstverksamheten finns det bättre förutsättningar att anpassa bemanning i förhållande till faktiska behov vilket också sker i större utsträckning bl.a. för att myndighetsutövningen och biståndsbesluten har en tydligare individuell prägel.

Att det finns en tillräcklig bemanning kan emellertid inte ensamt säkerställa att personer med demenssjukdom får sina behov av hemtjänstinsatser tillgodosedda i särskilda boenden. Det krävs också att personalen har tillräcklig kompetens och att de anställda kontinuerligt får möjlighet till handledning i sitt arbete.

Gemensamt för de granskade verksamheterna inom både kommun och landsting är att det finns en strävan mot att personal ska ha hög kompetens inom demensområdet. Personal som finns inom demensverksamheter erbjuds kontinuerlig kompetensutveckling. Exempel på utbildning som erbjuds är en webbaserad utbildning från Svenskt demenscentrum ”Demensens ABC”.

Som en del i en lärande organisation finn ett gott samarbete mellan demensteam, demenscentrum och verksamheterna i de olika kommunerna. Exempelvis finns

specialutbildade Sylvia systrar och Silviasjuksköterskor som handleder personal ute i verksamheterna. Vi har även funnit att det pågår flertalet aktiviteter kring kompetensutveckling både interna och externa utbildningar, föreläsningar och handledning. Utbildningsinsatserna sker till stor del gränsöverskridande mellan både huvudmännen och de olika verksamheterna internt inom exempelvis den egna kommunen.

2.10. Läkemedel

Socialstyrelsen har redovisat att läkemedelsanvändningen bland äldre ökat påtagligt och då främst i kommunala särskilda boendeformer men även för multisjuka äldre i ordinärt boende. Socialstyrelsen har tagit fram riktlinjer för medicinering av äldre som ett stöd till läkare och övrig vårdpersonal. Liksom all vård och omsorg ska läkemedelsbehandlingen vara individuellt anpassad till den enskildes sjukdom/besvär och personliga förutsättningar. Landstinget har ett ansvar för att tillgodose läkarkompetens med ansvar för läkemedelsförskrivning och hantering. Det innebär att landstinget ska svara för att de äldre som får hälso- och sjukvård vid kommunernas särskilda boenden ska ha tillgång till läkare på samma villkor som andra grupper i samhället. För särskilda boenden som granskningen omfattar finns avtal för läkarmedverkan med närliggande hälsocentral. I avtalen finns uppdraget reglerat samt namngiven läkare som har ansvaret. Läkarna besöker boendet kontinuerligt för planerade besök samt vid akuta behov. Den allmänna uppfattningen är att det fungerar väl med läkarmedverkan och att flera av de läkare som besöker de särskilda boendena har varit med i flera år och är väl kända för såväl de boende som för personal. I nuläget finns inget motsvarande avtal för insatser inom ordinärt boende. I och med övertagandet av hemsjukvården är ambitionen att ett liknande avtal som inom särskilt boende ska upprättas för hemsjukvårdspatienterna.

Från och med den 1 september gäller nya ändringar i läkemedelsföreskriften. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:9) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. I enlighet med dessa nya föreskrifter har läkemedelskommittén arbetat fram länsgemensamma rutiner för enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång i både särskilt som ordinärt boende. I samband med framtagande av dessa rutiner har beslut tagits att fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas alla patienter i särskilda boendeformer samt alla patienter som är inskrivna i hemsjukvård.

Enligt de nya föreskrifterna ska en enkel läkemedelsgenomgång erbjudas personer över 75 år som är ordinerade fem eller fler läkemedel. Det innebär att den äldre personens läkemedel kartläggs och att läkemedelsrelaterade problem som går att lösa direkt åtgärdas. Enligt uppgifter genomförs läkemedelsgenomgångar årligen i äldreboendena. Inför läkemedelsgenomgångarna sker en symtomskattning enligt fastställd rutin. För detta finns ett dokument framtaget som fylls i på enheten av sjuksköterska och personal innan läkarbesöket. Denna symtomskattning ligger sedan till grund för läkemedelsgenomgången.

Inom ramen för genomförd granskning har ca 90 boendes hälso- och sjukvårdsjournaler granskats avseende hantering av läkemedel och omfattning av

läkemedelsförskrivning. Vid denna granskning fann vi att läkemedelslistorna överlag är aktuella och tydliga. Antal läkemedel som är förskrivna till den enskilde varierar mellan 1-12 olika läkemedel, och snittet ligger på sex läkemedel per person. Av de granskade journalerna har vi funnit att endast ett fåtal personer har läkemedel för sin demenssjukdom.

3. Sammanfattande reflektioner och bedömning

För första gången finns ett nationellt underlag för god vård och omsorg vid demenssjukdom. Det bygger inte på samma höga bevisvärde som nationella riktlinjer normalt gör. Då demens inte är en botbar sjukdom är syftet med all vård och omsorg att underlätta vardagen och hjälpa till att skapa en så god livskvalitet som möjligt för personen med demenssjukdomen. Dessa nationella riktlinjer ger rekommendationer utifrån kunskapen om vilka behandlingar som är mest effektiva. Riktlinjerna ger underlag för hur vården och socialtjänsten bör fördela sina resurser. Rekommendationerna beskriver vad hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör göra. Riktlinjerna är alltså inte bindande, men utgör starka rekommendationer om vilket stöd och vilken vård och omsorg som bör erbjudas till personer med demenssjukdom och dess närstående.

Inom Landstinget Gävleborg och i de kommuner som omfattats av genomförd granskning både pågår och har en rad aktiviteter genomförts för att implementera de rekommendationer som finns nämnda i riktlinjerna.

Det finns en gemensam syn och styrande gemensamma utgångspunkter i länet vad det gäller vården för de äldre utifrån ett styrdokument som landstinget i Gävleborg och länets kommuner har antagit och ställt sig bakom. Vi ser dock en brist att det på övergripande nivå saknas mål kopplade till demensvården specifikt trots att detta är en kostnadsdrivande vård för både kommun och landsting. Vi ser positivt på att Division Primärvården inom Landstinget Gävleborg under 2013 i styrkort prioriterar genomförandet av demensutredningar.

Vi har i granskningen inte funnit att det sker någon uppföljning av demensvården annat än den redovisning som finns från nationella register och undersökningar i exempelvis öppna jämförelser.

Vår revisionella bedömning och rekommendation är att mål behöver upprättas som tydliggör demensomsorgen med förväntad inriktning och prioriteringar samt utarbeta rutiner för kontinuerlig uppföljning.

En av de centrala rekommendationerna i de nationella riktlinjerna är organisationen av professioner och kompetenser, så kallade multiprofessionella team. Demensteam baserade på en multiprofession och bred kompetens finns, dock inte organiserade på samma sätt i hela länet. I Gästrikland verkar ett demensteam som utifrån ett samverkansavtal mellan Gävle Sjukhus, primärvården i Gästrikland, Ockelbo, Hofors, Gävle och Sandvikens kommuner. I Hälsingland finns inte demensteam uppbyggt på samma sätt dock har i Söderhamn funnits ett demensteam sedan 2007 i samverkan mellan kommunen och primärvården.

Vår revisionella bedömning är att den organisation, samverkan och uppbyggnaden av multiprofessionella team som finns i allt väsentligt uppfyller de rekommendationer som finns i riktlinjerna.

I granskade journaler finns bristfällig information avseende demensdiagnos. Vanligt förekommande i journalanteckningar är ”demensutredd” utan vidare beskrivning eller ”ospecifik demens” dokumenterad som diagnos. Positivt är att Landstinget Gävleborg förtydligat sitt uppdrag i styrkort för 2013 att demensutredning är ett prioriterat område.

I den sociala dokumentationen finns också brister då det inte tydligt går att urskilja att den sociala utredningen grundar sig på en demensproblematik och har ett framåtsträvande syfte avseende den demenssjukes framtida vård och omsorg.

Vår bedömning är att landstinget arbetar aktivt för att leva upp till riktlinjernas rekommendation avseende demensutredning både vad det gäller på basal nivå och specialist nivå.

De sociala utredningarna behöver enligt vår bedömning utvecklas och tydligare fokusera på de sociala delarna utifrån den enskilde med koppling till den problematik som kan uppstå vid demens.

Det förebyggande arbetet och riskbedömningar görs enligt fastställda rutiner i samtliga granskade verksamheter. Arbetet med registrering i Senior Alert har fått stort genomslag inom Landstinget Gävleborg och samtliga kommuner i länet.

För att stimulera registrering och användandet av Senior Alert har prestationsersättningen fördelats mellan kommuner och landsting och vi kan konstatera att Landstinget Gävleborg ligger i topp när det gäller detta arbete.

Det förebyggande arbetet sker enligt vår bedömning helt enligt de nationella riktlinjerna vad gäller riskbedömning. Vi noterar att det i fortsättningen inte enbart handlar om att riskbedöma utan att det är av minst lika stor vikt att följa effekterna av de åtgärder som satts in för att undanröja de risker som identifieras.

En av grunderna för en personcentrerad omvårdnad är planeringen och utförande av de behov och insatser som identifierats för den enskilde. Hos samtliga kommuner som omfattats av genomförd granskning finns rutiner för detta.

Även demensteamerna har en viktig funktion i den personcentrerade vård och omsorgen för att hitta lösningar samt att personens behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv.

Vi erfar i genomförd granskning att både Landstinget Gävleborg och de granskade kommunerna erbjuder aktiviteter som är individuellt anpassade i syfte att ge ett meningsfullt innehåll i vardagen. Dagverksamheter finns, dock i varierande omfattning och är i första hand till för de som bor i ordinärt boende och har behov av stimulans och social samvaro i sin vardag. I de större kommunerna finns dagverksamheten väl utbyggd med grupper anpassade både mot intresseområde

och ålder. När det gäller aktiviteter och social samvaro i kommunernas äldreboende sker de i stor utsträckning inom avdelningen på boendet. Aktiviteterna sker vanligtvis i grupp men det förekommer också en del individuella aktiviteter utifrån de individuella behoven och förutsättningarna.

Rutiner och riktlinjer finns för hantering av hjälpmedel liksom ett vårdprogram ”Arbeterapi i primärvård vid demens och demensliknande tillstånd”. Vi har dock iakttagit att det förkommer diskussioner kring ansvar när det gäller de ekonomiska frågorna, alltså vem ska betala vilka hjälpmedel. I samband med kommunaliseringen av hemsjukvård tydliggörs både kostnads- och förskrivansvar för hjälpmedel.

För att möta de individuella behoven hos personer med olika kulturell och språklig bakgrund saknas i dag överlag strategier och rutiner.

Vår övergripande bedömning är att det finns god grund och fungerande verksamhet avseende en personcentrerad omvårdnad i enighet med riktlinjerna. Det finns dock områden enligt nedan som vi anser behöver utvecklas.

- ✓ *Aktivering och social stimulans baserad på den enskildes individuella behov och livsföring inom de särskilda boendena bör utvecklas.*
- ✓ *Strategier och rutiner för arbetet utifrån en jämlik vård med hänsyn till personer med annan kulturell och språklig bakgrund behöver utarbetas och fastställas.*

I de kommuner som omfattats av granskningen finns särskilda boenden med avdelningar och hela enheter specifikt anpassade för personer med demensproblematik. Ambitionen i samtliga kommuner är att i boendena skapa en miljö anpassad till de individuella behoven samt en ändamålsenlig miljö.

Det finns hos varje kommun utarbetade rutiner för inflyttning till särskilt boende som tar hänsyn till en väl förberedd flytt för både den enskilde och dess anhöriga.

Vår bedömning är att det finns rutiner och arbetssätt i både förberedelser för flytt till särskilt boende liksom när flytten väl genomförts i enighet med de nationella riktlinjerna.

Anhörigstödet finns utvecklat och gemensamt för de granskade kommunerna är att de har personal med spetskompetens och engagemang i arbetet med anhörigstöd. Även landstingets verksamheter som demensteamet och minnesmottagningen arbetar med stöd till anhöriga i olika former.

Anhörigstödet är väl utbyggt och helt enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

I riktlinjerna finns inga rekommendationer avseende bemanning eftersom det vid framtagandet av dessa saknades evidens inom området. Nu finns en aktuell

föreskrift från Socialstyrelsen som är bindande (SOSFS 2012:12), föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden. Författningen träder ikraft 1 januari 2014. Vi har i granskningen funnit att de granskade enheterna bemannar verksamheten utifrån fastställda nyckeltal utan koppling till det faktiska omsorgsbehovet vilket i sig inte är förenligt med den nya författningen. Vi har funnit att det finns skillnader mellan kommunerna hur de lever upp till kraven som socialtjänstlagen ställer redan idag på att bemanna efter de äldres behov.

När det gäller hemtjänstverksamheten finns det bättre förutsättningar att anpassa bemanning i förhållande till faktiska behov vilket också sker i större utsträckning.

Vår bedömning är att kommunerna behöver se över sina bemanningssystem och skapa förutsättningar för ändamålsenlig och behovsanpassad bemanning i enighet med Socialstyrelsens författning som träder i kraft 1 januari 2014.

Både kommunerna och landstinget har höga ambitioner vad det gäller kompetensnivå. Utbildningsinsatserna sker till stor del gränsöverskridande mellan både huvudmännen och de olika verksamheterna internt inom exempelvis den egna kommunen. Sylvia systrar och Silviasjuksköterskor finns i verksamheterna och handleder personal i det vardagliga arbetet. Vi har iakttagit att det finns ett samarbete mellan demensteam, demenscentrum och verksamheterna i de olika kommunerna vilket i sig ger en lärande organisation.

Vår bedömning är att det finns en stor medvetenhet om vikten av hög kompetens och det pågår utbildningssatsningar som samstämmer med riktlinjernas rekommendationer.

Socialstyrelsen har tagit fram riktlinjer för medicinering av äldre som ett stöd till läkare och övrig vårdpersonal. Landstinget har ett ansvar för att tillgodose läkarkompetens med ansvar för läkemedelsförskrivning och hantering. För särskilda boenden som granskningen omfattar finns avtal för läkarmedverkan med närliggande hälsocentral. I samband med kommunaliseringen av hemsjukvård kommer avtal avseende läkarmedverkan att tecknas för patienter som är inskrivna i hemsjukvård.

Läkemedelshanteringen finns reglerad i bl.a. föreskrifter från socialstyrelsen och utifrån dessa har läkemedelskommittén arbetat fram länsgemensamma rutiner för enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång i både särskilt som ordinärt boende. I samband med framtagande av dessa rutiner har beslut tagits att fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas alla patienter i särskilda boendeformer samt alla patienter som är inskrivna i hemsjukvård.

Vår uppfattning är att det finns fungerande rutiner som följs utifrån aktuella rekommendationer och gällande regelverk samt devisen att optimal läkemedelsanvändning inom särskilda boendena är i hög grad beroende av en god samverkan mellan huvudmännen.

2013-02-26

Margaretha Larsson

Projektledare

Pär Månsson

Uppdragsledare