

# Revisionsrapport

## *Granskning av geriatrisk kompetens*

Region Jämtland Härjedalen  
Östersunds kommun

*Jenny Krispinsson*  
Cert. kommunal  
revisor

*Maria Strömbäck*  
Revisionskonsult

*Linnéa Grönvold*  
Revisionskonsult

Mars 2018

# Innehållsförteckning

<b>1.</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>1</b>
1.1.	Uppdrag.....	1
1.2.	Bakgrund .....	1
1.3.	Syfte och revisionsfrågor .....	2
1.4.	Revisionskriterier .....	2
1.5.	Metod och avgränsning .....	2
<b>2.</b>	<b>Granskningsiakttagelser Region Jämtland Härjedalen .....</b>	<b>4</b>
2.1.	Mål och styrdokument.....	4
2.2.	Bevakning och kunskapsinhämtning .....	6
2.3.	Kompetens.....	7
2.3.1.	Inventering av kompetensbehov .....	7
2.3.2.	Åtgärder för att täcka kompetensbehov .....	8
2.4.	Geriatriskt team.....	9
2.5.	Vårdprogram och vådrutiner .....	11
2.5.1.	Implementering av nya vårdprogram och vådrutiner .....	11
2.5.2.	Rutiner för uppföljning av följsamhet till vårdprogram och vådrutiner .....	12
2.6.	Övriga iakttagelser.....	13
<b>3.</b>	<b>Granskningsiakttagelser Östersunds kommun .....</b>	<b>14</b>
3.1.	Mål och styrdokument.....	14
3.2.	Bevakning och kunskapsinhämtning .....	16
3.3.	Kompetens.....	17
3.3.1.	Inventering av kompetensbehov .....	17
3.3.2.	Åtgärder för att täcka kompetensbehov .....	18
3.4.	Geriatriskt team.....	20
3.5.	Vårdprogram och vådrutiner .....	21
3.5.1.	Implementering av nya vårdprogram och vådrutiner .....	21
3.5.2.	Rutiner för uppföljning av följsamhet till vårdprogram och vådrutiner .....	21
<b>4.</b>	<b>Bedömning av revisionsfrågor .....</b>	<b>23</b>
4.1.	Region Jämtland Härjedalen .....	23
4.2.	Östersunds kommun .....	24

# 1. *Inledning*

## 1.1. *Uppdrag*

De förtroendevalda revisorerna inom Region Jämtland Härjedalen och de förtroendevalda revisorerna inom Östersunds kommun har beslutat sig för att genomföra en gemensam granskning av om det finns tillfredställande geriatrisk kompetens hos vård- och omsorgspersonal för vården av multisjuka äldre.

PwC har genom anbudstävlan erhållit uppdraget och genomfört granskningen. Granskningens resultat redovisas i föreliggande rapport.

## 1.2. *Bakgrund*

Multisjuka äldre har ofta komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver nära samarbete mellan kommun, primärvård och slutenvård. Vården bör vara individanpassad, skapa trygghet för den äldre och präglas av en helhetssyn och kontinuitet.<sup>1</sup> Ofta kräver vården av denna grupp insatser från ett multi-professionellt team.<sup>2</sup>

Geriatrisk kompetens handlar om att ha kunskap om åldrande och åldrandets sjukdomar och utifrån det kunna göra en helhetsbedömning av vårdbehovet och vilka insatser som behöver vidtas. Inom geriatrisk kompetens ingår bland annat kunskaper om:

- Läkemedel för äldre
- Åldrandets sjukdomar som t.ex. demens och stroke
- Kost och nutrition
- Tand- och munhälsa
- Rehabilitering
- Palliativ vård

Multisjuka äldre behöver ofta vård från olika vårdnivåer och det är därför viktigt att flera olika yrkeskategorier inom olika delar av vården har geriatrisk kompetens. Det kan handla om läkare distriktsköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, socionomer, undersköterskor och sjukvårdsbiträden. En stor del av dessa yrkeskategorier arbetar inom den kommunala hemsjukvården och särskilda boenden.

En ytterligare faktor att ta hänsyn till avseende geriatrisk kompetens är att antalet äldre med utländsk härkomst ökar. Detta ställer krav på kompetens inom andra områden som t.ex. kunskap om olika kulturer samt språkkunskaper.

---

<sup>1</sup> Svensk geriatrisk förening "Ett policyprogram för bästa möjliga vård"

<sup>2</sup> Framtidens geriatrisk Socialstyrelsen

### **1.3. Syfte och revisionsfrågor**

Av förfrågningsunderlaget framgår följande syfte och revisionsfrågor:

Syftet med granskningen har varit att granska om regionstyrelsen respektive vård- och omsorgsnämnden i Östersunds kommun har en tillfredställande kontroll av att det finns en tillräcklig geriatrisk kompetens för att upprätthålla en god och säker vård för multistjuka äldre.

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- Finns en tillfredställande bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet?
- Sker återkommande inventering av vilken kompetens som saknas och behöver tillföras?
- Har åtgärder vidtagits/planerats att vidtas för att täcka kompetensbehovet?
- Nyttjas det geriatriska teamet på ett tillfredställande sätt för att täcka kompetensbehovet?
- Finns tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet?
- Finns tillfredställande rutiner för att följa upp verksamheten till nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet?

### **1.4. Revisionskriterier**

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Patientsäkerhetslagen
- Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kompetens hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12)

### **1.5. Metod och avgränsning**

Granskningen inleddes med insamling och granskning av relevanta styrdokument, riktlinjer/rutiner samt relevanta underlag kopplat till kompetens inom området från Region Jämtland Härjedalen och Östersunds kommun. Föreliggande revisionsfrågor samt analys av styrdokument har fungerat som underlag för upprättande av frågeställningar för djupintervjuer inom regionen och kommunen.

Inom ramen för granskningen har 29 personer från Region Jämtland Härjedalen och Östersunds kommun intervjuats. De intervjuer som genomförts har syftat till att ge svar på specifika frågor samt bekräfta eller dementera iakttagelser som gjorts vid genomförda dokumentstudier.

Följande befattningar har intervjuats inom Region Jämtland Härjedalen:

- Verksamhetschef, enhetschef, sjuksköterska samt medicinskt ledningsansvarig inom akutsjukvård och ortopedi
- Verksamhetschefer och/eller enhetschef inklusive medicinskt ledningsansvarig för Frösöns hälsocentral, Odensala hälsocentral, Strömsunds hälsocentral och Svenstaviks hälsocentral
- Geriatriker och sjuksköterska från det mobila närvårdsteamet
- Regionöverläkare
- Vårdstrateg
- Verksamhetsutvecklare
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Avstämning via mejl med personalstrateg

Följande befattningar har intervjuer inom Östersunds kommun:

- Biträdande förvaltningschef och sektorchef
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Enhetschefer och sjuksköterskor vid fyra särskilda boenden
- Verksamhetsutvecklare

Efter analys av resultatet från intervjuer och dokumentstudier har granskningsiakttagelser och preliminära bedömningar återkopplats till verksamhetsföreträdare för att säkerställa resultatet och åstadkomma en fördjupad förståelse för vad granskningen visar. Innehållet har även stämts av med regiondirektören.

Granskningen har inom Region Jämtland Härjedalen avgränsats till två enheter inom den specialiserade vården och fyra hälsocentraler, varav två hälsocentraler inom Östersunds kommun. Inom Östersunds kommun har granskningen avgränsats till fyra särskilda boenden inom Östersunds kommun. Granskningen har varit avgränsad till revisionsåret 2017.

Avstämningar avseende granskningsresultat har löpande genomförts med revisionskontoret inom Region Jämtland Härjedalen.

Rapporten har kvalitetssäkrats av Jean Odgaard, certifierad kommunal revisor.

## **2. Granskningsiakttagelser Region Jämtland Härjedalen**

### **2.1. Mål och styrdokument**

Regionfullmäktiges strategiska mål anges i *Regionplan 2016-2018*. Inom området patient framgår följande mål:

- Patientsäker vård av god kvalitet efter behov
- Den vård som är möjlig ska ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt
- Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper
- Bra bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor
- Ökat patientinflytande

I Regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2017 anges utöver fullmäktiges strategiska mål även följande aktiva mål inom området Patient:

- Andel vårdskador ska minska
- Minska antalet återinskrivningar

Vidare framgår av planen att regionen ska ha en patientsäker och jämlik vård av god kvalitet. Det ska bland annat ske ett fortsatt arbete inom Ledningskraft för att beakta äldre och multisjukas behov av vård och kontinuitet. Det anges även att tillgången till specialistkompetens och teamresurser är viktig för dessa grupper samt att implementeringen av närvårdsteam ska följas. I planen beskrivs också att vård inom Region Jämtland Härjedalen så långt som det är möjligt ska ske i hemmet eller så nära hemmet som möjligt. Den specialiserade vården ska tillsammans med primärvården och kommunal vård ändra arbetssätt för att delta i utvecklingen av vård i hemmet. Vidare anges att det inom Region Jämtland Härjedalen och tillsammans med kommunerna ska utvecklas nya arbetsformer för vård på distans och mobila lösningar.

I uppföljningsplanen framgår hur uppföljning ska ske avseende målen. Bland annat anges att arbetet med de mest sjuka äldre följs upp av regionstyrelsen i november, liksom samverkan med kommunerna i SVOM och Barnarenan. I oktober följs de aktiva målen för området patient upp.

Tillsammans med kommunerna i länet har Region Jämtland Härjedalen även antagit gemensamma mål för hälso- och sjukvårdsområdet. Målen framgår av dokumentet *Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025*. De övergripande målen är:

- Förbättrad psykisk hälsa

- Hälsöfrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor
- Tillgänglighet och samordnad hälso- och sjukvård

I dokumentet lyfts fram att särskilt fokus bland annat ligger på målgrupperna barn, unga och äldre. Vidare lyfts samverkan i form av satsningen *Bättre liv för sjuka äldre* fram liksom behovet av kompetensförsörjning hos såväl kommunerna som regionen. Avseende geriatrisk kompetens så beskrivs att kompetens inom området behöver utvecklas gemensamt mellan regionen och kommunerna.

De verksamhetsområden som berörts av granskningen inom regionen är primärvården, akutvården samt ortopedin. I verksamhetsplanen för regiondriven primärvård 2017 framgår bland annat att kompetensförsörjning är en stor utmaning. Vidare lyfts det fram att specialiserad vård och primärvård tillsammans ska ändra arbetssätt och utveckla nya arbetsformer för vård oberoende av distans samt mobila lösningar, med syfte att de vårdbehövande ska få vård i hemmet eller så nära hemmet som möjligt. Detta arbete kräver nära samverkan med kommunerna i länet. Som mål inom området patient anges:

- God vård (med mätetal för patienter 70 år och äldre)
- Andel diabetespatienter typ 2 ska minska

Även i akutvårdens verksamhetsplan för år 2017 beskrivs kompetensförsörjningen som en stor utmaning. Bland annat ses utmaningar avseende att sjuksköterskor och undersköterskor inte uppfyller krav för att arbeta på akutmottagningen samt att rörligheten bland personal ökar rekryteringsbehovet. En viktig del i möjligheten att rekrytera beskrivs vara att kunna erbjuda ersättning vid utbildning. De målområden som anges inom området patient i verksamhetsplanen är bland annat:

- Nöjda patienter
- Medicinsk kvalitet
- Vårdskador

Liksom hos akutsjukvården och primärvården lyfts det i ortopedins verksamhetsplan för år 2017 fram att kompetensförsörjningen är en stor utmaning. Det beskrivs att brist på ordinarie personal både hindrar utvecklingen och kostar pengar. Bristen på personal påverkar också hur många vårdplatser som kan hållas öppna. Inom område patient anges följande mål:

- Andel anmälningar till patientnämnden angående bemötande skall minska
- Andel brytpunktssamtal (dokumenterade i journal) för patienter som kan medverka ska öka
- Antal enkla läkemedelsgenomgångar (ska öka)
- Andel oplanerad återinskrivning inom 30 dagar ska minska?
- Alla vårdverksamheter ska genomföra förbättringsarbeten relaterade till aktuella egna mätresultat inom områdena: Vårdprevention, BHK och VRI
- Andel vårdskador (ska minska)

- Utskrivningsmeddelande

Till verksamhetsmålen inom primärvården, akutvården och ortopedin finns såväl utgångsvärden, målvärden, intervaller samt hur målen mäts. Till målen finns också aktiviteter formulerade. För mer detaljerad information om dessa hänvisas till respektive verksamhetsplan.

## **2.2. Bevakning och kunskapsinhämtning**

Av granskningen framgår att det inte finns någon funktion centralt inom Region Jämtland Härjedalen som har ett formaliserat uppdrag att särskilt att bevaka och inhämta kunskap inom det geriatriska området.

Inom de verksamheter som ingått i granskningen sker i varierande omfattning bevakning och kunskapsinhämtning avseende det geriatriska området. Inom en del verksamheter har uppdraget att bevaka och inhämta kunskap inom området formaliserats, medan andra verksamheter är beroende av att personal med särskilt intresse för området på eget initiativ står för bevakning och kunskapsinhämtning.

Inom regionen finns sedan år 2016 ett mobilt närvårdsteam (se avsnitt 3.4) vars uppdrag är att utveckla vård och omsorg för personer med omfattande behov samt skapa en ökad upplevelse av trygghet för individer och deras närstående när de befinner sig i ett instabilt skede eller multisviktande situation. Inom teamet arbetar bland annat en äldresjuksköterska och en geriatriker och en stor del av de patienter som är inskrivna hos teamet uppges vara äldre individer. Av uppdragsbeskrivningen för mobila närvårdsteamet framgår inte om teamet har något särskilt uppdrag kopplat till bevakning och kunskapsinhämtning avseende det geriatriska området. Av intervjuer framgår dock att de som arbetar i teamet har ett stort intresse av geriatrisk och vård av äldre och därför följer med i vad som händer kring området.

Inom akutmottagningen finns en teamledare som, tillsammans med enhetschef, har i uppdrag att ansvara för följande områden:

- Äldre patienter på akutmottagningen
- Samverka med kommuner
- Fallrisk
- Snabbspår
- Samverka med undersköterska FA<sup>3</sup> äldre patienter

Teamledaren, vars uppdrag är formaliserat i dokumentet *AKM Teamledaruppdrag Äldrepatienter*, är en stödfunktion gentemot enhetschef och medarbetare. I uppdragsbeskrivningen anges bland annat att teamledaren ska ta initiativ till förbättringsarbeten och genomföra dessa samt övervaka patientsäkerheten och introducera nya medarbetare inom området. Av uppdragsbeskrivningen framgår inte att teamledaren har ansvar för bevakning och kunskapsinhämtning inom det

---

<sup>3</sup> FA står här för funktionsansvar.



geriatriska området. Genom intervjuer framgår dock att teamledaren till viss del har ett uttalat ansvar, även om det inte är formaliserat i uppdragsbeskrivningen.

Inom ortopedin finns dokumentet *Arbetsbeskrivning ortopedgeriatriska teamet* som bland annat tydliggör arbetsfördelningen inom det ortopedgeriatriska teamet som finns på ortopedavdelningen. I dokumentet finns även en prioritetslista för vilka patienter som ska prioriteras för de tio geriatriska platser som finns på avdelningen sedan ett antal år tillbaka. I arbetsbeskrivningen finns inget skrivet om ansvar för bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska området. För granskningen har vi heller inte erhållit något annat dokument där det framgår om någon har ett särskilt uppdrag att bevaka området. Genom intervjuer lyfts dock fram att en av sjuksköterskorna, som har ett särskilt intresse för vård av äldre samt den läkare som har det medicinska ledningsuppdraget på ortopedavdelningen har ett uttalat uppdrag att vara de som bevakar och inhämtar kunskap inom det geriatriska området. De uppges även ha i uppdrag att sprida information vidare till sina kollegor på avdelningen.

Hos de hälsocentraler som ingått i granskningen uppges att det inte finns någon uttalad funktion som har i uppdrag att särskilt bevaka och inhämta kunskap inom det geriatriska området. Den bevakning och kunskapsinhämtning som sker kopplat till geriatrik och vård av äldre är i stället beroende av personalens eget intresse för dessa frågor. Som exempel lyfts det fram att den medicinskt ledningsansvariga vid Odensala hälsocentral har ett särskilt intresse för patientgruppen äldre och därför försöker hålla sig uppdaterad på nyheter och vad som är på gång inom området.

## **Bedömning**

Vår bedömning är att det till viss del sker bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet inom regionen, men att bevakningen och kunskapsinhämtningen inte är systematisk i tillfredställande utsträckning. Vi baserar vår bedömning på:

- Det finns ingen som på regionövergripande nivå har ett uttalat uppdrag att särskilt bevaka och inhämta kunskap inom det geriatriska området.
- Bevakning och kunskapsinhämtning avseende det geriatriska området sker i varierande utsträckning inom de granskade verksamheterna i regionen. Inom några av dessa verksamheter finns personal som har ett uttalat uppdrag att särskilt bevaka området. Dock är det inte säkerställt att detta formaliserats i t.ex. arbetsbeskrivning eller annat skriftligt dokument.

## **2.3. Kompetens**

### **2.3.1. Inventering av kompetensbehov**

Inom denna granskning har vi inte erhållit något dokument som påvisar att inventeringar avseende vilken kompetens som saknas och som behöver tillföras avseende det geriatriska området genomförts. Vi har dock fått information om att en generell kompetensinventering utifrån medarbetarnas formella utbildning/-specialistbevis håller på att sammanställas av personalstrateg centralt inom

regionen. Vi uppfattar att det innebär att även eventuella geriatriska påbyggnadsutbildningar kan identifieras.

Inom de samverkansarenor som finns mellan regionen och kommunerna i länet har ingen kompetensinventering skett, däremot har behov av att utveckla samverkan kring gruppen äldre individer samt öka möjligheten att möta de behov som målgruppen har uppmärksamats.

Inom de granskade verksamheterna har inga strukturerade eller dokumenterade inventeringar avseende geriatrisk kompetens genomförts. Däremot uppger flera av de intervjuade att legitimerad personal, genom sin utbildning, har en grundkompetens avseende vård av äldre. Vidare anges vid flera av intervjuerna att det vid medarbetarsamtal generellt sett lyfts upp om det är något särskilt område som personal vill/behöver utveckla sin kompetens inom. Dock uppges att det ekonomiska läge som regionen befinner sig i samt bristen på fast personal, till viss del medfört att kompetensutvecklande insatser fått stå tillbaka inom en del verksamheter.

### *2.3.2. Åtgärder för att täcka kompetensbehov*

För att bland annat utveckla det geriatriska stödet i länet samt möjligheten till konsultation i frågor kopplat till vård av äldre genomfördes projektet ”Geriatriskt stöd” under åren 2014 till 2016 (se avsnitt 3.4). Sedan februari 2017 bedrivs projektet ”Mobila närvårdsteamet”, MINT, för att möta upp de behov som framförallt patienter med omfattande vårdbehov och som bor i ordinärt boende har. MINT har även ett konsultativt uppdrag (se avsnitt 3.4). Dessa projekt kan ses som en del i att täcka upp de behov av kompetens inom det geriatriska området som identifierats.

Av granskningen framkommer att det på regionövergripande nivå inte skett någon riktad satsning för att öka andelen sjuksköterskor med inriktning äldrevård eller läkare med specialisering inom geriatrik. Vid intervjuer har dock framkommit att det finns medarbetare som på eget initiativ vidareutbildat sig inom geriatrik eller vård av äldre.

Vidare lyfts det fram att det vid exempelvis utbildningsdagar inom primärvården lyfts fram områden som berör äldre och multisjuklighet. Till exempel uppges det kunna handla om läkemedel för äldre, demens och samverkan kring målgruppen. Vi har dock inte fått till oss dokument som påvisar vilka områden som berörts inom dessa forum under 2017.

Inom ortopedin beskrivs att personal som särskilt arbetar mot äldre patienter har möjlighet att åka på utbildningar, konferenser och liknande som berör det geriatriska området. Det anges även att personalen sedan har i uppdrag att sprida informationen vidare till sina kollegor.

Flertalet av de intervjuade lyfter fram den ansträngda situationen som flertalet verksamheter inom regionen upplever utifrån bristande tillgång på ordinarie personal med efterfrågad kompetens. Det beskrivs att om tillsvidareanställd personal inte finns i verksamheterna i tillräcklig omfattning så är det svårt att

arbeta med riktade åtgärder för att öka kompetensen inom t.ex. det geriatriska området.

I flertalet intervjuer lyfts vikten av personalkontinuitet för individer som tillhör målgruppen multisjuka äldre. Hos de hälsocentraler som ingått i granskningen beskrivs att de ordinarie läkare som är anställda vid hälsocentralerna, till skillnad mot tillfälligt inhyrda läkare, i första hand ska ansvara för uppdraget vid de särskilda boenden som är knutna till hälsocentralen. I sammanhanget beskrivs även den kontinuitet som kommunerna har vad gäller sjuksköterskor som arbetar inom hemsjukvården och de särskilda boendena som mycket viktig. Valfungerande samarbete och informationsöverföring mellan kommunal sjuksköterska och hälsocentralens läkare är en viktig parameter för att upprätthålla patientsäkerheten.

### **Bedömning**

Vår bedömning är att det hittills inte har skett återkommande inventering av vilken kompetens som saknas och som behöver tillföras kopplat till det geriatriska området. Vi baserar vår bedömning på:

- Ingen återkommande regionövergripande kompetensinventering har skett avseende det geriatriska området.
- Inom de granskade verksamheterna sker till viss del återkommande inventeringar av personalens kompetens samt önskemål om kompetensutveckling inom ramen för medarbetarsamtal. Dock saknas formalisering kring denna form av kompetensinventering.
- Inom de samverkansarenor som finns mellan regionen och kommunerna har behov av utvecklingsområden kopplat till vård av äldre uppmärksamats.

Vidare bedömer vi att det inom regionen i viss utsträckning har vidtagits åtgärder för att täcka kompetensbehovet inom det geriatriska området. Vi baserar vår bedömning på:

- Ingen riktad regionövergripande satsning för att öka andelen sjuksköterskor med inriktning äldrevård eller läkare med specialisering inom geriatrik har skett inom regionen. Dock har personal inom framförallt Ortopedi haft möjlighet att genomgå kompetensutveckling avseende geriatrik
- Projekt som "Geriatriskt stöd" och MINT har bedrivits/bedrivs för att öka möjligheten att möta behov som målgruppen har samt för att öka personalens möjlighet till konsultation avseende vård av äldre

## **2.4. Geriatriskt team**

Av granskningen framkommer att det inte finns något geriatriskt team inom Region Jämtland Härjedalen. Däremot drivs för närvarande ett projekt som arbetar mot gruppen multisjuka inom hemsjukvården.

Mellan åren 2014 till 2016 bedrevs ett projekt inom regionen som benämndes "Geriatriskt stöd". Projektet syfte var enligt projektplanen att forma och utveckla

länets geriatriska stöd, vilket skulle främja trygghet och självbestämmande för målgruppen. Det geriatriska teamet utgjordes av en äldresjuksköterska på 100 procent, en geriatriker på 50 procent samt en apotekare och en dietist på vardera 20 procent. Det geriatriska stödets innehåll skulle vara:

- Kompetenscentrum i syfte att öka den geriatriska kompetensen i länet.
- Konsultativ funktion där verksamheterna skulle kunna vända sig till det geriatriska stödet för att få stöd i enskilda patientärenden.
- Samverkan, det geriatriska stödet skulle ta fram en modell för bättre flöde genom vården för målgruppen.

Projektet följdes upp under 2016 och resultatet av uppföljningen presenterades i rapporten "Uppföljning av projektet Geriatriskt stöd i Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län"<sup>4</sup>. Uppföljningen visade bland annat att kännedomen projektet Geriatriskt stöd i begränsad utsträckning var känt hos de som intervjuats för uppföljningen och att få av de intervjuade aktivt själva hade konsulterat Geriatriskt stöd. I uppföljningen konstateras att intentionen med projektet som stöd för verksamheterna ses som positivt av de som intervjuats.

Under februari 2017 startades projektet Mobilt närvårdsteam (hädanefter benämnt som MINT) upp och enligt uppdragsbeskrivningen<sup>5</sup> är tanken att det mobila närvårdsteamet ska vända sig till personer med omfattande behov av vård och omsorg. Målgruppen är enligt uppdragsbeskrivningen "personer med multi-sjuklighet i instabilt läge, där vården kräver samverkan mellan kommunens hemsjukvård, primärvård och slutenvård. Målsättningarna är att ökad trygghet, ökad patient/brukarnöjdhet, minska återinskrivningar och undvikbar slutenvård samt ökad tillgänglighet för stöd till personal. MINT ska under två till tre år drivas i projektform och sedan ingå i ordinarie verksamhet. Teamet består av två läkare på vardera 50 procent, en sjuksköterska, på 100 procent en distriktssköterska på 100 procent och en projektledare på 25 procent. Teamet har sin anställning inom verksamheten Medicin. Uppdragsgivare är samverkansarenan Fredagsgruppen som består av förvaltningschefer eller motsvarande från länets samtliga kommuner samt samordnare för social välfärd, hälso- och sjukvårdsdirektör, planeringschef, vårdstrateg, chef för beställarenheten samt områdeschefer från regionen.

Av uppdragsbeskrivningen för MINT framgår att när projektet Geriatriskt stöd avslutats ska de konsultativa insatserna övertas av MINT. Av intervjuer som genomförts för granskningen framgår dock att upplevelsen är att det sedan projektet Geriatriskt stöd avslutades inte finns någon person eller gruppering inom regionen som har ett uttalat uppdrag att fungera som kompetenscentrum eller konsultativt stöd inom det geriatriska området. Däremot uppger flera av de intervjuade att de vid behov konsulterar den geriatriker som tidigare ingick i projektet Geriatriskt stöd och som nu ingår i MINT. Av intervjuer framgår att kännedomen om att MINT formellt sett har övertagit de konsultativa insatser som tidigare gavs inom ramen för projektet Geriatriskt stöd behöver stärkas. Detta

<sup>4</sup> Uppföljningen genomfördes av Ingegerd Skoglund-Öhman och Kerstin Björkman-Randström 2016  
ISSN:1651-7253

<sup>5</sup> Uppdragsbeskrivning framgår av dokumentet Mobilt närvårdsteam Uppdragsbeskrivning 2016-08-08

utifrån att fler verksamheter inom såväl regionen som kommunerna i länet ska ha möjlighet att nyttja MINT för konsultationer inom det geriatriska området.

## **Bedömning**

Vår bedömning är att det inte finns något geriatriskt team inom regionen vilket också innebär att det inte finns något geriatriskt team att nyttja för att täcka kompetensbehov.

Däremot bedrivs ett projekt avseende mobilt närvårdsteam, riktat mot hemsjukvårdspatienter, och i det teamet ingår bland annat en geriatriker. Enligt uppdragsbeskrivningen för projektet ska konsultativa insatser som tidigare gavs av Geriatriskt stöd ingå i MINTS verksamhet. Detta är dock inte känt i tillräcklig omfattning.

## **2.5. Vårdprogram och vådrutiner**

### **2.5.1. Implementering av nya vårdprogram och vådrutiner**

För granskningen har vi tagit del av dokumentet ”Beredning av nationella riktlinjer” som är en riktlinje för beredning hantering och implementering av nya nationella riktlinjer från Socialstyrelsen. I riktlinjen beskrivs bland annat att implementering av nya nationella riktlinjer sker i linjeorganisationen samt att det i arbetet ingår att utforma vårdprogram och vådrutiner utifrån de åtgärder som beslutats.

Av granskningen framkommer att det i övrigt inte finns några dokumenterade rutiner avseende införande av nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska området. Av intervjuer framhålls att det framförallt är verksamhetschefer och enhetschefer som ansvarar för att vårdprogram, riktlinjer och rutiner är implementerade i sina respektive verksamheter.

Inom de granskade verksamheterna kan implementering av nya vårdprogram, riktlinjer och rutiner ske på olika sätt. Till exempel beskrivs att dessa lyfts upp av verksamhetschef eller enhetschef på arbetsplatsträffar eller skickas per mejl till personal inom verksamheten. I intervjuer lyfts det även fram att personal som har i uppdrag att bevaka det geriatriska området inom de granskade verksamheterna försöker informera sina kollegor om nya vårdprogram och vådrutiner som kommit. Vi får dock en bild av att detta inte är formaliserat i tillräcklig utsträckning.

I flertalet av de intervjuer som genomförts lyfts svårigheter att hitta dokument såsom aktuella vårdprogram, riktlinjer och rutiner i dokumenthanteringssystemet Centuri som används inom regionen. Flera av de intervjuade uppger att det är lättare och går fortare att ”googla” fram rutiner och riktlinjer än att söka efter dem i ledningssystemet. Svårigheterna att hitta dokumenten i systemet anses bidra till utmaningar avseende att göra nya vårdprogram, riktlinjer och rutiner kända hos personal.

## 2.5.2. *Rutiner för uppföljning av följsamhet till vårdprogram och vådrutiner*

I riktlinjen ”Beredning av nationella riktlinjer” framgår att kontinuerlig uppföljning av implementering och kostnadsutveckling utifrån nya nationella riktlinjer sker i samband med delårs- och årsbokslut. Vidare beskrivs att en mer omfattande uppföljning och utvärdering av aktuella nationella riktlinjer ska planeras till omkring 1,5 år efter beslut om riktlinjen. För detta ansvarar regionöverläkare och vårdstrateg. Inom ramen för vår granskning har det inte ingått att granska följsamheten till denna riktlinje.

För granskningen har vi utöver ovan nämnda dokument inte erhållit några skriftliga rutiner för uppföljning av följsamhet till vårdprogram och vådrutiner. I intervjuer lyfts det fram att följsamheten till nya vårdprogram, riktlinjer och rutiner överlag inte följs upp på ett strukturerat och formaliserat sätt. Det anges dock att brister i följsamheten till bland annat vårdprogram och vådrutiner kan uppmärksammas genom upprättade avvikelser och att det är en möjlighet för verksamhetsansvariga att bedöma hur de vårdprogram och vådrutiner som finns följs.

Vidare beskrivs att uppföljning av implementering av rutiner och riktlinjer, oavsett vilket område de omfattar, generellt sett är ett utvecklingsområde inom regionen.

### **Bedömning**

Vi bedömer att det saknas tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska området. Vi baserar vår bedömning på följande:

- Det finns rutiner för att bereda, hantera och implementera nya nationella riktlinjer som kommer från socialstyrelsen
- Det saknas skriftliga rutiner för att införa nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet
- Till viss del finns mer eller mindre strukturerade arbetssätt för att göra nya rutiner och riktlinjer kända inom de granskade verksamheterna
- Svårigheter att i dokumenthanteringssystemet hitta aktuella vårdprogram, riktlinjer och rutiner lyfts fram som en stor utmaning avseende att göra dessa kända hos personal

Vidare bedömer vi att det även saknas tillfredställande rutiner för att följa upp följsamheten till nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet. Vi baserar vår bedömning på följande:

- Det saknas skriftliga rutiner för att följa upp följsamheten till nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska fältet
- I riktlinjen ”Beredning av nationella riktlinjer” framgår hur uppföljning av implementering av nya nationella riktlinjer ska ske

## 2.6. Övriga iakttagelser

Utöver de iakttagelser som direkt berör revisionsfrågorna i granskningen vill vi även gärna skicka med följande iakttagelser i denna rapport:

- Området geriatrik har påverkats av den medicinska utvecklingen som skett i hälso- och sjukvården. Från att tidigare ha varit mycket åldersstyrt vad gäller insatser som ges till patienter finns idag en mer flytande åldersindelning och vara alltmer individuella bedömningar. Dessutom kan alltmer hälso- och sjukvård ges i patientens eget hem och inte bara på sjukhus. Området geriatrik kan därför sägas mer otydligt avgränsat idag jämfört med tidigare.
- Tidigare fanns ett mer uttalat "geriatriskt spår" och inom regionen fanns en geriatrisk klinik och vårdplatser vid vuxenpsykiatri som gäller psyko-geriatriska patienter. Idag kan tanken sägas att det geriatriska synsättet istället förväntas vara integrerat inom nästan all verksamhet i hälso- och sjukvården. Denna patientgrupp utgör dessutom en stor andel av regionens patienter.
- Kontinuitet av samma personer som ingår i det team som finns kring patienten är betydelsefullt för vården av denna, inte minst vad gäller multisjuka äldre. Det för att tidigt kunna observera nyanser i patientens välmående eller beteende som kan vara ett uttryck för försämring/-förbättring eller ohälsa.
- Regionens "litenhet" har en positiv betydelse vad gäller personkännedom om vem som är regionens "expert" inom området geriatrik. Detta underlättar om det är så att konsultation kan behövas.

## 3. Granskningsiakttagelser Östersunds kommun

### 3.1. Mål och styrdokument

Utifrån vård- och omsorgsnämndens mål har vård- och omsorgsförvaltningen samt Sektor Säbo brutit ned dessa till mål och åtaganden för verksamheten. I verksamhetsplanen år 2017 har Sektor Säbo bland annat angett följande mål:

- Minst 95 procent av alla boende inom Sektor Säbo ska i slutet av 2017 ha en genomförandeplan där den enskilde och/eller deras anhöriga/god man har varit delaktiga vid utformningen.
- 95 procent av alla boende inom Sektor Säbo med IBIC<sup>6</sup> beslut skall även ha individuella mål formulerade utifrån IBIC.
- Minst 83 procent av dem som bor på särskilt boende ska vara ganska nöjda eller mycket nöjda när de i Socialstyrelsens nationella brukarundersökning svarar på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende"?

Som en del i Östersunds kommuns styrmodell ska alla verksamheter redovisa vilka aktiviteter man planerar att genomföra under året för att bidra till att uppnå fastställda mål och åtaganden samt förbättra verksamhetens kvalitet. I Sektor Säbos verksamhetsplan presenteras en aktivitetsplan för hur sektorns åtaganden samt egna utvecklings- och förbättringsområden ska uppnås. I aktivitetsplanen beskrivs vilka aktiviteter som ska göras, vem som har ansvar, när aktiviteten ska vara genomförd och hur aktiviteten ska följas upp. Bland annat ska sektorn under år 2017 genomföra följande aktiviteter:

- Utbildning och handledning i IBIC. Genom grundläggande utbildning av all personal inklusive enhetschef. Fördjupad utbildning för nyckelpersoner på enheterna.
- Omvärldsspaning. Analys av eget resultat i brukarundersökningen. Kolla med andra kommuner eller enheter och ta tillvara på goda exempel.
- Vårdnära service. Inför vårdnära service i form av städning på alla våra enheter. För att omvårdnadspersonal ska få mer tid till de boende.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen finns en *Uppdragsenhet* som ska ge stöd till Vård- och omsorgsnämnden och förvaltningsledningen inom områdena kvalitet och tillsyn, bostadsplanering, lokal- och bostadssamordning, forskning och utveckling samt särskilda utredningar och projekt. Enheten består av en enhetschef, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), handläggare, FoU- ansvarig, bo-

<sup>6</sup> IBIC står för Individens behov i centrum och är ett systematiskt och behovsriktat arbetssätt. För mer information om IBIC se <http://www.socialstyrelsen.se/individensbehovicentrumibic>



samordnare, lokalsamordnare och metodutvecklare. Enheten har bland annat uppdrag att:

- Bevaka ny lagstiftning
- Utforma uppdragsbeskrivningar/upphandlingsdokument med tillhörande kvalitetskrav för interna och externa utförare
- Utforma riktlinjer
- Genomföra kvalitetsuppföljningar
- Utredda särskilda uppdrag från nämnd/förvaltningschef
- Omvärldsbevaka

Utifrån de kvalitetskrav som nämnden antar genomför kommunens MAS, MAR, SAS samt handläggare vid uppdragsenheten kvalitetsgranskningar inom de särskilda boendena. Kvalitetsgranskningarna görs genom intervjuer med vårdpersonal, legitimerad personal och chefer, genomgång av skriftliga rutiner, enkätutskick till enhetens boenden samt statistikinhämtning från aktuella kvalitetsregister, exempelvis Senior Alert. Efter genomförd granskning gör uppdragsenheten en gemensam bedömning av hur väl kvalitetskraven uppfylls. Under år 2017 genomförde uppdragsenheten kvalitetsgranskning på åtta särskilda boenden i kommunen. Kvalitetskraven är uppdelade inom områdena:

- Individuell planering
- Delaktighet/inflytande
- Dokumentation
- Tillgänglighet/tillgång
- Kost/måltider
- Styrande rutiner för insatser/Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Styrande rutiner/Palliativ vård
- Styrande rutiner/Inkontinensvård
- Styrande rutiner/Skyddsåtgärder och larm
- Styrande rutiner/Hjälpmiddel
- Styrande rutiner/ Munvård
- Styrande rutiner/Läkemedel
- Styrande rutiner/Vårdhygien och smittskydd
- Styrande rutiner/Fallförebyggande arbete
- Styrande rutiner/Rehabilitering
- Styrande rutiner för insatser ledvård
- Styrande rutiner – Informationsöverföring mellan personal
- Ledningssystem
- Ledningssystem/Planering och uppföljning

- Ledningssystem/Klagomål och synpunkter
- Ledningssystem/Avvikelser
- Bemanning
- Personal/kompetens
- Säkerhet/enskild egendom

Utöver kvalitetsgranskningarna ska respektive verksamhet göra egenkontroller två gånger per år. Där jämför respektive enhetschef sin verksamhet emot de beslutade kvalitetskraven.

### **3.2. Bevakning och kunskapsinhämtning**

Som vi tidigare nämnt har uppdragsenheten inom vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att omvärldsbevaka förändringar i lagar, förordningar och föreskrifter som berör vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet, där även det geriatriska området ingår. Tjänstemän på uppdragsenheten för sedan vidare den information och de nyheter som inhämtats till sektorchef som i sin tur sprider informationen till verksamhetsutvecklare, kvalitetsansvarig och respektive enhetschef inom sektorn. Det uppges vara enhetschefens uppdrag att förmedla informationen vidare till vård- och omsorgspersonal i verksamheterna. Såväl sektorchef som enhetschefer kan besluta om man utifrån erhållen information från bevakning och kunskapsinhämtning inom området ska vidta åtgärder. Exempelvis har särskilda satsningar på utbildningen *Demens ABC* genomförts inom kommunens särskilda boenden för äldre.

En annan form av omvärldsbevakning sker när kommunens MAS tio gånger per år träffar MAS:ar från de andra kommunerna inom Jämtlands län. Vid dessa träffar diskuteras bland annat nya lagar, riktlinjer och kompetensutveckling. Med jämna mellanrum träffar även sektorns sjuksköterskor kommunens MAS och får därigenom till sig information från omvärldsbevakning och kunskapsinhämtning.

Trots de strukturer som finns för bevakning och kunskapsinhämtning uppger några av de intervjuade att det skulle vara önskvärt om det fanns mer tid att lägga på omvärldsbevakning.

#### **Bedömning**

Vår bedömning är att det till övervägande del finns en tillfredställande bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet inom kommunen. Vi baserar vår bedömning på:

- Uppdragsenheten har som uppdrag att bland annat bevaka och stå för kunskapsinhämtning avseende frågor som berör det geriatriska området
- Det finns tydliga strukturer för hur den information och de nyheter som kommer av bevakning och kunskapsinhämtning ska spridas inom sektor SÄBO

- Bevakning och kunskapsinhämtning har bland annat lett till att personal inom sektorn genomgått utbildning inom demens.

### **3.3. Kompetens**

#### **3.3.1. Inventering av kompetensbehov**

Av intervjuer framgår att det delvis saknas en tydlig bild av vilka spetskompetenser som finns inom Sektor Säbo, vad som eventuellt saknas och vad som behöver tillföras. Vi har för granskningen inte erhållit en dokumenterad kompetenskartläggning eller kompetensinventering. Enligt intervjuade pågår dock ett arbete för att identifiera vilka specifika kompetenser som förvaltningen behöver för att framöver klara sitt uppdrag. Kopplat till det har fokusgruppsintervjuer hållits med studenter, vikarier, timanställda och ordinarie personal för att få vetskap om vad som är viktig för dessa grupper när de söker arbete eller för att de ska vilja vara kvar på ett arbete. Intervjuade lyfter också fram att det inom sektorn inte finns en struktur avseende hur personal med särskild erfarenhet, exempelvis sjuksköterskor med vidareutbildning inom vård av äldre, ska nyttjas på bästa sätt. Det finns en vilja inom förvaltningen att framöver nyttja specialistkompetens på ett mer optimalt sätt.

I Sektor Säbos kvalitetskrav anges ett antal krav som rör personalen kompetens och utbildning:

- Den som innehar ledningsansvaret, och dennes ställföreträdare, för det dagliga arbetet enligt SoL och HSL ska ha dokumenterad högskoleutbildning inom socialt arbete och/eller hälso-och sjukvård samt dokumenterad erfarenhet av minst ett års vård- och omsorgsarbete. Motsvarande kompetens kan ha förvärvats genom lång yrkeserfarenhet inom vård- och omsorg, (minst tre år av de senaste sex åren).
- Den som innehar ledningsansvaret, och dennes ställföreträdare, för det dagliga arbetet enligt SoL ska ha kunskap om personens individuella behov. Den som leder det dagliga arbetet ska finnas fysiskt nära personalen och vara den pedagogiska ledaren.
- All ny tillsvidareanställning av vård- och omsorgspersonal ska uppfylla kompetenskravet omvårdnadsprogrammet eller motsvarande kompetens. För utbildning påbörjad före 2012-07-01 gäller 1350 poäng i de yrkes-specifika ämnena. För utbildning påbörjad efter 2012-07-01 gäller 1450 poäng.
- Leverantören ska arbeta aktivt för att befintlig tillsvidareanställd personal ska uppnå kompetenskravet enligt ovan och fortlöpande följa upp kompetensläget.
- Andelen vård- och omsorgspersonal som ej är tillsvidareanställda och som ej uppfyller kompetenskravet enligt ovan får utgöra högst 17 procent av totalt arbetad tid.

- En plan för kompetensutveckling ska finnas för vård- och omsorgspersonalen. Planen ska vara tidsatt och beskriva planerade fortbildningsinsatser för det kommande året. Inom minst följande områden ska kompetensutveckling/information ske årligen: Lex Sarah, utredning av vårdskador, social dokumentation, demensvård, munvårdsutbildning i (regionens regi), vård i livet slut, kost och nutrition, fallprevention samt skydds- och begränsningsåtgärder samt rehabiliterande arbetssätt.
- En årlig bedömning och planering ska göras av kompetensutvecklingsbehovet för legitimerad personal inom minst följande områden: kost och nutrition, handhavande av aktuella kvalitetsregister, demensvård, palliation, vård i livets slut och dokumentation.
- Under tidpunkt då sjuksköterska inte finns stationerad på boendet ska det finnas minst en personal med kompetens motsvarande omvårdnadsprogrammet med 1350 poäng i de yrkesspecifika ämnena och erfarenhet av vårdarbete samt god kännedom om de boende.

De krav på personal/kompetens som ställs i kvalitetskraven följs upp genom de kvalitetsgranskningar som genomförs av bland annat MAS:en.

För granskningen har vi tagit del av vård- och omsorgsförvaltningens internkontrollplan för år 2018. Bland annat identifieras risker inom processerna rekrytering och sällan förekommande ärenden med komplexa behov. En risk som lyfts fram är att medborgare inte får det stöd de behöver och har rätt till på grund av att det saknas personal med rätt kompetens. Som kontrollmoment kopplat till risken anges uppföljning av befintliga resurser/personalbrist inom olika verksamheter. För granskningen har vi inte erhållit någon internkontrollplan för 2017.

### *3.3.2. Åtgärder för att täcka kompetensbehov*

Inom Sektor Säbo tas en kompetensutvecklingsplan fram årligen. Planen gäller för alla yrkeskategorier inom sektorn och tas fram av sektorchefen tillsammans med enhetscheferna. Fokusområdena i planen utgår från sektorns kvalitetskrav och omvärldsbevakning. Kompetensutvecklingsplanen bryts sedan ner på enhetsnivå, där varje enhet utifrån sina förutsättningar gör prioriteringar kopplat till kompetensutveckling.

För granskningen har vi tagit del av Sektor Säbos verksamhetsplan för år 2017 där *plan för kompetensutveckling* inkluderas. I planen redovisas vilka sektorsgemensamma satsningar på kompetensutveckling som ska göras under året för att enhetschefer och medarbetare ska kunna utföra sitt uppdrag med god kvalitet. Områden för kompetensutveckling har under 2017 bland annat varit följande:

- IBIC- individens behov i centrum
- Behovsschema
- Durewallutbildning<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Utbildning i arbetssätt som är skonsam för kropp.

- SAM- systematiskt arbetsmiljöarbete
- Bättre liv för sjuka äldre<sup>8</sup>

I Sektor Säbos årsredovisning för år 2017 redogörs för de insatser som genomförts utifrån kompetensutvecklingsplanen. I årsredovisningen anges att:

- Samtliga enheter har genomfört IBIC utbildning.
- Införande av behovsschema fortgår enligt plan.
- Enheterna fortsätter utbilda medarbetarna i Durewall-metoden.
- Enhetschefer och skyddsombud har gått utbildning i "organisatorisk och social arbetsmiljö" (OSA)
- Inspirationsdag genomfördes i mars för enhetschefer och sjuksköterskor avseende arbetet med "Bättre liv för sjuka äldre"
- En första utbildning i Stratsys är genomförd med enhetscheferna.

Inom förvaltningen finns en kompetensgrupp som har i uppdrag att genomföra utbildningar för personalen inom förvaltningen. Kompetensgruppen består av undersköterskor och distriktssjuksköterskor och arbetar på uppdrag av uppdragsenheten. Gruppen erbjuder bland annat utbildning i hjärt- och lungräddning, metoden Durewall, baskompetensutbildning och delegering. Gruppen skickar ut ett schema för utbildningstillfällena till enhetscheferna, där de kan boka in sin personal för utbildning efter behov.

Mot bakgrund av rekryteringssvårigheter gällande yrkeskategorin sjuksköterskor har sektorn utarbetat ett nytt rekryteringsförfarande och utvecklats introduktionen för de sjuksköterskor som anställs.

Inom Östersunds kommun har vårdbiträden möjlighet att utbilda sig och att validera till undersköterska. Av intervjuer och dokument framgår dock inte hur väl möjligheten att validera nyttjas inom kommunens särskilda boenden för äldre.

Genom intervjuer framkommer att det inom sektorn de senaste åren genomförts olika former av satsningar och insatser för att täcka kompetensbehov som finns kopplade till vård av äldre. Exempelvis uppges att projekt avseende hantering av läkemedel, palliativ vård och implementering av ny teknik inom äldreomsorgen drivits för att utveckla vården och omsorgen om de som bor vid kommunens särskilda boenden för äldre. Vidare anges att de sjuksköterskor som arbetar på kommunens särskilda boenden har som uppdrag att utbilda baspersonalen i exempelvis sårvård, nutrition samt andra frågor som berör vård av äldre.

## Bedömning

Vår bedömning är att det till viss del sker återkommande inventering av vilken kompetens som saknas och som behöver tillföras kopplat till det geriatriska området. Vi baserar vår bedömning på:

---

<sup>8</sup> Bättre liv för sjuka äldre är en nationell satsning med syfte att förbättra vård och omsorg för de mest sjuka äldre.

- Inom Sektor Säbos kvalitetskrav har kompetenskrav formulerats och följs upp på enhetsnivå genom de kvalitetsgranskningar som genomförs.
- Enskilda insatser kopplade till inventering av kompetens sker inom sektorn, exempelvis sker detta genom kvalitetsgranskningar och egenkontroller inom berörda verksamheter.
- Ingen återkommande och systematisk kompetensinventering har hittills genomförts på övergripande nivå inom förvaltningen eller sektorn avseende det geriatriska området.

Vidare bedömer vi att det till övervägande del vidtagits och planeras åtgärder för täcka kompetensbehovet inom det geriatriska området. Vi baserar vår bedömning på:

- En kompetensutvecklingsplan tas fram årligen inom Sektor Säbo, i denna ingår kompetensutvecklande insatser avseende vård av äldre. Kompetensutvecklingsplanen bryts ned på enhetsnivå för att enheterna ska kunna arbeta med områden som de specifikt behöver utveckla.
- Kompetensutvecklande insatser under året följs upp i sektorns årsredovisning. För 2017 har bland annat kompetensutveckling skett avseende IBIC och bättre liv för sjuka äldre. Vilka kompetensutvecklande åtgärder som vidtagits varierar delvis mellan enheterna utifrån vilka särskilda behov av kompetensutveckling som finns inom respektive enhet.
- Inom sektorn finns en kompetensgrupp som arbetar med utbildningar för baspersonal.
- Möjlighet till validering från vårdbiträde till undersköterska finns, dock är det oklart hur väl denna möjlighet nyttjas.

### **3.4. Geriatriskt team**

Som beskrivs i avsnitt 3.4 så finns det inte ett geriatriskt team inom Region Jämtland Härjedalen. Däremot drivs projektet MINT som vänder sig till personer som bor i ordinärt boende och har omfattande behov av vård och omsorg.

Vid intervjuer framkommer att det inom Sektor Säbo finns kännedom om MINT-teamet, men att teamet framförallt nyttjas av kommunens hemsjukvård och inte inom de särskilda boendena. Vidare beskriver de intervjuade att det inte finns någon konsultativ verksamhet avseende geriatrik inom regionen som exempelvis sjuksköterskor från de särskilda boendena kan kontakta vid behov. Sjuksköterskorna på de särskilda boendena för äldre har däremot kontinuerlig kontakt med den primärvårdsläkare som ansvarar för respektive boende. De intervjuade uppger att kontakten med ansvarig läkare skiljer sig väsentligt mellan olika boenden. På vissa hälsocentraler arbetar många stafettläkare, vilket gör att det saknas en kontinuitet bland läkarna som arbetar mot boendena. Dock framhålls att flertalet boenden i kommunen har en och samma läkare vilket de intervjuade upplever ger större kontinuitet i uppföljningar, läkemedelsgenomgångar och att det är lätt att ta kontakt för konsultation.

Ett antal av kommunens särskilda boenden för äldre har en fast primärvårdsläkare som på halvtid arbetar på hälsocentralen och halvtid i MINT-teamet. Läkaren är utbildad geriatriker och de intervjuade upplever att de får stort stöd i geriatriska frågor från läkaren.

### **Bedömning**

Vår bedömning är att det inte finns något geriatriskt team inom regionen vilket också innebär att det inte finns något geriatriskt team att nyttja för kommunens särskilda boenden för äldre.

Ett projekt avseende mobilt närvårdsteam, riktat mot hemsjukvårdspatienter, drivs inom regionen och i det teamet ingår bland annat geriatriker och sjuksköterskor med inriktning mot vård av äldre. Enligt uppdragsbeskrivningen för projektet ska konsultativa insatser som tidigare gavs av projektet Geriatriskt stöd ingå i MINTS verksamhet. Detta är dock inte känt i tillräcklig omfattning inom granskade verksamheter inom kommunen.

## **3.5. Vårdprogram och vådrutiner**

### **3.5.1. Implementering av nya vårdprogram och vådrutiner**

Av granskningen framkommer att det inte finns några dokumenterade rutiner avseende införande av nya vårdprogram och vådrutiner inom det geriatriska området. Av intervjuer framhålls att det är uppdragsenheten respektive sektorns ledningsgrupp som har i uppdrag att uppdatera och ta fram nya riktlinjer och rutiner för verksamheten. Detta sprids sedan genom linjeorganisationen ut till respektive enhet. Enligt intervjuade lyfts nya riktlinjer/rutiner upp vid arbetsplatsträffar eller andra möten som enheterna har lokalt. Respektive enhetschef ansvarar för att riktlinjer och rutiner blir kända inom sin enhet.

Vid intervjuer framkom att förvaltningen har påbörjat ett arbete med att införa ett kvalitetsledningssystem. Där ska bland annat alla riktlinjer och rutiner finnas tillgängliga för personal inom förvaltningen.

### **3.5.2. Rutiner för uppföljning av följsamhet till vårdprogram och vådrutiner**

För granskningen har vi inte erhållit några skriftliga rutiner för uppföljning av följsamhet till vårdprogram och vådrutiner. Av intervjuer framhålls att följsamheten till rutiner och riktlinjer blir en del av kvalitetskraven enheterna ska följa. Genom kvalitetsgranskningar och egenkontroller följs därför efterlevnaden av riktlinjer och rutiner upp.

Genom kvalitetsgranskningarna kan uppdragsenhetens MAS se mönster, t.ex. att rutiner brister på flera enheter och därmed kanske inte är kända och tillämpade i tillräcklig utsträckning. Utifrån det kan behov av att göra riktlinjer och rutiner kända samt säkerställa tillämpning aktualiseras alternativt leda till översyn av riktlinjer och rutiner. Nämnden delges alla kvalitetsgranskningar som görs inom verksamheterna, liksom årliga sammanställningar av resultaten av kvalitetsgranskningarna.

---

## Bedömning

Vi bedömer att det till viss del saknas tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska området. Vi baserar vår bedömning på följande:

- Det saknas skriftliga rutiner för att införa nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska området.
- Uppdragsenheten respektive sektorns ledningsgrupp har i uppdrag att uppdatera och ta fram nya riktlinjer och rutiner för verksamheten. Dessa sprid sedan genom linjeorganisationen ut till respektive enhet.

Vidare bedömer vi att det till viss del saknas tillfredställande rutiner för att följa upp följsamheten till nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska fältet. Vi baserar vår bedömning på följande:

- Det saknas skriftliga rutiner för att följa upp följsamheten till nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska fältet
- Följsamhet till riktlinjer och rutiner är en del av de egenkontroller och den kvalitetsgranskning som kontinuerligt genomförs inom sektorns verksamheter.



## 4. *Bedömning av revisionsfrågor*

### 4.1. *Region Jämtland Härjedalen*

Utifrån granskningens iakttagelser är vår bedömning av revisionsfrågorna följande:

- **Finns en tillfredställande bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet?**  
Bedömning: Till viss del sker bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet inom regionen, men bevakningen och kunskapsinhämtningen är inte systematiserad i tillfredställande utsträckning.
- **Sker återkommande inventering av vilken kompetens som saknas och behöver tillföras?**  
Bedömning: Hittills har ingen återkommande inventering skett av vilken kompetens som saknas och som behöver tillföras kopplat till det geriatriska området.
- **Har åtgärder vidtagits/planerats att vidtas för att täcka kompetensbehovet?**  
Bedömning: Inom regionen har det i viss utsträckning vidtagits åtgärder för att täcka kompetensbehovet inom det geriatriska området.
- **Nyttjas det geriatriska teamet på ett tillfredställande sätt för att täcka kompetensbehovet?**  
Bedömning: Det finns inte något geriatriskt team inom regionen vilket också innebär att det inte finns något geriatriskt team att nyttja för att täcka kompetensbehov. Däremot bedrivs projektet MINT, riktat mot hemsjukvårdspatienter. Konsultativa insatser och stöd ska ingå i MINTS verksamhet. Detta är dock inte känt i tillräcklig omfattning.
- **Finns tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska fältet?**  
Bedömning: Det saknas tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska området
- **Finns tillfredställande rutiner för att följa upp verksamheten till nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska fältet?**  
Bedömning: Det saknas tillfredställande rutiner för att följa upp följsamheten till nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska fältet

Iakttagelser kopplat till bedömningarna återfinns under respektive revisionsfrågas avsnitt i rapporten.

## 4.2. Östersunds kommun

Utifrån granskningens iakttagelser är vår bedömning av revisionsfrågorna följande:

- **Finns en tillfredställande bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet?**  
Bedömning: Till övervägande del finns en tillfredställande bevakning och kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet inom kommunen.
- **Sker återkommande inventering av vilken kompetens som saknas och behöver tillföras?**  
Bedömning: Till viss del sker återkommande inventering av vilken kompetens som saknas och som behöver tillföras kopplat till det geriatriska området.
- **Har åtgärder vidtagits/planerats att vidtas för att täcka kompetensbehovet?**  
Bedömning: Till övervägande del har åtgärder vidtagits och planeras för täcka kompetensbehovet inom det geriatriska området
- **Nyttjas det geriatriska teamet på ett tillfredställande sätt för att täcka kompetensbehovet?**  
Bedömning: Det finns inte något geriatriskt team inom regionen vilket också innebär att det inte finns något geriatriskt team att nyttja för kommunens särskilda boenden för äldre. Konsultativa insatser och stöd ska ingå i projektet MINTS verksamhet. Detta är dock inte känt i tillräcklig omfattning inom granskade verksamheter i kommunen.
- **Finns tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska fältet?**  
Bedömning: Till viss del saknas tillfredställande rutiner för att införa nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska området.
- **Finns tillfredställande rutiner för att följa upp verksamheten till nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska fältet?**  
Bedömning: Till viss del saknas tillfredställande rutiner för att följa upp följsamheten till nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska fältet.

Iakttagelser kopplat till bedömningarna återfinns under respektive revisionsfrågas avsnitt i rapporten.