

Bedömning av konsekvenser för Västerbottens läns landsting och Västerbottens kommuner till följd av nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

1. Bakgrund

Konsekvenserna av att tillämpa riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom har granskats i förhållande till praxis och aktuellt läge i Västerbottens läns landsting och länets kommuner.

Riktlinjerna ersätter de tidigare riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom som publicerades 2010. De nya riktlinjerna har ett tydligare styr- och ledningsperspektiv samt fokuserar på de frågor där behovet av vägledning är som störst. Riktlinjerna ger rekommendationer inom områdena utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödsatser, läkemedelsbehandling och utbildning

1.1 Beredning

Konsekvensanalysen har genomförts av en arbetsgrupp bestående av representanter från primärvård, specialistvård samt kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst. Följande personer ingår i arbetsgruppen och har på olika sätt och i olika omfattning bidragit till analysen

Lena Jirlén distriktsläkare Storumans sjukstuga (ersättare Hanna Lindvert, St-läkare, Tärnaby sjukstuga)

Lena Eliasson, arbetsterapeut, Sorsele sjukstuga

Madeleine Holmlund, fysioterapeut, Geriatriskt centrum

Anneli Johansson, MAS, Vännäs kommun

Jennie Eriksson, MAS, Lycksele kommun

Marina Lycksell, MAR, Skellefteå kommun

Pernilla Ahlström, verksamhetschef stöd, vård och omsorg, Lycksele kommun

Hans Björkman, boendechef, Robertsfors kommun

Annika Björk, demensspecialiserad undersköterska, Skellefteå kommun

Katarina Styrman, bistånd, Umeå kommun

Karin Nordvall, sjuksköterska, processledare, Demensprocessen i Västerbotten

Bengt Lunnergård, distriktsläkare, Husläkarna, Umeå

Kajsa Henriksson, distriktsköterska, Heimdalls hälsocentral

Peter Marklund, specialistläkare, Med/ger-kliniken Skellefteå

Anna Nyman, fysioterapeut, Umeå kommun

Anneli Johansson och Karin Nordvall är administrativa processledare på uppdrag av länsamordningsgruppen

Analysen bygger på arbetsgruppens samlade kunskap och erfarenhet inom området. Arbetsgruppen har även samlat in synpunkter och erfarenheter från andra yrkesverksamma inom berörda områden. Dessutom har resultat ur Socialstyrelsens nationella utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 använts i analysen.

1.2 Riktlinjernas rekommendationer

Totalt omfattar remissversionen 93 rekommendationer varav 23 är centrala, dvs. de som Socialstyrelsen bedömer har stor betydelse för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ur ett styr och ledningsperspektiv avseende ekonomi och organisation. Samtliga rekommendationer har granskats.

2. Demensvården i Västerbotten i förhållande till riktlinjerna

Arbetsgruppen har identifierat ett antal gap mellan Socialstyrelsens rekommendationer och den vård och omsorg som Västerbottens läns landsting och länets kommuner tillgodoser i nuläget. Arbetsgruppen föreslår att analysen ska utgöra ett underlag för kommande beslut och prioriteringar inom Västerbottens läns landsting och kommuner.

2.1 Utredning och uppföljning

Basal demensutredning

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda intervjuer med anhöriga till personer med misstänkt demenssjukdom som en del i den basala demensutredningen (*prioritet 1*)
- erbjuda klocktest kombinerat med MMSE-SR som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demens-sjukdom (*prioritet 2*)
- erbjuda RUDAS som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom och annat modersmål än svenska eller annan kulturell bakgrund (*prioritet 2*)
- erbjuda en strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmågan som en del i den basala utredningen till personer med misstänkt demenssjukdom (*prioritet 2*)
- erbjuda datortomografi som en del i den basala demensutredningen till personer med misstänkt demenssjukdom (*prioritet 2*).

Nuläge

Den basala demensutredningen genomförs i primärvården. I utredningen ingår anamnes, kognitiva test (MMSE och klocktest) anhörigintervju, datortomografi och blodprovstagning. En strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga sker endast i begränsad omfattning. Särskilt anpassade kognitiva test för personer med annat modersmål än svenska eller annan kulturell bakgrund (RUDAS) används inte.

Behov

En strukturerad anhörigintervju kan ge viktig information om patientens förmågor. Dock behövs resurstillskott i primärvården för att genomföra strukturerad funktionsbedömning avseende t.ex. vardagliga aktiviteter, fritidsaktiviteter och förflyttningar. Bedömningen har stor betydelse för fortsatt vård och omsorgsplanering

RUDAS är inte tidigare använt i den basala utredningen, i de nya riktlinjerna är testet högt prioriterat. Det behövs resurser till i första hand primärvården för utbildning och träning inför implementering.

Utvidgad utredning

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda neuropsykologiska test för att bedöma minne, språk, uppmärksamhet och exekutiv och spatial förmåga, som en del i den utvidgade demensutredningen, till personer med misstänkt demens-sjukdom (*prioritet 3*)

Nuläge

Utvidgad utredning genomförs vid specialistenheterna vid Geriatriskt centrum Umeå och med/ger- kliniken i Skellefteå. Omfattningen av den utvidgade utredningen skiljer sig mellan enheterna avseende neuropsykologiska test, eftersom neuropsykologresurs saknas i Skellefteå.

Behov:

Neuropsykologresurs till med/ger-kliniken Skellefteå

Regelbunden sammanhållen uppföljning

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda en regelbunden och sammanhållen uppföljning och utredning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser till personer med de-menssjukdom (*prioritet 1*).

Nuläge

Den demenssjukes behov av medicinska och sociala åtgärder förändras över tid och sammanhållen uppföljning är mycket viktigt för helhetsperspektivet. Det saknas en organisation som möjliggör en regelbunden sammanhållen uppföljning i samverkan mellan hälso- och sjukvård (landstingets och kommunens) och socialtjänst. Bristen på samverkan riskerar att personen inte får sina eventuella behov av sociala insatser uppmärksammade och tillgodosedda. Ofta saknas också rutiner för hur en tidig kontakt med socialtjänsten kan initieras samt för hur gemensam uppföljning ska ske.

Svenska Demensregistret (SveDem) ger ett bra underlag för att följa sjukdomsutveckling och behov av insatser. I nuläget är endast ett mindre antal primärvårdsenheter anslutna och endast en kommun, vilket inte ger tillräckligt säkra data. Idag planerar ansvariga sjuksköterskor i de flesta fall uppföljning manuellt vilket försvårar strukturerad uppföljning.

BPSD-registret används i kommunerna för att identifiera beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom samt för att utvärdera effekt av insatta åtgärder. Samtliga kommuner i länet är anslutna vilket ger ett bra stöd för planering och uppföljning av omvårdnadsinsatser samt för utvärdering av läkemedelsbehandling vid BPSD.

Behov

Det är mycket viktigt att hitta samverkansformer mellan landstingets hälso- och sjukvård, kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänsten för att tidigt initiera kontakt och för att säkerställa uppföljning av såväl sjukdomsutveckling som sociala stödinsatser.

I demensstrategin som lämnades till regeringen i slutet av juni 2017 ges förslag om ett standardiserat insatsförlopp i samband med diagnosbesked i samverkan mellan landsting och kommun. Vidare föreslås att man utvecklar lokala demensteam som är gränsöverskridande mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Anslutning till SveDem bör stimuleras i både kommuner och landsting och tid och resurser behöver avsättas.

Uppföljning vid BPSD är mycket viktig för att ge personer med demenssjukdom förutsättningar för en bättre livskvalité. Användandet av BPSD-registret har avstannat i flera av länets kommuner på grund av bland annat organisationsförändring, ekonomi, brist på administratörer och certifierade utbildare. Arbetsgruppens uppfattning är att alla länets kommuner bör använda registret fullt ut. Dessutom bör möjligheter och nytta av användandet av registret inom den slutna specialistvården utredas.

Strukturerad och kontinuerlig utvärdering av fysiska skyddsåtgärder

Hälso-och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av fysiska skyddsåtgärder (*prioritet 1*)

Nuläge

Skriftliga och kända rutiner för skyddsåtgärder finns hos ca hälften av kommunerna och hos övriga finns uttalade rutiner men de är inte dokumenterade. Vilka professioner som ansvarar för utvärdering varierar stort inom länet, men de flesta kommuner diskuterar utvärdering vid teamträffar (med både HSL, SoL-personal och enhetschef). Slutenvårdsavdelningar för psykiatrisk vård har skriftliga och kända rutiner. Arbetsgruppens bedömning är att det finns brister i uppföljningen vilket kan innebära att skyddsåtgärder används utan klar indikation vilket innebär att patientens självständighet begränsas.

Behov

Det behövs information om vilka åtgärder som är att betrakta som skyddsåtgärder (t.ex. larm och sänggrindar). Alla verksamheter som vårdar personer med demenssjukdom behöver skriftliga rutiner för såväl användande som utvärdering av fysiska skyddsåtgärder. Uppföljningar ska ske i multiprofessionell teamsamverkan.

Strukturerad och kontinuerlig utvärdering av välfärdsteknik

Socialtjänsten bör

- erbjuda strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av välfärdsteknik till personer med demenssjukdom och insatt välfärdsteknik (*prioritet 1*)

Nuläge:

Den välfärdsteknik som beviljas som SoL-insats följs upp enligt de rutiner som finns upprättade för alla olika insatser. Välfärdsteknik beviljat inom ramen för respektive professions yrkesansvar följs upp efter individuell bedömning.

Behov

Det behövs kunskap om den utveckling som sker inom området för att ge möjligheter för personer med demenssjukdom att få tillgång till den teknik som kan öka deras självständighet. Förutom det multiprofessionella teamet i vården behöver även personer med kompetens inom teknik och IT involveras. Även etiska reflektioner och bedömningar är en viktig del vid införande och användande av välfärdsteknik.

2.2 Multiprofessionellt teambaserat arbetssätt och samverkan

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom (*prioritet 1*).

Nuläge

I de olika verksamheterna finns brister i organisation och arbetssätt som ger möjlighet till multiprofessionell teamsamverkan. Det saknas fullgoda demensteam och den tid teamen förfogar över varierar stort i länet, vilket hindrar möjligheter att erbjuda medborgarna en jämlik vård. I det lokala vårdprogrammet finns beskrivet att det ska finnas rutiner som gör det möjligt att upprätthålla en god kontinuitet mellan personen med demens, dennes närstående och den personal som deltar i vården och omsorgen. Hälso- och sjukvården ska ha en organisation som säkerställer en multiprofessionell teamsamverkan.

I den Nationella Demensstrategin föreslås gränsöverstigande lokala demensteam.

Behov

Det finns ett stort behov av utveckling av multiprofessionellt teambaserat arbetssätt inom och mellan olika verksamheter. Kommunernas biståndshandläggare, legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer behöver tillsammans med personen med demenssjukdom och dennes anhöriga planera vård- och omsorgsinsatser i samverkan med teamen inom primärvård och specialistvård. Det behövs resurstillskott i alla verksamheter för att multiprofessionell teamsamverkan ska vara möjlig.

2.3 Utbildning och handledning till vårdpersonal

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för vård- och omsorgspersonal som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom (*prioritet 2*)

Nuläge

I Västerbotten erbjuds inte personal inom hälso-och sjukvård och socialtjänst kontinuerlig utbildning och kompetensutveckling. I samband med satsningen "Bättre liv för sjuka äldre" fanns möjlighet för kommunerna att erbjuda personal den tvådagarsutbildning som ger administratörer för BPSD- registret grundläggande kunskaper, dock nyttjades möjligheten i begränsad omfattning. Demens ABC är en tvåtimmars teoretisk webbaserad utbildning som finns anpassad för olika professioner, många kommuner rekommenderar den till sina anställda. Den ger dock inte den långsiktighet och fördjupning som krävs.

Ingen verksamhet i länet erbjuder sin personal kontinuerlig handledning.

Handledningsinsatser till omvårdnadspersonal kan ges av lokala demensteam och specialistenheternas demensteam i specifika ärenden under en begränsad tid.

Behov

Det finns ett stort behov av utbildning till vård- och omsorgspersonal inom både kommun och landsting. Utbildningsbehovet finns hos alla yrkeskategorier som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med demenssjukdom. Det är viktigt att även LSS-handläggare och SOL handläggare erbjuds utbildning. Personer med demenssjukdom har många gånger nedsatt

förmåga att förstå och fatta beslut kring sina stödbehov och biståndshandläggaren som ska planera och följa upp insatser behöver därför kunskap och förståelse om demenssjukdom och vad det kan innebära för den demenssjukes liv. Chefernas kunskap inom området är också viktig för att de ska kunna ge medarbetarna nödvändigt stöd.

För att kunna ge en personcentrerad vård behöver vård-och omsorgspersonal tid för reflektion och handledning. Lokala demensteam och landstingets specialistteam har en viktig roll när det gäller stöd och handledning. Om personal ska erbjudas kontinuerlig handledning behöver resurser avsättas för utbildning av handledare och tid för handledning prioriteras.

2.4 Individanpassade stödinsatser

Anpassade måltidsmiljöer

Socialtjänsten bör

- erbjuda anpassad måltidsmiljö, exempelvis små grupper, tid för att kunna äta i lugn och ro och möjlighet att själv komponera måltid, till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*)

Nuläge

Det finns kunskap i verksamheterna om vikten av en anpassad måltidsmiljö. Samtliga kommuner i länet uppger att man arbetar aktivt med att anpassa måltidsmiljön, främst kring den fysiska miljön. Dock utgör den fysiska utformningen med stora dagrum/matsalar ofta ett hinder. En annan faktor som försvårar en anpassad måltidsmiljö är personalresurser som behövs vid måltidssituationen. Ett fåtal personal ska hjälpa många personer med stora behov av stöd och det bidrar till att man inte alltid kan individanpassa och låta personen själv ta för sig mat. Endast i enstaka kommuner får personer med demenssjukdom komponera sin egen måltid. Skellefteå jobbar med ett projekt med t.ex. måltidsvärd, en person som ansvarar för att kvalitetssäkra måltidsupplevelsen enligt FAMM (Five Aspects Meal Model).

Behov

För att minska ätproblem, öka livskvalitén och förbättra funktion hos personer med demenssjukdom behöver måltidssituationen individanpassas. Dessutom behöver den fysiska miljön ses över i många av länets kommuner. Stora matsalar, kombinerade matrum/dagrum/sällskapsrum behöver anpassas och verksamheten organiseras så att måltider kan ske i lugn och ro och att personen själv ges möjlighet att komponera sin måltid.

Utomhusvistelse

Socialtjänsten bör

- erbjuda möjlighet till utomhusvistelse till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*).

Nuläge

Inom särskilda boenden i länet finns en ambition att erbjuda möjlighet till utomhusvistelse. Oftast fungerar det bra sommartid, vintertid krävs mer planering beroende på temperatur, väglag mm. Utemiljön kan dessutom vara begränsande p.g.a. utformning eller geografiskt läge. Resursbrist anges ofta som orsak till begränsad möjlighet till utomhusvistelse. I alla utom en kommun är boenden för personer med demenssjukdom låsta (portkod) och personer med demenssjukdom kan inte själva komma ut utan stöd av personalen. I Robertsfors kommun finns inga låsta boenden, de som bor där kan gå ut när de själva vill. De personer som man vet kan ha svårt att hitta tillbaka har GPS. I Skellefteå kommun pågår ett projekt med syfte att ta fram aktiviteter som ska göra utomhusvistelsen trevligare för den äldre.

Behov

Det finns ett stort behov av att personal får kunskap om att utomhusvistelse är ett grundläggande behov och behöver prioriteras. Utomhusvistelse är personalkrävande och resurser måste avsättas. Vid planering för nya vård- och omsorgsboenden är det viktigt att utomhusmiljön är lättillgänglig och anpassad för personer med demenssjukdom. Detta förutsätter att kompetens inom demensområdet efterfrågas. Det är också viktigt att nyttja teknik för att öka självständighet vid utomhusvistelse.

Fysisk aktivitet

Socialtjänsten kan

- erbjuda individanpassad fysisk aktivitet till personer med demens sjukdom (*prioritet 4*).

Nuläge

Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut involveras många gånger sent i vård och omsorgsplanering för personer med demenssjukdom. Kontakten sker när man uppmärksammar att personens förmågor håller på att försämras eller vid rehabiliteringsbehov efter sjukdom eller skada.

Behov

Det finns behov av att arbetsterapeuter och fysioterapeuter kommer in tidigare i vård- och omsorgsplanering av personer med demenssjukdom. Fysisk aktivitet och aktiviteter i vardagen ska planeras och utformas utifrån individens behov. Personer med demenssjukdom behöver mer stöd vid fysisk aktivitet och aktiviteter i vardagen än andra (påbörja, fortsätta, avsluta aktiviteten).

För att kunna erbjuda en individanpassad aktivitet behövs arbetsterapeuter och fysioterapeuter som i samverkan med omvårdnadspersonal utformar individuella insatser. Det är resurskrävande både tids- och personalmässigt.

Dagverksamhet

Socialtjänsten bör

- erbjuda dagverksamhet som är anpassad för personer med demens-sjukdom till personer med mild till måttlig demenssjukdom (*prioritet 1*)
- erbjuda dagverksamhet som är anpassad för yngre personer med demenssjukdom till yngre personer med demenssjukdom (*prioritet 1*).

Nuläge

I de större kommunerna erbjuds daglig verksamhet till personer med demenssjukdom, dock i olika omfattning. Erbjudande om dagverksamhet utgår från de resurser som finns tillgängliga och inte från individuella behov. I de flesta av de mindre kommunerna saknas dagverksamhet särskilt anpassad till personer med demenssjukdom. Endast Skellefteå och Umeå kan erbjuda daglig verksamhet för personer under 65 år. Enstaka mindre kommuner kan erbjuda individuellt anpassade insatser för yngre personer med demenssjukdom, dock inte dagverksamhet.

Behov

För att erbjuda personer med demenssjukdom gemenskap och aktivering och för att ge dem möjlighet att bo kvar hemma och samtidigt erbjuda anhöriga en tillfällig avlösning behöver kommunerna utöka möjligheter till dagverksamhet. Dagverksamheten ska vara särskilt

anpassad för personer med demenssjukdom och personalen ska ha kompetens inom demensområdet.

Särskilt boende

Socialtjänsten bör

- erbjuda särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom samt med inkluderande boendemiljöer för personer med måttlig till svår demenssjukdom (*prioritet 2*)
- erbjuda särskilt boende anpassat för personer med demenssjukdom som är småskaligt till personer med måttlig till svår demenssjukdom (*prioritet 3*)

Nuläge

I många kommuner saknas specifika boenden särskilt anpassade för personer med demenssjukdom, det vill säga med inkluderande boendemiljö och eller småskalighet. Det kan innebära svårigheter att anpassa miljön utifrån de behov som uppstår. Stora avdelningar och eller avdelningar där både personer med demenssjukdom och personer med andra stora omvårdnadsbehov bor kan leda till ett högt arbetstempo och försvårar för personalen att ge en personcentrerad vård. En inkluderande boendemiljö förutsätter att personalen kan utföra vårdarbete med utgångspunkt från individens personliga rytm.

Behov

I samband med renovering och nybyggnation är det viktigt att ta till sig den kunskap som finns om småskalighet och inkluderande boendemiljöer. Det finns även behov av anpassningar i redan existerande miljöer, till exempel färgsättning, mönster, stimuli mm. En inkluderande boendemiljö innefattar även en god psykosocial miljö. För att skapa detta behövs såväl utbildning, kunskap som handledning till personal.

Stöd till anhöriga

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda ett utbildningsprogram till anhöriga till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*)
- erbjuda individuellt anpassat stöd till unga anhöriga till personer med demenssjukdom (*prioritet 2*).

Nuläge

Utbildning till anhöriga genomförs i vissa kommuner, ofta i samverkan med hälsocentraler. Inom specialistvården erbjuds närstående att delta i närståendegrupp när patienten fått sin diagnos. Det varierar mycket vilken utbildning/information som erbjuds anhöriga. I många kommuner saknas anhörigutbildningar helt.

I hela länet saknas individuellt utformat stöd till unga anhöriga.

Behov

För att minska anhörigas upplevda belastning ska anhörigutbildningar erbjudas från alla hälsocentraler och kommuner i samband med att personen får sin diagnos. Utbildningarna bör ske i samverkan mellan hälsocentral och kommun. Det finns ett stort behov av att utveckla former för anhörigutbildning/information. Det finns även behov av att i samband med uppföljning uppmärksamma behov av stöd/information för anhöriga till personer med demenssjukdom i senare skede av sjukdomen

Det behöver utvecklas former för att erbjuda individuellt stöd till unga anhöriga. Det kan t.ex. gälla kontakt med skola för minderåriga barn eller kontakt med arbetsgivare för anhöriga i yrkesverksam ålder.

2.5 Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda läkemedelsbehandling med kolinesterashämmare till personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom (*prioritet 1*)
- erbjuda läkemedelsbehandling med memantin till personer med måttlig till svår Alzheimers sjukdom (*prioritet 2*).

Nuläge

Västerbotten har den högsta förskrivningen av demensläkemedel i landet enligt den nationella utvärderingen. Dock varierar förskrivningsmängden mellan olika hälsocentraler och man kan anta att det finns såväl över som underförskrivning.

Behov

Rekommendationerna för behandling med demensläkemedel behöver tydliggöras för att personer som får diagnosen Alzheimers sjukdom ska erbjudas den behandling som finns att tillgå. Det finns behov av utbildning och information till primärvårdens läkare.

Läkemedelsbehandling vid BPSD eller konfusion

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat) till personer med demenssjukdom samt kvarvarande aggressivitet (exempelvis agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling (*prioritet 7*)
- erbjuda oxazepam till personer med demenssjukdom med uttalad ångest och orostillstånd (*prioritet 7*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda klometiazol till natten till personer med demenssjukdom och kvarvarande konfusion och samtidig sömnstörning efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling (*prioritet 8*)
- erbjuda typiska antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom samt kvarvarande psykotiska symtom efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling (*prioritet 9*)
- erbjuda typiska antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom samt kvarvarande aggressivitet (exempelvis agitation) efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling (*prioritet 10*).

Nuläge

Det förekommer en överförskrivning av läkemedel för behandling av BPSD. Trots Läkemedelsverkets rekommendationer att bakomliggande orsaker till symtom ska utredas skrivs många gånger antipsykotiska och ångstdämpande läkemedel ut.

Behov

Inför övervägande om läkemedelsbehandling ska alltid en utredning av bakomliggande orsaker göras. En översyn av den totala situationen är viktig, det kan t.ex. vara genomgång av aktuella läkemedel. Många symtom kan lindras med omvårdnadsåtgärder och därför är

Ledningsstaben, Kvalitet och säkerhet

Karin Nordvall, VLL

Anneli Johansson, Vännäs kommun

2017-10-04

kunskapen om ett personcentrerat förhållningsätt samt multiprofessionellt teamarbete av största betydelse. Det finns ett stort utbildningsbehov hos personal inom såväl-hälso och sjukvård som inom socialtjänst.