

**SOSFS
2012:xx (S)**Utkom från trycket
en 2012**Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
om ansvaret för personer med demenssjukdom och
bemanning i särskilda boenden;**

beslutade den.....2012.

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 8 kap. 1 § 2 och 5 §
socialtjänstförordningen (2001:937) och beslutar följande allmänna råd.

1 kap. Tillämpningsområde och definitioner

1 § Dessa föreskrifter ska tillämpas vid handläggning och uppföljning av
ärenden samt genomförande av insatser enligt socialtjänstlagen
(2001:453), SoL, som avser

1. bostad i en särskild boendeform för service och omvårdnad enligt
5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen för permanent boende
och korttidsboende (särskilt boende) samt
2. personlig omvårdnad och serviceuppgifter som tillhandahålls i ett
sådan boende (hemtjänstinsatser).

2 § Föreskrifterna ska tillämpas av

1. socialnämnden eller motsvarande kommunal nämnd i fråga om
sådan socialtjänst som kommunen har ansvar för och
2. annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver
socialtjänst i ett särskilt boende.

3 § I dessa föreskrifter och allmänna råd avses med

boendeenhet

del av särskilt boende som utgörs
av ett mindre antal bostäder på ett
våningsplan

omsorgspersonal

personal som genomför insatser
enligt socialtjänstlagen (2001:453)

2 kap. Ledningssystem

1 § Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att den som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det ledningssystem som ska finnas innehåller de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i det följande.

3 kap. Socialnämndens ansvar

Bemanning

1 § Socialnämnden ska säkerställa att ett särskilt boende där en person med demenssjukdom bor är bemannat på ett sådant sätt

1. att personen får de hemtjänstinsatser som har beviljats och
2. att hemtjänstinsatserna kan genomföras i enlighet med den genomförandeplan som har upprättats enligt 4 kap. 3 §.

2 § Socialnämnden ska vidare säkerställa att varje boendeenhet i ett särskilt boende där en person med demenssjukdom bor är bemannad dygnet runt så att personen omedelbart kan få sådant stöd och sådan hjälp som är till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa.

Insatser

Insatser av god kvalitet enligt 3 kap. 3 § första stycket SoL

Allmänna råd

Socialnämnden bör erbjuda en person med demenssjukdom bostad och hemtjänstinsatser i ett särskilt boende

- som är bemannat på ett sådant sätt att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom kan tillämpas och
- där den som bedriver socialtjänst regelbundet redovisar hur boendet är bemannat i förhållande till det totala behovet av hemtjänstinsatser i boendet.

Omsorgspersonalen i ett särskilt boende där en person med demenssjukdom erbjuds bostad bör

- ha sådan kompetens som rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre,

- ha kunskaper om bestämmelserna om värdegrund i 5 kap. 4 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453) och rekommendationerna om värdegrund i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2012:3) om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre,
- ha teoretiska kunskaper om demenssjukdom och dess påverkan på personens fysiska, psykiska och sociala funktioner samt ha förmågan att omsätta kunskaperna i arbetet och
- ges möjlighet till stöd och vägledning dygnet runt från en person som har befogenhet att leda och fördela löpande arbetsuppgifter och ges tillgång till handledning.

Socialnämnden bör försäkra sig om att det särskilda boendet som erbjuds är bemannat med hälso- och sjukvårdspersonal så att behoven av hälso- och sjukvårdsåtgärder som en person med demenssjukdom har kan tillgodoses i boendet.

3 § Enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska varje kommun erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut i kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag.

4 § Enligt 2 e § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Utredning enligt 11 kap. 1 § SoL

Allmänna råd

Socialnämnden bör utreda vilka behov en person med demenssjukdom har av hemtjänstinsatser i ett särskilt boende inom följande områden:

- Lärande och att tillämpa kunskap, t.ex. fatta beslut eller lösa problem.
- Allmänna uppgifter och krav, t.ex. genomföra dagliga rutiner.
- Kommunikation, t.ex. kommunicera genom att tala eller ta emot skrivna meddelanden.
- Förflyttning, t.ex. bibehålla kroppsställning eller gå.
- Personlig vård, t.ex. tvätta sig, klä sig eller äta.
- Hemliv, t.ex. skaffa varor och tjänster, bereda måltider eller utföra hushållsarbete.
- Mellanmänskliga interaktioner och relationer, t.ex. skapa och bibehålla informella sociala relationer och familjerelationer.
- Viktiga livsområden, t.ex. grundläggande ekonomiska transaktioner.

- Samhällsgemenskap, socialt och medborgligt liv, t.ex. rekreation eller fritid.
- Känsla av trygghet.

Socialstyrelsens svenska version av WHO:s publikation "Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa" kan ge ytterligare vägledning i utredningen.

Dokumentation av beslut

5 § Av dokumentationen av beslut enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) om bostad och hemtjänstinsatser i särskilt boende ska det framgå vilka hemtjänstinsatser som en person med demenssjukdom har beviljats samt insatsernas innehåll och omfattning, så att det står klart vad beslutet eller besluten innebär för personen i praktiken.

Genomförandeplan

6 § Socialnämnden ska säkerställa att den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende där en person med demenssjukdom bor upprättar en genomförandeplan för personen i enlighet med 4 kap. 3 §.

Allmänna råd

Det bör vara den nämnd som har beviljat en person med demenssjukdom bostad och hemtjänstinsatser i ett särskilt boende som säkerställer att genomförandeplanen upprättas.

Uppföljning av beslut

7 § Socialnämnden ska regelbundet följa upp det eller de beslut om hemtjänstinsatser som har fattats för en person med demenssjukdom som bor i ett särskilt boende.

Allmänna råd

Det bör vara den nämnd som har beviljat en person med demenssjukdom bostad och hemtjänstinsatser i ett särskilt boende som följer upp besluten.

Uppföljningen av beslut om hemtjänstinsatser vid permanent boende i ett särskilt boende bör göras fem till sju veckor efter det att personen med demenssjukdom har flyttat in. Den bör därefter göras vid behov, dock minst en gång var sjätte månad.

Uppföljning av beslut om hemtjänstinsatser kan föranledas av

- att behoven hos personen med demenssjukdom förändras,
- att klagomål från honom eller henne eller närstående har framförts eller

- att omständigheterna i övrigt är sådana att situationen inte är tillfredsställande.

Vid varje uppföljningstillfälle bör socialnämnden

- vid ett personligt sammanträffande i det särskilda boendet med personen med demenssjukdom hämta in hans eller hennes uppfattning om hur behovet av hemtjänstinsatser tillgodoses,
- hämta in närståendes och eventuell ställföreträdarens uppfattning om hur behovet av hemtjänstinsatser hos personen med demenssjukdom tillgodoses, om det inte finns hinder i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och i bestämmelsen om tystnadsplikt i 15 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).
- följa upp hur hemtjänstinsatserna har genomförts i förhållande till den genomförandeplan som har upprättats i enlighet med 4 kap. 3 §, om det inte finns hinder i offentlighets- eller sekretesslagen eller i bestämmelsen om tystnadsplikt i 15 kap. 1 § socialtjänstlagen.

8 § Om socialnämnden, efter uppföljning eller på annat sätt, får kännedom om att en person med demenssjukdom som bor i ett särskilt boende inte får de hemtjänstinsatser som har beviljats, ska nämnden omedelbart vidta de åtgärder som krävs för att personens behov ska tillgodoses.

Allmänna råd

Åtgärder för att behovet av insatser hos en person med demenssjukdom ska tillgodoses kan vara att

- se till att den som bedriver socialtjänst i det särskilda boendet genomför insatserna i enlighet med biståndsbeslutet och genomförandeplanen,
- utreda om personen har behov av ytterligare eller andra hemtjänstinsatser och
- erbjuda personen bostad och hemtjänstinsatser i ett annat särskilt boende.

Det bör vara den nämnd som har beviljat en person med demenssjukdom bostad och hemtjänstinsatser i ett särskilt boende som ansvarar för att åtgärder vidtas.

Kompetens enligt 3 kap. 3 § andra stycket SoL

Allmänna råd

Den handläggare som arbetar med utredning och uppföljning av ärenden enligt socialtjänstlagen (2001:453) avseende personer med

demenssjukdom bör utöver rekommendationerna i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2007:17) om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer dels ha teoretiska kunskaper om demenssjukdom och dess påverkan på personens fysiska, psykiska och sociala funktioner, dels ha förmågan att omsätta kunskaperna i arbetet.

4 kap. Ansvar vid genomförandet av insatser i särskilt boende

Bemanning

1 § Den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende där en person med demenssjukdom bor ska bemanna boendet så

1. att personen får de hemtjänstinsatser som har beviljats och
2. att insatserna kan genomföras i enlighet med den genomförandeplan som har upprättats enligt 3 §.

Allmänna råd

Bemanningen i det särskilda boendet bör vara sådan att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom kan tillämpas.

2 § Varje boendeenhet i ett särskilt boende där en person med demenssjukdom bor ska vara bemannad dygnet runt. Bemanningen ska säkerställa att en person med demenssjukdom omedelbart kan få sådant stöd och sådan hjälp som är till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa.

Allmänna råd

Vid bedömningen av hur en boendeenhet ska vara bemannad för att varje person med demenssjukdom omedelbart ska kunna få stöd och hjälp bör beaktas

- hur lokalerna är utformade,
- vilka möjligheter omsorgspersonalen har att se och höra att en person med demenssjukdom behöver stöd och hjälp och
- att var och en av omsorgspersonalen endast bör ha ansvar för att ge stöd och hjälp till högst tio personer.

Behov av stöd och hjälp omedelbart kan föranledas av att en person med demenssjukdom riskerar att

- falla,
- bli orolig,

- skada sig själv,
- skada andra eller
- skadas i samband med användning av brickbord, sänggrindar, bälten eller andra liknande anordningar.

Kompetens enligt 3 kap. 3 § andra stycket SoL

Allmänna råd

Omsorgspersonalen i ett särskilt boende där personer med demenssjukdom bor bör utöver rekommendationerna i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre dels ha teoretiska kunskaper om demenssjukdom och dess påverkan på personens fysiska, psykiska och sociala funktioner, dels ha förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet.

För att stödja och vägleda omsorgspersonalen i arbetet med att genomföra hemtjänstinsatser bör den dygnet runt ha tillgång till en person som har befogenhet att leda och fördela löpande arbetsuppgifter i syfte att tillgodose behovet av insatser hos en person med demenssjukdom.

Den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende bör kontinuerligt göra en bedömning av omsorgspersonalens behov av handledning enskilt eller i grupp. Om omsorgspersonalen behöver handledning, bör den erbjudas sådan. Handledning kan ge stöd vid hantering av svåra situationer och egna reaktioner som kan uppstå vid genomförandet av hemtjänstinsatser.

Upprättande av genomförandeplan

3 § Den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende ska för varje person med demenssjukdom som bor i boendet upprätta en genomförandeplan med utgångspunkt i det eller de beslut om hemtjänstinsatser som socialnämnden har fattat.

Allmänna råd

Genomförandeplanen bör upprättas senast tre veckor efter det att en person med demenssjukdom har flyttat in i det särskilda boendet. För en person som redan bor i boendet när det står klart att han eller hon har fått en demenssjukdom bör planen upprättas snarast.

I ett korttidsboende bör genomförandeplanen upprättas snarast efter det att en person med demenssjukdom har flyttat in.

4 § Genomförandeplanen ska, om det är möjligt, upprättas tillsammans med personen med demenssjukdom.

Allmänna råd

Den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende bör ge anhöriga och ställföreträdare möjlighet att delta i arbetet med att upprätta genomförandeplanen, om det inte finns hinder i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller i bestämmelsen om tystnadsplikt i 15 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Vid upprättandet av planen bör beaktas hur hemtjänstinsatserna kan genomföras för att personen med demenssjukdom ska få en personcentrerad omvårdnad i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demenssjukdom.

5 § Av genomförandeplanen ska det framgå hur och när hemtjänstinsatserna ska genomföras praktiskt för att behovet hos en person med demenssjukdom ska tillgodoses.

Allmänna råd

Av genomförandeplanen bör det framgå

- på vilket sätt personen med demenssjukdom har utövat inflytande över planeringen av genomförandet av insatser,
- vilka mål som gäller för varje hemtjänstinsats eller delar av en sådan insats,
- hur lång nattfastan blir utifrån personens önskemål om måltider,
- hur lång tid som genomförandet av varje hemtjänstinsats beräknas ta,
- vilka personer som har deltagit i planeringen,
- vilket datum planen fastställdes och
- när och hur planen ska följas upp.

6 § Den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende ska kontinuerligt följa upp och vid behov revidera den genomförandeplan som har upprättats för en person med demenssjukdom.

Allmänna råd

Uppföljningen bör göras vid behov, dock minst en gång var sjätte månad.

Insatser av god kvalitet enligt 3 kap. 3 § första stycket SoL

Allmänna råd

Den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende bör med varje genomförandeplan som underlag minst en gång per månad sammanställa det totala behovet av hemtjänstinsatser för samtliga personer med demenssjukdom dygnet runt och veckans alla dagar.

Med utgångspunkt i det totala behovet av hemtjänstinsatser bör behovet av omsorgspersonal analyseras och ställning tas till hur varje boendeenhet i det särskilda boendet ska bemannas för att säkerställa att behoven hos varje person med demenssjukdom ska kunna tillgodoses i enlighet med den genomförandeplan som har upprättats enligt 3 §.

Om det totala behovet av hemtjänstinsatser förändras, bör den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende omedelbart göra en bedömning av hur bemanningen behöver ändras för att varje persons behov av hemtjänstinsatser ska kunna tillgodoses dygnet runt och veckans alla dagar.

Utveckla och säkra kvaliteten enligt 3 kap. 3 § tredje stycket SoL

Allmänna råd

Den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende bör kontinuerligt redovisa hur varje boendeenhet är bemannad i förhållande till det totala behovet av hemtjänstinsatser. Redovisningen kan innehålla de uppgifter som framgår av ***bilagan***.

Redovisningen bör i enskild verksamhet hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

5 kap. Undantagsbestämmelse

1 § Socialstyrelsen kan medge undantag från bestämmelserna i dessa föreskrifter, om det finns särskilda skäl.

Denna författning träder i kraft den

Socialstyrelsen

LARS-ERIK HOLM

Birgitta Resenius

UTKAST

Avdelningen för regler och tillstånd
Birgitta Resenius
birgitta.resenius@socialstyrelsen.se

Regelrådet

Konsekvensutredning – förslag till föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden

Sammanfattning

Ett särskilt boende där en person med demenssjukdom har en bostad ska vara bemannat på ett sådant sätt att varje person med demenssjukdom får de hemtjänstinsatser som har beviljats enligt socialtjänstlagen (2001:453) SoL, och så att insatserna kan genomföras i enlighet med den genomförandeplan som upprättats för personen.

Aggregerade data om antalet särskilda boenden och dess bemanning finns i begränsad utsträckning. Omfattningen av de brister som finns när det gäller att tillgodose behov hos enskilda är också svåra att bedöma eftersom uppgifter om behov på individnivå endast finns i begränsad omfattning. Bedömningen av vilka konsekvenser och kostnader författningen får försvåras därför av att underlaget brister. Socialstyrelsen har därför analyserat möjliga kostnadseffekter av de regler vi föreslår utifrån olika räkneexempel där vi antagit vissa förhållanden som jämförs med varandra. Exempelen resulterar i att de sammantagna kostnaderna kan ligga i ett spann mellan 4 och 13 miljarder. Detta är emellertid bara exempel och kostnaderna kan vara både lägre och högre beroende på hur stora bristerna är i dag.

Socialstyrelsens utgångspunkt är att meddela föreskrifter om vad som redan gäller enligt socialtjänstlagen och besluta om allmänna råd. Utgångspunkten är att en person med demenssjukdom som bor i ett särskilt boende ska få sina behov tillgodosedda enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. De föreslagna bestämmelserna kommer därför inte att innebära något väsentligt nytt åtagande för kommunerna.

Detta betyder att om en verksamhet i dag inte lever upp till dagens krav att tillgodose den enskildes behov av insatser enligt SoL så kommer det att medföra kostnader för att åtgärda bristerna. Hur stora kostnaderna blir beror på bristernas storlek.

Bakgrund

Socialstyrelsen har 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 har bedömt att den vägledningen bör ske genom föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanningen i särskilda boenden. Skälet till Socialstyrelsens ställningstagande är att vi i vår tillsyn och i övrig uppföljning samt utvärdering sett brister i bemanningen. Dessa brister har medfört att verksamheternas kvalitet, innehåll och säkerhet för den enskilde inte har levt upp till socialtjänstlagens krav. Vår bedömning är därför att det krävs föreskrifter och allmänna råd om tillämpningen av socialtjänstlagen.

Beskrivning av problemet

Personer med demenssjukdom som bor i en särskild boendeform för service och omvårdnad enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL, särskilt boende, får inte de hemtjänstinsatser som de har behov av. Det kan t.ex. handla om personlig hygien, möjligheter till utevistelse och nödvändig tillsyn för att inte utsättas för risker.

Socialstyrelsen genomförde i november 2010 tillsyn över särskilda boendeformer för äldre i 48 kommuner. Sammanlagt besöktes ca 100 boenden. Bland annat konstaterades att ca 60 procent av de särskilda boenden som inspekterades var obemannade under kortare eller längre tid av natten. Från en pågående tillsyn av 169 särskilda boenden under 2011 som redovisas i maj i år ser vi resultat som pekar i samma riktning. Det är bemanningen och inte de äldres dygnsrytm och vanor som styr när de får duscha, äta, gå ut eller lägga sig. Tillsynens iakttagelser ligger i linje med de erfarenheter som patientorganisationer och enskilda har förmedlat till Socialstyrelsen. Bland annat ansåg mer än 8 000 personer som hösten 2011 fick svara på frågor om huruvida behoven är tillgodosedda hos personer med demenssjukdom att behoven inte tillgodosågs det när det gällde bl.a, förflyttning, mathållning och personlig hygien.

Den bristande bemanningen försvårar möjligheten för verksamheten att arbeta kunskapsbaserat. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård

och omsorg vid demenssjukdom konstateras att all vård, omvårdnad och omsorg om personer med demenssjukdom ska bygga på ett personcentrerat förhållningssätt. Detta innebär att arbetet koncentreras på en förståelse för och anpassning till den enskildes person och individuella behov. Relationen mellan omvårdnadspersonalen och den enskilde är av stor vikt och bemötandet bygger på respekt för varje persons integritet och självbestämmande. Arbetssättet förutsätter att det finns en tillräcklig bemanning så att tid kan avsättas för varje enskild person. Enligt Socialstyrelsens bedömning saknas detta i dag.

Socialstyrelsen har under hösten 2011 träffat verksamhetsföreträdare, patient- och anhörigorganisationer samt organisationer som företräder profession som har erfarenhet av omsorg om personer med demenssjukdom. Utifrån den analys som vi har gjort av det insamlade materialet har vi kunnat konstatera att en väsentlig orsak till att personer med demenssjukdom inte får de hemtjänstinsatser de har rätt till är att socialnämndens biståndsbeslut i dag ofta endast anger en viss generell insats t.ex. ”särskilt boende”. Beslutet tydliggör däremot inte vilka konkreta behov den enskilde har rätt att få tillgodosedda i boendet t.ex. hjälp med hygien och mat, utevistelse och social samvaro m.m. Som en följd av detta råder inte sällan oklarhet om vilka insatser som ska genomföras i det särskilda boendet. Genomförandeplan med uppföljningsbara mål kan ofta saknas eller vara bristfällig. Kommunerna genomför i liten utsträckning uppföljning på individnivå. När kommunen ingår avtal om innehållet i verksamheten med en privat utförare eller ger direktiv till den egna verksamheten görs det därför på bristfälligt underlag. Detta betyder att verksamhetens bemanning inte styrs av den enskildes individuella behov av insatser utan av generella anvisningar. Avtalen och de kommunala riktlinjerna har ofta liten koppling till de verkliga behoven på individnivå. För att bemanningen ska tillgodosätta behoven av hemtjänstinsatser hos personer med demenssjukdom i särskilt boende krävs därför att behoven utreds och dokumenteras så att de sammantaget kan ligga till grund för ställningstaganden om hur mycket personal i boendet som krävs vid olika tider på dygnet.

Att det finns en tillräcklig bemanning kan emellertid inte ensamt säkerställa att personer med demenssjukdom ska få 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. Det är också nödvändigt att personalen har tillgång till arbetsledning i det löpande arbetet.

Beskrivning av förslaget till föreskrifter och allmänna råd

De föreskrifter och allmänna råd som Socialstyrelsen föreslår syftar till att tydliggöra vilka krav och rekommendationer som gäller för att verksamheterna ska ha en sådan bemanning så att en person med demenssjukdom som bor i ett särskilt boende får de hemtjänstinsatser som han eller hon beviljats och så att de kan genomföras på ett sätt som innebär att personens hälsa i större utsträckning kan bevaras i stället för att ytterligare försämras.

För att den som bedriver socialtjänst ska kunna ta ställning till vilken bemanning som behövs för att tillhandahålla de insatser som en person med demenssjukdom har, behövs bl. a. utredning av vilket behov av insatser som varje person har samt att socialnämnden beviljar den enskilde dessa insatser.

Den som bedriver socialtjänst ska enligt författningsförslaget upprätta en genomförandeplan med utgångspunkt i socialnämndens beslut om hemtjänstinsatser. Vid upprättandet av planen bör det enligt författningsförslaget beaktas hur insatserna kan genomföras för att den enskilde ska få en personcentrerad omvårdnad i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demenssjukdom. Det kan t.ex. handla om att personen får stöd att klara duschen själv i stället för att bli avduschat. Sådant stöd kan ta längre tid i anspråk. Av genomförandeplanen bör det framgå hur lång tid som genomförandet av varje hemtjänstinsats beräknas ta. Den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende bör enligt författningsförslaget med varje genomförandeplan som underlag minst en gång per månad sammanställa det totala behovet av hemtjänstinsatser för samtliga personer med demenssjukdom och utifrån det analysera behovet av omsorgspersonal och ta ställning till hur varje boendeenhet ska bemannas för att behoven hos varje person med demenssjukdom ska kunna tillgodoses. Den som bedriver socialtjänst kan även behöva beräkna personaltiden för andra typer av arbetsuppgifter som måste utföras. Det kan t.ex. röra sig om tid för dokumentation, samtal med närstående till personerna med demenssjukdom, tid för beställning av varor och städning av gemensamma lokaler.Handledning, kompetensutveckling och personalmöten är andra uppgifter som tar personalens tid i anspråk och som också kan behöva beaktas när verksamheten bemannas.

Socialnämnden ska enligt författningsförslaget följa upp varje beslut om hemtjänstinsatser. Uppföljningen syftar till att säkerställa att varje enskild person med demenssjukdom får sina behov av insatser tillgodosedda.

Den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende bör kontinuerligt redovisa hur varje boendeenhet är bemannad i förhållande till det totala behovet av hemtjänstinsatser. Redovisningen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Enligt författningsförslaget har både socialnämnden och den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende ansvar för att en boendeenhet i ett särskilt boende, där en person med demenssjukdom har sin bostad, är bemannad dygnet runt så att han eller hon omedelbart kan få sådant stöd och sådan hjälp som är till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa. Vid bedömningen av hur en boendeenhet ska vara bemannad för att den enskilde ska få sådant stöd och sådan hjälp bör bl.a. lokalernas utformning beaktas. Socialstyrelsen rekommenderar att var och en av personalen har ansvar för högst tio personer.

Enligt författningsförslaget bör omsorgspersonalen ha kompetens om demenssjukdom och ha tillgång till arbetsledning och handledning.

Den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende bör kontinuerligt redovisa hur varje boendeenhet är bemannad i förhållande till det totala behovet av hemtjänstinsatser. Redovisningen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Socialstyrelsens förslag till regler om bemanning för personer med demenssjukdom syftar till att säkerställa att den enskilde får det bistånd som han eller hon har rätt till enligt 4 kap. 1 § SoL. Reglerna stödjer även att god kvalitet uppnås enligt 3 kap. 3 § SoL. Reglernas syfte är alltså att säkerställa att socialnämnden och den som bedriver socialtjänst lever upp till åtagande som redan följer av lag.

Alternativa lösningar

Socialstyrelsen bedömer att alternativa lösningar saknas.

Socialstyrelsens bemyndiganden

Socialstyrelsen förslag till föreskrifter beslutas med stöd av 8 kap. 1 § 2 och 5 § socialtjänstförordningen (2001:937).

Berörda

- Kommunernas socialnämnder
- Den som bedriver socialtjänst i särskilt boende (dvs. socialnämnden eller företag och annan juridisk person med sådan verksamhet)
- Personer med demenssjukdom och deras anhöriga
- Personer som arbetar i särskilda boenden eller handläggare hos socialnämnd,
- Socialstyrelsens tillsynsverksamhet

Metod och bakgrundsberäkningar för konsekvensutredningen

Begrepp

Bemanningsstal	Antal heltider per person med demenssjukdom i särskilt boende
Heltidsekvivalenter	Antal heltider som motsvarar det totala arbetade timmar som både heltid- och deltidspersonal arbetar
Omsorgspersonal	Vårdbiträden och undersköterskor

Informationsinsamling

Insamlingen av information till denna konsekvensutredning har gjorts genom intervjuer med sakkunniga enligt lista nedan. Därutöver har Socialstyrelsens tidigare studier och utredningar i relaterade frågor sökts igenom liksom de relevanta studier som dessa refererar till.

- Kristina Jennbert, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- Rolf Ström, SKL
- Barbro Trygg, konsult för Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Ingrid Hjalmarson, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Ulrika Winblad, Uppsala Universitet
- Jonas Hampus, biståndschef Falun kommun
- Anki Granberg, Socialstyrelsen
- Gert Alaby, samordnare äldreområdet Socialstyrelsen
- Carina Mattsson, avdelningschef Danvikshem
- Mårten Lagergren, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Lisa Dipaulo Sandberg, Kommunalarbetsförbundet

En expertgrupp bestående av Anders Wimo och Per-Olof Sandman, bäge vid Karolinska Institutet i Huddinge har sammanträtt vid ett flertal tillfällen för att tolka och diskutera resultaten samt justera antaganden.

Anders Gustavsson, partner i konsultföretaget Quantify Research samt anknuten till Alzheimercentrum vid Karolinska Institutet (KI-ADRC),

har på Socialstyrelsens uppdrag genomfört konsekvensutredningen, och har särskilt ansvarat för informationsinsamling och beräkningar.

Antal berörda personer

Antalet personer med demenssjukdom i särskilt boende är inte känt. Den senast tillgängliga uppskattningen gjordes 2005 [1]. Dessa beräkningar byggde på uppskattningar om antalet platser i sjukhem, demensboenden och övriga särskilda boenden för personer 65 år och äldre. Med hjälp av antaganden om hur stor andel av dessa platser som beboddes av en person med demenssjukdom uppskattades antalet personer med demenssjukdom i särskilt boende för personer 65 år och äldre till knappt 64 500.

Vi uppdaterade denna beräkning till år 2010 utifrån den statistik som finns tillgänglig i dag. Vi fick tillgång till hela databasen för Socialstyrelsens äldreguid 2011 [2]. Vi delade in särskilda boenden i tre kategorier: 1) demensboenden, 2) särskilt boende med hög bemanning (motsvarar ungefär sjukhem) och 3) särskilt boende med låg bemanning (motsvarar ungefär servicehus). I äldreguiden 2011 uppger kommunerna att sammanlagt 24 440 personer bodde i demensboenden den 1 oktober 2010. Uppgift saknades från fem kommuner men om vi antar att dessa har lika många platser som övriga kommuners genomsnittliga antal platser per capita så finns det totalt ca 24 740 platser i demensboenden för personer 65 år och äldre i Sverige. Totalt fanns det 89 000 personer 65 år och äldre i permanent särskilt boende den 1 april 2011 [3]. Vi antar att antalet platser i särskilt boende med hög bemanning motsvarar antalet sjukhemsplatser från 2005, dvs. 30 000 och att 75% av dessa har demenssjukdom (enligt tidigare antagande av Wimo et al. [1]) vilket ger 22 500 personer. Resterande andel antar vi bor i särskilt boende med låg bemanning och att 40% av dessa har demenssjukdom (återigen enligt tidigare antagande av Wimo et al. [1]) vilket ger 13 700 personer. Summan av de tre boendeformerna ger 60 940 personer 65 år och äldre med demenssjukdom i permanent särskilt boende.

Tabell 1 Beräknat antal personer 65 år och äldre i permanent särskilt boende, år 2005 jämfört med 2010 och uppdelat i tre olika boendeformer (avrundat till totala personer)

	Antal personer 65 år och äldre i permanent särskilt boende		Andel med demenssjukdom		Antal personer 65 år och äldre med demenssjukdom i särskilt boende	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Demensboende	23000	24740	100%	100%	23000	24740
Särskilt boende med hög bemanning (t.ex. sjukhem)	30000	30000	75%	75%	22500	22500
Särskilt boende med låg bemanning (t.ex. servicehus)	47400	34260	40%	40%	18960	13700
Totalt	100400	89000			64460	60940

Därtill fanns ca 12 100 platser i korttidsboende den 1 april 2011 [3] varav vi kan antaga att ungefär hälften har demenssjukdom. Därmed kan vi summera antalet personer i särskilt boende med demenssjukdom till 66 990.

Denna uppskattning får anses gälla även för 2012 och 2013. Detta trots att antalet personer med demenssjukdom och därmed antalet personer som är i behov särskilt boende stadigt ökar. Samtidigt har vi de senaste åren sett en minskning i antalet personer i särskilt boende generellt.

Antalet nyinflyttningar per år

Det finns ingen tillgänglig rikstäckande statistik över hur många nyinflyttningar som sker i särskilt boende, och än mindre i hur många av dessa fall det rör sig om en person med demenssjukdom. Sveriges kommuner och landsting (SKL) uppskattar omsättningen i särskilt boende till ca 30%, dvs. 30 000 nyinflyttningar per år. Mårten Lagergren vid Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum har med hjälp av data från Swedish National study on Aging and Care in Kungsholmen (SNAC-K) följt nyinflyttningar i särskilt boende i Stockholmsstadsdelen Kungsholmen. Analyserna visar att ungefär hälften av det totala antalet nyinflyttade personer i särskilt boende har svår eller mycket svår kognitiv nedsättning. Även om många av dessa inte har genomgått en demensutredning och därför inte har någon demensdiagnos kan vi antaga att den andel av de med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning som inte har en demenssjukdom är försumbar. Om vi antar att samma andel av nyinflyttade personer har demenssjukdom i hela landet

så uppskattar vi antalet nyinflyttade personer med demenssjukdom till 15 000 per år.

Många personer insjuknar i demens medan de bor i särskilt boende. Detta förklarar i viss utsträckning varför två tredjedelar av dem som bor i särskilt boende uppskattas ha demenssjukdom, men bara hälften av dem som flyttar in.

Nuvarande bemanning i särskilda boenden

Socialstyrelsen samlade inom ramen för äldreguiden 2011 in uppgifter från 2 672 särskilda boenden i Sverige [2]. Bland annat uppgav varje boendeverksamhet vilken bemanning enheten hade under oktober 2010, samt hur många personer som bodde i boendet under samma tid. Det sammanlagda antalet arbetstimmar i kategorin vårdbiträde eller undersköterska för samtliga boenden under oktober summerade till 12,3 miljoner timmar (dvs. inklusive både månadsanställd och timanställd personal). Generellt arbetar vårdbiträden och undersköterskor i genomsnitt 37 timmar per vecka om de är dagpersonal, och 36,33 timmar om de arbetar natt. Detta blir 1 924 timmar per år för en dagpersonal om vi räknar med 52 veckor. Semester antas ersättas med vikarier vars kostnad räknas in i lönekostnaden per heltid. Äldreguiden separerar inte på dag- och nattpersonal vilket innebär att de totalt 12,3 miljoner arbetade timmarna utgör en blandning. Om vi förenklat antar att heltid omfattar 160 arbetstimmar per månad (dvs. 1 920 timmar per år) motsvarar detta 76 685 heltidsekvivalenter. I dessa boenden bodde sammanlagt 96 105 personer vilket innebär ett bemanningstal på 0,80 i genomsnitt.

Av samtliga 2 672 särskilda boenden uppgav 480 att de var servicehus, en typ av boende som normalt har lägre bemanning än andra vård- och omsorgsboenden. Det genomsnittliga antalet heltidsekvivalenter i kategorin vårdbiträde och undersköterska för dessa var 0,62 jämfört med 0,84 i övriga boenden. Äldreguiden innehåller inga uppgifter som särskiljer omsorg för personer med demenssjukdom. I stället identifierade vi samtliga särskilda boenden med orden ”gruppboende” eller ”demens” i namnet. Dessa utgjorde 188 boenden och där bodde totalt 4 403 personer. Dessa boenden hade ett något högre bemanningstal än övriga boenden (0,87). Vi identifierade också alla enheter som inte var servicehus och där det bodde färre än 11 personer. Dessa utgjorde 42 boenden med totalt 1681 personer och hade ett markant högre bemanningstal (0,99).

Lönekostnader

Vi utgick ifrån Äldrecentrums beräkningar för att uppskatta lönekostnader i olika yrkeskategorier. I deras beräkningar motsvarade kostnaderna för obekvämt arbetstid och semestervikarier 23% av grundlönen. Semesterersättning och särskilda avtalstillägg motsvarade 1,7 respektive 2%. När alla dessa kostnader lagts till grundlönen beräknades pensionsförmåner till 43,1% av summan. SKL bistod med statistik över mediangrundlöner per november 2011 i varje yrkeskategori. Ingen av medianlönerna avser speciellt särskilt boende utan är medianlöner i respektive yrkeskategori i hela äldreomsorgen.

För biståndshandläggare har ingen kostnad för vikariat räknats med i lönekostnaden. Kostnaden för dessa tjänster avser därför heltidstjänster enligt årsarbetstid efter avdragen semester och helgdagar. Om vi antar att en heltid omfattar 40 timmar per vecka under 50 veckor i snitt och drar av 6 veckor á 40 timmar per år i semester, blir årsarbetstiden 1760 timmar per år för biståndshandläggare.

Tabell 2 Lönekostnader enligt statistik från SKL och tillägg enligt Lämplig bemanning (kronor)

	Grundlön per månad (nov 2011)	Särskilda lönearter* (23%)	Semesterersättning (1,7%)	Avtals-tillägg (2%)	Bruttolön per månad	Pensionsförmåner (43,1%)	Kostnad per månad	Kostnad per år
Biståndshandläggare	26 810		456	536	27 802	11 983	39 785	477 415
Vårdbiträde	20 860	4 798	355	417	26 430	11 391	37 821	453 849
Undersköterska	21 930	5 044	373	439	27 785	11 975	39 761	477 129

*OB-tillägg och vikariekostnader, ej tillämpligt för biståndshandläggare

Kostnadsmässiga och andra effekter av förslagen

Utredning av behov och beslut om hemtjänstinsatser (3 kap.)

Enligt Socialstyrelsens rapport får endast 17% av dem som bor permanent i särskilt boende ett särskilt beslut om hemtjänstinsatser [4]. Många kommuner fattar alltså enbart beslut om inflyttning i särskilt boende, utan att utreda vilka behov av hemtjänstinsatser den enskilda har och fatta beslut om dessa. Utredning och beslut om hemtjänstinsatser är nödvändiga för upprättandet av genomförandeplan och för att varje enskilds behov ska kunna tillgodoses. I många av dessa kommuner behövs fler biståndshandläggare för att kunna utreda och fatta beslut om hemtjänstinsatser för personer med demenssjukdom som har ansökt om särskilt boende. Därtill behövs i många av dessa kommuner en temporär ökning i resurser för att kunna utreda och fatta beslut om hemtjänstinsatser för de personer med demenssjukdom som redan bor i särskilt boende men som saknar ett sådant beslut. Detta medför ökade kostnader för berörda kommuner. Nuvarande kunskap om vilka resurser som behövs för behovsutredning och beslut är inte tillräcklig för att kunna beräkna hur stora dessa kostnadsökningar blir. I stället beskrivs nedan olika räkneexempel för att belysa möjliga utfall.

Det finns ingen tillgänglig statistik över hur lång tid utredning och beslut om särskilt boende tar en biståndshandläggare i dag. Intervjuer med enskilda socialchefer och SKL visar på en stor spridning i uppskattningen över tidsåtgång: allt mellan 2-3 timmar och upp till 2 arbetsdagar per person. Vidare är det osäkert i vilken utsträckning det tar biståndshandläggaren längre tid att utreda vilka hemtjänstinsatser en person som flyttar till särskilt boende ska få. Det är i huvudsak samma utredning som ska genomföras för att fatta beslut om särskilt boende respektive beslut om hemtjänstinsatser. I vissa fall är det därför rimligt att antaga att utredning och beslut om hemtjänstinsatser inte tar ytterligare tid från biståndshandläggaren, men den genomsnittliga tiden för utredning och beslut om hemtjänstinsatser för samtliga enskilda med demenssjukdom förväntas öka.

I ett första räkneexempel undersöker vi vilka ytterligare resurser som kan behövas för utredning och beslut om hemtjänstinsatser för dem som flyttar till särskilt boende. Vi antar att varje utredning tar ytterligare 2 timmar för kommuner där beslut om hemtjänstinsatser inte fattas i dag. Om detta berör 83% [4] av totalt 15 000 nyinflyttningar varje år (se särskilt metodavsnitt), så behövs ytterligare 24 900 handläggnings-timmar i landet. Detta motsvarar 19 heltider om varje handläggare arbe-

tar 1760 timmar per år (se särskilt metodavsnitt) och de lägger 75% av sin tid på handläggning. Detta motsvarar en kostnadsökning om 9 miljoner kronor per år om vi utgår från en årslönekostnad på 477 415 kronor per handläggare (se särskilt metodavsnitt). Dessa beräkningar är förstånds beroende av de antaganden vi har gjort. Om vi till exempel antar att varje utredning tar ytterligare 4 i stället för 2 timmar så fördubblas behovet av nya handläggare och dess kostnader, dvs. 38 heltider eller 18 miljoner kronor per år. Detta räkneexempel inkluderar inte utredning och beslut om hemtjänstinsatser för de personer som insjuknar i demenssjukdom medan de redan bor i särskilt boende.

På motsvarande sätt kan vi i ett räkneexempel undersöka vilka resurser som kan behövas för att kommunerna ska kunna utreda om behov och besluta om hemtjänstinsatser för personer med demenssjukdom som redan bor i särskilt boende har men som i dag saknar ett sådant beslut. I dessa fall behöver en ny utredning göras där biståndshandläggaren besöker personen i det särskilda boendet. Vi antar att varje sådan utredning tar 4 timmar i genomsnitt och återigen att beslut om hemtjänstinsatser saknas för 83% (dvs. 55 602) av samtliga personer med demenssjukdom som bor i särskilt boende. Detta motsvarar 222 407 handläggningstimmar, 168 heltider eller 80 miljoner kronor i kostnader (enligt samma antaganden om arbetstid och lön som ovan). Därtill kan transportkostnader tillkomma för biståndshandläggarnas besök vid särskilda boenden vilka beräknas till 6 miljoner kronor om varje besök medför två resor till en kostnad om 50 kronor vardera. Även dessa beräkningar är beroende av de antaganden vi har gjort. Om vi antar att varje utredning tar 2 timmar i stället för 4 samt att bara 50% av personerna med demenssjukdom i särskilt boende saknar utredning och beslut om hemtjänstinsatser, så behövs 51 heltider till en kostnad av 24 miljoner kronor (plus 3 miljoner i transportkostnader).

Resurserna som behövs för att tillse att samtliga personer med demenssjukdom, som redan bor i särskilt boende, har ett beslut om hemtjänstinsatser är temporära. I räkneexemplet ovan kom vi fram till att 168 heltider skulle klara denna uppgift under ett år. Om det behöver genomföras snabbare så behövs mer personal, men i stället under kortare tid. Om årskostnaden för denna personal är densamma oavsett under hur lång tid de arbetar så är lönekostnaderna också oberoende av hur snabbt samtliga beslut behöver vara på plats.

Uppföljning på individnivå (3 kap.)

Det saknas tillförlitlig statistik över i vilken utsträckning uppföljning av beslut om hemtjänstinsatser på individnivå sker i dag. Intervjuer med enskilda sakkunniga indikerar att uppföljning på individnivå är mycket ovanligt och att det i de flesta kommuner varken sker direkt efter inflyttning eller löpande för samtliga personer i särskilt boende. I de kommuner där uppföljning inte sker i dag kan nya resurser behövas, vilket medför ökade kostnader. I brist på tillräcklig kunskap om vilka resurser som behövs för uppföljning belyser vi möjliga utfall nedan genom olika räkneexempel.

I följande räkneexempel undersöker vi vilka ytterligare resurser som kan behövas för att klara uppföljningen inom 5-7 veckor efter varje nyinflyttning. Vi antar att ett uppföljningsbesök tar 4 timmar i genomsnitt för en handläggare. Vid besöket träffar handläggaren den enskilde med eller utan anhöriga samt har ett möte med personal vid boendet. Om vi antar att inte någon av de nyinflyttade får något uppföljningsbesök 5-7 veckor efter nyinflyttning i dag, behövs resurser för att klara ytterligare 15 000 besök. Detta motsvarar 60 000 handläggningstimmar, 45 heltider eller 22 miljoner kronor per år (enligt samma antaganden om arbetstid och lön som ovan). Om vi i stället antar att hälften av de nyinflyttade får ett uppföljningsbesök i dag behövs 23 heltider till en kostnad av 11 miljoner kronor per år.

Vidare undersöker vi vilka resurser som kan behövas för att klara den kontinuerliga uppföljningen av samtliga personer med demenssjukdom i särskilt boende, två gånger per år. Även vid dessa besök träffar handläggaren den enskilde med eller utan anhöriga samt har ett möte med personal vid boendet. Vi antar att handläggaren vid sådana besök följer upp flera personer i boendet vid samma tillfälle och att dessa besök tar 2 timmar per person i genomsnitt. Om vi antar att inte några av dessa uppföljningsbesök genomförs i dag, behövs resurser för att klara 133 980 besök. Detta motsvarar 267 960 handläggningstimmar, 203 heltider eller 97 miljoner kronor per år. Om vi i stället antar att varje besök tar i genomsnitt 3 timmar per person i genomsnitt, behövs 305 heltider till en kostnad av 145 miljoner kronor per år.

Även uppföljningsbesöken kan ge upphov till ökade transportkostnader. Dessa uppgår till 15 miljoner kronor per år om varje besök behöver två resor till en kostnad av 50 kronor vardera. Dessa kostnader halveras ifall handläggaren kan göra två uppföljningsbesök vid samma tillfälle i genomsnitt.

Ett möte med personalen utgör en naturlig del av uppföljningsbesöket. Enligt intervju med enskilda utövare tar ett sådant möte normalt mellan 15-30 minuter och involverar ofta en undersköterska som är kontaktperson för den enskilde vid boendet. Fler uppföljningsbesök kan därför medföra ökade kostnader för personal i boendet.

Kompetens biståndshandläggare (3 kap.)

Ökad kunskap om demenssjukdom och dess påverkan på kroppens fysiska och psykiska funktioner förväntas förbättra biståndshandläggarnas möjligheter att genomföra behovsutredning, fatta beslut och följa upp dessa beslut. I förlängningen förväntas detta leda till en bättre omvårdnad för varje enskild med demenssjukdom. Kommuner där erforderlig kompetens saknas kan behöva investera i vidareutbildning av sin personal.

Verksamhetens ansvar för bemanning dagtid (4 kap.)

Bemanningen av omsorgspersonal dagtid (dvs. vårdbiträden och undersköterskor) behöver öka vid de särskilda boenden där den i dag är för låg för att kunna tillgodose varje enskilds behov enligt de beviljade insatser som socialnämnden har beslutat om. Detta kommer också att innebära ökade kostnader för dessa verksamheter. Befintlig kunskap om vilken bemanning som finns i dag liksom vilken bemanning som behövs för att tillgodose de enskildas behov är inte tillräcklig för att kunna beräkna hur stor ökning i bemanningen som behövs. I stället beskrivs nedan olika räkneexempel för att belysa möjliga utfall.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har uppskattat behovet av personal vid särskilda boenden för personer med demenssjukdom [5]. Det genomsnittliga behovet av personal arbetades fram av en konsensusgrupp med expertis och erfarenhet av äldreomsorg. Konsensusgruppens utgångspunkt var vilken bemanning som behövs för en god vård och omsorg med hjälp av enkätsvar kring lämplig bemanning från 47 gruppboenden i Göteborg och Stockholm, samt ramavtal mellan Stockholm Stad och kommunens särskilda boenden. På Socialstyrelsens förfrågan, gjorde en representant för konsensusgruppen en särskild analys där vårdbiträdens och undersköterskors arbete delades upp i 1) insatser för de enskildas omsorg, och 2) övriga insatser. Insatser för de enskildas omsorg inbegriper personlig vård, förflyttning, individuella och gemensamma aktiviteter, delegerad hälso- och sjukvård, social dokumentation samt personalrelaterade aktiviteter. Övriga insatser inbegriper köksarbete, städning av gemensamma utrymmen, gemensam tvätt och beställning och hantering av varor. Vid många verksamheter genomförs många av dessa övriga insatser helt eller delvis av särskild personal, ofta utlagt på entreprenad. Enligt representantens beräkningar

med utgångspunkt i Äldrecentrums studie behövs 0,84 heltidsanställda vårdbiträden/undersköterskor under dagtid (kl 07-21) per person för att klara insatser för de enskildas omsorg, och 0,07 heltider per person för övriga insatser. Därtill behövs enligt representantens beräkningar nattpersonal om 0,22 heltider per person. Detta är framräknat med utgångspunkt i Äldrecentrums studie och under antagande att en nattpersonal kan ha samtidig tillsyn över 9 personer.

I följande räkneexempel undersöker vi vilken bemanning dagtid som kan behövas för att tillgodose de enskildas behov enligt de beviljade insatser som socialnämnden har beslutat om. De insatser som ingår i de olika bemanningstalen ovan skiljer sig från de insatser som bemanningskravet i författningens tredje och fjärde kapitel anger. Bemanningstalet om 0,84 heltider per person inkluderar förutom insatser för de enskildas personliga omvårdnad också tid som personalen behöver lägga på dokumentation och möten. Dessa är också aktiviteter som måste komma till stånd för en fungerande verksamhet. Vi antar därför i detta räkneexempel att bemanningen av vårdbiträden och undersköterskor i genomsnitt behöver motsvara 0,91 ($0,84 + 0,07$) heltider under dagtid per person för att klara verksamheten i det särskilda boendet. Vidare antar vi att den genomsnittliga totala bemanningen i dag motsvarar äldreguidens statistik för särskilda boenden som kunde identifieras som demens- eller gruppboenden, dvs. 0,87 heltider per person (se särskilt metodavsnitt). Detta är den totala bemanningen inklusive nattpersonal. Om vi antar att nattbemanningen i dag är 0,16 heltider (se avsnitt om nattbemanning), beräknar vi bemanningen av vårdbiträden och undersköterskor under dagtid till 0,71 heltider per person i dagsläget. Detta bemanningstal kan jämföras med antagandet om ett behov av 0,91 heltider per person. Skillnaden motsvarar 0,2 heltider per person, eller ett behov av ytterligare 13 398 heltider för att klara bemanningen för samtliga boenden i landet. Om vi antar att varje heltid kostar 465 489 per år (vilket är genomsnittet av lönekostnaderna för ett vårdbiträde och en undersköterska, se särskilt metodavsnitt), uppgår totalkostnaden för denna ökning i bemanning till 6,2 miljarder kronor per år.

De främsta osäkerhetsfaktorerna i räkneexemplet ovan är antagandena om vilken bemanning som behövs för att tillgodose de enskildas behov samt vilken bemanning som finns i dag. Särskilda boenden där det bor personer med demenssjukdom har generellt högre bemanning än övriga boenden, och demens- och gruppboenden har högst bemanning. Vi kan inte utifrån äldreguidens statistik göra en mer precis uppskattning av den genomsnittliga bemanningen i särskilda boenden där personer med demenssjukdom bor. I stället är det rimligt att anta att den ligger någon-

stans mellan den genomsnittliga bemanningen för samtliga särskilda boenden (0,8) och den genomsnittliga bemanningen i de boenden som hade färre än 11 boende (0,99). Om vi gör om räkneexemplet ovan med dessa bemanningstal som en undre respektive övre gräns kan vi få en bild av osäkerheten i våra beräkningar. Om totalbemanningen är 0,8 heltider per person blir bemanningen dagtid 0,64 heltider per person. Skillnaden mot ett behov om 0,91 heltider per person motsvarar då 18 087 heltider i landet till en kostnad av 8,4 miljarder kronor per år. Om totalbemanningen i stället är 0,99 heltider per person blir bemanningen dagtid 0,83 heltider per person. Skillnaden mot ett behov om 0,91 heltider per person motsvarar då 5359 heltider i landet till en kostnad av 2,5 miljarder kronor per år. På motsvarande sätt kan det verkliga behovet av personal ha stora effekter på vilka resurser som behövs samt dess kostnader. Om behovet av personal visar sig vara större än Äldrecentrums uppskattning så kommer kostnaderna att vara högre än i räkneexemplet. Om i stället behovet av personal visar sig vara lägre än Äldrecentrums uppskattning så kommer kostnaderna att vara lägre än i räkneexemplet. Vilken bemanning som behövs för att tillgodose den enskildes behov av hemtjänstinsatser kan också påverkas av andra variabler som lokalernas utformning, personalens kompetens och tillgången till arbetsledning i verksamheten.

Ansvar för bemanning nattetid (4 kap.)

Socialstyrelsen rapporterar i sin tillsyn över nattbemanningen i särskilda boenden där personer med demenssjukdom bor att ”bemanningen inte var tillräcklig för att tillgodose de boendens trygghet och säkerhet nattetid i 58% av de inspekterade boendena.” [6]. Dessa brister innebär att en ökad bemanning behövs under nattetid i berörda boenden vilket leder till ökade lönekostnader. Det saknas tillräcklig kunskap om hur hög bemanningen måste vara för att varje enskild omedelbart ska kunna få stöd och hjälp till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa, liksom hur hög bemanningen är i särskilda boenden under nattetid i dag. Vi kan därför inte beräkna hur stor ökning i bemanningen som behövs. I stället beskrivs nedan olika räkneexempel för att belysa möjliga utfall.

I följande räkneexempel undersöker vi vilken bemanning som kan behövas nattetid för att varje enskild omedelbart ska kunna få stöd och hjälp till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa. Vi antar i likhet med Äldrecentrums bedömning att 0,22 heltider per person i genomsnitt är tillräckligt. Vidare antar vi med utgångspunkt från Socialstyrelsens tillsynsrapport att 42% av samtliga personer med demenssjukdom i särskilt boende har tillräcklig bemanning nattetid. Resterande 58% har viss bemanning men inte tillräcklig. I detta räkneexempel antar vi att de har hälften av den bemanning som bedöms som tillräcklig. Räkna vi

samman dessa antaganden motsvarar den genomsnittliga bemanningen i dag 71% ($0,42+0,58*0,5$) av den bemanning som bedöms tillräcklig. Detta ger en genomsnittlig bemanning om ungefär 0,16 nattetid. Detta bemanningstal kan jämföras med antagandet om ett behov av 0,22 heltider per person. Skillnaden motsvarar 0,06 heltider per person, eller ett behov av ytterligare 4 019 heltider för att klara bemanningen nattetid för samtliga boenden i landet. Om vi antar att varje heltid kostar 465 489 per år, uppgår totalkostnaden för denna ökning i bemanning till 1,9 miljarder kronor per år.

En av de två främsta osäkerhetsfaktorerna i räkneexemplet ovan är vilken bemanning som behövs för att varje enskild omedelbart ska kunna få stöd och hjälp till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa. Äldrecentrums bedömning vilar på ett antagande om att en ensam nattpersonal kan ha tillräcklig tillsyn över 9 personer. Vissa boenden har en planlösning som gör detta omöjligt och i andra boenden bor personer med demenssjukdom blandat med personer med andra funktionsnedsättningar. I sådana boenden kommer bemanningen per person med demenssjukdom att behöva vara högre än en personal per 9 personer med demenssjukdom. Förslaget till allmänna råd är ”att var och en av personalen endast bör ha ansvar för att ge stöd och hjälp till högst tio personer”, men ibland kommer alltså en högre bemanning att behövas. Om vi gör om räkneexemplet och antar att behovet av personal är 50 % högre, dvs. 0,33 heltider per person så behövs 11 388 fler än i dag till en kostnad av 5,3 miljarder kronor per år.

Den andra av de två främsta osäkerhetsfaktorerna i vårt räkneexempel är antagandet om vilken bemanning som finns i dag. Socialstyrelsens tillsynsrapport utgör den bästa nationella sammanställningen som finns tillgänglig kring hur nattbemanningen fungerar i särskilda boenden i dag. Socialstyrelsens rapport beskriver hur stor andel av demensboenden som saknade tillräcklig nattbemanning, men det saknas uppgift om hur hög bemanningen var. Om vi gör om räkneexemplet ovan och i stället antar att nattbemanningen är tillräcklig för 42% av personer med demenssjukdom i särskilt boende men i det närmaste obefintlig för övriga behövs 8 548 ytterligare heltider jämfört med i dag vilket motsvarar 4 miljarder kronor per år. Om vi i stället antar att bemanningen i dag är tillräcklig för 80% av de boende så behövs ytterligare 2948 heltider jämfört med i dag, motsvarande 1,4 miljarder kronor per år.

Lämplig utbildning och erfarenhet i boendet (4 kap.)

Ökad kunskap om demenssjukdom, ständig tillgång till kompetent arbetsledning samt tillgång till handledning vid behov är alla insatser som förväntas förbättra omsorgspersonalens möjligheter att bedriva en god

omvårdnad om varje person med demenssjukdom i särskilt boende. Särskilda boenden där erforderlig kompetens saknas kan behöva investera i vidareutbildning. Arbetsledare och tillgång till handledning kan också behöva investeringar där erforderliga resurser saknas.

Tillgänglig vidareutbildning för omsorgspersonal finns i olika former med varierande innehåll och omfattning. Svenskt Demenscentrum erbjuder till exempel Demens ABC, en nätbaserad grundkurs i demensvård baserat på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Demens ABC är tillgänglig för alla och är avgiftsfri. Den innehåller 10 kapitel och varje kapitel tar 20-30 minuter att genomföra. Mer omfattande utbildningar inom demensvård och geriatrik/gerontologi finns i högskolornas regi. En utbildning som ger 7,5 högskolepoäng motsvarar 5 veckor heltid men kan ges under 10-12 veckor på distans plus en uppstartsträff och ett tentamenstillfälle. En kurs kan ha ca 50 deltagare till en kostnad av 5000 kr per person.

Den statistik som finns tillgänglig över i vilken utsträckning personalen i särskilt boende erbjuds handledning är ca 10 år gammal [7]. Då svarade 10% av kommunerna att all personal i demensvården erbjöds kontinuerlig handledning och 28% att handledning erbjöds delar av personalen. Handledning kan organiseras på olika sätt. Intervjuer med enskilda verksamheter visar exempel på allt mellan handledning i smågrupper om 8-10 personer varannan vecka under ett år, till kontinuerliga möten med större delar av personalen där de gemensamt reflekterar över verksamheten.

Ansvar för genomförande av insatser (4 kap.)

Enligt äldreguidens statistik är 91% av de boende (eller anhörig/god man i deras ställe) delaktiga i upprättandet av en genomförandeplan i permanenta särskilda boenden 2010 [2]. En lägre andel, 69% fick sina genomförandeplaner uppföljda under en sex-månadersperiod. Upprättandet av genomförandeplan och uppföljningen av densamma förväntas förbättra omsorgspersonalens möjligheter att bedriva en god omvårdnad om varje person med demenssjukdom i särskilt boende. Därtill kan den hjälpa personalen till att mer effektivt genomföra sitt arbete.

Det tar tid att upprätta en tydlig genomförandeplan där det framgår hur de insatser den enskilde har beviljats skall genomföras samt hur lång tid personalen planerar att avsätta för att genomföra varje insats. De verksamheter där det finns brister i hur genomförandeplanen upprättas eller följs upp i dag behöver avsätta mer resurser för detta.

Övriga konsekvenser

Bemanningen av hälso- och sjukvårdspersonal kan komma att behöva öka i de särskilda boenden där socialnämnden vid uppföljning upptäcker brister. Dessa har inte utretts vidare i denna konsekvensutredning eftersom de inte omfattas av författningens tillämpningsområde.

Socialnämndens ansvar att vidta åtgärder om de får kännedom om att en person inte får beviljade hemtjänstinsatser, samt ansvar att säkerställa att genomförandeplan upprättas, kan i förekommande fall kräva ytterligare resurser utöver de som behövs för löpande uppföljning. Omfattningen av dessa går inte att beräkna i denna konsekvensutredning.

Den redovisning av bemanningen som den som bedriver socialtjänst bör göra kan i vissa verksamheter behöva mer resurser för administration.

Generella konsekvenser

Utöver de direkta konsekvenserna för kommuner och boendeverksamheter som diskuterats ovan kan vi förvänta oss mer generella konsekvenser som alla kan ha effekter också på kostnader för samhället.

Bättre omsorg om de enskilda med demenssjukdom i särskilt boende förväntas att påverka deras hälsa vilket i sin tur gör att de i många fall lever längre. Detta innebär att de kan behöva sin plats i det särskilda boendet under längre tid. Positiva hälsoeffekter kan minska behovet av sjukvårdsinsatser. Utöver de direkta kostnadseffekter som beräknats i olika exempel ovan kan det därför finnas långsiktiga effekter som det saknas underlag att beräkna.

Bättre organisation och uppföljning vid boendeverksamheterna förväntas leda till en bättre arbetsmiljö. Detta kan leda till lägre personalomsättning ifall personalen i större utsträckning är nöjda med sitt arbete. En bättre arbetsmiljö kan också leda till färre sjukskrivningar ifall personalen kan undvika arbetsrelaterade skador och stress. Vid särskilda boendeverksamheter som däremot inte lever upp till kraven och t.ex. har för låg bemanning kan arbetsmiljön bli sämre ifall personalen upplever att kraven har ökat utan att mer resurser har tillkommit.

Ett ökat behov av personal både vid kommunen och vid särskilda boenden har effekter på sysselsättningen, liksom regionala effekter i och med att det skapar arbetstillfällen runt om i landet.

Osäkerhet i uppskattningen

Det finns många osäkra faktorer i uppskattningarna ovan. Vi kommenterar de viktigaste i följande avsnitt.

Antalet berörda personer

Våra beräkningar är baserade på äldreguidens och Socialstyrelsens statistik över hur många personer som bor i Sveriges demensboenden respektive samtliga särskilda boenden. Dessa uppgifter får anses vara tillförlitliga, men vi vet inte hur många av dessa som har demenssjukdom. Vi har uppskattat antalet personer med demenssjukdom i dessa särskilda boenden utifrån antaganden om hur stor andel i olika typer av boenden som har demenssjukdom. Denna metod är beprövad sedan tidigare [1] men kan ändå innebära en över- eller underskattning av antalet personer med demenssjukdom i särskilt boende.

Bemanning utifrån den enskildes behov

Bemanningen i särskilda boenden ska utgå ifrån varje persons behov. Dessa är okända fram till dess att socialnämnden vid varje kommun har utrett och beslutat om hemtjänstinsatser. Eftersom sådan utredning inte görs i de flesta kommuner saknar vi i dag kunskap om enskildas behov och därmed vilken bemanning som behövs. I stället har vi gjort antaganden om vilken bemanning som behövs för att tillgodose den enskildas behov utifrån Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrums bedömningar. Dessa är framtagna efter bästa förmåga och erfarenhet kring vilken bemanning som behövs för god omsorg i en genomsnittlig grupp av personer med demenssjukdom i särskilt boende. Trots detta kan det genomsnittliga behovet av personal visa sig vara både lägre och högre.

Bemanningen i dag

Äldreguiden samlar in egenrapporterad information från Sveriges särskilda boenden. Alla svarar inte vilket kan påverka resultaten ifall de som inte svarar skiljer sig väsentligt från övriga. Vidare finns risk för att den egenrapporterade informationen skiljer sig från verkligheten i vissa fall. Detta kan bero på att det kan vara svårt att uppskatta hur många timmar som personalen har arbetat på respektive boende. Ibland delar flera boendeenheter på en och samma personalresurs vilket skapar en risk för dubbelräkning. En hög andel timanställd personal samt sjukfrånvaro bidrar också till osäkerhet i uppskattningarna av faktiskt arbetade timmar. Det kan också förekomma att boenden överrapporterar antalet arbetade timmar för att dölja brister i bemanningen. Dubbelräk-

ning och överrapportering talar snarare för att äldreguidens statistik överskattar den faktiska bemanningen i vissa särskilda boenden. Detta skulle i förekommande fall innebära att kostnaderna i våra räkneexempel är lägre än vad de blir i verkligheten.

Lönekostnader

Precis som i Äldrecentrums studie har vi antagit samma kostnad för dag- som nattpersonal. Timlönen för nattpersonalen är högre eftersom de har högre OB-tillägg, men detta vägs upp av att de arbetar färre antal timmar per vecka. Därför bedöms vårt antagande vara rimligt. Vidare har vi inte tagit hänsyn till att månadsanställda och timanställda kan ha olika kostnader. Vi vet inte om kostnaden för timavlönad personal är högre eller lägre än för månadsavlönad personal. Timavlönad personal förväntas ha lägre lön per timme och vara mer flexibel vilket minskar risken för tillfällig överkapacitet. Å andra sidan förväntas deltidsanställd personal att behöva närmare arbetsledning och vara mindre effektiv än månadsanställd personal eftersom de senare förväntas känna de boende bättre. Enligt äldreguidens statistik utgjordes 1-6% av bemanningen (i tid räknat) av timavlönad personal, vilket är tillräckligt lite för att eventuella skillnader i kostnader per timme ändå får begränsad effekt på den totala personalkostnaden.

Variation mellan olika särskilda boenden

Variation i nuvarande bemanning

Många särskilda boenden har redan i dag en god bemanning och i dessa boenden finns inget behov av ytterligare personal. I andra änden finns också boenden som har lägre bemanning i dag än äldreguidens genomsnitt och dessa boenden kan behöva tillsätta mer personal än genomsnittet, beroende på de enskildas behov.

Variation i bemanning pga storlek

Våra räkneexempel tar inte hänsyn till att behovet av personal per person i boendet också kan bero på hur många som bor där. Ibland behöver ett litet boende mer personal per person än ett stort boende, till exempel om behovet av personal för en gemensam aktivitet inte beror på hur många personer som deltar. Det kan också vara tvärtom, till exempel har tidigare studier visat att aggressivitet och våld är vanligare i större boenden vilket kräver mer personal för att kunna hanteras [8].

Variation i bemanning på grund av varierande behov och över tid

Personalbehovet kan också variera mellan boenden med samma storlek. Bemanningen ska styras av de enskildas behov och därför kommer också behovet av personal att variera mellan boendeverksamheter. I vissa boenden behövs lägre bemanning medan det i andra boenden behövs högre bemanning. Därtill varierar behoven över tid eftersom de enskildas dagsform i hög utsträckning avgör deras behov av hjälp och hur lång tid denna tar. Detta innebär att boendeverksamheterna behöver en flexibilitet i bemanningen som klarar av dagar och perioder då behoven är särskilt höga. På samma sätt kan viss överkapacitet uppstå under dagar eller perioder då de enskilda har lägre behov än normalt. Större boendeverksamheter har troligen bättre förutsättningar att klara av variationer i behovet av bemanning över tid eftersom de har större möjligheter att fördela personal över flera enheter med varierande behov.

Variation i kostnader

Även om behovet av personal är detsamma kan kostnaderna variera mellan olika boendeverksamheter, till exempel beroende på tillgång på personal och deras löneanspråk. Tillgången på kompetent personal varierar över landet liksom lönekrav och lönenivåer, vilket medför en geografisk variation i kostnaden för samma bemanning. Vidare kan boendeverksamhetens storlek och sammansättning av personer som bor där påverka i vilken utsträckning bemanningscheman kan läggas optimalt. Små boendeverksamheter kan till exempel i högre utsträckning tvingas anställa deltidspersonal vilket kan leda till högre kostnader per arbetstid.

Framtidsutsikter

Den temporära ökningen i bemanning av biståndshandläggare under 2013 innebär en engångskostnad för detta år. Därutöver så kommer motsvarande kostnader för övriga resurser att återkomma varje år. Externa faktorer kommer att påverka utvecklingen av dessa kostnader över tid. Sådana faktorer sammanfattas nedan.

Demografiska förändringar

Antalet personer med demens väntas öka kraftigt över de närmaste generationerna på grund av en stadigt åldrande befolkning. Detta innebär att fler platser på särskilt boende kommer att behövas så länge inte de sjuka bor kvar längre i ordinärt boende än i dag. Detta kommer att leda till ytterligare ökade kostnader för särskilda boenden. I dag finns det uppskattningsvis drygt 150 000 personer med demenssjukdom i Sveri-

ge. Den siffran väntas öka till ca 170 000 år 2020 och 215 000 år 2030, dvs. det sker en kraftig ökning efter 2020 [1, 9].

Folkhälsoeffekter

Inom den gerontologiska forskningen har man länge diskuterat kring tre trender: kompression, uppskjutande eller förlängd sjuklighet över tid, givet samma ålder. Nu används dessa tre trendbegrepp inte enbart kopplade till sjuklighet utan även till funktionsförmåga, dvs. även om sjukligheten inte minskar så kan funktionsförmågan förbättras hos den äldre befolkningen över tid (man lever längre med sjukdom men behandling gör att sjukdomarnas negativa konsekvenser motverkas). För att analysera detta mer komplexa mönster behövs befolkningsstudier. Resultat från sådana svenska befolkningsstudier (t.ex. H70 i Göteborg och Kungsholmsprojektet i Stockholm) tyder på att funktionsförmågan hos de äldre har förbättrats under de senaste decennierna. En 75 åring i dag har bättre funktionsförmåga än för 30 år sedan. Huruvida dessa trender kommer att stå sig är svårbedömt. Å ena sidan har dagens och morgondagens äldre vuxit upp under förhållanden som är betydligt bättre än sin föräldrageneration (vilket talar för en fortsatt positiv hälsotrend), men å andra sidan kan t.ex. en ökad andel personer med övervikt och typ 2 diabetes motverka de positiva hälsotrenderna. Det vi med större säkerhet vet är att antalet mycket gamla personer kommer att fortsätta att öka, vilket också medför att antalet personer med demenssjukdom kommer att öka. Det pågående longitudinella SNAC projektet (Swedish national study on aging and care) är i det sammanhanget mycket viktigt för att ge underlag för dessa diskussioner.

Strukturella förändringar

Under de senaste decennierna har vi sett en minskad inflyttning i särskilda boenden i och med att fler bor kvar i ordinärt boende med utökade hemtjänstinsatser. Denna trend motverkar den ökning i antalet personer med demenssjukdom i särskilt boende som vi förväntar oss på grund av de demografiska förändringarna.

Behandlingsmöjligheter

Mycket forskning bedrivs i dag för att hitta effektiv sjukdomsmodifierande behandling för demenssjukdom. Om och när sådan finns tillgänglig kan behovet av särskilda boenden för personer med demenssjukdom att minska. I vilken utsträckning beror på hur effektiv behandlingen är.

Särskilda hänsyn till småföretagare

Vårdföretagarna och Famna representerar tillsammans ca. 150 företag och organisationer som bedriver verksamhet i särskilt boende. Därutöver bedrivs många särskilda boenden kommunalt. Enligt äldreguiden fanns 2810 enheter för särskilt boende år 2010, med allt mellan ett fåtal till 200 boende. De största företagen bedriver sin verksamhet i ett hundratal enheter, medan de minsta företagen bedriver enstaka enheter.

De större företagen kan ha fördelar av att deras storlek gör att de lättare kan ha flexibel personal som flyttar mellan olika enheter i takt med att behoven förändras. De större företagen förväntas också ha mer administrativa resurser vilket underlättar dokumentation och uppföljning. De mindre företagen kan ha en fördel av att de lättare och snabbare kan anpassa sig till organisationella förändringar.

Ikraftträdande

Den föreslagna författningen med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd avses att vara färdig vid halvårsskiftet 2012 och beräknas träda ikraft vid årsskiftet 2012/13.

EU-rättslig påverkan

Någon EU-rättslig påverkan har inte kunnat identifieras.

Kontaktperson

Birgitta Resenius.

Referenser

1. Wimo, A., L. Johansson, and L. Jönsson, *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005*. Socialstyrelsen, 2007. **Artikelnr 2007-123-32**.
2. <http://www.socialstyrelsen.se/aldreguiden>.
3. Socialstyrelsen, *Äldre - vård och omsorg den 1 april 2011*. Socialstyrelsen, 2012. **Artikelnr 2012-1-6**.
4. Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - Lägesrapport 2012*. Socialstyrelsen, 2012. **Artikelnr: 2012-2-2**.
5. Wånell, S.E. and B. Trygg, *Lämplig bemanning i boende särskilt avsedd för personer med demenssjukdom*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2010. **10**.
6. Socialstyrelsen, *Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre - delrapport 2011*. Socialstyrelsen, 2011. **Artikelnr: 2011-5-28**.
7. Ds 2003:47, *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser till personer med demenssjukdom och deras anhöriga*. 2003.
8. Isaksson, U., et al., *Factors associated with the prevalence of violent behaviour among residents living in nursing homes*. J Clin Nurs, 2009. **18**(7): p. 972-80.
9. Wimo, A. and L. Jönsson, *Demenssjukdomarnas samhällskostnader*. 2001, Socialstyrelsen Äldreuppdraget 2000:14.