

Revisionsrapport

Uppföljning av tidigare granskning avseende multisjuka äldre – vård och omvårdnadsinsatser.

Sandvikens kommun
Landstinget Gävleborg

April 2010

Margaretha Larsson

INNEHÅLL

1.	Inledning	4
1.1	Bakgrund	4
1.2	Revisionsfråga och avgränsning.....	4
1.3	Metod.....	4
2.	Resultat ”Aktuellt i Sandviken”.....	5
2.1	Samverkan	5
2.2	Hemsjukvård.....	6
2.3	Förekomst av vårdprogram.....	7
2.3.1	Noteringar från tidigare granskning.....	7
2.3.2	Vad har hänt.....	7
2.4	Läkemedel	8
2.4.1	Noteringar från tidigare granskning.....	8
2.4.2	Vad har hänt.....	8
2.5	Läkarmedverkan	9
2.5.1	Noteringar från tidigare granskning.....	9
2.5.2	Hur ser det ut idag?.....	9
2.6	Informationsöverföring – vårdplanering	9
2.6.1	Noteringar från tidigare granskning.....	9
2.6.2	Hur ser det ut i dag.....	9
2.7	Individuella planer/genomförandeplaner.....	10
2.7.1	Noteringar från tidigare granskning.....	10
2.7.2	Vad har hänt.....	10
2.8	Kvalitetsarbetet.....	10
2.8.1	Noteringar från tidigare granskning.....	10
2.8.2	Vad har hänt.....	11
2.9	Övrigt.....	12

Sammanfattning

På uppdrag av revisionskollegierna inom Landstinget Gävleborg och Gävle-, Sandviken- och Hofors kommun genomförde Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers i februari 2007 en granskning avseende multisjuka äldre – vård och omvårdnadsinsatser.

Revisorerna i Sandvikens kommun och landstinget Gävleborg har beslutat om att genomföra en uppföljning av granskningen som gjordes 2007.

För att få svar på revisionsfrågan huruvida vården som kommuner och landsting ger till multisjuka äldre är ändamålsenlig och säker utifrån styrande dokument inom området har granskningen utgått från att ta reda på vad som gjorts/hänt i verksamheten sedan granskningen i februari 2007.

Vid genomförd uppföljning har i Sandviken intervjuer genomförts med äldreomsorgschef, verksamhetschef och chef för biståndshandläggare. Inom landstinget Gävleborg har utvecklare och utvecklingsansvarig för närvård samt landstingsråd intervjuats.

Sammanfattningsvis uppfattar vi i genomförd uppföljning att det idag finns en större vilja och ambition till samverkan kring vården av multisjuka äldre. Samverkan och arenorna för detta arbete har utvecklats positivt och ett antal team / arbetsgrupper har bildats i syfte att utveckla verksamheterna. För landstingets del har man sedan 2006 bedrivit ett projekt tillsammans med Gävle kommun, ”*Multisjuka/multisviktande 75 år och äldre i Gävle kommun*”. Dessutom har beslutats att inrätta äldreteam för målgruppen multisjuka/multisviktande personer 75 år och äldre boende i Gävle. Detta arbete och den process som följt har utvärderats av Stiftelsen Äldrecentrum, landstinget Gävleborg och Gävle kommun. Uppföljningens syfte har i huvudsak varit att undersöka hur vård- och omsorg fungerar i förhållande till det behov som finns hos de äldre. Med detta som underlag finns en god förutsättning i det fortsatta utvecklingsarbetet kring vård och omsorg för målgruppen multisjuka/multisviktande äldre personer både på lokal och på nationell nivå.

Enligt uppgifter kommer arbetet med att utveckla samverkan att fortskrida bl.a. med finansieringsstöd av statliga stimulansmedel. Områden som nämns vara aktuella är t.ex. metodutveckling vad det gäller handläggning, interna processer etc.

Vår bedömning är att samverkan över huvudmannagränserna kräver en tydlighet vad det gäller ledning och styrning i form av gemensamma styr- och samverkansprinciper mellan landsting och kommun i vilket det idag brister.

I övrigt bedömer vi att det finns goda förutsättningar för att utveckla kvaliteten vad det gäller vård och omsorg för multisjuka äldre. Vår bedömning grundar vi på de iakttagelser vi gjort, att det finns ett stort engagemang och vilja samt att statliga stimulansmedel kan ge finansieringshjälp i utvecklingsarbete.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Vårdtiderna inom landstingets slutenvård har blivit kortare vilket innebär att allt fler äldre med komplexa diagnoser och omfattande användning av läkemedel vårdas i det egna hemmet. Ett ökat antal äldre i samhället ställer samtidigt ökade krav på kommunens samlade resurser.

Denna utveckling innebär ökade krav på kompetens och samverkan mellan huvudmännen och dess olika patientgrupper.

På uppdrag av revisionskollegierna inom Landstinget Gävleborg och Gävle-, Sandviken- och Hofors kommun genomförde Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers i februari 2007 en granskning avseende multisjuka äldre – vård och omvårdnadsinsatser.

Revisorerna i Sandvikens kommun och Landstinget Gävleborg har i sin revisionsplan för 2009 beslutat om att genomföra en uppföljning av granskningen som gjordes 2007.

1.2 Revisionsfråga och avgränsning

Den övergripande revisionsfrågan är om vården som kommuner och landsting ger till multisjuka äldre ändamålsenlig och säker utifrån styrande dokument inom området?

För att få svar på revisionsfrågan har granskningen utgått från granskningsmålet avseende att ta reda på vad som gjorts/hänt i verksamheten sedan granskningen i februari 2007, med utgångspunkt av de rekommendationer och förbättringsåtgärder som då lämnades.

1.3 Metod

Granskningen har genomförts genom: dokumentstudier (mål, riktlinjer, planer, budget, verksamhetsberättelser, måluppföljning).

I Sandviken har intervjuer genomförts med äldreomsorgschef, verksamhetschef och chef för biståndshandläggare. Inom landstinget Gävleborg har utvecklare och utvecklingsansvarig för närvård samt landstingsråd intervjuats.

2. Resultat

2.1 Samverkan

Våra intryck vid granskningen som genomfördes 2007 var att det fanns brister i samverkan mellan landsting och kommunerna. Det fanns således ingen helhetssyn på vården av de multisjuka äldre.

Många arbeten pågår inom länet för att samordna och förbättra vård och omsorg av äldre. Grundtanken är att öka kraften i det som redan pågår och se till att de äldre får samma insatser för samma behov oavsett var i länet man bor i Gävleborgs län.

I dag finns samverkan på flera nivåer dock fungerar det inte bra över hela linjen.

1. **Politisk nivå** *Fungerar bra, har tagit gemensamt tag i frågan och arbetar gemensamt med strategiska frågor.*

Har utarbetat ett kommun- och landstingsgemensamt styrdokument. ”Gemensamma utgångspunkter för vård och omsorg om äldre i Gävleborg”

2. **Tjänstemannanivå** *På denna nivå ingår landstingets divisionschefer och kommunernas socialchefer. Arbetet i gruppen har inte fungerat särskilt bra. Upplevelsen är att detta arbete inte haft hög prioritet vilket får konsekvenser. T.ex om en divisionschef inte deltar kan heller inga beslut fattas på denna övergripande nivå.*

3. **Närvårdsgrupper** *Här ska Hofors, Ockelbo, Sandviken primärvård och slutenvård samverka med strategisk utveckling utifrån de lokala förutsättningarna. Arbetet i denna grupp har inte fungerat optimalt bl a beroende på att samverkan på tjänstemannanivån inte fungerar.*

4. **Vårdkedjegrupper** *Här sker det praktiska arbetet med aktörerna som finns närmast brukare och patienter. I vardagen pågår ett fungerande arbete men det saknas stöd från övergripande led.*

En gemensam ”strategidag” är inplanerad där det bl.a. ska diskuteras kring organisationsnyttan, och hur verksamheten ska fungera.

Sammanfattningsvis uppfattar vi i genomförd uppföljning att det idag finns en större vilja och ambition till samverkan kring vården av multisjuka äldre. Samt att samverkan och arenorna för detta arbete har utvecklats positivt och ett antal team/arbetsgrupper har bildats i syfte att utveckla verksamheterna. För Sandvikens del finns bl.a. demensteam och

nätverkande arbetsgrupper som arbetar med bl.a. stroke, rehabilitering palliativa¹ rutiner etc.

För landstingets del beslutades att år 2006 starta ett projekt tillsammans med Gävle kommun, ”Multisjuka/multisviktande 75 år och äldre i Gävle kommun”. Dessutom föreslogs att inrätta äldreteam för målgruppen multisjuka/multisviktande personer 75 år och äldre boende i Gävle. Detta arbete och den process som följt har utvärderats av Stiftelsen Äldrecentrum, landstinget Gävleborg och Gävle kommun och finns presenterad i en rapport.² Uppföljningens syfte har i huvudsak varit att undersöka hur vård- och omsorg fungerar i förhållande till det behov som finns hos de äldre. Med detta som underlag finns en god förutsättning i det fortsatta utvecklingsarbetet kring vård och omsorg för målgruppen multisjuka/multisviktande äldre personer både på lokal och på nationell nivå.

Enligt uppgifter kommer arbetet med att utveckla samverkan fortskrida bl.a. med finansieringsstöd av statliga stimulansmedel. Områden som nämns vara aktuella är t.ex. metodutveckling vad det gäller handläggning, interna processer etc.

Vår bedömning är att samverkan över huvudmannagränserna kräver en tydlighet vad det gäller ledning och styrning i form av gemensamma styr- och samverkansprinciper mellan landsting och kommun i vilket det idag brister.

2.2 Hemsjukvård

I Gävleborgs län liksom i övriga kommuner diskuteras överförande av hemsjukvård från landsting till kommun. Frågan hanteras idag på ett övergripande plan och det finns viss osäkerhet i kommunen huruvida ett övertagande av ansvaret för hemsjukvården är positivt eller ej.

Det finns inget ställningstagande att arbeta utifrån och enligt uppgifter från Sandviken anser länets kommuner att det finns många oklarheter som behöver förtydligas och klaras ut. Bl.a. kan nämnas att det saknas ett tydligt uppdrag och en inriktning av vilka uppgifter och insatser som i så fall skall omfattas. Den ekonomiska lösningen är heller inte klar liksom att det saknas uppgifter hur kvalitetsuppföljningar ska hanteras.

¹ **Palliativ** är ett begrepp som syftar på lindrande vård i livets slutskede

² **Äldreteam, vision och verklighet.** Uppföljning av samverkansavtal för multisjuka / multisviktande äldre mellan primärvården, Gävle kommun och Gävle sjukhus, Ulla Gurner, Dag Noren, Rolf Bowin, Agneta Brinne. April 2010

2.3 Förekomst av vårdprogram

2.3.1 Noteringar från tidigare granskning

Våra intryck var att landstinget till en del arbetat med nationella riktlinjerna för vissa diagnosgrupper men inte speciellt riktat mot vården av de multisjuka. Sandvikens kommun arbetade liksom landstinget utifrån lokala riktlinjer för vissa diagnoser, t.ex rehabilitering av höftfrakturer. Utifrån landstingets övergripande ansvar för hälso- och sjukvård och kommunens hälso- och sjukvårdsansvar som sträcker sig till sjuksköterskenivå bedömdes i den tidigare genomförda granskningen att de lokala kommunala programmen/riktlinjerna på ett tydligare sätt skulle kopplas till landstingets vårdprogram.

I granskningen uppmärksammades vidare att ingen helhetssyn fanns inom vården för multisjuka äldre. Det fanns vid granskningstillfället inte någon tydlig bild avseende samverkansformer och vården för de multisjuka äldre. Trots höga ambitioner vad det gäller att ge de äldre en god och kvalitativ vård saknades en gemensam definition av begreppen multisjuk och äldre.

Utifrån granskningens resultat rekommenderades att:

- kommun och landsting gemensamt, identifierar och definierar målgruppen, Multisjuka
- bryta ner de nationella vårdprogrammen till en lokal anpassning.

2.3.2 Vad har hänt

På politisk nivå har frågan tagits på stort allvar. I länet har ett gemensamt övergripande styrdokument utarbetats, ”**Gemensamma utgångspunkter för vård och omsorg om äldre i Gävleborg**”. I detta arbete har en ambitionsnivå presenterats och en gemensam definition av gruppen multisjuka äldre har definierats.

I övrigt finns ett antal vårdprogram och nationella riktlinjer för olika diagnosgrupper som grund för utvecklingen av vård och omsorg om äldre. Bl.a. kan nationella riktlinjer för demens, stroke och höftfrakturer nämnas där man lokalt har byggt upp organisationer med verksamhetsteam bestående av olika yrkeskategorier. Lokala rutiner och vårdprogram har tagits fram.

För Sandvikens del har utvecklingsarbetet kring äldre och multisjuka fortsatt vad det gäller t.ex. att säkra upp rutiner, kvalitet och samverkan med finansieringsstöd från statliga stimulansmedel.

2.4 Läkemedel

2.4.1 Noteringar från tidigare granskning

Hantering av läkemedel och ordinationer var en del i den genomförda granskningen. Regelrätta läkemedelsgenomgångar som innebär att de enskilde, läkare, sjuksköterska apotekare och kontaktperson en gång per år går igenom läkemedelslistan utifrån brukarens tillstånd och symptom fungerade till en del vid kommunens särskilda boenden men inte i det ordinära boendet.

Generellt för kommunens äldreboenden är att de flesta vårdtagarna på särskilt boende har APO – dos (färdigpaketerade doser). I och med detta så finns en inbyggd uppföljning då förnyandet av APO - dos korten sker med viss regelbundenhet.

På sjukhuset sker inte någon systematisk läkemedelsgenomgång för den enskilde då utskrivning är aktuell. Primärvården och personal inom särskilda boenden upplever att det vore en fördel om det fanns ett system för att vara säker på att läkemedelslistorna är aktuella.

I övrigt uppgavs från både kommunen och landstinget att läkemedelskommitténs rekommendationer följdes.

Brister i läkemedelshantering (avvikelse) hanterades i kommunens kvalitetsuppföljningar. Av redovisade avvikelser konstateras att de vanligaste avvikelserna bestod i att personer inte fått sin medicin eller att medicinen delas ut på fel tidpunkt.

Utifrån granskningens resultat rekommenderades att:

- utifrån gällande rekommendationer upprätta rutiner för kontinuerliga läkemedelsgenomgångar
- för landstingets del upprätta rutiner hantering och läkemedelsgenomgång vid t.ex. utskrivning från slutenvården.

2.4.2 Vad har hänt

För frågorna kring läkemedelshantering finns en arbetsgrupp som vid tillfället för uppföljningens genomförande arbetar med att se över rutinerna både vad det gäller kommunal- och landstingsverksamheter.

I Sandvikens kommun arbetar man med att kompetenshöja sjuksköterskorna i att bland annat öka deras förmågor att se, observera och utvärdera pågående behandlingar. Med detta anses deras kunskap stärkas och bli bättre vad gäller utvärdering och ifrågasättande av läkemedelsordinationer.

Läkemedelsgenomgångar fungerar bra i kommunens särskilda boenden. Dock finns det fortfarande brister när patienterna skrivs ut från sjukhuset och ingen total genomgång eller

revision av läkemedelslistor görs. Enligt uppgift från de intervjuade händer det att det är felaktigheter från sjukhuset. En mall har tagits fram för värdering/uppföljning av behandling i syfte att säkerställa läkemedelshantering.

2.5 Läkarmedverkan

2.5.1 Noteringar från tidigare granskning

Avtal fanns om läkarmedverkan i särskilt boende från primärvården och dess familjeläkare. Det fanns en oro för att vakanser inom primärvården och fler stafett läkare på sikt skulle kunna försämra kontinuiteten. Vidare lyftes vikten av geriatrikers medverkan i vård och vårdutveckling för de multisjuka äldre.

2.5.2 Hur ser det ut idag?

Det avtal som sedan länge funnits mellan kommunerna och landstinget har för Sandvikens del reviderats och enligt uppgift blivit bättre och tydligare. I det aktuella avtalet finns ansvarig läkare namngiven vilket tryggar kontinuiteten.

Från kommunens sida finns funderingar huruvida införande av Vårdval kommer att ge konsekvenser när det gäller läkarmedverkan i kommunens särskilda boenden. Enligt uppgifter från landstinget ska det inte ge någon skillnad för kommunernas verksamhet då dessa förutsättningar finns med i uppgörelsen mellan landstinget och extern utförare.

2.6 Informationsöverföring – vårdplanering

2.6.1 Noteringar från tidigare granskning

Inom länet finns en lokal rutin och överenskommelse mellan parterna hur och på vilket sätt informationsöverföring skall ske. Vårdplanering skall omfatta alla patienter/brukare. Enligt uppgifter varierade rutinerna dock när det gäller vilka som kallades och deltog vid de samordnade vårdplaneringarna. Korta vårdtider uppgavs medföra risk för att tappa helhetssynen.

För de som bor vid ett särskilt boende förekom nästan aldrig någon samordnad vårdplanering utan en överrapportering skedde direkt till sjuksköterskan på boendet vilket skulle kunna medföra att rehabilitering kan bli åsidosatt för dessa.

Utifrån granskningens resultat rekommenderades att:

- det är av vikt att säkerställa att fastlagda rutiner för samordnad vårdplanering följs samt kvalitetssäkra dessa.

2.6.2 Hur ser det ut i dag

Upplevelsen hos de intervjuade är att en viss förbättring skett men att det finns fortfarande stora brister i överlämnandet av information. Stort fokus ligger på att patienten snabbt flyttas till nästa vårdnivå utan eftertanke på det egentliga behovet personen ifråga har. Enligt uppgifter behöver ansvaret förtydligas vad det gäller ansvar framför allt när det

gäller läkarmedverkan och överlämnandet av medicinskt ansvar mellan vårdnivåerna. Vi ser dock positivt på att detta problem aktualiserats i berörda verksamheter och att diskussioner kring arbetsmetoder och rutiner finns på agendan och att det finns en förståelse att det är ett omfattande arbete man står inför och att det kommer ta tid.

För det databaserade verksamhetssystemet, Meddix, som idag används går avtalstiden ut vid årsskiftet 2010-2011. I samband med detta görs nu en översyn av dess funktion då programmet upplevs ha en del brister. En förstudie där landstinget och Bollnäs kommun är involverade pågår för att få bättre förutsättningar när beslut huruvida avtalet ska förlängas eller om det blir aktuellt med ny upphandling.

2.7 Individuella planer/genomförandeplaner

2.7.1 Noteringar från tidigare granskning

Det rådde vid granskningstillfället en begreppsförvirring när det gäller planer för verkställighet och insatser till patienten/brukaren. Samtliga intervjuade verksamheter hade någon form av plan för sitt arbete men dessa planer saknade en helhetsbild. Variationen är också stor när det gäller dokumentation och uppföljning av planerna. Kunskapen hos brukare/patient och anhöriga om planer och dess innehåll ansågs kunna förbättras.

Utifrån granskningens resultat rekommenderades att:

- Utarbeta en gemensam mall och rutin för upprättande och uppföljning av genomförandeplaner.

2.7.2 Vad har hänt

Genomförandeplan – en plan som beskriver hur de beslutade insatserna ska genomföras och vad målet med insatserna är. Har tidigare kallats arbetsplan, serviceplan eller omsorgsplan men ska nu enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2006: 5) kallas genomförandeplan. I denna författning står bland annat att läsa att målet med insatserna ska vara tydligt beskrivna i beslut och beställning från biståndshandläggaren samt att de ska vara formulerade på ett sätt som gör att de går att följa upp. Vidare står att handläggaren ska lämna över de uppgifter som behövs för att insatsen ska kunna genomföras på *ett ändamålsenligt och säkert sätt till den som ska genomföra insatsen*. För att genomförandeplanen ska kunna skrivas på ett bra sätt krävs alltså att utföraren fått den information som behövs för att så ska kunna ske och viktigt är också att den enskilde själv får vara med och planera hur de beviljade insatserna ska utföras, av vem och när.

I Sandviken arbetar man med utveckling av dokumentationens kvalitet och satsar med stöd av statliga stimulansmedel på kompetensutveckling inom området.

2.8 Kvalitetsarbetet

2.8.1 Noteringar från tidigare granskning

I Sandviken arbetades det på ett bra sätt med förbättrings- och utvecklingsarbete. Arbetet bedrevs på ett systematiskt sätt och ett flertal variabler följdes kontinuerligt liksom att

återkoppling skedde både inom enheter och i nämnd. Rutiner fanns för avvikelserapportering, anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. Dessa sammanställdes och återkopplades till berörda enheter samt rapporterades kontinuerligt till nämnden.

De områden som vid granskningstillfället hade stort fokus på sig var fallolyckor, hantering av läkemedel samt bemötandefrågor.

2.8.2 Vad har hänt

Arbetet pågår med ständig utveckling av verksamhetens kvalitet. Nationellt finns ett antal kvalitetsregister som på olika sätt hanterar och behandlar information om den vård och omsorg som bedrivs på olika nivåer i kommuner och landsting. Gemensamt för registren är att de startats av vårdpersonal för att höja kvaliteten på vården vid deras egna kliniker. I registren finns information om hur enskilda patienter behandlas och vilket resultat behandlingen ger. Uppgifterna sammanställs och detta gör att varje enskild klinik får en möjlighet att jämföra sig med riksgenomsnittet, diskutera och analysera internt och vid behov vidta kvalitetsförbättrande åtgärder. Ett av registrens viktigaste syften är att ge underlag för kvalitetsutveckling och medverka till att utjämna de skillnader som finns i svensk hälso- och sjukvård, framför allt beträffande kliniska resultat och långsiktig patientnytta. Ansvar för de nationella kvalitetsregistrens drift, utveckling och finansiering ligger sedan 2007 hos landstingen. Rent praktiskt innebär det att administrationen sköts av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.

Exempel på register som utifrån granskningens målgrupp är aktuella.

Palliativa registret Namnet syftar på det vårdinnehåll som alla av sjukvården väntade dödsfall bör kunna få del av oavsett var i landet man bor och oavsett vem som vårdar.

Senior allert Syftet med Senior alert är att skapa en bra infrastruktur och systematik för det förebyggande arbetet. Registret medverkar till utvecklandet av nya arbetssätt, vilka ökar möjligheten för bästa möjliga vård oavsett vem som tillhandahåller den.

Förutom kvalitetsregistren finns nationella riktlinjer för ett antal diagnosgrupper som är vanliga bland multisjuka äldre exempel på diagnoser som kan nämnas är diabetes, höftfrakturer, stroke, demens etc. Dessa riktlinjer finns till en del nedbrutna till lokala rutiner och arbetssätt. Områden som det i Sandviken har skett ett fördjupat arbete inom är:

Palliativa rutiner Nätverk primärvård – kommun

Rehabilitering Höftfrakturer

Stroke Anställd inom landstinget som aktivt arbetar över huvudmannagränsen i processen med rehabilitering

Demenser Samverkansavtal med landstinget och kommunerna i Gästrikland.
Demenssteam finns och som upplevs fungera bra.

2.9 Övrigt

Platser i särskilt boende

I den granskning som genomfördes 2007 framhöll flera företrädare i kommunerna³ vikten av att diskutera nivån på antalet platser och innehållet för att få en dimensionering som är lämplig och har en hög flexibilitet. Vid detta tillfälle fanns somatiska platser, demensplatser, korttidsboende, mellanvårdsplatser och trygghetsplatser. Utvecklingen uppgavs vara att det skedde en successiv omfördelning från somatiska platser till demensplatser.

I Sandviken pågår ett omstruktureringsarbete vad det gäller att anpassa antalet platser till rådande behov. Behovet av demensplatser är och har varit stort varför nu platser i särskilt boende konverteras till demensplatser.

En strategisk boendeplan har arbetats fram och som trycker på vikten av att kommunen har bra bostäder, inte bara de som klassas som särskilt boende utan fler och bättre alternativ bör finnas.

Antalet platser i kommunens särskilda boende

Kommun	Platser Somatiska	Demens	Totalt	Antal personer i kö till äldreboende (januari 2007 / 2010)
2007	383	73	456	87
2010	Omstrukturering av platser pågår. Fler demensplatser inrättas			-----

Kösituation till särskilt boende

I Sandviken väntade vid granskningstillfället 2007, 64 personer på plats i äldreboende och 23 på plats i korttidsboende. Väntetiden var väntetiden var i snitt fem – sex månader och av de 87 personerna som hade ett gynnande beslut avseende plats i särskilt boende hade 26 personer väntat mer än tre månader.

Vid nu genomförd uppföljning fanns en bättre balans i tillgång och efterfrågan. För tillfället finns ingen kö och som regel kan plats erbjudas inom tre månader.

³ Kommuner som ingick i granskningen 2007 var Sandviken, Hofors och Gävle.